

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto de la enfermedad periodontal en la calidad de vida de pacientes adultos

*Impact of Periodontal Disease on the Quality of Life of Adult Patients*Edyta Klimecki¹  , Ángela Murillo Almache¹  , Kiara Mishelle Domo Moreira¹  ¹Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador.

Citar como: Klimecki, E., Murillo, A., & Domo, K.M. (2024). Impacto de la enfermedad periodontal en la calidad de vida de pacientes adultos. *Revista San Gregorio*, 1(60), 80-88. <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i60.3298>

Recibido: 15-10-2024

Aceptado: 29-11-2024

Publicado: 31-12-2024

RESUMEN

Las enfermedades periodontales son una causa muy frecuente de pérdida dental en adultos. El objetivo del estudio fue determinar el impacto de la enfermedad periodontal en la calidad de vida de los pacientes adultos atendidos en las clínicas de periodoncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, durante el período de enero de 2022 a diciembre de 2023. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, diseño transversal retro prospectivo. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, siguiendo criterios de selección, y se obtuvo un total de 75 participantes. Los datos recopilados se ingresaron en el programa SPSS versión 26, lo que facilitó el procesamiento y su análisis. Se confirmó la presencia de cuatro estadios de enfermedad periodontal en la muestra, se determinó al estadio II como más predominante. La evaluación de la calidad de vida, medida a través del cuestionario OHIP-14, reveló que el avance de la patología afectó principalmente tres dominios: la limitación funcional, la incomodidad y la discapacidad psicológica. En cambio, la dimensión que mostró menor afectación, independiente del progreso de la patología, fue la de desventajas. Los hallazgos de la investigación confirmaron que la progresión de la patología tuvo un impacto negativo en distintos dominios de la calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida; enfermedad periodontal; OHIP-14; salud pública.

ABSTRACT

Periodontal diseases are a very common cause of tooth loss in adults. The aim of the study was to compare the severity of periodontal disease with the quality of life of adult patients treated at the periodontology clinics of San Gregorio University of Portoviejo from January 2022 to December 2023. A quantitative study was conducted using a deductive approach and a retro-prospective cross-sectional design. Non-probabilistic convenience sampling was employed based on selection criteria, resulting in a total of 75 participants. The collected data were entered into SPSS version 26 for processing and analysis. Data analysis confirmed the presence of four stages of periodontal disease in the sample, with Stage II being the most predominant. The assessment of quality of life, measured through the OHIP-14 questionnaire, revealed that the progression of the disease primarily affected three domains: functional limitation, discomfort, and psychological disability. Conversely, the dimension showing the least impact, regardless of disease progression, was disadvantages. The research findings confirmed that the progression of the disease had a negative impact on various domains of quality of life.

Keywords: Quality of life; periodontal disease; OHIP-14; public health.



INTRODUCCIÓN

Las patologías orales, como la enfermedad periodontal, no solo constituyen uno de los grupos de enfermedades más prevalentes a nivel mundial, sino que, además, son afecciones progresivas que imponen una carga significativa sobre la salud, la economía y el bienestar socioemocional de quienes las padecen. Las enfermedades periodontales, que abarcan condiciones como la gingivitis y la periodontitis, son actualmente las afecciones bucodentales más comunes y una de las principales causas de pérdida dental en adultos. Según el cálculo de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) afectan, aproximadamente el 20% de la población mundial.

La periodontitis es una enfermedad multifactorial, de carácter inflamatorio asociada con la presencia de la placa bacteriana. La falta de tratamiento conduce a una inflamación crónica y como resultado, la aparición de anomalías patológicas. En el caso de periodontitis estas incluyen la destrucción de tejido de soporte, que se manifiesta como pérdida de inserción clínica interdientaria en dos o más dientes no adyacentes (CAL), pérdida ósea acompañada de bolsas periodontales mayores de 3mm en dos o más dientes y sangrado gingival (Newman, 2019; Caton et al., 2018).

Diversos estudios aseveran que la destrucción del tejido de soporte y la formación de las bolsas en la enfermedad periodontal están asociadas con la presencia de bacterias, como *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* y *Treponema denticola* (Holt & Ebersole, 2005). La progresión de la patología periodontal se clasifica en estadios y grados; los estadios se determinan en función de la severidad, complejidad y extensión de enfermedad. La severidad evalúa tanto el grado de pérdida ósea como de pérdida de inserción, mientras que la complejidad se refiere a la habilidad de controlar los cambios y el manejo de la función y estética. Finalmente, la extensión se evalúa considerando la cantidad de sitios afectados (Newman, 2019).

En este contexto, la Nueva Clasificación de Enfermedad Periodontal distingue cuatro estadios de patología. El estadio I corresponde a la manifestación inicial de enfermedad, mientras que el estadio IV, asociado con casos severos que implican la pérdida de piezas dentales (Newman, 2019). Además, la extensión de la enfermedad puede ser localizada si afecta menos que el 30% de sitios o generalizada si este porcentaje aumenta (Sociedad Argentina de Periodoncia, 2018).

Finalmente, la clasificación por grados refleja la velocidad de progresión de la periodontitis. Se identifican tres grados A, B o C los cuales se relacionan con el avance de la enfermedad: lento, moderado y rápido, y esto se identifica gracias a evidencia directa o indirecta que se asocia con la tasa de pérdida ósea según la edad del paciente, además de considerar la presencia de los factores modificadores como: diabetes y tabaquismo (Sociedad Argentina de Periodoncia, 2018). Estas alteraciones mencionadas afectan las funciones de la cavidad bucal, como la masticación y la fonación, lo que repercute negativamente en los aspectos físicos, mentales y sociales del individuo, e influye en la calidad de vida.

Por su parte, alrededor de la década de 1970 el término “calidad de vida” se convirtió en un tema de estudio, y fue entendido como la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias, laborales y sociales (Holt & Ebersole, 2005), así como la interpretación personal de su propio bienestar y expectativas con su estado de salud.

La calidad de vida abarca diferentes estados emocionales, vinculados con la presencia o ausencia de alguna patología, es así que incluye tanto indicadores cuantitativos, objetivos, por ejemplo, el índice de caries, como los subjetivos, que reflejan la percepción del paciente sobre su enfermedad y como los tratamientos de esta afectan diversas áreas de su vida, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociológicos (Costanza et al., 2006).

La creciente complejidad asociada al concepto de calidad de vida, junto con el aumento de las enfermedades crónicas y la prolongación de la expectativa de vida ha generado la necesidad de evaluar el impacto de diversas patologías en poblaciones específicas. En respuesta a esta necesidad, se desarrollaron múltiples instrumentos de medición, unificados en la década 1990 por la Organización Mundial de Salud con el objetivo de lograr una definición consensuada de calidad de vida y crear un instrumento aplicable de manera transcultural. El resultado de este esfuerzo culminó en el Cuestionario de Calidad de Vida-100 (WHOQOL-100) diseñado para evaluar 6 dominios principales: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad (The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL, 1998).

Los resultados iniciales de los cuestionarios OHIP revelaron limitaciones en su capacitación para evaluar patologías asociadas con la cavidad bucal. Este hallazgo llevó a la creación del Perfil de Impacto De Salud Oral-49 (OHIP-49) desarrollado por Spencer, con el propósito de evaluar en manera más precisa los impactos sociopsicológicos de los trastornos orales (Spencer & Slade, 1994). Desde su creación la versión condensada, OHIP-14, del cuestionario original, se ha utilizado frecuentemente para evaluar cómo las condiciones bucales y orales afectan la calidad de vida. La utilidad de este instrumento ha generado la necesidad de someterlo a un proceso de validación lingüística y cultural adaptado al contexto de cada país. En el caso de Ecuador, este proceso fue llevado a cabo por Torres (2020), cuyos resultados demostraron la tasa de fiabilidad de 0.99, un intervalo de confianza del 95 % y una estabilidad de 0.99.

En el contexto de Manabí hasta donde se ha realizado búsqueda de evidencia científica, no existen resultados acordes a la realidad local, por lo que surgió la pregunta de investigación: ¿Cómo impacta la enfermedad periodontal en la calidad de vida de los adultos mayores? A partir de lo expuesto, este estudio tiene como objetivo determinar el impacto de la enfermedad periodontal en la calidad de vida de los pacientes adultos atendidos en las clínicas de periodoncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo (USGP).

METODOLOGÍA

Esta investigación cuantitativa, con diseño transversal retro-prospectivo se centró en la evaluación de pacientes adultos atendidos en las clínicas de periodoncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo durante el periodo enero 2022- diciembre 2023. Comenzó con la determinación de la población de estudio conformada de 267 pacientes mediante la recopilación de historias clínicas, lo que permitió establecer una muestra no probabilística de conveniencia, seleccionados según los criterios de inclusión: diagnóstico de enfermedad periodontal, ficha clínica completa, capacidad del sujeto para responder a las preguntas y disponibilidad de los pacientes para ser incluidos en el estudio. No obstante, se excluyeron 189 casos debido a que las historias clínicas estaban incompletas, la restricción de edad (pacientes menores de 18 o mayores de 65 años) y la falta de disposición de los pacientes para participar en el estudio. Como resultado, la muestra final quedó constituida por 75 personas.

Posterior a otorgar su consentimiento informado, se les aplicó una encuesta no intervencionista, ésta se administró de manera presencial y en el caso de que el paciente no pudiera asistir se realizó videollamadas las que fueron grabadas utilizando el programa OBS 30.1.2. con el fin de garantizar la fiabilidad del estudio y minimizar los errores en la introducción de respuestas. La identificación de los pacientes se verificó mediante la revisión de la cédula de identidad.

El instrumento de investigación utilizado fue la versión corta de encuesta OHIP-14, validada culturalmente en Ecuador (Torres, 2020), la cual permitió evaluar los siete dominios de Calidad de vida: la limitación funcional, dolor físico, discomfort psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y desventajas. La encuesta utilizó una escala de respuestas con las opciones: nunca, rara vez, ocasionalmente, muy a menudo, siempre. Los datos obtenidos se ingresaron en el programa SPSS versión 26, lo que posibilitó su procesamiento y análisis. Esto facilitó la generación de tablas y gráficos y permitió alcanzar así el objetivo del estudio, para ello se categorizó los estadios de la enfermedad periodontal y los cambios de la calidad de vida.

Se proporcionó a los participantes la información detallada sobre el estudio y sus objetivos, garantizando así su autonomía al permitirles decidir libremente su participación. Se solicitó la firma del consentimiento informado antes de aplicar la encuesta asegurando así el pleno conocimiento y aceptación de los términos de estudio. En caso de las videollamadas, este consentimiento se obtuvo de manera verbal. La información recopilada se mantuvo confidencial y los resultados se presentaron de manera global, sin discriminación por raza, religión u otros motivos (Álvarez-Dardet et al., 2018).

El presente manuscrito es el resultado del proyecto aceptado por el Comité de Ética De Investigación en Seres Humanos de Universidad Técnica de Manabí bajo el número de aprobación CEISH-UTM-EXT_24-04-05_EK. Todo el proceso fue monitoreado para asegurar el cumplimiento de las normas éticas y científicas vigentes.

RESULTADOS

El estudio reveló que la enfermedad periodontal afecta de manera similar en ambos sexos, con una muestra casi equilibrada de 38 mujeres y 37 hombres. Los datos de la tabla 1 muestran que la evaluación de la magnitud de la enfermedad periodontal mostró la presencia de cuatro estadios de la patología, destacando una prevalencia predominante del estadio II generalizado, grado B.

Tabla 1. Distribución de casos según el estadio de enfermedad periodontal.

Estadio I	17 (22.66%)	Estadio II	34 (45.33%)
Estadio I localizado	14 (82.35%)	Estadio II localizado	24 (70.58%)
Estadio I localizado grado A	11 (78.57%)	Estadio II localizado grado A	21 (87.50%)
Estadio I localizado grado B	3 (21.42%)	Estadio II localizado grado B	3 (12.50%)
Estadio I generalizado	3 (17.64%)	Estadio II generalizado	10 (29.41%)
Estadio I generalizado grado B	3 (100%)	Estadio II generalizado grado A	2 (20.00%)
		Estadio II generalizado grado B	5 (50.00%)
		Estadio II generalizado grado C	3 (30.00%)
Estadio III	13 (17.33%)	Estadio IV	11 (14.66%)
Estadio III localizado	4 (30.76%)	Estadio IV localizado	1 (9.09%)
Estadio III localizado grado A	3 (75.00%)	Estadio IV localizado grado B	1 (100%)
Estadio III localizado grado B	1 (35.00%)		
Estadio III generalizado	9 (69.23%)	Estadio IV generalizado	10 (90.90%)
Estadio III generalizado grado A	2 (22.22%)	Estadio IV generalizado grado A	3 (30.00%)
Estadio III generalizado grado B	6 (66.66%)	Estadio IV generalizado grado B	4 (40.00%)
Estadio III generalizado grado C	1 (11.11%)	Estadio IV generalizado grado C	3 (30.00%)

Como se observa en la tabla 2, al desglosar los datos por el sexo y edad, se encontró que el estadio II es más frecuente entre las mujeres (63.15%) en el rango de 26 y 33 años, mientras que en los hombres este estadio se presenta con menor incidencia (27.02%) y es más común en el grupo de 42 y 49 años.

Tabla 2. Distribución de datos según sexo, estadio y edad.

Sexo	Estadio	Número de casos	18-25 años	26-33 años	34-41 años	42-49 años	50-57 años	58-65 años
hombres	Estadio I	11 - 29.72%	7 - 63.63%	2 - 18.18%	-	1 - 9.09%	1 - 9.09%	-
	Estadio II	10 - 27.02%	2 - 20%	1 - 10%	1 - 10%	2 - 20%	3 - 30%	1 - 10%
	Estadio III	9 - 24.32%	-	2 - 22.22%	-	1 - 11.11%	1 - 11.11%	5 - 55.55%
	Estadio IV	7 - 18.91%	-	-	-	2 - 28.57%	2 - 28.57%	3 - 42.85%
mujeres	Estadio I	6 - 15.78%	2 - 33.33%	3 - 50%	1 - 16.66%	-	-	-
	Estadio II	24 - 63.15%	2 - 8.33%	8 - 33.33%	4 - 16.66%	4 - 16.66%	2 - 8.33%	3 - 12.5%
	Estadio III	4 - 10.52%	1 - 25%	1 - 25%	-	-	1 - 25%	1 - 25%
	Estadio IV	4 - 10.52%	-	-	1 - 25%	-	1 - 25%	2 - 50%

En cuanto a la evaluación general del impacto de la enfermedad periodontal en la calidad de vida, se demostró que los que el progreso de la patología afectaba negativamente. El impacto promedio fue de 1.24 en el estadio I y 1.82 en el estadio II. En el estadio III, el impacto promedio descendió a 1.76, mientras que en el estadio IV alcanzó su nivel máximo de 3.03, los datos se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Impacto general de enfermedad periodontal en la calidad de vida.

ESTADIOS		preg. 1	preg. 2	preg. 3	preg. 4	preg. 5	preg. 6	preg. 7	preg. 8	preg. 9	preg. 10	preg. 11	preg. 12	preg. 13	preg. 14
estadio I															
valid 17, missing 0	mean	1.53	1.35	1.18	1.82	1.18	1.29	1.18	1.18	1.18	1.12	1.12	1.24	1.00	1.00
	Std. Deviation	.94	1.05	.52	1.23	.52	.98	.52	.39	.39	.33	.33	.71	.00	.00
estadio II															
valid 34 missing 0	mean	2.18	2.32	2.15	2.21	1.91	2.02	1.68	1.79	2.06	1.65	1.38	1.44	1.26	1.24
	Std. deviation	1.16	1.49	1.39	1.22	1.19	1.27	1.24	1.38	1.32	1.15	.88	1.05	.71	.60
estadio III															
valid 13 missing	mean	2.31	2.15	1.54	2.23	1.77	2.05	1.92	1.54	2.08	1.85	1.62	1.15	1.23	1.23
	Std. Deviation	1.60	1.57	.96	1.42	.92	1.40	1.44	1.12	1.38	1.21	1.19	.37	.83	8.83
estadio IV															
valid 11 missing	mean	3.27	3.64	2.27	3.27	3.45	3.73	2.82	3.36	3.45	3.27	3.18	2.73	1.64	2.45
	Std. Deviation	1.48	1.43	1.67	1.34	1.36	1.27	1.66	1.69	1.57	1.61	1.72	1.79	1.28	1.44

Por otro lado, como muestra la tabla 4, se reveló que la progresión de la enfermedad tuvo un mayor impacto en tres dominios: la limitación funcional (pregunta 2), el malestar psicológico (pregunta 6) y la discapacidad psicológica (pregunta 9). En cuanto a los cambios en la apariencia debido a alteraciones asociadas con la patología (pregunta 2), se observó un incremento en las respuestas afirmativas (“siempre”), pasando del 5.88% en el estadio I al 45.45% en el estadio IV, lo que representa el aumento más significativo entre todas las respuestas. En cuanto a la incomodidad relacionada con la apariencia de los dientes o la boca (pregunta 6) y al estado de intranquilidad (pregunta 9), las respuestas afirmativas aumentaron hasta 36.36% en el estadio IV en ambos casos.

Tabla 4. Distribución de respuestas en dominios afectados.

estadio	Limitación funcional (Preg. 2)					Disconfort psicológico (preg. 6)					Discapacidad psicológica (preg. 9)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
I	15- 88.24%	-	1- 5.88%	-	1 -5.88%	15- 88.24%	1- 5.88%	1- 5.88%	-	-	14- 82.35%	3- 17.65%	-	-	-
II	15- 44.12%	6- 17.65%	5- 14.78%	3- 3.82%	5- 14.78%	16- 47.06%	7- 20.59%	5- 14.71%	2- 5.88%	4- 11.76%	17- 50.00%	6- 17.65%	6- 17.65%	2- 5.88%	3- 8.82%
III	7- 53.85%	2- 15.36%	1- 7.69%	2- 7.69%	9- 15.38%	2- 69.23%	1- 15.38%	1- 7.69%	1- 7.69%	-	6- 46.15%	4- 30.77%	-	2- 15.38%	1- 7.69%
IV	1- 9.09%	1- 9.09%	4- 36.36%	-	5- 45.45%	6- 54.55%	1- 9.09%	1- 9.09%	1- 9.09%	2- 18.18%	2- 18.18%	1- 9.09%	2- 18.18%	2- 18.18%	4- 36.36%

Nota. Las preguntas fueron tabuladas en escala Likert donde: 1. nunca, 2. rara vez, 3 ocasionalmente, 4 muy a menudo, 5 siempre.

Finalmente se evidenció que el dominio menos afectado por el progreso de la patología fue el de desventajas, que evalúa el impacto de la enfermedad en la capacidad para realizar actividades diarias y la pérdida económica asociada a éstas. Como muestra la tabla 5, en ambos casos la presencia de respuestas afirmativas ('siempre') se sostuvo solo en estadio IV, con una frecuencia de 9.09%.

Tabla 5. Distribución de las respuestas - dominio desventajas.

	Desventajas (preg. 13)					Desventajas (preg. 14)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
estadio I	17- 100%	-	-	-	-	17- 100%	-	-	-	-
estadio II	29- 85.29%	2- 5.88%	2- 5.88%	1- 2.94%	-	29- 85.29%	2- 5.88%	3- 8.82%	-	-
estadio III	12- 92.31%	-	1- 7.69%	-	-	12- 92.31%	-	-	1- 7.69%	-
estadio IV	8- 72.73%	1- 9.09%	1- 9.09%	-	1- 9.09%	4- 36.36%	2- 18.18%	2- 18.18%	2- 18.18%	1- 9.09%

Nota. Las preguntas fueron tabuladas en escala Likert donde: 1. nunca, 2. rara vez, 3 ocasionalmente, 4 muy a menudo, 5 siempre.

DISCUSIÓN

La población de pacientes atendidos en las clínicas de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo (USGP) suele tener un perfil específico en términos de nivel socioeconómico o de salud en general. Debido a estas particularidades es posible que los resultados no reflejan con precisión las propiedades de la población en general. Sin embargo, los datos sociodemográficos aportados por este estudio indican que la enfermedad periodontal afecta sin preferencia a ambos sexos (50.66% mujeres/ 49.33% hombres). Las tendencias similares se presentan en la investigación de Bulut et al. (2024), realizada en Turquía, donde la muestra estudiada reflejó un equilibrio casi similar.

A diferencia, otros estudios han evidenciado una mayor prevalencia en sexo femenino, como el de Perafán et al. (2022) quienes reportaron que el 79.90% de su muestra de 229 participantes eran mujeres. El mismo patrón se obtuvo en las investigaciones realizadas tanto en Uruguay por Ariceta et al. (2021), donde las mujeres representaron el 52.4% de los participantes, y en el estudio de Fuller et al., (2020), que reportó una distribución femenina en 64.8% en casos de periodontitis agresiva y del 58.7% en periodontitis crónica. Finalmente, las tendencias parecidas se manifiestan en la investigación de Pyo et al. (2020).

Dicho esto, varios investigadores han cuestionado la predisposición del sexo femenino hacia las enfermedades periodontales, en este sentido existen resultados que sugieren que las mujeres, debido a su mayor conciencia sobre la higiene y la estética, las lleva a buscar los tratamientos con mayor frecuencia sumados a los cambios fisiológicos asociados con la pubertad, el embarazo a menudo se relaciona con la gingivitis (Alves et al., 2015). Es así que la menopausia, es el periodo que se puede asociar con un aumento en la susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad periodontal, este fenómeno se debe a un desequilibrio hormonal (Martelli et al., 2017), que conlleva las alteraciones en el grosor del epitelio, disminución de densidad ósea y del flujo salival (Agrawal et al., 2024). Además, el prolongado intervalo promedio de 7 a 10 años que puede durar la menopausia incrementa el riesgo de desarrollo de enfermedad periodontal (Alves et al., 2015).

Por el contrario, la investigación de Grigoras et al. (2014), que incluyó 50 pacientes, mostró una mayor frecuencia del sexo masculino, con un 62% de hombres, frente al 38% de mujeres. Resultados similares evidencia Durham et al. (2013), quien reportó una proporción del 56% de hombres. Estos hallazgos están en la línea con la literatura, que afirma que los hombres tienen mayor predisposición al desarrollo de enfermedad periodontal. La tendencia se relaciona con la influencia de hormonas sexuales (Khera, 2016) capaces de reducir las respuestas inmunitarias, sumado a factores habituales, como una higiene bucal deficiente (Newman, 2019) y el tabaquismo (Lipsky et al., 2021; Berglundh & Giannobile, 2017). En este contexto algunos científicos han comprobado que existe una asociación entre periodontitis y bajos niveles de testosterona (Kellesarian et al., 2017; Pelegrin et

al., 2023). El mencionado desequilibrio no solo altera la salud esquelética sino también está correlacionada con un incremento del número de bacterias periodontopatógenas.

Las evidencias obtenidas en esta investigación revelaron que los dominios más afectados fueron la limitación funcional, la incomodidad y discapacidad psicológica, que coincide con los resultados de Perafán et al. (2022) quien identificó que el dominio más impactado, independientemente del estadio de la enfermedad, era de discapacidad y malestar psicológico con puntaje 4.5 en caso de periodontitis media y grave y 4.7 en caso de periodontitis leve. Patrones similares se presentaron en una revisión brasileña de Batista et al. (2017) sobre los 248 adultos entre 20 y 64 años, donde el dominio más afectado era del malestar psicológico (35.8%). Que coincide con hallazgos de Grigoras et al (2014), Fuller et al. (2020) y Taques et al. (2023), en los cuales el dominio de impacto psicológico obtuvo la puntuación más alta. Sin embargo, en las dos últimas revisiones, el dominio de limitación funcional registró el valor más bajo, independiente de sexo, edad y estadio de enfermedad periodontal. Estos resultados no solo resaltan la correlación entre los factores psicológicos y la presencia de la patología, sino que también los relacionan con el estado mental.

Varios investigadores han vinculado los marcadores de estrés, como cortisol y catecolaminas con su capacidad para influir los cambios dentro de la microflora bucal (Ball & Darby, 2022) y, lo que más importante, con el potencial de iniciar la inflamación en el cuerpo, la reducción del flujo salival y los cambios en la oxigenación de sangre (Joghaiman, 2024). Además, no se puede negar que los signos asociados con avances de la periodontitis pueden reducir la autoestima y provocar la ansiedad o depresión (Ball & Darby, 2022), lo que a su vez puede llevar al aislamiento social o el uso de sustancia adictivas, como alcohol. Estas condiciones, a su vez, incrementan los niveles de cortisol, creando así un ciclo cerrado.

Como señala Wong et al. (2021) el impacto de la enfermedad periodontal en la calidad de vida es considerablemente menor en comparación con otras condiciones, como el edentulismo o las alteraciones temporomandibulares. A diferencia de este estudio, los descubrimientos de Taques et al. (2023) revelaron que los estadios avanzados de la enfermedad, es decir, estadio III o IV, no disminuyen significativamente la calidad de vida en comparación con los estadios I o II. Dado que los estudios sobre la calidad de vida a menudo se basan en percepciones puede ser difícil categorizar o comparar el impacto de los cambios asociados con alguna patología. Además, las diferencias en las metodologías empleadas para evaluar la calidad de vida pueden influir en los resultados. No obstante, al examinar indicadores objetivos, es más fácil destacar los cambios y asociarlos con su posible impacto negativo en diferentes aspectos de la vida (Costanza et al., 2006).

Finalmente, en esta investigación se evidenció que el dominio menos afectado fue el de minusvalía o desventaja lo cual coincide con los hallazgos de Perafán et al.(2022) y de Ng & Leung (2006), donde dicha categoría obtuvo el puntaje más bajo. Resulta importante recalcar que, en el caso de Perafán, este impacto no varió con el avance de la patología.

La correlación entre pobreza y la presencia de enfermedad periodontal ha sido confirmada en varios estudios, y, en general, los bajos niveles socioeconómicos vinculados con los niveles básicos de educación; esa correlación es independiente de la raza, edad o sexo (Borrell et al., 2006). Los bajos ingresos asociados con la falta de educación pueden dificultar el acceso a servicios preventivos, como citas odontológicas (Srivastava et al., 2023). Finalmente se puede inferir que los trabajos desempeñados por estos pacientes podrían no exigir una apariencia representativa. Además, debido a su situación económica, es probable que no pueden permitirse faltar al trabajo. Estos factores podrían contribuir a la obtención del puntaje más bajo de dominio de desventaja.

Con relación a las limitaciones asociadas con el estudio, se hace énfasis en las historias clínicas con datos de contacto incompletos, lo que provocó complicaciones en la recopilación de respuestas para el cuestionario OHIP-14, sumando a esto el aumento de la inseguridad en Ecuador, disminuyó la confianza y predisposición a participar en el estudio. Por estas razones, se recomienda que futuras investigaciones se realicen con un enfoque metodológico prospectivo.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación sobre la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad periodontal, atendidos en las clínicas de periodoncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo durante el período entre enero 2022 y diciembre de 2023, sugieren que el avance de la enfermedad periodontal tiene un impacto negativo en distintos dominios de la calidad de vida. El impacto más notable se observó en los dominios: limitación funcional, la incomodidad y la discapacidad psicológica, lo que resalta los obstáculos que enfrentan los pacientes al realizar sus actividades cotidianas.

REFERENCIAS

- Agrawal, J., Rehan, A., Shilpi, & Ravi, R. (2024). Oral health of women during menopause and its management - a literature review. *Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology*, 31(1), 2044-204. <https://doi.org/10.53555/jptcp.v31i1.4309>
- Álvarez-Dardet, C., Lumberras Lacarra, B., Ronda, E., & Ruiz Cantero, M. T. (2018). *Cómo elaborar un proyecto en ciencias de la salud*. Fundación Dr. Antoni Esteve. <https://acortar.link/tPAND0>
- Alves, R., Felix, S., Rodriguez, A., Oliveira, P., Brito, J., & Santos, J. (2015). Relationship between menopause and periodontal disease: a cross-sectional study in a Portuguese population. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(7), 11412-11419. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565340/>
- Ariceta, A., Bueno, L., Andrade, E., & Arias, A. (2021, April 30). Psychosocial impact of periodontal disease on the quality of life of patients of the school of dentistry (Udelar). A qualitative-quantitative study. *Odontostomatología*, 23 (37), 1-13. <https://doi.org/10.22592/ode2021n37a1>
- Ball, J., & Darby, I. (2022). Mental health and periodontal and peri-implant diseases. *Periodontol 2000*, 90(1), 106-124. <https://doi.org/10.1111/prd.12452>
- Batista, M., Lawrance, H., & Sousa, M. (2017). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, 18(1). 10.1186/s12889-017-4443-0
- Berglundh, T., & Giannobile, W. V. (Eds.). (2017). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. Editorial Médica Panamericana.
- Borrell, L., Beck, J., & Heiss, G. (2006). Socioeconomic Disadvantage and Periodontal Disease: The Dental Atherosclerosis Risk in Communities Study. *American Journal of Public Health*, 96(2), 332-339. 10.2105/AJPH.2004.055277
- Bulut, M., Kurtaran, D., & Bostancı, V. (2024). Self-esteem, hopelessness, quality of life, and psychological symptoms in individuals diagnosed with periodontal disease. *Curr Psychol*, 43, 7071-7083. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04924-3>
- Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L., Jepsen, S., Kornman, K. S., ... & Tonetti, M. S. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions-Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of periodontology*, 89, S1-S8. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., & Danigelis, N. (2006). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecolecon.2006.02.023>
- Durham, J., Fraser, H., McCracken, G., Stone, K., John, M., & Preshaw, P. (2013). Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *Journal of Dentistry*, 41(4), 370--6. 10.1016/j.jdent.2013.01.008
- Fuller, J., Donos, N., Suvan, J., Tsakos, G., & Nibali, L. (2020). Association of oral health-related quality of life measures with aggressive and chronic periodontitis. *Journal of Periodontal Research*, 55(4), 574-580. <https://doi.org/10.1111/jre.12745>
- Grigoras, S., Martu, S., & Balcos, C. (2014). Quality of Life Regarding Patients with Periodontal Disease in Iasi, Romania. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.204>
- Holt, S. C., & Ebersole, J. L. (2005). Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, and Tannerella forsythia: the "red complex", a prototype polybacterial pathogenic consortium in periodontitis. *Periodontology 2000*, 38, 72-122. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2005.00113.x>
- Joghaiman, E. (2024). The Relationship Between Mental Health and Periodontal Disease: Insights from NHANES Data. *F1000Research*, 13, 709. <https://f1000research.com/articles/13-709>
- Kellesarian, S., Malmstron, H., Abduljabbar, T., Vohra, F., Kellesarian, T., Javed, F., & Romanos, G. (2017). Low Testosterone Levels in Body Fluids Are Associated With Chronic Periodontitis. *American Journal of Men's Health*, 11(2), 443-453. <https://doi.org/10.1177/1557988316667692>
- Khera, M. (2016). Male hormones and men's quality of life. *Current Opinion in Urology*, 26(2):152-7. <https://doi.org/10.1097/mou.0000000000000256>
- Lipsky, M., Su, S., Hung, M., & Crespo, C. (2021). Men and Oral Health: A Review of Sex and Gender Differences. *American Journal of Men's Health*, 15(3). <https://doi.org/10.1177/15579883211016361>
- Martelli, M., Brandi, M., Martelli, M., Nobili, P., Médico, E., & Martelli, F. (2017). Periodontal disease and women 's health. *Current Medical Research and Opinion*, 33(6),1005-1015. <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1297928>
- Michael G., Newman, H. H., Takeji, P. R., Klokkevold F, & Carranza, A. (Eds.) (2019). *Newman and Carranza 's Clinical Periodontology* (10ma Ed.). Elseiver. <https://umsdental.com/images/products/192135download-pdf-ebooks.org-1533641033EK8A7.pdf>

- Ng, S. K., & Leung, W. K. (2006). Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community dentistry and oral epidemiology*, 34(2), 114-122. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00267.x>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Oral health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Pelegri, Á., Gonçalves, V., Cavallo, J., Spolidorio, D., & Spolidorio, L. (2023). Testosterone replacement relieves ligature-induced periodontitis by mitigating inflammation, increasing pro-resolving markers and promoting angiogenesis in rats: A preclinical study. *Archives of Oral Biology*, 146. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2022.105605>
- Pyo, J., Lee, M., Ock, M., & Lee, J. (2020). Quality of Life and Health in Patients with Chronic Periodontitis: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13):4895. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17134895>
- Sociedad Argentina de Periodoncia. (2018). *Clasificación de las enfermedades y alteraciones periodontales y periimplantares 2017*. https://saperiodoncia.org.ar/wp-content/uploads/2021/03/Clasificacion-AAP-EFP_2017_con-aclaraciones-2020.pdf
- Spencer, A., & Slade, G. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*, 11(1):3-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8193981/>
- Srivastava, R., Tangade, P., & Singer, V. (2023). *Poverty's grip on oral health*. Scholars' Press. <https://acortar.link/20oGak>
- Taques, L., Lopez, L., Neto, L., Arcaro, G., Muller, E., Santos, F., & Pochapski, M. (2023). Periodontal disease and quality of life in patients with circulatory diseases. *Revista de Odontología de UNESP*, 52. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.00423>
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). (1998). Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-85. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
- Torres, R. F. (2020). Validación y adaptación cultural del instrumento perfil de impacto de la salud bucal en Ecuador. *Revista San Gregorio*, 40, 61-76. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i40.1384>
- Wong, L., Yap, A., & Allen, P. (2021). Periodontal disease and quality of life: Umbrella review of systematic reviews. *Journal of Periodontal Research*, 56(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/jre.12805>

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores:

Edyta Klimecki, Ángela Murillo Almache, Kiara Mishelle Domo Moreira: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original y redacción, revisión y edición.

Descargo de responsabilidad/Nota del editor:

Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones son únicamente de los autores y contribuyentes individuales y no de Revista San Gregorio ni de los editores. Revista San Gregorio y/o los editores renuncian a toda responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedades resultantes de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.