



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL AUTO-
PERCIBIDA EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS, EN LA
PARROQUIA CAÑARIBAMBA DE LA CIUDAD DE CUENCA,
PERÍODO AGOSTO 2017- ABRIL 2018.

Trabajo de titulación previo a la
Obtención del título de Odontóloga

AUTOR/A: Balarezo Mercado, Maylin Dayanara

DIRECTOR: Jara Vergara, Nube Nohemí Od. Esp.

CUENCA

2019

DECLARACIÓN

Yo, Balarezo Mercado, Maylin Dayanara declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normativa institucional vigente.

.....

Autora: Balarezo Mercado, Maylin Dayanara

C.I 1250202510

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL AUTO-PERCIBIDA EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS, EN LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERÍODO AGOSTO 2017- ABRIL 2018”**, realizado **BALAREZO MERCADO, MAYLIN DAYANARA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, octubre 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL AUTO-PERCIBIDA EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS, EN LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERÍODO AGOSTO 2017- ABRIL 2018””, realizado por BALAREZO MERCADO, MAYLIN DAYANARA, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, octubre 2019

.....

Tutora: Jara Vergara Nube Nohemí

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis con mucho amor y cariño
a mis padres, tías, abuelita y hermanos
como pequeña retribución a su esfuerzo y trabajo
apoyándome durante este arduo camino,
a mis profesores quienes me inculcaron buenos aprendizajes
y a Dios por ser mi maestro celestial.

EPÍGRAFE

“If the doors of perception were cleansed,
everything would appear to man as it is – infinite.”

(Si se limpiaran las puertas de la percepción,
todo se le aparecería al hombre tal y como es: infinito.)

WILLIAM BLAKE.

AGRADECIMIENTOS

El más sincero agradecimiento a mi tutora guía
y al Departamento de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca
de la Carrera de Odontología.

LISTA DE ABREVIATURAS

EG: Enfermedades gingivales

EP: Enfermedades periodontales

MG: Margen Gingival

SS: Sangrado gingival

Índice

INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	15
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2.- JUSTIFICACIÓN	16
3.- Objetivos	17
3.1.- Objetivo General	17
3.2.- Objetivos específicos	17
4.-MARCO TEÓRICO	18
4.1 AUTOPERCEPCIÓN	18
4.1.1 IMPORTANCIA EN LA EVALUACIÓN DE UNA PATOLOGÍA MEDIANTE UN AUTO- REPORTE	18
4.1.2 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	19
4.1.3 ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	19
4.1.4 ELEMENTOS DEL PERIODONTO	20
4.1.4.1 Periodoncio de protección	20
4.1.4.3 Periodoncio de inserción	20
4.1.5 BIOFILM	21
4.1.5.1 Biofilm y la Infección	21
4.1.6 CÁLCULO DENTAL	21
4.1.6.1 Cálculo Subgingival	22
4.1.6.2 Cálculo Supragingival	22
4.1.7 PARAMETROS CLÍNICOS PERIODONTALES	22
4.1.7.1 Pérdida ósea radiográfica	22
4.1.7.2 Profundidad del sondaje	22
4.1.7.3 Nivel de inserción	22
4.1.7.4 Sangrado al Sondaje	23
4.1.7.5 Movilidad dental	23
4.1.8 DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	23
4.1.9 ENFERMEDAD PERIODONTAL	23
4.1.9.1 Gingivitis	24
4.1.9.5 Periodontitis Crónica	25
4.1.9.6 Periodontitis Agresiva	25
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
5.-HIPÓTESIS	31

CAPÍTULO II	32
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	32
1.MARCO METODOLÓGICO.....	33
2.1. Criterios de selección.....	33
3.-Operacionalización de Variables	34
4.-INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	35
4.1.-Instrumentos documentales:	35
4.2.-Instrumentos mecánicos	35
4.3.-Materiales	35
4.4.-Recursos	35
5.PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.	35
5.1.-Ubicación espacial.	35
5.2.-Ubicación temporal.	36
5.3.-PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS.....	36
6.-PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.	36
7.-ASPECTOS BIOÉTICOS.	37
CAPÍTULO III	38
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
1. RESULTADOS:.....	39
2. DISCUSIÓN	45
3. CONCLUSIONES.....	47
4. BIBLIOGRAFÍA	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribución de la muestra según el sexo.....	39
GRÁFICO 2: Prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida.....	40
GRÁFICO 3: Prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida de acuerdo al sexo.....	41
GRÁFICO 4: Prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida de acuerdo al grado de instrucción académica.....	42
GRÁFICO 5: Prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida de acuerdo a la presencia de sangrado gingival.....	43

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida en adultos mayores a 65 años de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca período agosto 2017-abril 2018 **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo. La población de estudio fueron 319 adultos mayores a 65 años de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, quienes fueron encuestados, los datos se registraron en las fichas epidemiológicas las mismas que fueron ingresadas al programa de libre acceso EPI INFO en el Departamento de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca. **RESULTADOS:** La prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida es de 24% en Cañaribamba, la prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida según el sexo es de 23% en mujeres y 26% en hombres, la prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida según el nivel de educación es mayor en analfabetos con un 32%, seguido por instrucción superior universitaria con 30%, superior técnica 28%, primaria 22% y bachillerato 19%, finalmente la prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida según la presencia de sangrado gingival es 22%, siendo del 17% en mujeres y del 27% en hombres.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades periodontales, autopercepción, prevalencia.

ABSTRACT

AIM: To determine the prevalence of self-perceived periodontal disease in adults over 65 years of age of the parish Cañaribamba of the city of Cuenca period 2017- April 2018. **MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional, descriptive study was carried out. The study population was 319 adults over the age of 65 in the Cañaribamba parish from Cuenca, who were surveyed, the data was recorded in the free access program EPI INFO in the department of research at the Universidad Católica de Cuenca **RESULTS:** The prevalence of self-perceived periodontal disease is 24% in Cañaribamba, the prevalence of self-perceived periodontal disease according to sex is 23% in women and 26% in men, the prevalence of self-perceived periodontal disease according to the level of education is higher in analphabets with 32%, followed by university education degree with 30%, technical superior degree 28%, primary 22% and high school 19%, finally the prevalence of self-perceived periodontal disease according to the presence of gingival bleeding is 22%, being 17% in women and 27% in men.

KEY WORDS: Periodontal diseases, self-perception, prevalence.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia a la enfermedad periodontal autopercibida, que se puede definir como la capacidad que tiene el individuo para discernir, definir y percibir el estado de su salud periodontal. Las periodontopatías como su nombre lo indica, son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos que rodean y sostienen el diente entre ellas las enfermedades gingivales y periodontales ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expone que las periodontopatías y la caries dental son las enfermedades más prevalentes de la cavidad oral, y establece que la periodontitis es la undécima enfermedad con más prevalencia en todo el mundo. Siendo un problema de salud pública por su alta prevalencia ⁽¹⁾.

Para estudiar esta problemática es preciso mencionar sus causas. Y la principal causa de enfermedad periodontal es la placa bacteriana, se entiende por placa bacteriana a una película viscosa sin color conformada por azúcares y microorganismos, que se adhiere al diente. Por esta razón las personas que tienen una mala higiene oral y acumulación de grandes cantidades de placa bacteriana tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad. Otro factor de riesgo es la edad, los adultos mayores tienden a tener un sistema inmune disminuido para detectar y modificar defectos en las células esto ocasiona un mayor riesgo de presentar cáncer e infecciones ⁽²⁾.

Duque y colaboradores citan que la mayoría de investigaciones en Latinoamérica indican que existe una alta prevalencia de enfermedad periodontal y que la severidad de la enfermedad se relaciona con la edad ⁽³⁾.

Ante lo mencionado, es evidente que afecta a la calidad de vida de la población, por esta razón la importancia que las personas sean capaces de percibir las enfermedades de la cavidad oral en especial las periodontales, siendo conscientes de los riesgos de su estado de salud y logren corregirlo para así evitar futuras complicaciones o un estado irreversible ⁽⁴⁾.

En el área de la salud, el auto-reporte es una técnica adecuada para la evaluación en la aparición de algunas patologías, entre ellas las enfermedades periodontales ⁽²⁾. La idea del presente trabajo es comprobar si los adultos mayores de la parroquia Cañaribamba auto-perciben su estado de salud periodontal e identificar la prevalencia ⁽⁵⁾⁽¹⁾.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La razón por la que se llevó a cabo la presente investigación fue para determinar la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida en adultos mayores a 65 años, para contribuir con datos epidemiológicos a nivel nacional dada la escasa información de los mismos.

La pregunta a responder con este estudio fue: ¿Cuánto es la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida en adultos mayores en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca?

2.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfoca especialmente en personas vulnerables mayores a 65 años, de la parroquia Cañaribamba debido al incremento de la enfermedad periodontal en los últimos años y considerándose un problema de salud pública a nivel mundial. La población objeto de estudio fueron los habitantes adultos mayores que residen en la parroquia Cañaribamba, a quienes se aplicó la encuesta de autopercepción periodontal. A través de esta investigación se logró determinar la prevalencia en la que los pacientes auto-perciben de su estado periodontal. Esta investigación tiene un grado de origen local, ya que no se han presentado estudios recientes que midieran la prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal en los individuos mayores a 65 años.

En cuanto a la relevancia científica, este tema de investigación estuvo enfocado principalmente en adultos mayores a 65 años, que pertenecen a un grupo de salud vulnerable.

En la relevancia humana está enfocado en personas mayores a 65 años de edad, siendo este grupo de interés por las características propias del envejecimiento, requiriendo cuidados adicionales en su salud.

En la relevancia social, la comunidad a la que fue dirigido este estudio fue la ciudad de Cuenca, principalmente a la parroquia Cañaribamba. El estudio tiene un nivel de originalidad nacional, ya que no se han encontrado estudios similares durante los últimos 5 años sobre el tema ni la población específica. Se ha coordinado con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, la Dirección de la Carrera de Odontología y la Dirección de Investigación de la Carrera de Odontología, buscando la viabilidad de esta investigación. Se coordinó con la Dirección Zonal 6 de Educación del Ecuador, permitiendo de esta manera la obtención de los permisos respectivos, además se realizó la respectiva calibración con los participantes del proyecto. Es a su vez de interés personal puesto que servirá como trabajo de titulación para el título de odontólogo, el trabajo está dentro de los lineamientos de investigación de la Universidad Católica de Cuenca y siendo parte de los temas de investigación evaluados como válidos en la carrera de Odontología, por ende, concuerda con las políticas institucionales de investigación.

3.- Objetivos

3.1.- Objetivo General

Determinar cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida en adultos mayores a 65 años en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, período agosto 2017- abril 2018.

3.2.- Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida según el sexo en adultos mayores a 65 años en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, período agosto 2017- abril 2018.
- Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida de acuerdo al grado de instrucción académico en adultos mayores a 65 años en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, período agosto 2017- abril 2018.
- Estimar la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida según la presencia de sangrado gingival en adultos mayores a 65 años en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, período agosto 2017- abril 2018.

4.-MARCO TEÓRICO

4.1 AUTOPERCEPCIÓN

La autopercepción es la manera en la que el individuo identifica e interpreta su estado de salud. La autopercepción del estado de salud periodontal puede ser evaluada a través de la encuesta, auto-reporte o "Self-report". Cuyo objetivo es valorar la necesidad de cuidado odontológico auto-percibido por la población ⁽¹⁾. Es un indicador que se utiliza para valorar el estado de salud de las personas, especialmente para desarrollar estudios epidemiológicos con el fin de vigilar el estado bucal de la población, en base al conocimiento e información que los individuos tienen acerca de la salud y enfermedad. La percepción, y el estado de la salud oral son fundamentales, ya que están relacionados con la conducta de higiene empleada por el individuo ⁽²⁾.

Estudios citan que es conveniente utilizar el "auto-reporte" porque es una opción favorable para identificar y reconocer la frecuencia en la que se presentan las enfermedades de las encías, aplicando un cuestionario de preguntas como opción para el diagnóstico de dichas enfermedades, suplementando el examen clínico ⁽²⁾. Una de las razones por las que se utiliza esta técnica es el bajo costo y la reducción en el tiempo de empleo ⁽²⁾.

4.1.1 IMPORTANCIA EN LA EVALUACIÓN DE UNA PATOLOGÍA MEDIANTE UN AUTO-REPORTE.

El uso de un auto-reporte es esencial para medir, valorar y estudiar las características de un conjunto de personas, patologías y factores de riesgo. Su sencillez y bajo presupuesto hace que su uso sea atractivo para el control, seguimiento y pronóstico de la salud de la población ⁽²⁾⁽⁴⁾.

Casi siempre el requerimiento de tratamiento dental se diagnostica clínicamente por el profesional, lo cual no está libre de limitaciones como el costo, espacio y tiempo empleado, siendo los más relevantes durante la evaluación de una necesidad ⁽³⁾. La importancia de realizar estudios sobre auto-percepción es que es un método con grandes ventajas como la disminución de inversión económica, el tiempo y no hay necesidad que el personal encuestador sea especializado. Además, es un aporte al estado como indicador para estudios epidemiológicos en cuanto al diagnóstico de enfermedades, ya que es el gobierno quién cubre estos beneficios. He aquí la importancia de la evaluación de una patología auto percibida ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

4.1.2 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

La epidemiología permite evaluar la prevalencia de patologías periodontales y la relación que puede existir con diversas enfermedades, permitiendo el reconocimiento de los grupos con elevado riesgo e implementar alternativas preventivas de dichas enfermedades. La encuesta "Self-Report", requiere preguntas que logren recolectar resultados importantes relacionados al estado de salud del conjunto de personas estudiadas. La prevalencia ha sido definida como el número de personas perjudicadas por una característica específica en un mismo tiempo y lugar determinado ⁽⁵⁾.

Un estudio clínico realizado en Brasil, cita la presencia de alta prevalencia de enfermedad periodontal en los individuos adultos mayores, ya que muy alejado a las cantidades de placa bacteriana que estos individuos presenten, los adultos mayores al no tener su sistema inmunológico tan resistente como el de una persona joven son propensos a desarrollar cáncer e infecciones ⁽⁵⁾.

4.1.3 ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Cuando los microorganismos producen factores de virulencia y se unen a las células del epitelio del surco y el epitelio de unión. Estas últimas crean citoquinas pro inflamatorias y defensinas. Las defensinas permiten la eliminación de las bacterias destruyéndolas, en este proceso son de mucha importancia la fabricación de interlucina-1 y del factor de necrosis tumoral formando cambios vasculares. Aumenta el tamaño de las estructuras vasculares. Además, segregan intercelulina-8 una citocina proinflamatoria que atrae a los polimorfonucleares al sitio donde deben fagocitar, así los polimorfonucleares llegan al lugar donde las bacterias se encuentran acumuladas, surgen de los vasos sanguíneos acumulándose y modificando el tejido conectivo contiguo al epitelio de unión. Varios polimorfonucleares pasan por el epitelio de unión y emergen al surco degradándose expulsando sustancias del O² y enzimas nocivas para las bacterias, así como también lo suelen ser para el tejido periodontal provocando algún tipo de daño tisular. Sin embargo, en algunas ocasiones el agente patógeno es regulado, disminuye el estímulo y se crea una homeostasis de la respuesta inmune. Luego de la respuesta innata, se provoca la respuesta adaptativa y surgen los linfocitos B y T CD4 en el tejido conectivo, contribuyendo a solucionar la inflamación. En fin, una adecuada respuesta inmune es esencial para conservar el buen estado de salud de los tejidos periodontales. Los linfocitos crean intercelulinas-2 e interferón promoviendo una buena acción de macrófagos, estimulan a los L-B a crear antitoxinas como inmunoglobulinas G e inmunoglobulinas A. Como consecuencia se da una respuesta inmune la cual tiene el control de las bacterias que se van agrupando en el surco periodontal, sigilosamente y sin anunciar signos de inflamación macroscópicamente.

Mientras avanza el proceso inflamatorio volviéndose crónico empiezan a destruirse los tejidos de soporte, obteniendo como resultado la pérdida de inserción, bolsas periodontales y pérdida de hueso ⁽⁶⁾.

4.1.4 ELEMENTOS DEL PERIODONTO.

El periodoncio es un grupo de estructuras que dan protección y sostén a los dientes y está expuesto a cambios funcionales y morfológicos, como por ejemplo los cambios que se dan por la edad. Las principales funciones del periodonto son:

- Red de anclaje para que los dientes se mantengan en su lugar.
- Absorber la carga oclusal o de la masticación.
- Proteger de injurias exteriores.
- Mantener la salud de la mucosa oral.

El periodonto según su función se divide de dos maneras:

- Periodonto de inserción.
- Periodonto de protección ⁽⁷⁾.

4.1.4.1 Periodoncio de protección.

Está conformado por dos partes la unión dentogingival y la encía.

4.1.4.2 Encía.

La encía forma parte de la mucosa masticatoria que reviste el hueso alveolar y las partes cervicales de los órganos dentarios a quienes se fija por medio de la unión dentogingival.

La encía se divide en las siguientes zonas:

- Encía adherida: Se encuentra completamente fijada al periostio alveolar, inferiormente se continúa con la encía libre, su espesor va desde la unión mucogingival hasta el surco gingival.
- Encía libre: Es la encía que no está adherida al hueso y forma el surco gingival ⁽⁸⁾.

4.1.4.3 Periodoncio de inserción.

La función del periodoncio de inserción es dar soporte a los órganos dentarios y está conformado por el ligamento periodontal, cemento radicular y el hueso alveolar estas tres estructuras forman la articulación alveolar-dentaria que permite la resistencia ante las fuerzas masticatorias ⁽⁹⁾.

4.1.4.4 Cemento.

Las células principales del cemento son los cementoblastos y los cementocitos. El cemento radicular es un tejido que se encuentra cubriendo la porción apical del diente cuya función principal es el anclaje de las fibras periodontales hacia las raíces de los órganos dentarios. La porción interna del cemento limita con la dentina, su porción externa con el ligamento periodontal y hacia coronal con el esmalte dental. Existen dos tipos de

cementos, el cemento celular y el cemento acelular ⁽⁷⁾.

4.1.4.5 Ligamento periodontal.

Es una delgada capa de tejido fibroso que se inserta entre el hueso y el diente, sus principales fibras se fijan por una parte en el hueso y por otra en el cemento radicular. El ligamento periodontal tiene una serie de funciones principales las cuales son: resistir y absorber las fuerzas masticatorias, conservar las piezas dentales dentro de su alveolo ⁽⁷⁾.

4.1.4.6 Hueso alveolar.

El hueso alveolar es parte del hueso maxilar y mandibular y forma los procesos alveolares los cuales conforman y rodean los alveolos dentales, estos son concavidades en donde se insertan los dientes, los alveolos están conformados por dos paredes o tablas una pared vestibular y una pared libre lingual o palatina ⁽⁷⁾.

4.1.5 BIOFILM.

En la cavidad oral podemos encontrar microorganismos en la saliva o colonizando una película pegada a los dientes, lengua o mucosa, denomina biopelícula. Esta biopelícula está conformada por bacterias y puede tener un potencial muy nocivo, su existencia se relaciona con la aparición de enfermedades gingivales, periodontales y principalmente con la caries ⁽⁹⁾.

Está conformada por el 97% de H₂O y bacterias, su matriz vital son los exopolisacáridos y en menor proporción Ácido Desoxirribonucleico, residuos de la lisis bacteriana y otras bacterias que forman un 20% del biofilm, se distribuyen en forma de zetas rodeadas por canales de H₂O por la cual recorren metabolitos y ciertos microorganismos. La biopelícula bacteriana la podemos encontrar a nivel subgingival, supragingival e interproximal ^{(8) (9)}.

4.1.5.1 Biofilm y la Infección.

El biofilm bacteriano se asocia a procesos de infección y puede estar conformado de 30 a 20 bacterias, pero las principales que pueden existir son los *Actinomyces spp* y *Streptococcus*. Mientras las circunstancias exteriores se conserven constantes para estos microorganismos su hábitat será equilibrado. Al tener una dieta elevada en azúcares habrá un desequilibrio en este hábitat favoreciendo el desarrollo de especies bacterianas como *Lactobacilos* y *Estreptococo mutans* las cuales crean ácidos que desmineralizan o deterioran el esmalte que cubre los órganos dentarios. Trayendo como consecuencia patologías con mayor prevalencia del mundo, tales como la caries dental y las enfermedades gingivales ⁽¹⁰⁾.

4.1.6 CÁLCULO DENTAL.

El cálculo dental es una especie de placa bacteriana mineralizada por ciertos compuestos químicos que se encuentran en el medio bucal, se clasifica según el lugar en donde este

se encuentre en relación con el margen de la encía, puede estar a nivel subgingival o supragingival. Además, al ser de consistencia dura e imposible de eliminar con el cepillado obstaculizando y permitiendo que se acumulen grandes depósitos de placa bacteriana y al estar muchas bacterias almacenadas y en contacto con los tejidos periodontales provocan la enfermedad periodontal trayendo como consecuencia, inflamación de encías, pérdida de inserción, bolsas periodontales, pérdida de hueso incluso llegar hasta la pérdida de dientes ⁽¹¹⁾.

4.1.6.1 Cálculo Subgingival.

Se encuentra por debajo de la encía, dentro de la bolsa periodontal patológica o fisiológica, no es visible ya que su ubicación impide verlo, durante el examen clínico de rutina se utiliza un instrumento como la sonda periodontal o explorador para detectarlo, este se fija fuertemente al diente ⁽¹¹⁾.

4.1.6.2 Cálculo Supragingival.

Lo vamos a encontrar clínicamente en la corona de los dientes, a diferencia del cálculo subgingival este puede ser desprendido de la superficie dental con facilidad. El cálculo dental repercute de manera física ya que irrita los tejidos que rodean el diente facilitando la acumulación de placa bacteriana y por ende la adhesión bacteriana ⁽¹¹⁾.

4.1.7 PARÁMETROS CLÍNICOS PERIODONTALES.

4.1.7.1 Pérdida ósea radiográfica.

Para el diagnóstico de la enfermedad periodontal es muy importante realizar una serie de radiografías para evaluar los cambios a nivel óseo. Es esencial resaltar que uno de los signos más importante de la periodontitis es la pérdida de hueso por lo tanto es importante tener en cuenta al momento de diagnosticar ⁽¹²⁾.

4.1.7.2 Profundidad del sondaje.

Para realizar este parámetro del diagnóstico se utiliza una sonda periodontal la cual va ingresar en el espacio comprendido entre el diente y la encía tomando como referencia el MG y va a medir en milímetros 6 áreas del diente, se ha estimado que este espacio tiene una longitud de 1 a 3 mm en condiciones sanas, y cuando sobre pasa los 3 milímetros podemos decir que ya existe una bolsa periodontal ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

4.1.7.3 Nivel de inserción.

A continuación, nos indica como calcular el Nivel de Inserción Clínica.

- Si el margen gingival está por debajo de la línea amelo-cementaria, se resta la profundidad de sondaje.
- Si el margen gingival coincide con la línea amelo-cementaria, el Nivel de Inserción Clínica es igual a la profundidad del sondaje.

- Si el margen gingival está por encima de la línea amelo-cementaria, se aumenta la profundidad del sondaje ⁽¹⁵⁾.

4.1.7.4 Sangrado al Sondaje.

El SS se estima que podría ser un indicador de enfermedad periodontal, pero se debe tener en consideración algunos aspectos del sondaje tales como la fuerza, tamaño de la sonda periodontal, cantidad de inflamación ya que, al momento de introducir la sonda periodontal, su interpretación podría variar ⁽¹⁴⁾.

Por lo tanto, el sangrado al sondaje debe medirse junto a otros parámetros ya que tan sólo este signo no es indicativo esencial de la enfermedad.

4.1.7.5 Movilidad dental.

La movilidad patológica de los dientes puede ser consecuencia de enfermedad periodontal, aunque no es la causa total, ya que otras anomalías también pueden tener como resultado movilidad dental.

Esta se mide en diferentes grados:

Grado 0: Movilidad normal de las piezas dentarias

Grado 1: Movilidad de un milímetro horizontalmente

Grado 2: Movilidad de más de un milímetro horizontalmente

Grado 3: Movilidad con orientación vertical y horizontal ⁽¹⁶⁾.

4.1.8 DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

A continuación, la siguiente tabla presenta las características clínicas de la encía para el diagnóstico clínico ⁽⁴⁾ ⁽¹⁵⁾.

	Encía normal	Enfermedad de las encías
Tamaño	No hay presencia de bolsas La encía sigue el cuello de los dientes	Presencia de bolsas, agrandamiento gingival
Color	Rosa pálido	Rojo intenso
Consistencia	Firme	Edematosa o blanda
Forma	Festoneado	ausencia del festón
Sangrado	Sin presencia de hemorragia al sondaje	Presencia de sangrado al sondaje

Tabla 1. Fuente: Botero J., Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2010; 3 (2): Pág. 94-99. ⁽⁴⁾.

4.1.9 ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La enfermedad periodontal es la afección de las estructuras que rodean los dientes. Estas patologías suelen manifestarse por la presencia de cálculo dental, cepillado brusco, malos hábitos. Acumulándose placa bacteriana y por ende bacterias que destruyen el periodonto, que en estado crónico puede llevar a la pérdida de estructuras dentarias ⁽¹⁶⁾.

4.1.9.1 Gingivitis.

La gingivitis es la inflamación de la encía en distintos grados de intensidad sin involucrar los tejidos de soporte, producida por la acumulación de los depósitos de placa bacteriana que la lesiona e inflama. La proliferación de los microorganismos y sus toxinas producen una encía sensible provocada por la infección e inflamación. La inflamación gingival se limita a presentarse tan sólo en los tejidos blandos y es reversible. La gingivitis debe ser controlada para evitar su evolución a periodontitis, que se propaga al hueso alveolar y ligamento periodontal⁴. La gingivitis se divide en 4 grupos ⁽¹⁷⁾.

- Gingivitis Subaguda: Es una etapa menos intensa que la gingivitis aguda.
- Gingivitis Aguda: Su inicio es rápido dura un corto tiempo y en ocasiones es dolorosa.
- Gingivitis refractaria: Vuelve aparecer después de eliminarla con el tratamiento.
- Gingivitis crónica: Este tipo es el más frecuente y se caracteriza por ser de período prolongado, aparece con lentitud y no causa dolor excepto por que se complique con exacerbaciones ^{(5) (17)}.

4.1.9.2 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES SEGÚN SU ETIOLOGÍA.

Las enfermedades gingivales según su factor etiológico se clasifican en:

- Gingivitis asociada a placa bacteriana
- Gingivitis no asociada a placa bacteriana ⁽¹⁸⁾.

4.1.9.3 Gingivitis por placa dental.

Existen factores que favorecen la acumulación de placa bacteriana, como aparatos de ortodoncia, restauraciones desbordantes, etc. De esta manera se puede aumentar el riesgo de padecer gingivitis ya que la placa bacteriana se encuentra retenida y en contacto con los tejidos periodontales provocando la inflamación y produciendo la enfermedad ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

4.1.9.4 Gingivitis no asociada a placa bacteriana.

Este tipo de gingivitis no es producido por placa bacteriana sino por infecciones bacterianas provocadas por virus o de origen micótico. Las patologías gingivales de procedencia bacteriana específica se inducen por afecciones muy aparte de las formadas por placa dental. El origen de este tipo de lesión se debe a microorganismos como el *Treponema pallidum*, *Streptococos*, *Neisseria gonorrhoeae* entre otras bacterias. Manifestándose clínicamente como úlceras edematosas, encías con mucha

inflamación sin úlceras raras, las cuales pueden acompañarse o no de otras lesiones en diferentes partes del cuerpo ⁽²⁰⁻²²⁾.

4.1.9.5 Periodontitis crónica.

La periodontitis es una forma avanzada de gingivitis la cual se extiende hasta el ligamento periodontal, se presenta cuando la gingivitis crónica no ha sido tratada afectando al hueso alveolar y ligamento periodontal, las bacterias y sus toxinas llegan al espacio comprendido entre encía y diente por lo tanto estos microorganismos van a empezar a reabsorber el hueso alveolar. La etiología principal de la periodontitis es la placa bacteriana específicamente la que se encuentra a nivel subgingival ⁽²³⁻²⁵⁾.

4.1.9.6 Periodontitis agresiva.

Esta se manifiesta principalmente en personas menores de 34 años, aunque puede manifestarse a cualquier edad. Con una rapidez de la destrucción de los tejidos periodontales observándose comúnmente en personas jóvenes. Puesto que el diagnóstico no debe inclinarse tan sólo por la edad, más bien en hallazgos clínicos, historia personal y familiar y exámenes de laboratorio.

Estas son las principales cualidades que están presentes:

- Severa destrucción periodontal sin relación a la cantidad de placa bacteriana presente.
- Severa y apresurada pérdida de hueso e inserción.
- Componente familiar ^{(20) (26)}.

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Ramos R., Bastos J., Peres M. ⁽²⁾, en un estudio sobre la Validez del diagnóstico de los resultados de salud oral en las encuestas de población: revisión de la literatura, indican que el objetivo de esta revisión fue examinar la validez diagnóstica de medidas de auto reporte de salud oral en relación con las condiciones periodontales, número de dientes restantes y uso y necesidad de prótesis y presentar prototipos de artículos de salud oral para evaluar las condiciones periodontales. Los trabajos publicados entre 1991 y 2011 fueron identificados a través de bases de datos PubMed. El perfil y el tamaño de la muestra utilizada en cada estudio se analizaron, así como la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos de los elementos de salud oral. Se estableció contacto con los periodoncistas, utilizando un texto normalizado, enviado por correo electrónico, lo que les pidió que proporcionar artículos de auto-reporte sobre las condiciones periodontales. Se revisaron 19 estudios; 13 condiciones periodontales, el número de los dientes restantes y el uso y la necesidad de prótesis algunos estudios evaluaron dos o más condiciones al mismo tiempo. Hay valores de sensibilidad y

especificidades aceptables para el número de dientes restantes y uso y necesidad de solamente prótesis ⁽²⁾.

Duque A. ⁽³⁾, en un estudio acerca de la Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica, se llevó a cabo una búsqueda de los estudios de corte transversal y cohortes con el fin de comparar la prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. Se identificaron las características clínicas de las enfermedades periodontales usadas en cada estudio, como: profundidad clínica de sondaje, nivel clínico de inserción y sangrado al sondaje. También se analizaron los índices clínicos utilizados. Aunque se han realizado consensos para unificar la definición de caso de la periodontitis, no siempre son utilizados en estudios de prevalencia de la enfermedad. Por tal razón la comparación entre los diferentes estudios es difícil. La evidencia sobre la prevalencia de periodontitis en Iberoamérica encontrada en Pubmed y otros buscadores es limitada. Solo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, República Dominicana y Guatemala fue posible encontrar información. Existen pocos estudios poblacionales y los criterios diagnósticos utilizados son heterogéneos. No fue posible hacer un metaanálisis. Estas dificultades no permiten una comparación exacta entre los países. Igualmente, algunos estudios utilizan índices actualmente no reconocidos en consensos periodontales para determinar la verdadera prevalencia de enfermedades periodontales (Índice Periodontal Comunitario). La mayoría de los estudios en Iberoamérica demuestran que la prevalencia de la periodontitis crónica es alta y que existe un incremento en la extensión y la severidad de la pérdida de inserción y la profundidad de sondaje relacionado con la edad ⁽³⁾.

Botero J., Bedoya E. ⁽⁴⁾, en un estudio acerca de los determinantes del diagnóstico periodontal, explicaron AAP y EFP, crearon una nueva clasificación de la enfermedad de las encías y peri implantarias. El objetivo de esta investigación es redactar una nueva clasificación, como ha sido reconocida por varios especialistas diversos. En los cambios más significativos se resalta nuevas definiciones y por primera ocasión entran en esta clasificación las enfermedades peri implantarias. La nueva clasificación les ofrece a los especialistas una alternativa práctica de realizar investigaciones y brindar un mejor tratamiento en todo el mundo ⁽⁴⁾.

Ramos R., Bastos J., Peres M. ⁽⁵⁾, en un estudio sobre la validez del autodiagnóstico con encuestas, encontraron que el objetivo de este análisis secundario de datos era identificar los elementos de auto-informe suficientemente correlacionados con la enfermedad periodontal para su uso cara a cara o a través entrevistas telefónicas. Se recogieron datos

para el análisis de un proyecto centrado en la salud oral que incluye artículos de entrevistas cara a cara con respecto a la auto-cuidado oral relacionada con la salud, la atención profesional, y las barreras; conocimientos, creencias y actitudes; comportamientos de riesgo; impacto en la calidad de vida; y las características demográficas. Además, los participantes tuvieron exámenes orales completos. La Edad, sexo, raza / origen étnico, el tabaquismo, y los elementos de auto-informe relacionados con la salud periodontal constituían modelos de predicción con la máxima sensibilidad y especificidad. Estos análisis sugieren que el auto-informe puede ser válida para la vigilancia de la enfermedad periodontal, en lugar de los exámenes clínicos periodontales más costosos ⁽⁵⁾.

Pérez L., Cándano A., Fuentes E., Rosell F., Urrutia D. ⁽⁶⁾, en un estudio sobre la prevalencia de enfermedad Periodontal y Factores de Riesgo asociados policlínico Pedro Borrás, Ciudad del Rio, con el objetivo de determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal y su relación con los factores de riesgo, se realizó un estudio transversal y descriptivo en 426 pacientes, entre 15_59 años de edad, de un universo constituido por 871 habitantes del área de salud correspondiente a 5 consultorios médicos del Policlínico "Pedro Borrás" de la provincia Pinar del Río, en el período comprendido desde agosto de 2007 a diciembre de 2008. En el estudio se utilizó el muestreo por conglomerados bietápicos y simple aleatorio. Se aplicó el índice periodontal y de higiene bucal revisado, una historia clínica de periodoncia, que recogió los datos del paciente e información sobre un conjunto de variables como los factores de riesgo de la enfermedad periodontal y una encuesta para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal. Se calculó la tasa de prevalencia puntual con un intervalo al 95% de certeza y la diferencia entre las variables cualitativas mediante la prueba de X²; la asociación entre las variables cualitativas se buscó mediante X² y Odds ratio al 95% de certeza. Se obtuvo un 62,4% de prevalencia de la enfermedad periodontal manifestándose por igual en ambos sexos y en todos los grupos de edades estudiados, además, fue la gingivitis la más representativa, con un 48,1%. Se concluye que la prevalencia de la enfermedad fue alta, aunque fue más frecuente las formas leves de esta con un 71.4% y resultó muy significativa la relación entre la enfermedad periodontal con la higiene bucal deficiente y el bajo nivel de conocimiento sobre salud bucal ⁽⁶⁾.

Taboada O., Cortés X. ⁽⁹⁾, estudiaron acerca de la auto percepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de hidalgo, determinaron que la auto percepción de caries y la enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores

del estado de Hidalgo en un estudio observacional, pro lectivo, transversal y descriptivo en 102 adultos mayores de ocho comunidades rurales del estado de Hidalgo, a los cuales se les aplicó el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) para contrastar su percepción con su estado de salud bucodental. La puntuación obtenida en el índice GOHAI de la auto percepción de los problemas de salud bucal de los adultos mayores fue de 42.3 (± 11.0), calificación que muestra una mala percepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de malestar o dolor y una salud bucodental deficiente. Esta población se ubica en un nivel socioeconómico bajo, y esto podría explicar por qué el 73.5% de ellos percibe su condición de salud bucal como mala, el 12.7% regular y el 13.7% como buena. En el análisis de las variables demográficas y GOHAI no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; en los índices de salud bucodental y necesidades de atención se observó que los adultos mayores con una mala higiene bucal (IHOS > 1.0) tienen tres veces más la percepción de que su salud bucal es deficiente (RM = 4.5; IC95% 1.1-17.9, $p < 0.03$). Sin importar la edad, el sexo o el nivel educativo del adulto mayor, el estudio muestra que la salud bucodental en este grupo etario tiene una gran influencia en su calidad de vida ⁽⁹⁾.

National Institute Health. ⁽¹⁰⁾, en un estudio sobre la enfermedad periodontal en adultos mayores, encontró que en general, la prevalencia de la enfermedad periodontal (de las encías) en las personas mayores ha disminuido desde principios de la década de 1970 hasta la última Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (1999-2004). A pesar de esta mejora, persisten disparidades significativas en algunos grupos de población. Las definiciones de investigación de la enfermedad periodontal no son necesariamente las mismas que la definición común de enfermedad de las encías, que puede incluir tanto la gingivitis (inflamación de las encías sin pérdida de hueso y tejido) como la periodontitis (como se define a continuación): A los fines de la investigación epidemiológica, la enfermedad periodontal se define de manera muy específica. Para que una persona tenga enfermedad periodontal, debe tener al menos un sitio periodontal con 3 milímetros o más de pérdida de inserción y 4 milímetros o más de profundidad de bolsillo. La enfermedad periodontal moderada se define como tener al menos dos dientes con pérdida de inserción interproximal de 4 milímetros o más O al menos dos dientes con 5 milímetros o más de profundidad de bolsillo en sitios interproximales. La enfermedad periodontal severa se define como tener al menos dos dientes con pérdida de inserción interproximal de 6 milímetros o más Y al menos un diente con 5 milímetros o más de profundidad de bolsillo en sitios interproximales ⁽¹⁰⁾.

Espeso N., Mulet M., Gómez M., Sarabia M. ⁽¹¹⁾, estudiaron la enfermedad periodontal en la Tercera Edad, desde marzo a septiembre de 2004 en tres instituciones para ancianos del Municipio Camagüey. La muestra estuvo constituida por 48 ancianos, se les aplicó una entrevista estructurada para determinar el nivel de información sobre salud bucodental y enfermedades periodontales. Fue utilizado el Índice periodontal de Russell. Además, se exploraron; factores de riesgo de la enfermedad periodontal locales y generales. La enfermedad periodontal estuvo presente en el 95.8 % de los ancianos y dentro de ella la periodontitis resultó ser la más común. El nivel de información fue evaluado de mal en más de la mitad de los ancianos. Los factores de riesgo locales más frecuentes fueron: la placa dentobacteriana y el sarro y dentro de los generales la diabetes mellitus ⁽¹¹⁾.

Fuentes F. ⁽¹⁴⁾, investigaron la prevalencia de gingivitis y determinación de tratamiento periodontal en individuos adultos de la comuna Santiago de Chile, las enfermedades gingivales son un grupo heterogéneo de condiciones que afectan la salud de la encía con una alta prevalencia en la población mundial. Últimamente, se ha determinado que el aumento de inflamación gingival puede producir una mayor pérdida de inserción clínica (PIC) en comparación con los individuos que no la presenta, provocando un mayor deterioro en los tejidos periodontales, estableciendo un aumento en la prevalencia de la necesidad del tratamiento periodontal. Material y métodos: En este estudio con diseño transversal se examinaron 550 individuos de 18 años y más, residentes de la comuna de Santiago. El tamaño muestral se determinó sobre la base de una prevalencia estimada para la gingivitis de 93,9% (media índice gingival $\geq 0,5$) obtenidos de forma proporcional según el género y edad de la población, mediante una muestra probabilística por etapas que involucraba la comuna, el distrito censal, el hogar e individuo. El examen se realizó por sólo un examinador calibrado ($\kappa > 0,75$) mediante el índice gingival (Loe y Sillnes) para determinación de prevalencia y severidad gingival y el Examen Periodontal Básico (EPB) para la evaluación de la necesidad del tratamiento periodontal. El análisis estadístico se realizó en software STATA v.13 con intervalo de confianza del 95% y una significancia del 0,05% Resultados: La prevalencia de gingivitis fue del 99,1% en los individuos de 18 años a 89 años de edad (media, $42,4 \pm 16$ años). El índice gingival media fue de $1,73 \pm 0,3$ (inflamación moderada). Hubo relación significativa ($p < 0,05$) entre edad e IG. La prevalencia y severidad de gingivitis fue significativamente mayor en hombres ($p < 0,05$). En el Examen Básico Periodontal (EBP) se observó que el 41,45% de los sujetos necesita de un tratamiento periodontal complejo, evidenciando un aumento de su complejidad a medida del incremento de edad. Conclusiones: Se muestra una altísima

prevalencia de gingivitis en la población representada. Teniendo como principal factor la alta cantidad de placa bacteriana. Además, se determinó que el 100% de los individuos requieren algún tipo de tratamiento periodontal, tratamientos que aumentan de complejidad en individuos con mayor edad ⁽¹⁴⁾.

Lagos A., Juárez I., Iglesias M. ⁽¹⁹⁾, en un estudio sobre la necesidad de tratamiento periodontal e higiene oral en adolescentes de 12 años de Llanquihue, determinaron la necesidad de tratamiento periodontal e higiene oral de los adolescentes de 12 años, de la ciudad de Llanquihue, Chile. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en adolescentes de 12 años de la ciudad de Llanquihue, Chile, entre los meses de marzo y junio del año 2013. Se evaluó una muestra de 90 adolescentes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Para determinar la necesidad de tratamiento, se utilizó el índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad y se evaluó la higiene oral mediante el índice de higiene oral simplificado. Se aplicó el T-test, asumiendo un nivel de significancia estadística $p < 0,05$.

Resultados: Del total de adolescentes examinados, el 56,7% eran de género masculino. El valor promedio del índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad fue $1,1 \pm 0,9$ y el del índice de higiene oral simplificado fue de $0,7 \pm 0,5$. Los promedios de índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad e índice de higiene oral simplificado no tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre géneros ($p < 0,05$). Conclusión: El 33,3% de los adolescentes de 12 años pertenecientes a la ciudad de Llanquihue tienen necesidad de tratamiento periodontal. La detección de enfermedad periodontal debe ser una parte fundamental del examen dental integral de los niños y adolescentes ⁽¹⁹⁾.

Miller K. ⁽²⁶⁾, estudiaron la Prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos mayores de 60 años, en dos localidades del estado de Veracruz, las propiedades métricas del Perfil de Impacto de Salud Oral aplicado a la Enfermedad Periodontal (OHIP-14- PD) no se han estudiado y existen dudas sobre la estructura factorial del OHIP-14. El objetivo del presente trabajo consistió en estudiar la distribución, discriminabilidad y consistencia interna de los ítems y de la puntuación total del OHIP-14-PD, comprobar su validez discriminante para diferenciar entre pacientes con periodontitis y gingivitis; explorar su estructura factorial, y contrastar varios modelos factoriales propuestos para el OHIP-14, determinando la consistencia interna y la validez convergente y discriminante de sus factores. Métodos: se recolectó una muestra no probabilística de 249 pacientes odontológicos adultos de la ciudad de Monterrey (México). Resultados: la consistencia

interna de los 14 ítems fue muy alta (α ordinal = 0,928). La distribución de la puntuación total mostró asimetría y curtosis positivas, esto es, concentración en puntuaciones bajas. La tendencia central de los pacientes con periodontitis fue significativamente mayor que la de los pacientes con gingivitis. El análisis factorial exploratorio reveló dos modelos: uno de un factor y otro de tres factores (impacto físico [ítems del 1 al 4 y 7], discapacidad física e impacto psicosocial. Los modelos de factores jerarquizados propuestos para el OHIP-14 presentaron parámetros estandarizados fuera del rango de valores admisibles. Conclusiones: el OHIP-14-PD muestra consistencia interna y validez discriminante. El modelo de un factor constituye el mejor modelo. Su ajuste mejora con la especificación de una correlación entre los residuos de los dos ítems correspondientes al factor de discapacidad física ⁽²⁶⁾.

5.- HIPÓTESIS

Este estudio no precisa de hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación será Cuantitativo

Diseño de Investigación: Descriptivo ⁽²⁷⁾

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de investigación:

- Por el ámbito: De campo y bibliográfico.
- Por la técnica: Observacional de encuesta.
- Por la temporalidad: Transversal actual.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA ⁽²⁸⁾.

Según el censo realizado en el año 2010 la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, cuenta con una población de 11.867 habitantes de los cuales 1.104 son adultos mayores. La muestra fue calculada por conveniencia, según el cronograma de levantamiento escogiendo así un total de 319 personas para la realización de las encuestas.

2.1. Criterios de selección.

Para el estudio de la población se tomará en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.1. a.-Criterios de inclusión:

Se incluirán en el presente estudio a los habitantes exclusivamente de la parroquia Cañaribamba que tengan más de 65 años, y que firmen el consentimiento informado.

2.1. b.- Criterios de exclusión:

Se excluirán del estudio a personas que vivan en parroquias anexas a la parroquia Cañaribamba, a las personas que no acepten firmar el consentimiento informado y a personas que tengan alguna discapacidad física o mental.

3.- Operacionalización de Variables: ⁽²⁹⁾

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Enfermedad periodontal auto percibida.	Capacidad del individuo para discernir, opinar o percibir el estado de salud de sus encías	Signos y síntomas percibidos en relación al estado de su salud periodontal, higiene bucal, tratamientos periodontales previos, sangrado de encías.	-----	Cualitativa	Nominal	Auto percibe No percibe	Encuesta Validada
Sexo	Condiciones anatómicas y psicológicas que caracterizan a hombres y mujeres	Características físicas que diferencia a hombres de mujeres	-----	Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino	Encuesta Validada
Instrucción académica	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Niveles de escolaridad que ha alcanzado cada individuo	-----	Cualitativo	Nominal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior Técnica Superior Universitaria	Encuesta Validada
Sangrado gingival	Extravasación de sangre de los tejidos de la encía	Reporte del paciente con afirmación o negación de sangrado gingival	-----	Cuantitativo	Ordinal	Si No	Encuesta Validada

4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1.- Instrumentos documentales:

Se utilizó una ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2; para registrar los datos que constan en las fichas epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca la cual está conformada por seis 6 fracciones, en la primera se encuentran los datos de filiación del encuestado, la segunda indiferencia dental, la tercera parte de la encuesta, hace referencia a la negligencia, la cuarta automedicación, la quinta sobre ansiedad dental y la sexta autopercepción de la persona (Ver anexo 1).

4.2.- Instrumentos mecánicos

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio Core3.

4.3.- Materiales

Para el presente estudio se utilizaron únicamente materiales de escritorio.

4.4.- Recursos

Para la realización de este estudio se requirieron recursos institucionales (UCACUE ZONAL 6 de Educación), recursos humanos, (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial.

La parroquia Cañaribamba se encuentra localizada al sur este de la ciudad de Cuenca capital de la provincia del Azuay perteneciente a la república del Ecuador, Cañaribamba cuenta con una población de 11.867 habitantes forma parte de las 15 Parroquias urbanas que se localizan en la ciudad de Cuenca, esta parroquia se encuentra delimitada de la siguiente manera: del cruce de la vereda oriental de la Avda. Guapondélig y la vereda de la Avda. González Suárez, en dirección oriental sigue hasta la intersección con la vereda oriental de Avda. Max Uhle; en dirección sur por la vereda occidental de esta avenida hasta el Río Cuenca; sigue aguas arriba por la margen norte de este Río hasta la unión de los Ríos Tomebamba y Yanuncay y continúa aguas arriba por la margen norte del Río Tomebamba hasta la Avda. Huayna Cápac; sigue por dirección norte por la vereda oriental de la Avda. Huayna Cápac hasta la intersección sur de la Carrera Cacique-Duma sigue con dirección oriental por esta Carrera hasta la Avenida Guapondélig; parte con dirección nororiental por la vereda sur de la Avda. González Suárez.

5.2.-Ubicación temporal.

El presente estudio se realizó con base en las fichas epidemiológicas recogidas durante el período de agosto 2017- abril 2018.

5.3.- PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia Cañaribamba, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPIINFO ver 7.2, que reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características: El estudio de la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida buscó describir cuantitativamente el problema en adultos mayores a 65 años de edad manejando la base de datos que contenía las fichas epidemiológicas, las cuales fueron aplicadas por los estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca durante el período agosto 2017 – abril 2018; se evaluó de las encuestas las respuestas del cuestionario que se encontraban en la sección de auto-reporte periodontal, lo cual permitió evaluar de forma subjetiva el estado de su salud periodontal.

5.3. a.- MÉTODO DE EXAMEN

Para la recopilación de los datos el encuestador ejecutó once preguntas las cuales conformaban el cuestionario de autopercepción periodontal. Al empezar a realizar la encuesta el examinador utilizó un tono de voz suave y pausado para que los adultos mayores pudieran comprender de que se trataban las preguntas, en ocasiones el personal que realizaba las encuestas utilizó un lenguaje un poco informal con el fin de que las preguntas sean comprendidas y de esta manera tratar de reducir fuentes de sesgos o datos erróneos para el estudio.

5.3.b.- CRITERIOS DE REGISTRO DE HALLAZGOS.

Se realizó la toma de datos del Sistema Epi info 7, tomando las encuestas que pertenecían a los adultos mayores a 65 años, en las cuales se analizaron las ocho respuestas dadas por los encuestados. Para estimar la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida se realizó el análisis de las ocho respuestas definiendo enfermo a los participantes que contestaron SI a 3 o más de las preguntas empleadas.

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS. ⁽³⁰⁾

Se elaborarán gráficos basados en un tipo de estadística descriptiva, acerca de la prevalencia de la enfermedad periodontal auto-percibida en adultos mayores a 65 años, se utilizará un diagrama de sectores o torta para indicar la distribución de la muestra y la prevalencia de la autopercepción, se utilizarán diagramas de barras para mostrar la distribución según el sexo, el nivel educativo y la prevalencia del sangrado

gingival de acuerdo al sexo, de esta forma se podrá mostrar con claridad la prevalencia de manera porcentual.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

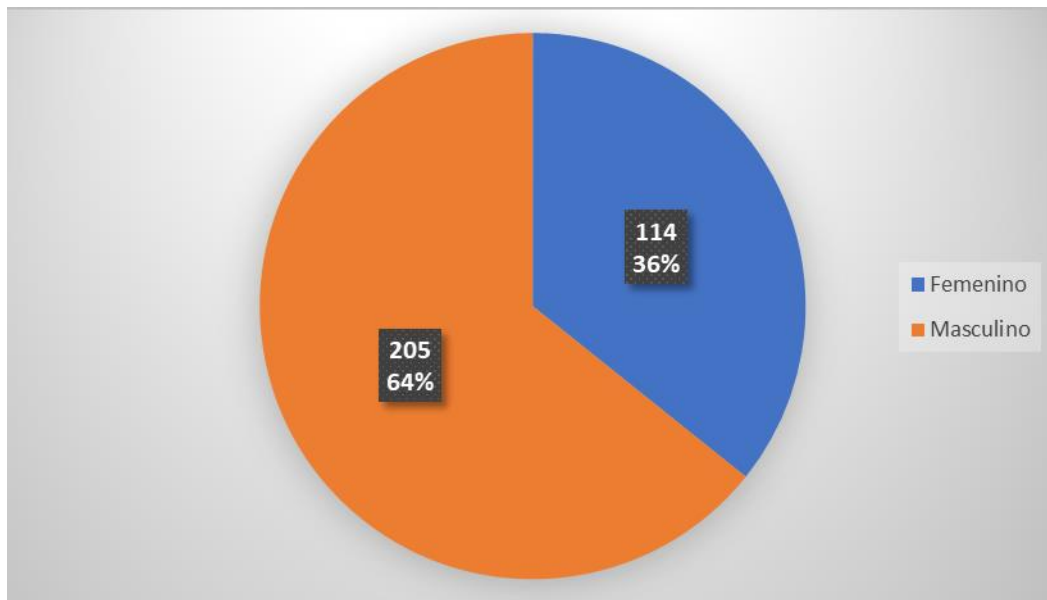
Este estudio no implicó problemas bioéticos, ya que se ejecuta sobre datos ya tomados en personas del macro proyecto BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS-CUENCA, en el cual los participantes de este estudio aceptaron firmar el consentimiento informado, además se les indicó que existe un compromiso de confidencialidad por parte del investigador principal.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

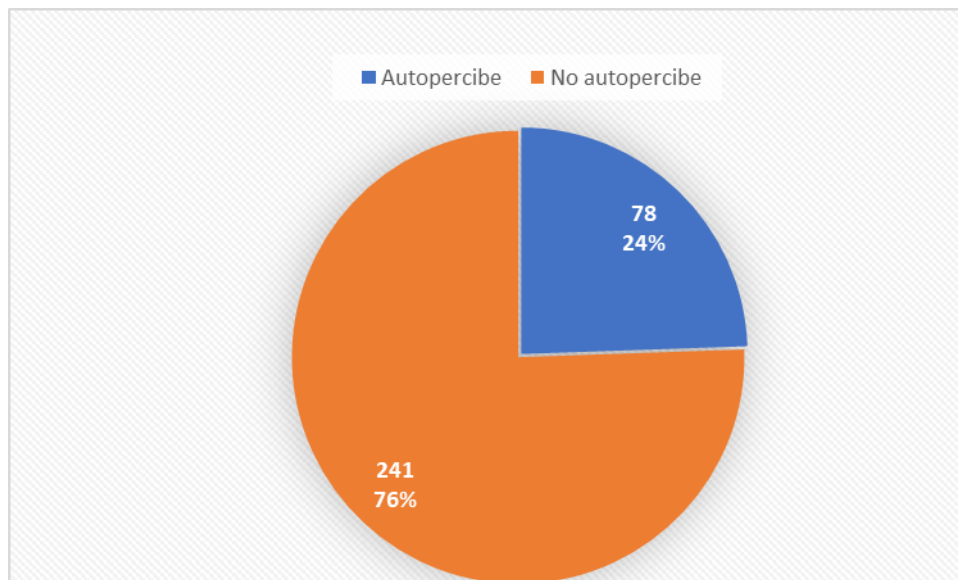
1. RESULTADOS:

Gráfico N°1: Distribución de la muestra de acuerdo al sexo



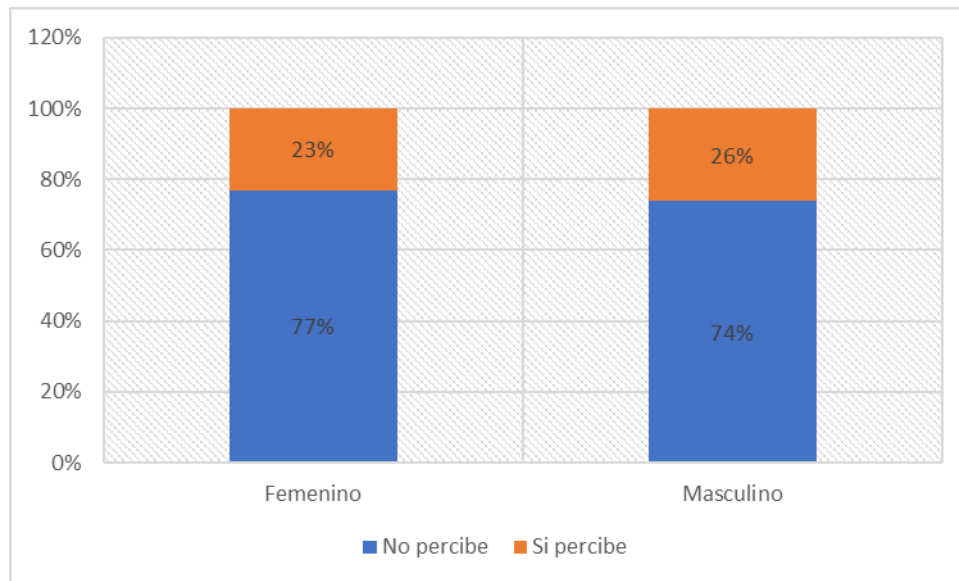
Interpretación.- De acuerdo al Gráfico N°1, de las 319 fichas epidemiológicas analizadas correspondientes a adultos mayores de 65 años, se logra observar que existe una mayor cantidad de pacientes de sexo masculino, en una proporción de 2 a 1 respecto al sexo femenino.

Gráfico N°2: Prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida en adultos mayores a 65 años de la parroquia Cañaribamba.



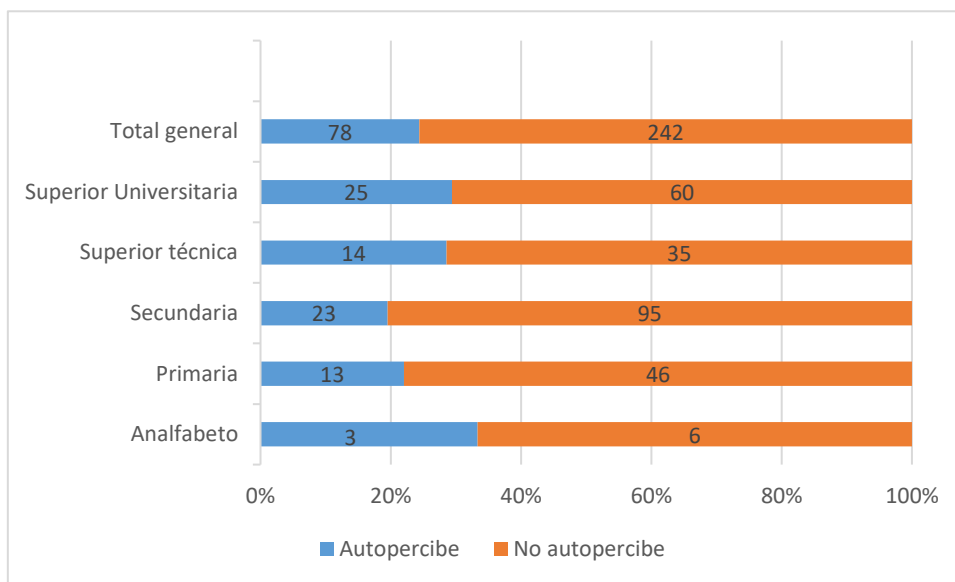
Interpretación.- De acuerdo al gráfico N°2, los datos analizados de las fichas epidemiológicas nos muestran que un alto porcentaje de la población estudiada no autopercibe la enfermedad con un 76% y el 24% si percibe, lo cual arroja como resultado una baja prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida, lo cual pudiésemos asociar al desconocimiento de la población en general sobre las patologías periodontales.

Gráfico N°3: Prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida según el sexo.



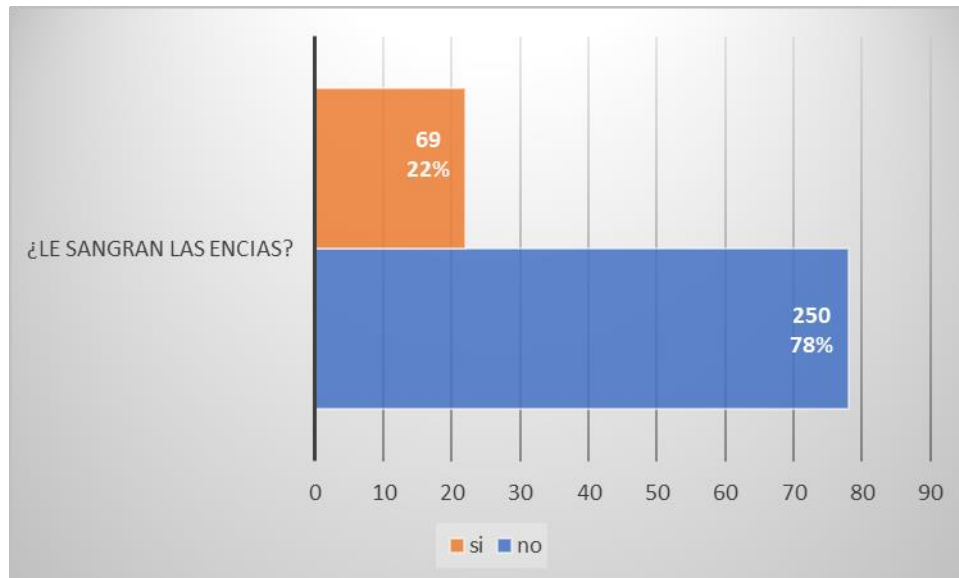
Interpretación.- De acuerdo al gráfico N°3, nos muestra que la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida según el sexo fue mayor en el sexo masculino con una diferencia del 3% lo que no representa una diferencia significativa, aunque no se pudiese asociar esta prevalencia a un factor netamente del sexo, sino más bien a la diferencia entre la cantidad de encuestas entre hombres y mujeres.

Gráfico N°4: Prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida de acuerdo al grado de instrucción académico.

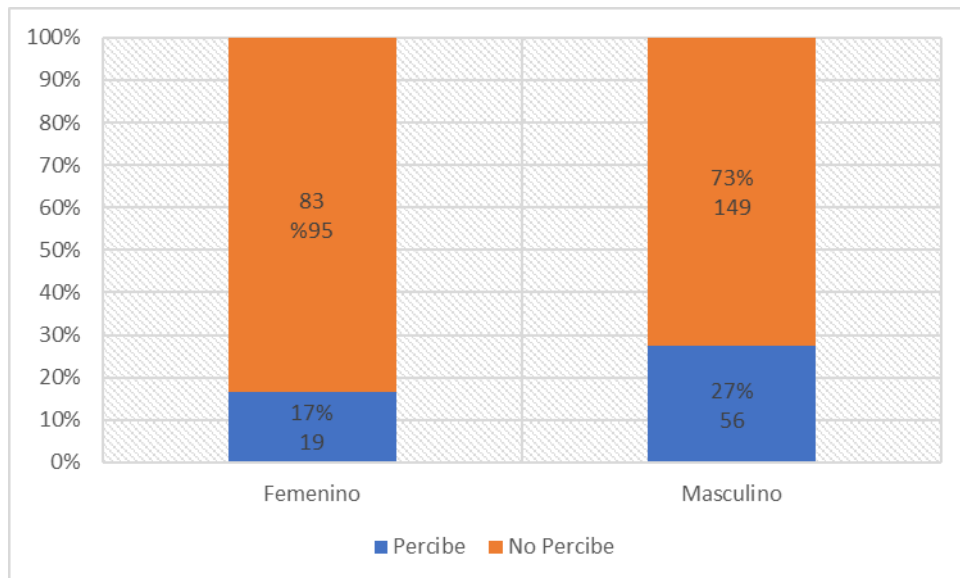


Interpretación.- De acuerdo al gráfico N°4, se evidencia que los adultos mayores de Cañaribamba analfabetos percibieron en mayor porcentaje enfermedad periodontal con un 32%; pero cabe recalcar que no es una diferencia significativa ya que este resultado es similar al de los adultos mayores con instrucción superior universitaria el cual arrojó un porcentaje del 30%; seguido de superior técnica 28%; primaria 22%; y bachillerato 19%, lo cual pudiésemos asociar a que aunque las personas tengan un nivel de educación superior universitaria, sus conocimientos no siempre son los adecuados en cuanto respecta a su salud oral.

Gráfico N°5: Prevalencia de autopercepción de sangrado de encías.



Interpretación.- del gráfico N°5.- En el presente gráfico podemos evidenciar que según la pregunta 6 (de la encuesta de autoreporte periodontal) la población de estudio percibió una baja prevalencia de sangrado gingival con un 22%, lo cual pudiésemos atribuir a que probablemente la mayor parte de esta población no presta la debida atención a su cavidad bucal y podrían estar pasando esto por alto.

Gráfico N°6: Prevalencia de sangrado gingival autopercebido de acuerdo al sexo.

Interpretación.- De acuerdo al gráfico N°6, según el presente gráfico podemos constatar que el sexo masculino auto percibió de mayor manera el sangrado de encías con un porcentaje del 27% con respecto al sexo opuesto quienes percibieron un 17%. Existiendo una diferencia del 10% entre ambos sexos, sin embargo no se pudiese establecer una relación directa con referencia al sexo puesto que no se considera un factor predisponente, sino más bien depende propiamente del conocimiento y atención del paciente sobre su cavidad oral.

2. DISCUSIÓN:

El presente estudio fue realizado en la parroquia Cañaribamba. La muestra fue calculada por conveniencia, según el cronograma de levantamiento escogiendo así un total de 319 personas para la realización de las encuestas, de los cuales se obtuvo que la prevalencia de enfermedad periodontal auto percibida es de 24% en Cañaribamba, la prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida según el sexo es de 23% en mujeres y 26% en hombres, la prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida según el nivel de educación es mayor en analfabetos con un 32%, seguido por instrucción superior universitaria con 30%, superior técnica 28%, primaria 22% y bachillerato 19%, finalmente la prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida según la presencia de sangrado gingival es 22%, siendo del 17% en mujeres y del 27% en hombres.

La Organización Panamericana de la salud en investigaciones realizadas en Latinoamérica en adultos mayores indican una prevalencia de enfermedad periodontal auto percibida de 29 a 35 % ⁽³⁾, los adultos mayores calificaban tener bueno o muy bueno estado de salud periodontal. A diferencia del estudio realizado por Cortés y colaboradores en el estado de Hidalgo- México donde señala que la autopercepción de enfermedad periodontal fue de un 63% y que la alta prevalencia de enfermedad periodontal se relacionaba a la calidad de vida del individuo ⁽⁹⁾. Por otro lado, el Instituto de Investigación Dental y Craneofacial cita que según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de los Estados Unidos la prevalencia de enfermedad periodontal en adultos mayores a 65 años es del 17.1% resultado que tiene similitud con el presente estudio ⁽¹⁰⁾. A su vez pudiésemos asociar la diferencia mayor con los otros estudios a las características propias de la población de cada país.

NIH ⁽¹⁰⁾ y Mariño R. ⁽¹⁸⁾, en cuanto a la prevalencia de enfermedad periodontal auto-percibida de acuerdo al sexo dentro de nuestro estudio las mujeres percibieron tener un mejor estado de salud periodontal que el sexo opuesto, la diferencia fue apenas del 3% por lo que no es significativa. Datos que concuerdan con la investigación de Mariño que indica que los adultos mayores de sexo femenino calificaron más favorable su estado de salud periodontal que los del sexo opuesto ⁽¹⁸⁾. El resultado del presente estudio también coincide con los resultados del Instituto de Investigación Dental y Craneofacial el cual cita que el sexo masculino auto- percibió una mayor prevalencia de enfermedad periodontal con respecto al sexo femenino ⁽¹⁰⁾.

Banegas J. ⁽²⁰⁾, deduce que las personas no están expuestas a padecer la enfermedad de acuerdo a su grado de instrucción académico. Lo cual concuerda con nuestro estudio ya que las variables como el nivel de instrucción académica no influyen directamente en la percepción de enfermedades periodontales. Por tanto, podemos decir que, en este grupo etario, tanto las personas sin preparación académica como aquellas con un alto grado de instrucción tienen la misma capacidad para reconocer una serie de signos y síntomas presentes de su estado de salud bucal, ya que la formación académica no limita la percepción de dolencias o afecciones que padecen.

Jiang Y., Okoro C., Oh J., Fuller D. ⁽²¹⁾, Guzmán M. ⁽²²⁾, Maya J., Sánchez N., Posada A., Agudelo A., Botero J. ⁽²³⁾, en estudios clínicos sobre prevalencia de enfermedad periodontal autores señalan que los adultos no institucionalizados eran más susceptibles de padecer enfermedades gingivales y que influía de gran manera los factores sociodemográficos, mostrando una alta prevalencia de la enfermedad que fue más evidente en las personas con menos de 12 años de educación académica y que en este indicador aumentaba el riesgo de padecer la enfermedad cinco veces más, a su vez se encontró que personas con nivel de instrucción académico bajo eran tres veces más susceptibles a padecer enfermedad periodontal que aquellas personas con un mejor nivel académico, lo cual pudiésemos asociar a la calidad educativa que difiere en cada país.

Rodríguez M., Arpajón Y., Herrera I. ⁽²⁴⁾, indican que la percepción puede variar en relación al sexo y grado académico, indicando que la forma en la que un individuo percibe el estado de su salud bucal influye sobre la calidad de vida, en lo que difiere a nuestro estudio, probablemente debido a las características propias de cada población.

Espeso N., Mulet M., Gómez M., Sarabia M. ⁽¹¹⁾, en un estudio clínico realizado por la Universidad Uniandes en la ciudad de Ambato el cual señala haber evidenciado una prevalencia del 72% en cuanto al sangrado de encías y además cita que es necesario mantener una correcta higiene bucal y citas periódicas al odontólogo ya que hacerlo prevendrá la enfermedad, lo cual difiere de nuestro estudio donde se encontró un porcentaje mucho menor, que se pudiese indicar que aunque la población sea del mismo país, aun así existen grandes variaciones entre poblaciones cercanas.

3. CONCLUSIONES:

Primera. - Al culminar el presente estudio se pudo concluir que los adultos mayores de Cañaribamba perciben un buen estado de salud periodontal ya que pocas personas percibieron padecer de enfermedad de las encías.

Segunda. - Las mujeres percibieron gozar de mejor salud periodontal en relación a los hombres, aunque la diferencia no fue relevante entre ambos sexos.

Tercera. - Se pudo concluir también que en el presente estudio el grado académico no influye directamente en la percepción de la enfermedad, ya que la formación académica no limita la percepción de dolencias o afecciones que padecen los individuos.

Cuarta. - Y para finalizar, con respecto al sangrado gingival se encontró que la mayor parte de adultos mayores de Cañaribamba no perciben sangrado de encías durante el cepillado y quienes lo presenciaron en mayor prevalencia fue el sexo masculino.

4.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud, Salud bucodental Organización Mundial de la Salud [Internet]. Who.int. 2018 [citado 18 Octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Ramos R., Bastos J., Peres M., Diagnostic validity of self-reported oral health outcomes in population surveys: literature review., Rev. bras. epidemiol., 2013; 16 (3): Pág. 716-728. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000300716&lng=en.
3. Duque A., Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica - Chronic periodontitis in Latin America., Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral., 2016; 9 (2): Pág. 208-215. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300374>
4. Botero J., Bedoya E., Determinantes del diagnóstico periodontal., Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, 2010; 3 (2): Pág. 94-99. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007&lng=es.
5. Ramos R., Bastos J., Peres M., Diagnostic validity of self-reported oral health outcomes in population surveys: literature review., Rev. bras. epidemiol., 2013; 16 (3): Pág. 716-728. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000300716&lng=en.
6. Pérez L., Cándano A., Fuentes E., Rosell F., Urrutia D., Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río., Rev Ciencias Médicas, 2011; 15 (2): Pág. 53-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200006&lng=es.
7. National Institute Health, La enfermedad de las encías Overview, National Institute of Dental and Craniofacial Research [Internet]. Nidcr.nih.gov. [citado 28 January 2019]. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/la-enfermedad-de-las-encias>
8. Morales A., Bravo J., Baeza M., Werlinger F., Gamonal J., Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas., Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral., 2016; 9 (2): Pág. 203-207. Disponible en:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000200019&lng=es.
9. Taboada O., Cortés X., Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo, Revista ADM, 2014; 71 (6): Pág. 273-279. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od146c.pdf>
 10. National Institute Health NIH, Periodontal Disease in Seniors (Age 65 and Over) | National Institute of Dental and Craniofacial Research [Internet]. Nidcr.nih.gov. [cited 17 December 2018]. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/periodontal-disease/seniors>.
 11. Espeso N., Mulet M., Gómez M., Sarabia M., Enfermedad periodontal en la tercera edad., AMC, 2006; 10 (1): Pág. 42-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000100005&lng=es.
 12. Zerón A., Nueva clasificación de las enfermedades periodontales., Revista ADM., 2001; 58 (1): Pág. 16-20. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/48547875/NUEVA-CLASIFICACION-Enfermedades-Periodontales-JAZ>
 13. Miller K., Schoua E., Cognitive Evaluation of Self-Report Questions for Surveillance of Periodontitis, Journal of Periodontology, 2007; 78 (7): Pág. 1455-1462. Disponible en: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.2007.060384>
 14. Fuentes F., Prevalencia de gingivitis y determinación de necesidad de tratamiento periodontal en individuos adultos de la comuna de Santiago, Chile., U.D.C.F.O., 2015; Pág. 1-81. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131914/Prevalencia-de-gingivitis-y-determinaci%c3%b3n-de-necesidad-de-tratamiento-periodontal-en-individuos-adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 15. Silveira M, Marôco J., Silveira R., Eleutério A., Marcopito L., Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling, Cad. Saúde Pública, 2014; 30 (6): Pág. 1169-1182. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264644575_Impact_of_oral_health_on_physical_and_psychosocial_dimensions_An_analysis_using_structural_equation_modeling
 16. Miller K., Schoua E., Schoua A., Cognitive Evaluation of Self-Report Questions for Surveillance of Periodontitis, J Periodontol, 2007; 78 (7): Pág. 1455-1462.

- Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6228157_Cognitive_Evaluation_of_Self-Report_Questions_for_Surveillance_of_Periodontitis
17. Bastidas M., Prevalencia de pérdida ósea en pacientes con enfermedad periodontal de la clínica de periodoncia UCSG., F.C.M.C.O., 2017; Pág. 1-27. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8880/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-294.pdf>
 18. Mariño R., La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades, Bol Oficina Sanit Panam, 1994; 116 (5): Pág. 419-426. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15706/v116n5p419.pdf?sequence=1>
 19. Lagos A., Juárez I., Iglesias M., Necesidad de tratamiento periodontal e higiene oral en adolescentes de 12 años de Llanquihue., Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral., 2014; 7 (2): Pág. 72-75. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000200005&lng=es.
 20. Banegas J., Frecuencia de cepillado dental y auto percepción de la enfermedad periodontal en adultos de 18 a 45 años de la parroquia Yanuncay, Cuenca-Ecuador, U.C.C., 2017; Pág. 1-67. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/8332/1/Banegas%20Encalada%20Johnny%20Damian.pdf>
 21. Jiang Y., Okoro C., Oh J., Fuller D., Sociodemographic and health-related risk factors associated with tooth loss among adults in Rhode Island., Prev Chronic Dis., 2013; 10 (45): Pág. 1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614421/pdf/PCD-10-E45.pdf>
 22. Guzmán M., Gingivitis en escolares de 6 a 12 años: asociación entre el diagnóstico clínico y el auto-reporte de sangrado gingival, U.D.C.F.O., 2017; Pág. 1-55. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/52a3/034bff88acba066dd83ea3c814fc1b0cbf96.pdf>
 23. Maya J., Sánchez N., Posada A., Agudelo A., Botero J., Condición periodontal y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes adultos de una institución docencia-servicio., Rev. Odont. Mex., 2017; 21 (3): Pág. 165-172. Disponible en:

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2017000300165&lng=es.
24. Rodríguez M., Arpajón Y., Herrera I., Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica., Rev haban cienc méd., 2016; 15 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007&lng=es.
 25. Lozada C., Incidencia de periodontitis en el adulto mayor del asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús en la ciudad de Ambato, U.R.A.A., 2016; Pág. 1-147. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5623/1/PIUAODONT002-2017.pdf>
 26. Rivera L., Prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos mayores de 60 años, en dos localidades del estado de Veracruz, Eprints.uanl.mx., 2001; Pág. 1-73. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6828/1/1080128606.PDF>
 27. Villavicencio E., Alvear M., Cuenca K., Calderón M., Palacios D., Alvarado A., Diseños de estudios clínicos en odontología clinical studies design in dentistry, Revista OACTIVA UC Cuenca, 2016, 1 (2), Pág. 81-84. Disponible en: http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/163/284?fbclid=IwAR0d_X2USg_hcRA7N09WHXqMctL1ywerFaz3ZrmnFdYs1BnZEX23SA_SiXc
 28. Villavicencio E., Córdova A., Cuenca K., Calderón C., Zhunio K., Webster F., El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar?, Revista OACTIVA UC Cuenca, 2017, 2 (1), Pág. 59-62. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/333585178_EL_TAMANO_MUESTRA_L_PARA_LA_TESISCUANTAS_PERSONAS_DEBO_ENCUESTAR
 29. Villavicencio E., Torracchi E., Pariona M., Alvear M., ¿Cómo plantear las variables de una investigación?: operacionalización de las variables, Revista OACTIVA UC Cuenca, 2019, 4 (1), Pág. 9-14. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/289/500>
 30. Torracchi E., Córdova A., Chiriboga G., Villavicencio E., Estrategia de análisis de datos (parte 1): creación de bases de datos para investigaciones en ciencias de la salud, Revista OACTIVA UC Cuenca, 2019, 4 (2), Pág. 13-20. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/347/524?fbclid=IwAR2aimxSvyJiqkqf2TQ94p9cShGjU5SiXnIWbxUVIeL5df5TISqdMdupzfQ>

ANEXOS.

ANEXO 1:

Encuesta de salud bucal Universidad Católica de Cuenca

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CI: [REDACTED] Sexo: Masculino (X) Femenino () TIEMPO: _____ Min

Edad: 69 AÑOS Ocupación: Jubilado PARROQUIA: _____

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: 375

(Cuántas personas dependen de este ingreso?): 2

1. Grado de Instrucción	
a) Sin estudios	f) Superior técnica incompleta
b) Primaria incompleta	g) Superior técnica completa
c) Primaria completa	h) Superior universitario incompleta
d) Secundaria incompleta	i) Superior universitario completa
<input checked="" type="radio"/> e) Secundaria completa	

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:		
<input checked="" type="radio"/> a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes		Valor: 1 si ninguno o si ni el literal b ni el literal c están marcados
<input type="radio"/> b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes		
<input type="radio"/> c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios		
2. En la actualidad:		
<input type="radio"/> a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista		Valor: 1 si el literal a o d están marcados
<input checked="" type="radio"/> b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto		
<input type="radio"/> c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año		
<input type="radio"/> d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está pensando ir a un dentista ahora		
<input type="radio"/> e. Irá pronto al dentista		
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le duele:		
<input checked="" type="radio"/> a. De inmediato va a un dentista		Valor: 1 si el literal a o d están marcados
<input type="radio"/> b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista		
<input type="radio"/> c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón		
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
<input type="radio"/> a. Cuando el dentista le recuerda		Valor: 1 si el literal d está marcado
<input type="radio"/> b. Al final de la última cita		
<input checked="" type="radio"/> c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo		
<input type="radio"/> d. Únicamente cuando piensa que está algo malo en sus dientes		
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		
<input type="radio"/> a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema		Valor: 1 si los literales a o c están marcados
<input checked="" type="radio"/> b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista		
<input type="radio"/> c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista		
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		
<input type="radio"/> a. No ha tenido una cita dental en los últimos 5 años		Valor: 1 si los literales a b o e están marcados
<input type="radio"/> b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales		
<input checked="" type="radio"/> c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita		
<input type="radio"/> d. Durante los 5 últimos años ha cancelado sus citas dental debido a que el problema desapareció		
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
<input type="radio"/> a. Preferiría que le saquen		Valor: 1 si los literales a o b están marcados
<input type="radio"/> b. Preferiría dejarlo sin tratamiento		
<input checked="" type="radio"/> c. Preferiría realizar una restauración		
8. Dó díctos que la razón principal para no ir a un dentista sería:		
<input type="radio"/> a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso		Valor: 1 si los literales b d o g están marcados
<input type="radio"/> b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista		
<input type="radio"/> c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista		
<input type="radio"/> d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes		
<input type="radio"/> e. Porque cuesta mucho		
<input type="radio"/> f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista		
<input checked="" type="radio"/> g. Porque no tiene citas, no se al dentista regularmente		
Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental		

Yo, José Cajilema Tenesaca con mi firma doy mi consentimiento informado para la realización de esta encuesta.

Firma: _____

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase :	Definitivamente no			Definitivamente si	
	1	2	3	4	5
9. Mantiene su cuidado dental en el hogar, considera que su salud dental es importante	1	2	3	4	5
10. Recibe el cuidado dental que debe	1	2	3	4	5
11. Necesita atención dental, pero la ignora	1	2	3	4	5
12. Se cepillo tan bien como debería	1	2	3	4	5
13. Controla los alimentos entre las comidas, tan bien como puede	1	2	3	4	5
14. Considera que su salud dental es importante	1	2	3	4	5

AUTOMEDICACIÓN
15. ¿Usted se auto medica? SI () NO (✓)
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico e) Familiar b) Odontólogo f) Amistades c) Farmacéutico g) Por iniciativa propia d) Técnico en farmacia
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre d) Dolor de cabeza b) Dolor de estomago e) Gripe c) Dolor de diente f) Otros
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo? a) Por indicación del técnico de farmacia d) Por hábito b) Porque es muy cara la consulta e) Otros c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) 1 día c) 3 días b) 2 días d) O más
20. ¿Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia c) Botega b) Botica d) Establecimiento de salud
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos b) Antibiótico e) Otros c) Analgésicos
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas d) Intramuscular b) Jarabe e) Endovenosa c) Suspensión
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión d) Afiches b) Slogan e) Radio c) Paneles

ANSIEDAD
24. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla SI () NO (✓)
25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. SI () NO (✓)
26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO (✓)
27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO (✓)
28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. SI () NO (✓)
29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta SI () NO (✓)
30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. SI () NO (✓)
31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda SI () NO (✓)
32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. SI () NO (✓)

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

33. Autopercepción de oclusión IONT ICON									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL	
34. ¿Piensa usted que tal vez sufra de la enfermedad de las encías?	Si (✓) NO ()
35. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas?	Si () NO (✓)
36. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alisado de las raíces de los dientes, que a veces se conoce como limpieza "profunda"?	Si (✓) NO ()
37. ¿Alguna vez se le ha aflojado un diente por si solo, sin tener una lesión? Sin contar los dientes de leche?	Si () NO (✓)
38. ¿Alguna vez le ha dicho a un dentista que Ud. Ha perdido hueso alrededor de los dientes?	Si () NO (✓)
39. ¿Le sangran las encías?	Si () NO (✓)
40. ¿Siente Ud. O le han dicho que tienen mal aliento?	Si () NO (✓)
41. Durante los últimos 3 meses ¿Ha notado que alguno de sus dientes no parece verse bien?	Si () NO (✓)
42. En general, ¿Cómo diría que es el estado de salud de sus dientes y encías?	a. Excelente b. Muy Bueno c. Bueno d. Malo e. No se
43. En la última semana ¿Cuántas veces al día se cepillo los dientes?	a. 1 al día b. 2 al día (✓) c. 3 al día d. O más
44. En las últimas semanas ¿Cuántas veces uso hilo dental?	a. 1 al día b. 2 a la semana c. 3 a la semana d. O más

RELACION PROFESIONAL/PACIENTE					
Poco = 1	Lo justo = 2	Bueno = 3	Muy Bueno = 4	Excelente = 5	
45. Le hace sentir cómodo:	1	2	3	4	5
46. Le trata con respeto:	1	2	3	4	5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1	2	3	4	5
48. Entiende sus preocupaciones principales:	1	2	3	4	5
49. Le presta atención (escucha con cuidado):	1	2	3	4	5
50. Le deja hablar sin interrupciones:	1	2	3	4	5
51. Le da toda la información que necesita:	1	2	3	4	5
52. Le habla en términos que Ud. entiende:	1	2	3	4	5
53. Le enseña los procedimientos de higiene oral:	1	2	3	4	5
54. Le demuestra el procedimiento de higiene oral:	1	2	3	4	5
55. Se asegura de que entienda todo:	1	2	3	4	5
56. Le permite hacer preguntas:	1	2	3	4	5
56. Le involucra en las decisiones que:	1	2	3	4	5

Aspectos generales	Si	No
60. ¿Tiene cepillo dental en su casa?	✓	
61. ¿Comparte su cepillo dental con alguien?		✓
62. ¿Tiene cepillo dental en el trabajo?	✓	
63. ¿Alguna vez a asistido al dentista?	✓	
64. ¿En este año ha ido al dentista?	✓	
65. ¿En este año faltado a sus actividades por dolor de muela?		✓
66. ¿Usa pasta dental?	✓	
67. ¿Si usa pasta...¿También la usa en la noche?	✓	
68. Si usa pasta dental ¿Qué marca es?		✓

AUTOPERCEPCIÓN			
En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para:			
Nº		Afectados Si/No	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados)	Si → No ✓	1 2 3
70	Hablar claramente	Si → No ✓	1 2 3
71	Lavarse los dientes	Si → No ✓	1 2 3
72	Descansar (incluyendo dormir)	Si → No ✓	1 2 3
73	Mantener un buen estado de animo (sin molestarte enojarte y/o irritarte)	Si → No ✓	1 2 3
74	Sonreír, reír y mostrar tus dientes (sin sentir vergüenza)	Si → No ✓	1 2 3
75	Realizar tus labores (trabajar, estudiar)	Si → No ✓	1 2 3
76	Contactarte con otras personas	Si → No ✓	1 2 3
		poco seguro / muy seguro	
77.	Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta médica correctamente o necesita de otra persona		1 2 3 4 5
78.	Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el finalin y aspirina		1 2 3 4 5
		poco seguido/ muy seguido	
79.	Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas médicas que le proveen		1 2 3 4 5
80.	Que tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de un tema de		1 2 3 4 5

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON

