

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA- UNIBE
FACULTAD DE CIENCIAS EN LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**“ANÁLISIS CURRICULAR DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS EN PERIODONCIA
DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNIVERSIDADES DOMINICANAS”**

PROYECTO FINAL DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE DOCTOR EN
ODONTOLOGÍA

Sustentante:

Gianna Liriano 22-0546

Docente Especializado:

Dra. Paula Yunes

Docente Titular:

Dra. Helen Rivera

Los conceptos expuestos en el presente trabajo son de la exclusiva responsabilidad de la estudiante del mismo.

Santo Domingo, Distrito Nacional

Noviembre 2025

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por brindarme salud, claridad y la fortaleza necesaria para completar este proceso académico. Su dirección y provisión fueron constantes en cada etapa de este trabajo.

Gracias a mis padres, Giovanna Santos y Fernando Liriano, por ser mi sostén incondicional, por su amor, sacrificio y ejemplo intachable. Su apoyo constante ha sido la base sobre la cual he construido cada logro.

Gracias a mi asesora, la Dra. Paula Yunes, por su orientación, paciencia y entrega durante el desarrollo de este estudio. Su ejemplo profesional y personal representa un modelo a seguir en mi formación.

Gracias a todas las personas que contribuyeron de alguna forma a este proyecto: compañeros, docentes y profesionales que compartieron su tiempo y conocimientos, así como quienes ofrecieron su apoyo con disposición y buena voluntad

Gianna Marie Liriano Santos

RESUMEN

Objetivo: Analizar las competencias clínicas en periodoncia de los estudiantes de odontología de universidades dominicanas. **Materiales y métodos:** Se diseñó y aplicó un cuestionario digital de 17 ítems, adaptado de instrumentos previamente publicados, para indagar aspectos teóricos y clínicos relacionados con la formación periodontal en programas de grado. El proceso incluyó traducción parallel-blind, validación de contenido por juicio de expertos y una prueba piloto con participantes. La muestra se obtuvo invitando a todas las universidades con programas activos de odontología del país. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Once de las trece universidades que se invitaron a participar respondieron al cuestionario. El 81.8% reportó cubrir al menos la mitad de las competencias propuestas por el Currículo Europeo en Periodoncia. Las competencias incluidas en los currículos con mayor frecuencia están relacionadas con el diagnóstico y mantenimiento periodontal, mientras que auditoría clínica y sistemas de salud fueron menos frecuentes. El 90.91% reportó utilizar la clasificación de diagnóstico periodontal del 2018. Con relación a los procedimientos periodontales quirúrgicos y no quirúrgicos, la mayoría reportó una adherencia a la evidencia científica, con un 90% de adherencia total en los no quirúrgicos y un 100% en los quirúrgicos. **Conclusiones:** De manera general, los resultados de este estudio indican que las universidades dominicanas cumplen en gran medida con los estándares internacionales establecidos por el currículo europeo, las guías clínicas de práctica actual y la clasificación vigente del diagnóstico periodontal.

Palabras clave: Periodoncia; Competencias clínicas; Educación odontológica

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical competencies in periodontology among dental students from Dominican universities. **Materials and Methods:** A 17-item digital questionnaire, adapted from previously published instruments, was designed and applied to assess theoretical and clinical aspects related to periodontal training in undergraduate programs. The process included a parallel-blind translation, content validation by expert judgment, and a pilot test with participants. The sample was obtained by inviting all universities in the country with active dental programs. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** Eleven of the thirteen universities invited to participate responded to the questionnaire. A total of 81.8% reported covering at least half of the competencies proposed by the European Curriculum in Periodontology. The most frequently included competencies were related to periodontal diagnosis and maintenance, while clinical audit and health systems were less represented. In addition, 90.91% reported using the 2018 periodontal diagnostic classification. Regarding surgical and non-surgical periodontal procedures, most universities reported adherence to scientific evidence, with total adherence observed in 90% of non-surgical treatments and 100% of surgical interventions. **Conclusions:** Overall, the findings of this study indicate that Dominican universities largely comply with international standards established by the European curriculum, current clinical practice guidelines, and the updated periodontal diagnostic classification.

Keywords: Periodontology; Clinical competencies; Dental education.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	11
4. MARCO TEÓRICO.....	12
4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	12
4.1.1 Evolución de la metodología de evaluación en las escuelas de odontología.	12
4.1.1.2 Educación basada en competencias.....	13
4.1.2.1 Tratamiento de la gingivitis.....	14
4.1.2.2 Tratamiento no quirúrgico de la periodontitis.....	15
4.1.2.3 Tratamiento quirúrgico de la periodontitis.....	16
4.1.2.4 Manejo de las enfermedades periodontales agudas.....	17
4.1.2.4.1 Absceso periodontal.....	17
4.1.2.4.2 Enfermedades periodontales necrosantes.....	18
4.1.2.4.3 Gingivostomatitis herpética primaria.....	19
4.1.2.4.4 Lesiones endo-periodontales.....	19
4.1.2.5 Toma de biopsia en tejidos periodontales.....	20
4.1.2.6 La cirugía plástica periodontal.....	20
4.1.2.7 Regeneración tisular guiada.....	21
4.1.2.8 Cirugía ósea resectiva.....	21
4.1.2.9 Regeneración ósea guiada.....	21
4.1.2.10 Levantamiento de seno maxilar.....	22
4.1.2.11 Colocación de implantes dentales.....	22
4.1.2.12 Tratamiento de mucositis periimplantaria y periimplantitis.....	23
4.1.3 Propuesta curriculares de la educación de periodoncia para programas de odontología.....	24
4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	25
4.2.1 Nivel de complejidad del abordaje terapéutico según el estadio de la periodontitis.....	25
4.2.2 Competencias clínicas esperadas para el odontólogo general en el tratamiento de la periodontitis de acuerdo a las guías de práctica clínica de la Federación Europea de Periodoncia estadio I-III.....	26
4.2.3 Competencias en periodoncia para el odontólogo general de acuerdo al	

Segundo Consenso Europeo de la Educación en Periodoncia.....	27
4.2.3.1 Competencias clínicas en procedimientos periodontales no quirúrgicos de estudiantes de odontología.....	27
4.2.3.2 Competencias en procedimientos periodontales quirúrgicos para odontólogos graduados.....	29
4.2.4 Competencias complementarias en periodoncia según el Consenso Europeo de 2010.....	30
4.2.5 Lineamientos Curriculares y Requerimientos de Calidad para la Carrera de Odontología según la Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCyT).....	31
5. MARCO METODOLÓGICO.....	34
5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
5.2 TIPO DE ESTUDIO.....	34
5.3 MÉTODOS.....	34
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	35
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	35
5.7 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	35
5.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
5.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	37
5.10 PROCEDIMIENTO.....	37
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	41
6.1 VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO.....	41
6.2 PARTICIPACIÓN EN EL CUESTIONARIO.....	42
6.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	43
6.4 EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS.....	44
7. DISCUSIÓN.....	51
8. CONCLUSIONES.....	55
9. RECOMENDACIONES.....	57
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
11. ANEXOS.....	66
11.1 APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.....	66
11.2 CUESTIONARIO SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA PERIODONCIA EN PROGRAMAS ACADÉMICOS DE GRADO DE UNIVERSIDADES DE LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	67
11.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	73

1. INTRODUCCIÓN

La periodoncia es una disciplina esencial en la formación del odontólogo, por su papel en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los tejidos de soporte dentario.¹ Su adecuada integración influye directamente en el éxito de tratamientos como prótesis, ortodoncia e implantología.²⁻⁴ Además, la salud periodontal se relaciona estrechamente con diversas condiciones sistémicas, entre ellas la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.⁵

En el ámbito internacional, la educación odontológica ha adoptado un enfoque basado en competencias clínicas que integra teoría, práctica y pensamiento crítico, formando profesionales capaces de tomar decisiones basadas en la evidencia y orientadas al paciente.⁶⁻⁹ En este contexto, las nuevas directrices sobre diagnóstico y tratamiento periodontal deben incorporarse a la formación para asegurar una educación actualizada y acorde con los avances científicos.¹⁰⁻¹²

En la República Dominicana no existe una evaluación sistemática que determine si los estudiantes adquieren las competencias clínicas exigidas por los estándares internacionales. No existe un consenso nacional que unifique la enseñanza y evaluación en periodoncia, lo que genera heterogeneidad entre los programas académicos. Esta falta de estandarización limita la calidad formativa y su alineación con las demandas actuales del ejercicio profesional.

Ante esta situación, el presente estudio tiene como objetivo analizar la formación clínica en periodoncia de los estudiantes de odontología en universidades dominicanas, identificando las competencias desarrolladas y las posibles brechas formativas, con miras a contribuir al fortalecimiento de la educación odontológica en el país. En última

instancia, este fortalecimiento académico se traduce en la formación de profesionales capaces de ofrecer tratamientos periodontales y odontológicos basados en la evidencia científica, garantizando una atención integral y de calidad centrada en el bienestar del paciente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La formación en periodoncia de los estudiantes de odontología en las universidades dominicanas se desarrolla en un contexto donde no ha habido una estandarización entre las instituciones académicas sobre las competencias clínicas que debe poseer el alumno a su egreso. Esta situación crea la posibilidad de discrepancias en la formación clínica, lo cual impide que los estudiantes egresen con un perfil similar y conforme a las demandas actuales de la práctica odontológica.^{13,14}

La carrera de Odontología en la República Dominicana se rige por lineamientos generales del MESCyT que establecen carga mínima, estructura curricular y requisitos de calidad comunes a varias disciplinas, pero carece de una normativa específica para la aprobación, regulación y acreditación de sus escuelas. Esta ausencia de un marco especializado genera disparidades en la calidad de la formación y en las competencias clínicas reales de los egresados.¹⁵

Actualmente, no existen datos comparativos sobre los procedimientos periodontales que los estudiantes dominicanos observan o realizan, lo que impide conocer su nivel de preparación clínica en esta área. Es importante destacar la relevancia de la periodoncia como disciplina, para lograr un manejo integral del paciente, considerando la alta prevalencia mundial de afecciones periodontales con implicaciones no solo en la salud bucal, sino también en enfermedades sistémicas.¹⁶⁻¹⁹

A nivel internacional, se han establecido guías y modelos que definen las competencias que debe adquirir el odontólogo general en el área de periodoncia.⁶⁻⁹ Así mismo, ha surgido nueva evidencia científica que impacta de forma significativa el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades periodontales.¹⁰⁻¹² Sin embargo, no se ha explorado si

los programas educativos en universidades dominicanas están alineados con estas publicaciones ni si existe una correspondencia entre lo enseñado y lo esperado según la evidencia científica actual.

En este contexto, es necesario identificar los procedimientos periodontales para los cuales los alumnos de odontología están recibiendo entrenamiento. Este estudio busca brindar evidencia sobre la formación clínica en periodoncia de los estudiantes de odontología en la República Dominicana, con el fin de orientar mejoras que promuevan una enseñanza más coherente, estandarizada y alineada con las exigencias actuales de la práctica profesional.

2.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de competencia clínica en procedimientos periodontales no quirúrgicos con el que egresan los estudiantes de odontología, según lo establecido en el currículo de universidades dominicanas?

¿Cuál es el nivel de competencia clínica en procedimientos periodontales quirúrgicos con el que egresan los estudiantes de odontología conforme a los lineamientos del currículo de universidades dominicanas?

¿Los egresados de odontología de las universidades dominicanas adquieren las competencias clínicas en periodoncia exigidas por los estándares internacionales?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las competencias clínicas en periodoncia de los estudiantes de odontología de universidades dominicanas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el nivel de competencia clínica en procedimientos periodontales no quirúrgicos con el que egresan los estudiantes de odontología, según lo establecido en el currículo de universidades dominicanas.
2. Identificar el nivel de competencia clínica en procedimientos periodontales quirúrgicos adquirido por los egresados de odontología, según lo establecido en el currículo de universidades dominicanas.
3. Evaluar si los egresados de la carrera de odontología de las universidades dominicanas adquieren las competencias clínicas necesarias en periodoncia de acuerdo a los estándares internacionales

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

4.1.1 Evolución de la metodología de evaluación en las escuelas de odontología

La educación en odontología ha evolucionado, adaptándose a los avances científicos y tecnológicos. Los métodos de enseñanza han progresado desde un enfoque tradicional basado en requisitos a uno centrado en competencias, con el fin de asegurar que los egresados adquieran las habilidades clínicas necesarias para ser exitosos en su práctica profesional y poder brindar una atención de calidad.

4.1.1.1 Sistema clínico basado en requisitos

Durante décadas, el sistema tradicional de educación odontológica se centraba en el cumplimiento de requisitos clínicos específicos. Aunque esta metodología ha sido ampliamente utilizada, la misma ha presentado deficiencias en evaluar las competencias clínicas reales y ha fomentado una práctica dental fragmentada. Este sistema tiende a priorizar el cumplimiento de requisitos por encima del bienestar del paciente, lo cual podría llevar a intervenciones innecesarias.^{13,14} Además, este modelo ha sido criticado por generar altos niveles de estrés en los estudiantes, quienes enfrentan presión constante por alcanzar los requisitos clínicos, lo que ha llevado al cuestionamiento sobre el nivel de ética y validez del sistema y su impacto en la formación profesional.²⁰

4.1.1.2 Educación basada en competencias

La educación basada en competencias ha surgido como respuesta a las limitaciones del sistema clínico evaluativo tradicional. Este modelo educativo se originó en los Estados Unidos en la década de 1950 en respuesta a la necesidad de mejorar los resultados educativos. Sus características principales incluyen: la orientación del currículo hacia las responsabilidades laborales, el avance a ritmo propio a través de módulos jerarquizados, y la evaluación del desempeño en entornos similares a los laborales.¹³

El preámbulo de las competencias de la American Dental Education Association (ADEA) de 2008 define una competencia como: “un comportamiento o habilidad compleja esencial para que el odontólogo general comience una práctica dental independiente y sin supervisión. La competencia incluye conocimiento, experiencia, habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas, profesionalismo, valores éticos y habilidades técnicas y de procedimiento”²¹. Así, esta definición se alinea perfectamente con los beneficios de una educación basada en competencias, la cual fomenta un aprendizaje activo, pensamiento crítico, comprensión interdisciplinaria, mejores habilidades de investigación y registro, y conexiones más sólidas con la práctica y las instituciones públicas dentales.²²

4.1.2 Periodoncia como asignatura pilar en la carrera de odontología

Dentro del enfoque basado en competencias en la educación odontológica, la periodoncia se destaca como una de las principales ramas de la odontología, encargada del estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades que

afectan los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar.²³

Además, es importante destacar que se ha evidenciado de forma robusta la relación entre la salud periodontal y diversas condiciones sistémicas, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y endocrinas, siendo de especial interés la relación bidireccional con la diabetes. Así, la periodoncia como disciplina odontológica, sigue siendo un pilar fundamental en la promoción de la salud oral y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.²³

La enfermedad periodontal representa uno de los principales desafíos en la salud bucal a nivel global debido a su alta prevalencia y consecuencias clínicas. La periodontitis afecta a más del 40% de los adultos en los Estados Unidos y su forma severa tiene una prevalencia global del 11%, lo que representa un importante problema de salud pública a nivel mundial.²⁴ Además, se ha demostrado que los pacientes en estadios avanzados o con mayor gradación presentan un riesgo significativamente elevado de pérdida dental, una de las principales causas de edentulismo, lo que subraya la relevancia de la periodoncia en la prevención y manejo integral de estas afecciones.²⁵

A continuación, se detallan los procedimientos realizados en el área de Periodoncia, muchos de los cuales forman parte de la formación clínica que reciben los estudiantes de Odontología.

4.1.2.1 Tratamiento de la gingivitis

Las enfermedades gingivales se dividen en dos categorías: las inducidas por la biopelícula dental y las no inducidas por esta.²⁶ La gingivitis inducida por biopelícula es una inflamación reversible limitada a la encía, sin afectar el periodonto de soporte, y su

manejo es clave en la prevención de la periodontitis, ya que la inflamación persistente aumenta el riesgo de progresión a esta enfermedad.²⁶ Para fines epidemiológicos, la gingivitis se define por $\geq 10\%$ de sitios con sangrado al sondaje y profundidades de sondaje ≤ 3 mm, siendo localizada entre 10%-30% y generalizada cuando supera el 30%.²⁶ Su tratamiento se enfoca en control supragingival, motivación al paciente en higiene oral y control de factores de riesgo. Incluye educación y eliminación profesional de la biopelícula dental y cálculo supragingival.¹¹

4.1.2.2 Tratamiento no quirúrgico de la periodontitis

En cuanto a la periodontitis, esta se define como una inflamación mediada por el huésped, asociada a microorganismos, que provoca la pérdida de inserción periodontal. Se diagnostica cuando hay pérdida de inserción clínica a nivel interproximal (CAL, por sus siglas en inglés) en ≥ 2 dientes no adyacentes o CAL a nivel vestibular ≥ 3 mm con bolsas > 3 mm en ≥ 2 dientes, excluyendo causas no periodontales como recesión traumática, caries cervicales o lesiones endodónticas.²⁷

La primera fase en el tratamiento de la periodontitis busca motivar al paciente a eliminar la biopelícula dental supragingival y controlar factores de riesgo mediante intervenciones clave. Estas incluyen instrucciones de higiene oral, terapias para reducir inflamación gingival, eliminación mecánica de la placa, y control de factores de riesgo como el tabaquismo y el control metabólico en pacientes con diabetes. Este paso inicial es aplicable a todos los pacientes y requiere reevaluaciones constantes para mantener la motivación, ajustar habilidades y favorecer la respuesta a los siguientes pasos del tratamiento.¹¹

La segunda fase en el tratamiento de la periodontitis busca controlar la biopelícula dental y cálculo subgingival mediante instrumentación y, en algunos casos, el uso de agentes físicos, químicos o antimicrobianos que ayudan a modular la respuesta del huésped. Este paso es necesario en todos los pacientes con periodontitis que presenten pérdida de soporte y bolsas periodontales. La respuesta al tratamiento se evalúa tras la cicatrización de los tejidos; si los objetivos terapéuticos [ausencia de bolsas ≥ 4 mm con sangrado al sondaje o ausencia de bolsas periodontales profundas (≥ 6 mm)] no se cumplen se considerará llevar a cabo otra fase de procedimientos (fase tres). En caso de éxito, el paciente pasa a un programa de mantenimiento periodontal (cuarta fase).¹¹

La cuarta fase del tratamiento, el mantenimiento periodontal, busca preservar la estabilidad lograda en pacientes con periodontitis tratada, mediante intervenciones preventivas y terapéuticas de las fases previas, adaptadas al estado gingival y periodontal del paciente. Se realiza en visitas regulares y, en caso de recidiva, se evalúa y ajusta el tratamiento. Además, el cumplimiento de la higiene oral y estilos de vida saludables es esencial para mantener los resultados.¹²

4.1.2.3 Tratamiento quirúrgico de la periodontitis

La tercera fase del tratamiento se dirige a las áreas que no respondieron bien a la fase anterior. Su objetivo es mejorar el acceso para instrumentación subgingival o realizar tratamientos regenerativos o resectivos en lesiones complejas (intraóseas y de furca). Las intervenciones pueden incluir repetición de instrumentación subgingival, cirugías de acceso, resectivas o regenerativas, siempre con consentimiento adicional y evaluación de riesgos.¹¹

Se recomienda, como mínimo, repetir el raspado y la instrumentación radicular con o sin colgajo de acceso en la zona afectada, dentro de un plan de tratamiento de alta calidad en las fases 1 y 2, complementado con un programa de mantenimiento periodontal (fase 4) con citas frecuentes que incluyan instrumentación subgingival.

Tras la fase quirúrgica, se realiza una reevaluación periodontal, buscando integrar al paciente en un programa de mantenimiento, aunque no siempre se logran todos los objetivos en periodontitis avanzada (estadio III).¹¹

4.1.2.4 Manejo de las enfermedades periodontales agudas

La Academia Americana de Periodoncia define las enfermedades periodontales agudas como condiciones de inicio rápido que afectan el periodonto o estructuras asociadas y pueden causar dolor, destrucción tisular e infección. Estas incluyen abscesos periodontales, enfermedades periodontales necrosantes, gingivostomatitis herpética, absceso pericoronal o pericoronitis, y lesiones periodontales-endodónticas.²⁹

4.1.2.4.1 Absceso periodontal

El absceso periodontal se define como una acumulación localizada de pus dentro de la pared gingival de la bolsa periodontal, acompañada de una rápida destrucción periodontal y síntomas clínicos fácilmente detectables. Puede presentarse en pacientes con periodontitis o sin periodontitis.²⁹

En pacientes con periodontitis, el absceso periodontal suele indicar una exacerbación de la enfermedad, facilitada por bolsas profundas, defectos óseos o alteraciones en el microbiota subgingival que dificultan el drenaje. Puede surgir en periodontitis no tratada, refractaria, en mantenimiento o tras tratamientos como el detartraje, cirugía

periodontal o el uso de antimicrobianos sin desbridamiento, y ciertos fármacos como la nifedipina aumentan su riesgo.²⁹

El absceso periodontal también puede presentarse en sitios previamente sanos debido a la impactación de cuerpos extraños, hábitos perjudiciales y factores de ortodoncia. Otros factores incluyen agrandamiento gingival, alteraciones anatómicas en la raíz, condiciones iatrogénicas y daños severos en la raíz, como fracturas verticales o resorción externa.⁹

Aunque existen diversos protocolos de tratamiento para abscesos periodontales, la evidencia científica no es suficiente para recomendar un enfoque definitivo. Sin embargo, es claro que el drenaje y el desbridamiento deben realizarse cuando la condición sistémica y el acceso lo permitan. Si el drenaje inmediato no es posible o hay afectación sistémica, se recomienda terapia con antimicrobianos sistémicos como metronidazol (250 mg, tres veces al día), azitromicina (500 mg, una vez al día) o amoxicilina con ácido clavulánico (500 + 125 mg, tres veces al día) por 2-3 días. Tras la resolución de la fase aguda, se debe evaluar la necesidad de terapia periodontal adicional, ya sea iniciando tratamiento en pacientes no tratados, completando el tratamiento en fase activa o monitorizando recurrencias y daño en terapia de soporte, para valorar el pronóstico dental.^{29,30}

4.1.2.4.2 Enfermedades periodontales necrosantes

Las enfermedades periodontales necrosantes están relacionadas con una respuesta inmunitaria comprometida del huésped.²⁸ Estas se clasifican según el área afectada: gingivitis necrosante (afecta solo tejidos gingivales), periodontitis necrosante (la necrosis avanza al ligamento periodontal y hueso alveolar, causando pérdida de

inserción), y estomatitis necrosante (la necrosis afecta tejidos más profundos, incluyendo mucosa de labios, mejillas o lengua). El tratamiento incluye higiene oral mecánica, enjuagues con clorhexidina y revisiones diarias, con antimicrobianos sistémicos como el metronidazol en casos severos, seguido por terapia definitiva para gingivitis o periodontitis, prácticas adecuadas de higiene oral, y, si es necesario, tratamiento quirúrgico de secuelas.^{28,29}

4.1.2.4.3 Gingivoestomatitis herpética primaria

La gingivoestomatitis herpética primaria, causada principalmente por el virus del herpes simple tipo 1, suele ser asintomática en la infancia. Cuando hay síntomas, incluyen fiebre, cefalea, ganglios linfáticos inflamados y úlceras dolorosas en la boca. Es autolimitada y se resuelve en 7-14 días en personas sanas. El tratamiento es de apoyo, centrado en el manejo del dolor, y los antivirales solo son efectivos en las primeras fases. Es importante diferenciarla de otras afecciones similares para evitar el uso innecesario de antibióticos.^{30,31}

4.1.2.4.4 Lesiones endo-periodontales

Las lesiones endo-periodontales (EPL) afectan el tejido pulpar y periodontal, presentándose de forma aguda o crónica. Si resultan de un trauma o evento iatrogénico, suelen manifestarse como abscesos dolorosos. En pacientes con periodontitis, avanzan lentamente y sin síntomas claros. Los signos comunes incluyen bolsas profundas cerca del ápice, respuesta alterada a pruebas de vitalidad, resorción ósea, dolor, exudado, movilidad, trayecto sinusal y cambios de color en corona o encía.³²

El tratamiento de las lesiones endo-periodontales generalmente se realiza en dos etapas: primero, la terapia de conductos para tratar el componente endodóntico, seguida de la terapia periodontal para abordar la parte periodontal de la lesión. Idealmente, la terapia periodontal no quirúrgica debe comenzar después de completar la endodóntica. Aunque algunos clínicos prefieren esperar un periodo de curación para evaluar el éxito de la primera etapa, se debe evitar retrasar demasiado el tratamiento periodontal. La efectividad de ambos tratamientos se evalúa en citas de seguimiento.³²

4.1.2.5 Toma de biopsia en tejidos periodontales

En los procedimientos periodontales, la biopsia de lesiones orales es esencial para identificar condiciones graves y confirmar diagnósticos. La biopsia oral es un procedimiento común en la práctica dental que implica la incisión, excisión o toma de muestras de tejido mucoso para su evaluación histopatológica. Cualquier lesión sospechosa en los tejidos blandos orales debe ser biopsiada y sometida a examen histopatológico, especialmente si muestra signos como induración, cambios persistentes o características pigmentadas irregulares.³³

4.1.2.6 La cirugía plástica periodontal

La cirugía plástica periodontal es un tipo de tratamiento periodontal que implica procedimientos para corregir defectos en la morfología, posición y/o cantidad de tejido blando y soporte óseo subyacente alrededor de los dientes e implantes. Esto abarca varios procedimientos para tejidos blandos y duros. Algunos ejemplos de estos procedimientos incluyen la frenectomía, aumento de corona clínica, gingivectomía, recubrimiento de recesiones gingivales, aumento de tejido queratinizado y mejora del fenotipo gingival.³⁴

4.1.2.7 Regeneración tisular guiada

La regeneración tisular guiada es un procedimiento regenerativo periodontal que busca restaurar las estructuras periodontales perdidas. Consiste en colocar una barrera física para evitar la migración de células epiteliales y del tejido conectivo gingival al defecto periodontal, creando un espacio que favorece la migración de células del ligamento periodontal y mesenquimales necesarias para una nueva unión periodontal. Esta barrera también protege el coágulo sanguíneo y mantiene el espacio para el crecimiento del nuevo aparato periodontal.³⁵

4.1.2.8 Cirugía ósea resectiva

La cirugía ósea resectiva es un procedimiento periodontal destinado a corregir defectos óseos mediante la combinación de osteoplastia y ostectomía, con el objetivo de restablecer una morfología ósea marginal con arquitectura positiva. La osteoplastia implica el remodelado del hueso alveolar sin eliminar hueso de soporte, mientras que la ostectomía consiste en la eliminación de hueso de soporte para tratar deformidades causadas por periodontitis. Este enfoque se utiliza para reducir profundidades de bolsa, mejorar la adaptación tisular y facilitar la higiene oral. Además, puede aplicarse en cirugía preprotésica y estética para aumentar la longitud de la corona clínica o establecer un área adecuada para la adhesión gingival, dependiendo de las características del defecto y las necesidades del paciente.³⁶

4.1.2.9 Regeneración ósea guiada

La regeneración ósea guiada es una técnica que facilita la reparación de tejidos dañados mediante células regenerativas. Esta técnica se utiliza para restaurar crestas alveolares dañadas, promover el crecimiento óseo y proteger defectos óseos mediante

membranas permeables que evitan la infiltración de tejido fibroso. Estas membranas también ayudan a preservar y reparar la estructura ósea tras la extracción o pérdida dental.³⁷

4.1.2.10 Levantamiento de seno maxilar

La neumatización del seno maxilar, combinada con la reabsorción ósea alveolar tras la pérdida de dientes posteriores, puede reducir la altura ósea necesaria para implantes dentales. Para solucionarlo, se realiza una elevación del seno maxilar, un procedimiento quirúrgico que incrementa la altura ósea en el maxilar posterior mediante el levantamiento cuidadoso de la membrana de Schneider y la colocación de material de injerto óseo. El objetivo es lograr al menos 10 mm de altura ósea para garantizar la estabilidad y el éxito del implante a largo plazo.³⁸

4.1.2.11 Colocación de implantes dentales

La colocación de implantes dentales endóseos es un procedimiento estructurado que incluye selección del paciente, evaluación prequirúrgica, preparación del sitio y cirugía. La selección considera factores como diabetes no controlada, tabaquismo o higiene oral deficiente, que pueden comprometer el resultado. La evaluación prequirúrgica analiza requisitos restaurativos, calidad y cantidad ósea, y estructuras anatómicas cercanas mediante radiografías o tomografías. En caso de deficiencia ósea, se realizan aumentos óseos con membranas y materiales de injerto. La cirugía se enfoca en minimizar el trauma térmico y garantizar la estabilidad del implante para la osteointegración. El seguimiento regular es esencial para prevenir y tratar enfermedades periimplantarias y asegurar la durabilidad del implante.³⁹

4.1.2.12 Tratamiento de mucositis periimplantaria y periimplantitis

La mucositis periimplantaria se define como un proceso inflamatorio reversible que afecta los tejidos blandos que rodean un implante dental, caracterizado por enrojecimiento, tumefacción y sangrado al sondaje, sin evidencia de pérdida ósea más allá de la remodelación inicial postquirúrgica. Su principal factor etiológico es la acumulación de biopelícula bacteriana sobre la superficie del implante y sus componentes protésicos, lo que desencadena la respuesta inflamatoria local.^{41,42}

Por otro lado, la periimplantitis es una lesión inflamatoria que compromete tanto la mucosa periimplantaria como el hueso de soporte, manifestándose con signos clínicos de inflamación, aumento de la profundidad de sondaje y pérdida ósea progresiva radiográficamente evidente. A diferencia de la mucositis, este proceso es irreversible y puede conducir a la pérdida del implante si no se trata oportunamente. Su etiología principal también se asocia a la acumulación de biopelícula, aunque factores como la historia de periodontitis, el tabaquismo y una higiene oral deficiente incrementan el riesgo y la severidad de la enfermedad.⁴¹⁻⁴³

El tratamiento no quirúrgico, enfocado en el control de la infección mediante desbridamiento mecánico y refuerzo de la higiene oral, es eficaz para la mucositis y puede mejorar parcialmente los casos de periimplantitis, aunque con resultados limitados en casos avanzados. Para periimplantitis severa, se emplean procedimientos quirúrgicos, como técnicas resectivas, implantoplastia o regeneración ósea con injertos y membranas, adaptándose al tipo de defecto y necesidades estéticas del paciente. La implantoplastia combinada con desbridamiento ha mostrado mejoras clínicas sostenidas.⁴⁴

4.1.3 Propuesta curriculares de la educación de periodoncia para programas de odontología

Diversos estudios han analizado las competencias esenciales que deben tener los odontólogos a su egreso. Entre estos cabe destacar el modelo curricular desarrollado en 2008, que estableció las bases para la enseñanza de la periodoncia en los programas de odontología europeos. Este modelo definió un perfil basado en grandes áreas de competencia y "competencias de apoyo" que diferenciaban entre conocimientos y habilidades específicas.⁴⁴

En 2010, se adaptó el modelo del 2008 específicamente para la periodoncia, alineando el currículo con las competencias propuestas. En esta línea, la Federación Europea de Periodoncia, en colaboración con la Asociación para la Educación Odontológica en Europa (ADEE, por sus siglas en inglés), organizó en 2009 el primer Taller Europeo de la Educación en Periodoncia. Este encuentro reunió a más de 60 expertos que analizaron la enseñanza y el aprendizaje de la periodoncia en los niveles de pregrado, especialización y desarrollo profesional continuo. Sus conclusiones, publicadas en 2010, establecieron competencias clave para la formación en periodoncia.^{45,46}

Los avances en la ciencia y en las tecnologías educativas impulsaron la actualización de los consensos previos. En 2017 se publicó *The Graduating European Dentist: A New Undergraduate Curriculum Framework*, que actualizó el currículo general del odontólogo europeo realizado en 2008.⁴⁷ Finalmente, en 2024, Se tomo como base el documento del 2017 y se adaptó específicamente a las competencias en periodoncia, incorporando además la nueva clasificación de enfermedades periodontales y

periimplantarias de 2018 y las guías clínicas de la EFP para el tratamiento de la periodontitis y enfermedades periimplantarias.^{9-12,47}

4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.2.1 Nivel de complejidad del abordaje terapéutico según el estadio de la periodontitis

La clasificación de la periodontitis divide la enfermedad en cuatro estadios, según su gravedad, extensión y complejidad de tratamiento.⁴⁸ Cada uno presenta características y necesidades distintas, lo que ayuda a definir qué casos pueden atender los estudiantes y cuáles requieren manejo especializado.

Estadio I (periodontitis inicial): representa el inicio de la pérdida de inserción, en la frontera entre gingivitis y periodontitis. Su detección temprana es clave para intervenir de manera oportuna y prevenir progresión. El tratamiento suele incluir remoción mecánica del biofilm y, en algunos casos, agentes farmacológicos de apoyo.⁴⁸

Estadio II (periodontitis moderada): corresponde a periodontitis establecida con daños característicos en el soporte dental, pero de manejo relativamente sencillo siguiendo principios estándar de control bacteriano y monitoreo periódico. La respuesta al tratamiento guía la necesidad de intervenciones adicionales.⁴⁸

Estadio III (periodontitis severa con potencial de pérdida adicional de dientes): implica daño significativo al aparato de inserción, con lesiones profundas, defectos óseos, involucro de furcas y pérdida dentaria previa. Aunque la función masticatoria se conserva, el tratamiento requiere abordar las lesiones complejas y planificar rehabilitaciones localizadas.⁴⁸

Estadio IV (periodontitis avanzada con pérdida extensa de dientes y potencial de pérdida de la dentición): es la fase más avanzada, con pérdida extensa de soporte

periodontal, movilidad dental, colapso posterior de la mordida y desplazamientos dentarios. La complejidad de manejo es alta y requiere control de la periodontitis junto con rehabilitación funcional mediante un enfoque multidisciplinario.⁴⁸

4.2.2 Competencias clínicas esperadas para el odontólogo general en el tratamiento de la periodontitis de acuerdo a las guías de práctica clínica de la Federación Europea de Periodoncia estadio I-III

El documento de guías clínicas de la EFP para el tratamiento de la periodontitis en estadios I–III establece un conjunto de competencias clínicas que los odontólogos generales deben desarrollar para el manejo de esta enfermedad.¹¹

Dichas competencias abarcan el diagnóstico integral de la periodontitis en estos estadios, mediante una evaluación tanto clínica como radiográfica, y la elaboración de un plan de tratamiento individualizado que considere el estadio y grado de la enfermedad. Además, incluyen la educación y motivación del paciente para mejorar su higiene oral y controlar los factores de riesgo, como la cesación del consumo de tabaco y el control de la diabetes, aplicados en todas las fases del tratamiento periodontal.¹¹

El tratamiento no quirúrgico comprende la instrumentación subgingival y supragingival, así como el control de factores retentivos mediante el uso de ultrasonidos y/o instrumentos manuales. Posteriormente, se requiere una reevaluación clínica tras la fase no quirúrgica para determinar la necesidad de tratamientos adicionales. En casos simples, el tratamiento quirúrgico básico puede indicarse para la reducción de bolsas periodontales, siendo recomendable realizar raspado y desbridamiento radicular repetidos, con o sin colgajo de acceso, dentro de un tratamiento de alta calidad que

incluya los pasos 1 y 2 y un programa frecuente de cuidado periodontal de apoyo con instrumentación subgingival.¹¹

No obstante, los procedimientos avanzados como la regeneración periodontal o el tratamiento quirúrgico de lesiones de furca quedan fuera del alcance de las competencias esperadas para los odontólogos generales. Finalmente, se enfatiza la importancia del mantenimiento periodontal y del control de soporte a largo plazo para prevenir la recurrencia de la enfermedad, así como la capacidad de reconocer los casos complejos que requieran derivación a un especialista.¹¹

4.2.3 Competencias en periodoncia para el odontólogo general de acuerdo al Segundo Consenso Europeo de la Educación en Periodoncia

El presente apartado se fundamenta en el *Consensus report of the second European Consensus Workshop on Education in Periodontology*, documento oficial publicado en el *Journal of Clinical Periodontology*.⁹ Este reporte, considerado uno de los más recientes y relevantes en la disciplina, actualiza las recomendaciones formuladas en 2009 por la Federación Europea de Periodoncia (EFP). Su objetivo principal fue identificar y proponer los cambios necesarios en la educación periodontal a nivel de pregrado, posgrado especializado y educación continua, abordando competencias, resultados de aprendizaje y métodos de enseñanza y evaluación. Se selecciona este documento como fuente principal por su carácter actualizado, su rigor académico y su pertinencia directa en la formación de odontólogos en el área de la periodoncia.

4.2.3.1 Competencias clínicas en procedimientos periodontales no quirúrgicos de estudiantes de odontología

La formación de competencias clínicas no quirúrgicas en periodoncia constituye un pilar en la preparación del odontólogo general, dado que estas prácticas conforman la primera línea de intervención en el manejo de la salud periodontal. La literatura señala que el odontólogo egresado debe estar capacitado no solo en técnicas clínicas, sino también en aspectos éticos, comunicativos y preventivos que favorezcan la atención integral del paciente.⁹

Las competencias esenciales en procedimientos periodontales no quirúrgicos para odontólogos graduados incluyen la aplicación de principios éticos y de confidencialidad en la atención periodontal, así como la obtención y documentación de historias clínicas completas que contemplen antecedentes médicos y odontológicos relevantes. Es fundamental realizar una evaluación periodontal y periimplantaria integral que abarque el registro de dientes faltantes, la acumulación de biopelícula dental, la inflamación (como el sangrado al sondaje), la supuración, las profundidades de sondaje, la recesión gingival o mucosa, los niveles de inserción clínica, la afectación de furca, la movilidad dental, las pruebas de sensibilidad y la oclusión.⁹

El profesional debe determinar la necesidad de realizar exámenes radiológicos y evaluar las imágenes obtenidas en relación con la patología y el diagnóstico periodontal o periimplantario, además de seleccionar los casos que se beneficien de técnicas diagnósticas adicionales, como imágenes digitales en 3D y herramientas microbiológicas, genéticas o bioquímicas. También se espera que el odontólogo emplee técnicas diagnósticas basadas en la clasificación actualizada de las enfermedades periodontales y periimplantarias, desarrolle planes de tratamiento individualizados

sustentados en guías clínicas basadas en la evidencia e implemente procedimientos supra y subgingivales, con o sin el apoyo de agentes antimicrobianos.⁹

Asimismo, debe utilizar protocolos validados para el control de factores de riesgo, incluyendo programas de cesación tabáquica y control metabólico en pacientes diabéticos, instruir al paciente en técnicas personalizadas de higiene oral y motivar cambios conductuales orientados a la salud periodontal. Entre sus competencias también se encuentran reconocer la necesidad de derivar a especialistas cuando la complejidad del caso lo amerite, manejar lesiones agudas como abscesos o enfermedades periodontales necrosantes, así como lesiones endo-periodontales, evaluar la respuesta clínica a las terapias instauradas y establecer programas de mantenimiento periodontal individualizados. Finalmente, debe comprender los principios biológicos de la cicatrización de los tejidos periodontales y periimplantarios, y participar en la planificación interdisciplinaria de casos complejos, integrando los aspectos restauradores, ortodónticos y protésicos.⁹

4.2.3.2 Competencias en procedimientos periodontales quirúrgicos para odontólogos graduados

Aunque el manejo quirúrgico de la enfermedad periodontal suele ser competencia del especialista, el estudiante de odontología debe adquirir conocimientos y habilidades que le permitan comprender el alcance de estas intervenciones y colaborar en su ejecución bajo supervisión.⁹

Las competencias clínicas quirúrgicas en estudiantes de odontología comprenden el conocimiento de las indicaciones y objetivos de los distintos procedimientos quirúrgicos periodontales y periimplantarios, así como la capacidad de identificar los casos que

requieren intervención quirúrgica y derivarlos de manera adecuada al especialista. Además, el estudiante debe comprender el uso racional de antimicrobianos y analgésicos en el contexto quirúrgico periodontal, reconociendo las complicaciones posquirúrgicas más comunes y colaborando en su manejo inicial. Es fundamental que mantenga protocolos estrictos de control de infecciones y garantice la seguridad del paciente durante los procedimientos quirúrgicos, promoviendo al mismo tiempo la importancia del mantenimiento y el seguimiento postoperatorio en aquellos pacientes que hayan sido sometidos a cirugía periodontal o periimplantaria.

4.2.4 Competencias complementarias en periodoncia según el Consenso Europeo de 2010

El consenso del primer Taller Europeo sobre Educación Periodontal en 2010 estableció un marco de competencias para el odontólogo general como ya se ha mencionado previamente.⁸ Entre los aportes que no se encuentran explícitamente desarrollados en la versión de 2024 se incluyen diversas competencias adicionales que enriquecen la formación del odontólogo. Estas abarcan la capacidad de diagnosticar anomalías en la anatomía y morfología de los tejidos periodontales, periimplantarios y de la mucosa oral que puedan afectar la salud, la función o la estética, identificando las condiciones que requieran manejo clínico.^{8,9}

Asimismo, se destaca la importancia de educar a los pacientes sobre la etiología y prevención de las enfermedades periodontales, periimplantarias y mucosas, fomentando que asuman una responsabilidad activa en el mantenimiento de su salud. También se contempla el tratamiento de la mucositis periimplantaria y la habilidad para explicar a los pacientes las indicaciones, contraindicaciones, riesgos, beneficios y

consecuencias a largo plazo del uso de implantes oseointegrados dentro de un plan de tratamiento integral.

Además, se requiere que el profesional describa las indicaciones, contraindicaciones, principios y técnicas de la colocación quirúrgica de implantes oseointegrados, así como las de las terapias periodontales avanzadas. Se enfatiza también la necesidad de desarrollar la habilidad para realizar cirugía periodontal e implantaria básica, con una experiencia clínica progresiva hacia la competencia, siempre que la institución educativa cuente con los recursos, personal y pacientes necesarios. Igualmente, es esencial comprender los principios de la reconstrucción tisular y conocer los enfoques quirúrgicos y tecnologías actuales para la regeneración periodontal, aplicar enfoques terapéuticos para el tratamiento de condiciones periimplantarias y ser capaz de diagnosticar y tratar pacientes con halitosis oral.

4.2.5 Lineamientos Curriculares y Requerimientos de Calidad para la Carrera de Odontología según la Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCyT)

De acuerdo con el Reglamento de la SEESCyT las carreras de Odontología, debe tener una carga académica mínima de 200 créditos y una duración no menor a cuatro años. El plan de estudios se debe estructurar en dos ciclos principales: formación general (20% de los créditos en formación general común y 30% en formación general del área) y formación especializada (50% de los créditos).¹⁵

El ciclo de formación general busca el desarrollo integral, humanístico, social, ético, científico y tecnológico, fomentando competencias, actitudes y valores que favorezcan la autonomía y el aprendizaje permanente. El ciclo de formación especializada se

orienta a la adquisición de competencias para un ejercicio profesional exitoso y puede subdividirse en formación general del área y formación especializada propiamente dicha.¹⁵

El desarrollo curricular es responsabilidad de la institución y su equipo de gestión académica, debiendo cumplir con requisitos como: información accesible sobre la carrera, programas de orientación y apoyo al aprendizaje, comunicación fluida entre los actores académicos y los estudiantes, cumplimiento del calendario docente, capacitación continua del personal, actividades cocurriculares y comunitarias, actualización curricular periódica, planes de investigación, programas de servicio social y participación estudiantil en órganos de decisión.¹⁵

La Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCyT) debe supervisar y orientar el proceso para asegurar que los egresados alcancen el perfil profesional previsto, con las competencias necesarias para su inserción efectiva en el contexto social y laboral.¹⁵

En la República Dominicana no existe un documento normativo específico que establezca Normas para la Aprobación, Regulación y Acreditación de las Escuelas de Odontología. Aunque el MESCyT cuenta con reglamentos generales para la evaluación y aprobación de carreras de grado, estos abarcan disposiciones comunes a diversas disciplinas (como Medicina, Farmacia e Ingeniería) y no contemplan de manera particular las características, estándares y parámetros de calidad propios de la formación odontológica.¹⁵

En consecuencia, no se dispone de un marco regulatorio especializado que defina con detalle aspectos fundamentales de la formación odontológica. Entre estos aspectos se

encuentra la definición de un perfil de egresado específico para el odontólogo dominicano, con énfasis en las competencias clínicas y quirúrgicas propias de la profesión. Asimismo, falta una estructura curricular mínima adaptada a las necesidades y avances de la odontología contemporánea, junto con los requerimientos de infraestructura, equipamiento clínico y tecnológico necesarios para la enseñanza y la práctica supervisada. También es necesario establecer estándares claros de formación docente que incluyan la proporción adecuada de especialistas por área, los requisitos de actualización profesional y la experiencia clínica exigida. Finalmente, se requiere la implementación de criterios de acreditación basados en resultados de aprendizaje, indicadores de calidad y niveles de inserción laboral, que garanticen la excelencia y pertinencia de la formación odontológica en el país.

La ausencia de estas normas específicas contribuye a la heterogeneidad en la calidad de la formación entre universidades, generando diferencias en la preparación clínica real y en las competencias profesionales de los egresados.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación utilizado en este proyecto fue observacional y transversal, ya que no se manipularon directamente variables independientes, sino que se buscó recopilar y analizar información mediante un cuestionario. En este estudio, el rol del investigador fue activo en la organización, validación y análisis de los datos obtenidos, sin intervenir directamente en los participantes. De esta manera, se garantizó la validez de la información recogida, utilizando métodos estadísticos para describir y comparar los hallazgos.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación se clasifica como:

- Cuantitativo, porque se presentarán los datos a través de un análisis estadístico descriptivo de los mismos y tablas de frecuencia.
- Transversal, ya que todas las mediciones se llevarán a cabo en una única ocasión, sin períodos de seguimiento.
- Descriptivo, porque busca detallar las características y dominios de enseñanza de la periodoncia en las universidades dominicanas.

5.3 MÉTODOS

El estudio fue observacional e inductivo. Se considera observacional porque no se manipularon variables ni hubo ninguna intervención; se recopiló y analizó información existente sobre la enseñanza de la periodoncia en las universidades dominicanas a través de un cuestionario. El enfoque fue inductivo, ya que se partió de observaciones específicas para llegar a conclusiones generales derivadas de análisis de los datos

obtenidos, sin partir de una hipótesis previa. El propósito fue analizar y comprender las tendencias presentes en la formación de competencias clínicas, obteniendo conclusiones basadas en la evidencia reunida.

5.4 POBLACIÓN

La población objeto de estudio la constituyen las 13 universidades dominicanas con programas activos de odontología.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Universidades de la República Dominicana con programas de Odontología activos.
- Universidades con representantes en las siguientes posiciones que tuviera disponibilidad para responder y firmaran el consentimiento informado: directores de la carrera de Odontología, coordinadores académicos o docentes del área de Periodoncia.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No se aplicaron criterios de exclusión, porque el estudio fue de carácter censal.

5.7 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó un censo, invitando a participar a todas las escuelas de odontología del país que cumplieran con los criterios de selección (n= 13)

5.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se desarrolló un cuestionario digital compuesto por 17 ítems, diseñado y adaptado al contexto dominicano a partir de instrumentos previamente publicados: Periodontology in the undergraduate curriculum in UK dental schools⁴⁴, y Periodontal education and assessment in the undergraduate dental curriculum-A questionnaire-based survey in European countries.⁴⁵ Su elaboración también tuvo como base científica el artículo The

Graduating European Dentist: A New Undergraduate Curriculum Framework.¹¹ Estos instrumentos sirvieron como fundamento para estructurar los contenidos y las dimensiones del cuestionario, el cual se presenta en el Anexo 1.

Dos odontólogas bilingües realizaron la extracción, traducción y adaptación de los ítems. La traducción se llevó a cabo utilizando la técnica *parallel-blind*, la cual consiste en que dos o más traductores trabajan de forma independiente en un mismo instrumento desde el idioma original al idioma de destino, sin comunicarse entre sí durante el proceso. Posteriormente, las versiones resultantes se comparan y consolidan en una sola versión final mediante consenso, garantizando la fidelidad conceptual, la precisión lingüística y la equivalencia cultural del contenido.⁴⁶

Posteriormente, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), bajo el código CEI2023-15, garantizando el cumplimiento de los principios éticos y la protección de los participantes en la investigación.

Se realizó un estudio de validez de contenido mediante el juicio de expertos con el objetivo de determinar “qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba del universo de posibles conductas, de acuerdo con lo que se pretende medir; los miembros de dicho universo U pueden denominarse reactivos o ítems”.⁴⁷ Para ello, se invitó a diez periodoncistas, académicos y expertos latinoamericanos en educación odontológica a participar en la valoración del cuestionario. Cada juez evaluó tanto las preguntas como las opciones de respuesta, asignando una puntuación mediante una escala Likert de cuatro puntos, donde 1 correspondía a “no cumple con el criterio” y 4 a “alto nivel de cumplimiento”. Los criterios valorados fueron la claridad y la relevancia de los ítems utilizando una plantilla propuesta por Escobar y Cuervo.⁴⁸ De acuerdo con la

metodología de juicio de expertos, se consideró que un ítem debía ser revisado o modificado cuando presentaba desacuerdo o una calificación promedio inferior al nivel esperado. Como resultado de este proceso, se realizaron ajustes terminológicos y de redacción, además de incorporar dos ítems adicionales.

La versión final del cuestionario fue digitalizada en la plataforma Qualtrics™, y se efectuó una prueba piloto con cinco docentes para comprobar su comprensión y funcionalidad técnica. Luego de las correcciones finales, se invitó a las trece escuelas de odontología del país a participar, se obtuvo el consentimiento informado de sus representantes y se administró el cuestionario de manera oficial.

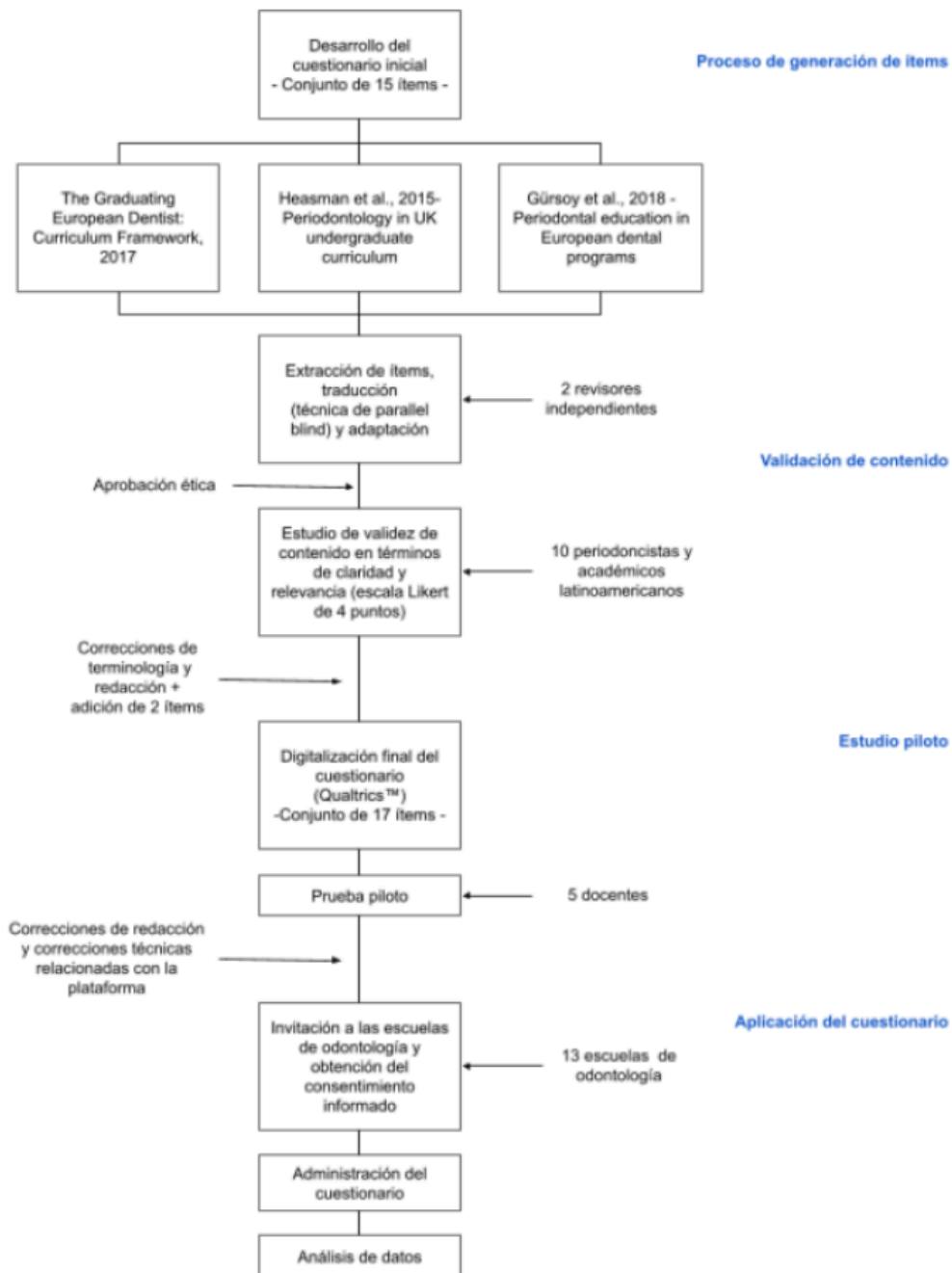
5.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó utilizando el software *Jamovi*. Se aplicó estadística descriptiva con el propósito de resumir y caracterizar los datos obtenidos. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, tales como la media y la desviación estándar. En el caso de las variables cualitativas, se elaboraron tablas de frecuencia que permitieron describir la distribución de las respuestas y facilitar la interpretación de los resultados.

5.10 PROCEDIMIENTO

La figura 1 presenta un flujograma que resume los procedimientos llevados a cabo en el estudio.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de desarrollo del cuestionario



Fuente: Propia de la investigación.

Tabla 1. Operacionalización y Conceptualización de Variables por Pregunta del Cuestionario de Periodoncia

Pregunta / Variable	Tipo y Subtipo	Definición Conceptual	Definición Operacional
Nombre completo del participante	Cualitativa nominal	Identificación personal del encuestado.	Nombre y apellidos registrados por el director o coordinador académico de la escuela de odontología.
Universidad que representa	Cualitativa nominal	Institución educativa donde se imparte el programa de Odontología.	Nombre seleccionado de la lista de 13 universidades dominicanas participantes.
Duración del programa de grado en meses	Cuantitativa continua	Tiempo total que dura la formación de grado en Odontología.	Número de meses reportado por la institución (ej. 48 meses = 4 años).
Asignaturas prácticas (preclínicos/laboratorios) dedicadas a Periodoncia	Cualitativa dicotómica	Existencia de espacios curriculares prácticos enfocados exclusivamente en la enseñanza de la Periodoncia.	Respuesta "Sí" o "No" sobre la existencia de asignaturas prácticas específicas de Periodoncia.
Asignaturas teóricas con contenidos de Periodoncia	Cualitativa dicotómica	Inclusión de contenidos periodontales en materias teóricas	Respuesta "Sí" o "No"; si es "Sí", se especifican año, asignaturas y horas semanales.

		del plan de estudios.	
Clasificación de diagnóstico periodontal utilizada	Cualitativa nominal	Sistema o guía de referencia empleada para clasificar enfermedades periodontales.	Selección entre: Armitage (1999), AAP/EFP (2018) u otra, con opción para especificar.
Procedimientos periodontales no quirúrgicos realizados u observados	Cualitativa ordinal	Actividades clínicas de tipo no quirúrgico incluidas en la formación del estudiante.	Registro de si los estudiantes “realizan”, “solo observan” o “no aplican (n/a)” en cada tipo de tratamiento (gingivitis, periodontitis I-IV, mantenimiento, ferulización).
Procedimientos quirúrgicos periodontales realizados u observados	Cualitativa ordinal	Actividades clínicas de tipo quirúrgico desarrolladas durante la carrera.	Registro de si los estudiantes “realizan”, “solo observan” o “n/a” en cada tipo de cirugía (eliminación de bolsas, regenerativa, ósea resectiva, plástica, resectiva radicular, implantes).

Fuente: propia de la investigación

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO

La tabla 2 presenta los resultados de la validación de contenido realizada por expertos. De los 10 jueces invitados, 8 evaluaron el cuestionario. De acuerdo a los valores de la media obtenidos, el cuestionario diseñado alcanzó de un moderado a un alto nivel de claridad y relevancia en sus preguntas y opciones de respuesta.

Tabla 2. Estadística descriptiva de la validación de contenido

	Claridad	Relevancia
N (jueces)	8	8
Media	3.65	3.70
Desviación estándar	0.27	0.23
Rango	1-4	2-4

Fuente: propia de la investigación

6.2 PARTICIPACIÓN EN EL CUESTIONARIO

La tabla 3 presenta que, de las 13 universidades invitadas a participar en el cuestionario, 11 completaron su respuesta, lo que representa una tasa de participación del 84.6 %.

Tabla 3. Tasa de respuesta de los participantes en el cuestionario

	Valor
Universidades invitadas	13
Universidades participantes	11
Tasa de respuesta	84.6%

Fuente: propia de la investigación

6.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

En la tabla 4 se observa que la duración media reportada de los programas de grado de la carrera de Odontología fue de 53.3 ± 4.76 meses. En cuanto al perfil profesional de los participantes, la mayoría fueron coordinadores académicos o responsables del área de Periodoncia, representando el 45.5 % del total.

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra

	Valor
Duración en meses del programa de odontología, media (DS)	53.3 (4.76)
Perfil profesional del representante que respondió el cuestionario de las universidades, N (%)	
Directores de la carrera de Odontología	3 (27.3)
Coordinadores académicos o del área de periodoncia	5 (45.5)
Docentes en el área de periodoncia	3 (27.3)
<i>DS: desviación estándar</i>	

Fuente: Propia de la investigación

6.4 EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS

En la tabla 5 se observa las competencias del modelo curricular de grado del 2017 presentes en el currículo de las universidades dominicanas.¹¹ Las competencias “práctica odontológica basada en evidencia científica” y “establecimiento y mantenimiento de la salud bucal” fueron abordadas por la totalidad de las instituciones. Asimismo, competencias como la planificación del tratamiento odontológico, la recopilación de información clínica y la promoción de la salud estuvieron presentes en el 90.91% de las universidades. Por otro lado, competencias como auditoría clínica (27.27%), sistemas de salud (36.36%), demografía/epidemiología (45.45%), y planificación estratégica para la salud poblacional (45.45%) mostraron una menor presencia dentro de los programas académicos.

Tabla 5. Tabla de frecuencia con las competencias que cada universidad aborda del modelo del odontólogo general europeo del 2017

De las siguientes competencias, ¿cuáles son abordadas en el programa académico de su institución? Seleccione todas las que apliquen.	
Competencias	N (%)
1. Principios éticos del cuidado de la salud	9 (81.82)
2. Sistema regulatorio de la odontología en RD (legislación y códigos de práctica aplicable)	7 (63.46)
3. Comportamiento profesional	10 (90.91)
4. Práctica odontológica basada en la evidencia científica	11 (100)
5. Habilidades de gestión y liderazgo	5 (45.45)
6. Trabajo en equipo	9 (81.82)
7. Habilidad de comunicación con los pacientes, el equipo odontológico y otros colegas	8 (72.73)
8. Manejo de riesgos en la consulta odontológica	9 (81.82)
9. Auditoría clínica	3 (27.27)
10. Educación continua	7 (63.64)
11. Aplicación de las asignaturas científicas que constituyen la base del cuidado de la salud bucal	7 (63.64)
12. Recopilación de información clínica y diagnóstico	10 (90.91)
13. Planificación del tratamiento odontológico	10 (90.91)
14. Establecimiento y mantenimiento de la salud bucal	11 (100)
15. Salud pública dental	6 (54.55)
16. Promoción de la salud y prevención de enfermedades	10 (90.91)
17. Demografía, salud y enfermedad a nivel poblacional (epidemiología y desigualdades sociales)	5 (45.45)
18. Sistemas de salud	4 (36.36)
19. Planificación estratégica para la salud poblacional	5 (45.45)
Total (%)	146

Fuente: Propia de la investigación

En la tabla 6 se observa la cantidad total de competencias del currículo europeo del 2017 abordadas por universidades de la República Dominicana. Se destaca que todas las universidades, cumplen con al menos un 50% de las 19 competencias. Asimismo, resalta que solo dos universidades alcanzaron la totalidad de las 19 competencias propuestas (18.18 %).

Tabla 6. Competencias del currículo del odontólogo europeo del 2017 abordadas en universidades dominicanas

Cantidad de competencias abordadas	% del total de competencias (19)	N (%)	% acumulado
9	47.37	2 (18.18)	18.18
10	52.63	1 (9.09)	27.27
11	57.89	3 (27.27)	54.54
12	63.16	1 (9.09)	63.63
17	89.47%	1 (9.09)	72.72
18	94.74%	1 (9.09)	81.81
19	100%	2 (18.18)	99.99
Total (N)		11	

Fuente: propia de la investigación

En la tabla 7 se observa que, en relación con el diagnóstico periodontal, diez de las once universidades (90.91%) reportaron utilizar la *Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales y Periimplantarias* establecida en 2017 por la Academia Americana de Periodoncia y la Federación Europea de Periodoncia.

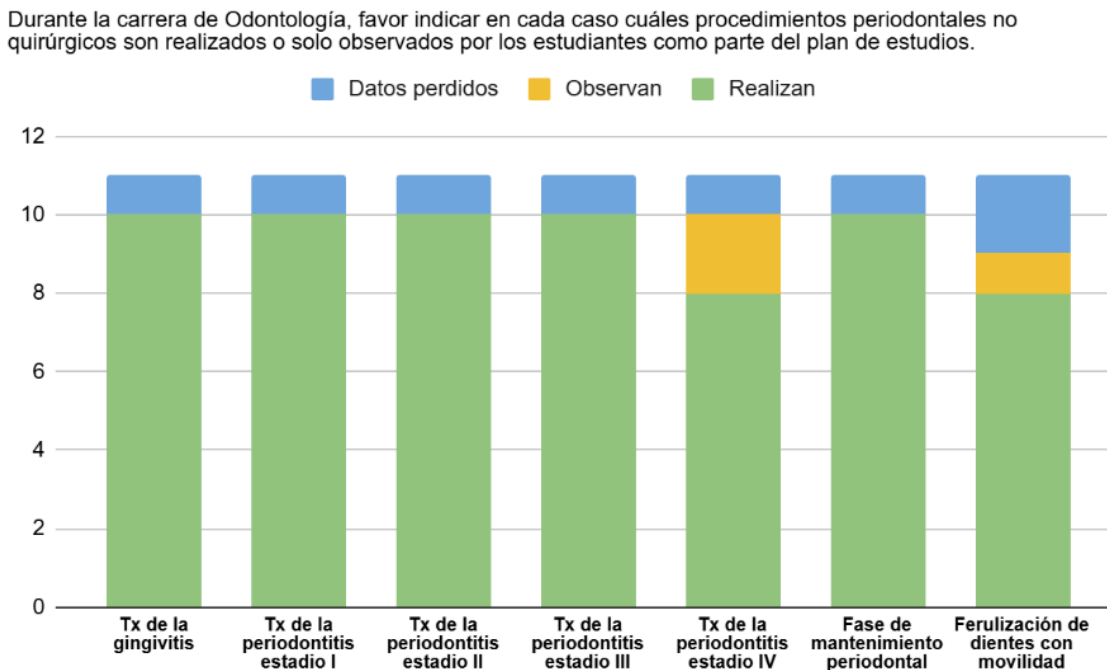
Tabla 6. Clasificación del diagnóstico periodontal empleada en las universidades dominicanas

¿Cuál es la clasificación de diagnóstico periodontal enseñada y utilizada en el programa académico actual de su institución?	N (%)
Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales y Periimplantarias de la Academia Americana de Periodoncia y la Federación Europea de Periodoncia de 2017	10 (90.91)
Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales de Armitage de 1999	1 (9.09)
Otro	0
Total (n)	11

Fuente: propia de la investigación

En la Figura 2 se observa que el tratamiento periodontal no quirúrgico de la gingivitis, el tratamiento de la periodontitis desde el estadio I al III, y las fases de mantenimientos son realizados en 10 universidades (90.91%). Sin embargo, los procedimientos con mayor proporción de observación fueron el tratamiento periodontal no quirúrgico de la periodontitis en estadio IV, siendo observados y no realizados en 1 universidad (9.09%), así como la ferulización de dientes con movilidad dental, observada en 2 universidades (18.18%). (Se registraron respuestas faltantes en algunos ítems reflejando ausencia de información curricular en determinadas instituciones.)

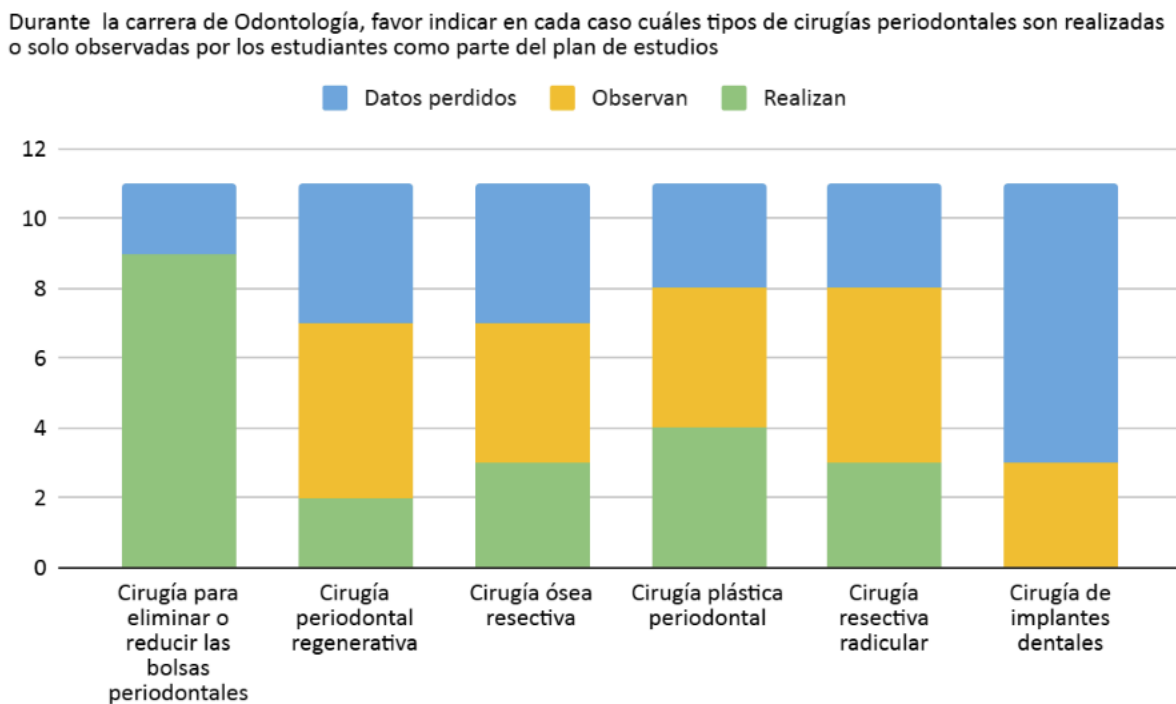
Figura 2. Participación estudiantil en procedimientos periodontales **no quirúrgicos**



Fuente: propia de la investigación

En relación con los procedimientos quirúrgicos, la Figura 3 muestra que la cirugía periodontal para eliminar o reducir bolsas periodontales es la intervención más frecuentemente realizada, reportada en 9 universidades (81.82 %). Por su parte, la cirugía de implantes dentales no se realiza en ninguna universidad (0%), limitándose únicamente a la observación en 3 instituciones (27.27%). Los restantes procedimientos quirúrgicos evidencian variaciones, siendo realizados en promedio de 4.2 ± 2.48 universidades. *(Se registraron respuestas faltantes en algunos ítems.)*

Figura 3. Participación estudiantil en procedimientos periodontales **quirúrgicos**



Fuente: propia de la investigación

En la tabla 7 se observa que, con respecto a la adherencia a la literatura científica en el manejo de la periodontitis, el tratamiento no quirúrgico presenta un porcentaje de adherencia total del 80%, seguido de una adherencia parcial del 20%. En contraste, para el tratamiento quirúrgico, se evidencia una adherencia total superior (100%). Cabe destacar que algunos participantes no respondieron la totalidad de las preguntas del cuestionario, por lo que la evaluación de su adherencia se basó únicamente en las respuestas disponibles.

Tabla 7: Evaluación de la adherencia a la literatura

	Tratamiento quirúrgico de la periodontitis	Tratamiento no quirúrgico de la periodontitis
	N(%)	N(%)
Adherencia total a la literatura	8(80)	9(100)
Adherencia parcial a la literatura	2(20)	0
No adherencia a la literatura	0	0
Total (n)	10	9

Fuente: propia de la investigación

7.DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito evaluar el desarrollo de las competencias clínicas en periodoncia de los estudiantes de Odontología de universidades dominicanas, a fin de determinar su grado de alineación con los lineamientos curriculares nacionales e internacionales. Los hallazgos mostraron una alta adherencia a la literatura científica, indicando que las prácticas clínicas y los contenidos curriculares se desarrollan en su mayoría conforme a las recomendaciones internacionales vigentes.

En la mayoría de las universidades dominicanas, los estudiantes de Odontología realizan habitualmente procedimientos periodontales no quirúrgicos, como el tratamiento de la gingivitis, la periodontitis en estadios I a III y las fases de mantenimiento. En una encuesta sobre la enseñanza y evaluación en periodoncia en universidades europeas según las recomendaciones de la Asociación para la Educación Dental en Europa (ADEE) y el Taller Europeo de 2009, reportaron hallazgos similares: más del 75% de las escuelas informaron una mediana de cuatro casos tratados de gingivitis y periodontitis crónica por estudiante, mientras que los casos de periodontitis agresiva fueron raramente tratados (mediana de un caso).⁵⁰

De forma concordante, en este estudio el manejo de la periodontitis en estadio IV fue únicamente observado en una universidad, en línea con la literatura que asigna dichos procedimientos al ámbito especializado. Este hallazgo se ajusta a las guías de la European Federation of Periodontology (EFP), que indican que los casos de mayor complejidad o que requieren un abordaje multidisciplinario, como los correspondientes al estadio IV, suelen estar fuera del alcance del odontólogo general y deben ser

tratados por profesionales con capacitación avanzada o por especialistas en periodoncia.^{11,12} Por tanto, las instituciones que reportaron únicamente la observación de estos procedimientos no se consideran en incumplimiento de las recomendaciones establecidas.

En las universidades dominicanas, la mayoría de los estudiantes de Odontología realizan cirugías periodontales para la eliminación o reducción de bolsas, consideradas competencias clínicas requeridas al egresar según el modelo del odontólogo general europeo de 2017. Sin embargo en una encuesta basada en las recomendaciones curriculares de la Asociación para la Educación Dental en Europa (ADEE) revisadas en el Taller Europeo de 2009, reportaron resultados opuestos: las cirugías de acceso fueron ejecutadas por los estudiantes solo en casos aislados y observadas en la mayoría de las facultades (68.4%).⁵⁰ De manera similar, en el estudio de Tamil Nadu del 2025, el 36.2% de los estudiantes no observó ningún procedimiento quirúrgico periodontal durante su formación, lo que evidencia una limitada exposición práctica.⁵³ Este contraste sugiere que las universidades dominicanas ofrecen una participación más activa en procedimientos quirúrgicos, reflejando una actualización curricular coherente con los lineamientos más recientes de formación por competencias.

En el presente estudio la mayoría de las universidades dominicanas reportó utilizar la clasificación periodontal vigente de 2018, reflejando una alta adherencia a las recomendaciones internacionales. De manera similar un estudio realizado en 2025 evidencio en su revisión sistemática y encuesta internacional que el 78 % de los profesionales utiliza la clasificación de 2018 derivada del Taller Mundial de la EFP/AAP, destacando su alta sensibilidad diagnóstica y su contribución al diagnóstico temprano y

al enfoque individualizado del paciente.⁵⁴ Ambos hallazgos indican una implementación progresiva y coherente con los estándares globales, aunque la literatura internacional subraya la necesidad de simplificar su aplicación para mejorar la reproducibilidad y reducir la variabilidad interobservador.

En la República Dominicana, los resultados evidenciaron que, aunque todas las universidades abordan al menos la mitad de las competencias del modelo europeo de 2017 y algunas alcanzan la totalidad, persisten brechas en áreas como auditoría clínica, sistemas de salud y epidemiología. De manera similar un estudio identificó en Europa una implementación desigual de las competencias propuestas por la Association for Dental Education in Europe (ADEE), con variaciones entre países e instituciones en la enseñanza de temas relacionados con salud pública, gestión y auditoría clínica.⁵⁵ Ambas realidades reflejan que, a pesar de los esfuerzos por armonizar la educación odontológica bajo marcos de referencia comunes, la aplicación uniforme de las competencias clínicas continúa siendo un desafío tanto a nivel regional como internacional.

A diferencia de Europa, donde existen consensos establecidos y directrices curriculares unificadas promovidas por la Asociación para la Educación Dental en Europa (ADEE) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP), en la República Dominicana no se dispone de un marco normativo nacional que regule de manera uniforme la enseñanza de la periodoncia ni la adopción oficial de la clasificación vigente de las enfermedades periodontales. El Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT) no ha establecido criterios específicos sobre competencias clínicas o lineamientos de diagnóstico en esta área, lo que deja a las universidades la libertad de diseñar sus

propios programas académicos. Esta ausencia de estandarización podría explicar las discrepancias observadas entre instituciones en cuanto a la implementación de competencias o la actualización de los contenidos curriculares, en contraste con el modelo europeo, donde la formación está guiada por acuerdos interinstitucionales que garantizan coherencia y homogeneidad en los resultados educativos.

Entre las limitaciones del estudio se reconoce que, aunque el marco de dominios y competencias para la educación de pregrado en periodoncia fue publicado en 2024, esta investigación se desarrolló antes de su emisión. En consecuencia, esos nuevos dominios no fueron incorporados y las competencias asociadas no se abordaron en el instrumento aplicado. El cuestionario tampoco incluyó preguntas sobre el uso de las guías clínicas de la EFP, limitando la evaluación de la adherencia internacional. Adicionalmente, se presentaron limitaciones técnicas en el software de recolección de datos, ya que algunos participantes omitieron respuestas en lugar de seleccionar “no aplica”, generando valores faltantes que pudieron afectar la distribución final de los resultados.

Sin embargo, este estudio ofrece una perspectiva valiosa sobre cómo se han adaptado las competencias clínicas en periodoncia al contexto dominicano. La enseñanza de la periodoncia en la República Dominicana demuestra un avance significativo hacia la consolidación de competencias clínicas alineadas con el currículo europeo y las guías de práctica clínica de la EFP. No obstante, se recomienda fomentar una mayor participación estudiantil en casos de mayor complejidad, con el fin de fortalecer la preparación profesional y contribuir a una atención más equitativa en poblaciones con acceso limitado a cuidados especializados.

8. CONCLUSIONES

- Los resultados evidencian que los estudiantes de nivel de grado en Odontología de universidades dominicanas participan activamente en procedimientos periodontales no quirúrgicos como el tratamiento de la gingivitis, la periodontitis en estadios I a III y las fases de mantenimiento periodontal en la mayoría de las instituciones (90.91%). El manejo de la periodontitis en estadio IV fue reportado solo como observado en una universidad (9.09%). En contraste, la ferulización de dientes con movilidad fue reportada en menor proporción (18.18%).
- Respecto a los procedimientos quirúrgicos, la mayoría de las universidades (81.82%) incluyen la ejecución de cirugías para la eliminación o reducción de bolsas periodontales. La participación estudiantil en el resto de los procedimientos quirúrgicos es variable y, en algunos casos, se restringe a la observación.
- En cuanto a la adquisición de competencias clínicas según los estándares internacionales, todas las universidades dominicanas abordan al menos la mitad de las 19 competencias del modelo europeo (2017), y solo dos instituciones (18.18%) alcanzan la totalidad. Las más frecuentes fueron la práctica odontológica basada en evidencia científica y el mantenimiento de la salud bucal (100%). En contraste, la mayoría de las competencias menos abordadas corresponden al dominio del Dentista en la Sociedad (sistemas de salud, demografía/epidemiología y planificación estratégica para la salud poblacional), esenciales para comprender la atención odontológica dentro del sistema de

salud. Asimismo, el 90.91% utiliza la clasificación periodontal vigente de 2017, evidenciando alineación con la literatura actual. La adherencia a la evidencia fue total en los tratamientos quirúrgicos (100%) y del 80% en los no quirúrgicos, lo que indica una base formativa sólida con áreas susceptibles de mejora para lograr una correspondencia plena con los estándares internacionales.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios complementarios que identifiquen las principales barreras institucionales, curriculares y logísticas que limitan la investigación y la formación clínica en periodoncia en la República Dominicana de acuerdo con las directrices que dicta la literatura científica.
- Promover la creación de un consenso nacional en periodoncia que unifique criterios curriculares, competencias clínicas y guías diagnósticas, en concordancia con los lineamientos de la EFP y el modelo europeo del odontólogo general.
- Fortalecer la enseñanza práctica mediante una mayor participación supervisada de los estudiantes en procedimientos de complejidad intermedia, favoreciendo la integración entre teoría, evidencia científica y práctica clínica.
- Fomentar la actualización continua del currículo de periodoncia en las universidades dominicanas, incorporando los dominios y competencias propuestos en el marco europeo de 2024 y promoviendo el uso sistemático de las guías clínicas internacionales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz M, Figuero E, Herrera D. Education in Periodontology: The Past, the Present, and the Future. *J Periodontal Res.* 2025 Apr;60(4):291-299.
2. Tomina DC, Petruțiu ȘA, Crișan B, Leucuța DC, Dinu CM. Influence of Periodontal Status and Prosthetic Treatment on Survival and Success Rates in Implant Therapy: A 5-Year Retrospective Follow-Up Study. *J Clin Med.* 2023 Jun 26;12(13):4275.
3. Alsulaimani L, Alqarni H, Akel M, Khalifa F. The Orthodontics-Periodontics Challenges in Integrated Treatment: A Comprehensive Review. *Cureus.* 2023 May 14;15(5):e38994.
4. Sharma M, Solanki S, Razdan RA, Bhargava A, Srivastava A, Menon I. Linking prosthodontics and periodontics: An implant success rate. *Bioinformation.* 2025 Mar 31;21(3):447-451.
5. Isola G, Santonocito S, Lupi SM, Polizzi A, Sclafani R, Patini R, Marchetti E. Periodontal Health and Disease in the Context of Systemic Diseases. *Mediators Inflamm.* 2023 May 13;2023:9720947.
6. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. *Eur J Dent Educ.* 2010 Nov;14(4):193-202.
7. Field JC, Cowpe JG, Walmsley AD. The Graduating European Dentist: A New Undergraduate Curriculum Framework. *Eur J Dent Educ.* 2017 Dec;21 Suppl 1:2-10.

8. Sanz M, Meyle J. Scope, competences, learning outcomes and methods of periodontal education within the undergraduate dental curriculum: a consensus report of the 1st European Workshop on Periodontal Education--position paper 2 and consensus view 2. *Eur J Dent Educ.* 2010 May;14 Suppl 1:25-33.
9. Herrera D, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, Tonetti MS, Kerschull M, Sculean A, Papapanou PN, Sanz M; *EFP workshop participants. Consensus report of the second European Consensus Workshop on Education in Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2024 Nov;51 Suppl 27:4-37.
10. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018 Jun;45 Suppl 20:S1-S8.
11. Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60.
12. Herrera D, Sanz M, Kerschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, et al. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2022;49 Suppl 24:4-71.
13. Albino JE, Young SK, Neumann LM, Kramer GA, Andrieu SC, Henson L, Horn B, Hendricson WD. Assessing dental students' competence: best practice recommendations in the performance assessment literature and investigation of

- current practices in predoctoral dental education. *J Dent Educ.* 2008 Dec;72(12):1405-35.
14. Shiloah J, Scarbecz M, Bland PS, Hottel TL. A comprehensive clinical competency-based assessment in periodontics. *Eur J Dent Educ.* 2017 May;21(2):86-90.
15. García AD, Camilo O, García MR, Palanca F, López. Reglamento para evaluación y aprobación de carreras a nivel de grado. Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. 2013.1:9-11.
16. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, Herrera D, Jepsen S, Lione L, Madianos P, Mathur M, Montanya E, Shapira L, Tonetti M, Vegh D. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2018 Feb;45(2):138-149.
17. Zhang Z, Wen S, Liu J, Ouyang Y, Su Z, Chen D, Liang Z, Wang Y, Luo T, Jiang Q, Guo L. Advances in the relationship between periodontopathogens and respiratory diseases (Review). *Mol Med Rep.* 2024 Mar;29(3):42.
18. Lyu J, Zhang Y, Zhou R, Ding C, Ye H, Fang Q, Jiang C, Chen X, Zhong L. The effect of periodontal treatments on endothelial function in degrees of periodontitis patients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2024 Sep 19;19(9):e0308793.

19. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results [Internet]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2022 [citado 2025 jul 11]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
20. Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. In the students' own words: what are the strengths and weaknesses of the dental school curriculum? *J Dent Educ.* 2007 May;71(5):632-45. PMID: 17493972..
21. ADEA Competencies for the New General Dentist: (As approved by the 2008 ADEA House of Delegates). *J Dent Educ.* 2011;75(7), 932-935.
22. Yip HK, Smales RJ. Review of competency-based education in dentistry. *Br Dent J.* 2000 Sep 23;189(6):324-6.
23. Könönen E, Gursoy M, Gursoy UK. Periodontitis: A Multifaceted Disease of Tooth-Supporting Tissues. *J Clin Med.* 2019 Jul 31;8(8):1135.
24. Kwon T, Lamster IB, Levin L. Current Concepts in the Management of Periodontitis. *Int Dent J.* 2021 Dec;71(6):462-476.
25. Ravidà A, Qazi M, Troiano G, Saleh MHA, Greenwell H, Kornman K, Wang HL. Using periodontal staging and grading system as a prognostic factor for future tooth loss: A long-term retrospective study. *J Periodontol.* 2020 Apr;91(4):454-461.
26. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, Geisinger ML, Genco RJ, Glogauer M, Goldstein M, Griffin TJ, Holmstrup P, Johnson GK, Kapila Y, Lang NP, Meyle J, Murakami S, Plemons J, Romito GA, Shapira L, Tatakis DN, Teughels W, Trombelli L, Walter C, Wimmer G, Xenoudi P,

- Yoshie H. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S74-S84.
27. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, Van der Velden U, Armitage G, Bouchard P, Deinzer R, Dietrich T, Hughes F, Kocher T, Lang NP, Lopez R, Needleman I, Newton T, Nibali L, Pretzl B, Ramseier C, Sanz-Sanchez I, Schlagenhauf U, Suvan JE. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S5-11.
28. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S85-S102.
29. Herrera D, Alonso B, de Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. *Periodontol 2000*. 2014 Jun;65(1):149-77.
30. Albandar JM. Aggressive periodontitis: case definition and diagnostic criteria. *Periodontol 2000*. 2014 Jun;65(1):13-26.
31. France K, Villa A. Acute Oral Lesions. *Dermatol Clin*. 2020 Oct;38(4):441-450.
32. Sonde N, Edwards M. Perio-Endo Lesions: A Guide to Diagnosis and Clinical Management. *Prim Dent J*. 2020 Dec;9(4):45-51.

33. Finn DJ, Rajlawat BP, Holt DJ, Adair SRL, Kent K, Field EA. The development and implementation of a biopsy safety strategy for oral medicine. *Br Dent J*. 2017 Nov 10;223(9):667-673.
34. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol 2000*. 2015 Jun;68(1):333-68.
35. Villar CC, Cochran DL. Regeneration of periodontal tissues: guided tissue regeneration. *Dent Clin North Am*. 2010 Jan;54(1):73-92.
36. Carnevale G, Kaldahl WB. Osseous resective surgery. *Periodontol 2000*. 2000 Feb;22:59-87.
37. Wessing B, Lettner S, Zechner W. Guided Bone Regeneration with Collagen Membranes and Particulate Graft Materials: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2018 January/February;33(1):87–100.
38. Bhalla N, Dym H. Update on Maxillary Sinus Augmentation. *Dent Clin North Am*. 2021 Jan;65(1):197-210.
39. Gupta R, Gupta N, Weber, DDS KK. Dental Implants. 2023 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 29262027.
40. Renvert S, Hirooka H, Polyzois I, Kelekis-Cholakakis A, Wang HL; Working Group 3. Diagnosis and non-surgical treatment of peri-implant diseases and maintenance care of patients with dental implants - Consensus report of working group 3. *Int Dent J*. 2019 Sep;69(Suppl 2):12-17.

41. Heitz-Mayfield LJA, Salvi GE. Peri-implant mucositis. *J Clin Periodontol.* 2018 Jun;45 Suppl 20:S237-S245.
42. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2018 Jun;45 Suppl 20:S246-S266.
43. Khoury F, Hanser T. Three-Dimensional Vertical Alveolar Ridge Augmentation in the Posterior Maxilla: A 10-year Clinical Study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2019 Mar/Apr;34(2):471-480.
44. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. *Eur J Dent Educ.* 2010 Nov;14(4):193-202.
45. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S9-S16.
46. Sanz M, Meyle J. Scope, competences, learning outcomes and methods of periodontal education within the undergraduate dental curriculum: a consensus report of the 1st European Workshop on Periodontal Education--position paper 2 and consensus view 2. *Eur J Dent Educ.* 2010 May;14 Suppl 1:25-33.
47. Field JC, Cowpe JG, Walmsley AD. The Graduating European Dentist: A New Undergraduate Curriculum Framework. *Eur J Dent Educ.* 2017 Dec;21 Suppl 1:2-10.
48. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172.

49. Heasman PA, Witter J, Preshaw PM. Periodontology in the undergraduate curriculum in UK dental schools. *Br Dent J*. 2015 Jul 10;219(1):29-33.
50. Gürsoy M, Wilensky A, Claffey N, Herrera D, Preshaw PM, Sanz M, Schlagenhaut U, Trombelli L, Demirel K. Periodontal education and assessment in the undergraduate dental curriculum-A questionnaire-based survey in European countries. *Eur J Dent Educ*. 2018 Aug;22(3):e488-e499.
51. Behling O, Law K. *Translating Questionnaires and Other Research Instruments*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States of America: SAGE Publications, Inc.; 2000.
52. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008 Jan 1;6(1):27–36.
53. Lande A, Durge K, Rawat S, Reche A, Sonar PR. Perception of Undergraduates in the Field of Periodontology. *Cureus*. 2023 Nov 5;15(11):e48308.
54. West NX, Gormley A, Pollard AJ, Izzetti R, Marruganti C, Graziani F. Evaluating the Performance and Implementation of the 2018 Classification of Periodontal Diseases: A Systematic Review and Survey. *J Clin Periodontol*. 2025 Aug;52 Suppl 29(Suppl 29):34-57.
55. Bryce M, Zahra D, Burns L, Hanks S, Gale T. Progress and challenges in the harmonisation of European undergraduate dental education: A systematic literature review with narrative synthesis. *Eur J Dent Educ*. 2023 Aug;27(3):719-728.

11. ANEXOS

11.1 APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

Para uso administrativo

Código de Aplicación CEI2023-15

1. Nombre del Proyecto de Investigación

Consenso sobre la Enseñanza de la Periodoncia en Programas Académicos de Grado de la República Dominicana

Nombre del Investigador Principal (IP) Paula Massiel Yunes Fragoso

Fecha de revisión Wednesday, October 11, 2023

ESTADO DE LA APLICACIÓN APROBADO

Firma


CAMBIOS REVISADOS DÍA Wednesday, October 11, 2023

ESTADO DE LA APLICACIÓN APROBADO

Firma


11.2 CUESTIONARIO SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA PERIODONCIA EN PROGRAMAS ACADÉMICOS DE GRADO DE UNIVERSIDADES DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Favor leer atentamente y completar las preguntas de acuerdo a la realidad de su Escuela de Odontología.

1. Nombre completo:

2. Seleccione la universidad que representa:
 1. Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS)
 2. Universidad Odontológica Dominicana (UOD)
 3. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
 4. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)
 5. Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA)
 6. Universidad Católica del Cibao (UCATECI)
 7. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra – Santo Domingo (PUCMM CSD)
 8. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra – Santiago (PUCMM CSTI)
 9. Universidad Central del Este (UCE)
 10. Universidad Iberoamericana (UNIBE)
 11. Universidad Católica Nordestana (UCNE)
 12. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
 13. Universidad Federico Henríquez y Carvajal (UFHEC)

3. Cargo que ocupa en la Escuela de Odontología:

4. ¿Cuál es la duración en meses del programa de grado de Odontología en su institución?
(Ejemplo: 4 años = 48 meses)

5. ¿Cómo se divide el programa académico de su institución anualmente?
 1. En 2 periodos de 6 meses
 2. En 3 periodos de 4 meses
 1. En 4 periodos de 3 meses
 3. Otro
 - 3.1 Especificar:

6. De las siguientes competencias, ¿cuáles son abordadas en el programa académico de su institución? Seleccione todas las que apliquen.
 1. Principios éticos del cuidado de la salud
 2. Sistema regulatorio de la odontología en RD (legislación y códigos de práctica aplicable)
 3. Comportamiento profesional
 4. Práctica odontológica basada en la evidencia científica
 5. Habilidades de gestión y liderazgo
 6. Trabajo en equipo
 7. Habilidad de comunicación con los pacientes, el equipo odontológico y otros colegas
 8. Manejo de riesgos en la consulta odontológica
 9. Auditoría clínica
 10. Educación continua
 11. Aplicación de las asignaturas científicas que constituyen la base del cuidado de la salud bucal
 12. Recopilación de información clínica y diagnóstico
 13. Planificación del tratamiento odontológico
 14. Establecimiento y mantenimiento de la salud bucal
 15. Salud pública dental
 16. Promoción de la salud y prevención de enfermedades
 17. Demografía, salud y enfermedad a nivel poblacional (epidemiología y desigualdades sociales)
 18. Sistemas de salud
 19. Planificación estratégica para la salud poblacional

7. En el programa académico de Odontología de su institución, ¿existe alguna asignatura teórica dedicada exclusivamente a la enseñanza de la Periodoncia?
 1. Sí
 2. No (saltar a la pregunta 9)

8. En caso afirmativo, marque en cuál/es año(s) se imparte, especifique el nombre de la asignatura y el número de horas semanales que tiene. Recuerde, solo mencionar asignaturas de teoría en su respuesta. En caso de que sea una electiva, favor especificar.
 1. 1er año. Asignaturas y horas semanales:
 2. 2do año. Asignaturas y horas semanales:
 3. 3er año. Asignaturas y horas semanales:
 4. 4to año. Asignaturas y horas semanales:
 5. 5to año. Asignaturas y horas semanales:

6. 6to año. Asignaturas y horas semanales:
9. En su institución, ¿se imparten asignaturas prácticas (preclínicos/laboratorios) dedicadas exclusivamente a la enseñanza de la Periodoncia?
 1. Sí
 2. No (saltar a la pregunta 11)
10. En caso afirmativo, marque en cuál/es año(s) se imparten dichas asignaturas prácticas (preclínicos/laboratorios), especifique cuáles son y el número de horas semanales que tienen. En caso de que sea una electiva, favor especificar.
 1. 1er año. Asignaturas y horas semanales:
 2. 2do año. Asignaturas y horas semanales:
 3. 3er año. Asignaturas y horas semanales:
 4. 4to año. Asignaturas y horas semanales:
 5. 5to año. Asignaturas y horas semanales:
 6. 6to año. Asignaturas y horas semanales:
- 11.
12. En su institución, ¿se imparten otras asignaturas en donde se enseñen contenidos relacionados con Periodoncia? (Ejemplo: embriología)
 1. Sí
 2. No (saltar a la pregunta 13)
13. En caso afirmativo, marque en cuál/es año(s) se imparten dichas asignaturas, especifique cuáles son y el número de horas semanales que tienen.
 7. 1er año. Asignaturas y horas semanales:
 8. 2do año. Asignaturas y horas semanales:
 9. 3er año. Asignaturas y horas semanales:
 10. 4to año. Asignaturas y horas semanales:
 11. 5to año. Asignaturas y horas semanales:
 12. 6to año. Asignaturas y horas semanales:
14. En promedio, ¿cuántos estudiantes hay asignados por docente de Periodoncia en una jornada de clínica?
15. ¿Cuál es la clasificación de diagnóstico periodontal enseñada y utilizada en el programa académico actual de su institución?
 1. Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales de Armitage de 1999

2. Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales y Periimplantarias de la Academia Americana de Periodoncia y la Federación Europea de Periodoncia de 2018

3. Otro

3.1 Especificar:

16. Durante la carrera de Odontología, favor indicar en cada caso cuáles procedimientos periodontales no quirúrgicos son realizados o solo observados por los estudiantes como parte del plan de estudios:

1. Tratamiento periodontal no quirúrgico de la gingivitis

- Realizan
- Solo observan
- n/a

2. Tratamiento periodontal no quirúrgico de la periodontitis estadio I

- Realizan
- Solo observan
- n/a

3. Tratamiento periodontal no quirúrgico de la periodontitis estadio II

- Realizan
- Solo observan
- n/a

4. Tratamiento periodontal no quirúrgico de la periodontitis estadio III

- Realizan
- Solo observan
- n/a

5. Tratamiento periodontal no quirúrgico de la periodontitis estadio IV

- Realizan
- Solo observan

- n/a
6. Fase de mantenimiento periodontal
- Realizan
 - Solo observan
 - n/a
7. Ferulización de dientes con movilidad dental
- Realizan
 - Solo observan
 - n/a
17. Durante la carrera de Odontología, favor indicar en cada caso cuáles tipos de cirugías periodontales son realizadas o solo observadas por los estudiantes como parte del plan de estudios:
1. Cirugía periodontal para eliminar o reducir las bolsas periodontales
- Realizan
 - Solo observan
 - n/a
2. Cirugía periodontal regenerativa
- Realizan
 - Solo observan
 - n/a
3. Cirugía ósea resectiva
- Realizan
 - Solo observan
 - n/a
4. Cirugía plástica periodontal

- Realizan
- Solo observan
- n/a

5. Cirugía resectiva radicular (ej. hemisección)

- Realizan
- Solo observan
- n/a
-

6. Cirugía de implantes dentales

- Realizan
- Solo observan
- n/a

18. ¿Puede proporcionar a nuestro equipo el plan de estudios de la carrera de Odontología de su institución? En caso afirmativo, favor adjuntar el documento.

11.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le invitamos a completar el siguiente cuestionario sobre la “Enseñanza de la Periodoncia en Programas Académicos de Grado de Universidades de la República Dominicana”.

El propósito de esta investigación es evaluar cómo se enseña la Periodoncia en programas académicos de grado de universidades dominicanas. Después de que acepte participar solo debe completar un cuestionario según la realidad de la institución académica que representa, el cual se manejará de manera confidencial. Su participación y la de su institución en este estudio es voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento y no le perjudicaría de forma alguna.

Con su participación no recibirá ningún tipo de beneficio económico. No obstante, podrá contribuir al levantamiento de información de gran importancia para la formación de los estudiantes de odontología, la cual podría ser publicada en revistas científicas manteniendo el anonimato de las universidades.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana. En caso de requerir alguna información adicional, puede contactar al investigador responsable:

Dra. Paula Massiel Yunes Fragoso, p.yunes@unibe.edu.do

UNIBE, Av. Francia No. 129, Gazcue. Santo Domingo. Rep. Dom. Tel: (809) 689-4111
Ext. 1504

¡GRACIAS!

- He leído la información proporcionada con detenimiento y acepto participar en este estudio.
- He leído la información proporcionada con detenimiento y **no acepto** participar en este estudio.