



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE CALIDAD DE VIDA
DURANTE EL TRATAMIENTO PERIODONTAL EN LA
CLÍNICA DE PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA,
DEPeI, UNAM DE ENERO A FEBRERO 2018.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ARELI ESCAMILLA JAIMES

TUTOR: Esp. CARLOS HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A mí tutor: Esp. Carlos Hernández Hernández por su tiempo y dedicación durante la elaboración de esta investigación.

A la Esp. Vanessa Ruíz González por todo su apoyo durante mi formación académica y la amistad que me ha brindado durante este tiempo.

A Lidia, por todas esas palabras de aliento para lograr mis objetivos y por ese amor de madre incondicional que me ha mostrado a lo largo de mi vida.

A Rafael, por su paciencia y por compartirme sus experiencias, brindándome las herramientas necesarias en todo momento, gracias papá.

A Neftali, por todo su apoyo como hermano, amigo y hasta paciente, gracias por todos los momentos compartidos y sobre todo por poseer el talento para hacerme sonreír hasta en los peores momentos.

A mis amigos que compartieron conmigo todo este largo camino y siempre están ahí para mí así yo como lo estaré para ustedes.

A mi familia que en algún punto de mi carrera me apoyaron.



ÍNDICE

I	INTRODUCCIÓN	5
II	MARCO TEÓRICO	6
	2.1. La vida adulta: Determinantes sociales.....	6
	2.2. Salud del adulto.....	6
	2.3. Calidad de vida.....	7
	2.4. Calidad de vida y salud oral	8
	2.5. Prevención de enfermedades periodontales.....	8
	2.5.1. Enfoque preventivo Vs Enfoque terapéutico.....	10
	2.6. Salud pública.....	14
	2.7. Enfermedades periodontales como problema de salud pública.....	16
III	ANTECEDENTES	18
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
V	JUSTIFICACIÓN	22
VI	OBJETIVOS	23
	6.1 Objetivo general	23
	6.2 Objetivo específico.....	23
VII	HIPÓTESIS	24
VIII	MATERIALES Y MÉTODOS	25
	8.1. Tipo de estudio.....	25
	8.2. Población de estudio.....	25
	8.3 Criterios de selección.....	25
	8.3.1. Criterios de inclusión.....	25
	8.3.2. Criterios de exclusión.....	26



8.4. Variables de estudio.....	26
8.5. Recolección de datos.....	27
8.6. Análisis estadístico.....	28
IX RESULTADOS.....	29
X DISCUSIÓN.....	32
XI CONCLUSIONES	40
XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXO 1.....	45
ANEXO 2.....	46



I INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano implica un proceso de ampliación de las opciones y capacidades de las personas que se concreta a una mejora en la esperanza de vida, salud, educación y el acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida digno.

El enfoque tradicional que utilizan los odontólogos para efectuar la anamnesis no está basada en preguntas estandarizadas sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por el paciente. Obtener un diagnóstico con datos cuantificables y útiles para establecer el plan de tratamiento y monitorear su éxito, debe complementarse en la historia clínica con los datos obtenidos de los test psicométricos que miden calidad de vida relacionada con la salud o específica de una enfermedad.

Las mediciones de la calidad de vida posibilitan la disminución de los costos de la atención de salud al permitir la prevención de las enfermedades y el apropiado monitoreo de los tratamientos, los medicamentos, las técnicas de autocuidado y de controles periódicos.

La promoción de la salud, por su parte, tiene que ver con la construcción social de oportunidades para que todas las personas puedan ejercer control sobre su proceso vital individual, desarrollando capacidades y competencias que les permitan tomar decisiones informadas que les permitan vivir con dignidad el mayor tiempo posible y disfrutar de mejores condiciones para su desarrollo humano.



II MARCO TEÓRICO

2.1. La vida adulta: Determinantes sociales y formas de vida

Las determinantes sociales, de acuerdo con lo publicado por la OMS (2008) pueden ser de contexto estructural y socioeconómico, que incluye las políticas y valores sociales, públicos y culturales; este grupo de determinantes incluyen la posición socioeconómica, género, aspectos que dan lugar a las condiciones materiales como vivienda, trabajo, alimentación entre otros.

La escolaridad se distribuye de manera muy desigual entre clases sociales y etnias en México y esto se refleja en una distribución diferencial del sesgo educativo, a pesar de que aún se arrastra el problema del analfabetismo.

2.2. Salud del adulto

La edad adulta es el período de vida entre la juventud y la ancianidad (25 a 64 años) es la etapa productivamente más importante de la vida del sujeto y en la actualidad es la más larga, ya que abarca un mínimo de 40 años, este período es uno de los principales focos de interés en la medicina preventiva actual.¹

Uno de los datos más importantes arrojados por las encuestas nacionales de salud es el uso de programas de detección temprana de ciertas condiciones de salud y de diferentes factores de riesgo.²



El concepto de prevención engloba tres aspectos que deben entenderse como complementarios de un proceso dirigido a obtener un óptimo estado de salud en la población:

1. Promoción de la salud, que capacita a la población general para que obtenga un mayor control sobre su salud y mejorarla.
2. Prevención de la enfermedad, que consiste en las intervenciones sobre el individuo dirigidas a evitar la aparición de enfermedades concretas.
3. Protección de la salud o medidas de prevención que actúan sobre los factores causales de enfermedad presentes en el medio ambiente .²

2.3. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (2001) define calidad de vida como: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.³



2.4. Calidad de vida y salud oral

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos: función masticatoria, apariencia física, relaciones interpersonales e incluso oportunidades de trabajo.

Son múltiples las condiciones que pueden repercutir en forma directa o indirecta sobre la salud oral y comprometer la integridad del individuo; así mismo, las patologías orales como la enfermedad periodontal, gingivitis, caries, cáncer oral, infecciones orales, edentulismo así como el tratamiento y rehabilitación de estas.⁴

2.5. Prevención de enfermedades periodontales

La gingivitis y periodontitis son enfermedades de etiología inflamatoria con un componente microbiano, aunque NO todos los pacientes con gingivitis progresan a periodontitis, por lo que el manejo de la gingivitis debe ser una estrategia de prevención primaria para evitar la enfermedad periodontal.

La eliminación periódica de depósitos bacterianos acumulados en el margen gingival es un componente clave para la prevención de las enfermedades periodontales inducidas por placa.⁵

La prevención de las enfermedades periodontales implica el control de factores sistémicos y locales. El cepillado dental es recomendado como primera elección para reducir el acúmulo de placa dentobacteriana y evitar así la progresión de gingivitis a periodontitis.⁴



La limpieza interproximal es esencial para la salud gingival y el uso conjunto de hilo dental ayuda a eliminar los depósitos de placa dentobacteriana que contribuyen con el progreso de la enfermedad.⁴

Dadas las particularidades en los conceptos y definiciones utilizadas en la literatura, los términos son:

- Autocuidados de la higiene oral. Cepillado dental con pasta fluorada y limpieza interdental (hilo dental).
- Limpieza dental profesional. Remoción supragingival de placa con o sin cálculo dental.
- Programa Motivacional. Información y motivación acerca de la salud y enfermedad oral, instrucciones de higiene oral y supervisión de los procedimientos.⁶

En adultos, revisiones sistemáticas demostraron que el cepillado y el uso de hilo dental para el manejo de la enfermedad periodontal reducen la posibilidad de padecer gingivitis en comparación con el cepillado dental solo.⁶

Se requiere expandir los horizontes a partir del bienestar individual a los aspectos de salud pública que la enfermedad periodontal representa, la problemática a enfrentar es la siguiente:

- a. Prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal. La población adulta experimenta síntomas de enfermedad periodontal, como el sangrado y recesión gingival, pérdida y migración de los dientes.



- b. Pérdida dental. Esta condición hace que sea un problema de salud pública mayor. Aparentemente, la incapacidad de los sistemas de salud dental estudiados para prevenir altos niveles de pérdida dental en grupos de edad adulta fue principalmente debido al fracaso en relación al control de la enfermedad periodontal.

- c. Necesidad de tratamiento. Parte del problema está relacionado con la naturaleza progresiva crónica de la enfermedad periodontal, no existe tratamiento único por lo que su prevención requiere de esfuerzos continuos, entre los cuales la cooperación del paciente es lo más importante.⁷

2.5.1. Enfoque preventivo Vs Enfoque terapéutico

Los modelos de atención de salud oral están enfocados en la restauración y tratamiento de los tejidos después del inicio de la enfermedad, para cambiar este enfoque a uno preventivo se requiere del diagnóstico, educación y motivación para lograr un cambio en el comportamiento y que los pacientes asuman mayor responsabilidad sobre su salud bajo la guía y apoyo de personal capacitado. Las medidas preventivas profesionales deben personalizarse a cada paciente, según los hallazgos clínicos y los factores del estilo de vida.

La periodontitis se puede prevenir y el tratamiento está enfocado a reducir las tasas de pérdida dental y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, un tratamiento exitoso necesita un cambio en el comportamiento redirigiendo el estilo de vida de los factores de riesgo, lo más importante es alcanzar y mantener niveles altos de remoción de placa dentobacteriana.⁸



La higiene oral es el componente clave en la prevención de la enfermedad periodontal y que los resultados a largo plazo de la terapia periodontal dependen de prácticas de higiene oral efectivas y consistentes, la población en general no logra el control apropiado de la placa dentobacteriana. Por lo tanto el público necesita adquirir actitudes positivas hacia el cambio del comportamiento y lograr un cambio de conducta real que conduzca a un mejor control.⁵

El éxito a largo plazo de la terapia periodontal requiere la participación en un programa de prevención diseñado específicamente para satisfacer las necesidades de las personas con mayor riesgo de recurrencia de la enfermedad. Después de un tratamiento exitoso, se produce con frecuencia un grado de recesión del margen gingival, la exposición resultante de una porción de la superficie de la raíz plantea desafíos para el manejo a mediano y largo plazo puede conducir a la acumulación de placa e inflamación gingival.⁸

Los profesionales de la salud oral necesitan identificar y adoptar técnicas efectivas que ayuden a los pacientes a cambiar el comportamiento de salud oral, pero existe un consenso que afirma que la atención médica oral carece de un enfoque estructurado y comprobado para facilitar este proceso.⁵

Para mejorar el control de placa dentobacteriana en pacientes con periodontitis el cambio de comportamiento en la higiene oral es: la percepción del paciente sobre las consecuencias de la enfermedad periodontal, susceptibilidad a la periodontitis y los beneficios que obtendrá del cambio; esto se facilitará estableciendo un objetivo, trabajando con el paciente para decidir, cómo, cuándo y dónde realizará el cambio de



comportamiento así como alentar al paciente para evaluar su propio comportamiento en relación con los objetivos previamente establecidos.

Un enfoque razonable para facilitar el cambio de comportamiento con prácticas de higiene oral es la incorporación de objetivos, planificación y autocontrol.⁹

Los profesionales de la salud oral deben adoptar rutinariamente un programa de higiene oral eficaz para sus pacientes. A través de la evaluación de la percepción de los pacientes con respecto a las consecuencias perjudiciales, la susceptibilidad, los beneficios del cambio y autoeficacia para identificar y abordar las percepciones que pueden obstaculizar la motivación del paciente para el cambio.

Las instrucciones de higiene oral deben basarse en la selección cuidadosa de las herramientas. Existe la necesidad de desarrollar materiales educativos y de capacitación para el equipo de atención bucal, es necesaria la investigación para desarrollar metodologías validadas que puedan usarse con un enfoque estructurado para facilitar el cambio de comportamiento entre odontólogo y paciente.¹⁰

Otras acciones y desafíos necesarios de llevar a cabo con el propósito de fortalecer las competencias de los equipos de salud y mejorar la entrega de prestaciones de salud a la población son:

1. Capacitar a los odontólogos para integrarse al modelo de salud familiar, con el propósito de entregar componentes educativos desde tempranas edades.



2. Promocionar los beneficios de los programas de salud garantizados.
3. Reorientar los servicios hacia la promoción de la salud.
4. Capacitación, implementación y fiscalización del cumplimiento de la normativa y a guía de práctica clínica vigentes sobre prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales, reforzando el nivel primario de atención para aumentar su nivel de resolución.
5. Fomentar la investigación sobre los programas de salud y políticas públicas.
6. El sector salud debe hacerse cargo y tener articulación con sectores donde tenga coherencia entregar el mensaje promocional.
7. El establecimiento de un programa de vigilancia para supervisar las tendencias de la enfermedad periodontal en la población e identificar los grupos de alto riesgo para orientar los programas de intervención.¹¹

Por último, otra estrategia útil la coordinación de esfuerzos con grupos que están activos en la reducción de otros factores de riesgo, como la obesidad, la diabetes y el tabaquismo .¹



2.6. 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.

Para distinguir entre un problema de salud y un problema de salud pública, se debe reconocer que si un problema existe la solución no es únicamente a través de acciones individuales, también por las de la sociedad en su conjunto. ¹⁰

Se han sugerido una serie de criterios para ayudar a establecer si el problema a considerar es, de hecho, un problema de salud pública, estos criterios incluyen:

- a. La distribución y extensión de la condición, es decir, debe ser prevalente o estar ampliamente distribuida en la población.
- b. Causar graves consecuencias en términos de impacto social, psicológico y económico en las personas, comunidades y servicios de salud.
- c. Sus costos para la comunidad y para los individuos deben ser altos, incluyendo el costo financiero del tratamiento, ausentismo laboral que puede conducir a la pérdida de ingresos.
- d. La condición debe ser prevenible, deben existir métodos eficaces disponibles para prevenir, aliviar o curar la enfermedad. ¹⁰



Los sistemas y los servicios de salud deben promocionar la salud general y la salud oral compartiendo esfuerzos, estrategias y recursos para el cuidado, la promoción, la educación y la atención en salud.

Un paradigma en la odontología consiste en cambiar los modelos de atención pasando de un modelo curativo-individual por un modelo integrador centrado en la promoción de la salud, apoyándose en intervenciones comunitarias, en la atención primaria de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción tanto de la exposición como del riesgo.⁹

La actual organización de los servicios en odontología continúa privilegiando la atención individual y, por ende, una baja cobertura poblacional. La organización de los servicios en odontología tiene importantes limitaciones:

1. Atención centrada en el paciente, en el consultorio, en las acciones curativas o limitación del daño.
2. Profesionales de la salud y los servicios de salud no priorizan la atención del sano y cuando lo hacen proveen servicios de protección específica (aplicación tópica del flúor y colocación de selladores).
3. Servicios de odontología limitados, con poca cobertura para los sectores más pobres y marginales a nivel urbano o rural.
4. Los profesionales que atienden las necesidades de salud oral de las poblaciones se han formado para atender la enfermedad-individuo y no para promover la salud colectiva.



5. Se requiere que se articulen adecuadamente los esfuerzos de los gobiernos, los sistemas y servicios de salud.

Las principales enfermedades orales pueden disminuirse construyendo capacidades para la solución de los problemas, migrando de un enfoque terapéutico hacia un enfoque de promoción de la salud oral y general.

2.7. Enfermedades periodontales como problema de salud pública

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. Estas incluyen la gingivitis inducida por placa dentobacteriana y la periodontitis crónica que está íntimamente relacionada con la pérdida dental; sin embargo, toda periodontitis comienza con la presencia inicial de gingivitis y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas.¹¹

Marcenes (2010) demostró la relación de las enfermedades orales con la carga general de las enfermedades a nivel mundial:

- La gingivitis puede afectar entre el 30% al 100% de la población.
- La periodontitis crónica puede afectar entre un 30% a 50% de los adultos y su prevalencia se incrementa con el aumento de la población y expectativa de vida.⁹

El abordaje de las enfermedades periodontales debe ir acompañado de un enfoque en la salud pública, dado que se reconoce que tanto la gingivitis como la periodontitis es un importante problema de salud pública por



ocasionar daños evidentes en las personas, por el alto costo del tratamiento y por ser susceptibles de ser prevenibles.

En base a los reportes existentes, si podemos establecer que los niños presentan alta frecuencia de gingivitis que aumenta con la edad y la población en general presenta un alto componente inflamatorio en las encías. En los adolescentes ya existe evidencia de destrucción de tejidos periodontales, medida mediante la pérdida del nivel de inserción clínica, y esta destrucción aumenta de forma considerable en la población adulta siendo responsable en gran medida de la pérdida de dientes.

Sus principales indicadores de riesgo son la edad, el género, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, el acceso a la salud y el tabaquismo.

La periodontitis es un importante problema de salud pública, causando pérdida de dientes, discapacidad, disfunción masticatoria y estado nutricional deficiente; además sus manifestaciones como sangrado, halitosis, recesión gingival y pérdida dental pueden tener un impacto en el individuo, también compromete el habla y reduce la calidad de la vida.

Dado el estado actual del conocimiento de los factores de riesgo implicados en la etiopatogénesis de la enfermedad como el tabaquismo, alcohol, dieta insuficiente, falta de ejercicio y estrés; existe información suficiente para permitir el control con métodos eficaces de las formas más comunes de la enfermedad.¹¹



III ANTECEDENTES

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora principalmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, aportando evidencia con base científica al proceso de toma de decisiones durante el tratamiento.¹²

Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además de utilizarse para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, se emplean para correlacionarse con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos.

El más conocido de los instrumentos para evaluar calidad de vida relacionada a salud oral es el Perfil de Impacto en la Salud Oral (Oral Health Impact Profile) que mide cómo influyen la enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien; el desarrollo, confiabilidad y validez de este índice fue descrito por Slade y Spencer en 1994, a través del autoreporte proporcionar información acerca del malestar o discapacidad atribuida a la condiciones orales, la versión compuesta por 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker organizadas en orden jerárquico según su complejidad.¹³

Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade publicó en 1997 una forma resumida del OHIP que consiste de 14 preguntas que presentaron alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos. Este ha sido validado



para su utilización en adultos mayores en países como Hong Kong, Australia y México. ¹⁴

El OHIP tiene que ver con el deterioro y 3 dimensiones del estado funcional (sociales, psicológicos y físicos) , además tiene como objetivo captar los impactos que están relacionados con las condiciones orales en general, en lugar de atribuirse a trastornos o síndromes orales específicos. El instrumento OHIP evalúa sólo los efectos negativos de la salud oral.¹³

Tiene la capacidad de evaluar la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para realizar determinadas funciones y realizar actividades de la vida diaria, las preguntas siete dimensiones de impacto:

1. Limitación funcional: La forma en que la salud limita actividades físicas como masticar.
2. Dolor físico: Sensibilidad dental.
3. Limitación psicológica: Conciencia de uno mismo.
4. Incapacidad física: Cambios en la dieta.
5. Incapacidad psicológica: Reducción de la capacidad de concentración.
6. Incapacidad social: La forma en que la salud física o problemas emocionales interfieren con la actividad social normal como evitar la interacción social.
7. Minusvalía: No poder trabajar de forma productiva. ¹⁴



En 2006 se desarrolló la versión en español del cuestionario OHIP para evaluar su validez y consistencia interna para su uso. Todos los ítems deberían medir lo mismo y deberían correlacionarse el uno con el otro.¹⁵

En México, Castrejón-Pérez et al. publicaron la validación de este instrumento en adultos mayores mexicanos de la Ciudad de México. Primero se realizó una traducción del instrumento original OHIP-49 del inglés al español, la cual se denominó OHIP-Mx-49 y posteriormente se llevó a cabo su validación cuyos resultados confirman su competencia para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores mexicanos. Este instrumento se está empleando en estudios transversales y longitudinales en la Ciudad de México con el objetivo a obtener información que ayude a identificar y priorizar los problemas que requieren mayor atención y establecer estrategias sanitarias bien fundamentadas.¹⁶

En 2012 Castrejón-Pérez et al. también reportaron su validación del Perfil del Impacto de Salud Oral en Español (OHIP-EE-14), demostrando que es apta su utilización para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores.¹⁷



IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversos estudios previos a la población han detectado una afectación en la calidad de vida de los pacientes durante el tratamiento odontológico en los diferentes aspectos tanto físicos, sociales y psicológicos que conlleva el deterioro de la calidad oral. Sin embargo, es necesario realizar la evaluación de la calidad de vida durante el tratamiento periodontal para detectar áreas de oportunidad y así evitar el abandono de los pacientes a través de la mejora en la atención odontológica. Por lo tanto la pregunta de investigación es:

¿Qué impacto tiene el tratamiento periodontal en la calidad de vida de los pacientes que asisten a la clínica de Periodoncia e Implantología, DEPel, UNAM?



V JUSTIFICACIÓN

Existe una alta necesidad por parte de los pacientes para ser informados acerca de las condiciones orales que presentan y las consecuencias que estas pueden traer a corto o largo plazo, evidenciada en los diversos estudios acerca de la relación de la calidad de vida con la salud bucal.

Se pretende conocer la percepción de los pacientes dentro de este grupo de estudio acerca de su calidad de vida relacionada con el tratamiento periodontal, para así lograr establecer un compromiso con los pacientes desde la recepción hasta el final del tratamiento evitando así el abandono por parte de los mismos, proporcionándole una atención integral mejorando la calidad de su vida futura.



VI OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Identificar si la calidad de vida se ve afectada cuando los pacientes se someten a un tratamiento periodontal en la clínica de Periodoncia e Implantología, DEPeI UNAM.

6.2. Objetivos específicos

Determinar la población respecto a edad y género que acude a tratamiento periodontal en la clínica de Periodoncia e Implantología.

Determinar qué dimensión es la más afectada dentro del índice de calidad de vida oral.



VII HIPÓTESIS

Ha.

Los pacientes de la clínica de Periodoncia e Implantología, DEPeI UNAM presentan mala percepción de calidad de vida asociada a su condición bucodental.



VIII MATERIALES Y MÉTODOS

8.1. Tipo de estudio

Descriptivo – Transversal - Prospectivo

8.2. Población de estudio

Se invitó a participar a 141 pacientes de la clínica de Periodoncia e Implantología, Departamento de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), campus Ciudad Universitaria.

La investigación se realizó de enero a febrero de 2018.

8.3. Criterios de selección

8.3.1. Criterios de inclusión

Pacientes que acudan a la clínica de Periodoncia e Implantología que acepten participar y firmen el consentimiento informado.

Pacientes que asistan en el turno vespertino (3 días de 5).

Pacientes en Fase 1, 2 y 3 del tratamiento periodontal.



8.3.2. Criterios de exclusión

Pacientes que no quisieron participar o no firmaron el consentimiento informado.

Pacientes que acudan a la clínica de Periodoncia e Implantología en el turno matutino.

Pacientes que acudan a la clínica de Periodoncia e Implantología los días lunes y martes.

8.4. Variables de estudio

Género: Hombre y mujer.

Edad: Años cumplidos a la fecha de la entrevista, la información será obtenida en forma directa a través del interrogatorio. Se registrará en años.

Escolaridad: Nivel de estudios (analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado).

Fuma: Si lo realiza o no.

Limitación funcional: Dificultad para masticar.

Dolor físico: Sensibilidad dental.

Malestar psicológico: Conciencia de uno mismo.



Incapacidad física: Cambios en la dieta.

Incapacidad psicológica: Reducción de la capacidad de concentración.

Incapacidad social: Evitar la interacción social.

Minusvalía: No poder trabajar de forma productiva.

Gingivitis: Significa inflamación de la encía.

Periodontitis: Es la pérdida de hueso que soporta los dientes.

8.5. Recolección de datos

Las entrevistas se realizaron en la sala de espera de la clínica de Periodoncia e Implantología, lugar donde se captaron a los participantes. Durante las entrevistas, se realizó el cuestionario OHIP-14 de manera verbal, se repitieron las opciones de respuesta el número de veces necesarias después de cada pregunta. (Ver Anexo 1)

Todos los participantes dieron su consentimiento informado previo de manera voluntaria y se les explicó que podía rechazar cualquier pregunta o retirar su participación en el momento que así lo decidieran. (Ver Anexo 2)



8.6. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la población estudiada a partir de los datos sociodemográficos y calidad de vida (OHIP-14).



IX RESULTADOS

En total participaron 141 personas en la aplicación del instrumento (84 mujeres y 57 hombres). Solo un paciente abandonó la entrevista por decisión propia. Figura 1

Características sociodemográficas de los sujetos

Género	Masculino	57
	Femenino	84
Edad (años)	Media	50.43 ± 7.85
	D.E.	15.66
Nivel de Educación	Analfabeta	1.41%
	Primaria	11.34%
	Secundaria	9.21%
	Bachillerato	17.73%
	Técnico	7.09%
	Profesional	46.80%
	Posgrado, Maestría o Doctorado	6.38%

Figura 1 Fuente Directa



Con respecto al impacto de la salud bucal sobre la percepción de la calidad de vida se reportaron mayores puntuaciones en la dimensión de limitación psicológica con 124 pacientes (88.29%) respecto a las preguntas enfocadas hacia sentirse nerviosos o preocupados debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental. El 64.41% de los pacientes encuentra dificultad para relajarse o se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental, aspectos que evalúa la dimensión de discapacidad psicológica.

La dimensión de dolor afecta a 90 pacientes que representa el 63.82% al responder las preguntas si presentaban molestias al comer algún alimento y si presentaban dolor en alguna zona de su boca.

En la dimensión de discapacidad física el 49.64% de los pacientes se mostró afectado, es decir, la dieta era poco satisfactoria y tenían de interrumpir sus comidas por problemas con su boca; 36.17% de los pacientes han tenido dificultad para realizar su trabajo habitual o se han sentido irritable por problemas con sus dientes, aspectos que evalúa la dimensión de discapacidad social, también el 36.17% de los pacientes refirió haber sido incapaz de desempeñarse o que su vida en general sea menos satisfactoria a partir de estos problemas dentales.

Solo el 31.91% de los pacientes refirió limitación funcional en las preguntas sobre problemas para pronunciar palabras y que la percepción del gusto haya empeorado a raíz de estos problemas bucales. Figura 2



Percepción de la Calidad de Vida según el OHIP-14

Limitación Funcional	31.91 %
Dolor Físico	63.82%
Limitación Psicológica	88.29%
Discapacidad Física	49.64%
Discapacidad Psicológica	64.41%
Discapacidad Social	36.17%
Minusvalía	36.17%

Figura 2 Fuente Directa

Con este tamaño de muestra, no se detectaron diferencias significativas entre las dimensiones que evalúa el OHIP-14. Mayores diferencias podrían detectarse con una muestra más grande.



X DISCUSIÓN

La enfermedad periodontal es la enfermedad oral más común que afecta a los adultos y aunque se puede prevenir en gran medida, sigue siendo la principal causa de mala salud oral en todo el mundo. 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 que requieren la implementación de programas preventivos.¹⁸

Enfatizando la necesidad de prevención y tratamiento temprano de la enfermedad periodontal ya que la pérdida ósea severa tiene un efecto negativo en la calidad de vida del individuo. La prevención de la enfermedad es posible y el mantenimiento periodontal adecuado para asegurar la función fisiológica y social de la dentición durante toda la vida.¹⁹

Sin embargo, el paciente también se encuentra motivado por la voluntad de buscar tratamiento al observar que algo se siente mal en su cuerpo, reduciendo su bienestar en aspectos funciones y psico-sociales.²⁰

La OMS publicó en 1983 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, que es una herramienta que permitirá la estandarización de los procesos para conocer el estado de salud de las poblaciones. Proporcionando el marco conceptual para clasificar un amplio rango de información relacionada con la salud con un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención entre las diferentes disciplinas.



Son tres estadios jerárquicos en base a las consecuencias personales y sociales que determinada patología genera en el individuo son:

- Deficiencia: Anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, es decir trastornos a nivel orgánico.
- Discapacidad: Reflejan las consecuencias de una deficiencia desde el punto de vista de rendimiento funcional y actividades del individuo.
- Minusvalía: Desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; la adaptación del individuo al entorno.

Una vez que conocemos la situación de salud, se implementan políticas sanitarias a fin de lograr que la asignación de recursos sea racional desde la perspectiva de la ética y de la eficiencia social.²¹

Todos los factores: el bienestar, la capacidad de masticar, la satisfacción con la sonrisa, el estado de ánimo, la vida social y la salud en general fueron considerados con un impacto más positivo en la vida cotidiana de los pacientes.

Los pacientes estaban más conscientes al reconocer el efecto del tratamiento sobre la salud a pesar de la recesión en la encía y los espacios interdentes más amplios. La educación que recibieron los pacientes respecto a su enfermedad periodontal, plan de tratamiento, mantenimiento y estrategias para prevenir la recurrencia fue el elemento más importante en la atención odontológica.



Dentro de las estrategias de motivación varios pacientes respondieron cuestionarios con declaraciones como: “ fue un alivio aprender sobre la enfermedad y me dijeron que podía controlar mi propia situación”, sin embargo el 52% respondió que no sabía que tenía enfermedad periodontal al momento del cuestionario, esto no significó que los dentistas no informaron a los pacientes sobre su situación, sino que los pacientes no entendieron la información correctamente, por lo tanto es esencial la habilidad de comunicación por parte del odontólogo para garantizar que la información que se le proporciona al paciente se comprenda correctamente. ²⁰

Aunque la terapia periodontal inicial puede aliviar algunas incomodidades físicas y psicológicas de la periodontitis, también es vital encontrar recursos positivos desde el punto de vista psicológico y social para promover la calidad de vida relacionada con la salud oral. No existen servicios en salud oral suficientes para las personas en todo el mundo, se ha demostrado que la calidad humana y profesional del personal especializado en salud oral son factores percibidos como positivos. ²²

Antes del tratamiento, los pacientes tienen una serie de problemas, lo que provoca una necesidad de encontrar soluciones. Después de un tratamiento exitoso y un proceso de adaptación que implica estrategias de mantenimiento, es común observar que disminuye la percepción de dolor físico disminuir una vez finalizado el tratamiento. ²³

Durante la validación de la versión en español del OHIP-14Sp en una población se observó una fuerte asociación entre las dimensiones de Incapacidad Psicológica, Social y Minusvalía, excepto Discapacidad Física y Dolor.²⁴ Los resultados de la adaptación del OHIP-14 una población rural fue válida, reproducible y consistente, permitiendo definir las condiciones



orales con mejor impacto en la calidad de vida de las poblaciones. Sin embargo, se encontró alta prevalencia fue un impacto negativo en la salud oral especialmente en los individuos ubicados en comunidades lejanas al centro urbano.²⁵

Otro estudio con el objetivo de determinar si la percepción de calidad de vida de acuerdo con la salud oral difiere entre géneros durante el curso del tratamiento. Diferencias estadísticamente significativas se encontraron entre hombres y mujeres en las dimensiones de dolor físico, malestar psicológico, discapacidad psicológica y discapacidad social. Sin embargo, para la segunda aplicación del cuestionario después de la intervención, una deficiencia más alta fue reportada en mujeres que en hombres en las dimensiones de limitación funcional, malestar psicológica, discapacidad psicológica y discapacidad social.²⁶

La evaluación de la calidad de vida las dimensiones que mostraron una diferencia estadísticamente significativa fueron: limitación funcional, discapacidad psicológica, inhabilidad física. El resultado de este estudio concuerda con los estudios previos, donde encontraron que la pérdida de inserción clínica tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Además, la investigación del impacto de enfermedad periodontal en la calidad de vida de los individuos atendidos en práctica privada se encontró un amplio rango en los aspectos físicos, sociales y psicológicos eran afectados por la enfermedad periodontal. El resultado de este estudio enfatiza la necesidad de prevención y tratamiento temprano de la enfermedad periodontal, debido a que la pérdida ósea en la periodontitis severa tiene un efecto negativo en la calidad de vida del individuo.¹⁹



El 18.4% de la población en estudio presentó tabaquismo activo durante su tratamiento periodontal, siendo que es requisito indispensable no realizarlo para obtener mejores resultados a la terapia. En el siglo XX se desarrolló una pandemia de tabaquismo con dos grandes determinantes: por un lado, el gran poder adictivo de la nicotina que hace muy difícil abandonarla a quien se inicia en su uso, y por otro, el hecho de que la producción por las grandes empresas coorganización con base en las ganancias ha favorecido su expansión. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el tabaquismo es la causa de mortalidad prevenible más importante.²

El 40% de la población adulta reportó haber recibido información sobre las consecuencias por el uso de tabaco. En la ENSANUT 2012 se define tabaquismo como el haber fumado 100 cigarros o más en la vida y fumar actualmente. La prevalencia del consumo diario de tabaco se ha mantenido estable entre los adultos (12.4% en 2000 a 11.8% en 2012). El promedio de cigarros consumidos disminuyó de 8.2 cigarros/día en 2000 a 6.3 cigarros/día en 2012.²⁷

El hábito de fumar es un factor de riesgo para diversas enfermedades crónico-degenerativas del ser humano, incluida la periodontitis. Evitar el consumo de tabaco también contribuye a la prevención de la enfermedad periodontal.⁵

Cuando se les cuestionó si los pacientes perciben sangrado gingival, sólo el 36.2% lo identifica, sin embargo al preguntarles: El término gingivitis significa inflamación de la encía el 14.2% respondió no sé, por lo tanto es necesario reforzar estos conceptos básicos en los pacientes cada cita para que ellos pueden identificar si existe mejora durante el tratamiento o al contrario.⁴



Por otra parte se les preguntaron los síntomas de la enfermedad periodontal como: si percibían movilidad dental (45.4%) o si habían perdido piezas dentales sin motivo aparente (36.2%), solo 27 pacientes presentaban ambos, sin embargo al establecer la definición con conceptos básicos: La enfermedad periodontal es la pérdida de hueso que soporta los dientes, el 22.7% no sabe. Con estas respuestas podemos deducir que los pacientes no tienen claro cuál es el motivo por el que se están atendiendo y acudiendo a una especialidad, podría ser esta falta de información por parte del paciente lo que los lleve a abandonar el tratamiento.⁵

Los pacientes mostraron interés respecto a los conceptos de gingivitis y enfermedad periodontal durante el cuestionario, se observó que buscaban tener la respuesta correcta en lugar de comprender el concepto, también se mostraron agradecidos en cuanto al interés en su perspectiva durante el tratamiento, uno de los comentarios más frecuentes por parte de los pacientes fue: que a veces lo veían como una mala inversión en cuestiones económicas y de tiempo, probablemente debido a la falta de información respecto a las consecuencias del progreso de la enfermedad periodontal.⁹

Por lo tanto, es urgente que se refuercen los programas existentes o se diseñen programas de salud pública para enfrentar el cuidado periodontal, con énfasis 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, siendo una estrategia el control de los factores de riesgo como el tabaco, la dieta, el estrés, el consumo de alcohol y los estilos de vida, entre otros y reforzar las medidas a fortalecer los hábitos de higiene oral para disminuir el alto componente inflamatorio que los mantiene en un estado de riesgo de progresión de la enfermedad y, por ende, riesgo de pérdida dental y de calidad de vida.⁵



Los efectos duraderos en salud oral únicamente pueden ser logrados mediante la educación de las personas con conductas adecuadas de prevención y por medio del uso eficaz de los servicios profesionales, lo cual es fundamental. Es importante preparar a los proveedores de atención en salud, proporcionándoles información sobre la atención, prevención y tratamiento de las enfermedades orales asociadas a la edad. ²⁸

La educación del paciente en todos los aspectos de su enfermedad; etiología, patogénesis, tratamiento de prevención, resultados esperados y mantenimiento deben ser eficientes y exhaustivos tanto verbalmente como por escrito, así el paciente entenderá su condición y todos los aspectos a su alrededor para aceptar el tratamiento y actuar de acuerdo a las instrucciones del odontólogo. ¹³

A pesar de los esfuerzos del abordaje individual existe una alta prevalencia de estas enfermedades, el abordaje debería enfocarse hacia el fortalecimiento del nivel primario de salud, trabajo interdisciplinario, promoviendo estilos de vida saludables, hábitos de higiene oral y detección precoz de la enfermedad. ¹¹

Un punto clave es desarrollar pruebas sencillas, para que la gente pueda identificar en qué momento se altera o pierde la salud gingival o periodontal. El aspecto principal sería detectar de forma temprana algún indicador de inflamación como el sangrado gingival, desde el punto de vista de la prevención, las personas no deberían presentar sangrado gingival espontáneo o provocado además de mantener un nivel de placa dental bajo o compatible con la salud gingival. ⁷



El 11th Workshop de la Federación Europea de Periodoncia (2015) sobre la prevención de gingivitis, identificó que la prevención primaria de la periodontitis es evitar la gingivitis. Se concluyó que el control profesional de la placa dental reduce la inflamación gingival y en donde la enseñanza de las medidas de higiene oral tiene un efecto adicional para el control de placa dentobacteriana y gingivitis.⁸

Las personas con salud periodontal deben cepillar sus dientes 2 veces al día por lo menos 2 minutos con un dentífrico con flúor, sin embargo no es suficiente para los sujetos con gingivitis y periodontitis, el uso de enjuague antibacteriano resulta ser beneficioso.⁹

Adecuar la vigilancia epidemiológica, estudiar y comprender cómo las personas y comunidades adquieren y mantienen hábitos saludables. Una política pública que combine la estrategia de salud general y oral puede impactar varias enfermedades prevalentes en las personas y poblaciones.¹¹



XI CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación confirman un impacto de la salud oral en la calidad de vida. Las dimensiones registradas con mayor impacto son limitación psicológica y dolor físico, lo cual tiene implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas. Por otro lado, la dimensión con menor impacto fue minusvalía, es entendible ya que las personas con estas características difícilmente solicitan servicios odontológicos.

Esto nos permite observar que durante nuestra formación como odontólogos dentro de una institución dejamos de atender a los pacientes como seres humanos y sus necesidades pasan a segundo plano, solo realizamos los tratamientos que requieren con fines académicos; sin embargo si proporcionamos toda la información necesaria a los pacientes estos se comprometerán con el odontólogo y su tratamiento a largo plazo evitando así las consecuencias y recurrencia de la enfermedad periodontal.

La atención de salud tiene como objetivo aumentar la capacidad funcional y el bienestar de las personas y no solo limitar la fisiopatología, debe integrar los datos sobre mediciones de la calidad de vida relacionadas con la salud en las historias clínicas, plan de tratamiento y la atención de salud periódica como prevención.

No es suficiente crear más servicios de salud, sino que es importante la calidad de los mismos y el enfoque preventivo para inculcar la cultura de la salud dirigida a informar, educar y atender desde edades tempranas conductas para la preservación en el mantenimiento de la salud y diagnóstico oportuno de enfermedad, que no solo permita aumentar años de vida sino que estos sean de calidad.



XII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gálvez VR, Sierra LA, Sáenz GM, Gómez LL, Fernández NJ, Salleras SL, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson. 10 ed. 2010 p. 855-861.
2. González GR, Castro AJ, Moreno AL. Promoción de la salud en el ciclo de la vida. Mac Graw-Hill; México. 2012. p. 145-162.
3. Cerón XA. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. Rev Nac Odontol. 2014; 10 (19): 83-9.
4. Chapple LC, Wiedejn VF, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. Journal of Clinical Periodontology. 2015; 42 (16): 71-76.
5. Tonetti SM, Eickholz P, Loos BG, Papananou P, Velden U, Armitage G, et al. Principles in prevention of periodontal diseases. Journal of Clinical Periodontology. 2015; 42(16): 1-13.
6. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho JC, Dietrich T, Dorfer C, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal disease at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology. 2017; 22(18): 85-93.
7. Birch S, Bridgman C, Brocklehurst P, Ellwood R, Gomez J, Helgeson M, et al. Prevention in practice- a summary. BMC Oral Health. 2015; 15 (1) 1-12.
8. Tonetti MS, Chapple LC, Jepsen S, Sanz M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases. Journal of Clinical Periodontology. 2015; 42 (16): 1- 4.



9. Contreras RA. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2016; 9 (2): 193-202.
10. Batchelor P. Is periodontal disease a public health problem? *British Dental Journal*. 2014; 217(8): 405-409.
11. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2016; 9(2): 177-183.
12. Botero ME, Pico MM. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007; 12: 11-24.
13. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de vida Relacionada con la Salud. *Revista Dental de Chile*. 2005; 96(2): 28-35.
14. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral Health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1997; 25: 284-290.
15. López R, Baelum V. Spanish version of Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*. 2006; 6: 11.
16. Castrejón PR, Borges YS, Irigoyen CM. Validación de un instrumento para medir el efecto de a salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(5): 321-329.
17. Castrejón PR, Borges YS. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *The Gerodontology Society and John Wiley&Sons A/S*. 2012; 29: 155-158.
18. Clarkson JE, Ramsay RC, Averley P, Bonetti D, Boyers D Campbell L, et al IQuaD dental trial; improving the quality of dentistry: a multicentre randomized controlled trial comparing oral hygiene advice and



periodontal instrumentation for the prevention and management of periodontal disease in dentate adults attending dental primary care. *BMC Oral Health*. 2013; 13: 58.

19. Jansson H, Wahlin A, Johansson V, Akerman S, Lundegren N, Isberg P, et al. Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health-Related Quality of Life. *Journal of Periodontology*. 2014; 85(3): 438-445.
20. Vatne JF, Gjermo P, Sandvik L, Press HR. Patient's perception of own efforts versus clinically observed outcomes of non-surgical periodontal therapy in a Norwegian population: an observational study. *BMC Oral Health*. 2015; 15: 61.
21. Jiménez TM, González DP, Martín JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76 (4): 271-279.
22. Miao L, Feng J, Wu L, Zhang S, Ge Z, Pan Y. The mediating role of general self-efficacy in the association between perceived social support and oral health-related quality of life after initial periodontal therapy. *BMC Oral Health*. 2016; 16: 68.
23. Ugalde EM. Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. *Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT*. 2014; 7 (2): 33- 46.
24. León S, Bravo DC, Correa BG, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 2014; 14:95.
25. Cohen FC, Bessa RM, Souza SR, Bovi AG, Valle SA, Guedes PD. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral Health Impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cad. Saude Pública*. 2010; 26 (6): 1122-1130.



-
26. Utsman AR, Padilla GM, Rodríguez BL. Uso de la versión en español del perfil de impacto en la salud oral - 14 para evaluar el impacto del tratamiento dental en la calidad de vida relacionada a la salud oral entre costarricenses. *Revista Científica Odontológica*. 2016; 13 (2): 24-29.
27. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. p. 19-21.
28. Song M, O'Donnell JA, Bekhius T, Spallek H. Are dentists interested in the oral – systemic disease connection? A qualitative study of an online community of 450 practitioners. *BMC Oral Health*. 2013; 13:65.



ANEXO 1

Consentimiento Informado

División de Estudios de Posgrado e Investigación
Facultad de Odontología

Consentimiento Informado

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer su experiencia durante el tratamiento de sus problemas bucales realizado en la especialidad de Periodoncia e Implantología, a fin de mejorar la atención que esta brinda.

Areli Escamilla Jaimes

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del clínico que explica
y obtiene el consentimiento informado.

C.D. Esp. Vanessa I. Ruíz González

C. D. Esp. Carlos Hernández Hernández

Testigo

Testigo

Se me ha informado que toda la información que proporcione es confidencial y que sólo será utilizada para fines de investigación.

Se me ha informado que mi participación como paciente de la especialidad de Periodoncia e Implantología es voluntaria y que puedo rechazar o retirar mi participación en cualquier momento sin que se afecte mi atención como paciente.



ANEXO 2

Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14)

Sexo: F M Edad: _____ Escolaridad: _____ Fuma: Sí No

Marque con "X" su respuesta.

No sé

Sí

No

Le sangra la encía			
Percibe movilidad en sus dientes			
Ha perdido piezas dentales sin motivo aparente			
Le han realizado alguna cirugía durante su tratamiento de la encía			
Tiene problemas para pronunciar alguna palabra por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
La sensación del gusto ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Tiene dolor en alguna zona de su boca			
Molestia al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Ha estado preocupado/a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Su dieta es poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Ha tenido que interrumpir sus comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Encuentra dificultad para relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Se ha sentido irritable por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Dificultad para realizar su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Ha sentido que su vida en general, es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
Se ha sentido incapaz de desempeñarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental			
El término gingivitis significa inflamación de la encía			
La enfermedad periodontal es la pérdida de hueso que soporta los dientes			