



CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS CLÍNICAS DE POSGRADO DE PERIODONCIA DE UNICOC CENTRO - SEDE BOGOTÁ PERIODO ACADÉMICO 2013

* Buitrago M., Gómez S., González Y., Mejía D., Peña J.
** Arboleda S.
*** Suárez A.
**** López de Mesa C.

RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar la población usuaria de la clínica de posgrado de periodoncia UNICOC centro - sede Bogotá, durante el periodo académico 2013. **MÉTODO:** Estudio descriptivo de corte transversal, en donde se evaluaron 79 historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión. Se analizaron variables sociodemográficas, hábitos de higiene oral, diagnóstico periodontal e índice de necesidad de tratamiento periodontal. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS (IBM) versión 2.0. **RESULTADOS:** Los resultados indicaron que hubo predominio de participación por parte de género femenino con 62,5%. Asistieron pacientes entre 10 a 78 años, siendo más notoria la participación por parte del rango comprendido entre 50 a 59 años; el principal motivo de consulta reportado fue valoración: 29,9%; la enfermedad periodontal principalmente reportada fue periodontitis crónica moderada localizada con 47,8%. Al relacionar diagnóstico y edad, la gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada se presentó principalmente en el grupo de 40 a 49 años con 66,7%. **CONCLUSIÓN:** Los hallazgos generales del presente estudio muestran que según los datos de la historia clínica el género femenino asistió con mayor frecuencia a la consulta presentando mayor predominio de enfermedad periodontal en comparación con el género masculino. Por otra parte, dentro de los elementos de higiene oral el uso de enjuague bucal es el de menor uso reportado.

Palabras clave: perfil epidemiológico, características sociodemográficas, enfermedad periodontal.

ABSTRACT

AIM: Categorize the UNICOC periodontics clinics user population from Bogotá downtown headquarters during the academic year 2013. **METHOD:** Descriptive cross-sectional observational study, 79 medical records were conveniently selected since these met the selection criteria. Socio - demographic, oral hygiene habits, disease periodontal and index of need for treatment variables related to the study were analyzed. Collected data were analyzed with the SPSS (IBM) version 2.0 Statistics Program. **RESULTS:** The results indicate that there was a predominance of female participation with 62, 5% Attended patients between 10-78 years, with more noticeable participation by the range between 50 - 59 years. The chief complaint was reported as dental check - up: 29,9%; periodontal disease reported mostly was moderate chronic periodontitis with 47,8%. By linking diagnosis and age, gingivitis associated to biofilm with pre-existing loss of insertion without contributing factors in local, occurred mainly in the group of 40-49 years, with 66,7%. **CONCLUSION:** The overall findings of this study show that according to data from medical record the female gender more frequently attended to the consultation presenting higher prevalence of periodontal disease compared to males. Moreover, within the elements of oral hygiene mouthwash use is the lowest reported use.

Key words: Epidemiologic, socio-demographic characteristics, periodontal disease.

* Odontólogos. Residentes del Programa de Especialización en Periodoncia.

** Odontóloga. Especialista en Periodoncia. Asesor científico.

*** Odontóloga. Especialista en Epidemiología General. Asesora Metodológica.

**** Estadística. Master en educación.

INTRODUCCIÓN

El mantenimiento de la salud oral es un componente individual y social que se debe garantizar de forma permanente en los diferentes ciclos de la vida; sin embargo, al tratarse de un proceso multifactorial se ve fuertemente afectado por el proceso salud-enfermedad y está directamente relacionado con factores denominados determinantes sociales en salud; los cuales involucran aspectos particulares, como los hábitos y estilos de vida, aspectos sociodemográficos como el nivel educativo, el estrato socioeconómico, el nivel socio cultural, la religión y la edad; y a su vez factores estructurales relacionados con las condiciones generales como el acceso a los servicios de salud, las diferencias entre zona urbana y rural, la nutrición, los factores biológicos, hereditarios y ambientales ⁽¹⁻³⁾.

Teniendo en cuenta lo anterior es fundamental considerar los factores de riesgo que inciden en las modificaciones de la actividad de la enfermedad periodontal; estos factores en asociación con la susceptibilidad del individuo y una variedad de condiciones locales y sistémicas, influyen en el inicio y progreso de las patologías a nivel oral, así como en los cambios sucesivos en los biomarcadores ⁽⁴⁻⁶⁾.

Esta variedad de factores y determinantes conllevan a realizar un análisis del comportamiento de las diferentes patologías

orales, desde las diferentes esferas. Desde la perspectiva mundial, la prevalencia de patologías orales presenta amplios rangos porcentuales entre las diferentes comunidades, destacándose la caries en primera instancia, con valores que oscilan para Latinoamérica, entre el 60 y 80%, exceptuando Argentina, Brasil y Cuba quienes con los años han logrado disminuir los índices de caries ⁽⁷⁾. Las enfermedades periodontales también se manifiestan en elevados porcentajes. En Latinoamérica, más específicamente en Colombia, el tercer Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III, de 1999 concluyó que el 50,2% de la población evaluada presentó pérdida de inserción, siendo mayor en hombres 52% que en mujeres 47,6% ⁽⁸⁾, mientras que Brown *et al.* (1996), determinó que en Estados Unidos el 15% de adultos eran sanos, los porcentajes de gingivitis llegaban al 50%, sólo el 33% presentaba pérdidas de inserción de hasta 5 mm, y un 8% de casos mostraba periodontitis avanzada, con pérdidas de 6 o más mm de inserción ⁽⁹⁾.

La enfermedad periodontal es ampliamente investigada y los resultados sugieren que la susceptibilidad a la periodontitis varía considerablemente entre individuos. Se afirma que alrededor de un 10% de individuos presentan susceptibilidad alta y un 10% son resistentes a la misma; esta diferencia en la susceptibilidad es atribuida frecuentemente a factores genéticos ⁽⁵⁾.

La consecuencia más clara de la presencia de patologías orales, incluyendo caries y enfermedad periodontal es la pérdida de dientes ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾; motivo por el cual, es ideal abordarlas cuando se encuentran en sus estados iniciales, pues es en este momento, cuando la condición se puede detener.

Varios autores afirman que la etiología de la periodontitis no sólo se relaciona con la higiene oral ni se limita a un proceso biológico local, por el contrario, la periodontitis debe entenderse como una enfermedad multifactorial, como lo son la mayoría de las enfermedades orales, asociado a factores locales como: periodonto, biopelícula, saliva, fluido crevicular, factores generales o sistémicos: edad, género, educación, estrato social, ingresos, estilos de vida, genética, salud general, dieta, tabaquismo, alcohol, stress y factores del entorno: entorno demográfico, económico, ocupación, educación, políticas de sistema de salud ^(3,16 -22). Este comportamiento multifactorial está basado en la teoría del modelo causal de Rothman, en la cual se contemplan las relaciones multicausales que contribuyen a la ocurrencia de un daño, el cual identifica causa componente, suficiente y necesaria ⁽²³⁾.

La enfermedad periodontal se puede determinar por medio de los siguientes indicadores periodontales: 1. Sondaje: el cual

permite tener signos como: sangrado. 2. Profundidad de la bolsa, 3. Nivel de inserción clínica, 4. Movilidad dental, 5. Inflamación gingival. Además se pueden utilizar ayudas diagnósticas como las radiografías que permiten evaluar el nivel del hueso alveolar ⁽⁶⁾.

Para evaluar el grado de inflamación en el tejido gingival y determinación de biopelícula se usan los siguientes métodos: índice de Placa (PI) de Silness y Loe modificado, O'Leary, el índice Gingival (GI) de Løe y Silness 1964 e índice de sangrado gingival de Ainamo Bay 1975 ^(24, 25).

Es importante resaltar la calidad de la información registrada en las historias clínicas, la cual, según la resolución 1995 de 1999, en Colombia, se define como un documento médico legal privado y obligatorio, en el cual se registran todos los antecedentes y datos actuales del paciente, este documento puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Las características de este documento son: Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad ⁽²⁸⁾, estos requerimientos anteriormente mencionados son cumplidos en las historias clínicas de UNICOC ⁽²⁹⁾.

Por tanto, en la clínica de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá, surge la necesidad de precisar la información consignada en las historias clínicas, con el fin de caracterizar e identificar los factores sociodemográficos, hábitos de higiene oral, el estado de salud periodontal de los pacientes que asisten a la consulta, así como también reconocer necesidad de tratamiento periodontal, con el fin de identificar las características de los procesos y de la información existente como parte de una retroalimentación institucional, generación de conocimiento y el inicio de modificaciones progresivas en los procedimientos que así lo ameriten.

El objetivo del presente estudio fue caracterizar las condiciones relacionadas con los factores sociodemográficos, hábitos de higiene oral, grado y severidad de la enfermedad gingival y periodontal y necesidad de tratamiento periodontal de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá durante el periodo académico 2013.

MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. La población fue de 79 historias clínicas de pacientes que reportan ingreso por primera vez a la clínica de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá, durante el periodo académico 2013.

Se estudiaron las historias clínicas que reportaran ingreso del paciente por primera vez y de ambos géneros y se excluyeron las historias procedentes de la remisión de otros posgrados y pregrado.

Se analizaron las variables en el orden que establece la historia clínica del posgrado de periodoncia UNICOC, la cual incluye: características sociodemográficas, examen físico, antecedentes personales, antecedentes odontológicos, higiene oral, antecedentes psicológicos, historia estomatológica, examen físico oral, examen dental y diagnóstico periodontal. Importante destacar que el índice de masa corporal no es una variable que se encuentre en la historia clínica, esta se obtuvo mediante la asociación entre el peso en kilogramos dividido entre la altura en metros al cuadrado, según datos de la historia.

El proceso contó con la autorización de la dirección de las clínicas de posgrado sede centro y se realizó respetando la confidencialidad de los formatos clínicos. La investigación fue clasificada sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993.

La revisión de las historias clínicas se realizó durante 3 semanas, la toma de información fue realizada por el grupo investigador.

La captura de los datos se realizó por los investigadores, unificando los criterios para el manejo de ítems ambiguos no registrados claramente en la historia clínica.

El proceso de digitación se llevó a cabo por los investigadores, depurando la base de datos y controlando los valores perdidos.

Método estadístico

Los datos fueron recolectados y tabulados en Excel 2010 se analizaron a través del programa estadístico SPSS (IBM) versión 2.0. Se empleó estadística descriptiva a través de distribución de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Se cruzaron variables de interés para ver el comportamiento de las mismas.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 79 historias clínicas de pacientes que asistieron a las clínicas de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá durante el periodo académico 2013, las historias clínicas tenidas en cuenta fueron las que cumplían con los criterios de selección, aunque vale la pena resaltar que dentro de las historias clínicas revisadas se hallaron algunas con diligenciamiento incompleto. Los resultados se describen a continuación:

Características sociodemográficas

Según los datos registrados en las historias clínicas, el rango de edad de los pacientes se presentó entre los 10 a 78 años, con un promedio de $45 \pm 12,4$ años; siendo las personas entre 50 y 59 años quienes presentaron mayor frecuencia con 31,5%; por el contrario el porcentaje menos frecuente fue

de 1,4% correspondiente a los siguientes rangos de edad: 10- 15 años y 16 - 19 años. (Figura 1).

Figura 1. Rangos de edad.



Según los datos recolectados, existe una mayor participación de asistencia a la consulta por parte del género femenino 62,5%. En referencia a la raza, las historias clínicas reportaron que todos los pacientes son mestizos. Con respecto al estado civil, fueron los solteros quienes reportaron mayor frecuencia con un 39,4%. Por otro lado, en relación a la escolaridad el porcentaje de mayor frecuencia reportado fue la secundaria con 33,3%, seguido de los pacientes con título profesional 25,6% y en menor frecuencia la primaria con 12,8%. En cuanto a la ocupación de los pacientes, la profesión de abogado fue la reportada con mayor frecuencia con 21,5% seguida de independiente con 20,3% y en menor frecuencia las fuerzas armadas con 1,3%. (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas.

VARIABLE	ESCALA	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE %
Género	Femenino	45	62.5
	Masculino	27	37.5
	Total	72	100.0
Raza	Mestizo	35	100.0
	Otros	0	0.0
	Total	35	100.0
Estado Civil	Soltero	28	39.4
	Casado	25	35.2
	Unión libre	8	11.3
	Divorciado	6	8.5
	Viudo	4	5.6
	Total	71	100.0
Escolaridad	Primaria	10	12.8
	Secundaria	26	33.3
	Técnico	14	17.9
	Profesional	20	25.6
	Sin dato	8	10.3
	Total	78	100.0
Ocupación	Sin dato	6	7.6
	Ama de casa	12	15.2
	Empleado	13	16.5
	Independiente	16	20.3
	Oficios vanos	5	6.3
	Fuerzas armadas	1	1.3
	Abogados	17	21.5
	Técnico	7	8.9
	Estudiante	2	2.5
	Total	79	100.0

Según los datos recolectados, en referencia a la afiliación al sistema de seguridad social en salud existe más frecuencia de afiliación al régimen contributivo con 82,5%, seguido del régimen subsidiado con 10,5%. (Figura 2).

En relación a la fecha de la última visita médica y odontológica registrada en las historias clínicas según lo reportado por los pacientes, se encontró que un 71,4% y 72,7% respectivamente reportaron haber asistido en un periodo de tiempo menor a 6 meses. (Figura 3).

Figura 2. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

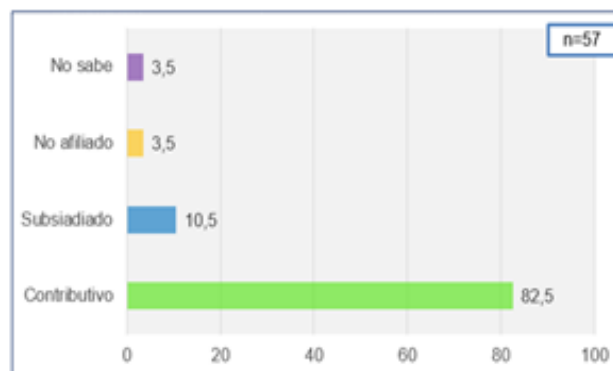


Figura 3. Última visita médica y odontológica.

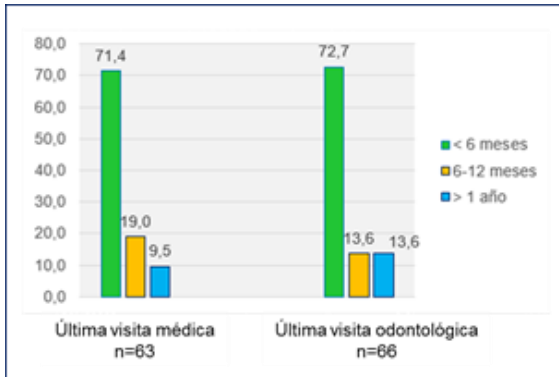
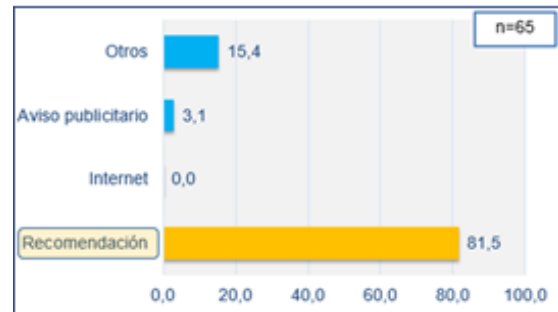


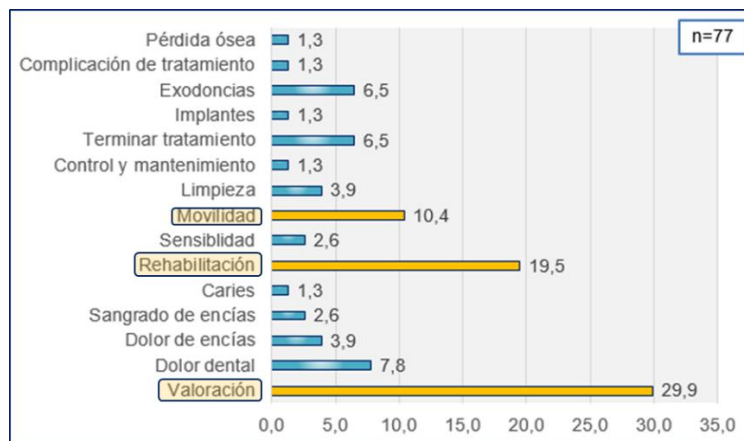
Figura 4. Motivo por el cual escogió UNICOC.



Respecto al motivo por el cual el paciente escogió UNICOC para recibir atención odontológica, la mayor frecuencia reportada fue recomendación con 81,5%. (Figura 4).

El principal motivo de consulta registrado fue valoración con 29,9%, seguido de rehabilitación con 19,5% y movilidad dental con un 10,4%. (Figura 5).

Figura 5. Motivo de consulta.

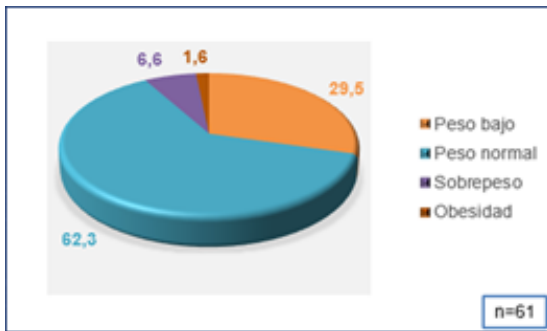


Historia médica personal

El índice de masa corporal (IMC) en relación peso - talla en las historias clínicas evaluadas, muestran principalmente valores

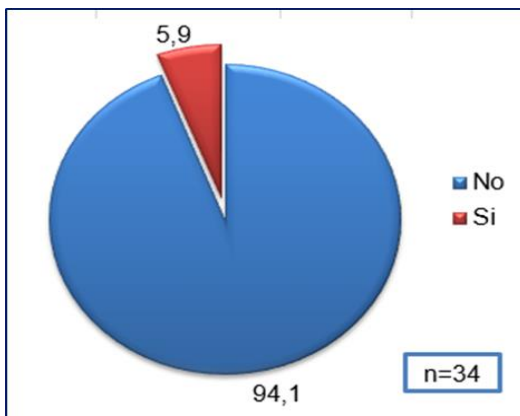
que se encuentran dentro del rango de peso normal, con 62,3%, posteriormente peso bajo con 29,5%, sobrepeso con un 6,6% y por último obesidad (leve) con 1,6%. (Figura 6).

Figura 6. Índice de masa corporal – IMC.



Respecto al hábito de fumar, en el formato de la historia clínica no se pregunta de manera textual acerca de este hábito, por lo cual se restringe la información, generando un subregistro del mismo, reportado entonces con el 5,9%. (Figura 7).

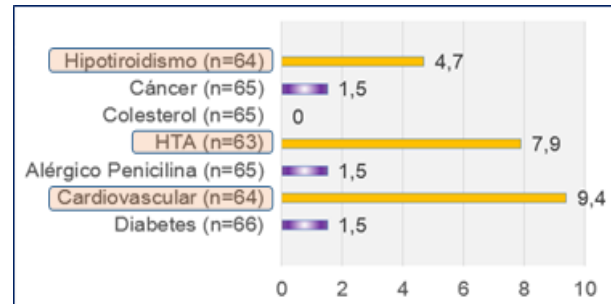
Figura 7. Hábito de tabaquismo.



En cuanto a antecedentes médicos personales se reportó con mayor frecuencia enfermedad cardiovascular con 9,4%, seguida por hipertensión arterial con 7,9% e hipotiroidismo con 4,7%. Por el contrario, se observó menor frecuencia para diabetes,

cáncer y alergia a la penicilina con 1,5% cada uno. (Figura 8).

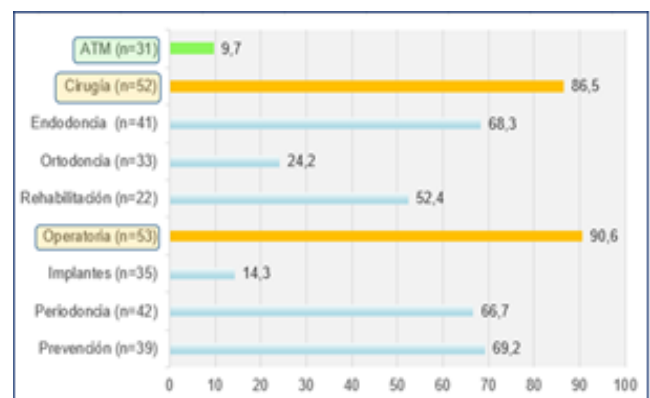
Figura 8. Antecedentes médicos personales.



Atención recibida en odontología

Operatoria fue la atención odontológica previa recibida con mayor frecuencia por los pacientes según lo reportado en las historias clínicas evaluadas con 90,6%, posteriormente cirugía con 86,5%, de manera opuesta la de menor frecuencia fue atención recibida para ATM con 9,7%. (Figura 9).

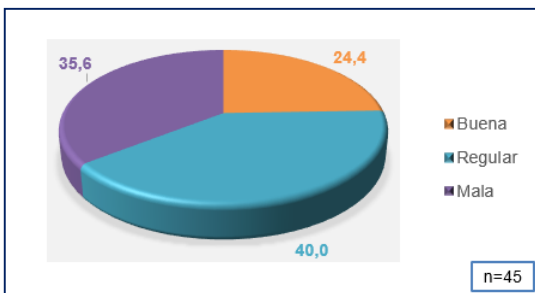
Figura 9. Atención recibida en odontología.



Hábitos en higiene oral

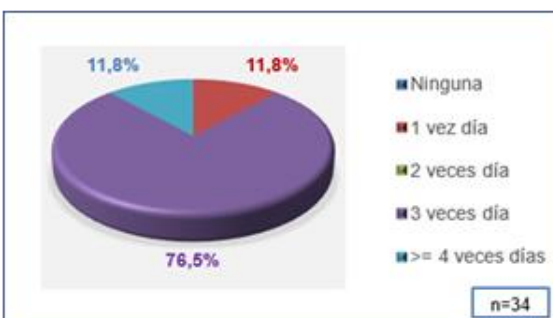
Se registró con mayor frecuencia en las historias clínicas higiene regular con 40%, sucesivamente, mala higiene oral con 35,6% y en menor frecuencia buena higiene oral con 24,4%. (Figura 10).

Figura 10. Higiene oral.



La frecuencia de cepillado 3 veces al día fue la más reportada por los pacientes con 76,5%, seguida por un porcentaje de 11,8% para las frecuencias de cepillado de una vez al día y 4 veces al día. (Figura 11).

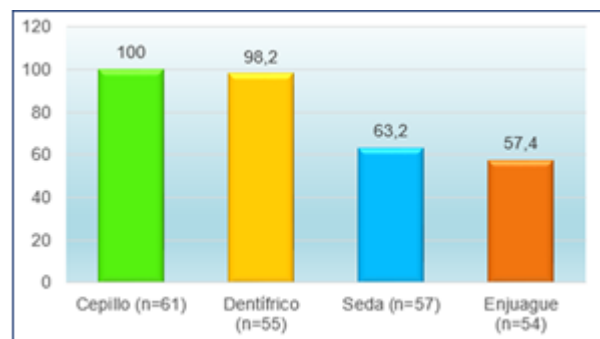
Figura 11. Frecuencia de cepillado.



Elementos de higiene oral

Con respecto a los elementos de higiene oral, el 100% de los pacientes reportaron el uso diario del cepillo dental, el 98,2% usaban dentífrico, en menor proporción se reportó el uso de seda dental con 63,2%, seguido por el uso de enjuague bucal con 57,4%. (Figura 12).

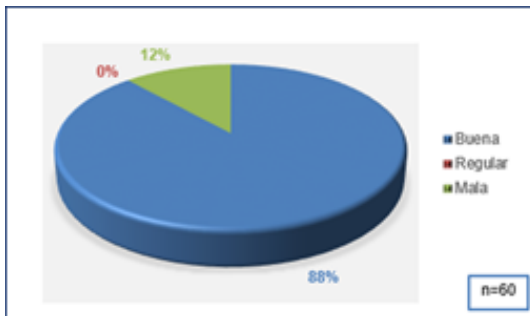
Figura 12. Elementos de higiene oral.



Actitud ante el tratamiento

En las historias clínicas revisadas se reportó que el 88 % de los pacientes tienen buena actitud ante el tratamiento odontológico que esperan recibir. Cabe resaltar que este dato es obtenido por el estudiante que diligenció la historia clínica de acuerdo a la opinión que tiene del paciente al momento de hacer la anamnesis. (Figura 13).

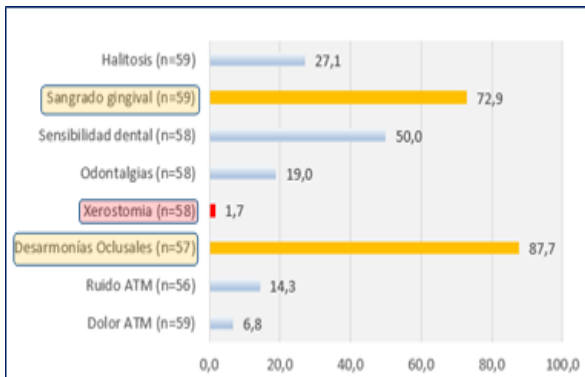
Figura 13. Actitud ante el tratamiento.



Historia estomatológica

En las variables relacionadas con la historia estomatológica las desarmonías oclusales reportaron la mayor frecuencia con 87,7%, posteriormente sangrado gingival con 72,9% y en menor porcentaje la xerostomía con 1,7%. (Figura 14).

Figura 14. Historia estomatológica.

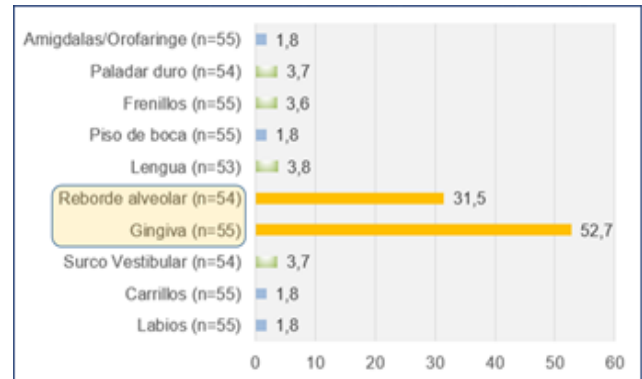


Examen físico oral

En la evaluación de los tejidos blandos y óseos las estructuras que reportaron

alteraciones en mayor frecuencia fueron: gingiva con 52,7%, reborde alveolar con 31,5% y menor frecuencia alteraciones en labios, carrillos, piso de boca y amígdalas/orofaringe con 1,8% cada una. (Figura 15).

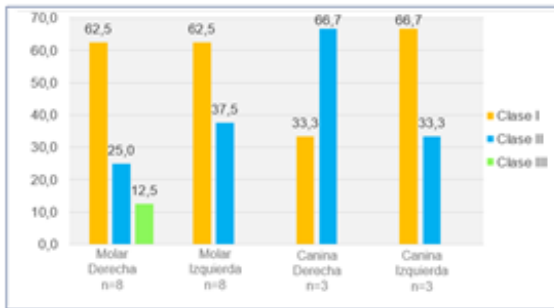
Figura 15. Examen físico oral.



Examen dental/Armonía - Desarmonía oclusal

De acuerdo al registro en las historias clínicas, según la clasificación de Angle es importante tener en cuenta que la variable relación molar no específica si la clasificación es derecha o izquierda, además la relación canina no se pregunta de manera textual, sin embargo, algunas historias tenían el siguiente reporte: relación molar clase I bilateral se observó en 62,5%, siendo la de mayor frecuencia. La relación canina clase II derecha y clase I izquierda se observaron con 66,7%. (Figura 16).

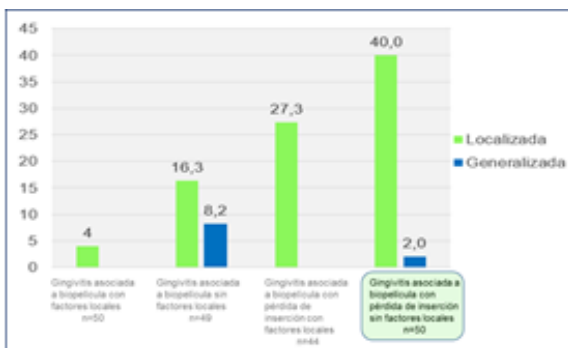
Figura 16. Examen dental/Armonía – Desarmonía oclusal.



Diagnóstico periodontal

La gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada fue el diagnóstico de mayor frecuencia reportado con 40%, contrariamente el diagnóstico de menor frecuencia fue este mismo diagnóstico pero en su condición generalizada con 2%.

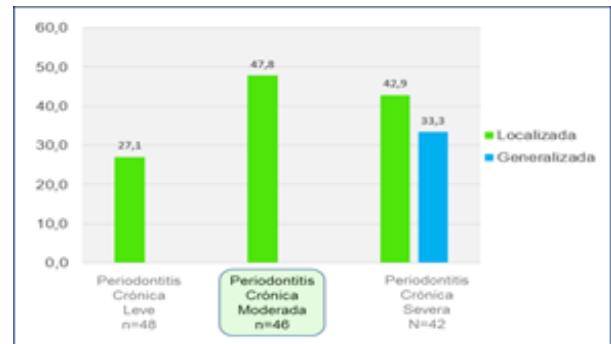
Figura 17. Diagnóstico periodontal/ Gingivitis.



Por otra parte, la periodontitis crónica moderada localizada fue la más frecuente con 47,8%, seguida por la periodontitis crónica severa localizada con 42,9%. De manera

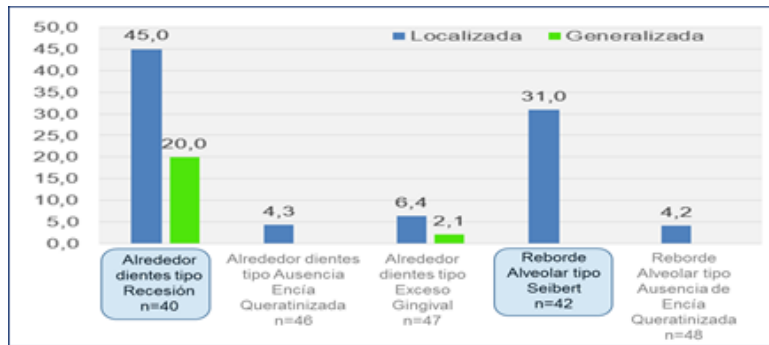
opuesta, la periodontitis crónica leve localizada fue la periodontitis que se reportó con menor frecuencia con 27,1%. (Figura 18).

Figura 18. Diagnóstico periodontal/ Periodontitis.



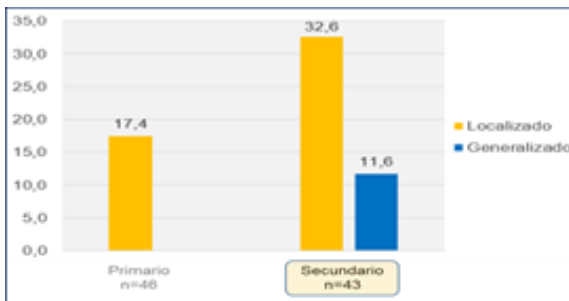
Con respecto a deformidades mucogingivales alrededor de los dientes el diagnóstico más notable fue la recesión localizada con 45%; de manera opuesta el exceso gingival generalizado fue el menor reportado con 2,1%. En relación al diagnóstico de deformidades mucogingivales del reborde alveolar el más frecuente fue tipo Seibert localizado con 31%. (Figura 19).

Figura 19. Diagnóstico periodontal/Deformidades mucogingivales.



En relación a trauma oclusal el más frecuentemente reportado fue el secundario localizado con 32,6%, por el contrario se obtuvo una frecuencia de 11,6% de este mismo diagnóstico pero en su condición generalizado. (Figura 20).

Figura 20. Diagnóstico periodontal/Trauma oclusal.



Diagnóstico periodontal/Grupo etario

El rango de edad de 40 a 49 años presentó principalmente gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 66,7%, seguido de periodontitis crónica moderada localizada con 63,6%. En el rango de edad entre 30 a 39 años, el principal diagnóstico fue la periodontitis crónica moderada localizada con 60%. (Tabla 2).

TABLA 2. Diagnóstico periodontal/Grupo Etario

DIAGNÓSTICO/EDAD		20-29		30-39		40-49		50-59		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	3	60,0	8	80,0	3	25,0	11	61,1	28	57,1
	Localizada	2	40,0	2	20,0	8	66,7	7	38,9	20	40,8
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	2,0
	Total	5	100,0	10	100,0	12	100,0	18	100,0	49	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	2	66,7	4	40,0	4	36,4	12	70,6	23	51,1
	Localizada	1	33,3	6	60,0	7	63,6	5	29,4	22	48,9
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	3	100,0	10	100,0	11	100,0	17	100,0	45	100,0

Diagnóstico periodontal/Género

Se reportó que las mujeres presentaron con mayor frecuencia periodontitis crónica moderada localizada con 50%, consecutivamente, presentaron periodontitis crónica severa localizada con 48% y en un rango de frecuencia menor se reportó gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 43,8%. Por su parte el género masculino presentó con más frecuencia deformidades mucogingivales alrededor de los dientes tipo recesión localizada con 57,1%, seguida de periodontitis crónica moderada localizada con 47,1% y gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 35,3%. El trauma oclusal secundario localizado se reportó como el más frecuente para el género femenino con 42,9%. (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnóstico periodontal /Género.

Diagnóstico/Género		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PERDIDA DE INSERCIÓN PRE EXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	17	53,1	11	64,7	28	57,1
	Localizada	14	43,8	6	35,3	20	40,8
	Generalizada	1	3,1	0	0,0	1	2,0
	Total	32	100,0	17	100,0	49	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	20	66,7	14	82,4	34	72,3
	Localizada	10	33,3	3	17,6	13	27,7
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	30	100,0	17	100,0	47	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	14	50,0	9	52,9	23	51,1
	Localizada	14	50,0	8	47,1	22	48,9
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	28	100,0	17	100,0	45	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	6	24,0	4	25,0	10	24,4
	Localizada	12	48,0	6	37,5	18	43,9
	Generalizada	7	28,0	6	37,5	13	31,7
	Total	25	100,0	16	100,0	41	100,0
DEFORMIDADES ALREDEDOR DE DIENTES TIPO RECESIÓN	Ausencia	8	32,0	5	35,7	13	33,3
	Localizada	10	40,0	8	57,1	18	46,2
	Generalizada	7	28,0	1	7,1	8	20,5
	Total	25	100,0	14	100,0	39	100,0
TRAUMA OCLUSAL SECUNDARIO	Ausencia	14	50,0	9	64,3	23	54,8
	Localizada	12	42,9	2	14,3	14	33,3
	Generalizada	2	7,1	3	21,4	5	11,9
	Total	28	100,0	14	100,0	42	100,0

Diagnóstico periodontal/Estado civil

Considerando el estado civil, los pacientes que reportaron ser divorciados presentaron con 100% periodontitis crónica moderada localizada, consecutivamente se encontró reporte de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 75%. Por otra parte los pacientes que reportaron ser casados presentaron gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre

existente sin factores locales contribuyentes localizada como el principal diagnóstico con 50%, seguido de periodontitis crónica moderada localizada con 47,4%. Por último, la menor frecuencia de enfermedad fue evidenciada por parte de los pacientes solteros con 21,4% de periodontitis crónica leve localizada. (Tabla 4).

Tabla 4. Diagnóstico periodontal/Estado civil.

DIAGNÓSTICO/ESTADO CIVIL		Soltero		Casado		Divorciado	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE CON FACTORES LOCALES	Ausencia	9	64,3	12	75,0	2	50,0
	Localizada	5	35,7	4	25,0	2	50,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	14	100,0	16	100,0	4	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	10	62,5	10	50,0	1	25,0
	Localizada	5	31,3	10	50,0	3	75,0
	Generalizada	1	6,3	0	0,0	0	0,0
	Total	16	100,0	20	100,0	4	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	11	78,6	16	76,2	1	33,3
	Localizada	3	21,4	5	23,8	2	66,7
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	14	100,0	21	100,0	3	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	9	64,3	10	52,6	0	0,0
	Localizada	5	35,7	9	47,4	3	100,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	14	100,0	19	100,0	3	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	6	40,0	4	25,0	0	0,0
	Localizada	4	26,7	7	43,8	2	66,7
	Generalizada	5	33,3	5	31,3	1	33,3
	Total	15	100,0	16	100,0	3	100,0

Diagnóstico periodontal/ Índice de masa corporal (IMC)

Se encontró un único reporte de paciente obeso quien presentó gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente con factores locales contribuyentes localizada. De 4 pacientes con sobrepeso dos presentaron periodontitis crónica severa tanto localizada como generalizada cada uno con

una frecuencia de 50%. Los pacientes con bajo peso reportaron con mayor frecuencia gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 53,8%; para los pacientes con peso normal el diagnóstico más frecuente fue la periodontitis crónica

moderada localizada con 53,6% y la menos frecuente fue gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin

factores locales contribuyentes generalizada con 3,4%. (Tabla 5).

Tabla 5. Diagnóstico Periodontal/Índice de masa corporal (IMC).

DIAGNÓSTICO/IMC		Peso bajo		Peso normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPELÍCULA SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	10	76,9	21	75,0	3	75,0	1	100,0	35	76,1
	Localizada	2	15,4	4	14,3	1	25,0	0	0,0	7	15,2
	Generalizada	1	7,7	3	10,7	0	0,0	0	0,0	4	8,7
	Total	13	100,0	28	100,0	4	100,0	1	100,0	46	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE CON FACTORES LOCALES	Ausencia	8	66,7	20	74,1	2	100,0	0	0,0	30	71,4
	Localizada	4	33,3	7	25,9	0	0,0	1	100,0	12	28,6
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	12	100,0	27	100,0	2	100,0	1	100,0	42	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	6	46,2	17	58,6	3	75,0	1	100,0	27	57,4
	Localizada	7	53,8	11	37,9	1	25,0	0	0,0	19	40,4
	Generalizada	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	2,1
	Total	13	100,0	29	100,0	4	100,0	1	100,0	47	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	9	81,8	20	66,7	3	100,0	1	100,0	33	73,3
	Localizada	2	18,2	10	33,3	0	0,0	0	0,0	12	26,7
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	11	100,0	30	100,0	3	100,0	1	100,0	45	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	6	54,5	13	46,4	3	100,0	1	100,0	23	53,5
	Localizada	5	45,5	15	53,6	0	0,0	0	0,0	20	46,5
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	11	100,0	28	100,0	3	100,0	1	100,0	43	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	3	25,0	5	20,8	0	0,0	1	100,0	9	23,1
	Localizada	6	50,0	9	37,5	1	50,0	0	0,0	16	41,0
	Generalizada	3	25,0	10	41,7	1	50,0	0	0,0	14	35,9
	Total	12	100,0	24	100,0	2	100,0	1	100,0	39	100,0

Diagnóstico periodontal/Raza

El total de la población de estudio reportó ser mestiza y el diagnóstico principalmente reportado para esta raza fue la periodontitis crónica moderada localizada con 50%, consecutivamente la gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 41,7%. Al contrario los

diagnósticos reportados con menor frecuencia fueron: gingivitis asociada a biopelícula sin factores locales contribuyentes generalizada con 4,2%, periodontitis crónica leve localizada con 20,8%. (Tabla 6).

Tabla 6. Diagnóstico Periodontal/Raza.

DIAGNÓSTICO/RAZA		Mestizo		Total	
		n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	21	87,5	21	87,5
	Localizada	1	4,2	1	4,2
	Generalizada	2	8,3	2	8,3
	Total	24	100,0	24	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	13	54,2	13	54,2
	Localizada	10	41,7	10	41,7
	Generalizada	1	4,2	1	4,2
	Total	24	100,0	24	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	19	79,2	19	79,2
	Localizada	5	20,8	5	20,8
	Generalizada	0	0,0	0	0,0
	Total	24	100,0	24	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	12	50,0	12	50,0
	Localizada	12	50,0	12	50,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0
	Total	24	100,0	24	100,0

Diagnóstico periodontal/Grado escolaridad

Los pacientes que reportaron grado de escolaridad secundaria presentaron mayor frecuencia de periodontitis crónica moderada localizada con 47,4%, seguida por gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 40%. Por el contrario, el diagnóstico menos frecuente fue gingivitis asociada a biopelícula con factores locales contribuyentes localizada con 5%.

A su vez la escolaridad profesional evidenció como mayor frecuencia periodontitis crónica moderada localizada con 54,5% y con menor frecuencia gingivitis asociada a biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada con 18,2%. (Tabla 7).

Diagnóstico periodontal/Ocupación

Los empleados evidenciaron mayor frecuencia de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 83,3%, el diagnóstico menos frecuente para este mismo grupo fue gingivitis asociada a biopelícula con factores locales contribuyentes localizada con 16,7%; por su parte los abogados reportaron mayor frecuencia de periodontitis crónica moderada localizada con 55,6% y con menor frecuencia gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes con 11,1%. (Tabla 8).

Tabla 7. Diagnóstico Periodontal/Grado Escolaridad.

DIAGNÓSTICO/ESCOLARIDAD		Secundaria		Profesional		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPÉLICULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	19	95,0	12	100,0	47	95,9
	Localizada	1	5,0	0	0,0	2	4,1
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	20	100,0	12	100,0	49	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPÉLICULA SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	13	68,4	7	63,6	36	75,0
	Localizada	4	21,1	2	18,2	8	16,7
	Generalizada	2	10,5	2	18,2	4	8,3
	Total	19	100,0	11	100,0	48	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPÉLICULA CON PERDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE CON FACTORES LOCALES	Ausencia	12	70,6	8	72,7	31	72,1
	Localizada	5	29,4	3	27,3	12	27,9
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	17	100,0	11	100,0	43	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPÉLICULA CON PERDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	12	60,0	9	75,0	28	57,1
	Localizada	8	40,0	3	25,0	20	40,8
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	1	2,0
	Total	20	100,0	12	100,0	49	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	12	63,2	8	66,7	34	72,3
	Localizada	7	36,8	4	33,3	13	27,7
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	19	100,0	12	100,0	47	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	10	52,6	5	45,5	23	51,1
	Localizada	9	47,4	6	54,5	22	48,9
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	19	100,0	11	100,0	45	100,0

Tabla 8. Diagnóstico periodontal/Ocupación.

DIAGNOSTICO - OCUPACIÓN		Empleado		Abogados		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPÉLICULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	5	83,3	9	100,0	48	96,0
	Localizada	1	16,7	0	0,0	2	4,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	6	100,0	9	100,0	50	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPÉLICULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	1	16,7	8	88,9	29	58,0
	Localizada	5	83,3	1	11,1	20	40,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	1	2,0
	Total	6	100,0	9	100,0	50	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	3	50,0	6	66,7	35	72,9
	Localizada	3	50,0	3	33,3	13	27,1
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	6	100,0	9	100,0	48	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	1	20,0	4	44,4	24	52,2
	Localizada	4	80,0	5	55,6	22	47,8
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	5	100,0	9	100,0	46	100,0

Diagnóstico periodontal/Última visita odontológica

Los pacientes que reportaron su última visita al odontólogo en un periodo de tiempo menor

a 6 meses evidenciaron con mayor frecuencia periodontitis crónica moderada localizada con 50%, seguida por gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre

existente sin factores locales contribuyentes localizada con 32.4%. El diagnóstico de menor frecuencia en relación con esta característica

fue gingivitis asociada a biopelícula con factores locales contribuyentes localizada con 2,9%. (Tabla 9)

Tabla 9. Diagnóstico periodontal/Última visita odontológica.

DIAGNÓSTICO-ÚLTIMA VISITA ODONTOLÓGICA		< 6 meses		6-12 meses		> 1 año		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELICULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	33	97,1	7	100,0	4	80,0	44	95,7
	Localizada	1	2,9	0	0,0	1	20,0	2	4,3
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	34	100,0	7	100,0	5	100,0	46	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELICULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	23	67,6	2	28,6	2	33,3	27	57,4
	Localizada	11	32,4	5	71,4	3	50,0	19	40,4
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	2,1
	Total	34	100,0	7	100,0	6	100,0	47	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	22	68,8	6	85,7	3	60,0	31	70,5
	Localizada	10	31,3	1	14,3	2	40,0	13	29,5
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	32	100,0	7	100,0	5	100,0	44	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	16	50,0	4	57,1	2	50,0	22	51,2
	Localizada	16	50,0	3	42,9	2	50,0	21	48,8
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	32	100,0	7	100,0	4	100,0	43	100,0

Diagnóstico periodontal/Antecedentes personales

El único paciente que reportó ser diabético evidenció periodontitis crónica severa localizada y gingivitis asociada a biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada. (Tabla 10).

Por su parte, 50% de los pacientes que reportaron enfermedad cardiovascular presentaron las siguientes enfermedades: periodontitis crónica severa localizada y

generalizada, trauma oclusal primario y secundario localizado. (Tabla 11).

En los pacientes que reportaron hipertensión arterial, 50% presentó periodontitis crónica severa localizada, 50% presentaron el mismo diagnóstico en su condición generalizada, 25% presentó gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada y 25% la misma enfermedad pero en su condición generalizada. (Tabla 12).

Tabla 10. Diagnóstico Periodontal/ Diabetes.

DIAGNÓSTICO/DIABETES		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPELÍCULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	45	95,7	1	100,0	46	95,8
	Localizada	2	4,3	0	0,0	2	4,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	47	100,0	1	100,0	48	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPELÍCULA SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	37	78,7	0	0,0	37	77,1
	Localizada	6	12,8	1	100,0	7	14,6
	Generalizada	4	8,5	0	0,0	4	8,3
	Total	47	100,0	1	100,0	48	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	22	50,0	1	100,0	23	51,1
	Localizada	22	50,0	0	0,0	22	48,9
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	44	100,0	1	100,0	45	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	9	22,5	0	0,0	9	22,0
	Localizada	17	42,5	1	100,0	18	43,9
	Generalizada	14	35,0	0	0,0	14	34,1
	Total	40	100,0	1	100,0	41	100,0

Tabla 11. Diagnóstico periodontal/Enfermedad cardiovascular.

DIAGNÓSTICO-CARDIOVASCULAR		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	18	45,0	4	100,0	22	50,0
	Localizada	22	55,0	0	0,0	22	50,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	40	100,0	4	100,0	44	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	9	23,1	0	0,0	9	22,0
	Localizada	17	43,6	1	50,0	18	43,9
	Generalizada	13	33,3	1	50,0	14	34,1
	Total	39	100,0	2	100,0	41	100,0
TRAUMA OCLUSAL PRIMARIO	Ausencia	34	82,9	1	50,0	35	81,4
	Localizada	7	17,1	1	50,0	8	18,6
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	41	100,0	2	100,0	43	100,0
TRAUMA OCLUSAL SECUNDARIO	Ausencia	21	55,3	1	50,0	22	55,0
	Localizada	12	31,6	1	50,0	13	32,5
	Generalizada	5	13,2	0	0,0	5	12,5
	Total	38	100,0	2	100,0	40	100,0

Tabla 12. Diagnóstico periodontal/Hipertensión arterial (HTA).

DIAGNÓSTICO/HTA		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PERDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	24	57,1	2	50,0	26	56,5
	Localizada	18	42,9	1	25,0	19	41,3
	Generalizada	0	0,0	1	25,0	1	2,2
	Total	42	100,0	4	100,0	46	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	18	46,2	3	75,0	21	48,8
	Localizada	21	53,8	1	25,0	22	51,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	39	100,0	4	100,0	43	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	9	23,7	0	0,0	9	22,5
	Localizada	17	44,7	1	50,0	18	45,0
	Generalizada	12	31,6	1	50,0	13	32,5
	Total	38	100,0	2	100,0	40	100,0

Diagnóstico periodontal/Hábito de tabaquismo

Los diagnósticos periodontales más frecuentes en los pacientes que reportaron ser fumadores fueron: gingivitis asociada a

biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada, periodontitis crónica severa localizada y generalizada y periodontitis crónica moderada localizada, con 50% cada uno. (Tabla 13).

Tabla 13. Diagnóstico Periodontal - Hábito de tabaquismo.

DIAGNÓSTICO/HÁBITO DE TABAQUISMO		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPELÍCULA SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	22	88,0	1	50,0	23	85,2
	Localizada	1	4,0	1	50,0	2	7,4
	Generalizada	2	8,0	0	0,0	2	7,4
	Total	25	100,0	2	100,0	27	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	19	79,2	2	100,0	21	80,8
	Localizada	5	20,8	0	0,0	5	19,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	24	100,0	2	100,0	26	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	17	70,8	1	50,0	18	69,2
	Localizada	7	29,2	1	50,0	8	30,8
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	24	100,0	2	100,0	26	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	6	28,6	0	0,0	6	26,1
	Localizada	7	33,3	1	50,0	8	34,8
	Generalizada	8	38,1	1	50,0	9	39,1
	Total	21	100,0	2	100,0	23	100,0

Diagnóstico periodontal/Atención odontológica recibida

Los pacientes que no recibieron atención odontológica previamente en prevención oral evidenciaron como diagnóstico más frecuente gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente con factores locales contribuyentes localizada con 60%, en contraste con quienes refirieron si haber recibido atención previa en prevención con 21,1%. A su vez se reportó que pacientes que si recibieron atención previa en prevención presentaron 44.4% de periodontitis crónica moderada localizada y aquellos pacientes que no recibieron atención en prevención

evidenciaron la misma enfermedad con 63.6%. (Tabla 14).

El 58.3% de los pacientes que no han recibido atención en periodoncia presentaron periodontitis crónica moderada localizada, consecutivamente gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente con factores locales contribuyentes localizada con 41,7%, mientras que los pacientes que si refirieron haber recibido tratamiento en periodoncia presentaron 47,6% de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada, seguido por periodontitis crónica moderada localizada con 38.1% (Tabla 15).

Tabla 14. Diagnóstico periodontal/Atención odontológica recibida en prevención.

DIAGNÓSTICO/ATENCIÓN RECIBIDA EN PREVENCIÓN		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE CON FACTORES LOCALES	Ausencia	4	40,0	15	78,9	19	65,5
	Localizada	6	60,0	4	21,1	10	34,5
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	10	100,0	19	100,0	29	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	8	72,7	14	73,7	22	73,3
	Localizada	3	27,3	5	26,3	8	26,7
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	11	100,0	19	100,0	30	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	4	36,4	10	55,6	14	48,3
	Localizada	7	63,6	8	44,4	15	51,7
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	11	100,0	18	100,0	29	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	2	20,0	5	29,4	7	25,9
	Localizada	5	50,0	6	35,3	11	40,7
	Generalizada	3	30,0	6	35,3	9	33,3
	Total	10	100,0	17	100,0	27	100,0

Tabla 15. Diagnóstico periodontal/Atención odontológica recibida en periodoncia.

DIAGNÓSTICO/ATENCIÓN RECIBIDA EN PERIODONCIA		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPÉLÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE CON FACTORES LOCALES	Ausencia	7	58,3	12	70,6	19	65,5
	Localizada	5	41,7	5	29,4	10	34,5
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	12	100,0	17	100,0	29	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPÉLÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	7	58,3	11	52,4	18	54,5
	Localizada	4	33,3	10	47,6	14	42,4
	Generalizada	1	8,3	0	0,0	1	3,0
	Total	12	100,0	21	100,0	33	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	10	83,3	16	72,7	26	76,5
	Localizada	2	16,7	6	27,3	8	23,5
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	12	100,0	22	100,0	34	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	5	41,7	13	61,9	18	54,5
	Localizada	7	58,3	8	38,1	15	45,5
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	12	100,0	21	100,0	33	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	2	16,7	7	41,2	9	31,0
	Localizada	6	50,0	6	35,3	12	41,4
	Generalizada	4	33,3	4	23,5	8	27,6
	Total	12	100,0	17	100,0	29	100,0

Diagnóstico periodontal/Higiene oral

Pacientes que reportaron buena higiene oral reportaron 70% de periodontitis crónica moderada localizada, a su vez, 50% y 12,5% de la misma enfermedad en pacientes que refirieron higiene oral regular y mala higiene oral respectivamente. Posteriormente se evidenció gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 44,4% en pacientes con buena higiene oral, 20% y 33,3% para los que reportaron higiene oral regular y mala higiene oral respectivamente. (Tabla 16).

Los pacientes que reportaron frecuencia de cepillado 3 veces al día presentaron 31,8% de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales

contribuyentes localizada y periodontitis crónica moderada localizada con 45%. El diagnóstico con menor frecuencia evidenciado fue gingivitis asociada a biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada y generalizada con 18,2%. (Tabla 17).

Los pacientes que reportaron uso de cepillo dental presentaron 47,7% de periodontitis crónica moderada localizada y 39,6% de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada. Los diagnósticos menos frecuentes fueron con 28,3% periodontitis crónica leve localizada y con 4,2% gingivitis asociada a biopelícula con factores locales contribuyentes localizada. (Tabla 18).

Los pacientes que reportaron uso de dentífrico presentaron 50% de periodontitis crónica moderada localizada y 36,6% de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada. Con menor frecuencia se presentó con 28,2% periodontitis crónica leve localizada y con 2,4% gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada. (Tabla 19).

Los pacientes que reportaron uso de seda dental presentaron con mayor frecuencia periodontitis crónica moderada localizada con 56%, seguido por gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes

localizada con 42,9%. Las de menor frecuencia fueron para la periodontitis crónica severa generalizada con 28,6% y gingivitis asociada a biopelícula con factores locales contribuyentes localizada con 7,1%. (Tabla 20).

Los pacientes que reportaron uso de enjuague bucal presentaron periodontitis crónica moderada localizada con 43,5% y gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 33,3%. Los diagnósticos de menor frecuencia fueron periodontitis crónica leve localizada con 20,8% y gingivitis asociada a biopelícula con factores locales contribuyentes localizada con 3,8%. (Tabla 21).

Tabla 16. Diagnóstico periodontal/Higiene oral.

DIAGNÓSTICO/HIGIENE ORAL		Buena		Regular		Mala		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	5	55,6	8	80,0	6	66,7	19	67,9
	Localizada	4	44,4	2	20,0	3	33,3	9	32,1
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	9	100,0	10	100,0	9	100,0	28	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	7	70,0	7	77,8	7	87,5	21	77,8
	Localizada	3	30,0	2	22,2	1	12,5	6	22,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	10	100,0	9	100,0	8	100,0	27	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	3	30,0	4	50,0	7	87,5	14	53,8
	Localizada	7	70,0	4	50,0	1	12,5	12	46,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	10	100,0	8	100,0	8	100,0	26	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	2	22,2	1	16,7	1	12,5	4	17,4
	Localizada	6	66,7	3	50,0	2	25,0	11	47,8
	Generalizada	1	11,1	2	33,3	5	62,5	8	34,8
	Total	9	100,0	6	100,0	8	100,0	23	100,0

Tabla 17. Diagnóstico periodontal/Frecuencia de cepillado.

DIAGNÓSTICO/FRECUENCIA DE CEPILLADO		3 veces día		Total	
		n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	14	63,6	19	70,4
	Localizada	4	18,2	4	14,8
	Generalizada	4	18,2	4	14,8
	Total	22	100,0	27	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	14	63,6	17	63,0
	Localizada	7	31,8	9	33,3
	Generalizada		4,5	1	3,7
	Total	22	100,0	27	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	15	75,0	19	76,0
	Localizada	5	25,0	6	24,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0
	Total	20	100,0	25	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	11	55,0	12	48,0
	Localizada	9	45,0	13	52,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0
	Total	20	100,0	25	100,0

Tabla 18. Diagnóstico periodontal/Usos cepillo dental.

DIAGNÓSTICO/CEPILLO DENTAL		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	0	0,0	46	95,8	46	95,8
	Localizada	0	0,0	2	4,2	2	4,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	0	0,0	48	100,0	48	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE CON FACTORES LOCALES	Ausencia	0	0,0	30	71,4	30	71,4
	Localizada	0	0,0	12	28,6	12	28,6
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	0	0,0	42	100,0	42	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	0	0,0	28	58,3	28	58,3
	Localizada	0	0,0	19	39,6	19	39,6
	Generalizada	0	0,0	1	2,1	1	2,1
	Total	0	0,0	48	100,0	48	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	0	0,0	33	71,7	33	71,7
	Localizada	0	0,0	13	28,3	13	28,3
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	0	0,0	46	100,0	46	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	0	0,0	23	52,3	23	52,3
	Localizada	0	0,0	21	47,7	21	47,7
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	0	0,0	44	100,0	44	100,0

Tabla 19. Diagnóstico periodontal/Usos dentífrico.

DIAGNÓSTICO/DENTÍFRICO		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA PLACA CON PERDIDA INSERCIÓN PREEXISTENTE CON FACTORES LOCALES	Ausencia	0	0,0	27	71,1	27	69,2
	Localizada	1	100,0	11	28,9	12	30,8
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	1	100,0	38	100,0	39	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	0	0,0	25	61,0	25	59,5
	Localizada	1	100,0	15	36,6	16	38,1
	Generalizada	0	0,0	1	2,4	1	2,4
	Total	1	100,0	41	100,0	42	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	0	0,0	28	71,8	28	70,0
	Localizada	1	100,0	11	28,2	12	30,0
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	1	100,0	39	100,0	40	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	0	0,0	19	50,0	19	48,7
	Localizada	1	100,0	19	50,0	20	51,3
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	1	100,0	38	100,0	39	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	0	0,0	9	25,0	9	24,3
	Localizada	1	100,0	15	41,7	16	43,2
	Generalizada	0	0,0	12	33,3	12	32,4
	Total	1	100,0	36	100,0	37	100,0

Tabla 20. Diagnóstico periodontal/Usos seda dental.

DIAGNÓSTICO/SEDA DENTAL		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPELÍCULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	17	100,0	26	92,9	43	95,6
	Localizada	0	0,0	2	7,1	2	4,4
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	17	100,0	28	100,0	45	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	10	58,8	15	53,6	25	55,6
	Localizada	7	41,2	12	42,9	19	42,2
	Generalizada	0	0,0	1	3,6	1	2,2
	Total	17	100,0	28	100,0	45	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	12	75,0	18	66,7	30	69,8
	Localizada	4	25,0	9	33,3	13	30,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	16	100,0	27	100,0	43	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	9	56,3	11	44,0	20	48,8
	Localizada	7	43,8	14	56,0	21	51,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	16	100,0	25	100,0	41	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	7	41,2	3	14,3	10	26,3
	Localizada	5	29,4	12	57,1	17	44,7
	Generalizada	5	29,4	6	28,6	11	28,9
	Total	17	100,0	21	100,0	38	100,0

Tabla 21. Diagnóstico periodontal /Uso de enjuague bucal.

DIAGNÓSTICO/ENJUAGUE BUCAL		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	18	100,0	25	96,2	43	97,7
	Localizada	0	0,0	1	3,8	1	2,3
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	18	100,0	26	100,0	44	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	9	52,9	17	63,0	26	59,1
	Localizada	8	47,1	9	33,3	17	38,6
	Generalizada	0	0,0	1	3,7	1	2,3
	Total	17	100,0	27	100,0	44	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	11	61,1	19	79,2	30	71,4
	Localizada	7	38,9	5	20,8	12	28,6
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	18	100,0	24	100,0	42	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	7	38,9	13	56,5	20	48,8
	Localizada	11	61,1	10	43,5	21	51,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	18	100,0	23	100,0	41	100,0

Diagnóstico periodontal/Actitud de los pacientes frente al tratamiento

Los pacientes con buena actitud presentaron con mayor frecuencia periodontitis crónica moderada localizada con 43,9% seguido por gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 37,2%, el diagnóstico menos frecuente fue gingivitis asociada a biopelícula con factores locales contribuyentes localizada con 2,3%. (Tabla 22).

Tabla 22. Diagnóstico Periodontal/Actitud frente al tratamiento odontológico.

DIAGNÓSTICO/ACTITUD AL TRATAMIENTO		Buena		Regular		Mala		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON FACTORES LOCALES	Ausencia	43	97,7	0	0,0	1	100,0	44	97,8
	Localizada	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	2,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	44	100,0	0	0,0	1	100,0	45	100,0
GINGIVITIS ASOCIADA A BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA DE INSERCIÓN PREEXISTENTE SIN FACTORES LOCALES	Ausencia	27	62,8	0	0,0	1	100,0	28	63,6
	Localizada	16	37,2	0	0,0	0	0,0	16	36,4
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	43	100,0	0	0,0	1	100,0	44	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA LEVE	Ausencia	31	73,8	0	0,0	0	0,0	31	72,1
	Localizada	11	26,2	0	0,0	1	100,0	12	27,9
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	42	100,0	0	0,0	1	100,0	43	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA MODERADA	Ausencia	23	56,1	0	0,0	0	0,0	23	54,8
	Localizada	18	43,9	0	0,0	1	100,0	19	45,2
	Generalizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	41	100,0	0	0,0	1	100,0	42	100,0
PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA	Ausencia	9	24,3	0	0,0	0	0,0	9	23,7
	Localizada	15	40,5	0	0,0	1	100,0	16	42,1
	Generalizada	13	35,1	0	0,0	0	0,0	13	34,2
	Total	37	100,0	0	0,0	1	100,0	38	100,0

Motivo de consulta/Género

El motivo de consulta más frecuente fue la valoración, con una participación por parte de los hombres de 33,3% y de 25% por parte de las mujeres, seguida por rehabilitación con 22,2% y 20,5% por parte de hombres y mujeres respectivamente. (Tabla 23).

Motivo de consulta/Edad

El grupo de edad entre 30 a 39 años reportó como principal motivo de consulta valoración con 35,7%, seguido por rehabilitación con 14,3%. En el rango de edad comprendido entre 50 a 59 años la valoración se presentó con 34,8%, seguido por rehabilitación con 21,7%. (Tabla 24).

Tabla 23. Motivo de consulta/Género.

MOTIVO DE CONSULTA/GÉNERO	Femenino		Masculino		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Valoración	11	25,0	9	33,3	20	28,2
Dolor dental	4	9,1	2	7,4	6	8,5
Dolor de encías	3	6,8	0	0,0	3	4,2
Sangrado de encías	2	4,5	0	0,0	2	2,8
Caries	1	2,3	0	0,0	1	1,4
Rehabilitación	9	20,5	6	22,2	15	21,1
Sensibilidad	2	4,5	0	0,0	2	2,8
Movilidad	3	6,8	5	18,5	8	11,3
Limpieza	3	6,8	0	0,0	3	4,2
Control y mantenimiento	1	2,3	0	0,0	1	1,4
Terminar tratamiento	2	4,5	3	11,1	5	7,0
Implantes	0	0,0	1	3,7	1	1,4
Exodoncias	1	2,3	1	3,7	2	2,8
Complicación de tratamiento	1	2,3	0	0,0	1	1,4
Pérdida ósea	1	2,3	0	0,0	1	1,4
Total	44	100,0	27	100,0	71	100,0

Tabla 24. Motivo de consulta/Edad.

MOTIVO DE CONSULTA/EDAD	30-39		40-49		50-59		Total	
	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Valoración	5	35,7	5	23,8	8	34,8	21	29,2
Dolor dental	1	7,1	1	4,8	3	13,0	6	8,3
Dolor de encías	0	0,0	1	4,8	0	0,0	3	4,2
Sangrado de encías	1	7,1	1	4,8	0	0,0	2	2,8
Caries	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,4
Rehabilitación	2	14,3	4	19,0	5	21,7	15	20,8
Sensibilidad	0	0,0	1	4,8	0	0,0	2	2,8
Movilidad	2	14,3	3	14,3	2	8,7	8	11,1
Limpieza	2	14,3	0	0,0	1	4,3	3	4,2
Control y mantenimiento	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,4
Terminar tratamiento	0	0,0	3	14,3	0	0,0	5	6,9
Implantes	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	1,4
Exodoncias	0	0,0	1	4,8	1	4,3	2	2,8
Complicación de tratamiento	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,4
Pérdida ósea	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Total	14	100,0	21	100,0	23	100,0	72	100,0

Higiene Oral/Género

Según historias clínicas, se evidencia que las mujeres presentaron mejor higiene oral con 35% y una frecuencia de cepillado: 3 veces al día con 82,6%.

En referencia a los elementos de higiene oral el uso del cepillo se reportó en 100% de la población total del estudio; con respecto al dentífrico los hombres reportaron mayor frecuencia de uso con 100%. Finalmente el uso de la seda dental y del enjuague bucal fue reportado con mayor frecuencia por las mujeres con 82,9% y 64,5% respectivamente. (Tabla 25).

Higiene oral/Edad

El 50% de los pacientes en edad entre 20 a 29 años presentaron buena higiene oral, mientras que el 75% del grupo etario de 30 a 39 años y el 40% de los pacientes entre 40 a

49 años reportaron higiene oral regular. (Tabla 26).

Frecuencia de cepillado/Edad

El grupo etario de 20 a 29 años reportó mayor porcentaje de frecuencia de cepillado 3 veces al día, con 100%. (Tabla 26).

Elementos de higiene oral/Edad

Se observó que el único rango de edad que solo usó el dentífrico en un 93,3% fue el comprendido entre 40 a 49 años, en comparación con los otros grupos etarios quienes lo usaron en un 100%; en cuanto a seda dental y enjuague bucal los pacientes entre 30 a 39 años hicieron uso de estos elementos en 83,3% y 70% respectivamente. (Tabla 27).

Tabla 25. Higiene oral/Género.

HIGIENE ORAL/GÉNERO		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
HIGIENE	Buena	7	35,0	4	21,1	11	28,2
	Regular	6	30,0	11	57,9	17	43,6
	Mala	7	35,0	4	21,1	11	28,2
	Total	20	100,0	19	100,0	39	100,0
FRECUENCIA CEPILLADO	Ninguna	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	1 vez día	1	4,3	3	30,0	4	12,1
	2 veces día	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 veces día	19	82,6	6	60,0	25	75,8
	>= 4 veces días	3	13,0	1	10,0	4	12,1
	Total	23	100,0	10	100,0	33	100,0
	CEPILLO	No	0	0,0	0	0,0	0
Si		36	100,0	23	100,0	59	100,0
Total		36	100,0	23	100,0	59	100,0
DENTIFRICO	No	1	3,1	0	0,0	1	1,9
	Si	31	96,9	21	100,0	52	98,1
	Total	32	100,0	21	100,0	53	100,0
SEDA DENTAL	No	6	17,1	14	70,0	20	36,4
	Si	29	82,9	6	30,0	35	63,6
	Total	35	100,0	20	100,0	55	100,0
ENJUAGUE BUCAL	No	11	35,5	11	50,0	22	41,5
	Si	20	64,5	11	50,0	31	58,5
	Total	31	100,0	22	100,0	53	100,0

Tabla 26. Higiene Oral/Edad. Frecuencia de cepillado/Edad.

HIGIENE/EDAD		20-29		30-39		40-49		Total	
FRECUENCIA CEPILLADO/EDAD		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
HIGIENE	Buena	3	50,0	2	25,0	3	30,0	11	27,5
	Regular	1	16,7	6	75,0	4	40,0	11	27,5
	Mala	2	33,3	0	0,0	3	30,0	11	27,5
	Total	6	100,0	8	100,0	10	100,0	40	100,0
FRECUENCIA CEPILLADO	Ninguna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	1 vez día	0	0,0	0	0,0	1	9,1	4	12,1
	2 veces día	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 veces día	4	100,0	6	85,7	8	72,7	25	75,8
	>= 4 veces días	0	0,0	1	14,3	2	18,2	4	12,1
	Total	4	100,0	7	100,0	11	100,0	33	100,0

Tabla 27. Elementos de higiene Oral/Edad.

ELEMENTOS HIGIENE ORAL/EDAD		20-29		30-39		40-49		50-59		>=60	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
CEPILLO	No	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Si	7	100,0	13	100,0	15	100,0	20	100,0	5	100,0
	Total	7	100,0	13	100,0	15	100,0	20	100,0	5	100,0
DENTIFRICO	No	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0
	Si	7	100,0	12	100,0	14	93,3	16	100,0	4	100,0
	Total	7	100,0	12	100,0	15	100,0	16	100,0	4	100,0
SEDA DENTAL	No	5	71,4	2	16,7	3	21,4	7	36,8	3	75,0
	Si	2	28,6	10	83,3	11	78,6	12	63,2	1	25,0
	Total	7	100,0	12	100,0	14	100,0	19	100,0	4	100,0
ENJUAGUE BUCAL	No	3	42,9	3	30,0	5	35,7	8	44,4	3	75,0
	Si	4	57,1	7	70,0	9	64,3	10	55,6	1	25,0
	Total	7	100,0	10	100,0	14	100,0	18	100,0	4	100,0

Hábito de tabaquismo/Género

El mayor porcentaje del hábito de fumar fue reportado por el género masculino con 9,1%, mientras que en las mujeres se observó con 4,8%. (Tabla 28).

Hábito de tabaquismo/Edad

La población que más reporta éste hábito se encuentra en los rangos de edad comprendidos entre 30 a 39 años con 12,5% y 50 a 59 años con 7,7%. (Tabla 29).

Tabla 28. Hábito de tabaquismo/Género

HÁBITO DE TABAQUISMO/GÉNERO		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
FUMADOR	No	20	95,2	10	90,9	30	93,8
	Si	1	4,8	1	9,1	2	6,3
	Total	21	100,0	11	100,0	32	100,0

Tabla 29. Hábito de tabaquismo/Edad.

HÁBITO DE TABAQUISMO/EDAD		30-39		40-49		50-59		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
FUMADOR	No	7	87,5	7	100,0	12	92,3	30	93,8
	Si	1	12,5	0	0,0	1	7,7	2	6,3
	Total	8	100,0	7	100,0	13	100,0	32	100,0

Antecedentes sistémicos/Edad

En la población estudiada los antecedentes cardiovasculares se presentaron con una

frecuencia de 13,6%, en el grupo etario de 50 a 59 años, consecutivamente en el mismo rango se evidenció la hipertensión arterial con

9,5%, finalmente el único paciente que reportó diabetes hacia parte de este grupo indicando una frecuencia de 4,3%. Para el grupo etario de 40 a 49 años los antecedentes

cardiovasculares como hipertensión arterial se presentaron con una frecuencia de 5,9%. (Tabla 30).

Tabla 30. Antecedentes sistémico/Edad.

ANTECEDENTE SISTÉMICO/EDAD		30-39		40-49		50-59		Total	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
DIABETES	No	14	100,0	17	100,0	22	95,7	63	98,4
	Si	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,6
	Total	14	100,0	17	100,0	23	100,0	64	100,0
CARDIOVASCULAR	No	14	100,0	16	94,1	19	86,4	57	90,5
	Si	0	0,0	1	5,9	3	13,6	6	9,5
	Total	14	100,0	17	100,0	22	100,0	63	100,0
ALÉRGICO PENICILINA	No	14	100,0	17	100,0	22	95,7	63	98,4
	Si	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,6
	Total	14	100,0	17	100,0	23	100,0	64	100,0
HTA	No	13	92,9	16	94,1	19	90,5	57	91,9
	Si	1	7,1	1	5,9	2	9,5	5	8,1
	Total	14	100,0	17	100,0	21	100,0	62	100,0
COLESTEROL	No	14	100,0	17	100,0	23	100,0	64	100,0
	Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	14	100,0	17	100,0	23	100,0	64	100,0
CÁNCER	No	14	100,0	17	100,0	22	95,7	63	98,4
	Si	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,6
	Total	14	100,0	17	100,0	23	100,0	64	100,0
HIPOTIROIDISMO	No	14	100,0	17	100,0	20	90,9	60	95,2
	Si	0	0,0	0	0,0	2	9,1	3	4,8
	Total	14	100,0	17	100,0	22	100,0	63	100,0

DISCUSIÓN

Con la base estructural de la importancia y validez de la información recopilada en cualquier proceso relacionado con la salud se consideran importantes los hallazgos encontrados en las historias clínicas analizadas puesto que permiten fortalecer el sistema de información institucional.

En este estudio y de acuerdo con el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾, el informe de SISVESO 2012 ⁽³¹⁾, el Estudio de Perfil Epidemiológico de la Salud

bucal en México 2010 ⁽³²⁾, Wood N. (2003) ⁽³³⁾, Silva - Boghossian (2009) ⁽³⁴⁾ con 62%, Gamonal (2010) ⁽³⁵⁾ con 56,8%, Dho M. (2010) ⁽³⁶⁾ con 54% y el Estudio de Zermeño (2000) ⁽³⁷⁾ con 65% concluyen que del total de la población, la consulta más frecuente es por parte de las mujeres.

En este estudio, se identificó que la mayor procedencia de usuarios es de Bogotá, lo cual coincide con los resultados del ENSAB III (1999) y de Medina (2007), donde se concluyó

que la consulta fue más frecuente entre las personas de la zona urbana ^(30,15).

En este estudio con respecto a la raza el 100% de los pacientes que asistieron a la consulta reportan ser mestizos, para Wood (2003) ⁽³³⁾ el 100% eran caucásicos y para Silva - Boghossian (2009) ⁽³⁴⁾ el 44,3% eran blancos y el 35% de los pacientes eran morenos.

En este estudio la edad agrupada que asistió con mayor frecuencia a la consulta tiene un rango de edad entre 50 a 59 años con 31,5%, seguido de 40 a 49 años con 28,8%, en el estudio de México 2010 ⁽³²⁾, los adultos que con mayor frecuencia asistieron a servicios de salud estuvieron en un rango de edad entre 20 a 24 años con 15,3%, similares resultados se observaron en el estudio de Zermeño (2000) ⁽³⁷⁾ en donde el principal grupo etario estuvo comprendido entre 20 a 29 años, por el contrario Silva- Boghossian 2009 ⁽³⁴⁾ reporta que la edad más común fue de 36 a 50 años con un 43,8%.

Teniendo en cuenta el grado de escolaridad el 33,3% de los pacientes incluidos en este estudio han cursado hasta secundaria, seguido por profesionales con el 25,6%, esto muestra similitud con los resultados de Dho M. (2010) ⁽³⁶⁾, quien concluyó que el nivel de instrucción que predominó fue la secundaria con 42,9%.

Por su parte el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ afirma que “la consulta es más frecuente entre las personas con mayor escolaridad y se destaca el hecho de que aproximadamente una tercera parte de la población sin ningún nivel de

escolaridad 31% tiene la percepción de que nunca nadie le enseñó a cuidarse la boca y que cerca de una tercera parte de la población sin ningún tipo de escolaridad 33,1% no conoce la seda dental”, mientras que para el estudio de Silva - Boghossian (2009) ⁽³⁴⁾, las personas con estudios ≤ 8 años y ≥ 12 años, asistieron con igual frecuencia a la consulta con un 29,3%; a su vez en su estudio se reporta que el mayor porcentaje de pacientes que asisten a la consulta son aquellos con nivel educativo entre 9 a 11 años con 41,5%, por su parte, Gamonal (2010) ⁽³⁵⁾ refiere que el bajo nivel de educación (< a 12 años), se dio con mayor frecuencia en el grupo poblacional de 35 - 44 años con 77,1%. La ocupación de abogado es la más frecuente en este estudio con un porcentaje de 21,5%, este dato no se encuentra referenciado en los referentes nacionales, locales ni en los mencionados en este estudio.

En cuanto al régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud los pacientes de este estudio pertenecen en un 82,5% al régimen contributivo, en 10,5% al régimen subsidiado y 3,5% sin afiliación, estos datos coinciden con el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾, en donde los pacientes que más consultan pertenecen al régimen contributivo y los que menos consultan hacen parte del régimen subsidiado o no tienen afiliación ⁽²⁹⁾. Estos resultados coinciden con el informe de SISVESO (2012), el cual reporta que 45,2% de la población se encuentra en el régimen de aseguramiento contributivo y el 38,8% en el subsidiado ⁽³⁰⁾.

En cuanto a la fecha de la última visita odontológica este estudio reportó que 72,7% de los pacientes asistieron en un periodo de tiempo menor a 6 meses, mientras que en el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾, el 39% de la población estudiada realizó la última consulta al odontólogo hace más de un año y el 55,2% lo hizo en el último año ⁽³⁰⁾, finalmente para el SISVESO (2012) ⁽³¹⁾ el 39,2% de la población refiere no haber visitado el odontólogo durante el mismo año y el 43,5% lo hizo 1 vez durante el último año.

En los registros clínicos de la población analizada, el principal motivo de consulta fue valoración con 29,9%, seguida por la rehabilitación con 19,5%, movilidad dental 10,4%, dolor dental 7,8% y limpieza 3,9%, lo cual no se relaciona con los datos arrojados por el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾, donde los principales motivos de consulta fueron urgencias 39%, revisión o examen 29%, obturaciones 15% y limpieza 9% ⁽³⁰⁾.

Relacionando el motivo de consulta limpieza con grupo etario, el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾, presentó mayor porcentaje para los pacientes entre 25 a 34 años, lo cual no presenta similitud con este estudio en el cual la limpieza se reportó en un rango de 30 a 39 años con 14,3%, seguido de 50 a 59 años con 4,3%.

Según Wood (2003), la obesidad es el desorden nutricional más común en América, este es un factor de riesgo significativo para numerosas enfermedades en los adultos y puede ser un factor en la incidencia de la

periodontitis ⁽³³⁾. En los resultados de este estudio se encontró un paciente con obesidad leve, lo cual corresponde a un 1,6% de la totalidad de la población estudiada, a su vez 6,6% reportó sobrepeso.

Por otra parte, en relación al tabaquismo, estudios como el de Tomar y Asma (2000), analizaron datos en 12.329 pacientes estadounidenses, encontrando que los fumadores tenían 4 veces más probabilidad de presentar periodontitis en comparación con los pacientes que nunca habían fumado y que entre los fumadores había una relación dosis – respuesta entre cigarrillos fumados por día y la probabilidad de presentar periodontitis⁽³⁸⁾; en el estudio de Silva -Boghossian (2009)⁽³⁴⁾ los fumadores representaron el 27,5% de la población. El ENSAB III (1999) ⁽³³⁾ no hace referencia a este hábito, en este estudio, según datos diligenciados en las historias clínicas la frecuencia del hábito de fumar es de 5,9%, sin embargo, se debe tener en cuenta que el formato de la historia clínica de UNICOC no pregunta de manera directa este hábito.

En cuanto al antecedente sistémico de diabetes mellitus en este estudio se reportó una frecuencia de 1,5%, teniendo en cuenta que en este estudio la historia clínica no pregunta de manera directa este antecedente, es posible que se haya ocasionado subregistro en la información. Aschner P. (2010), en su estudio refiere que la prevalencia en Colombia de la diabetes mellitus tipo I se estima en un 0.07% y la tipo II oscila entre el 4 y el 8% ⁽³⁹⁾.

En la población de estudio se encontró que en la historia médica personal los antecedentes de enfermedades sistémicas más frecuentes se encuentran relacionados con hipertensión arterial con 7,9%. La revista colombiana de cardiología define la hipertensión arterial como una enfermedad de alta prevalencia con un rango entre 10% a 73% ⁽⁴⁰⁾.

Respecto a la higiene oral, el informe del SISVESO 2014 ⁽⁴¹⁾, realizado en Bogotá, con una muestra total de 132 pacientes, mediante el índice epidemiológico de Silness & Loe Modificado, el 62,8% de la población presentó higiene oral deficiente, el 17,4% higiene oral regular, a su vez Dho M. (2010) ⁽³⁶⁾, mediante el índice de placa O'Leary reportó que el 90% de los pacientes presentaron higiene bucodental deficiente, comparando con los resultados de esta investigación según el relato del paciente registrado en las historias clínicas, se encontró que el 35,6% tiene higiene oral mala, el mayor porcentaje de la población con 40% reporta higiene oral regular, los resultados de este estudio coinciden con el reporte del SISVESO 2014 ⁽⁴¹⁾, en cuanto a que el menor porcentaje de la población reportó buena higiene oral con 15,9% y para este estudio con 24,4%.

En cuanto al uso de elementos de higiene oral, los resultados de este estudio mostraron que el 100% de la población usa cepillo de dientes diariamente; por su parte en el ENSAB III (1999) ⁽³³⁾, el 98,4% de la población manifestó que utilizaba el cepillo dental y con respecto a la crema dental también se reportó un uso de 98,4%, en menor porcentaje utilizaron seda

dental con 37,4% y enjuague bucal 16,5%. De manera similar para los pacientes analizados en este estudio el uso de crema dental fue reportado con 98,2%, mientras que el uso de seda dental fue del 63,2% y el enjuague bucal 57,4%, evidenciando un incremento considerable con respecto a los resultados del ENSAB.

Una frecuencia de cepillado de 3 veces al día se reportó en 76,5% de la población total de este estudio, esto muestra similitud con el estudio de Dho M. (2010) ⁽³⁶⁾ quien reporta que 63% cepilla sus dientes 3 veces diariamente y 88% utiliza pasta dental con flúor.

En cuanto a la historia estomatológica, en este estudio los pacientes reportaron dolor en la ATM en 6,8% y ruido en la ATM en 14,3%, mientras que Zacca, (2001), afirma que la distribución de la población con presencia de síntomas y signos en las articulaciones temporomandibulares es similar entre las provincias, siendo Sancti Spíritus la más afectada con 20,3%, seguido de la provincia La Habana, con 19,3% ⁽⁴²⁾.

En cuanto a la revisión intra oral, este estudio mostró 1,8% de alteraciones en labios y 3.8% en lengua, mientras que el estudio de perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010 ⁽³²⁾, reporta enfermedades de lengua en 1.1% y enfermedades de labios con 0.8%.

Dho M., (2010) ⁽³⁶⁾, afirma que el 95% de la población presentó gingivitis, por el contrario Zermeño (2000) ⁽³⁷⁾, concluyó que tan solo 18,3% presentó gingivitis leve, 31,3% gingivitis

moderada y 24,3% gingivitis severa; por su parte el Estudio de Perfil Epidemiológico de la Salud bucal en México 2010 ⁽³²⁾ afirma que: “un poco más de la quinta parte (22,5%) tenía gingivitis (detectada a través del sangrado al sondaje)”, por su parte los resultados de este estudio mostraron que la gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada fue el diagnóstico más frecuente con 40%.

La prevalencia de la enfermedad periodontal según el ENSAB III (1999) es del 50,2%, lo cual refleja una situación diferente a la reportada en el informe de 1977- 80, cuando se afirmó que el 94,7% de la población tenía enfermedad periodontal en alguna de sus fases ⁽³⁰⁾, sin embargo, en el estudio de Zacca (2001) ⁽⁴²⁾ más de la mitad de las provincias, presentó más del 50% de sus individuos afectados con algún grado de enfermedad periodontal, mientras que el Estudio de Perfil Epidemiológico de la Salud bucal en México 2010 ⁽³²⁾ afirma que en el 7,4% de los pacientes, se observaron signos de enfermedad periodontal leve (bolsas periodontales superficiales: 4-5mm) y un 1,7% tuvo signos de enfermedad periodontal avanzada (bolsas periodontales profundas: mayores a 6mm). Por su parte Zermeño (2000) ⁽³⁷⁾, encontró que el 15% de la muestra presentó periodontitis crónica leve, el 7,5% periodontitis moderada y el 2,5% periodontitis avanzada. En este estudio el diagnóstico más

frecuente fue periodontitis crónica moderada localizada con 47,8%.

Haciendo referencia a enfermedad periodontal y edad, en el SISVESO 2012 ⁽³¹⁾, la gingivitis se presentó en 71% de un total de 10.436 casos en los rangos de edad de 15 a 19 años, lo cual no establece correlación en cuanto a grupos etarios y diagnóstico con los resultados de este estudio, en el que se encontró mayor reporte de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada en rango de edad entre 40 a 49 años en su condición localizada con un 66,7%, mientras que para el Estudio de Perfil Epidemiológico de la Salud bucal en México 2010 ⁽³²⁾ el grupo de edad con mayor porcentaje de gingivitis fue el de 50 a 64 años con 55,6%, seguido de 35 a 49 años con 54,2%, en contraste Zermeño (2000) ⁽³⁷⁾, afirmó que el 44,6 % de los pacientes en rango de edad entre 10 a 19 años presentaron gingivitis moderada, el 27% gingivitis severa, seguido del 27% para el rango entre 20 a 29 años, con diagnóstico de gingivitis moderada.

Para este estudio la periodontitis crónica moderada localizada fue el diagnóstico más frecuente en pacientes entre 40 a 49 años con 63,6%, en contraste, el SISVESO 2012 ⁽³¹⁾ reportó 6,3% de periodontitis de un total de 609 casos, los cuales fueron más frecuentes en el grupo de edad entre 45 a 49 años, seguido por pacientes entre 40 a 44 años; mientras que en el Estudio de Perfil Epidemiológico de la Salud bucal en México 2010 ⁽³²⁾ se observó que 22,2% de los

pacientes en el rango de edad entre 65 a 79 años presentaron periodontitis, seguido por pacientes con 80 años o más con 18,1% de periodontitis. Un mayor porcentaje de frecuencia de esta enfermedad observó Zermeño (2000) ⁽³⁷⁾ para el rango entre 60 a 69 años de edad, ya que el 50% de su muestra presentó periodontitis leve, 30% moderada y 20% periodontitis avanzada, seguido de los pacientes de 70 a 79 años en donde el 44% presentó periodontitis moderada. Para Gamonal (2010) ⁽³⁵⁾, la prevalencia de la enfermedad periodontal en población adulta chilena es para la edad comprendida entre 65 a 74 años con 97,6% de pérdida de inserción mayor a 3 mm y con 69,4% de pérdida de inserción mayor a 6 mm, mientras que para el grupo de 35 a 44 años, la pérdida de inserción periodontal mayor a 3 mm fue de 93,5% y la pérdida mayor a 6 mm fue de 38,7%. Mientras que el estudio de Silva - Boghossian (2009) ⁽³⁴⁾ concluyó que los sujetos jóvenes (21 a 35 años) presentaron niveles más bajos de: profundidad al sondaje, pérdida de inserción clínica, porcentaje de sangrado al sondaje y porcentaje de biopelícula supragingival en comparación con los pacientes mayores. Según el estudio de Dye (2012) ⁽⁴³⁾, el porcentaje de periodontitis en Australia fue del 60,8% en pacientes mayores a 70 años, seguido por 43,6% en rango de edad comprendido entre 55 a 74 años, este último autor también concluyó que en Alemania fue del 79,6% en el grupo poblacional de 60 a 69 años y en Estados Unidos del 20,1% en personas mayores a 75 años seguido de

14,3% para los pacientes entre 65 a 74 años. Esto coincide con los resultados de Bertoldi (2013) ⁽⁴⁴⁾, donde resalta que la edad puede representar un factor de riesgo verdadero para el desarrollo de la periodontitis.

En este estudio las mujeres fueron quienes presentaron mayor frecuencia de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 43,8%. Para SISVESO 2012 ⁽³¹⁾, quienes presentaron mayor prevalencia de gingivitis fueron las mujeres durante el primer semestre de 2012 con 74%. Por otra parte, Zermeño 2000 ⁽³⁷⁾ afirma que la gingivitis leve fue de 19,6 % para las mujeres, seguido de gingivitis moderada con 37,3%, mientras que la gingivitis severa se presentó más en hombres con 28,5% en comparación con 22,1% en las mujeres.

Gamonal (2010) ⁽³⁵⁾, encontró un incremento de destrucción periodontal con mayor porcentaje de pérdida de inserción clínica para los hombres en comparación con las mujeres, a su vez Silva -Boghossian (2009) ⁽³⁴⁾ concluye que no observó diferencias en cuanto a severidad de la enfermedad periodontal o pérdida de inserción clínica, con respecto al género. Medina (2007) ⁽¹⁵⁾ mostró similitud con respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal entre mujeres y varones tanto del área rural como urbana. Para el estudio de Zermeño 2000 ⁽³⁷⁾ la periodontitis leve es más frecuente en el género masculino con 18,3% al igual que la periodontitis moderada con 11,1%, la periodontitis severa fue mayor en las mujeres

con 3%. En este estudio las mujeres presentaron mayor frecuencia de periodontitis crónica moderada localizada con un 50%, en contraste Bertoldi (2013) ⁽⁴⁴⁾, no encontró ninguna relación entre el género y la enfermedad periodontal.

En cuanto a la raza, Silva - Boghossian (2009) ⁽³⁴⁾ define que los pacientes morenos fueron asociados únicamente con pérdida de inserción clínica ≥ 5 mm; sin embargo, Borrell (2005) ⁽⁴⁵⁾, afirma que es de particular interés la tendencia a la disminución de la prevalencia de la enfermedad periodontal en USA con respecto a la relación entre indicadores de riesgo: edad y raza/etnia. En este estudio no se pudo concluir la raza/ diagnóstico periodontal debido a que todas las historias clínicas analizadas reportaron que la población era mestiza.

En relación al índice de masa corporal este estudio encontró según datos reportados en las historias clínicas un paciente con obesidad leve con diagnóstico de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente localizada con factores locales contribuyentes, también se encontraron 4 casos de sobrepeso, uno de ellos presentó los siguientes 2 diagnósticos: gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada y periodontitis crónica severa generalizada. Un segundo paciente presentó los siguientes diagnósticos: gingivitis asociada a biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada y periodontitis

crónica severa localizada. Wood N. (2002) ⁽³³⁾, demostró que el incremento del porcentaje de pérdida de inserción clínica fue significativamente asociado con el índice de masa corporal, estos resultados son consistentes con el estudio de Bertoldi (2013) ⁽⁴⁴⁾.

Con respecto al grado de escolaridad Silva - Boghossian (2009) ⁽³⁴⁾ encontró mayores porcentajes de frecuencia de los siguientes indicadores periodontales: pérdida de dientes, sangrado al sondaje, profundidad al sondaje y pérdida del nivel de inserción clínica, en pacientes que tuvieron acceso a la educación por un periodo menor a 12 años al ser comparados con las personas que tuvieron más años de educación, con un amplio riesgo de pérdida de inserción clínica ≥ 5 o ≥ 7 mm; los resultados de este estudio coinciden con los resultados mencionados anteriormente debido a que el diagnóstico más frecuente fue gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada, en relación con el grado de escolaridad secundaria con 40% en 8 casos reportados de un total de 20 y periodontitis crónica moderada localizada con 47,4% con 9 casos de un total de 19.

En cuanto al hábito de tabaquismo, este estudio reportó 4 pacientes fumadores de los cuales el principal diagnóstico fue la periodontitis crónica con un total de 3 pacientes, un paciente con la condición moderada localizada, otro paciente con la condición severa localizada y otro paciente

presentó la condición severa generalizada y un cuarto paciente presentó gingivitis asociada a biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada, esto coincide con Gamonal (2010)⁽³⁵⁾, en donde se afirma que los fumadores tienen promedio significativo de profundidad al sondaje y pérdida de inserción clínica ≥ 6 mm en comparación con los no fumadores, de igual manera Silva - Boghossian (2009)⁽³⁴⁾ afirmó que los pacientes fumadores tienen mayor pérdida de inserción clínica ≥ 5 o ≥ 7 mm, además de una alta prevalencia de sitios con sangrado al sondaje, presencia de biopelícula supragingival y pérdida de 4 o más dientes.

Teniendo en cuenta las variables de antecedentes sistémicos en relación con diagnóstico periodontal, en primer lugar este estudio encontró un paciente quien reportó tener diabetes mellitus, sin embargo, según los datos de la historia clínica no se especificó si era tipo I o tipo II, este paciente tenía reporte de gingivitis asociada a biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada, así como también periodontitis crónica severa localizada. Estos resultados coinciden tanto con Gamonal (2010)⁽³⁵⁾, en donde se encontró que los pacientes que reportaron ser diabéticos presentaron mayor relación con la pérdida de inserción clínica, como con el estudio de Dye (2012)⁽⁴³⁾, quien afirma que en el informe de referencia sobre Salud Bucal en América se llegó a la conclusión que las personas con diabetes tenían un mayor riesgo de enfermedad periodontal, lo cual coincide con

las conclusiones del estudio de Bertoldi (2013)⁽⁴⁴⁾.

En segundo lugar con respecto a antecedentes sistémicos, la hipertensión arterial (HTA) en este estudio reportó según datos de la historia clínica 5 pacientes de los cuales uno de ellos presentó gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada y periodontitis crónica severa generalizada; un segundo paciente presentó periodontitis crónica severa localizada, periodontitis crónica moderada localizada y gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes generalizada, esto podría relacionarse con la afirmación que presenta Dye (2012)⁽⁴³⁾ quien describe que otros factores sistémicos potenciales asociados con la periodontitis son las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión debido a que son enfermedades crónicas que se caracterizan por la inflamación sistémica subyacente. A su vez, Bertoldi (2013)⁽⁴⁴⁾, observó aumento de enfermedad periodontal con el aumento de la presión diastólica y sistólica.

En relación con hábitos de higiene oral, los resultados de este estudio muestran que para los pacientes que refirieron buena higiene oral el diagnóstico más frecuente fue gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada con 44,4% y periodontitis crónica moderada localizada con 70%, en contraste, Silva - Boghossian (2009)

⁽³⁴⁾ concluyó que pacientes con malos hábitos de higiene oral de la población de Río de Janeiro tienen alta probabilidad de enfermedad periodontal.

Respecto al uso de cepillo de dientes en relación con la edad, el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ afirma que existe similitud de uso de cepillo entre todos los grupos etarios estudiados, siendo ligeramente superior el uso en pacientes entre 18 a 24 años con 99,5 %, de manera similar este estudio reportó un uso del 100% del cepillo de dientes en los grupos etarios estudiados. A su vez, para este estudio los grupos poblacionales que usaron con mayor frecuencia el dentífrico fueron los que se encuentran entre 20 a 29 años, 30 a 39 años, 59 a 59 años y mayor a 60 años con 100%, mientras que el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ presentó mayor frecuencia de uso para el rango de edad entre 12 a 17 años con 99,2%, seguido de 18 a 24 años con 99,1%.

En referencia al uso de la seda dental, este estudio encontró que el grupo poblacional que usó con mayor frecuencia este elemento se encuentra en el rango entre 30 a 39 años con 83,3%, por su parte el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ también reveló que el grupo con mayor uso de seda dental es el comprendido entre 18 a 24 años con 45,4%; de manera distinta, Dho M. (2010) ⁽³⁶⁾, reportó que el 8% de los pacientes de 18 a 34 años y el 8% de los pacientes de 35 a 59 años emplean diariamente el hilo dental para completar su higiene bucal.

En relación al enjuague bucal, el grupo etario de mayor uso en este estudio fue el comprendido entre 30 a 39 años con 70%, mientras que para el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ fue el grupo de 18 a 24 años con 23,2%.

En relación con el género y el uso de elementos de higiene oral, este estudio reportó que hombres y mujeres usaron diariamente el cepillo de dientes en un 100%, estos resultados son similares a los del ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ donde las mujeres reportaron su uso en 98,8% y los hombres en 98%.

Con relación al uso del dentífrico, este estudio muestra que el 100% de los hombres y el 96,6% de las mujeres hacen uso de este elemento, de manera diferente el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ muestra que quienes lo usan con mayor frecuencia son las mujeres con 98,5% en relación con los hombres con 97,8%. Por otra parte en este estudio el mayor uso de la seda dental fue por parte del género femenino con 82,9%, el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ por su parte evidenció 43,2% de uso para este mismo género. En relación con el uso de enjuague bucal, en este estudio se observó mayor frecuencia por parte de las mujeres con 64,5%, lo cual coincide con el ENSAB III (1999) ⁽³⁰⁾ donde se afirma que el uso es mayor para las mujeres con 18%.

Teniendo en cuenta antecedentes sistémicos como la diabetes en relación al rango de edad, Gamonal (2010) ⁽³⁵⁾, evidenció que la mayor frecuencia fue en el rango de edad

comprendido entre 65 a 74 años con 23,8% para diabetes tipo II, de manera diferente este estudio según datos registrados de historias clínicas solo un paciente reportó ser diabético sin encontrarse datos de la clasificación de la patología, esto equivale a un porcentaje de 4,3% en el rango de edad de 50 a 59 años.

Finalmente, teniendo en cuenta el hábito de tabaquismo en relación a rango de edad, Gamonal (2010) ⁽³⁵⁾, afirma que la mayor frecuencia de este hábito se encuentra en la edad comprendida entre los 35 a 44 años con 61,2%, de manera diferente según la información registrada en historias clínicas, en este estudio se encontró una frecuencia de 12,5% para el hábito de tabaquismo en un rango similar de edad, comprendido entre 30 a 39 años.

En este estudio se encontraron los siguientes sesgos: de registro de datos y de memoria del paciente.

CONCLUSIONES:

El principal motivo de consulta reportado en las historias clínicas de posgrado de periodoncia UNICOC centro - sede Bogotá durante el periodo académico 2013 es la valoración.

Las mujeres son quienes asisten con mayor frecuencia al servicio y el mayor porcentaje de usuarios según la ocupación son abogados.

El grupo etario que consulta con mayor frecuencia, se encuentra entre 50 a 59 años.

El grupo poblacional afectado principalmente por enfermedad periodontal está entre 40 a 49 años.

El género con mayor predominio de enfermedad periodontal según datos registrados en historias clínicas es el femenino, lo cual puede encontrarse relacionado con mayor ingreso por parte de las mujeres a la consulta.

La población analizada reportó el empleo de elementos de higiene oral diariamente, siendo el enjuague bucal el de menor uso, sin embargo, no fue posible confrontar el relato del paciente con la evidencia clínica debido a las condiciones del estudio.

El índice de necesidad de tratamiento no se pudo analizar en este estudio, debido a que no se encontró dentro del formato de la historia clínica.

RECOMENDACIONES:

Aumentar el tamaño de la muestra para estudios posteriores.

La información obtenida en este estudio permitirá: generar mejoras en el formato, en el proceso de diligenciamiento de las historias clínicas y en la supervisión por parte de los docentes del posgrado de periodoncia UNICOC.

BIBLIOGRAFIA

1. Nieto VM, Nieto MA, Lacalle JR, Kader LA. Salud oral de los escolares de Ceuta.

- Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 541-50.
2. Dye B, Cellwiz R, the relationship between selected measures of periodontal status and demographic and behavioural risk factors, journal of clinical periodontology. 2005; 32: 798-808.
 3. Baehni PC. Translating science into action – prevention of periodontal disease at patient level. Periodontology 2000, 2012; 60: 162–72.
 4. Taba M, Kinney J, Kim AS, Giannobile WV. Diagnostic biomarkers for oral and periodontal diseases. Dent Clin N Am 2005; 49: 551–71.
 5. Tatakis DN, Kumar PS. Etiology and pathogenesis of periodontal diseases. Dent Clin N Am 2005; 49: 491–516.
 6. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34: 114–22.
 7. Duque C, Mora II. La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas. Univ Odontol. 2012; 31(66): 41-50.
 8. SIVIGILIA. Ministerio de Salud. Tercer Estudio Nacional en Salud Bucal, ENSAB III. 2000. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>
 9. Brown LJ, Brunelle JA, Kingman A. periodontal status in the United States, 1988-1991: prevalence, extent and demographic variation. Journal of dental research.1996 Feb; 75: 672-83.
 10. Albandar JM. Epidemiology and risk factors of periodontal diseases. Dent Clin N Am 2005; 49: 517–32.
 11. Phipps KR., Stevens VJ. Relative contribution of caries and periodontal disease in adult tooth loss for an HMO dental population. J Public Health Dent 1995; 55: 4, 250- 2.
 12. Silveira J, Cimões R, De Souza A, Gusmão , Santos E. Primary Reason for Tooth Extraction in a Brazilian Adult Population. Oral Health Prev Dent 2005; 3: 151–57
 13. Grupo Científico de la OMS. Etiología y prevención de la caries dental. Informe No. 494, Ginebra 1972.
 14. Grupo Científico de la OMS. Epidemiología, etiología y prevención de las paradontopatias. Seri información temática 1979; 3 (4): 5 -9.

15. Medina C., Cerrato J., Herrera M. Perfil epidemiológico de la caries y enfermedad periodontal en Nicaragua, Universitas, 2007;1 (1): 39 -46.
16. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. J Periodontol 2005: 76: 2187–2193.
17. Pitiphat W, Merchant AT, Rimm EB, Joshipura KJ. Alcohol consumption increases periodontal risk. J Dent Res 2003: 82: 509–513.
18. Bergstrom J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. J Periodontol 1994: 65: 545–550.
19. Moynihan P. Nutrition and oral health: update on nutrition and periodontal disease. Quintessence Int 2008: 39:326–330.
20. Genco RJ, Ho AW, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Relationship of stress, distress, and inadequate coping behaviors to periodontal disease. J Periodontol 1999: 70:711–723.
21. Sheiham A, Nicolau B. Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. Periodontol 2000 2005: 39: 118–131.
22. Papapanou PN. Periodontal disease: epidemiology. ANN Periodontol 1996:1:1-36.
23. Gálvez Vargas R, Rodríguez Contreras Pelayo R, Teoría de la causalidad en epidemiología, cap: 7, Em: Piedrola Gil G., Del Rey Calero J.y cols, Medicina preventiva y salud pública, 9 edición España. Ed. Ediciones científicas y técnicas Masson, Salvat, 1992, pp: 86-93.
24. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral 2010; 3(2): 94-99.
25. Armitage G., The complete periodontal examination. Periodontology 2000. 2004: 34: 22-33.
26. Secretaria de salud de Bogotá, guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la caries dental Bogotá 2000.
27. Ainamo J, Bay I , problems and proposals for recording gingivitis and plaque, int. Dent J, 1975, vol. 25, (4),229- 35.
28. Ministerio de salud. Resolución número 1995 de 1999 (julio8)
29. Archivos Actas Comité Historias Clínicas UNICOC.

30. Encuesta nacional de salud bucal. ENSAB III, 1999.
31. SISVESO. Bogotá D.C enero a junio de 2012.
32. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010.
33. Wood N, Johnson RB, and Streckfus CF: Comparison of body composition and periodontal disease using nutritional assessment techniques: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Periodontol* 2003; 30: 321–27.
34. Silva – Boghossian C., Luiz, R., Colombo A. Periodontal Status, Sociodemographic, and Behavioral Indicators in Subjects Attending a Public Dental School in Brazil: Analysis of Clinical Attachment Loss. *J Periodontol* 2009; 80:1945-54.
35. Gamonal J., Mendoza C., Espinoza I, Muñoz A., Urzua I., Aranda W, *et all*. Clinical Attachment Loss in Chilean Adult Population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol* 2010; 81:1403-10.
36. Dho M., Villa V., Palladino A. Situacion de salud bucal de pacientes mayores de 18 años. Cátedra práctica clínica preventiva I, Facultad de odontología UNNE, Argentina. 2010. *Rev. Fac. Odontol Univ Antiq.* 2013; 24 (2):214-31.
37. Zermeño J. Hernández H., Castillo M., Carrillo J. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP.2000; (LVIII) :(6):205-13.
38. Tomar SL; Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the Unites States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination survey. *J Periodontol.* 2000; 71(5):743-51.
39. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en colombia. *Av Diabetol.* 2010; 26: 95-100.
40. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista colombiana de cardiología,* feb 2007, vol. 13, sup. 1. ISSN 0120-5633. página 189.
41. SISVESO. Bogotá D.C. Bogotá, Localidad de La Candelaria. 2014.
42. Zacca G., Sosa M., Mojaiber A. Situación de salud bucal de la población cubana Estudio comparativo según provincias, 1998 (2001). *Rev. Cubana Estomatol* 2001; 39(2):90-110.
43. Dye Bruce. Global periodontal disease Epidemiology. *Periodontology* 2000, Vol. 58, 2012, 10–25.

44. Bertoldi C., Lalla M., Pradelli JM., Cortellini P., Lucchi A., Zaffe D., Risk factors and socioeconomic conditions effects on periodontal and dental health: A pilot among adults over fifty years of age. *Eur. J Dent.* 2013; 7: 336 -46

45. Borrell LN, Burt BA, Taylor GW. Prevalence and trends in periodontitis in the USA: from NHANES III to the NHANES, 1988–2000. *J Dent Res* 2005; 84: 924–30.