



## DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA PERCEPCIÓN FRENTE A LAS RECESIONES GINGIVALES

León Riaño C<sup>1</sup>; Velasquez Herrera Z<sup>1</sup>;

Novoa C<sup>2</sup>; Parra D<sup>3</sup>.

### ABSTRACT

**ANTECEDENTES:** Más del 60% de la población tiene recesiones gingivales, como resultado del efecto final de la interacción de múltiples factores etiológicos, actualmente, en la literatura científica existen pocos estudios que investiguen la percepción que tienen los pacientes frente a las recesiones gingivales, gran parte de la población no posee ningún conocimiento sobre esta condición, situación que conlleva a que no reciban un tratamiento oportuno y temprano debido a que no sienten la necesidad sobre todo cuando las recesiones son asintomáticas. **OBJETIVO:** El objetivo del presente estudio es diseñar y validar un instrumento que permita identificar la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales **MÉTODOS:** Se realizó un estudio de diseño y validación de un instrumento, utilizando como base la revisión bibliográfica que soportó la construcción de las preguntas validándolo mediante la opinión de los expertos y prueba piloto en la población. **RESULTADOS:** Según las observaciones de los expertos y las sugerencias de la lista de chequeo se realizaron los ajustes adecuados en el instrumento y se procedió aplicarlo a una población de 200 personas donde se encontró que la percepción de cambios en la encía fue mayor entre las mujeres (45,2%) que en los hombres (32,3%), presentando diferencias estadísticas significativas ( $p=0,0421$ ). Aunque en la población general no hubo una significativa percepción. **CONCLUSIONES:** A pesar de la alta prevalencia de las recesiones gingivales los pacientes no tienen conocimiento de cómo esta condición puede alterar la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Las recesiones gingivales son solo percibidas cuando presenta alguna sintomatología o cuando el profesional por medio del examen clínico diagnostica la recesión gingival.

**Palabras clave:** Recesión Gingival, Percepción, Estética Dental, Hipersensibilidad, Dolor, Autocuidado, Calidad de Vida.

**BACKGROUND:** More than 60% of the population has gingival recession as a result of the final effect of the interaction of multiple etiological factors. Currently in the scientific literature there are few studies investigating the perception that patients from gingival recession, large part of the population does not have any knowledge about this condition, a situation that leads to not receive timely treatment and early because they do not feel the need especially when recessions are asymptomatic. **PURPOSE:** The purpose of this study is to design and validate an instrument to identify the perception of patients to the gingival recession **METHODS:** A study design and validation of an instrument was performed, using as bibliographic database that supported the construction of the questions validating it by expert opinion and pilot in the population. **RESULTS:** According to the observations of experts and the suggestions of the checklist appropriate to the instrument adjustments were made and proceeded to apply it to a population of 200 people found that the perception of changes in the gum was higher among women (45.2%) than men (32.3%), showing statistically significant differences ( $p = 0.0421$ ). Although there was no significant perception in the general population. **CONCLUSIONS:** Despite the high prevalence of gingival recessions patients are unaware of how this condition may affect the quality of life and well-being of individuals. The gingival recession is only perceived when presented any symptoms or when the professional diagnosed this condition.

**Key Words:** gingival recession, perception, quality of life, Self-reporting, esthetics, patient perception and Dentine hypersensitivity

<sup>1</sup> Estudiantes de Posgrado de periodoncia de la Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC

<sup>2</sup> Asesor científico, docente del UNICOC

<sup>3</sup> Asesor metodológico, docente del UNICOC

## INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que más del 60% de la población tiene recesiones gingivales, como resultado del efecto final de la interacción de múltiples factores etiológicos que se dividen en predisponentes y desencadenantes, tales como anatomía, procesos inflamatorios, traumáticos, entre otros. <sup>(1)</sup>

Generalmente la recesión gingival afecta la calidad de vida de quien la padece debido que ocasiona un problema estético (especialmente cuando afecta dientes anteriores), generando la necesidad de consulta odontológica cuando se presenta molestia por el aspecto clínico o por alguna manifestación de dolor afectando la funcionalidad y generando sensibilidad. <sup>(2,3)</sup>

La recesión gingival es definida como la migración del margen apical a la unión amleocementaria<sup>(4)</sup>, ésta es clasificada<sup>(5)</sup> como una deformidad mucogingival alrededor del diente afectando el mismo (recesión simple) o más dientes (recesiones múltiples), así mismo la exposición de la raíz dental hace que el diente sea más susceptible a hipersensibilidad dental, dolor, caries, lesiones no cariosas, compromiso estético, sangrado gingival, retención de placa, exposición de la superficie de la dentina y afectación directa a la pulpa. <sup>(1)</sup>

Otro factor causal de las recesiones gingivales son las lesiones cervicales no cariosas que son un grupo de lesiones que afectan a la zona cervical de los dientes tales como, la abrasión, erosión y abfracción, debido a la exposición de la superficie radicular causada

por factores relacionados con la higiene oral, factores oclusales y en algunos casos la dieta. <sup>(6)</sup>

La prevalencia de esta condición ha sido ampliamente estudiada en Estados Unidos donde ha sido reportada en el 78% al 100% de individuos de mediana edad, que afectan del 22 al 53% de los dientes <sup>(3)</sup>. En Europa la prevalencia de recesiones gingivales se evaluó en Pomerania, una provincia en el este de Alemania, cuyos resultados demostraron que el 89,7% se presentaba en adultos (20-81 años de edad), con el 62,8% de los dientes afectados.<sup>(7)</sup>

En Brasil se encontró esta condición clínica en un 64% de personas con edades comprendidas entre 20 y 29 años de edad, así mismo el 99% de los individuos mayores de 40 años mostraron recesiones gingivales. <sup>(8)</sup>

Por otra parte, la literatura reporta que el aumento de la edad predispone a un incremento en el número de dientes afectados por esta condición. <sup>(2,7,8)</sup>

En Colombia el 4° Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), reporta que en promedio 38.4% de todas las superficies dentales presentan pérdida del nivel de inserción clínica (NIC). La pérdida de NIC con respecto a la extensión, se observó en un 41,47% en hombres y 35.37% en mujeres. Al observar la severidad se estimó una severidad de pérdida de NIC mayor a 5 mm en 2.59% de los hombres y 1.68% de las mujeres. <sup>(9)</sup>

A lo largo del curso de vida se percibe un incremento en la extensión y la severidad en

pérdida de NIC proporcionalmente con la edad, con una extensión de 11.8% a los 18 años hasta 79.01% en el grupo de 65 a 79 años. <sup>(9)</sup>

Un estudio realizado en comunidades del Amazonas, corrobora lo anteriormente mencionado, puesto que allí se observó una relación de la pérdida de inserción con respecto a la edad, así mismo se observa asociación entre el nivel de inserción y la presencia de recesiones gingivales en un 57.1% de la población observada. <sup>(10)</sup>

Actualmente, en la literatura científica existen pocos estudios que investiguen la percepción que tienen los pacientes frente a las recesiones gingivales. Gran parte de la población no posee ningún conocimiento sobre esta condición, situación que conlleva a que no reciban un tratamiento oportuno y temprano debido a que no sienten la necesidad sobre todo cuando las recesiones son asintomáticas. Es necesario que el odontólogo conozca la percepción que tiene el paciente frente a esta condición permitiéndole establecer si son conscientes o no de las consecuencias que a futuro le puede generar.

Nieri y col (2013), realizaron un estudio con 120 pacientes con el fin de identificar la percepción y la necesidad de tratamiento de las recesiones gingivales encontrando que 96 pacientes presentaron 783 recesiones gingivales, de las cuales 565 no fueron percibidas por los pacientes y 218 recesiones si lo fueron. En los cuales solo el 11% solicito

tratamiento y fueron relacionadas con las variables de hipersensibilidad y estética. <sup>(11)</sup>

La prevalencia de recesiones gingivales es alta y la preocupación de los pacientes por esta condición es muy baja situación que requiere y permite realizar investigaciones para analizar la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales.

Además de valorar la percepción otro componente que se debe tener en cuenta es la influencia que puede llegar a presentar las recesiones gingivales con respecto a la calidad de vida. En un estudio de 200 personas con problemas periodontales atendidas en la práctica privada durante seis meses se encontró que la condición oral tiene una gran relevancia e influencia en los aspectos físicos, sociales y psicológicos. En el cual se reportó que la condición oral afecta su comodidad, altera su apariencia física, tiene gran impacto social en su vida diaria. Además, de sus influencias psicológicas se reportan que alteran su estado de ánimo, felicidad y autoconfianza. <sup>(12,13,14,15)</sup>.

Wagner y colaboradores evaluaron la asociación de las recesiones gingivales con respecto a la calidad de vida en una población en Brasil reportando que, la presencia de recesión gingival en el maxilar tuvo mayor impacto negativo que en la mandíbula. Además, la recesión gingival en la zona vestibular y proximales en dientes anteriores fue significativamente asociada con un peor impacto en la calidad de vida, pero esto

asociación no se observó en los dientes posteriores.<sup>(16)</sup>

Por otra parte, la recesión gingival afecta negativamente los dominios funcionales y dominios psicológicos de las personas. También, en este estudio se observó que solo la recesión gingival sin hipersensibilidad dentinal no estaba asociada negativamente en la calidad de vida. Sin embargo, cuando la recesión gingival y la hipersensibilidad dentinal estaban presentes fue asociada negativamente con la calidad de vida, principalmente en la presencia de recesiones gingivales en las zonas vestibulares.<sup>(16)</sup>

La autopercepción en salud es una opinión del mismo individuo que expresa el estado general y esta permite predecir los resultados futuros de salud. Está relacionada con la calidad de vida, el autocuidado y el diagnóstico temprano de condiciones que afectan el estado de salud en general.<sup>(17)</sup>

Así mismo, teniendo en cuenta que la percepción es un aspecto importante frente a la adherencia a los tratamientos existe la necesidad de generar instrumentos que se ajusten a las características de las poblaciones a intervenir debido a que los conocimientos, actitudes y prácticas frente a este tipo de condiciones son indispensables a la hora de tratar e intervenir con el único propósito de generar una solución predecible y temprano en el tratamiento de las recesiones gingivales.

Por lo anterior el objetivo del presente estudio es diseñar y validar un instrumento que permita identificar la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio de diseño y validación de un instrumento, utilizando como soporte la revisión de la bibliografía que soportó la construcción de las preguntas validándolo mediante la opinión de los expertos y prueba piloto en la población.

### **Diseño de la encuesta**

La elaboración de la encuesta se realizó por parte de los residentes de periodoncia incluyendo cinco dominios: el sociodemográfico, percepción, función psicológica, dolor y estética.

La construcción se realizó a partir de la búsqueda bibliográfica en MEDLINE-PubMed. Las palabras claves utilizadas fueron: "*gingival recession, perception, quality of life, Self-reporting, esthetics, patient perception y Dentine hypersensitivity*". Se revisaron adicionalmente las referencias bibliográficas de los artículos relacionados con la investigación.

### **Redacción de las preguntas**

A partir de la literatura encontrada se evaluó la relación de las recesiones gingivales y la percepción de los pacientes ante esta condición. La literatura encontrada respecto a la percepción ante las recesiones gingivales es escasa, por lo tanto no sólo se tuvo en

cuenta este aspecto sino además cómo esta condición afecta la calidad de vida.

Se evaluó principalmente la prevalencia de las recesiones gingivales para determinar y redactar las preguntas sociodemográficas en las cuales fueron incluidas la edad, región de nacimiento, sexo y nivel educativo.

En el dominio de percepción, se tuvieron en cuenta artículos que hablaran la percepción de la sonrisa o estética y sobre percepción en la salud oral. Correspondiente al dominio de la función psicológica se investigó como el estado oral tenía un impacto en la autoestima o autoconfianza de las personas. Además, la autopercepción en el estado de la salud oral.

En el dominio de dolor se estudió la prevalencia de la hipersensibilidad con relación a la recesión gingival y cómo influye la hipersensibilidad dentinal en la calidad de vida en cuanto a la funcionalidad oral. En el dominio de estética se tuvo en cuenta estudios que se detallaran en la percepción de la estética en pacientes con recesiones, además de como la encía se tiene en cuenta para la estética en cuanto al tamaño y forma de los dientes.

De igual manera todos estos dominios se estudiaron con respecto al impacto que tiene en la calidad de vida.

### **Validación de contenido**

Después de tener elaborado el instrumento se seleccionó un grupo de 7 expertos el cual

evaluaron la claridad, fiabilidad, validez, suficiencia y reproductibilidad del instrumento por medio de una lista de chequeo previamente construida.

Los expertos fueron seleccionados de diferentes universidades (universidad Nacional de Colombia, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana y de UNICOC – Colegio Odontológico) quienes tenían que cumplir con ciertos criterios basados en los criterios de Skjong y Wentworht (2000) los cuales proponen los siguientes criterios de selección: <sup>(18)</sup>

(a)Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (b) reputación en la comunidad, (c) disponibilidad y motivación para participar, e (d) imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad. También plantean que los expertos pueden estar relacionados por educación similar, entrenamiento y experiencia.

A cada experto se explicó el objetivo del estudio y el aporte que tendrá este en la práctica clínica, se utilizó el método Delphi.

Cabe resaltar que además de contar con la participación de los expertos se contó con la opinión y/o sugerencia de una socióloga experta que ha enfatizado su profesión en el trabajo en diferentes comunidades.

### **Prueba piloto**

Posteriormente al modificar la encuesta se decide realizar la aplicación de la misma en una muestra de 200 personas que fueron conglomerados al azar. Que tuvieran un rango

de edad de 14 a 80 años de edad, que hubiesen nacido en Colombia y de diferente procedencia y estrato socioeconómico.

El trabajo de campo se llevó a cabo en mayo del 2016. Se explicó a cada encuestado sobre el objetivo de la investigación y la importancia de que la encuesta fuera contestada de forma clara y transparente.

## RESULTADOS

Principalmente se analizó la lista de chequeo que cada experto diligenció evaluando el instrumento donde se tuvo en cuenta cinco categorías como: claridad, fiabilidad, validez, suficiencia y reproductibilidad. Estas fueron calificadas por los expertos teniendo presente los criterios que correspondían al grado de cumplimiento o no cumplimiento de las categorías anteriormente mencionadas.

Estos criterios fueron de 1 como no cumple, 2 bajo nivel, 3 moderado nivel y 4 como alto nivel; a continuación se presentaron los promedios arrojados tras el análisis de cada categoría de acuerdo a la calificación de los expertos. Como resultado general se destaca que en las cinco categorías el promedio de calificación fue de tres considerado como: moderado nivel.

Después de ser revisada la primera versión del instrumento por los expertos y teniendo en cuenta las observaciones y resultado de la lista de chequeo. En el dominio sociodemográfico los siete expertos opinaron en la pregunta *¿En qué rango de edad se encuentra usted?* Argumentando que: *la población debe ser mayor a los 55 años,*

*verificar el rango de edad o ampliar el rango de edad. Además, sugirieron agregar el estrato socioeconómico y el grupo étnico.*

En el dominio de percepción los expertos opinaron en la pregunta *¿Cuándo observa su encía, ha notado desplazamiento de ésta en alguno de sus dientes?* *Cambiar la redacción por ¿Cuándo observa su encía, ha notado que se encuentra más arriba o apical?* En la pregunta *¿Al cepillarse los dientes ha observado si la encía ha sufrido algún cambio? Y ¿Qué cambio ha notado con más frecuencia?* Los expertos opinaron *que la opción de respuesta debía cambiarse a sólo sangrado y sensibilidad.*

En el dominio de función psicológica en la pregunta *¿Se siente bien con la apariencia de sus dientes?* Los expertos opinaron *cambiar la redacción ¿Cómo considera la apariencia de sus dientes? Modificando las opciones de respuesta buena, regular o mala.* En el dominio de dolor en la pregunta *¿Siente dolor o molestia en su dentadura?* Los expertos opinaron *cambiar la redacción pregunta ¿Siente dolor o molestia en su boca o alguna de sus estructuras?*

En el dominio de estética los expertos opinaron en las respuestas de la pregunta *¿Qué zona de su boca considera más importante?* *Debe ser agregado además de la zona anterior y posterior, agregar ambas y le es indiferente.*

Las preguntas *¿Ha percibido molestia en esta zona? Y ¿Si ha sentido molestia en esta zona, evita realizar sus actividades cotidianas? (comer, reír, hablar)* los expertos opinaron que

*estas preguntas debían ser retiradas del dominio de estética ya que no se relacionaban con el mismo y ya estas preguntas habían sido incluidas en el dominio de dolor.*

El instrumento además de ser revisado por los expertos fue evaluado por una socióloga donde sugirió al igual que los expertos *aplicarlo en una población de un rango de edad más extenso adicionando una población de 14 años a 80 años teniendo en cuenta los rangos de edades dispuestos por el DANE. Además de adicionar el estrato socioeconómico, grupo étnico y estrato socioeconómico.* También, se sugirió *adicionar un nuevo dominio de autocuidado que incluyera a qué dedica la mayor parte de su tiempo, qué importancia tiene para usted la salud oral, cuantas veces se cepilla al día, que elementos usa para cepillarse los dientes y si es fumador activo.* Se tuvieron en cuenta las sugerencias de los expertos y de la socióloga para realizar las modificaciones del instrumento y realizar la versión final del mismo.

El instrumento final quedo compuesto por seis dominios, en total 26 preguntas. En el dominio sociodemográfico se preguntó: *¿En qué rango de edad se encuentra?, ¿En qué región del país nació?, Marque su sexo, ¿Cuál es su nivel educativo?, ¿Cómo se identifica?, Indique su estrato socioeconómico.* En el dominio de autocuidado se preguntó: *¿A qué actividad dedica la mayor parte de su tiempo?, ¿Qué importancia tiene para usted la salud oral?, ¿Cuántas veces al día se cepilla?, ¿Qué elementos usa para cepillar los dientes?, ¿Es fumador activo?* En el dominio de percepción

se preguntó: *¿Con qué frecuencia observa sus dientes?, ¿Cuándo revisa sus dientes, ha observado si alguno o algunos de sus dientes se ven más largos que el resto de su dentadura?, ¿Ha notado que su encía es más pequeña?, ¿Cuándo se cepilla los dientes, ha notado algún cambio en la encía?, Si marco SI, ¿Qué cambio ha notado con más frecuencia?.*

En el dominio de función psicológica se preguntó: *¿Cómo considera la apariencia de sus dientes?, ¿Evita sonreír por la apariencia de sus dientes?, ¿Siente que otras personas se fijan en sus dientes?, ¿Se ha sentido acomplejado por su apariencia dental?* En el dominio de dolor se preguntó: *¿Siente dolor o molestia en su boca o en alguna de sus estructuras?, ¿Siente molestia al comer algunos alimentos?, Si usted marco el criterio 1 y 3, indique que estímulo le produce molestia, ¿Al sentir molestia en su boca, evita comer, beber, cepillarse los dientes e incluso al respirar?*

En el dominio de estética se preguntó: *¿Qué zona de su boca considera más importante?, y Si selecciono el criterio 1 de la pregunta anterior, ¿Cree que los dientes de esta zona tienen un tamaño y forma adecuados según su aspecto?*

### **Prueba piloto**

Para poner a prueba el instrumento se incluyeron un total de 200 participantes que debieron contestar un total de 26 preguntas; estas personas fueron abordadas en diferentes escenarios tales como: universidades, colegios, bibliotecas,

empresas de carácter privado y espacios públicos. Durante el proceso de aplicación de la encuesta la población manifestó entender el contenido y redacción de cada pregunta, aunque presentaron una ligera confusión en cuanto a la distribución de las casillas correspondientes a cada respuesta.

La primera de estas preguntas, relacionada con la edad contenía un total de 7 opciones de respuesta, encontrando como la más frecuente a las personas que se encontraban en el rango entre 27 y 43 años (35%; 70/200), ocupando el segundo lugar los que tenían entre 19 y 26 años junto con aquellos que tenían entre 44 y 59 años (28% respectivamente; 56/200); en ningún caso se presentaron personas de 70 años en adelante.

La pregunta 2 que indagaba sobre la región del país donde nació el participante, dejó en evidencia que hay una prevalencia de personas provenientes de la región Andina (75%; 150/200), seguido por los que provenían de la región Pacífica aunque en una tasa bastante menor (11,5%; 23/200).

Cuando se indagó por el género en la pregunta 3, la prevalencia se dio para el caso de las mujeres con un 52% (104/200).

El máximo nivel educativo alcanzado fue medido a través de la pregunta 4, encontrando que el 36,5% (73/200) tenían título universitario, ocupando la siguiente posición aquellos que habían culminado el bachillerato (31%; 62/200); además de todas las opciones posibles de educación, también hubo

participación de personas que no tenían ningún nivel educativo (1%; 2/200).

Con la pregunta 5 relacionada con la etnia y planteada con ¿cómo se identifica?; las personas manifestaron con mayor frecuencia ser mestizos (91%; 182/200); la categoría de romaníes o gitanos no tuvo ninguna participación.

La distribución según el estrato socioeconómico fue establecida con la pregunta 6, en la cual se observó una mayor participación de personas de estrato 2 (38%; 76/200), seguidos de cerca por los pertenecientes al estrato 3 con un 35,5% (71/200). Las personas del estrato 6 son las de menor participación (0,5%; 1/200).

En la pregunta 7 se buscó determinar cuál es la principal actividad desarrollada por el paciente, ante lo cual se encontró que la mayoría de ellos trabajaban (56,5%; 113/200); además un 19,5% (39/200) complementaban esta actividad con sus estudios. El 18,5% (37/200) de los participantes se dedicaban a actividades académicas.

La dimensión de autocuidado se evaluó a través de varias preguntas, en las cuales se encontró que la salud oral es manifestada como importante para el 87,5% (175/200); aunque quedó en evidencia que el 8,5% (17/200) nunca habían pensado en ello.

Respecto a la higiene oral, el 50,5% (101/200) manifiestan cepillarse tres veces al día, seguidos de aquellos que lo hacen 2 veces (33%; 66/200); esta actividad es realizada sólo

con crema dental por el 33% (66/200), haciendo uso de crema y seda por el 30% (60/200); con crema y enjuague por el 25% (50/200) y; una realización de higiene completa, es decir con crema, seda y enjuague cada vez por el 12% (24/200).

El fumar es una actividad bastante frecuente entre los pacientes pues se encontró que el 72% (144/200) lo realizaban de manera habitual, pero además también se encontró que para el 12% era una actividad realizada siempre. Sólo el 16% manifestaron no fumar en ninguna ocasión.

La percepción se indagó a través de 5 preguntas, la primera de ellas estaba relacionada con la frecuencia con la que el paciente observa sus dientes, ante lo cual el 51% manifestaron hacerlo siempre; sólo un 3% (6/200) reportaron no hacerlo nunca.

El ver alguno o algunos dientes más largos que otros fue expresado por el 41,5% (83/200); además el 80,5% (161/200) manifestaron no notar si su encía era más pequeña. Los cambios en la encía al momento de cepillarse los dientes fue reportado por el 39% (78/200) de los pacientes y, de éstos cambios, el de mayor reporte fue la sensibilidad con un 52,6% (41/78), el sangrado se presentó en el 47,7% de los casos (37/78) y no se encontraron reportes de otras situaciones asociadas al cambio en las encías.

Para la evaluación de la función psicológica se emplearon 4 preguntas; empezando por el

cómo considera el paciente la apariencia de sus dientes, en este caso la respuesta más frecuente era que la consideraban buena y regular en proporciones muy similares (48% y 47% respectivamente).

El evitar sonreír a causa de la apariencia de los dientes no fue una preocupación para los pacientes, pues solo el 6,5% (13/200) de ellos afirmaron hacerlo; es importante recalcar que el 4,5% (9/200) tienen esta preocupación de manera frecuente. También se encontró que el 44,5% (89/200) sienten que otras personas se fijan en sus dientes, aunado al 7% (14/200) que indican que esto lo sienten de manera frecuente.

Respecto a la apariencia dental, es una situación que acompleja sólo al 20,5% (41/200) de los pacientes; el 79,5% (159/200) restante no sienten esta problemática.

El dolor como dimensión se determinó a través de 4 preguntas; en este caso el 65,5% (131/200) los pacientes indicaron no sentir dolor o molestia en la boca o alguna de sus estructuras, el 22,5% (45/200) reportaron si sentirlo y un 12% (24/200) sólo han pasado por esta situación algunas veces. Las molestias al comer tampoco se presentan de manera prevalente, como sucede con el 59% (118/200) de las personas encuestadas; esta situación si es manifestada por el 31,5% (63/200) más aquellos que indica que lo sienten a veces (9,5%; 19/200); entre estos 81 pacientes con molestias al comer, fue el frío el estímulo desencadenante (68,7%), mientras que el comer alimentos dulces la precedía con

un 20,5% (17/200), finalmente la sensación de calor fue reportada en un 10,8% (9/200). Además, cuando estas molestias se presentaban el 20,6% (41/200) evitaban actividades como comer, beber, cepillarse los dientes e incluso respirar.

La estética como última dimensión considerada en el instrumento, empleó dos preguntas para su evaluación, la primera de ellas referente a la zona de la boca considerada como la más importante para cada paciente, encontrándose en este caso que la mayoría de ellos (76%; 152/200) tenían predilección tanto por la zona anterior como la posterior al tiempo (es decir ambas). La zona anterior de la boca fue la escogida por el 11% (22/200) y de este grupo el 54,5% (12/200) creía que los dientes de esta zona tienen un tamaño y forma adecuados según su aspecto.

La influencia de variables como la edad se analizó respecto a condiciones como la percepción de cambios en la encía, la apariencia de los dientes, el evitar sonreír por la apariencia de los dientes, el sentirse acomplejado por la apariencia dental, entre otros; en todos estos casos los niveles de significancia estadísticos fueron  $p > 0,05$ .

También se realizaron asociaciones con el género y en este caso la percepción de cambios en la encía fue mayor entre las mujeres (45,2%) que en los hombres (32,3%), presentando diferencias estadísticas significativas ( $p = 0,0421$ ); comportamiento que también se presentó ante el sentirse acomplejado por la apariencia dental, esta

situación se da en el 27,9% de las mujeres y sólo en el 12,5% de los hombres ( $p = 0,0054$ ). Al considerar la zona dental de mayor importancia para cada uno de los pacientes, tanto hombres como mujeres en una proporción similar (77,9% y 74% respectivamente) consideran que ambas (anterior y posterior al tiempo) son importantes; aunque para los hombres esto le es indiferente en una proporción más elevada que para ellas (14,6% y 5,8%) ( $p = 0,0680$ ); y aunque para las mujeres la salud oral es importante en una mayor proporción que para los hombres (92,3% y 82,3%), las diferencias estadísticas no muestran una asociación entre las variables ( $p = 0,0903$ ).

Para el nivel educativo también se buscaron relaciones que develaran diferencias estadísticas significativas, sin embargo en ninguno de los casos estas fueron encontradas ( $p > 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

La percepción de las recesiones gingivales no es una situación que se haya discutido en la literatura periodontal. A pesar de que es una condición clínica muy común en la consulta <sup>(19)</sup> la mayoría de los pacientes no se dan cuenta que la presentan, en situaciones donde las recesiones gingivales son asintomáticas.

En este estudio al evaluar el dominio de percepción se observó que un gran número de la población manifestó que se observa los dientes frecuentemente pero muy pocos de ellos manifestaron percibir algún cambio en su

enciá o detallar si la encía ha cambiado de tamaño, para la mayoría de los encuestados la encía no es un parámetro de estética y un cambio en la forma de esta no es un signo de alarma para acudir a consulta odontológica, según el estudio de Ioi y col. sugiere que en la sonrisa ideal no hay exposición gingival y/o el labio superior descansa muy cerca del margen gingival de los incisivos centrales superiores. <sup>(20)</sup>

Vignolo y col en el 2012 evaluó la influencia de los diferentes niveles de exposición gingival sobre la percepción estética de la sonrisa. Donde por medio de una escala análoga evaluó como los pacientes percibían por medio de diferentes fotografías que mostraban varios grados de exposición gingival que cuando se presentaba una exposición de 0mm a 2 mm de encía se consideraba una exposición de normalidad y de estética. <sup>(21)</sup>

Así mismo al evaluar el dominio del dolor se identificó que el 22.50% sentía molestia en su boca siendo la población adulta-joven la que con mayor frecuencia percibía molestias, concordando con el mismo estudio donde observaron que la hipersensibilidad fue identificada por jóvenes.

En el dominio de estética tanto en el estudio de Nieri como en el nuestro se observó que para las mujeres consideran más importante la zona anterior en un 7.50% que los hombres en un 3.50% pero la población que refirió que la zona más importante es la anterior fue solo

de un 11%. Siendo la zona anterior y posterior la más representativa en un 76%.

En algunos casos, los pacientes se quejan de hipersensibilidad dental y / o la estética debido a la alteración o presencia de recesiones gingivales vestibulares. <sup>(22)</sup>. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no son conscientes de las recesiones que a menudo son asintomáticos.

De igual forma las recesiones gingivales influyen en la calidad de vida de los pacientes cuando son sintomáticas y afecta un área donde es altamente estética. (16)

### **LIMITACIONES**

Consideramos que unas de las limitaciones que se presentaron en nuestro estudio fue que no se pudo acordar con los expertos un panel que tenía como objetivo discutir sobre el contenido y estructuración del instrumento. Así mismo, que a lo largo del estudio no se pudo realizar un abordaje en el componente clínico.

### **CONCLUSIONES**

A pesar de la alta prevalencia de las recesiones gingivales los pacientes no tienen conocimiento de cómo esta condición puede alterar la calidad de vida y el bienestar de los individuos.

Las recesiones gingivales son solo percibidas cuando presenta alguna sintomatología o cuando el profesional por medio del examen clínico diagnostica la recesión gingival. Es importante ya basados en estos resultados

que así haya una baja percepción por los pacientes es relevante dar a conocer que el tratamiento que es lograr la cobertura total de la raíz no siempre es predecible por lo tanto cada situación clínica debe ser evaluada cuidadosamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dominiak M, Gedrange T, New Perspectives in the Diagnostic of Gingival Recession, *Adv Clin Exp Med*, 2014, 857–863.
2. Hall,W. The current status of mucogingival problems and their therapy. *J. Period*, 1981; 52: 569-575.
3. Roman A, Louise F, M'barek R, Brunel-Trotebas S. Gingival recessions: epidemiologic, etiologic and therapeutic aspects. *Intern Jour Dent Science* 2009. 7, 1-11
4. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE. Root coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects (Review), 2010, 81, 452-78
5. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol Am Acad Periodontol*. diciembre de 1999;4,1-6.
6. Senna P, Cury A, Non-carious cervical lesions and occlusion: a systematic review of clinical studies, *Journal of Oral Rehabilitation* 2012, 39; 450–462
7. Holtfreter B, Schwahn C, Biffar R, Kocher T: Epidemiology of periodontal diseases in the Study of Health in Pomerania. *J Clin Periodontol* 2009, 36, 114–123
8. Marini M, Greggi S , Passanezi E, gingival recession: prevalence, extension and severity in adults, *J Appl Oral Sci* 2004; 250-5
9. MINISTERIO DE SALUD. Colombia. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). 2014.
10. Molina Y, Torres M, Escalante A, Caracterización de la condición periodontal, hábitos y costumbres en salud oral en indígenas de comunidades amazónicas de Colombia: Tarapacá, Amazonas, *Acta Odontológica Colombiana*, 7, 2014, 77-91
11. Nieri M, Pini Prato GP, Giani M, Magnani N, Pagliaro U, Rotundo R. Patient perceptions of buccal gingival recessions and requests for treatment. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 707–712.
12. Ng SK, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:114–22.
13. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004;31:454–7.
14. Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 2004;21:167–76.

15. Szabo G, John MT, Szanto I, Marada G, Kende D, Szentpetery A. Impaired oral health-related quality of life in Hungary. *Acta Odontol Scand* 2011;69:108–17.
16. Wagner TP, Costa RSA, Gingival recession and oral health-related quality of life: a population-based cross-sectional study in Brazil, *Community Dent Oral Epidemiol*, 2016, 1-10.
17. Benyamini Y, Leventhal H, Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social science and medicine*, 2004, 59,1109-16.
18. Skjong, R. & Wentworth, B. (2000). Expert Judgement and risk perception. 2006, 1-8.
19. Loe, H., Anerud, A. & Boysen, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *Journal of Periodontology*, 1992, 63, 489–495.
20. Ioi H, Nakata S, Counts AL. Effects of buccal corridors on smile esthetics in Japanese. *Angle Orthod*. 2009;79:628-33.
21. Vingolo R, Lopez A, Influencia de la exposición gingival en la percepción estética de la *sonrisa*, *Rev. Estomatol Herediana*. 2013;23, 76-82.
22. Wennström, J. L. Mucogingival therapy. *Annals of Periodontology*, 1996, 1, 671–701.



