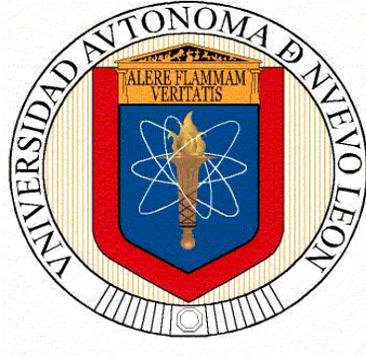


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**TESIS**

**CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A SALUD ORAL POSTERIOR AL  
TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO CONVENCIONAL  
COMPARADO CON RASPADO Y ALISADO RADICULAR DE BOCA COMPLETA**

**PRESENTADA POR**

**KARLA LIZETH VARGAS SOLÓRZANO**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS**

**EN EL ÁREA DE PERIODONCIA CON IMPLANTOLOGÍA ORAL**

**DICIEMBRE 2024**

---

Karla Lizeth Vargas Solórzano  
TESISTA

COMITÉ ACADÉMICO

---

Presidente

---

Secretario

---

Vocal

Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Periodoncia con Implantología Oral

Comité Académico de Maestría

---

Dra. Norma Idalia Rodríguez Franco  
DIRECTOR DE TESIS

---

Dr. Jesús Israel Rodríguez Pulido  
CO-DIRECTOR DE TESIS

---

Dr. Jorge Yitzhak Hazhemy Garza Silva  
ASESOR METODOLÓGICO

---

Dr. Gloria Martínez Sandoval  
ASESOR METODOLÓGICO

---

Dr. Gustavo Israel Martínez González  
ASESOR ESTADÍSTICO

---

Dr. Guillermo Cruz Palma  
ASESOR METODOLÓGICO

## **DEDICATORIA**

A mi familia querida, maestros, compañeros y todo el que hizo posible esta investigación.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta tesis.

Primero y ante todo, a mi familia. A mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y por creer en mí en cada paso de este camino académico. A mi esposo, por ser una fuente de inspiración y motivación. Sin su paciencia, comprensión y aliento, este logro no hubiera sido posible.

A mis maestros y mentores que me guiaron a lo largo del camino, por su invaluable orientación, paciencia y sabiduría. También quiero agradecer al CONAHCYT la beca brindada a lo largo de mi maestría. Su contribución fue esencial para la realización de esta investigación.

A todos mis amigos y colegas, quienes compartieron conmigo esta experiencia y me brindaron su apoyo y amistad incondicional. Sus palabras de aliento y compañía fueron un pilar importante durante estos años.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	V
LISTA DE TABLAS .....	VIII
LISTA DE FIGURAS .....	IX
NOMENCLATURA.....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. HIPÓTESIS .....	3
3. OBJETIVOS.....	4
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	4
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
4. ANTECEDENTES .....	5
4.1 SALUD PERIODONTAL .....	5
4.1.1 <i>Determinantes de la salud periodontal</i> .....	5
4.1.2 <i>Indicadores de la salud periodontal clínica</i> .....	6
4.1.3 <i>Periodontitis</i> .....	7
4.1.4 <i>Factores de riesgo de la periodontitis</i> .....	9
4.2 CALIDAD DE VIDA .....	11
4.2.1 <i>Calidad de vida en relación a salud oral</i> .....	12
4.3 IMPACTO DE PERIODONTITIS EN CALIDAD DE VIDA EN SALUD ORAL .....	13
4.4 TRATAMIENTO PERIODONTAL.....	14
4.4.1 <i>Tratamiento periodontal no quirúrgico convencional</i> .....	16
4.4.2 <i>Raspado y alisado radicular de boca completa</i> .....	17
5.-MATERIALES Y MÉTODOS .....	19
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	19
5.2 UNIVERSO DE ESTUDIO .....	19
5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	19
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	19
5.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	20
5.5.1 <i>Historia clínica y fase diagnóstico</i> .....	20
5.5.2 <i>Índice de placa</i> .....	20
5.5.3 <i>Periodontograma</i> .....	21
5.5.4 <i>Índice de sangrado de Ainamo &amp; Bay</i> .....	21
5.5.5 <i>Fase inicial del tratamiento periodontal</i> .....	22
5.5.6 <i>Instrumento de evaluación OHIP-14</i> .....	22
5.5.7 <i>Tratamiento periodontal no quirúrgico</i> .....	22
5.5.8 <i>Reevaluación</i> .....	23
5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	23
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	24

<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6.1 EVALUACIÓN LOS PARÁMETROS CLÍNICOS PERIODONTALES PREVIO Y     POSTERIOR AL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO.....</b>	<b>26</b>
<b>6.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A SALUD ORAL PREVIO Y     POSTERIOR AL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO.....</b>	<b>28</b>
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>9. LITERATURA CITADA .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO IV .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO V.....</b>	<b>48</b>
<b>RESUMEN BIOGRÁFICO.....</b>	<b>50</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla.</b>	<b>Página</b>
I. Estadios de la periodontitis.Fuente: (Tonetti et al., 2018a).....	15
II. Grado de periodontitis, basada en evidencia directa y factores modificadores. Fuente:(Tonettiet al.,2018a).....	16
III. Estadística descriptiva de la edad, por sexo y grupo de estudio.....	35
IV. Prueba t para muestras independientes de los parámetros clínicos entre momento de la evaluación y grupo de estudio.....	36
V. Prueba t para muestras relacionadas de los parámetros clínicos según el grupo de estudio y momento de la evaluación.....	37
VI. Prueba t para muestras relacionadas de calidad de vida en salud oral según grupo de estudio y momento de la evaluación.....	39
VII. Prueba t para muestras independientes de calidad de vida en salud oral, inicial y final del grupo experimental y grupo control.....	40

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Media de la edad, por sexo y grupo de estudio.....	35
2. Media de los parámetros clínicos entre momento de la evaluación y grupo de estudio.....	37
3. Media de calidad de vida en salud oral entre momento de evaluación y grupo de estudio.....	42

## **NOMENCLATURA**

CVRSO	Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral
OHIP-14	Oral Health Impact Profile

**TESISTA:** C.D. Karla Lizeth Vargas Solórzano  
**DIRECTOR DE TESIS:** Dra. Norma Idalia Rodríguez Franco  
**CODIRECTOR DE TESIS:** Dr. Jesús Israel Rodríguez Pulido  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A SALUD ORAL POSTERIOR AL  
TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO CONVENCIONAL  
COMPARADO CON RASPADO Y ALISADO RADICULAR  
DE BOCA COMPLETA

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Los síntomas de la enfermedad periodontal como inflamación, dolor, halitosis, sangrado y recesión gingival afectan la calidad de vida en relación a salud oral del paciente en los aspectos físico, psicológico y social. La periodontitis es una de las principales causas de la pérdida dental y como consecuencia la disfunción masticatoria.  
**OBJETIVO:** Evaluar la calidad de vida en relación a la salud oral posterior al tratamiento periodontal no quirúrgico convencional comparado con raspado y alisado radicular de boca completa  
**METODOLOGÍA:** Participaron 20 pacientes, en los cuales 10 se trataron mediante raspado y alisado radicular de boca completa y 10 con terapia periodontal no quirúrgica convencional, se registraron sus parámetros clínicos: profundidad al sondaje, nivel de inserción clínica, índice de placa, índice de sangrado, y se aplicó el instrumento de evaluación OHIP-14 antes y después del tratamiento.  
**RESULTADOS:** El nivel de inserción clínica mostró reducción inicial y final en ambos grupos. El índice de placa en el grupo experimental inicial fue de  $59.01 \pm 9.90$  y después del tratamiento  $20.40 \pm 6.87$ , y en el grupo control  $67.19 \pm 26.71$  y  $26.71 \pm 12.41$ , respectivamente. En cuanto al índice de sangrado, el grupo experimental inicial  $33.70 \pm 12.21$  y final  $7.32 \pm 1.47$ , el grupo control inicial  $36.22 \pm 14.35$  y final de  $11.75 \pm 9.50$ . El impacto de la periodontitis en la calidad de vida en relación a la salud oral del grupo experimental previo al tratamiento fue de  $31.80 \pm 7.66$  y final de  $13.10 \pm 5.95$ . y en el grupo control  $29.10 \pm 11.51$  y final  $16.20 \pm 8.28$ .  
**CONCLUSIÓN:** Debido a los resultados obtenidos se concluye que los pacientes sometidos a raspado y alisado radicular de boca completa presentaron mayor calidad de vida en relación a salud oral, en comparación con tratamiento periodontal no quirúrgico convencional.

**TESISTA:** C.D Karla Lizeth Vargas Solórzano  
**DIRECTOR DE TESIS:** Dra. Norma Idalia Rodríguez Franco  
**CODIRECTOR DE TESIS:** Dr. Jesús Israel Rodríguez Pulido  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

QUALITY OF LIFE IN RELATION TO ORAL HEALTH AFTER THE  
CONVENTIONAL NON-SURGICAL PERIODONTAL  
TREATMENT COMPARED WITH SCALING  
AND ROOT PLANING FULL MOUTH

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The symptoms of periodontal disease such as inflammation, pain, halitosis, bleeding and gingival recession affect the quality of life in relation to the patient's oral health in physical, psychological and social aspects. Periodontitis is one of the main causes of tooth loss and, therefore, chewing dysfunction. **OBJECTIVE:** To evaluate the quality of life in relation to oral health after conventional non-surgical periodontal treatment compared with full-mouth scaling and root planing **METHODOLOGY:** 20 patients participated, in which 10 were treated with full-mouth scaling and root planing and 10 with conventional non-surgical periodontal therapy, their clinical parameters were recorded: probing depth, clinical insertion level, plaque index, bleeding index, and the OHIP-14 evaluation instrument was applied before and after treatment. **RESULTS:** The level of clinical insertion showed initial and final reduction in both groups. The plaque index in the initial experimental group was  $59.01 \pm 9.90$  and after treatment  $20.40 \pm 6.87$ , and in the control group  $67.19 \pm 26.71$  and  $26.71 \pm 12.41$ , respectively Regarding the bleeding index, the experimental group initial  $33.70 \pm 12.21$  and final  $7.32 \pm 1.47$ , the control group initial  $36.22 \pm 14.35$  and final  $11.75 \pm 9.50$ . The impact of periodontitis on the quality of life in relation to the oral health of the experimental group prior to treatment was  $31.80 \pm 7.66$  and final  $13.10 \pm 5.95$ . and in the control group  $10.29 \pm 11.51$  and final  $16.20 \pm 8.28$ . **CONCLUSION:** Due to the results obtained, it was concluded that patients undergoing full-mouth scaling and root planing had a higher quality of life in relation to oral health, compared to conventional non-surgical periodontal treatment.

## 1. INTRODUCCIÓN

La odontología, en específico en el ejercicio de la periodoncia, se debe de enfocar en mejorar el bienestar psicosocial del paciente centrándose en la atención integral de las diferentes patologías que afectan la cavidad oral y no solo realizando un ejercicio restaurativo. Al realizar el presente estudio se estará conociendo la autopercepción del paciente al ser tratado mediante las modalidades de terapia periodontal no quirúrgica, donde el objetivo es mejorar los parámetros clínicos del paciente, como el nivel de inserción clínica, presencia de bolsas periosontales, índice de placa y sangrado al sondeo, al mismo tiempo que se buscó conocer la autopercepción del paciente e indicadores sociales, siendo los principales beneficiados los pacientes con periodontitis al mejorar su calidad de vida.

Existen diferentes modalidades de tratamiento periodontal no quirúrgico y se han propuesto alternativas como el raspado y alisado radicular de boca completa en un lapso de 24 horas, lo cual permite acortar los tiempos del tratamiento.

La salud oral está completamente relacionada con la calidad de vida y salud general de las personas, debido al efecto que tiene en las funciones bucales y en las interacciones sociales. Los métodos tradicionales usados para medir la salud bucal se basan en parámetros clínicos, pero no tienen en cuenta los aspectos funcionales y psicosociales de los pacientes.

Los cambios que suceden en el individuo a lo largo de la vida afectan directamente en la calidad de vida, es por eso que se han realizado varias campañas de publicidad o encuentros, que se encargan de promover la prevención y cuidado de la salud, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente a través del cuidado personal.

La calidad de vida relacionada con la salud oral se determina por las condiciones orales de la mano con los problemas de la vida cotidiana del paciente. La OMS nos indica que la salud oral tiene relación con la salud física, psicológica y social.

Debido a lo anterior se llegó a la siguiente pregunta de investigación: ¿Se encontrará una mejor calidad de vida en pacientes con periodontitis que reciben tratamiento

periodontal no quirúrgico convencional comparado con raspado y alisado radicular de boca completa?

Para medir la calidad de vida, Slade et al. Validaron el instrumento OHIP-49 para poder medirla, inicialmente estaba conformado por 49 preguntas, pero se realizó una simplificación de únicamente 14 preguntas en 1997, donde se mide el impacto que tiene las condiciones bucales de los pacientes en su entorno personal, este instrumento logra determinar los problemas sociales, funcionales y psicológicos, y por lo tanto, su autopercepción. Dentro del instrumento se incluyen 7 dimensiones: limitación funcional, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía (Slade,1997).

En el presente estudio se evaluó como el de tratamiento periodontal no quirúrgico convencional y raspado y alisado radicular de boca completa influyen en la calidad de vida relacionada con la salud oral, comparando ambos tratamientos. Participaron 20 pacientes divididos en 2 grupos de los cuales 10 recibieron tratamiento periodontal no quirúrgico, mientras que los otros 10 recibieron raspado y alisado radicular de boca completa. Se registraron parámetros clínicos y además, se aplicó el instrumento OHIP-14 antes y después del tratamiento. Los resultados indicaron que ambos tratamientos periodontales pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero si hubo variaciones en el nivel de cambios observados en los grupos, siendo el grupo de raspado y alisado radicular el que obtuvo mayor calidad de vida en los pacientes.

## **2. HIPÓTESIS**

Hi: Los pacientes sometidos a tratamiento periodontal de boca completa tendrán mayor impacto en la calidad de vida en relación a salud oral en comparación con el tratamiento periodontal convencional.

Ho: Los pacientes sometidos a tratamiento periodontal convencional tendrán mayor impacto en la calidad de vida en relación a salud oral en comparación con el tratamiento periodontal de boca completa.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Evaluar la calidad de vida en relación a la salud oral posterior al tratamiento periodontal no quirúrgico convencional comparado con raspado y alisado radicular de boca completa.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Evaluar los parámetros clínicos periodontales -nivel de inserción clínica, profundidad al sondeo, sangrado gingival, índice de placa- previo y posterior al tratamiento periodontal.
- Evaluar la calidad de vida en relación a salud oral previo y posterior al tratamiento periodontal.

## **4. ANTECEDENTES**

### **4.1 Salud periodontal**

La salud periodontal se refiere a un estado libre de enfermedad inflamatoria. Se definen 4 categorías o niveles de salud periodontal, estos dependen del estado en que se encuentre el periodonto : 1. Salud periodontal pristina, en donde no hay pérdida de inserción, ni sangrado al sondeo, las profundidades al sondeo son menores a 3mm, no hay inflamación ni presencia de pus o edema, se conoce como “clínicamente sano”. 2. Salud periodontal clínica bien mantenida, en esta se encuentra el periodonto sano y no hay inflamación. 3. Estabilidad de la enfermedad periodontal en un periodonto reducido. 4. Remisión, donde ya hay una reducción en el periodonto y no hay estabilidad (Lang & Bartold, 2018; Herrera et al., 2018).

La salud periodontal puede presentar localizaciones con inflamación gingival clínica, es por eso que se agregaron nuevas definiciones al nivel de la enfermedad periodontal, que se basan en sangrado al sondaje, nivel de inserción clínica y profundidad al sondeo (Chapple, Mealey, Van Dyke et al., 2018).

Se define salud periodontal cuando hay un sangrado menor al 10%, y que tiene un periodonto intacto. Sin embargo, salud gingival está definido con menos del 10% de sangrado al sondaje, pero en este caso puede ser tanto en periodonto intacto como en el reducido (Bujaldón, 2020).

#### **4.1.1 Determinantes de la salud periodontal**

Estos se clasificaron en 3 categorías, las cuales son: microbiológico, huésped y ambiente. Los factores que predisponen a perder la salud periodontal son cualquier agente o afección que genere una acumulación de placa dentobacteriana subgingival (Herrera, 2018; Chapple et al, 2018; Lang & Bartold, 2018).

Los determinantes microbiológicos de la salud periodontal a nivel clínico son: composición de la placa supragingival y composición de biopelículas subgingivales. Los determinantes del huésped de la salud periodontal a nivel clínico son: los factores locales

en salud periodontal clínica (bolsas periodontales, restauraciones dentales, anatomía de la raíz, mal posición dental y apiñamiento dental), factores modificadores sistémicamente (función inmune del huésped, salud sistémica, genética), determinantes ambientales de la salud periodontal clínica (tabaquismo, medicamentos tomados, estrés, nutrición) (Niklaus et al., 2018).

#### **4.1.2 Indicadores de la salud periodontal clínica**

Para poder ser considerado como un periodonto con salud periodontal clínica se toman en cuenta varios factores, entre ellos se encuentra la profundidad al sondaje, la cual se dice que un surco con poca profundidad, nos indica salud, y las bolsas que son profundas son compatibles con enfermedad. Aunque, no siempre es así, ya que podemos encontrar bolsas profundas estables y no inflamadas, esto siendo el resultado de un control periodontal minucioso por un tiempo largo, a éstas se le llaman “bolsas saludables”.

Después de tratamientos largos y exitosos, la periodontitis puede recurrir en algunas zonas, a pesar de seguir disciplinadamente sus mantenimientos periodontales, es por eso que se deben tener en cuenta otros parámetros clínicos como el sangrado al sondaje, entre otros. (Lang & Bartold, 2018)

Otro factor que hay que tomar en consideración es el sangrado al sondeo (Tonetti et al., 2018a), el cual se calcula con base a la proporción de zonas sangrantes (de manera dicotómica si/no), se realiza mediante el uso de una sonda periodontal en el extremo apical del surco, tomando en cuenta 6 localizaciones (mesiovestibular, vestibular, distovestibular, mesiolingual, lingual, distolingual) de todos los dientes presentes. La salud gingival se define como < 10 % de zonas sangrantes con profundidades  $\leq 3$  mm (Herrera et al., 2018; Chapple et al., 2018; Lang & Bartold, 2018).

Además en la evaluación clínica se toma en cuenta la movilidad dental, considerando que hay un grado de movilidad fisiológica (considerada hasta 0.2mm, el cual se evidencia con el desplazamiento de la corona siendo el resultado a una fuerza determinada (Lang & Bartold, 2018).

Dentro de las características radiográficas de un periodonto intacto podemos encontrar una lámina dura intacta, la distancia entre 1.0 a 3.0mm desde la porción más coronal de la

cresta alveolar a la unión cemento-esmalte, pero también se deben tener en cuenta otros factores, como la edad del paciente, la angulación del diente, tipo de pieza dental y ver el tipo de desgaste, que si fuera grave, pudiera influir en la altura de la unión cemento esmalte y la distancia con al cresta alveolar (Herrera, 2018; Lang & Bartold,2018).

#### **4.1.3 Periodontitis**

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria, la cual tiene larga duración, está mediada por el huésped y tiene asociación con los microbios, la cual da como resultado una pérdida de la unión periodontal, que nosotros la veremos como una pérdida de inserción clínica, la pérdida ósea alveolar, presencia de bolsas periodontales y sangrado gingival (Tonetti et al., 2018a).

Las formas de periodontitis de acuerdo a su fisiopatología son: 1. Periodontitis necrotizante, la cual presenta características típicas como la necrosis de las papilas, sangrado, dolor y está asociada a alteraciones de la respuesta inmunitaria del huésped (Herrera et al., 2018) como enfermedades necrotizantes encontramos la gingivitis necrotizante, la periodontitis necrotizante y estomatitis necrotizante (Tonetti et al., 2018b). 2. Periodontitis como manifestación directa de enfermedades sistémicas: se ha reconocido que existen enfermedades sistémicas, las cuales tendrán algún impacto dentro del desarrollo de la periodontitis y en el aparato periodontal esto completamente independientemente de la inflamación que pudiera producir la presencia de placa dental.

Existen variables que tienen un efecto significativo en el avance de la enfermedad (Ghallab,2018; Albandar et al,2018), como el consumo del tabaco, la mala nutrición y la obesidad, ya sea en términos de ingesta calórica como en la calidad de los componentes nutricionales, y la inactividad física, se asocian a tener un mayor riesgo de adquirir periodontitis (Tonetti et al., 2017a).

Los pacientes con síndrome de Down, presentan una prevalencia mayor y un nivel de gravedad mayor de la enfermedad periodontal, presentan pérdida de inserción clínica cuando llegan a la etapa de adolescencia. En el caso de los pacientes con síndrome de Papillon-Lefevre, van a desarrollar una inflamación severa y esta da formación a bolsas

poco después de que las piezas dentales erupcionen, la pérdida de hueso pérdida de inserción clínica avanza rápidamente (Albandar et al., 2018).

La definición de caso de periodontitis se caracteriza por tener una pérdida de inserción clínica interdental detectable en 2 dientes no adyacentes o más, y la pérdida de inserción clínica bucal u oral es de 3mm o más con una bolsa mayor a 3mm en 2 o más dientes(Tonetti et al., 2018a) . La pérdida del soporte del tejido periodontal a causa de la inflamación es la característica principal de la periodontitis

Tabla I. Etapas (estadios) de la periodontitis (Tonetti et al., 2018a)

Estadio de periodontitis		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Severidad	Nivel de inserción clínica interdental en el sitio de pérdida	1-2 mm	3-4 mm	>5 mm o igual.	>5 mm o igual
	Pérdida ósea radiográfica	Tercio coronal <15%	Tercio coronal 15% al 33%	Extensión a la mitad o tercio apical de la raíz	Extensión a la mitad o tercio apical de la raíz.
	Pérdida de dientes	No hay perdida por periodontitis		Pérdida de dientes por periodontitis <4 dientes o igual	Pérdida de dientes por periodontitis >5 dientes o igual
Complejidad	local	Máximo de profundidad al sondaje igual o <4 mm	Máximo de profundidad al sondaje igual o <5mm	En adición al estadio II de complejidad:	En adición al estadio III de complejidad:
		Pérdida ósea mayormente horizontal	Pérdida ósea mayormente horizontal	Profundidad al sondaje de igual o >6 mm	Se necesita una rehabilitación completa por: Disfunción masticatoria
				Pérdida ósea vertical igual o >3 mm	Trauma oclusal secundario (diente con movilidad igual o >2 mm)
				Furca involucrada clase II o III	Defecto de reborde severo
				Defecto óseo moderado	Colapso de mordida ¿drifting, flairing?
					Menos de 20 dientes remanentes (10 pares opuestos)
Extensión y distribución	Agrega tu estadio como descriptor	Para cada estado, se debe describir la extensión localizada (<30% de los dientes involucrados), generalizada o patrón molar/incisivo			

El grado de la periodontitis se va a dar dependiendo de la progresión de la enfermedad. Hay factores de riesgo que afectan la enfermedad y la llevan de una etapa a otra, como

fumar o el mal control de la diabetes. Se debe asumir inicialmente la enfermedad del grado B y buscar pruebas específicas para poder modificar al grado A o C (Tonetti et al., 2018b).

Tabla II. Grado de periodontitis, basada en evidencia directa y factores modificadores. (Tonetti et al., 2018a)

Grado de periodontitis			Grado A: progresión lenta	Grado B: progresión moderado	Grado C: progresión rápido
Criterios primarios	Evidencia directa de progresión	Datos longitudinales de pérdida ósea o pérdida de inserción clínica	Evidencia de que no hay pérdida por los pasados 5 años	Pérdida de <2 mm por los pasados 5 años	Pérdida igual o mayor >2 mm por los 5 años pasados
	Evidencia indirecta de progresión	% de pérdida ósea/edad del paciente	<0.25	0.25 a 1.0	>1.0
		Fenotipo del caso	Depósitos pesados de biopelícula con pocos niveles de destrucción	La destrucción se asemeja a los depósitos de biopelícula	La destrucción excede las expectativas por los depósitos de biopelícula que se presentan: patrones clínicos específicos sugieren periodos de rápidos de progresión y/o en periodos tempranos de la enfermedad (ej. Patrón molar incisivo, falta de respuesta de las bacterias a las terapias estándar de control
Modificadores del grado	Factores de riesgo	Fumador	No fumador	Fumador <10 cigarrillos por día	Fumador igual o mayor a 10 cigarrillos por día
		Diabetes	Normoglicémico / no hay diagnóstico de diabetes	HbA1c <7.0% en pacientes con diabetes	HbA1c igual o > 7.0% en pacientes con diabetes

#### 4.1.4 Factores de riesgo de la periodontitis.

##### 4.1.4.1 Factores de riesgo modificables:

Dentro de los factores de riesgo se destacan los hábitos como el fumar, los cambios hormonales, tener una higiene bucal deficiente, el estrés, empleo de medicamentos, factores genéticos y algunas enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus. Cada uno de los factores que se mencionaron antes, se tienen que considerar con la intención de prevenir la enfermedad periodontal (Sanchez et al., 2021).

En cuanto al hábito de fumar, la nicotina provoca destrucción del tejido periodontal de manera directa o a través de interactuar con otros factores. Hay estudios que sugieren que la nicotina inhibe la proliferación de los cementoblastos e induce a la síntesis de citoquinas (Chen et al., 2015).

Otro factor es la deficiencia de la higiene bucal, la cual se vincula con la enfermedad periodontal, debido a que favorece el depósito de bacterias y la formación de la placa dentobacteriana sobre los dientes y encías, por consiguiente, crea un cambio inflamatorio en los tejidos periodontales.

Es importante tomar en cuenta los cambios hormonales en el sexo femenino como otro factor, ya que incrementan la probabilidad de enfermedad periodontal, las mujeres pueden experimentar una inflamación gingival previo a su menstruación y durante su periodo de ovulación, debido a los altos valores de progesterona que causan el bloqueo de la reparación de las fibras colágenas, y por ende, vasodilatación.

Las embarazadas también pueden presentar cambios gingivales frecuentemente, como gingivitis, y en ocasiones crecimiento localizado de los tejidos gingivales afortunadamente estos cambios desaparecen meses después del parto, sin causar daño persistente sobre los tejidos periodontales. Se ha documentado que la deficiencia de estrógenos hablando de la menopausia, puede culminar en pérdida de hueso alveolar y eventualmente en la caída de los dientes (Nazir.,2017).

Un factor común hoy en día es la diabetes mellitus tipo 2, es importante considerar este factor, ya que la elevada inflamación sistémica provoca la entrada de organismos periodontales y sus factores de virulencia a la circulación, lo que nos proporciona evidencia del impacto de la periodontitis sobre la diabetes (Liccardo et al., 2019).

Algunos fármacos como la fenitoína, ciclosporina y nifedipina inducen a que haya un crecimiento anormal de los tejidos gingivales, lo que complica la remoción de la placa dental y por ende, agrava la enfermedad periodontal (Nazir,2017).

Otro factor de riesgo es el estrés, su presencia favorece la formación de placa dental y reduce las secreciones salivales, hay evidencia de que se relaciona con el sistema inmune, el estrés crónico provoca destrucción del periodonto en personas susceptibles (Artigas et al., 2021). Las personas deprimidas presentan mayor concentración de cortisol en el

líquido crevicular gingival y tienen menor respuesta al tratamiento periodontal (Nazir,2017).

#### **4.1.4.2 factores de riesgo no modificables**

Estos incluyen edad, etnia y factores genéticos (Makkar et al., 2018). En cuanto a la edad tenemos que el riesgo de la enfermedad periodontal incrementa con el envejecimiento. Se sugiere que es un factor para la pérdida del hueso alveolar y del ligamento periodontal, además del aumento del tiempo en el que están expuestos a factores de riesgo local que participan en la destrucción de tejidos (Nazir,2017; Jiang et al.,2016).

La herencia es uno de los factores asociados a la enfermedad periodontal que hace que unas personas sean mayormente susceptibles a tener la enfermedad, que otras personas. Dentro de los factores genéticos, parece dominar la herencia poligenética, en vez de la herencia monogénica mendeliana (Artigas et al., 2021).

## **4.2 Calidad de vida**

El término calidad de vida fue empleado por primera vez, en el año 1920, por Arthut Cecil Pigou, un economista británico, después de la segunda guerra mundial, la calidad de vida abarco múltiples áreas como sociología, política, salud, entre otras, en cuanto a salud se relacionaba con individuos que padecían alguna enfermedad neoplásica, y esto estaba dirigido a la percepción del paciente (Schwartzmann, 2003).

La OMS (1966) definió el concepto de calidad de vida a “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contacto cultural y sistema de valores en que vive, y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas e intereses” (Velarde et al., 2002)

El término “calidad de vida” tiene un amplio contexto, aunque bastante subjetivo. Dentro de él, se incluyen experiencias personales y el impacto de ellas y de la salud en la vida de los individuos, en los cuales incluyen sentimientos como felicidad, satisfacción y el gusto (MacEntee,2007; Férrez, 2005).

#### **4.2.1 Calidad de vida en relación a salud oral.**

Se habla de que las enfermedades que afectan directamente a la cavidad oral, manejan un bajo porcentaje de fatalidad, sin embargo, pueden influir directamente en actividades como comer, hablar y socializar, y esto repercute instantáneamente en la calidad de vida del individuo (Grath & Bedi,2001; Sánchez-García et al.,2007).

Debido a la relación entre la calidad de vida y la salud oral (OHQOL), la calidad de vida se puede ver afectada ante presencia de enfermedades orales, ya que estas mismas pueden ocasionar diversos daños en el día a día de los individuos, hablando de su función masticatoria, esto influirá en el tipo de alimentos, viéndose limitado a consumir alimentos ricos en fibras o proteínas debido a la dificultad para poder ingerirlos (Velázquez-Olmedo et al., 2014)

El uso de la OHQOL en odontología puede servir para comparar el impacto de la salud oral con otras condiciones distintas de la salud, y de esta manera, ser una herramienta útil para describir la importancia en la vida de las personas, también puede que desempeñe un papel en la priorización del gasto en atención de la salud (Reisine, 1988).

La capacidad de medir OHQOL permite la vinculación de la valoración subjetiva del bienestar del paciente con las limitaciones potenciales que tenga en su vida social, ayuda a identificar las necesidades de programas de prevención y promoción de la salud (Sischo, 2012)

Uno de los cuestionarios más utilizados para la evaluación general de OHQOL es el perfil OHIP-49, y su versión abreviada OHIP-14, que se basa en el modelo de Locker, el cual asume un impacto jerárquico de los efectos de la enfermedad con 7 dimensiones de la calidad de vida, evalúa la percepción del paciente sobre el impacto de su salud oral en su bienestar o calidad de vida (Slade et al., 1994).

En la versión abreviada (OHIP-14), las preguntas se dividen en 7 categorías, las cuales son limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, social y minusvalía. Las respuestas están estructuradas con base a la escala de Likert, de 5 puntos, que nos indica con que frecuencia se producen cada uno de los problemas en la cavidad oral (desde 0-nunca, hasta 4-con mucha frecuencia), la puntuación es el total de las respuestas a todas las preguntas, cuanto mayor sea la

puntuación, tendremos un resultado más negativo de la percepción del impacto de la salud oral en la calidad de vida del paciente (Slade, 1997).

Se han realizado intentos para crear cuestionarios especializados sobre condiciones específicas que afectan la salud oral, incluyendo el OHIP-PD (para pacientes con enfermedad periodontal), y la OHIP-CP (para pacientes con periodontitis crónica) (He et al., 2017).

OHIP, fue diseñado en 1994 por Slade y Spencer, cuya finalidad era establecer el interés de la condición oral sobre la vida de las personas, a su vez, este instrumento también responde como los dientes naturales y las prótesis afectan de manera positiva o negativa las funciones sociales, psicológicas, biológicas y sobre todo la calidad de vida de aquellos pacientes a quienes se les aplica el cuestionario (Slade, 1997)

El OHIP-49, contiene 49 preguntas las cuales abarcan 7 dimensiones que nos permiten obtener el impacto de las afecciones bucales que determinan la calidad de vida relacionada a la salud oral, las cuales son: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, psicológica, social y minusvalía, posteriormente, Slade realiza la versión simplificada, dando lugar a la OHIP-14 (Slade, 1997).

#### **4.3 Impacto de periodontitis en calidad de vida en salud oral**

La enfermedad periodontal se diagnostica con ayuda del uso de marcadores como lo son, la profundidad al sondaje y pérdida en los niveles de inserción, éstas medidas se constituyen en mediciones que complementan algunos instrumentos que están validados, como el de “Calidad de vida relacionada con la salud oral” (OHQOL), que será de uso para detectar el cómo los trastornos orales influyen en los aspectos físicos, funcionales y psicosociales (Cunha-Cruz et al., 2007).

Gran parte de los datos recopilados en estudios reportan que hay prevalencia de síntomas como el dolor orofacial, los efectos de la pérdida de dientes con respecto a la funcionalidad y a la oclusión, los cuales afectan en la calidad de vida de los individuos (Reisine, 1988).

Los síntomas de la enfermedad periodontal como encías inflamadas, dolor y cuando las encías están retraídas y tener halitosis afectan profundamente al paciente en los

aspectos físicos, sociales y psicológicos de la calidad de vida del paciente (Needleman et al., 2004). La periodontitis es una de las principales causas de la pérdida dental y por ende, a la disfunción masticatoria (Tonetti et al., 2017b). Esto predispone al paciente a una dieta poco saludable con menor aporte nutricional (Blanchet et al., 2008; Kosaka et al., 2014).

La pérdida de órganos dentarios puede conducir también a una incorrecta oclusión con posible predisposición a desarrollar trastornos temporomandibulares (Sheiham et al., 2011). En consecuencia, cuando los dientes perdidos se sustituyen, da como resultado una mejoría en la calidad de vida del individuo, ya que ésta tiene un efecto directo sobre la apariencia y el bienestar social, lo que hará que no se limiten a reírse en público, les ayuda a formar relaciones y disfrutar de la comida (Craddock, 2009).

Además, cuando se pierde un diente anterior, la calidad de vida del paciente se ve afectada, no solo desde el punto de vista estético, sino también porque esta pieza ausente, influye en la capacidad de poder pronunciar correctamente algunas palabras y en el caso de la exposición gingival excesiva se asocia con menor nivel de calidad de vida del paciente comparado con los individuos que no presentan exposición gingival (Antoniazzi et al., 2017). La periodontitis puede afectar también en efectos como inflamación sistémica y un impacto social, ya que hay una disminución en su confianza y en la socialización (Needleman et al., 2004).

Las consecuencias clínicas del daño progresivo de los tejidos periodontales repercuten en la salud de la cavidad oral, hablando de los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, y esto a su vez, repercute en la calidad de vida del paciente (Hescot, 2017).

#### **4.4 Tratamiento periodontal**

La terapia periodontal básica incluye una serie de procedimientos, siendo mecánicos como químicos, los cuales tienen como objetivos de eliminar o reducir la placa dentobacteriana. En pacientes que presenten mayor cantidad de tártaro, se debe realizar un tratamiento de raspado y alisado radicular, el cual se deberá realizar entre 4 o 5 sesiones, dependiendo de lo que necesite cada caso (Curtis, Díaz & Van-Dyke, 2020).

El objetivo de la terapia periodontal es preservar, mejorar y mantener los dientes naturales, la terapia incluye instrumentación sónica, manual, combinación de ambas junto con el control de la plaza subgingival (Khan et al., 2021).

Se descubrió que el debridamiento subgingival es eficaz para poder reducir la profundidades de la bolsa al momento de medir con el sondaje y mejorar el nivel de inserción clínica. El tratamiento da como resultado reducción en la profundidad de la bolsa, esto debido a la recesión de la encía y al aumento en su nivel de inserción clínica (Ghuman,2020).

Dentro de las fases del tratamiento periodontal la fase sistémica, que es denominada la fase primaria, ésta consiste en reducir la injerencia de las patologías sistémicas sobre la acción de la terapia que se realizará y de esa manera, prevenir la integridad del operador y paciente, de posibles infecciones; Es muy importante tener comunicación previa con otro especialista de la salud para descartar cualquier tipo de patología que exista en el paciente (Ramfjord,1953).

En la fase higiénica se orienta al paciente a tener los correctos hábitos de higiene oral, control de biofilm, control de factores de riesgos, detartrajes supragingivales y subgingivales.

La fase de reevaluación periodontal es un paso muy importante en el tratamiento periodontal, ya que está enfocado en determinar los resultados de la terapia inicial y si hay o no hay necesidad de terapias de soporte adicionales. Se debe realizar después de 4 semanas de haber realizado el último raspado y alisado radicular. Mc Guide afirmó que los tejidos periodontales deben ser examinados nuevamente para determinar si existe o no la necesidad de más terapia, así como la eficacia del raspado y alisado radicular (McGuire et al.,1992). Esta fase incluye pasos que son realizados por el periodoncista los cuales son sangrado al sondaje, profundidad de surco, niveles de inserción clínica, movilidad dental, compromiso de furza, evaluar los factores locales, índices de placa y revisar la higiene oral del paciente (Waerhaug J,2006).

Tenemos también la etapa correctiva en la cual se realizan intervenciones más complejas tales como: Repetir la instrumentación a nivel subgingival, cirugías periodontales con colgajo de acceso, cirugías periodontales regenerativas, la cuales deben estar bajo un consentimiento por parte del paciente, y del mismo modo realizarse

evaluaciones específicas detallando cuales son los factores de riesgo del paciente y si existe alguna contraindicación médica (Ramfjord,1953).

En cuanto a la fase de mantenimiento periodontal, las metas terapéuticas son prevenir o minimizar la recurrencia de la progresión de la enfermedad en pacientes que tuvieron un tratamiento periodontal previo, ya sea por periodontitis, por periimplantitis o algunos tipos de gingivitis, también tiene como meta prevenir o reducir la incidencia de pérdida de piezas dentales o de implantes dentales e incrementar la probabilidad de localizar y tratar otras condiciones o enfermedades orales en un tiempo oportuno. La fase inicia inmediatamente después de completar la fase I del tratamiento y mientras que el paciente está en fase de mantenimiento, se realizan los procedimientos restaurativos y quirúrgicos necesarios (Cohen,2003; Shick,1981)

#### **4.4.1 Tratamiento periodontal no quirúrgico convencional**

La terapia periodontal no quirúrgica convencional consiste en varios pasos, primeramente las sesiones de profilaxis, después la fase de mantenimiento en la que se realizará una reevaluación sobre cómo está actualmente la enfermedad, posteriormente se realizará un control de placa de manera periódica junto con profilaxis cada 3-4 meses (Khan et al., 2021).

La terapia periodontal no quirúrgica convencional puede controlar la enfermedad periodontal en la mayoría de las personas con periodontitis crónica, sin embargo, también existen limitaciones como es la dificultad de tener una adecuada instrumentación en áreas donde hay un acceso difícil, para eliminar completamente los depósitos duros y blandos, junto con los microorganismos invasores del tejido blando (Ghuman, 2020).

Las ventajas de la terapia periodontal no quirúrgica convencional como son: 1.- Restaurar la salud gingival al eliminar los agentes etiológicos que se encuentran en la superficie dental y que producen inflamación del periodonto. 2.-Se logra controlar la cantidad de microorganismos que se encuentran en el medio bucal. 3.-Cuando hay inflamación del periodonto, la terapia periodontal no quirúrgica convencional ayuda a que se reduzcan las bacterias que se encuentran en las bolsas periodontales y de esta forma,

reduce los factores proinflamatorios. Y como desventajas no existen muchas, sin embargo, mencionar que el paciente puede presentar dolor post operatorio (Castro, 2021).

Entre los tratamientos más empleados que tenemos son: la instrucción de higiene oral, raspado y alisado radicular, remoción de los agentes irritantes, entre otros (Dean, 2018).

#### **4.4.2 Raspado y alisado radicular de boca completa**

El concepto de “raspado y alisado radicular de boca completa” es una modificación del tratamiento periodontal no quirúrgico que se realiza a través del raspado y alisado radicular por cuadrantes (Barteczko et al., 2004). El concepto original incluye los alisados y raspados radiculares en un máximo de dos sesiones en un periodo de 24 horas para poder reducir los microorganismos patógenos subgingivales y prevenir la formación de la biopelícula (Schiott et al., 1976).

Hay varias ventajas económicas potenciales para el paciente y para el clínico. Los pacientes prefieren la desinfección o desbridamiento de boca completa en una sola etapa porque al parecer es más fácil organizar una cita o dos, en lugar de cuatro, el clínico puede trabajar durante dos horas con el mismo paciente, limitando los intervalos entre pacientes (Mombelli et al., 1997).

Se han realizado diferentes estudios de investigación sobre las ventajas y desventajas de realizar el tratamiento periodontal no quirúrgico completo en un lapso de 24 horas sin desinfección química. Quirynen et al. (2000) estudiaron la importancia del uso de clorhexidina en el resultado final de la terapia completa en 24 horas, siguieron a los pacientes desde el inicio hasta 1, 2, 4 y 8 meses. Aunque todos los pacientes mejoraron drásticamente desde el inicio, el grupo de alisado radicular de boca completa con y sin desinfección tuvo una mejora adicional de 1,5 mm en la profundidad de bolsa que el grupo de alisado radicular por cuadrantes. Llegaron a la conclusión de que la eliminación de los periodontopatógenos además de los posibles beneficios de la respuesta del huésped después de la terapia de boca completa en una etapa es el aspecto efectivo de la terapia en lugar del efecto beneficioso de la terapia periodontal y no necesariamente se atribuía el éxito al uso de la clorhexidina.

Se han mostrado datos controversiales sobre la eficacia en el uso de antibióticos en diferentes parámetros clínicos, Shivi Khattri et al. (2020) realizaron un estudio de revisión incluyendo 45 artículos diferentes y 2664 pacientes encontrando que no se puede asegurar que el uso de antimicrobianos reducen la enfermedad periodontal a largo plazo (un año o más después del tratamiento), o si algunos antibióticos son mejores que otros, aparte de la falta de consistencia en los resultados se encontraron efectos no deseados informados con frecuencia como trastornos gastrointestinales leves y temporales, náuseas, vómitos, diarrea; hasta un sabor metálico en la boca sin llegar a ser graves.

Abdelbary et al. (2022) compararon mediante resultados clínicos y microbiológicos, tres diferentes modalidades de terapia periodontal completa en 24 horas, entre las que se encontraban alisado completo sin uso de antimicrobianos, alisado completo con antimicrobianos y alisado completo con uso de pulidores de aire con eritritol, comparando los tres entre sí y con el tratamiento convencional por cuadrantes para ver cual ofrecía mejores resultados, investigaron si las mejoras clínicas se respaldaban por datos microbiológicos en términos de carga bacteriana total sugiriendo que sus hallazgos pueden explicarse parcialmente por la reducción en la carga bacteriana total y tres de cuatro patobiontes 3 y 6 meses después de las tres modalidades de terapia periodontal en boca completa en comparación con la modalidad convencional.

Stein et al. (2021) compararon las mismas tres modalidades del estudio anteriormente descrito de Abdelbary, en donde, para fines de este estudio se pueden recalcar el hallazgo de la tasa de finalización fue menor en la terapia por cuadrantes que la terapia completa en una sola cita, hallazgo que comparte con Fang, et al, (2016) en el cual la tasa de abandono fue hasta de un 31%, lo que afecta en el resultado final de la terapia periodontal en estos pacientes, concluyó que los resultados entre el alisado radicular completo en 24 horas y la terapia periodontal por cuadrantes arroja resultados similares en los pacientes que finalizaron el estudio.

Apatzidou et al. (2004) encontraron que la terapia periodontal convencional por cuadrantes resultó en puntajes de dolor más altos y una mayor ingesta de analgésicos en comparación con la terapia periodontal completa en 24 horas.

## **5.-MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1 Diseño del estudio**

Es un estudio comparativo, abierto, experimental, prospectivo y longitudinal.

### **5.2 Universo de estudio**

Pacientes con periodontitis etapa II y III, grado A que acudieron a la clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

### **5.3 Tamaño de la muestra**

Por las condiciones de la variable a evaluar del tipo cuantitativa (parámetros clínicos) donde además, se trata de una población infinita se estimó el tamaño de muestra de 20 pacientes (10 para el grupo experimental y 10 para el grupo control) y fueron seleccionadas de manera aleatoria y elegidas mediante los criterios de inclusión, exclusión y eliminación definidas para el presente estudio

### **5.4 Criterios de selección**

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de entre 30 y 70 años de edad, definidos con una condición sistémica ASA I, que hayan sido diagnosticados con periodontitis etapa II y III, grado A. Se excluyeron pacientes con incapacidad motriz por dificultad al momento de realizar control de placa dentobacteriana, que hayan tomado antibioticoterapia en un tiempo de 4 meses, embarazadas, fumadores y pacientes que se encuentren en tratamiento de ortodoncia. Se consideró la eliminación a pacientes que no terminen el tratamiento periodontal y no sigan las indicaciones proporcionadas, que durante el estudio lleguen a tomar antibióticos o utilizar antisépticos orales y pacientes que durante el estudio se les diagnostique alguna enfermedad sistémica que altere las variables del estudio.

## **5.5 Descripción del procedimiento**

### **5.5.1 Historia clínica y fase diagnóstico**

Se realizó una valoración clínica a los pacientes en el cual se confirmó que tuvieran periodontitis etapa II y III, grado A, se les informó sobre la investigación y se les invitó a participar en ella, al confirmar, pasaron al proceso de selección de grupo que se menciona más adelante.

Para iniciar con el tratamiento se dividió la muestra de 20 pacientes en dos grupos diferentes, los pacientes que recibieron el tratamiento convencional por cuadrantes y aquellos que recibieron el tratamiento de alisado radicular de boca completa en 24 horas, la asignación del grupo fue secuencial utilizando hojas de cálculo para registrar a los pacientes. Al iniciar, ambos grupos realizaron un llenado de la historia clínica completa que incluye datos personales, antecedentes no patológicos y antecedentes patológicos (ANEXO 1).

Al terminar el llenado de la historia clínica por parte del paciente se procedió a explicar el tratamiento a realizar y hacer ver su participación en el estudio, se aseguró que el paciente entendiera los riesgos y beneficios del tratamiento y se procedió a firmar el consentimiento informado de la investigación clínica (ANEXO 2).

### **5.5.2 Índice de placa**

Se pasó al paciente para realizar un examen intra oral completo registrando mediante el uso espejo intraoral #5 (Hu-Friedy®, IL) y explorador #30 (Hu-Friedy®, IL), y se registró el índice de placa basándonos en el índice de O'Leary, el cual es el porcentaje de superficies dentarias con presencia de placa dentobacteriana. Se utilizó una solución reveladora la cual tiñeron todas las zonas que contenían placa dentobacteriana, para obtener el resultado se multiplicó la cantidad de superficies teñidas por 100, y se dividió entre el total de las superficies que fueron examinadas, se arrojó un porcentaje, el cual se categorizó en parámetros como aceptable (menor del 20%), cuestionable (20.1-30%) y deficiente (mayor a 30.1%) (ANEXO 3).

$$\text{Índice de placa} = \frac{\text{Suma de superficies teñidas}}{\text{Suma de superficies presentes}} * 100\%$$

### 5.5.3 Periodontograma

Posteriormente con el uso de una sonda periodontal se procedió al llenado del periodontograma (ANEXO 4), registrando las bolsas periodontales introduciendo la sonda periodontal North Carolina (Hu-Friedy®, IL) de 15 mm al surco o bolsas periodontales, al mismo tiempo se pudo observar la presencia de resección gingival y en conjunto con la bolsa periodontal se registró la pérdida de inserción clínica, al retirar la sonda pudimos observar la ausencia o presencia de sangrado al sondeo el cual se registró también en el periodontograma, esto se realizó en 3 sitios vestibulares y 3 sitios palatinos o linguales de todos los órganos dentales.

### 5.5.4 Índice de sangrado de Ainamo & Bay

De igual manera obtuvimos el índice de sangrado de Ainamo & Bay (ANEXO 5), el cual se obtuvo en base a la cantidad de sitios que se observaron con sangrado al sondeo, en este índice se mide dentro de los 10 segundos posteriores al insertar la sonda periodontal ya mencionada y se va a tabular registrando los sitios con sangrado, dividiéndolo entre el número total de los sitios evaluados. Al finalizar el examen clínico intraoral se pidió al paciente un estudio radiográfico que consta de una serie de 14 radiografías periapicales con las cuales pudimos observar la pérdida ósea de los órganos dentales. Esto nos sirvió para poder asignar al paciente bajo un diagnóstico de periodontitis en estadio II o III y grado A, lo que significa que el paciente ha tenido una pérdida moderada del nivel de inserción con un grado de evolución lento. Una vez terminado el examen clínico se procedió a la asignación del grupo de manera secuencial.

$$\text{Índice de Sangrado} = \frac{\text{Suma de superficies sangrantes}}{\text{Suma de superficies presentes}} * 100\%$$

### **5.5.5 Fase inicial del tratamiento periodontal**

A ambos grupos se les realizó una fase inicial la cual consiste en la concientización sobre los cambios de hábitos de higiene intraoral, registrando el índice de placa dentobacteriana y un detartraje para eliminar los depósitos de calculo supragingivales.

### **5.5.6 Instrumento de evaluación OHIP-14**

Se aplicó el instrumento de evaluación OHIP-14, el cual consta de 7 dimensiones, que son la limitación funcional, el dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, social y minusvalía, éste instrumento se basa en la escala de Lickert de 5 puntos, la cual está codificada: nunca (puntuación 0), casi nunca (puntuación 1), algunas veces (puntuación 2), frecuentemente (puntuación 3) y siempre (puntuación 4). Para poder sacar el puntaje general del OHIP-14 en cada uno de los individuos, se realiza una sumatoria de los valores de las 14 preguntas, dando un valor total de entre 0-56 puntos, mientras más alto sea el valor obtenido, mayor es el impacto negativo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral del paciente (ANEXO 6).

### **5.5.7 Tratamiento periodontal no quirúrgico**

#### **5.5.7.1 Terapia periodontal no quirúrgica convencional**

El grupo “A” se le asignó el tratamiento periodontal no quirúrgico por cuadrantes al cual se citará en lapsos de una semana para realizar dos de cada 4 cuadrantes, se inició con un detartraje inicial y en una siguiente cita, se procedió a iniciar el tratamiento, para cada cuadrante el procedimiento inició con la anestesia local intraoral de los nervios adyacentes al sitio a trabajar mediante el uso de una jeringa carpulle, con un cartucho de articaína con epinefrina y agujas cortas. Una vez anestesiado se eliminaron los depósitos de cálculo subgingival con curetas Gracey 5/6, 11/12, /13/14, 17/18 (Hu Friedy®) específicas para cada uno de los sitios a tratar y posteriormente se realizó un alisado radicular de las superficies, esto se repitió cada semana al terminar con cada uno de los cuadrantes. En cada cita se le recordó al paciente el no usar ningún tipo de antibiótico o enjuagues antisépticos para no alterar los resultados del estudio.

### **5.5.7.2 Raspado y alisado radicular de boca completa**

En el grupo “B” se llevó a cabo en una primera cita un detartraje y en una segunda cita se procedió a realizar los 4 cuadrantes en lapso de 24 horas, se inició con la anestesia local de la cavidad oral completa, infiltrando el anestésico en cada uno de las terminales nerviosas de los tejidos a tratar con ayuda de una jeringa carpulle y cartuchos de artícaina con epinefrina después de asegurarnos de una efectiva anestesia se procedió a retirar los depósitos de calculo subgingivales en cada uno de los cuatro cuadrantes en esa misma sesión con el uso de curetas Gracey 5/6, 11/12, /13/14, 17/18 (Hu Friedy®) específicas para cada uno de los sitios a tratar, después de retirar los depósitos de calculo se procedió al alisado radicular de las superficies con los mismos instrumentos. Al terminar la cita se le recordó al paciente el no usar ningún tipo de antibiótico o enjuagues antisépticos para no alterar los resultados del estudio.

### **5.5.8 Reevaluación**

A las 4 semanas de terminado el tratamiento, ambos grupos volvieron a realizar el llenado del periodontograma siguiendo los mismos lineamientos que el llenado inicial y de nuevo el llenado del instrumento de evaluación OHIP-14.

## **5.6 Análisis Estadístico**

El modelo estadístico analítico consistió en la aplicación de un análisis comparativo mediante una prueba t de diferencia de medias para muestras independientes en caso de que la variable muestre evidencia de normalidad, dicha prueba será determinada considerando un 95% de confiabilidad.

El modelo fué aplicado para comparar la Calidad de vida posterior al tratamiento periodontal en los parámetros clínicos del paciente según el grupo de estudio: Tratamiento periodontal de boca completa y tratamiento periodontal convencional.

La estadística de prueba que se empleó para analizar los resultados es el siguiente:

$$z = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

En caso de que la variable muestre evidencia de libre distribución será aplicada una prueba de U de Mann Whitney para dichas muestras, la prueba será determinada considerando también un 95% de confiabilidad.

$$\sigma_U = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}$$

### **5.7 Consideraciones Éticas**

“Todos los procedimientos estarán de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado.

## 6. RESULTADOS

En el presente estudio se tomaron en cuenta 2 grupos, uno de control en el que se les realizó a los pacientes tratamiento periodontal no quirúrgico convencional, y un grupo experimental en el que se realizó raspado y alisado radicular de boca completa, evaluando la calidad de vida de los pacientes antes y después del tratamiento por medio del instrumento OHIP-14.

El grupo experimental constó de 10 pacientes, de los cuales 7 fueron del género femenino con un promedio de edad de  $39.86 \pm 10.38$  y 3 de género masculino con  $38 \pm 18.02$ . El grupo control constó de 10 pacientes, de los cuales 5 pacientes fueron del género masculino con un promedio de edad de  $38 \pm 8.90$  y 5 pacientes del género femenino con  $38.80 \pm 8.84$  (Tabla III, Figura 1).

Tabla III. Estadística descriptiva de la edad, por sexo y grupo de estudio

		n	Media	DE	Var
Control	Femenino	5	38.80	8.84	78.15
	Masculino	5	38.00	8.90	79.21
Experimental	Femenino	7	39.86	10.38	107.74
	Masculino	3	38.00	18.02	324.72

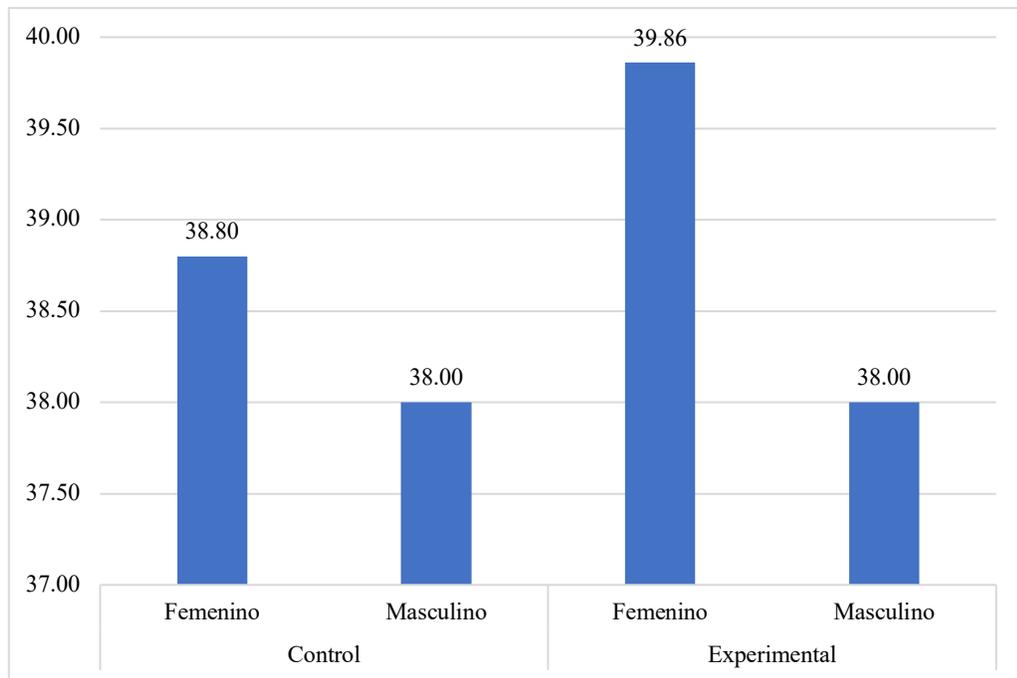


Figura 1. Media de la edad, por sexo y grupo de estudio.

### 6.1 Evaluación los parámetros clínicos periodontales previo y posterior al tratamiento periodontal no quirúrgico.

Los resultados obtenidos y reflejados en la tabla IV y V muestran que el nivel de inserción del grupo experimental al momento inicial se encontraba en  $3.26 \pm 0.29$  mm y posterior al tratamiento periodontal en  $2.12 \pm 0.27$  mm, a diferencia del grupo control encontrándose inicialmente con  $3.07 \pm 0.38$  mm y posterior al tratamiento periodontal en  $2.05 \pm 0.26$  mm. En cuanto a la profundidad de bolsa del grupo experimental al momento inicial se encontraba en  $2.93 \pm 0.34$  mm y posterior al tratamiento de  $1.76 \pm 0.30$  mm, a diferencia del grupo control que inicialmente tenía  $2.81 \pm 0.37$  mm y posterior al tratamiento en  $1.73 \pm 0.31$  mm.

Los niveles de índice de placa iniciales del grupo experimental, mostraron  $59.01 \pm 9.90$  y después del tratamiento tuvieron  $20.40 \pm 6.87$ , a diferencia del grupo control que inicialmente tuvo  $67.19 \pm 26.71$  y final  $26.71 \pm 12.41$ . En cuanto al índice de sangrado, el grupo experimental tuvo inicialmente valores de  $33.70 \pm 12.21$  y después del tratamiento los valores pasaron a  $7.32 \pm 1.47$ , a diferencia del grupo control que inició con  $36.22 \pm 14.35$  y después del tratamiento tuvieron valores de  $11.75 \pm 9.50$ .

Tabla IV. Prueba t para muestras independientes de los parámetros clínicos entre momento de la evaluación y grupo de estudio.

Variable	Momento	Grupo	Media	DE	Var	Prueba t	Valor p
Nivel de inserción	Inicial	Control	3.07	0.38	0.14	-1.25	0.2278
		Experimental	3.26	0.29	0.09		
	Final	Control	2.05	0.26	0.07	-0.55	0.5883
		Experimental	2.12	0.27	0.07		
Bolsa	Inicial	Control	2.81	0.37	0.13	-0.75	0.4631
		Experimental	2.93	0.34	0.12		
	Final	Control	1.73	0.31	0.09	-0.23	0.8233
		Experimental	1.76	0.30	0.09		
Placa	Inicial	Control	67.19	11.82	139.72	1.68	0.1106
		Experimental	59.01	9.90	97.98		
	Final	Control	26.71	12.41	154.02	1.41	0.1765
		Experimental	20.40	6.87	47.16		
Sangrado	Inicial	Control	36.22	14.35	206.00	0.42	0.6774
		Experimental	33.70	12.21	149.12		
	Final	Control	11.75	9.50	90.27	1.46	0.1622
		Experimental	7.32	1.47	2.17		

Tabla V. Prueba t para muestras relacionadas de los parámetros clínicos según el grupo de estudio y momento de la evaluación

Variable	Momento	Grupo	Media	DE	Var	Prueba t	Valor p
Nivel de inserción	Control	Inicial	3.07	0.38	0.14	8.55	0.0000
		Final	2.05	0.26	0.07		
	Experimental	Inicial	3.26	0.29	0.09	17.05	0.0000
		Final	2.12	0.27	0.07		
Bolsa	Control	Inicial	2.81	0.37	0.13	8.69	0.0000
		Final	1.73	0.31	0.09		
	Experimental	Inicial	2.93	0.34	0.12	10.50	0.0000
		Final	1.76	0.30	0.09		
Placa	Control	Inicial	67.19	11.82	139.72	16.28	0.0000
		Final	26.71	12.41	154.02		
	Experimental	Inicial	59.01	9.90	97.98	23.26	0.0000
		Final	20.40	6.87	47.16		
Sangrado	Control	Inicial	36.22	14.35	206.00	7.11	0.0001
		Final	11.75	9.50	90.27		
	Experimental	Inicial	33.70	12.21	149.12	6.70	0.0001
		Final	7.32	1.47	2.17		

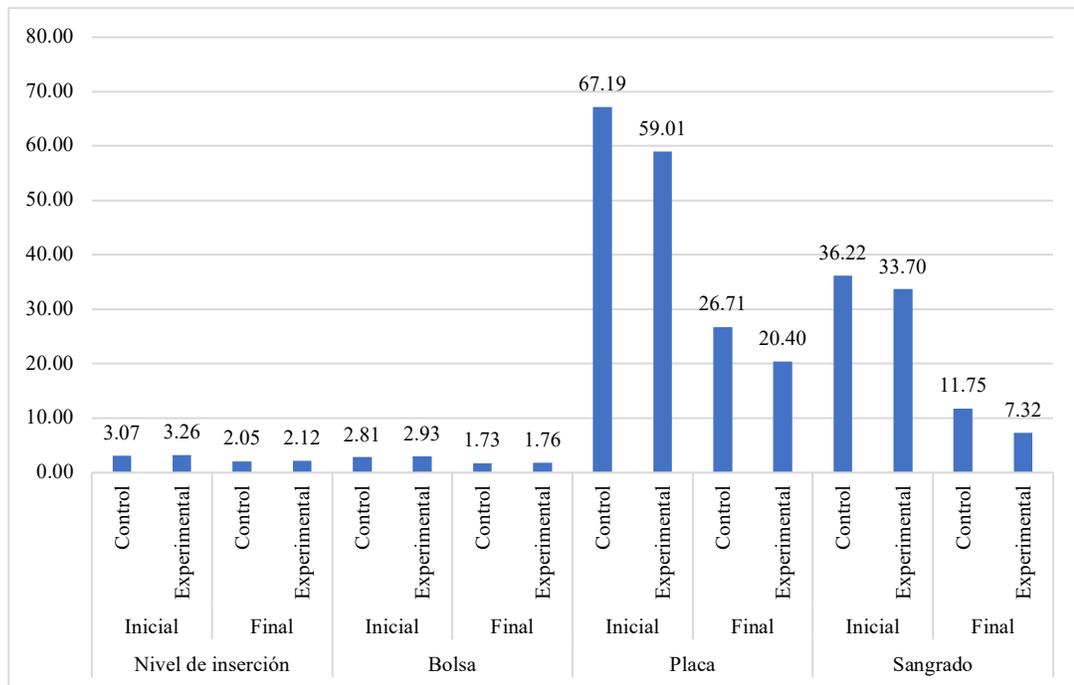


Figura II. Media de los parámetros clínicos entre momento de la evaluación y grupo de estudio.

## 6.2 Evaluación de la calidad de vida en relación a salud oral previo y posterior al tratamiento periodontal no quirúrgico.

El instrumento OHIP-14 consta de 14 preguntas, las cuales poseen 7 dimensiones con dos preguntas cada una: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía, cada pregunta se encontraba en una escala de likert (con opción de respuesta de 0 a 4), por lo que el valor mínimo encontrado por dimensión podría ser 0 y el valor máximo 8, y el resultado máximo de el instrumento corresponde a 56. En la tabla VI y VII podemos ver los resultados de media por dimensión en cada uno de los grupos del instrumento OHIP-14.

En cuanto a la limitación funcional donde las preguntas son: ¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? y ¿ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?, se encontró una media de  $2.00 \pm 1.03$  al inicio del tratamiento y al final una media de  $0.85 \pm 0.67$ , a comparación del grupo control que se encontraba en una media inicial de  $1.80 \pm 1.18$  y posterior al tratamiento en  $0.90 \pm 0.84$ .

En cuanto a dolor físico donde las preguntas son: ¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca? y ¿ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?, se encontró una media inicial de  $2.55 \pm 1.12$  en el grupo de control y final de  $1.45 \pm 0.64$ , mientras que en el grupo experimental se encontró  $2.65 \pm 0.94$  inicial y  $1.05 \pm 0.80$  final.

En cuanto a malestar psicológico en donde las preguntas son: ¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? y ¿se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?, en el grupo control se encontró una media inicial de  $2.90 \pm 1.13$  y final de  $1.70 \pm 0.82$ , mientras que en el grupo experimental se obtuvo una media inicial de  $2.75 \pm 0.59$  y final de  $1.35 \pm 0.47$ .

En cuanto a discapacidad física donde las preguntas son: ¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? y ¿ha tenido usted que interrumpir su comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?, en el grupo control se obtuvo una media inicial de  $1.55 \pm 0.55$  y una final de  $0.85 \pm 0.67$ , mientras que en el grupo experimental se obtuvo una media inicial de  $1.55 \pm 0.55$  y final de  $0.85 \pm 0.67$ .

En la dimensión de discapacidad psicológica donde las preguntas son: ¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? y ¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?, el grupo control obtuvo una media inicial de  $2.35 \pm 0.88$  y una final de  $1.30 \pm 0.67$ , mientras que en el grupo experimental se obtuvo una media inicial de  $2.85 \pm 0.41$  y final de  $1.35 \pm 0.41$ .

En la dimensión de discapacidad social donde las preguntas son: ¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? y ¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?, en el grupo control obtuvo una media inicial de  $1.50 \pm 0.71$  y final de  $1.00 \pm 0.62$ , mientras que en el grupo experimental la media inicial fue de  $2.25 \pm 0.54$  y final de  $0.75 \pm 0.35$ .

En la dimensión de minusvalía donde las preguntas son: ¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? y ¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes,

boca o prótesis dentales?, en el grupo control se obtuvo una media inicial de  $1.45 \pm 0.64$  y final de  $0.75 \pm 0.35$ , mientras que en el grupo experimental la media inicial fue de  $1.85 \pm 0.75$  y final de  $0.55 \pm 0.50$ .

Y en cuanto a la media de manera global en todas las dimensiones del instrumento OHIP-14, se observó que el grupo control presentó inicialmente  $29.10 \pm 11.51$  y final  $16.20 \pm 8.28$ , mientras que en el grupo experimental se tuvo una media inicial de  $31.80 \pm 7.66$  y final de  $13.10 \pm 5.95$ .

Tabla VI. Prueba t para muestras relacionadas de calidad de vida en salud oral según grupo de estudio y momento de la evaluación

Variable	Momento	Grupo	Media	DE	Var	Prueba t	Valor p
Limitación funcional	Control	Inicial	1.80	1.18	1.40	4.07	0.003
		Final	0.90	0.84	0.71		
	Experimental	Inicial	2.00	1.03	1.06	6.27	0.000
		Final	0.85	0.67	0.45		
Dolor físico	Control	Inicial	2.55	1.12	1.25	5.28	0.001
		Final	1.45	0.64	0.41		
	Experimental	Inicial	2.65	0.94	0.89	9.80	0.000
		Final	1.05	0.80	0.64		
Malestar psicológico	Control	Inicial	2.90	1.13	1.27	6.00	0.000
		Final	1.70	0.82	0.68		
	Experimental	Inicial	2.75	0.59	0.35	21.00	0.000
		Final	1.35	0.47	0.23		
Discapacidad física	Control	Inicial	1.55	0.80	0.64	4.12	0.003
		Final	0.85	0.67	0.45		
	Experimental	Inicial	1.55	0.55	0.30	7.22	0.000
		Final	0.65	0.47	0.23		
Discapacidad psicológica	Control	Inicial	2.35	0.88	0.78	7.58	0.000
		Final	1.30	0.67	0.46		
	Experimental	Inicial	2.85	0.41	0.17	11.62	0.000
		Final	1.35	0.41	0.17		
Discapacidad social	Control	Inicial	1.50	0.71	0.50	3.87	0.004
		Final	1.00	0.62	0.39		
	Experimental	Inicial	2.25	0.54	0.29	10.06	0.000
		Final	0.75	0.35	0.13		
Minusvalía	Control	Inicial	1.45	0.64	0.41	6.33	0.000
		Final	0.75	0.63	0.40		
	Experimental	Inicial	1.85	0.75	0.56	9.75	0.000
		Final	0.55	0.50	0.25		
Global	Control	Inicial	29.10	11.51	132.54	7.49	0.000
		Final	16.20	8.28	68.62		
	Experimental	Inicial	31.80	7.66	58.62	18.10	0.000
		Final	13.10	5.95	35.43		

Tabla VII. Prueba t para muestras independientes de calidad de vida en salud oral, inicial y final del grupo experimental y grupo control

	Momento	Grupo	Media	DE	Var	Prueba t	Valor p
Limitación funcional	Inicial	Control	1.80	1.18	1.40	-0.40	0.6913
		Experimental	2.00	1.03	1.06		
	Final	Control	0.90	0.84	0.71	0.15	0.8848
		Experimental	0.85	0.67	0.45		
Dolor fisico	Inicial	Control	2.55	1.12	1.25	-0.22	0.8312
		Experimental	2.65	0.94	0.89		
	Final	Control	1.45	0.64	0.41	1.23	0.2329
		Experimental	1.05	0.80	0.64		
Malestar psicológico	Inicial	Control	2.90	1.13	1.27	0.37	0.7132
		Experimental	2.75	0.59	0.35		
	Final	Control	1.70	0.82	0.68	1.16	0.2593
		Experimental	1.35	0.47	0.23		
Discapacidad fisica	Inicial	Control	1.55	0.80	0.64	0.00	1.0000
		Experimental	1.55	0.55	0.30		
	Final	Control	0.85	0.67	0.45	0.77	0.4505
		Experimental	0.65	0.47	0.23		
Discapacidad psicológica	Inicial	Control	2.35	0.88	0.78	-1.62	0.1221
		Experimental	2.85	0.41	0.17		
	Final	Control	1.30	0.67	0.46	-0.20	0.8437
		Experimental	1.35	0.41	0.17		
Discapacidad social	Inicial	Control	1.50	0.71	0.50	-2.67	0.0158
		Experimental	2.25	0.54	0.29		
	Final	Control	1.00	0.62	0.39	1.10	0.2846
		Experimental	0.75	0.35	0.13		
Minusvalía	Inicial	Control	1.45	0.64	0.41	-1.28	0.2158
		Experimental	1.85	0.75	0.56		
	Final	Control	0.75	0.63	0.40	0.78	0.4430
		Experimental	0.55	0.50	0.25		
Global	Inicial	Control	29.10	11.51	132.54	-0.62	0.5446
		Experimental	31.80	7.66	58.62		
	Final	Control	16.20	8.28	68.62	0.96	0.3493
		Experimental	13.10	5.95	35.43		

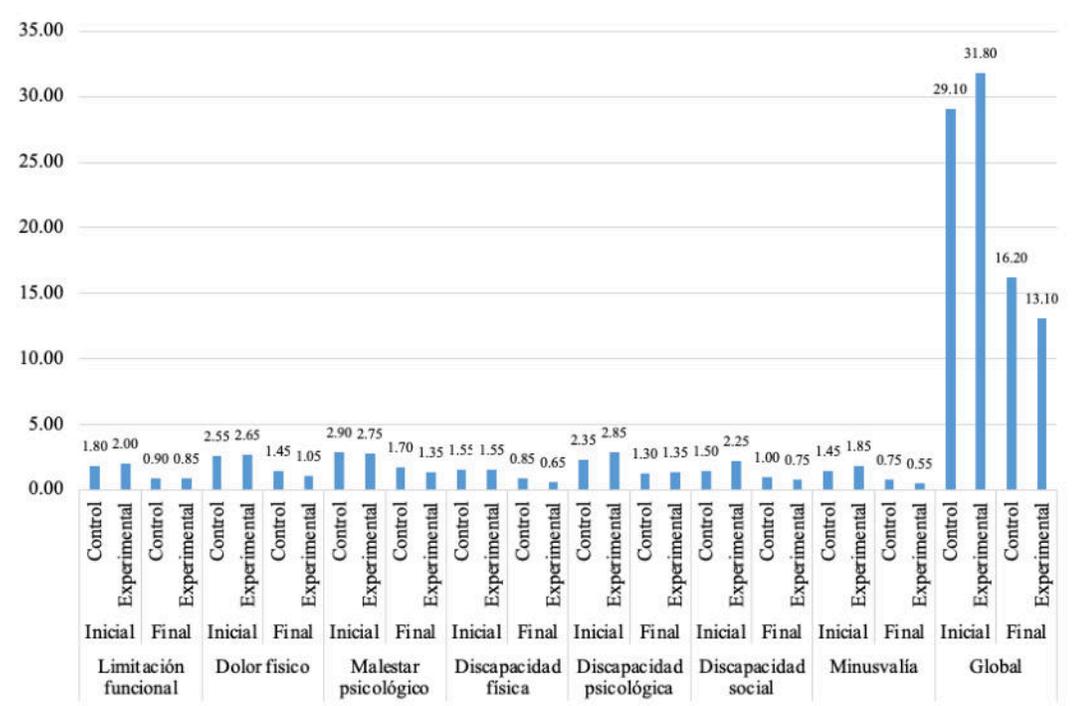


Figura III. Media de calidad de vida en salud oral entre momento de evaluación y grupo de estudio

## 7. DISCUSIÓN

En un estudio realizado por Gholami et al. (2022) en el que determinó los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con enfermedad periodontal después de realizarse terapia periodontal no quirúrgica convencional (por cuadrante), en 60 pacientes con diagnóstico de periodontitis de moderada a severa, se les aplicó el cuestionario OHIP-14 antes del tratamiento y un mes después del raspado y alisado radicular, se examinó también la relación con edad y el sexo de los pacientes y calidad de vida en salud oral resultando independiente de calidad de vida en salud oral. En comparación con el presente estudio, ambos tienen como objetivo evaluar la calidad de vida en salud oral después del tratamiento periodontal, aunque difieren en la modalidad del tratamiento empleado, mientras que Gholami et al, realizaron el estudio en pacientes con tratamiento periodontal no quirúrgico convencional, el presente estudio compara las modalidades de éste mismo y de raspado y alisado radicular de boca completa, en cuanto a los resultados, ambos estudios encontraron mejora en parámetros clínicos después del tratamiento, Gholami et al. encontraron que en cuanto a la profundidad de bolsa hubo una reducción significativa en el número de sitios que presentaban profundidades mayores a 5mm, , en el caso de este presente estudio hubo inicialmente  $2.93\pm 0.34\text{mm}$  y posterior al tratamiento de  $1.76\pm 0.30\text{mm}$  en el grupo experimental y el grupo control inicialmente tenía  $2.81\pm 0.37\text{mm}$  y posterior al tratamiento en  $1.73\pm 0.31\text{mm}$ , lo cual confirma la mejora de las bolsas periodontales profundas después del tratamiento periodontal no quirúrgico, ambos estudios resaltan la importancia del tratamiento para la mejora de la calidad de vida relacionada en salud oral en pacientes con periodontitis, sin embargo, el presente estudio sugiere que el raspado y alisado radicular de boca completa puede ser más efectivo en éste sentido, en comparación con la terapia periodontal no quirúrgica convencional.

En una revisión sistemática de Khan et al (2021) examinaron la efectividad del tratamiento periodontal no quirúrgico convencional en la mejora de los resultados de los pacientes, teniendo como uno de los parámetros la calidad de vida en salud oral, por otro lado, en el presente estudio se hace la comparación del tratamiento periodontal no quirúrgico convencional, con raspado y alisado radicular de boca completa y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con periodontitis, en este

estudio se incluyó una muestra de 20 pacientes donde se tomaron mediciones clínicas y el instrumento de evaluación OHIP-14. Tanto en el estudio de Khan et al. como en la presente investigación se destaca la importancia del tratamiento periodontal para mejorar la calidad de vida en relación a salud oral, sin embargo, la revisión sistemática sugiere que se necesitan más investigaciones para confirmar y ampliar estos hallazgos, así como para comprender mejor los factores que influyen en los resultados reportados. Once de los trece estudios informaron una mejora significativa en las puntuaciones del OHIP-14. Entre los participantes que se habían sometido a una terapia periodontal no quirúrgica, la discapacidad física, el malestar psicológico y la limitación funcional fueron los dominios que mejoraron significativamente después de la terapia periodontal no quirúrgica.

Existe una revisión sistemática y un metaanálisis del impacto de la periodontitis en la calidad de vida en salud oral realizada por Parnis et al. (2020) donde evaluaron la inflamación gingival, dolor, halitosis, sangrado y recesiones gingivales que afectan las dimensiones física, psicológica y social, donde tuvieron como resultados una disminución significativa en la calidad de vida de los pacientes con periodontitis comparado con los individuos sanos, al ser una revisión sistemática proporciona una visión más amplia basada en múltiples estudios, ambos coinciden que la periodontitis tienen un impacto negativo significativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral, afectando tanto aspectos físicos como psicológicos y sociales, en éste estudio se observó que el tratamiento de la enfermedad periodontal y el hecho de que el paciente alcance su salud periodontal resulta en una mejor calidad de vida similar a los resultados encontrados en el estudio de Parnis et al, en donde los pacientes sanos comparados con pacientes con periodontitis, tuvieron mejor calidad de vida.

El estudio de De la Hoz Perafan et al. (2022) habla del impacto de la severidad de la periodontitis en la calidad de vida relacionada con la salud oral evaluada mediante el instrumento OHIP-14 en 229 adultos, obteniendo como resultado que las dimensiones de discapacidad psicológica y malestar psicológico estuvieron afectadas de manera similar, independientemente de la severidad de la periodontitis. El presente estudio coincide en que los parámetros clínicos de profundidad de bolsa, nivel de inserción, índice de

sangrado, índice de placa presentes en los pacientes con periodontitis estadio II y III grado A, mejoraron posterior al tratamiento periodontal en relación a calidad de vida en salud oral, sin embargo el estudio de De la Hoz et al. al ser enfocado en la gravedad revela que la periodontitis moderada tiene un impacto peor en la calidad de vida comparado con la periodontitis leve y la severa, por lo cual, los autores sugieren que los pacientes con periodontitis severa ya están adaptados a su condición, mientras que los pacientes con periodontitis moderada todavía se encuentran en etapa de ajuste psicológico.

Vogt et al.(2023) realizaron un estudio retrospectivo en donde evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes sometidos a tratamiento periodontal 10 años después del procedimiento, se utilizó el instrumento OHIP-G49 y VAS para medir la percepción del dolor, a diferencia de esta investigación en donde se utilizó el OHIP-14. Vogt et al, demostraron que después de 10 años de terapia periodontal los pacientes mantuvieron su calidad de vida relacionada con la salud oral, llevando a cabo el cumplimiento del mantenimiento periodontal. En este estudio en el que los pacientes fueron reevaluados 4 semanas después del tratamiento periodontal no quirúrgico, se comprobó que los pacientes presentaron una mejor calidad de vida en salud oral comparado con los valores previos al tratamiento periodontal no quirúrgico, a quienes se les indicó continuar en su programa de mantenimiento periodontal. En el estudio de Vogt et al. mencionan algunos factores que afectan los resultados, como el fumar, el sangrado al sondaje y la pérdida de piezas, en esta investigación se excluyeron pacientes fumadores y destaca la efectividad del raspado y alisado radicular de boca completa, lo cual puede ser importante para decisiones de tratamiento a corto plazo.

Piedra Hernández et al. (2023) realizaron un estudio donde se investigó la ansiedad dental y la calidad de vida relacionada con la salud oral antes y después del tratamiento periodontal no quirúrgico convencional, utilizaron la escala de ansiedad dental de Corah modificada y el instrumento OHIP-14, en donde los resultados obtenidos fueron que los pacientes con periodontitis generalizada estadio III grado B, reportaron menos ansiedad después del tratamiento, obtuvieron como resultado también una disminución significativa en la profundidad de bolsas periodontales después del tratamiento

periodontal no quirúrgico convencional, hubo un aumento en el nivel de inserción clínica después del tratamiento lo que sugiere, al igual que el presente estudio, que los pacientes se tratan periodontalmente logran una mejoría en salud periodontal. En éste estudio se utilizó el OHIP-14, obteniendo como resultado que los síntomas de la enfermedad periodontal afectan la calidad de vida en salud oral en el aspecto físico, psicológico y social, se compararon 2 modalidades de tratamiento periodontal no quirúrgico, concluyendo que el raspado y alisado radicular de boca completa tiene mejores resultados en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes. Ambos estudios sugieren enfatizan en la atención del paciente, no sólo de los síntomas clínicos de la periodontitis, sino también al estado psicosocial y brindar una atención de manera integral y mantener los resultados a largo plazo.

## 8. CONCLUSIONES

En el presente estudio en donde se evaluó la calidad de vida en relación a salud oral posterior al tratamiento periodontal no quirúrgico se concluye que en el grupo experimental se observó que tanto el índice de placa, como el de sangrado fueron menores que en el grupo control tratado este último de manera convencional con 2 citas por semana, y se concluye que con raspado y alisado radicular de boca completa se obtiene un mejor control de placa dentobacteriana. Ambos grupos mostraron disminución en la profundidad de bolsa y ganancia en el nivel de inserción. Además, se observó durante el tratamiento mayor interés y cooperación por parte del paciente, y como resultado del tratamiento, la eliminación de la sintomatología como el sangrado, inflamación, halitosis, que presentaban previo al tratamiento.

Dolor físico, discapacidad física y discapacidad social fueron los dominios del instrumento en los que se encontró mayor diferencia en los resultados de ambos grupos, siendo el grupo experimental el que presentó más cambio positivo.

Además, al momento de asignar al paciente a cada grupo de estudio, surgió la duda de saber si el procedimiento de raspado y alisado radicular de boca completa tendría un postoperatorio más doloroso, comparado con el método de terapia periodontal no quirúrgica convencional, por lo que se les explicó que podrían tener mayor beneficio debido a la eliminación del factor local en las siguientes 24 horas -placa dentobacteriana y tártaro dental, debido a esto, se observó que los pacientes se motivaron y cooperaron siguiendo las indicaciones de higiene diaria mediante técnica de cepillado y uso de hilo dental.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se comprueba la hipótesis de investigación, donde los pacientes sometidos a tratamiento periodontal de boca completa obtienen mayor calidad de vida en relación a salud oral, en comparación con el tratamiento periodontal no quirúrgico convencional.

## 9. LITERATURA CITADA

- Abdelbary, M. M. H., Schittenhelm, F., Yekta-Michael, S. S., Reichert, S., Schulz, S., Kasaj, A., Braun, A., Conrads, G., & Stein, J. M. (2022). Impact of Three Nonsurgical, Full-Mouth Periodontal Treatments on Total Bacterial Load and Selected Pathobionts. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*, *11*(5), 686.
- Albandar, J. M., Susin, C., & Hughes, F. J. (2018). Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *Journal of Clinical Periodontology*, *45*, S171-S189.
- Antoniazzi, R. P., Fischer, L. de S., Balbinot, C. E. A., Antoniazzi, S. P., & Skupien, J. A. (2017). Impact of excessive gingival display on oral health-related quality of life in a Southern Brazilian young population. *Journal of Clinical Periodontology*, *44*(10),
- Araújo D,G,BE,MJ,CR. Impact of periodontal disease on quality of life. Quintessence International. 2010; 41(6): p. 526.
- Artigas, Rolando Sánchez, et al. "Risk factors of periodontal disease." *Correo Científico Médico de Holguín* 25.1 (2021).
- Apatzidou, D. A., & Kinane, D. F. (2004). Quadrant root planing versus same-day full-mouth root planing. *Journal of clinical periodontology*, *31*(3), 152–159.
- Arora, A., Kumbargere Nagraj, S., Khattri, S., Ismail, N. M., & Eachempati, P. (2022). School dental screening programmes for oral health. *The Cochrane database of systematic reviews*, *7*(7), CD012595
- Barteczko I, Eberhard J. Full-mouth disinfection vs. scaling and root planing for the treatment of periodontitis: a review of the current literature. *Perio*. 2004; 1 (2): 171-179.
- Bujaldón, A. (2020). UNIDOS POR LA CIENCIA Y POR LA SALUD. *Revista Científica de la Sociedad Española de Periodoncia*, *II*(VI), 156.
- Chen, C.-S., Lee, S.-S., Yu, H.-C., Huang, F.-M., & Chang, Y.-C. (2015). Effects of nicotine on cell growth, migration, and production of inflammatory cytokines and reactive oxygen species by cementoblasts. *Journal of Dental Sciences*, *10*(2), 154-160.
- Cohen RE, Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Position paper: periodontal maintenance. *Journal of Clinical Periodontology*. 2003 Sep;74(9):1395–401.
- Craddock, H. L. (2009). Consequences of Tooth Loss: 1. The Patient Perspective – Aesthetic and Functional Implications. *Dental Update*, *36*(10), 616-619.
- Cunha-Cruz, J., Hujoel, P. P., & Kressin, N. R. (2007). Oral health-related quality of life of periodontal patients. *Journal of Periodontal Research*, *42*(2), 169-176.
- Curtis, M., Diaz, P., & Van-Dyke, T. (2020). The role of the microbiota in periodontal disease. *Periodontology 2000*, *83*(1), 14-25.
- Fang, H., Han, M., Li, Q. L., Cao, C. Y., Xia, R., & Zhang, Z. H. (2016). Comparison of full-mouth disinfection and quadrant-wise scaling in the treatment of adult chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Periodontal Research*, *51*(4), 417–430.
- Férez, J. J. (2005). Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. *Revista ADM*, *4*.

- Ghuman, M. S. (2019). Non-Surgical Periodontal Therapy—Evidence and Opinion. *Primary Dental Journal*, 8(4), 28-33.
- Gholami L, Hedayati Panah M, Farhadian M, Pourjebreil M, Hemmatian S. The effect of non-surgical periodontal treatment on the quality of life of patients with moderate to severe periodontitis. *Avicenna J Dent Res*. 2022; 14(3):120-124.
- He, S., Wang, J., Wei, S., & Ji, P. (2017). Development and validation of a condition-specific measure for chronic periodontitis: Oral health impact profile for chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 44(6), 591-600.
- Herrera, D., Figuero, E., Shapira, L., Jin, L., & Sanz, M. (2018). *LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y PERIIMPLANTARIAS*. 18.
- Hescot, P. (2017). The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. *Chinese Journal of Dental Research*, 20(4), 189-192.
- Jiang, Hong, et al. "Prevalence and risk factors of periodontal disease among pre-conception Chinese women." *Reproductive health* 13.1 (2016): 1-8.
- Khan, S., Khalid, T., Bettiol, S., & Crocombe, L. A. (2021). Non-surgical periodontal therapy effectively improves patient-reported outcomes: A systematic review. *International Journal of Dental Hygiene*, 19(1), 18-28.
- Lang, N. P., & Bartold, P. M. (2018). Periodontal health. *Journal of Periodontology*, 89, S9-S16.
- Liccardo, Daniela, et al. "Periodontal disease: a risk factor for diabetes and cardiovascular disease." *International journal of molecular sciences* 20.6 (2019): 1414.
- Makkar, H., Reynolds, M. A., Wadhawan, A., Dagdag, A., Merchant, A. T., & Postolache, T. T. (2018). Periodontal, metabolic, and cardiovascular disease: Exploring the role of inflammation and mental health. *Pteridines*, 29(1), 124-163.
- Maloney, W. J., & Weinberg, M. A. (2008). Implementation of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System in Periodontal Practice. *Journal of Periodontology*, 79(7), 1124-1126.
- McGuire MK, Wilson TG, Kornman KS, et. al. Mild chronic adult periodontitis: Clinical applications. In: eds. *Advances in Periodontics*, 1st ed. Chicago: Quintessence; 1992: 130-142.
- Mendes, J. J., Viana, J., Cruz, F., Garrido, L., Jessen, I., Rodrigues, J., Proença, L., Delgado, A. S., Machado, V., & Botelho, J. (2022). Radiographically screened periodontitis is associated with deteriorated oral-health quality of life: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(6), e0269934.
- Mendez, M., Angst, P. D. M., Oppermann, R. V., Velden, U., & Gomes, S. C. (2021). Oral health-related quality of life during supportive periodontal therapy: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology*, 48(8), 1103-1110.
- Mombelli A, Lehmann B, Tonetti M, Lang N. Clinical response to local delivery of tetracycline in relation to onestage, full-mouth disinfection overall and local periodontal conditions. *J Clin Periodontol*. 1997; 24 (7): 470-477.
- Nazir, Muhammad Ashraf. "Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention." *International journal of health sciences* 11.2 (2017): 72.
- Needleman, I., McGrath, C., Floyd, P., & Biddle, A. (2004). Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of Clinical Periodontology*, 31(6), 454-

457.

- On behalf of the British Society of Periodontology, Dietrich, T., Ower, P., Tank, M., West, N. X., Walter, C., Needleman, I., Hughes, F. J., Wadia, R., Milward, M. R., Hodge, P. J., & Chapple, I. L. C. (2019). Periodontal diagnosis in the context of the 2017 classification system of periodontal diseases and conditions – implementation in clinical practice. *British Dental Journal*, 226(1), 16-22.
- Paśnik-Chwalik, B., & Konopka, T. (2020). Impact of periodontitis on the Oral Health Impact Profile: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Periodontology*.
- Piedra-Hernández, L., Batista-Cárdenas, D., Gómez-Fernández, A., & Ramírez, K. (2023). Dental anxiety and oral health-related quality of life before and after non-surgical periodontal treatment. *Clinical oral investigations*, 27(9), 5459–5474.
- Quirynen, M., Mongardini, C., De Soete, M., Pauwels, M., Coucke, W., Van Eldere, J., & Van Steenberghe, D. (2000). The rôle of chlorhexidine in the one-stage full-mouth disinfection treatment of patients with advanced adult periodontitis: Long-term clinical and microbiological observations. *Journal of Clinical Periodontology*, 27(8), 578-589.
- Radafshar, Golpar, and Marziyeh Movahedi Amiri. "Impact of One-Stage Full Mouth Disinfection and Periodontal Surgery on Oral Health-Related Quality of Life." *Journal of Dentistry* 20.4 (2019): 276.
- Ramfjord, Sigurd. "A rational plan for periodontal therapy." *The Journal of Periodontology* 24.(2) (1953): 88-94.
- Reisine ST. The effects of pain and oral health on the quality of life. *Community Dent Health*. 1988 Mar;5(1):63-8. PMID: 3285973.
- Renata De La Hoz Perafan, Camilo Romo Pérez, María Fernanda Fragozo Montesino. (2023). Effect of severity of periodontitis on oral health-related quality of life. *Journal of Periodontology*.
- Rodríguez, Norma Idalia, and José Moral. "Adaptation and content validity by expert judgment of the Oral Health Impact Profile applied to Periodontal Disease." *Journal of Oral Research* 6.4 (2017): 92-96.
- Sánchez AR, Sánchez SRJ, Sigcho RCR, et al. Risk factors of periodontal disease. *Correo Científico Médico*. 2021;25(1).
- Schiott CR, Briner WW, Loe H. Two year oral use of chlorhexidine in man. II. The effect on the salivary bacterial flora. *J Periodontal Res*. 1976; 11 (3): 145-152.
- Shick RA. Maintenance Phase of Periodontal Therapy. *J Periodontol*. 1981 Sep 1;52(9):576–83.
- Sheiham, A., Alexander, D., Cohen, L., Marinho, V., Moysés, S., Petersen, P. E., Spencer, J., Watt, R. G., & Weyant, R. (2011). Global Oral Health Inequalities: Task Group—Implementation and Delivery of Oral Health Strategies. *Advances in Dental Research*, 23(2), 259-267.
- Schwartzmann, Laura. "Health-related quality of life: Conceptual aspects." *Cienc enferm* 2 (2003): 9-21.
- Sischo, L. (2012). Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *British Dental Journal*, 212(2), 83-83.
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-290.
- Slade, Gary D., and A. John Spencer. "Development and evaluation of the oral health impact profile." *Community dental health* 11.1 (1994): 3-11.

- Sonnenschein, S. K., Ziegler, P., Ciardo, A., Ruetters, M., Krisam, J., & Kim, T. (2021). The impact of splinting mobile mandibular incisors on Oral Health-Related Quality of Life—Preliminary observations from a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology*, *48*(6), 816-825.
- Stein, J. M., Yekta-Michael, S. S., Schittenhelm, F., Reichert, S., Kupietz, D., Dommisch, H., Kasaj, A., Wied, S., Vela, O. C., & Stratul, S. I. (2021). Comparison of three full-mouth concepts for the non-surgical treatment of stage III and IV periodontitis: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Periodontology*, *48*(12), 1516–1527.
- Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2018a). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Clinical Periodontology*, *45*, S149-S161.
- Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2018b). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Periodontology*, *89*, S159-S172.
- Tonetti, M. S., Jepsen, S., Jin, L., & Otomo-Corgel, J. (2017a). Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *Journal of Clinical Periodontology*, *44*(5), 456-462.
- Tonetti, M. S., Jepsen, S., Jin, L., & Otomo-Corgel, J. (2017b). Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *Journal of Clinical Periodontology*, *44*(5), 456-462.
- Ustaoğlu, G., Göller Bulut, D., Gümüş, K. Ç., & Ankarali, H. (2019). Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP-14 and SF-36 questionnaires: A cross-sectional study. *International Journal of Dental Hygiene*, *17*(4), 343-349.
- Utsman-Abarca R, PGM, RBL. Use of the spanish version of oral health impact profile-14 to evaluate the impact of dental treatment on oral health-related quality of life among costa ricans. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2016; *12*(2): p. 24-29.
- Velázquez-Olmedo, L. B., Ortíz-Barrios, L. B., Cervantes-Velazquez, A., Cárdenas-Bahena, Á., García-Peña, C., & Sánchez-García, S. (2014). con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, *9*.
- Velarde-Jurado, Elizabeth, and Carlos Avila-Figueroa. "Evaluación de la calidad de vida." *Salud pública de México* *44.4* (2002): 349-361.
- Vogt, L., Pretzl, B., Eickholz, P., Ramich, T., Nickles, K., & Petsos, H. (2023). Oral health-related quality of life and patient-reported outcome measures after 10 years of supportive periodontal care. *Clinical oral investigations*, *27*(6), 2851–2864.
- Waerhaug J. Healing of the dento-epithelial junction following subgingival plaque control. I. As observed in human biopsy material. *J Periodontol*. 1978; *49*(1):1-8. Stuart L. Segelnick and Mea A. Weinberg. Reevaluation of Initial Therapy: When Is the Appropriate Time? *Journal of Periodontology* 2006; *77* (9): 1598-1601

## ANEXOS

### ANEXO I



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**Consentimiento informado**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Investigador Principal:**

Nombre.- Karla Lizeth Vargas Solórzano

**Instituciones participantes:**

- Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Odontología Posgrado de Periodoncia e Implantología

Éste consentimiento informado se dirige a pacientes que son atendidos en Posgrado de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología de la UANL a quienes se les invita a participar en la investigación titulada: " Calidad de vida en relación a la salud oral posterior al tratamiento periodontal no quirúrgico convencional comparado con raspado y alisado radicular de boca completa ".

Soy Karla Lizeth Vargas Solórzano, residente del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UANL y estamos investigando sobre la calidad de vida en salud oral en pacientes con periodontitis después de realizarse tratamiento periodontal no quirúrgico. Le voy a dar información e invitarlo a participar en esta investigación. Su participación es voluntaria, y puede preguntar en cualquier momento si hay algo que no esté claro para volver a explicarlo.

La justificación de la investigación es aportar información sobre el estudio de la periodontitis para complementar los indicadores clínicos como parte de la salud oral. La información que se obtenga al aplicar instrumentos de evaluación de autorreporte, será de utilidad para mejorar la atención integral del paciente.

El objetivo de la investigación es evaluar la calidad de vida en salud oral del paciente posterior al tratamiento periodontal no quirúrgico convencional comparado con los pacientes tratados mediante raspado y alisado radicular de boca completa.

Los procedimientos que se llevarán a cabo durante su participación incluyen la aplicación de un cuestionario, el cual mide la relación existente entre la percepción que tienen al realizar las actividades diarias, y la manera en que repercuten los problemas de la cavidad oral.

Al participar en esta investigación, los riesgos esperados son mínimos por tratarse de procedimientos diagnósticos.

Los participantes recibirán como beneficio resultados de su cuestionario y una revisión clínica general.

Además, podrá recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la presente investigación.

Para cualquier información durante el proceso de firma del consentimiento informado o después, favor de comunicarse con Karla Lizeth Vargas Solórzano Tel.- 8183294250

Posgrado de Periodoncia, Facultad de Odontología, UANL.

Cuenta usted con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en este estudio si usted así lo decidiera.

Se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y la seguridad de que no será identificado mediante los datos obtenidos, así como el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio. El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación, se compartirá con usted, antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Este consentimiento informado mediante el cual usted autorizará su participación en la investigación, ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la misma y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto de investigación

Nombre y firma de testigo \_\_\_\_\_

Relación con el sujeto de investigación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo \_\_\_\_\_

Relación con el sujeto de investigación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**ANEXO II**  
Índice de Placa de O'Leary

<b>Índice de O'Leary</b>										<b>%</b>		<b>Fecha:</b> / /			
<b>Índice primera consulta</b>															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Índice Alta</b>										<b>%</b>		<b>Fecha:</b> / /			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8



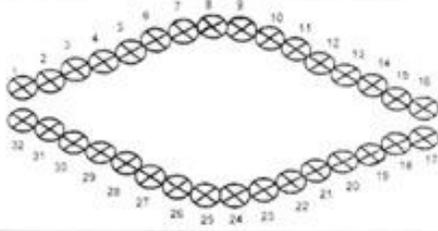
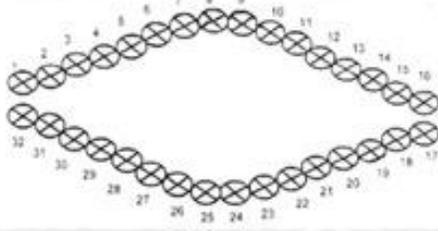
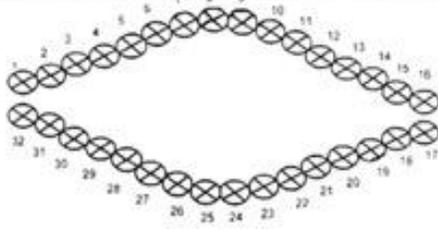
## ANEXO IV

### INDICE DE SANGRADO GINGIVAL LINDHF (IG-S), 1983 MODIFICADO DE AINAMO Y BAY (GBI-S), 1975

Se pasa la sonda periodontal a través de la zona crevicular de cada uno de los dientes y se va anotando en sus unidades gingivales si sangra o no (calificación dicotómica), rellenando el espacio en caso afirmativo bien pintándolo, bien con un sí/no o bien con +/- según el diseño de la ficha. Se debe esperar entre 15 y 30 seg. para su lectura. Debido a que se exploran más de 100 puntos de medida, éste índice sólo se usa en exploraciones individuales.

Tabulación de los datos Se calcula el % de las superficies sangrantes en la boca

$$GBI-s, IG-s = \frac{\text{N}^\circ \text{ de puntos sangrantes en boca}}{\text{N}^\circ \text{ total de superficies exploradas (Max. 128)}} \times 100$$

	<b>1ª MEDICIÓN: INICIAL</b>	
	FECHA	
	NUMERO PUNTOS SANGRANTES	TOTAL
	X 100	
	NUMERO SUPERFICES TOTALES	
	<b>2ª MEDICIÓN: REEVALUACIÓN</b>	
	FECHA	
	NUMERO PUNTOS SANGRANTES	TOTAL
	X 100	
	NUMERO SUPERFICES TOTALES	
	<b>3ª MEDICIÓN: ALTA PERIODONTAL</b>	
	FECHA	
	NUMERO PUNTOS SANGRANTES	TOTAL
	X 100	
	NUMERO SUPERFICES TOTALES	

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
POSGRADO DE PERIODONCIA**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Perfil de Impacto de Salud Oral OHIP-14 (Slade & Spencer, 1994; Slade, 1997).

¿Qué tan frecuente ha tenido usted los siguientes problemas en relación a su salud bucal durante EL ÚLTIMO AÑO?

Por favor, lea con atención y anote la respuesta que usted elija.

<p>1.- ¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p> <p>2.- ¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p>	<p>0 = Nunca</p> <p>1 = Casi nunca</p> <p>2 = Ocasionalmente</p> <p>3 = Frecuentemente</p> <p>4 = Muy Frecuentemente</p>
<p>3.- ¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca? _____</p> <p>4.- ¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? _____</p>	<p>0 = Nunca</p> <p>1 = Casi nunca</p> <p>2 = Ocasionalmente</p> <p>3 = Frecuentemente</p> <p>4 = Muy Frecuentemente</p>
<p>5.- ¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? _____</p> <p>6.- ¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p>	<p>0 = Nunca</p> <p>1 = Casi nunca</p> <p>2 = Ocasionalmente</p> <p>3 = Frecuentemente</p> <p>4 = Muy Frecuentemente</p>

<p>7.- ¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p> <p>8.- ¿Ha tenido usted que interrumpir su comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p>	<p>0 = Nunca</p> <p>1 = Casi nunca</p> <p>2 = Ocasionalmente</p> <p>3 = Frecuentemente</p> <p>4 = Muy Frecuentemente</p>
<p>9.- ¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? _____</p> <p>10.- ¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p>	<p>0 = Nunca</p> <p>1 = Casi nunca</p> <p>2 = Ocasionalmente</p> <p>3 = Frecuentemente</p> <p>4 = Muy Frecuentemente</p>
<p>11.- ¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p> <p>12.- ¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p>	<p>0 = Nunca</p> <p>1 = Casi nunca</p> <p>2 = Ocasionalmente</p> <p>3 = Frecuentemente</p> <p>4 = Muy Frecuentemente</p>
<p>13.- ¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p> <p>14.- ¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales? _____</p>	<p>0 = Nunca</p> <p>1 = Casi nunca</p> <p>2 = Ocasionalmente</p> <p>3 = Frecuentemente</p> <p>4 = Muy Frecuentemente</p>

PUNTUACIÓN TOTAL \_\_\_\_\_

## **RESUMEN BIOGRÁFICO**

Karla Lizeth Vargas Solórzano

Candidato para el Grado de Maestría en Ciencias con Especialidad en Periodoncia e Implantología Oral

Tesis: CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A SALUD ORAL POSTERIOR AL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO CONVENCIONAL COMPARADO CON RASPADO Y ALISADO RADICULAR DE BOCA COMPLETA

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Datos Personales: Nacida en Irapuato Guanajuato el 13 de Noviembre de 1997.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano Dentista en 2021.