



Universidad Popular Autónoma
del Estado de Puebla

Decanato de Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

Especialidad en Periodoncia

TESIS

**“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
AGRANDAMIENTO GINGIVAL Y PACIENTES CON
RECESIONES GINGIVALES”**

Que para obtener el grado de:
ESPECIALISTA EN PERIODONCIA

Presenta

Ariana García Juárez

Director

Carolina Rivadeneyra Burgos

Co-director

Verónica Anuette Mayoral García

Puebla, Pue. Noviembre 2022



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Emilio José Baños Ardavín

Rector

Dr. Mariano Sánchez Cuevas

Vicerrector Académico

Mtro. Eugenio Urrutia Albisua

Vicerrector de Posgrados e Investigación

Mtro. Alejandro Javier Ibarra Guajardo

Decano de Ciencias de la Salud

Mtro. Gabriel Hornedo Guillén

Director Académico de la Facultad de Odontología

E. P. Yadira Thereza Pacheco Paredes

Directora Académica del Programa de Periodoncia

CARTA DE ACEPTACIÓN



Puebla, Puebla 24/11/2022

Por medio de la presente, SE HACE CONSTAR que la estudiante Ariana García Juárez con ID. 3441061 y con matrícula 12400052; ha culminado la tesis, la cual fue revisada y se hicieron las correcciones pertinentes. Dicho trabajo de investigación lleva por título:

**“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
AGRANDAMIENTO GINGIVAL Y PACIENTES CON RECESIONES
GINGIVALES”**

Por lo que se aprueba y se considera que el extenso reúne los requisitos y la estructura académica necesaria para ser presentado y sustentado en el examen profesional correspondiente.

Sin otro particular por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración o comentario.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'CARB'.

E.P Carolina Rivadeneyra
Burgos

Directora de tesis

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Verónica Anuette Mayoral García'.

M.C Verónica Anuette Mayoral
García

Co-directora de tesis

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la oportunidad de crecer profesionalmente, por acompañarme y guiarme a lo largo de este camino. Por permitirme cumplir un sueño más, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo, felicidad.

A mis padres, por apoyarme en cada paso, por los valores que me han inculcado, por haberme enseñado que nunca se termina de aprender, por ser amantes de la odontología y unos fanáticos de la educación continua. Gracias por ser mis mejores maestros.

A mi hermano, que siempre me ha motivado a ser mejor, siempre serás mi ejemplo por seguir y el mejor mentor que la vida pudo darme.

A Ramón, por el apoyo incondicional desde el propedéutico para entrar a la especialidad, por siempre creer en mí, por ayudarme y motivarme para no rendirme en los días de estrés y desvelos, ¡Gracias por tanto amor!

A la Dra. Carolina, por siempre creer en mí y apoyarme en cada paso, por la motivación para crecer en el ámbito profesional y personal.

A la Dra. Verónica, por creer en mí, por la motivación en cada proyecto, por las horas de desvelo y por la capacidad para alentar a los alumnos a siempre dar un poco más.

Infinitas gracias a mis docentes (Dra. Yadira, Dr. Daniel, Dr. Flores, Dra. Cindy, Dra. Coral, Dr. Andrade y Dr. Rosete) por el apoyo en cada caso, cada cirugía y por no dejar que me rindiera al realizar algún procedimiento complejo.

A mis amigos por el apoyo incondicional, por las noches de desvelos y preocupaciones, por los momentos de relax, los llevo en mi corazón y siempre estaré agradecida por haber compartido casi 3 años con ustedes.

ÍNDICE

DIRECTORIO INSTITUCIONAL	I
CARTA DE ACEPTACIÓN	II
AGRADECIMIENTOS	III
LISTA DE ABREVIATURAS	VI
LISTA DE CUADROS	VII
LISTA DE ESQUEMAS	VII
LISTA DE GRÁFICAS	VII
RESUMEN	VIII
Abstract	IX
1. INTRODUCCIÓN	- 1 -
2. ANTECEDENTES GENERALES	- 2 -
2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ENCÍA EN SALUD	- 2 -
2.2 AGRANDAMIENTO GINGIVAL (AG)	- 3 -
2.2.1 Etiología del agrandamiento gingival	- 3 -
2.2.2 Fisiopatología del agrandamiento gingival	- 3 -
2.1.3 Prevalencia de agrandamiento gingival	- 5 -
2.3 RECESIONES GINGIVALES (RG)	- 6 -
2.3.1 Etiología de las recesiones gingivales	- 6 -
2.3.2 Fisiopatología de las recesiones gingivales	- 8 -
2.3.3 Prevalencia de recesiones gingivales	- 9 -
2.4 CALIDAD DE VIDA	- 9 -
2.4.1 Salud	- 11 -
2.4.2 Medición de Calidad de Vida	- 13 -
2..4.3 Instrumentos para medir calidad de vida	- 14 -
3. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	- 15 -
3.1 Calidad de vida y salud bucal	- 15 -
3.1.1 Impacto del agrandamiento gingival en la calidad de vida	- 18 -
3.1.2 Impacto de las recesiones gingivales en la calidad de vida	- 19 -
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 20 -
5. JUSTIFICACIÓN	- 21 -
6. OBJETIVOS	- 22 -
6.1 Objetivo general	- 22 -

6.2	Objetivos específicos	- 22 -
7.	MATERIALES Y MÉTODO	- 22 -
7.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	- 22 -
7.1.2	Población y Muestra:	- 23 -
7.1.2	Tipo de muestra:	- 23 -
7.2	CRITERIOS DE SELECCIÓN	- 23 -
7.2.1	Criterios de Inclusión	- 23 -
7.2.2	Criterios de Exclusión	- 23 -
7.2.3	Criterios de Eliminación	- 23 -
7.3	CUADRO DE VARIABLES	- 24 -
7.4	PROCEDIMIENTO	- 25 -
7.5	FLUJOGRAMA	- 26 -
7.6	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	- 27 -
8.	ASPECTOS ÉTICOS	- 27 -
9.	RESULTADOS	- 28 -
10.	DISCUSIÓN	- 34 -
11.	CONCLUSIÓN	- 36 -
12.	REFERENCIAS	- 37 -
13.	ANEXOS	- 43 -
	ANEXO 1	- 43 -
	ANEXO 2	- 44 -
	ANEXO 3	- 45 -

LISTA DE ABREVIATURAS

Unión cemento esmalte: UCE

Línea estética gingival: GAL

Agrandamiento gingival: AG

Recesión gingival: RG

Organización Mundial de la Salud: OMS

Calidad de Vida: CV

Organización de las Naciones Unidas: ONU

World Health Organization Quality of Life Questionnaire: WHOQOL

Perfil de Impacto de Salud Oral: OHIP

Smile Perception Impact Related Quality of Life: SPIRQoL

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 Características sociodemográficas	29
Cuadro 2 Enfermedades y medicamentos	30
Cuadro 3 Condición gingival y edad	31
Cuadro 4 Puntuación total SPIRQoL y condición gingival	32
Cuadro 5 Calidad de vida por dominios y final	34
Cuadro 6 Calidad de vida y enfermedades	35

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 Condiciones gingivales	30
----------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Condición gingival y sexo	31
Gráfica 2 Dominio de autoestima y condición gingival	32
Gráfica 3 Dominio función física y condición gingival	33
Gráfica 4 Dominio de impacto social y condición gingival	33

RESUMEN

La salud bucal y la autopercepción de la sonrisa pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida y afectar sus actividades diarias, autoestima, función física y su ámbito social. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida con el instrumento Smile Perception Impact Quality of life (SPIRQoL) en pacientes que presentan agrandamiento y recesiones gingivales en la clínica de periodoncia de UPAEP. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal; se llevó a cabo en pacientes que acuden a la clínica de periodoncia UPAEP, que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio. Se analizó si los pacientes se encontraban sanos o si presentaban agrandamiento o recesiones gingivales. Se evaluó la calidad de vida mediante el SPIRQoL, donde el mayor puntaje significa una peor calidad de vida. Se realizó un análisis con el programa SPSS v.25. **Resultados:** Se evaluaron 55 pacientes, la participación por sexo fue similar, con una media de edad de 47.2 años, la mayoría casados. Se observó una prevalencia de 72.7% de recesiones gingivales, los pacientes con agrandamiento y recesiones obtuvieron puntajes superiores a los de pacientes sanos, el dominio de autoestima fue el que mostró más diferencias en cuanto a puntuación. **Discusión:** Los pacientes que no presentan recesiones ni agrandamiento obtuvieron puntuaciones más bajas, dichos resultados coinciden con lo reportado por Wagner, quién concluyó que las recesiones gingivales tienen un impacto negativo en la calidad de vida. **Conclusiones:** Se determinó que la mayoría de los pacientes poseen una calidad de vida alta, sin embargo, en el dominio de autoestima se hizo evidente que las condiciones gingivales tienen un impacto negativo. El presente estudio puede contribuir en el diagnóstico, planificación e implementación de terapias correctivas, en función a los deseos de los pacientes. **Palabras clave:** Calidad de vida, recesiones gingivales, agrandamiento gingival.

Abstract

Oral health and the self-perception of smiling can have a negative impact on the quality of life and affect their daily activities, self-esteem, physical function, and their social environment. **Objective:** To evaluate the quality of life with the Smile Perception Impact Quality of life (SPIRQoL) instrument in patients presenting gingival enlargement and recession at the UPAEP periodontics clinic. **Materials and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study; It was carried out in patients who attend the UPAEP periodontics clinic, who met the selection criteria and agreed to participate in the study. It was analyzed if the patients were healthy or if they presented gingival enlargement or recession. Quality of life was assessed using the SPIRQoL, where the higher score means a worse quality of life. An analysis was performed with the SPSS v.25 program. **Results:** 55 patients were evaluated, participation by sex was similar, with a mean age of 47.2 years, most of them married. A 72.7% prevalence of gingival recessions was observed, patients with enlargement and recessions obtained higher scores than healthy patients, the self-esteem domain was the one that showed the most differences in terms of score. **Discussion:** Patients who do not present recessions or enlargement obtained lower scores, these results coincide with what was reported by Wagner, who concluded that gingival recessions have a negative impact on quality of life. **Conclusions:** It was determined that most of the patients have a high quality of life, however, in the domain of self-esteem it became evident that gingival conditions have a negative impact. The present study can contribute to the diagnosis, planning and implementation of corrective therapies, depending on the wishes of the patients.

Key words: Quality of life, gingival recessions, gingival enlargement.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida ha evolucionado a lo largo de la historia y se ha determinado que está relacionada con diferentes aspectos en la vida diaria de los seres humanos, la salud bucal se ha considerado de suma importancia con respecto a la calidad de vida. Diversas enfermedades bucales pueden tener como consecuencia que las personas se sientan insatisfechas o se vean limitadas al realizar algunas actividades. Principalmente se ha considerado a la sonrisa como un aspecto estético, que puede afectar las relaciones interpersonales, la autoestima y la salud mental; además puede tener un impacto negativo en la vida diaria de las personas. La sonrisa en muchas de las ocasiones depende de las condiciones gingivales, ya que pueden modificar la forma y tamaño de los dientes.

Entre las condiciones gingivales que más pueden impactar, encontramos el agrandamiento y las recesiones gingivales.

Actualmente se ha estudiado individualmente el impacto de las condiciones gingivales en la calidad de vida, pero existe poca evidencia que reporte la calidad de vida en pacientes con agrandamiento y con recesiones gingivales; en ese sentido, el presente trabajo de investigación se llevó a cabo con la finalidad de conocer el impacto del agrandamiento y las recesiones gingivales en la calidad de vida de los pacientes que acuden a la clínica del posgrado de Periodoncia de UPAEP.

2. ANTECEDENTES GENERALES

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ENCÍA EN SALUD

Lindhe y cols. describieron la encía como la parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes. Está compuesta por una capa epitelial y tejido conectivo subyacente denominado lámina propia. En condiciones de salud es de color rosa coralino, naturalmente está pigmentada y presenta puntilleo, termina en el margen gingival libre que tiene contornos festoneados, dicha forma y textura la adquiere cuando erupcionan los órganos dentarios permanentes. El margen gingival debe tener terminación el filo de cuchillo y estar libre de inflamación, éste debe ubicarse sobre la superficie del esmalte, entre 1.5 y 2mm en sentido coronal a la unión cemento esmalte (UCE). En sentido apical, la encía continúa con la mucosa alveolar (mucosa de revestimiento) laxa y de color rojo oscuro, de la cual está separada por una línea demarcatoria por lo general fácilmente reconocible, llamada línea mucogingival. ⁽¹⁾

Algunos autores definen la existencia de la línea estética gingival (GAL) como una línea que conecta los vértices del festoneado gingival y de acuerdo con algunos estudios, los incisivos centrales pueden brindar estabilidad y equilibrio, mientras que los incisivos laterales brindan encanto y los caninos aportan fuerza, en conjunto juegan un papel importante en la estética facial. Se ha determinado que los caninos y los incisivos centrales deben tener la misma longitud, mientras que los incisivos laterales deben ser 1 a 2mm más cortos. Adicional a esto, las papilas interdentes también son parte de la estética de la sonrisa, teóricamente deben medir entre 4.5 y 5mm desde el punto de contacto hasta la cresta ósea. ⁽²⁾

Existen ciertas patologías que pueden alterar los parámetros mencionados anteriormente, como lo es el agrandamiento gingival.

2.2 AGRANDAMIENTO GINGIVAL (AG)

Es una de las alteraciones frecuentes en la encía y se define como el aumento en masa y volumen del tejido gingival, se caracteriza por un lento y progresivo incremento en el tamaño y volumen de la encía, y este varía dependiendo de la severidad y del factor etiológico.

En los pacientes que presentan agrandamiento gingival del sector anterior esto puede provocar problemas estéticos e incluso problemas de salud. ⁽³⁾

2.2.1 Etiología del agrandamiento gingival

Dicho incremento del volumen gingival presenta etiología variada, está relacionado con diversas condiciones clínicas y puede ser causado por factores locales o sistémicos. Entre los factores locales se encuentra la inflamación crónica, producida por la presencia de biofilm y cálculo dental, por otro lado, también está relacionada con factores hereditarios, ingesta de fármacos y enfermedades sistémicas. ⁽³⁻⁵⁾

Entre los principales medicamentos que pueden producir agrandamiento gingival se encuentran: los bloqueadores de canales de calcio, inmunosupresores y anticonvulsivantes, debido a que estos fármacos modifican la respuesta inflamatoria e inmunológica de los tejidos periodontales. Dichas medicaciones pueden ocasionar un aumento de los componentes de colágeno del tejido conectivo gingival, con diversos grados de inflamación. ⁽⁶⁻⁸⁾

2.2.2 Fisiopatología del agrandamiento gingival

Clínicamente la encía se observa de color rosa, firme, con diversos grados de apariencia (lisa, nodular, fibrosa),⁽⁹⁾ de acuerdo con algunos investigadores el agrandamiento inicia a nivel de las papilas interdetales y se extiende coronalmente, en algunas ocasiones puede cubrir por completo la corona de los dientes y comúnmente

se presenta en zonas posteriores, aunque en otros casos, se presenta de forma generalizada. Lo que puede provocar problemas durante la masticación, la higiene bucal, el habla y se ha observado que cuando se presenta en sector anterior puede representar problemas estéticos para los pacientes. ⁽¹⁰⁾

Debido al aumento progresivo del tejido gingival, se facilita la formación de bolsas periodontales y por consiguiente se produce un ambiente favorable para la colonización bacteriana que conforme avanza, se convierte en cálculo dental y es más difícil retirar por medio del cepillado habitual. ^(3, 11)

Por el momento, no se conoce con precisión la patogénesis del agrandamiento gingival, ⁽¹²⁾ pero se ha observado que histológicamente se encuentra un aumento excesivo de matriz extracelular, especialmente colágeno y glicosaminoglicanos, acompañado de un incremento en el número de fibroblastos y presencia de acantosis en la capa epitelial de la encía. ^(4, 11)

De acuerdo con la base de datos del Australian adverse drug reactions advisory committee, los bloqueadores de canales de calcio o calcioantagonistas, son los fármacos más asociados con el agrandamiento gingival.⁽¹³⁾ Estos corresponden a una familia farmacológica desarrollada en los años 60's con efecto hipotensor y acciones a nivel cardiovascular, se consideran como fármacos de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial; se clasifican de acuerdo con su estructura química en: no dihidropiridinas: verapamilo y diltiazem; y dihidropiridinas: nifedipino, amlodipino, nicardipino, entre otros. Su mecanismo de acción se relaciona con la inhibición de canales de calcio dependiente de voltaje tipo L, a nivel del músculo liso del endotelio vascular y cardíaco, generando una reducción en el influjo intracelular de calcio, por ende, favorece la vasodilatación a nivel arteriolar de forma más selectiva para los bloqueadores de calcio dihidropiridínicos. ⁽¹⁴⁾

Se ha planteado que dicho mecanismo de acción en conjunto con la higiene bucal deficiente, favorece el AG, debido a que la acumulación de biofilm desencadena un proceso inflamatorio como mecanismo de defensa, durante este proceso el tejido gingival comienza un ciclo de lesión y remodelación, de tal modo que se producen distintos factores quimiotácticos, los cuales, influyen en la reparación tisular; se ha

demostrado la participación de nifedipino, fenitoína y ciclosporina en la expresión de citoquinas a nivel gingival, sugiriendo un mecanismo de lesión específico en el tejido. (15)

Por otro lado, un estudio realizado en 2006 en Alemania señaló que, aunque la patogénesis del AG por antagonistas del calcio sea desconocida en su totalidad, existen evidencias que la relacionan con un proceso inflamatorio asociado al polimorfismo del gen MDR1. (16)

2.1.3 Prevalencia de agrandamiento gingival

De acuerdo con estadísticas mundiales se ha determinado que aproximadamente entre 4 y 7% de la población presentan algún tipo de AG, entre los factores de riesgo también se reconocen la edad y el sexo, sin embargo, el factor de mayor importancia es el farmacológico. (17)

Algunos autores destacan que el 50% de los pacientes que consumen fenitoína presentan AG, mientras que los que consumen ciclosporina aproximadamente el 7% y los que consumen antagonistas de calcio, en específico nifedipino pueden ir desde 0.5 hasta 83%. (18-20)

Otra de las patologías comunes que involucra el tamaño de la encía y de los dientes, son las recesiones gingivales, que se definen como el desplazamiento del margen gingival en sentido apical a la UCE.

2.3 RECESIONES GINGIVALES (RG)

Carranza afirmó que las recesiones consisten en la exposición de la superficie radicular por una migración apical en la posición de la encía. ^(21, 22)

Las RG pueden ser localizadas o generalizadas, que en algunas ocasiones generan un problema estético, especialmente si afecta los dientes anteriores, también están asociadas con hipersensibilidad dental, debido a la exposición de la superficie radicular al medio bucal, adicionalmente favorecen la acumulación biofilm dental, haciendo dichas superficies propensas a desarrollar caries radicular o en conjunto con otros factores, pueden ocasionar lesiones cervicales no cariosas (erosión, abrasión o abfracciones). ^(23, 24)

2.3.1 Etiología de las recesiones gingivales

Se considera que las RG presentan origen multifactorial, existen factores determinantes que son los que inician el desarrollo de las recesiones y factores predisponentes que se considera que pueden contribuir en el desarrollo, pero por sí solas no pueden ocasionarlas. Entre los factores determinantes encontramos factores mecánicos, predominantemente técnica de cepillado inadecuada. ⁽²⁵⁾

De acuerdo con lo mencionado por Salazar y cols, existe una relación entre el desgaste de la superficie radicular y la fuerza que se aplica durante el cepillado, señaló que las personas con antecedentes de aplicación incorrecta de técnica al cepillarse los dientes evidencian más superficies dentales con recesión que los que aplican menos fuerza, aun cuando la frecuencia es mayor. ⁽²⁶⁾

De acuerdo con Carranza el cepillado dental traumático: movimientos manuales bruscos durante el cepillado dental y la consistencia de las cerdas del cepillo dental, pueden producir heridas continuas, laceraciones o abrasiones gingivales. ⁽²⁷⁾

Mientras que, otros autores, estudiaron variables del cepillado dental (tipo de cepillo, técnicas, frecuencia de cepillado) y descubrieron que la alta frecuencia de cepillado y algunas características del cepillo de dientes (cerdas duras y afiladas) son las más peligrosas para la salud gingival. ⁽²⁸⁻³⁰⁾

En este apartado también se encuentra el trauma oclusal, que de acuerdo con Lindhe provoca cambios patológicos y adaptación de los tejidos periodontales ocasionados por la fuerza excesiva de los músculos durante la masticación. ⁽¹⁾ Santos y cols. demostraron que el trauma oclusal puede ser un factor de destrucción para los tejidos de soporte, debido a que existe una relación significativa con la recesión gingival. ⁽³¹⁾

Algunos autores describen factores predisponentes anatómicos y asociados a la oclusión traumática para la recesión gingival. Los anatómicos incluyen escasa encía adherida, malposición dentaria y apiñamiento, prominencia radicular, dehiscencias óseas e inserción alta de frenillos, que causan la tracción del margen gingival. Los asociados a oclusión traumática abarcan la anatomía del tejido óseo alveolar circundante a la raíz del diente y la intensidad y duración del trauma. Aunado a esto, proponen factores que desencadenan inflamación, como cepillado traumático, laceración gingival, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados. ⁽³²⁾

Dentro de este marco, Kleber y Schenk mostraron una relación potencial entre la oclusión traumática y la recesión gingival, en un estudio realizado en 1989 evaluaron a 4.022 pacientes y encontraron que 1.039 tenían recesión gingival; es decir, más del 70% mostró defectos funcionales que estaban presentes en los dientes con recesiones gingivales. ⁽³³⁾

También existen las recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por biofilm dental, para algunos autores la enfermedad periodontal se reconoce como principal factor de riesgo, en estos casos suelen presentarse de manera generalizada debido a la pérdida de los tejidos de soporte de los órganos dentales. ⁽³⁴⁾

El tratamiento mecánico de las superficies radiculares con la finalidad de corregir la enfermedad periodontal también puede considerarse un factor de riesgo para las

recesiones, ya que es común observar RG durante el proceso de cicatrización posterior a raspados y alisados radiculares. ^(35, 36)

Existe evidencia de que en ciertos pacientes los movimientos dentales provocados por tratamiento de ortodoncia pueden ocasionar RG, principalmente cuando se realizan movimientos laterales, de igual modo se ha observado que la probabilidad es mayor cuando la técnica de cepillado es deficiente. ⁽³⁷⁾

Algunos estudios clínicos han sugerido que el uso de piercings en zonas como labio o lengua también pueden desencadenar RG. ⁽³⁸⁾ Otro factor importante que debe considerarse es la presencia de frenillos aberrantes, cuando se inserta muy cerca del margen gingival altera el control de biofilm dental, además al aumentar la tensión muscular se asocia a la pérdida de papila y la tensión que provoca en el hueso vestibular, puede acelerar el desarrollo de RG. ⁽³⁹⁾

En cuanto a factores iatrogénicos podemos incluir coronas mal ajustadas y/o sobre contorneadas que al igual que en los casos de mal posición dentaria favorecen la acumulación de biofilm dental y pueden acelerar el desarrollo de RG. ⁽²⁵⁾

2.3.2 Fisiopatología de las recesiones gingivales

La fisiopatología de las recesiones gingivales (RG) no está bien determinada, ni ha sido comprendida en su totalidad. Sin embargo, la evidencia obtenida de estudios histológicos realizados en modelos de ratas y de monos, demostraron que la inflamación periodontal y la proliferación epitelial son esenciales para la formación de defectos gingivales, posteriormente conduce a la pérdida de integridad y recesiones gingivales. ^(40, 41)

De igual modo Zucchelli realizó diversos estudios con la finalidad de comprender la fisiopatología de las recesiones gingivales, destacó que en las recesiones de origen bacteriano el proceso se lleva de la siguiente manera: se comienza a perder tejido conectivo y al perder dicho soporte el margen comienza a migrar apicalmente, por consiguiente el epitelio de unión se separa del esmalte, provocando la formación de la

bolsa periodontal, el infiltrado inflamatorio destruye por completo el tejido conectivo y el tejido continúa migrando apicalmente, este mecanismo parte de la pérdida de inserción (coronal) y da como resultado una recesión gingival, mientras que la parte más apical parece una bolsa periodontal. ⁽⁴²⁾

2.3.3 Prevalencia de recesiones gingivales

Las recesiones son un problema que afecta a la población en general, Miller y cols. encontraron una prevalencia de recesiones gingivales de 88% en adultos mayores de 65 años y del 51.1% en adultos entre 18-64 años. ⁽³²⁾

Los estudios concluyen que existe un aumento significativo después de la quinta década, lo que supone que las recesiones son un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. ^(43, 44)

Sin embargo, aún no se presentan pruebas contundentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival vinculado con la edad. Se ha sugerido que la migración apical gradual, es el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. Parecen ser más comunes en superficies vestibulares de dientes unirradiculares, en pacientes que presentan buena higiene, pero en pacientes comprometidos periodontalmente se encuentran en todas las superficies dentarias. ^(25, 45)

Se ha observado que la presencia de las patologías mencionadas anteriormente puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

2.4 CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida (CV), como la percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el

sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. ⁽⁴⁶⁾

Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. ⁽⁴⁷⁾

La utilización de dicho concepto puede remontarse a los Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época, para conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. ^(48, 49)

Una investigación realizada por Fernández-Ballesteros, señaló que la calidad de vida en general se determina por factores como: Estado mental, nivel de salud (tanto percibida como real), capacidades funcionales (evaluación de independencia y capacidad para desarrollar actividades cotidianas), nivel de actividad y de ocio (tipo de actividad y grado de satisfacción con actividades de ocio), integración social (tamaño de la red social y la satisfacción en las relaciones interpersonales), satisfacción con la vida, servicios sociales y de salud (conocimiento de uso y satisfacción con los servicios) y calidad del medio ambiente (referido al entorno-hogar donde vive la persona). ⁽⁵⁰⁾

De acuerdo con lo mencionado por Palomino y López, en los años 50's la Organización de las Naciones Unidas (ONU) propuso nueve componentes que determinarían el nivel de vida: salud, alimentación y nutrición, educación, vivienda, empleo y condiciones de trabajo, vestidos, recreo y esparcimiento, seguridad social y libertades humanas. Sin embargo, estas variables sólo medían la dimensión material de la calidad de vida, así como la satisfacción de las necesidades humanas. ⁽⁵¹⁾

Posteriormente, la OCDE confeccionó una lista de preocupaciones sociales que se puede equiparar con las variables que podían incidir con la calidad de vida: salud, educación y aprendizaje, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo dedicado al trabajo y tiempo libre y ocio, control sobre los productos y servicios, entorno físico, entorno social y seguridad personal.

Después de diversos estudios al respecto, Browne y cols, reportaron que la familia y la salud eran los componentes más importantes de la calidad de vida, seguidas por las actividades sociales y de ocio. ⁽⁵²⁾

A partir de la década de los 60 y 70's, el término calidad de vida comenzó a utilizarse en las ciencias biomédicas y en la actualidad está vinculado con la salud, así como, con las terapéuticas utilizadas y los resultados de los tratamientos. Se atribuye este vínculo a la creciente necesidad de obtener datos por parte de los pacientes, con la finalidad de conocer sus experiencias, satisfacción y preocupaciones. ^(49, 53)

Estas investigaciones incluyen dimensiones como: estado físico; estado emocional; estado cognitivo; apoyo social; satisfacción con la vida; recursos económicos; autopercepción de la salud; interés por el trabajo, ocio, relaciones interpersonales; función sexual; vitalidad. Desatacando tres dimensiones presentes en todos los instrumentos, estado de salud referente a salud física, bienestar emocional y relaciones sociales. ⁽⁵⁴⁾

Esto se debe a que la salud en general y la percepción de la calidad de vida, tienen una relación muy estrecha con la salud bucal.

2.4.1 Salud

La Salud es un concepto que ha sufrido numerosas variaciones a lo largo de la historia, relacionado siempre con la cultura de cada momento. La OMS define Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Dicha definición entró en vigor en 1948, y si bien ha sufrido numerosas críticas, es actualmente la más conocida y aceptada globalmente. ⁽⁵⁵⁾

Por otro lado, la Real Academia Española define el concepto de Salud como "estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones" o bien como: "conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado". ⁽⁵⁶⁾

Debido a la controversia que se ha causado en el intento de definir la Salud, el autor Barua propuso la siguiente definición: "Un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales,

procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente”.⁽⁵⁷⁾

Al hablar de la salud bucodental la OMS la define como: “un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial”.⁽⁵⁸⁾ Es decir, la salud de los dientes, encías y el sistema estomatognático que nos permite sonreír, hablar y masticar. Y de acuerdo con la OMS es el principal indicador de salud, bienestar y calidad de vida.⁽⁵⁸⁾

La evolución del concepto de salud hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos.⁽⁵⁹⁾ Por tal motivo, es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectarán diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y social.

Habitualmente, los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, no se realizan interrogatorios sobre los aspectos cotidianos, físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente. Lo que dificulta establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.

Por eso se han desarrollado cuestionarios estandarizados que evalúan de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar. De tal modo que actualmente se consideran herramientas útiles para monitorear el éxito de un tratamiento.⁽⁵⁹⁾

2.4.2 Medición de Calidad de Vida

Actualmente, la CV se define a partir de dimensiones objetivas y subjetivas. La dimensión objetiva se puede determinar por factores externos como son los económicos, el sociopolítico y los culturales, los cuales favorecen u obstaculizan el desarrollo humano de las personas. Por otro lado, la dimensión subjetiva, se expresa a través de la valoración que los individuos realizan de su propia vida. ⁽⁶⁰⁾ Walker propuso, que esta dimensión está relacionada con el bienestar, satisfacción con la vida, autopercepción de salud y el estado de esta, tanto física, como mentalmente. ⁽⁶¹⁾

De acuerdo con otros autores, ^(49, 62) medir la calidad de vida también resulta subjetivo ya que está influenciado por distintos factores, que no pueden ser evaluados de manera concreta.

Por tal motivo y con la finalidad de acercarse a una medición objetiva de la calidad de vida, se han desarrollado diferentes herramientas las cuales se han convertido en ayuda invaluable para medir los efectos de las enfermedades bucales, así como la percepción del paciente respecto a los resultados del tratamiento y el impacto de éstos sobre su calidad de vida. ⁽⁶³⁾ Dichos instrumentos se han desarrollado a partir de 3 investigaciones tradicionales: ⁽⁶⁴⁾

1.- La investigación de la felicidad

Algunos estudios realizados por Schwartzmann y cols. mostraron que existe una relación entre los afectos positivos y el control interno, la tendencia a la acción y el apoyo social, mientras que los afectos negativos muestran asociación con el estrés, la depresión y la neurosis. ⁽⁶⁵⁾

2.- La investigación en indicadores sociales

Centrados en los determinantes sociales y económicos del bienestar, los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas incluyen las siguientes categorías de necesidades: ⁽⁶⁴⁾

- a) Fisiológicas como la alimentación, hidratación y respiración
- b) De relación emocional con otras personas

- c) De aceptación social
- d) De realización y de sentido

3.- En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó el bienestar físico, psíquico y social.

2..4.3 Instrumentos para medir calidad de vida

Entre los instrumentos para evaluar la calidad de vida se encuentra el World Health Organization Quality of Life Questionnaire. (WHOQOL), que evalúa la calidad de vida percibida por la persona, aportando un perfil de esta y dando una puntuación global de las áreas y facetas que la componen. Dentro del WHOQOL existen 2 versiones, una que consta de 100 preguntas (Salud física, psicológica, niveles de dependencia, relaciones sociales, ambiente, espiritualidad/religión/creencias personales) y otra versión resumida de 26 preguntas. ⁽⁶⁶⁾

Otro instrumento es el SEIQoL-DW: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weight. Está dentro de los 10 instrumentos de la OMS para evaluar la calidad de vida. Se creó en los años 60, con la finalidad de mejorar la comunicación entre los pacientes y los médicos. ⁽⁶⁷⁾

La Escala FUMAT. Se utiliza para evaluar de forma objetiva la calidad de vida de los usuarios de Servicios Sociales, mediante la evaluación objetiva de las siguientes dimensiones; (Bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación, derechos). El objetivo de esta escala es identificar el perfil de calidad de vida de una persona, para poder realizar planes individuales de apoyo y una supervisión más fiable de los progresos y resultados de los planes. ⁽⁶⁸⁾

Por otro lado, la escala de calidad de vida de Sharlock y Keith. Está basada en un concepto de calidad de vida con aspectos objetivos y subjetivos. Ha sido diseñada para evaluar la calidad de vida percibida en personas con y sin discapacidad que desarrollan una actividad laboral. ⁽⁶⁹⁾ Consta de 40 preguntas, evaluando (satisfacción,

competencia-productividad, autodeterminación-independencia y pertenencia social-integración en la comunidad).

EuroQol-5D; European Quality of Life-5 Dimensions. Se diseñó con la finalidad de medir la calidad de vida, y utilizar los datos proporcionados para la investigación clínica y los servicios sanitarios, haciendo comparaciones con otros países. ⁽⁶⁶⁾ Se trata de un cuestionario autoadministrado personalmente o por correo electrónico, que proporciona 3 tipos de información: 1) Perfil descriptivo de la calidad de vida del individuo en dimensiones, 2) Valor de la calidad de vida global del individuo y por último 3) Valor que representa la preferencia del individuo por estar en un determinado estado de salud.

A través del estudio de la calidad de vida, se ha descubierto que esta tiene impacto en diferentes ámbitos, dentro de ellos, está la salud y/o condiciones bucales.

3. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

3.1 Calidad de vida y salud bucal

La autoestima y el bienestar personal pueden disminuir por trastornos en la cavidad bucal, se implementó el concepto de Calidad de vida relacionada con salud bucal, lo que podría convertirse en una herramienta que permita comprender el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica, investigación odontológica y prevención de la salud bucal. ⁽⁷⁰⁾

De igual modo, se ha observado que la condición de la salud bucal puede tener un impacto negativo en la autopercepción de la calidad de vida de los pacientes; un estudio realizado en Estados Unidos concluyó que los niveles de calidad de vida disminuían en pacientes con mayor pérdida dental, necesidad de tratamiento percibida e incluso situaciones como falta de seguro dental privado y bajos ingresos económicos, coincidiendo con otro estudio realizado en la población australiana en el 2009. ⁽⁷¹⁾

Por otro lado, en España se observó que la presencia de dientes cariados, con necesidad de extracción o tratamiento de conductos fueron los principales factores que afectaron la calidad de vida en adultos, esto puede deberse a que dichas condiciones están directamente relacionadas con la presencia de dolor. De igual modo, los dientes que presentaban caries en zonas visibles, como el sector anterosuperior demostraron ser de suma importancia, ya que tienen un impacto en las dimensiones sociales y psicológicas. ⁽⁷²⁾

Con lo anterior, se ha demostrado que la salud bucodental y su cuidado se han reconocido como un factor importante en relación con la calidad de vida. Es una construcción multidimensional que se refleja en la comodidad de las personas al momento de comer, dormir y durante la interacción con otras personas, así como su satisfacción personal relacionado con la boca dependiente tanto de factores internos como externos del individuo. ^(73, 74)

La calidad de vida, desde el enfoque bucal se define como “la percepción que tiene un individuo del grado de disfrutar con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de actividades diarias, considerando sus circunstancias”, también puede estar relacionada con el impacto que las alteraciones bucales pueden producir en aspectos de la vida diaria que son importantes para las personas. ⁽⁷⁵⁾

Como resultado de estas investigaciones, a partir de los años 80's se desarrollaron múltiples instrumentos, tales como: Impactos Sociales de la Enfermedad Dental (Social Impacts of Dental Disease), Índice General Geriátrico de Evaluación de la Salud Bucal (GOHAI por sus siglas en inglés), Perfil de Impacto Dental (DIP), Calidad de Vida de Salud Oral (OHQoL-UK), Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP), entre otros. ⁽⁶³⁾

El Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP) por sus siglas en inglés, ha sido el instrumento más utilizado debido a su enfoque, basado en la frecuencia de los impactos percibidos. Es un instrumento fiable y válido para la medición detallada del impacto social de las enfermedades bucales. ^(72, 76, 77)

El objetivo principal de este instrumento es medir el efecto negativo de los trastornos bucodentales en la calidad de vida de los pacientes. Fue desarrollado por Slade y Spencer en Australia y se encarga de medir la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para realizar determinadas actividades de la vida cotidiana, debido a su condición bucodental. ^(72, 78)

El OHIP evalúa 7 dominios que son: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía. La versión original consta de 49 preguntas, inicialmente se basó en un modelo teórico de la OMS y posteriormente se realizó una versión simplificada, ⁽⁷²⁾ que ha demostrado ser confiable, sensible a los cambios y consistencia interna transcultural adecuada debido a que ha sido validado en más de 20 idiomas, entre ellos el español. ^(72, 76, 79)

La versión abreviada y en español de este instrumento corresponde al OHIP-14SP, ha demostrado ser preciso, válido, así como confiable para evaluar la calidad de vida respecto a la salud bucal en poblaciones incluida la mexicana. ⁽⁸⁰⁾

El instrumento consta de 14 ítems que se responden con las siguientes categorías: nunca (0), casi nunca (1), ocasionalmente (2), frecuentemente (3) y muy frecuentemente (4). Una vez respondido el instrumento se realiza una suma para obtener un puntaje total, con un mínimo de 0 puntos y un máximo de 56 puntos. Entre más bajo sea el puntaje final, es mejor la calidad de vida autopercebida por el paciente, mientras que puntajes más altos indican autopercepción de la calidad de vida. ⁽⁴⁶⁾

Cabe considerar, por otra parte, que existen instrumentos, que no solo evalúan el impacto de las enfermedades bucales, sino también otras percepciones como la satisfacción de la sonrisa; Smile Perception Impact Related Quality of Life (SPIRQoL) fue desarrollado y validado por Díaz y cols. consta de 15 preguntas vinculadas esencialmente con tres aspectos: autoestima, función física y función social.

El resultado se calcula a través de una escala de Likert, con las siguientes categorías: Nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, posteriormente se realiza

una sumatoria que va desde 0 a 60, siendo el 60 el valor que muestra mayor impacto de la sonrisa sobre la calidad de vida relacionada con las condiciones bucales.

Actualmente se considera la escala más completa para evaluar el impacto de la sonrisa en la calidad de vida, fue elaborada y a su vez validada para la población de habla hispana por los autores de la investigación realizada en el 2018. ⁽⁸¹⁾

En el proceso de validación de la escala SPIRQoL, para determinar la validez de constructo (VC), se empleó análisis factorial confirmatorio (AFC): tres factores (Autoestima, función física y social), obteniendo como resultados: $\chi^2= 143,55$; grados de libertad: 59; p-valor para $\chi^2 =0,00$; RCEMA=0,06; ICA=0,98 e ITL=0,98. Por su parte, la consistencia interna de la escala fue 0,89.

Los autores concluyeron que la insatisfacción de la sonrisa y la apariencia clínica inadecuada de dientes, encías y labios impactan de manera negativa sobre la calidad de vida de pacientes adultos, especialmente en aquellos de procedencia rural y con servicios de salud de carácter público.

De este modo, podemos inferir que la percepción de la sonrisa no solo incluye color, tamaño y posición dentaria, hay otras condiciones que pueden estar involucradas, siendo así el agrandamiento y recesiones gingivales.

3.1.1 Impacto del agrandamiento gingival en la calidad de vida

Un estudio realizado por Díaz en Colombia concluyó que el agrandamiento gingival puede tener un impacto negativo en la calidad de vida, mostrando un compromiso específicamente a nivel del dominio psicosocial ($p= 0,000$). También mencionó que el AG puede ser ulcerado, dado su tamaño, y traumatizarse en los momentos de oclusión, lo que también puede generar dolor y tener impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. ⁽⁸¹⁾

Por otro lado, Zanatta evaluó pacientes con aparatología ortodóntica que presentaban agrandamiento gingival y observó que dicha patología impacta de forma negativa en la

calidad de vida y hay asociación con características sociodemográficas, sin embargo, concluyó que se requieren más estudios para entender mejor este tema. ⁽⁸²⁾

3.1.2 Impacto de las recesiones gingivales en la calidad de vida

A pesar de que se han asociado las RG con preocupaciones estéticas, existen pocos estudios que relacionen su impacto en la calidad de vida. En pacientes comprometidos periodontalmente, la migración apical de la encía se asoció con una mala calidad de vida. ⁽⁸³⁾ Otro estudio evaluó RG y encontró que la migración apical de la encía se asoció significativamente ($p= 0.01$) con puntajes más altos del OHIP. ⁽⁸⁴⁾ Utilizando una muestra aleatoria de individuos australianos, Brennan y cols. ⁽⁸⁵⁾ observaron que las recesiones gingivales de 6mm se asociaban con una peor calidad de vida general.

Algunas de las consecuencias de RG, son la mala estética y la hipersensibilidad dentaria, estos factores también deben ser considerados al evaluar la calidad de vida. Un estudio realizado por Wagner obtuvo puntuaciones medias de OHIP significativamente ($p= 0.02$) más altas en individuos que presentaban 1 o más dientes con $RG \geq 2mm$, en el sector superior, también encontraron que esta diferencia no fue significativa en dientes posteriores ($p= 0.38$).

Por el contrario, cuando se analizaron los dientes inferiores, no hubo diferencias significativas en las puntuaciones medias de OHIP para individuos con RG en dientes anteriores y posteriores. El estudio concluyó que las RG tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida de la población estudiada ($p=0.004$). ⁽⁸⁶⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la mayoría de los pacientes que acuden a la clínica de periodoncia UPAEP, buscan un tratamiento que les brinde salud bucal. Si consideramos que el término salud incluye un equilibrio físico, mental y social, es indispensable considerar los factores que podrían tener un impacto negativo en la calidad de vida.

A pesar de que en la clínica se realizan estrictos protocolos de anamnesis para llegar a un diagnóstico certero y de este modo ofrecerles a los pacientes un tratamiento ideal, actualmente no se considera la aplicación de instrumentos que nos permitan evaluar la influencia que tienen tales padecimientos en la vida diaria.

Se ha observado a través de diversos estudios que tanto el agrandamiento como las recesiones gingivales pueden afectar directamente la autoestima y percepción de sí mismo.

Sin embargo, en México no se han realizado estudios que permitan evaluar la percepción de los pacientes respecto a la posición de la encía, por lo que resultaría óptimo conocer el impacto que tiene el agrandamiento y las recesiones gingivales en la calidad de vida de los pacientes.

Dicha información permitirá en el futuro tanto cumplir como evaluar las expectativas estéticas del paciente y otorgar mayor nivel de satisfacción y confianza en el mismo.

Por lo expuesto anteriormente surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿El agrandamiento y las recesiones gingivales impactan en la calidad de vida de los pacientes?

5. JUSTIFICACIÓN

Existen diversos artículos que evalúan el impacto de la salud bucal en la calidad de vida en pacientes, se ha demostrado que tanto el agrandamiento gingival, como las recesiones gingivales pueden tener un fuerte impacto en el desarrollo de sus actividades diarias y que puede influir de manera negativa.

A pesar de que se ha evaluado la calidad de vida en ambos padecimientos, todos los estudios concluyen que se deben seguir realizando estudios que confirmen la correlación entre ambas variables. De igual modo, ninguno de los estudios ha evaluado la calidad de vida en ambas patologías, por tal motivo el presente estudio de investigación se enfocará en evaluar la calidad de vida en ambos padecimientos.

El impacto clínico consiste en determinar las causas por las cuales los pacientes tienden a buscar tratamiento dental y en qué medida esto afecta su calidad de vida con la finalidad de implementar estrategias dirigidas a cualquiera de las dos patologías, que puedan tener efectos positivos en la mejora de la calidad de vida y esto puede incluir cambios en su autopercepción y en su comportamiento general.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida con SPIRQoL en pacientes que presentan agrandamiento y pacientes que presentan recesiones gingivales en la clínica de periodoncia de UPAEP.

6.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de pacientes con agrandamiento gingival
- Determinar la prevalencia de pacientes con recesiones gingival
- Determinar la calidad de vida en pacientes con agrandamiento
- Determinar la calidad de vida en pacientes con recesiones

7. MATERIALES Y MÉTODO

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Objetivo: Descriptivo

Intervención: Observacional

Temporalidad: Transversal

Recolección de datos: Prospectivo

Componentes del Grupo: Homodémico

7.1.2 Población y Muestra:

Pacientes que acuden a la clínica de Periodoncia de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

7.1.2 Tipo de muestra:

No probabilístico por conveniencia debido a que no existen estudios previos.

7.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.2.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado
- Pacientes de cualquier sexo
- Pacientes de cualquier edad

7.2.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con ortodoncia
- Pacientes que no cuenten con órganos dentarios en sector anterior
- Pacientes con menos de 20 órganos dentarios

7.2.3 Criterios de Eliminación

- Pacientes que no respondan el cuestionario de calidad de vida completo
- Pacientes que no tengan un periodontograma completo

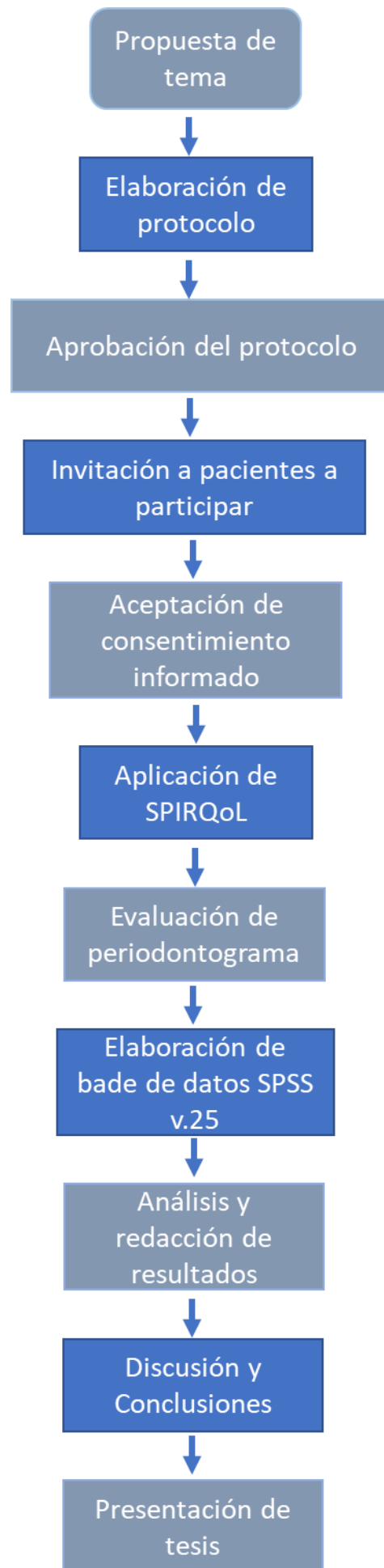
7.3 CUADRO DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE ESCALA
Sexo	Condición orgánica y características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como: Masculino-femenino	Femenino: género gramatical, propio de la mujer. Masculino: género gramatical, propio del hombre	Historia clínica	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino, Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento de la entrevista	Historia clínica	Cuantitativa	Numérica discreta	Años cumplidos
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Estado civil reportado por los pacientes	Historia clínica	Cualitativa	Nominal policotómica	Soltero, Unión libre, Casado, Divorciado, Viudo
Agrandamiento gingival	Posición coronal del margen gingival 3 mm coronal a la unión cemento esmalte.	Presencia o ausencia de agrandamiento gingival en pacientes evaluados en la clínica de periodoncia UPAEP	Historia clínica/ Periodontograma	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si - No
Recesión gingival	Desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente bucal.	Presencia o ausencia de recesiones gingivales en pacientes evaluados en la clínica de periodoncia UPAEP	Historia clínica/ Periodontograma	Cuantitativa	Nominal dicotómica	Si - No
VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE ESCALA
Calidad de vida	Bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella	Equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como autoestima, función física y social.	SPiRQoL	Ordinal	Numérica (0-4)	Puntuación obtenida en el instrumento de medición

7.4 PROCEDIMIENTO

- A) Se invitó a los pacientes a participar en el estudio, se les informaron las implicaciones, el carácter de confidencialidad y se aceptaron aquellos que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron su participación voluntaria.
 - B) Se les envió y aplicó el instrumento SPIRQoL para evaluar su calidad de vida, vía WhatsApp.
 - C) Una vez respondido el instrumento, se evaluó el periodontograma para saber si los pacientes presentaban agrandamiento, recesiones gingivales o ninguna de las anteriores
 - D) Se realizó una base de datos en excel con todos los datos recolectados
 - E) Para analizar con cierta objetividad los resultados se realizó una tabla de cálculos mediante baremación, en la cual se determinó el siguiente rango de puntuación:
 - a. 0 – 20 calidad de vida alta
 - b. 21 – 40 calidad de vida media
 - c. 41 – 60 calidad de vida baja
- Mientras que para los dominios:
- a. 0 – 6 calidad de vida alta
 - b. 7 – 13 calidad de vida media
 - c. 14 – 20 calidad de vida baja

7.5 FLUJOGRAMA



7.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS v.25. Se calculó con estadística descriptiva: media, porcentajes, frecuencias y desviación estándar.

8. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se realizó con respecto a las disposiciones correspondientes a la normatividad vigente en materia de investigación establecida en los siguientes códigos:

De acuerdo al Reglamento y la Ley General de Salud en materia de la investigación, que establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica dedicada a la salud, el protocolo de investigación tuvo en consideración los siguientes artículos: 13 respecto a la dignidad y la protección de derechos y bienestar, 14, fracciones (I, IV, V, VI, VII y VIII) para justificar los principios científicos y éticos, así como los riesgos predecibles al ser sometido a investigación, todo procedimiento será realizado por profesionales de la salud bajo la supervisión de las autoridades sanitarias y comités competentes, 16, para proteger la privacidad del sujeto, 17, considerado como investigación con riesgo mínimo, 18, que permite la suspensión inmediata al advertir algún daño, 20, 21 y 22 respecto al consentimiento informado, explicado clara y completamente y que debe ser aprobado por el comité de ética, 23, en caso de investigaciones con riesgo mínimo.

Se estableció el consentimiento informado, basado en el código de Nüremberg, que es el modelo ético para las investigaciones en seres humanos y declara la importancia del consentimiento voluntario del sujeto, implica capacidad legal, capacidad de hecho y conocimiento del asunto.

De igual forma se consideraron los principios de Helsinki, respecto a los principios bioéticos de autonomía, beneficio, justicia y no maleficencia.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 012 (NOM-012) que establece criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico se consideraron los

siguientes apartados: 5.5, para garantizar riesgos innecesarios, 5.6, para la autorización de una investigación, 5.8, estimar su duración del proyecto, 5.9, para indicar fechas estimadas de inicio y término, así como el número necesario de sujetos de investigación, 5.10, Justifica que los conocimientos que se pretenden adquirir, no es posible obtenerlos por otro medio, 5.12, los expedientes clínicos deben cumplir con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana 04 (NOM-04); 5.5.1, 5.6, 5.7, en los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

9. RESULTADOS

Se invitó vía WhatsApp a un total de 109 pacientes de la clínica de periodoncia UPAEP que cumplieron con los criterios de selección a participar en el estudio, de los cuales 55 aceptaron responder el cuestionario de calidad de vida.

Se realizó un análisis sociodemográfico, en el cual se observó que la participación en cuanto al sexo fue muy similar entre sexo masculino y femenino, con un promedio de edad mayor a los 45 años, poco más de la mitad de los pacientes refirieron estar casados, mientras que aproximadamente una cuarta parte mencionó ser soltero. (Cuadro 1)

Cuadro 1 Características sociodemográficas

		n	%
SEXO	Femenino	28	50.9
	Masculino	27	49.1
ESTADO CIVIL	Soltero	15	27.3
	Casado	30	54.5
	Unión Libre	4	7.3
	Divorciado	5	9.1
	Viudo	1	1.8
	EDAD		\bar{X}
		47.27	15.24

La mayoría de los pacientes reportó no padecer ninguna enfermedad (69.1%), sin embargo, el 7.3% refirió padecer diabetes y el resto mencionó padecer enfermedades como gastritis, hipertensión, hipotiroidismo, entre otras. De igual modo, la mayoría de los pacientes negaron el consumo de algún medicamento. (Cuadro 2)

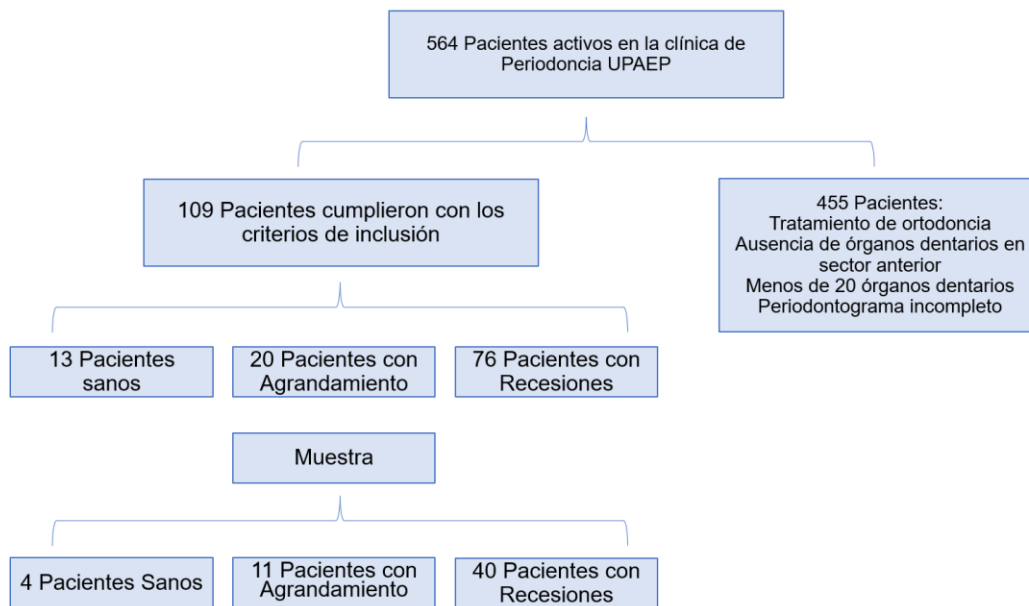
Cuadro 2 Enfermedades y medicamentos

ENFERMEDADES	SI		NO	
	n	%	n	%
	17	30.9	38	69.1
	n		%	
Diabetes	4		7.3	
Hipertensión	3		5.5	
Gastritis	2		3.6	
Hipotiroidismo	2		3.6	
Otras enfermedades	6		10.8	
Ninguna	38		69.1	
	SI		NO	
Medicamentos	20	36.4	35	63.6

De acuerdo con la información obtenida mediante los periodontogramas, de los 109 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 13 presentaban condiciones de salud gingival, mientras que 76 recesiones y 20 agrandamiento gingival. Sin embargo, únicamente 55 de los pacientes aceptaron responder el cuestionario de calidad de vida.

De igual modo se observó que la mayoría de los participantes padecían recesiones gingivales y una porción muy pequeña presentó una condición sana. (Esquema 1)

Esquema 1 Condiciones gingivales



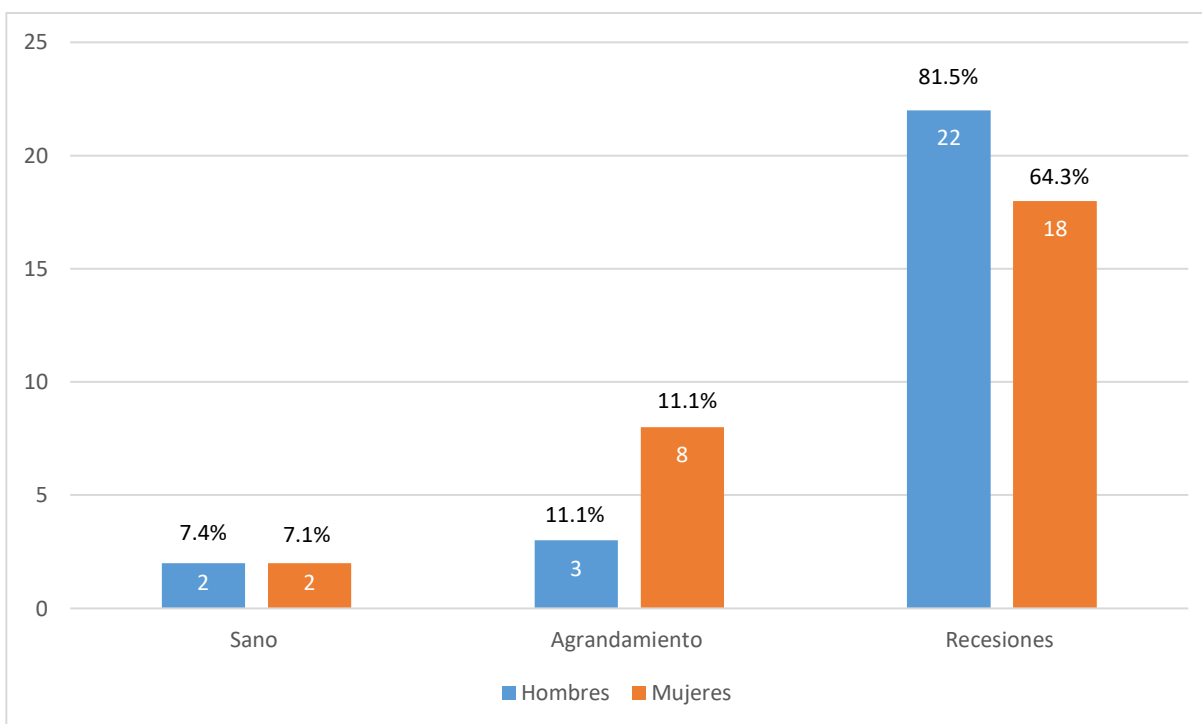
Se evaluó la condición gingival dependiendo de la edad y se evidenció que la mayoría de los pacientes pertenecientes al grupo de recesiones gingivales son adultos, siendo el paciente más grande de 84 años, mientras que en el grupo sano y de agrandamiento tanto los rangos de edad como la media fueron parecidos. (Cuadro 3)

Cuadro 3 Condición gingival y edad

Condición gingival	Edad			
	\bar{x}	d.e	Mínimo	Máximo
Sano	39.75	20.61	21	65
Agrandamiento	36	11.71	19	59
Recesiones	51.13	14.04	23	84

También se examinó el comportamiento de las condiciones gingivales dependiendo el sexo y se observó que el doble de mujeres presentaba agrandamiento gingival, mientras que los otros dos grupos se comportaron de forma similar. (Gráfica 1)

Gráfica 1 Condición gingival y sexo



Al analizar el puntaje total obtenido mediante el SPIRQoL, se observó que los valores de calidad de vida eran menores en los pacientes sanos, mientras que en los pacientes de agrandamiento y de recesiones gingivales el puntaje se duplicó, denotando un menor impacto en los pacientes sanos. (Cuadro 4)

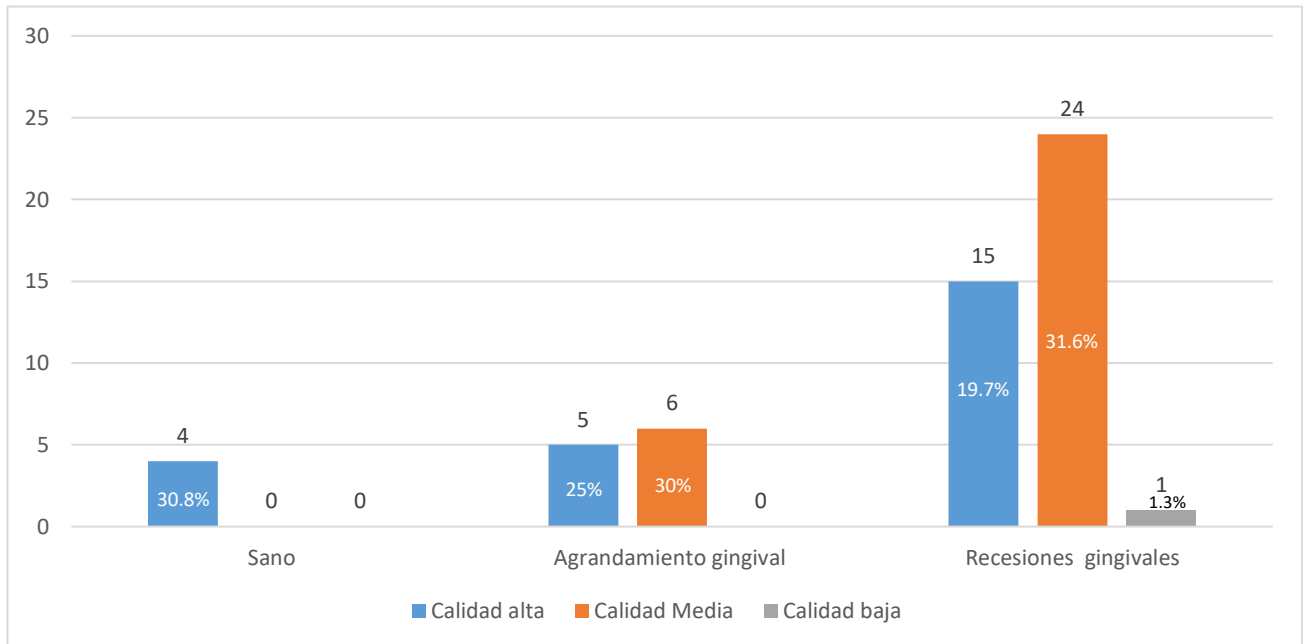
Cuadro 4 Puntuación total de SPIRQoL y condición gingival

	\bar{x}	d.e	Mínimo	Máximo
Pacientes sanos	6.25	3.5	2	10
Pacientes con agrandamiento	13	7.6	2	28
Pacientes con Recesiones	12.6	8.3	1	35

Se realizó un análisis de la calidad de vida por dominio, en el caso de la autoestima todos los pacientes sanos obtuvieron puntajes que representan calidad de vida alta, mientras que los pacientes con agrandamiento gingival reportaron casi la mitad calidad de vida alta y la otra mitad calidad de vida media, por último, a pesar de que la mayoría

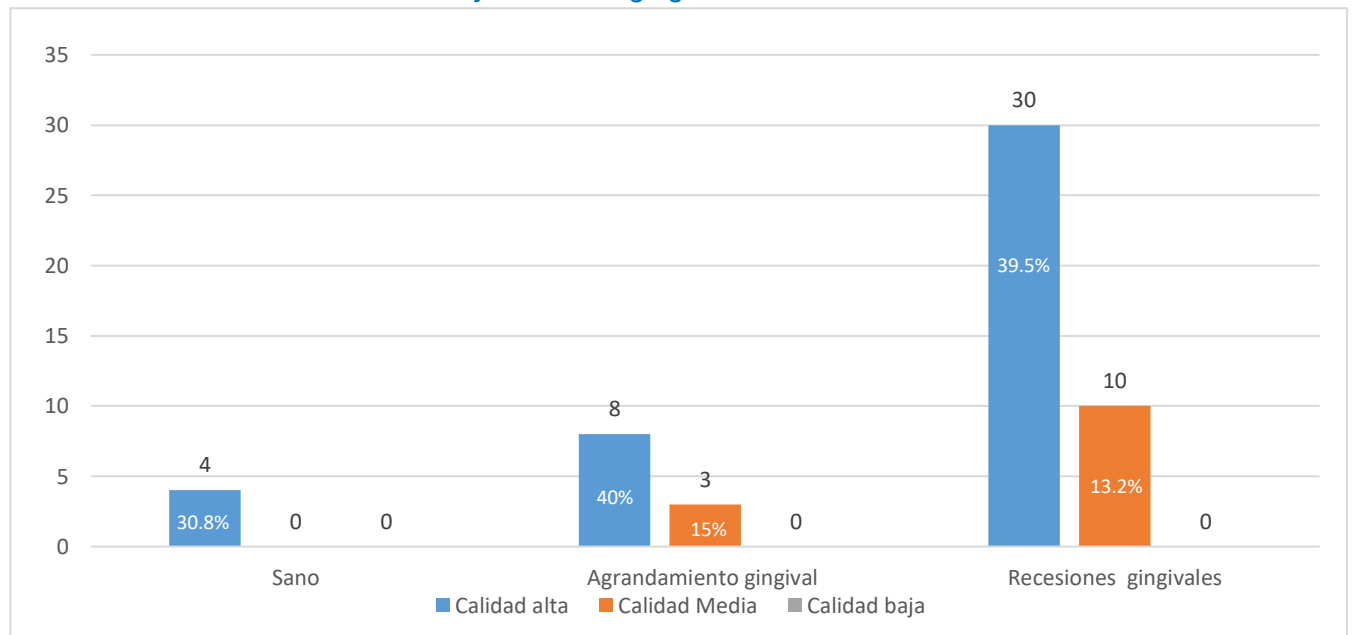
de los pacientes con recesiones gingivales alcanzaron calidad de vida media, uno de ellos demostró puntuación de baja calidad de vida. (Gráfica 2)

Gráfica 2 Dominio de autoestima y condición gingival



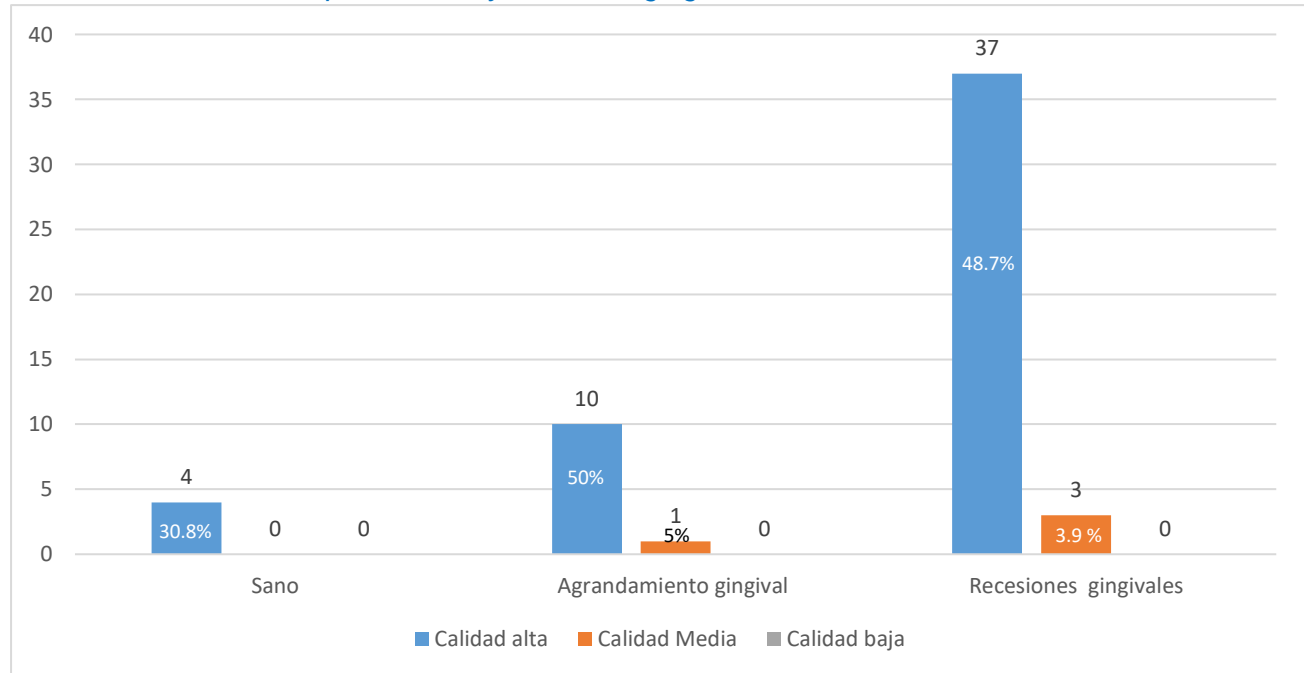
También se realizó una evaluación del dominio de función física, en la cual se observó que la mayoría de los pacientes presentaron calidad de vida alta, por otro lado, únicamente 3 de los pacientes con agrandamiento y 10 del grupo de recesiones gingivales, obtuvieron calidad de vida media. (Gráfica 3)

Gráfica 3 Dominio de función física y condición gingival



Al igual que en el dominio de función física, ninguno de los pacientes obtuvo calidad de vida baja en cuanto al dominio de impacto social, no obstante, la mayoría alcanzó puntuaciones compatibles con calidad de vida alta. (Gráfica 4)

Gráfica 4 Dominio de impacto social y condición gingival



Adicionalmente se estudió la calidad de vida y las enfermedades sistémicas de los pacientes, se encontró que la media de la puntuación total del SPIRQoL, fue más elevada en los pacientes diabéticos, a pesar de ello, los pacientes que no refirieron ninguna enfermedad mostraron una media parecida y su puntuación máxima fue de 35.

Cuadro 6 Calidad de vida y enfermedades

	Puntuación Total				
	\bar{X}	Mediana	d.e	Mínimo	Máximo
Diabetes	13	10	11.48	4	28
Gastritis	14	14	14.14	4	24
Hipertensión	12.3	13	10.01	2	22
Hipotiroidismo	11	11	14.14	1	21
Ninguna enfermedad	12.7	11.5	7.71	1	35

10. DISCUSIÓN

El estudio encontró que la edad promedio de los participantes fue de 47.27, el rango de edad fue entre los 19 y 84 años, la mayoría de ellos casados, datos muy similares a los reportados por Díaz y cols, quienes estudiaron la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos. ⁽⁸¹⁾

Se observó que la mayoría de los pacientes presentaron recesiones gingivales, lo que coincide con lo reportado por otros autores, quienes han determinado que la prevalencia de recesiones gingivales es de 88%. ⁽³²⁾

De igual modo se detectó que la mayoría de los pacientes con recesiones gingivales pertenece a la quinta década, esto puede relacionarse con los estudios que concluyen que existe un aumento significativo después dicha edad, suponiendo que las recesiones son un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. ^(43, 44)

En cuanto al sexo y la condición gingival, la prevalencia fue similar entre los pacientes sanos y los de recesiones, pero en los pertenecientes al grupo de agrandamiento gingival se encontró que le doble de mujeres la presentaron, lo que coincide con la hipótesis de que existe un factor hormonal que favorece el desarrollo de esta. ⁽¹⁷⁾

Se demostró que los pacientes que no presentan recesiones ni agrandamiento obtuvieron puntuaciones más bajas, lo equivalente a una mejor calidad de vida, que los pacientes con agrandamiento o recesiones gingivales. Dichos resultados coinciden con lo reportado por Wagner quién concluyó que las recesiones gingivales tienen un impacto negativo en la calidad de vida. ⁽⁸⁶⁾ Adicionalmente coinciden con lo reportado por Antoniazzi y cols. ⁽⁸⁷⁾ quienes evaluaron la calidad de vida en pacientes con agrandamiento gingival y encontraron limitación funcional, malestar psicológico, discapacidad psicológica y discapacidad social, por tal motivo determinaron una asociación entre ambas variables.

También se observó durante el análisis por dominio, que las condiciones gingivales tienen un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes, lo cual coincide con lo reportado por Díaz ⁽⁸¹⁾ quien encontró una asociación entre la insatisfacción de la sonrisa y su impacto negativo sobre la calidad de vida, comprometiendo principalmente el dominio autoestima.

Adicionalmente, se estudio la calidad de vida y las enfermedades sistémicas; se observó un mayor impacto en los pacientes con gastritis y en pacientes diabéticos, dicho resultado coincide con lo reportado por Rivadeneyra y cols. ⁽⁸⁸⁾ que determinaron un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes que presentaron diabetes mellitus con más tiempo de evolución, sin embargo, la media de los pacientes sanos fue parecida, dicho resultado coincide con lo reportado por García y cols. quienes concluyeron que los pacientes consumidores de medicamentos manifiestan, a pesar del tratamiento, una moderada calidad de vida ⁽⁸⁹⁾ por otro lado, se observó que la puntuación máxima de SPIRQoL se encontró en el grupo de pacientes sanos, lo que puede estar relacionado con la edad de la paciente, ya que algunos autores refieren que a mayor edad la calidad de vida disminuye considerablemente, adicionalmente su estatus de pareja también puede tener impacto, de acuerdo con lo reportado por Romero y cols. ⁽⁹⁰⁾

Entre las limitantes del presente estudio encontramos que la mayoría de los pacientes que presentan agrandamiento gingival se encuentran en tratamiento de ortodoncia, por lo que se tuvieron que excluir. De igual modo se excluyó a los pacientes que no tenían expediente completo o que por algún motivo no se había completado el periodontograma.

Por otro lado, el estudio no incluyó al 49.5% de los pacientes elegibles debido a que no aceptaron participar. Los que sí aceptaron participar, podrían referir menos impacto que los que no aceptaron, por lo que podríamos subestimar la puntuación de la calidad de vida. Esto puede deberse a la modalidad en que se realizó el estudio, ya que no se pudo hacer de forma presencial, a pesar de eso los datos obtenidos nos permiten ampliar el panorama para considerar el impacto y la relación que puede tener la sonrisa con la calidad de vida.

11.CONCLUSIÓN

Se determinó una alta prevalencia de recesiones gingivales en los pacientes que acuden a la clínica de Periodoncia UPAEP y se observó que la mayoría de estos pacientes pertenecen a la quinta década de vida.

Se concluyó que en los pacientes sanos y en los de recesiones el sexo no influyó, mientras que en los pacientes con agrandamiento la mayoría fueron del sexo femenino.

En cuanto a la puntuación total del SPIRQoL, se observó que tanto el agrandamiento, como las recesiones gingivales pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida.

Y al realizar en análisis por dominio se concluyó que la condición gingival afecta más la autoestima, que la función física y social.

12.REFERENCIAS

1. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Periodontologia clinica e implantologia odontologica/Clinical Periodontology and Implant Dentistry: Ed. Médica Panamericana; 2009.
2. Ahmad I. Geometric considerations in anterior dental aesthetics: restorative principles. Practical periodontics and aesthetic dentistry: PPAD. 1998;10(7):813-22.
3. Straka M, Varga I, Erdelský I, Straka-Trapezanlidis M, Krňoulová J. Drug-induced gingival enlargement. Neuroendocrinology Letters. 2014;35(7):567-76.
4. Tezcan M, Uz O, Kilicaslan F, Isilak Z, Yiginer O. PP-109 NIFEDIPINE-INDUCED GINGIVAL HYPERPLASIA: AN OVERLOOKED ADVERSE EFFECT. International Journal of Cardiology. 2012(155):S135.
5. De Almeida AP, Dias GS. Hiperplasia gengival: diagnóstico e tratamento. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2004; 45(1):35-40.
6. Paraguassú GM, DeCastro ICV, dos Santos MS, Ferraz EG, Pinto Filho JM. Aspectos periodontais da hiperplasia gengival modificada por anticonvulsivantes. Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU. 2012;4(1):26-30.
7. Mendes TEB, Cerqueira LB, Azoubel MCF. Aumento gengival influenciado por drogas: uma revisão de literatura. Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only). 2014; 5(1):29-37.
8. Subramani T, Rathnavelu V, Alitheen NB, Padmanabhan P. Cellular crosstalk mechanism of Toll-like receptors in gingival overgrowth. International journal of molecular medicine. 2015;35(5):1151-8.
9. Gómez Arcila V, Fang Mercado L, Herrera Herrera A, Caballero D. El níquel y su vínculo con el agrandamiento gengival: revisión de la literatura. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2014;26(2):83-9.
10. Guiducci RC, Vieira MLSa, De Oliveira M, Chaves MdGAM, Lourenço AHdT, Júnior EdTL. Tratamiento de la hiperplasia gingival en una escuela odontológica de Brasil: conceptos generales, diagnóstico y tratamiento. Int j odontostomatol(Print). 2009:55-60.
11. Livada R, Shiloah J. Calcium channel blocker-induced gingival enlargement. Journal of human hypertension. 2014;28(1):10-4.
12. Kataoka M, Kido J-i, Shinohara Y, Nagata T. Drug-induced gingival overgrowth—a review. Biological and Pharmaceutical Bulletin. 2005;28(10):1817-21.
13. T Taylor BA. Management of drug-induced gingival enlargement. Aust Prescr 2003;26:11-3.
14. Lores CMQ, Quintero LG, Quintero LG, Quintero RSG, Orduñez YP. Efectividad de Amlodipino en el manejo de hipertensión arterial en población geriátrica. Revista Información Científica. 2015;90(2):209-18.
15. Batista ALA, de Mendonça AKP, de Almeida Freitas R, Alves PM, Godoy GP, Nonaka CFW, et al. Immunohistochemical Analysis of Cell Proliferation and Bcl-2 Expression in Drug-Induced Gingival Overgrowth. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2017;17(1):3331.
16. Meisel P, Giebel J, Kunert-Keil C, Dazert P, Kroemer HK, Kocher T. MDR1 gene polymorphisms and risk of gingival hyperplasia induced by calcium antagonists. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2006;79(1):62-71.

17. Gv JAZ, Sautto M. Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos. Una visión genómica y genética. Revisión de la literatura. *Rev Mex Periodontol.* 2016;7(1):25-35.
18. Aal-Hazmi B. Management of Nifedipine-Induced Gingival Overgrowth with Drug Substitution: A case report. *EC Dental Science.* 2018;17:600-5.
19. Sumra N, Kulshrestha R. Drug induced gingival overgrowth—report of 2 cases. *J Dent Forecast* 2018; 1 (1). 2018;1008.
20. Ramírez-Rámiz A, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Miranda-Rius J. On the cellular and molecular mechanisms of drug-induced gingival overgrowth. *The open dentistry journal.* 2017;11:420.
21. American Academy of P. Glossary of periodontal terms: American Academy of Periodontology; 2001.
22. Newman MG, Takei HH. Klol levold PR, Carranza FA: Carranza'S Clinical Periodontology. China: Saunders. 2006;1005-1020.
23. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of periodontology.* 2018;89:S204-S13.
24. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of clinical periodontology.* 2018;45:S219-S29.
25. Löe H, Ånerud Å, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *Journal of periodontology.* 1992;63(6):489-95.
26. Salazar CR, Paz de Gudiño M. Factores precipitantes en el desarrollo de recesión gingival. *Acta Odontológica Venezolana.* 2002;40(2):129-36.
27. Carranza F. Periodontología clínica de Glickman. México DF. Ed. Interamericana Mc-GrawHill; 1993; 760-770
28. Alexander JF, Saffir AJ, Gold W. The measurement of the effect of toothbrushes on soft tissue abrasion. *Journal of dental research.* 1977;56(7):722-7.
29. Breitenmoser J, Mörmann W, Mühlemann HR. Damaging effects of toothbrush bristle end form on gingiva. *Journal of periodontology.* 1979;50(4):212-6.
30. Checchi L, Daprile G, Gatto MRA, Pelliccioni GA. Gingival recession and toothbrushing in an Italian School of Dentistry: a pilot study. *Journal of clinical periodontology.* 1999;26(5):276-80.
31. Gusmão ES, Queiroz RDCd, Coelho RdS, Cimões R, Santos RLd. Relação entre dentes mal posicionados e a condição dos tecidos periodontais. *Dental Press Journal of Orthodontics.* 2011;16:87-94.
32. Watson PJC. Gingival recession. *Journal of dentistry.* 1984;12(1):29-35.
33. Kleber BM, Schenk HJ. Etiology of gingival recessions. *Deutsche zahnärztliche Zeitschrift.* 1989;44(11):845-8.
34. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2010;3(2):94-9.
35. Antonio BM. Periodoncia Clínica e Implantología Oral. 2da. Edición Madrid. 2001.

36. Juárez Membreño IA, Lagos Lagos A, Méndez Méndez J, Montanares Torres H. Evaluación clínica de los tejidos periodontales después del aumento de corona clínica. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*. 2014;7(2):59-64.
37. van Palenstein Helderma WH, Lembariti BS, Van Der Weijden GA, Van't Hof MA. Gingival recession and its association with calculus in subjects deprived of prophylactic dental care. *Journal of clinical periodontology*. 1998;25(2):106-11.
38. Martín Ardila Medina C, Guzmán Zuluaga IC. Asociación entre piercing lingual y recesión gingival. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2009;8(4):0-.
39. Castro-Rodríguez Y, Grados-Pomarino S. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*. 2016.
40. Hopps RM, Johnson NW. Relationship between histological degree of inflammation and epithelial proliferation in macaque gingiva. *Journal of periodontal research*. 1974;9(5):273-83.
41. Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession: a histological study of induced recession in the rat. *Journal of Clinical Periodontology*. 1976;3(4):208-19.
42. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontology* 2000. 2015;68(1):333-68.
43. Miller AJ, Brunelle JA, Carlos JP, Brown LJ, Loe H. Oral health of the United States adults: the national survey of oral health in US employed adults and seniors. *National findings*. 1985;86.
44. Woofter C, editor *The prevalence and etiology of gingival recession* 1969.
45. Serino G, Wennström JL, Lindhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *Journal of clinical periodontology*. 1994;21(1):57-63.
46. de la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*. 2010;29(63):83-92.
47. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud* 1996 ; 17(4) : 385-387
48. Merelman RM. *The Sense of Well-Being in America: Recent Patterns and Trends*. American Political Science Review. Cambridge University Press; 1981;75(3):763-4.
49. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 1993;18(1):32-8.
50. Fernández-Ballesteros R. Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*. 1998;2(1):57-65.
51. Palomino Villavicencio B, López Pardo G. Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y Sociedad Revista de El colegio de Sonora*. 1999;11(17):171-85.
52. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CRB, McDonald NJ, O'Malley K, et al. Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of life Research*. 1994;3(4):235-44.
53. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(6):401-11.

54. Aguilar JM, Álvarez J, Lorenzo JJ. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International journal of developmental and educational psychology*. 2011;4(1):161-8.
55. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*. 2016;10(2):0-.
56. Española RA. Real academia española. Recuperado el; 1999.
57. León Barua R, Berenson Seminario R. Medicina teórica.: Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*. 1996;7(3):105-7.
58. WHO. Oral Health 2022 [Available from: https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1].
59. Misrachi C, Espinoza I. Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements. *Revista Dental de Chile*. 2005;96(2):28-35.
60. Victoria García-Viniegras CR, González Benítez I. La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*. 2000;16(6):586-92.
61. Walker A. *Understanding quality of life in old age*: McGraw-Hill Education (UK); 2005; 2:14-26.
62. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*. 1991;27(1):43-55.
63. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*. 1994;272(8):619-26.
64. Angermeyer MC, Killian R. *Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. Calidad de vida en los trastornos mentales* Barcelona: Masson. 2000:19-29.
65. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003;9(2):09-21.
66. Badia X, Alonso J, Salamero M. *La medida de la salud: guía de escalas de medida en español*. Edimac Barcelona; 2007.
67. Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Frades-Payo B, Martínez-Martín P, Forjaz MJ. La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW. *Calidad de Vida y Envejecimiento La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. 2011:83-112.
68. Verdugo Alonso MÁ, Gómez Sánchez LE, Arias Martínez B. *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Salamanca, España)*; 2009.
69. Schalock R, Verdugo M. El concepto de calidad de vida, su medición y su utilización. *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad Instrumentos y estrategias de evaluación* Salamanca: Amarú ediciones. 2006; 19:443-461.
70. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2013;3(1):1.
71. Sanders AE, Slade GD, John MT, Steele JG, Suominen-Taipale AL, Lahti S, et al. A cross-national comparison of income gradients in oral health quality of life in four welfare states: application of the Korpi and Palme typology. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009;63(7):569-74.

72. Montero Martín J, Bravo Pérez M, Albaladejo Martínez A, Hernández Martín LA, Rosel Gallardo E. Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. 2009.
73. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16:1007-15.
74. Evans CA, Kleinman DV. The Surgeon General's report on America's oral health: opportunities for the dental profession. *The Journal of the American Dental Association*. 2000;131(12):1721-8.
75. Bekes K, John MT, Schaller HG, Hirsch C. Oral health-related quality of life in patients seeking care for dentin hypersensitivity. *Journal of oral rehabilitation*. 2009;36(1):45-51.
76. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Berdugo ML. Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. *European Journal of Dermatology*. 2009;19(6):603-6.
77. Montero J, Bravo M, Vicente M-P, Galindo M-P, López JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8(1):1-9.
78. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community dental health*. 1994;11(1):3-11.
79. Khalifa N, Allen PF, Abu-bakr NH, Abdel-Rahman ME. Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. *Journal of oral science*. 2013;55(2):123-32.
80. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validation of an instrument for measuring the effects of oral health on the quality of life of older adults in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010;27(5):321-9.
81. Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*. 2018;11(2):78-83.
82. Zanatta FB, Ardenghi TM, Antoniazzi RP, Pinto TMP, Rösing CK. Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2012;12(1):1-10.
83. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of clinical periodontology*. 2004;31(6):454-7.
84. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006;34(2):114-22.
85. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Quality of life and disability weights associated with periodontal disease. *Journal of dental research*. 2007;86(8):713-7.
86. Wagner TP, Costa RSA, Rios FS, Moura MS, Maltz M, Jardim JJ, et al. Gingival recession and oral health-related quality of life: a population-based cross-sectional study in Brazil. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2016;44(4):390-9.
87. Antoniazzi, R. P., Fischer, L. de S., Balbinot, C. E. A., Antoniazzi, S. P., & Skupien, J. A. Impact of excessive gingival display on oral health-related quality of life in a Southern Brazilian young population. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017. 44(10): 996-1002.

88. Rivadeneyra BC, Soto CAA, Ruiz GA. Determinación de la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 con periodontitis crónica. Rev Mex Periodontol. 2018; 9 (3):40-44.

89. García Atienza, E. M., López-Torres Hidalgo, J., Minuesa García, M., Ruipérez Moreno, M., Lucas Galán, F. J., & Agudo Mena, J. L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes consumidores de benzodiazepinas. Atención primaria. 2021; 53(5): 102041.

90. Soria Romero, Zuriel, & Montoya Arce, Bernardino Jaciel. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población. 2017; 23 (93), 59-93.

13.ANEXOS

ANEXO 1



Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POSGRADO DE PERIODONCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Puebla, Pue. a ____ de ____

Yo _____; acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON AGRANDAMIENTO GINGIVAL Y PACIENTES CON RECESIONES GINGIVALES", que se llevará a cabo por la alumna Ariana García Juárez, en las clínicas del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de UPAEP. El objetivo de la investigación es comparar la calidad de vida de los pacientes con agrandamiento gingival y los pacientes con recesiones gingivales.

Se me ha declarado que mi participación consistirá en:

1. Llenado de una historia clínica.
2. Responder el cuestionario SPIRQoL
3. La alumna evaluará el periodontograma que se me ha realizado como método de diagnóstico para determinar si presento agrandamiento o recesiones gingivales

Manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación, así mismo, he comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos o académicos y son estrictamente confidenciales.

Se me ha informado que puedo abandonar el proyecto de investigación en el momento que yo considere oportuno sin que esto repercuta en mi atención.

Reconozco que el alumno investigador me proporcionó su número telefónico (2223807367) para comunicarme con él, en caso de que sea necesario para tratar algunos temas relacionados con el proyecto.

Firma Paciente

Firma

Ariana García Juárez

Firma

Testigo

Expediente: _____ Edad: _____ Sexo: () M () F Estado civil: () Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Viudo

¿Padece alguna enfermedad? (especificar): _____ Medicamentos que toma: _____

Periodoncista tratante: _____

ANEXO 2

OHIP-14 sp

Dimensión	N°	Pregunta	Valor
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,51
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,49
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	0,34
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,66
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,45
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,55
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,52
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,48
Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,60
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,40
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,62
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,38
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,59
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,41

ANEXO 3

SPIRQoL

Autoestima	Función física	Función Social
¿La sonrisa que tiene actualmente le confiere satisfacción y seguridad?	¿Alguna malposición de sus dientes le ha generado un obstáculo físico para sonreír?	¿Se ha sentido ofendido o discriminado por la apariencia de su sonrisa?
¿Alguna vez ha sentido vergüenza por su sonrisa?	¿Está conforme con la forma y tamaño de sus labios y encías?	¿Ha adoptado posturas o hábitos para esconder su sonrisa?
¿Se ha sentido cohibido al sonreír porque le desagrada el color de sus dientes?	¿En ocasiones evita sonreír porque el tamaño de sus dientes es inadecuado?	¿Ha sentido que por su sonrisa se le han limitado las oportunidades laborales?
¿Ha sentido que los demás lo observan mal porque su sonrisa no es agradable?	¿Se le ha dificultado la pronunciación de algunas palabras por malposición de sus dientes?	¿Ha sentido que por su sonrisa se han limitado sus relaciones interpersonales?
¿Piensa que las sonrisas de las otras personas son mucho mejores que la suya?	¿Ha presentado dolor en sus dientes o encías al sonreír?	¿Su sonrisa ha sido una limitante en su vida amorosa?