

**CARACTERIZACION DE LA REMISION DE PACIENTES AL POSTGRADO DE PERIODONCIA DE  
UNICOC 2007-2009.**

**Cristiam Alexander Mora Medina  
Karol Dayana Arazo García  
Martha Carolina Vargas Bernal**

**Institución Universitaria Colegios de Colombia**

**Colegio Odontológico. Bogotá**

**Postgrado**

**BOGOTA D.C**

**I-2010**

**CARACTERIZACION DE LA REMISIÓN DE PACIENTES AL POSTGRADO DE PERIODONCIA DE UNICOC 2007-2009.**

**Cristiam Alexander Mora Medina  
Karol Dayana Arazo García  
Martha Carolina Vargas Bernal**

**Dra. Janeth Pedroza.**

**Asesora Científica**

**Dra. Piedad Malaver.**

**Asesora Metodológica**

**Institución Universitaria Colégios de Colombia**

**Colégio Odontológico. Bogotá**

**Postgrado**

**BOGOTA D.C**

**I-2010**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag
1 .Introducción _____	1
2. Planteamiento del problema _____	3
3. Justificación _____	4
4. Pregunta _____	5
5 .Proposito _____	6
6 .Marco Teorico _____	7
6.1 Definición _____	7
6.2 Remisión _____	7
6.3 Interconsulta _____	7
6.4 Nivel de complejidad _____	8
6.5 Principios de la sociedad dental Americana delCodigo de Etica Y de conducta profesional. _____	8
7 .Objetivo General _____	43
8 .Objetivos Especificos _____	43
9 .Aspectos Metodologicos _____	44
9.1. Tipo de Estudio _____	44

9.2 .Tipo de Muestra	44
9.3 .Objeto de Estudio	44
9.4. Material objeto de Estudio	44
9.5. Criterios de Selecciòn	45
9.5.1 Criterios de Inclusiòn	45
9.5.2 Criterios de Exclusiòn	45
10. Procedimiento para la recolecciòn de datos	45
11. Método estadístico	46
12. Resultados	46
13.Discusiòn	51
14. Conclusiones	55
15. Referencias Bibliogrificas	56
16. Anexos	61-62

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una de las más comunes que afectan a la humanidad. Un exagerado número de pacientes requieren tratamiento para evitar los problemas estéticos y funcionales asociados a la pérdida de dientes como consecuencia de la enfermedad periodontal. El manejo integral del paciente por un equipo de especialistas odontólogos puede proveer una atención en salud oral óptima para los dientes y sus tejidos de soporte.

El odontólogo general no solo es responsable del diagnóstico de las enfermedades periodontales sino también de tomar decisiones sobre el tratamiento y sobre quién ha de implementarlo. **(20)**

Cuando un paciente presenta problemas odontológicos complejos el odontólogo debe articular sus conceptos relacionados con el diagnóstico y los objetivos del tratamiento, debe tener un concepto realista de sus conocimientos, habilidades, destrezas y limitaciones. Si el tratamiento tiene un componente periodontal significativo el odontólogo debe tomar una decisión honesta sobre el tratamiento o remisión del paciente a un especialista, pensando en el beneficio del paciente y evitando complicaciones que puedan tener inclusive implicaciones legales.

El enfoque del sistema de los servicios de salud plantea el concepto de redes de servicios definiéndolas como un conjunto articulado de unidades de prestación de servicios, según el grado de complejidad, con una población asignada, apoyadas en normas operativas, técnicas y con una estructura de comunicación (17). Los antecedentes históricos de dichas formas de organización de los servicios de salud abarcan las primeras tentativas formales en Rusia, pasando por las reformas en Gran Bretaña a partir del informe de **Dawson** y, luego en los noventa el sistema de referencia y contra referencia resultó insuficiente, al basarse exclusivamente en métodos formales y administrativos como respuesta a esta situación el Ministerio de Salud organizó y estableció el régimen de referencia y contra referencia por medio del **Decreto 2759** de 1999 (3). A pesar de estas reformas, en Colombia han sido realizadas diversas evaluaciones del sistema con resultados similares las cuales indican que el personal de salud involucrado (Odontólogo general y especialistas) no tiene una clara concepción acerca de la organización del sistema de referencia y la importancia que esta debe tener en el momento de realizarse, para establecer un diagnóstico y determinar el nivel de complejidad en el cual se encuentra paciente, para enfocarlo hacia un plan de tratamiento ideal, mejorar la calidad de servicio y las expectativas del paciente (16). Teniendo en cuenta lo anterior se decidió analizar el protocolo interno de remisión del paciente Colegial al Postgrado de Periodoncia con el fin de establecer estrategias que permitan mejorar y fortalecer el proceso de remisión por parte de las clínicas de Postgrado.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Conociendo la incidencia global de la enfermedad periodontal, que es proporcional en Colombia y específicamente en Bogotá D.C., Es de gran importancia el cumplimiento de los procesos de remisión y contra-remisión de pacientes de odontología general y especialidades a Periodoncia, para poder realizar un adecuado tratamiento y mantenimiento de la salud periodontal de la población.

En la decisión de la remisión interna y la baja proporción de adecuación en el direccionamiento de pacientes, se evidencian problemas en la atención odontológica. La coordinación y comunicación es deficiente entre las redes de servicios, por falta de definición de procedimientos y ausencia de sistemas de evaluación periódica.

En UNICOC, Colegio Odontológico existen protocolos de remisión de pacientes de Pregrado y Postgrado al postgrado de Periodoncia que no han sido evaluados, haciendo evidente la necesidad de realizar este proyecto de investigación para caracterizar el comportamiento de los procesos de remisión y determinar si se cumple el proceso de remisión interno de la Clínica de Postgrado sede centro, basado en las historias clínicas y formatos de remisión de los años 2007 a 2009.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Es importante determinar cómo se lleva a cabo el proceso de remisión interna colegial en la Clínica de Postgrado sede centro, con el fin de mejorar la atención y brindar una mejor calidad en el servicio cuando se realizan interconsultas al Postgrado de periodoncia.

#### **4. PREGUNTA**

¿Cuál es la caracterización del proceso de remisión al postgrado de Periodoncia desde las clínicas de pre y postgrado del Colegio Odontológico de UNICOC?

## **5 .PROPOSITO**

Caracterizar la remisión de pacientes al postgrado de periodoncia desde pregrado y postgrado, con el fin de sugerir estrategias que permitan mejorar y fortalecer el proceso dentro de UNICOC Colegio Odontológico.

## 6. MARCO TEÓRICO.

### 6.1 DEFINICIÓN.

El Régimen de **Referencia y contra referencia**, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. DECRETO 2759 DE 1991 (diciembre 11) (3).

### 6.2 REMISIÓN:

Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se trasfiere la atención de un paciente de un profesional a otro profesional, un especialista a otro nivel superior de atención (16).

### 6.3 INTERCONSULTA:

Es la solicitud expedida por el profesional de salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área quienes emiten juicios orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes sin asumir la responsabilidad directa del tratante (16).

#### **6.4 NIVEL DE COMPLEJIDAD:**

Se denomina nivel de complejidad al ámbito destinado para la atención específica dependiendo la patología del paciente y el nivel de competencia del personal tratante (18).

La periodoncia basada en la evidencia es la aplicación a la periodoncia de la asistencia sanitaria basada en la evidencia. Una definición útil de la asistencia sanitaria basada en la evidencia es la propuesta por Muir Gray: «un sistema de toma de decisiones en el cual el profesional utiliza la mejor evidencia disponible y consulta con el paciente, para decidir la opción más conveniente para éste»

Por lo tanto, la periodoncia basada en la evidencia es una herramienta que sustenta la toma de decisiones y la integración de la mejor evidencia disponible en la práctica clínica (8).

#### **6.5 PRINCIPIOS DE LA ASOCIACIÓN DENTAL AMERICANA DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE CONDUCTA PROFESIONAL.**

### PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE:

El odontólogo debe informar al paciente del tratamiento propuesto, y todas las alternativas razonables, de manera que permita al paciente a participar en las decisiones de tratamiento.

### CONSULTA Y REFERENCIA AL ODONTOLOGO.

Estará obligado a solicitar consulta si es posible, siempre que el bienestar de los pacientes se han salvaguardados o avanzado mediante la utilización de aquellos que tienen habilidades especiales, conocimientos y experiencia. Cuando los pacientes visitan o se remiten a especialistas o consultar los dentistas para la consulta:

1. Al término de su atención el paciente será regresado al odontólogo remitente, a menos que el paciente exprese una preferencia diferente, al dentista remitente, o en su defecto, al dentista de registro para el cuidado futuro.
2. Los especialistas estarán obligados cuando no hay odontólogos remitente y al término de su tratamiento para informar a los pacientes cuando hay una necesidad de atención dental adicional.

El odontólogo que tiene un paciente remitido por una tercera parte por una "segunda opinión" respecto a un diagnóstico o plan de tratamiento recomendado

por el dentista el tratamiento del paciente debe emitir la opinión solicitada de conformidad con este Código de Ética.

### EMERGENCIA:

Estará obligado a tomar las medidas razonables para la atención de emergencia de sus pacientes en el registro el Odontólogo estará obligados a dar consulta en caso de emergencia. El odontólogo una vez finalizada el tratamiento, tiene la obligación de devolver al paciente al odontólogo a menos que el paciente exprese una preferencia diferente. **(24)**

En un estudio realizado por Jung Ho Lee en 2009 se evaluó el tratamiento periodontal, patrones de remisión y consideraciones utilizadas en el proceso de los odontólogos que no hacen referencias periodontales, pocas referencias, o más referencias. En concreto, las características de la enfermedad, el paciente y factores relacionados con el proveedor, las actitudes hacia los casos periodontales referidos, y las percepciones de la educación odontológica fueron exploradas. Las relaciones entre la calidad percibida de la educación dental en materia de diagnóstico y tratamiento periodontal **(10)**.

Estudios epidemiológicos mostraron que más del 50 por ciento de los adultos en los Estados Unidos tenían gingivitis en tres o cuatro sitios del diente, el 67 por ciento tenían cálculos subgingivales, y el 40 por ciento tenía pérdida de inserción de al menos 3,0 mm. Teniendo en cuenta estas estadísticas, los odontólogos

generales deben estar bien preparados para tratar enfermedades periodontales, y estar bien informados acerca de ¿cómo hacer las referencias oportunas y apropiadas para Periodoncistas cuando sea necesario?

Estudios recientes demostraron que este proceso de referencia puede verse comprometida en muchos casos.

Dockter Encontró que el 74 por ciento de los pacientes que fueron remitidos a Periodoncistas fueron diagnosticados como tipo IV o con periodontitis severa y que un 29,8 por ciento de los pacientes remitidos necesitan dos o más extracciones, ya que, en el momento de la notificación, era demasiado tarde para un tratamiento periodontal. Por otra parte, **Cobb y cols.** Encuentran una comparación de los patrones de referencia entre 1980 y 2000 que los pacientes que fueron remitidos a Periodoncistas en el año 2000 exhibieron una mayor pérdida de dientes, tenían enfermedad periodontal más grave y requerían la extracción de más dientes que los pacientes en 1980. Lanning y cols encontraron que los procedimientos quirúrgicos más comunes realizadas por odontólogos generales incluyen: aumento de corona clínica y desbridamiento quirúrgico, que realizaron en un 38 % y 21 % los odontólogos generales, respectivamente (11).

El diagnóstico periodontal se debe hacer durante la fase de evaluación inicial de las visitas de los pacientes al odontólogo general y estos deben interpretar un estudio completo de sondeo para el diagnóstico y manejo apropiado de la enfermedad periodontal, en un esfuerzo para mejorar el proceso de remisión de los odontólogos

a los Periodoncistas. Guías de práctica clínica sobre cuándo remitir a los pacientes Periodontales fueron publicados por la Academia General Dentistry (12). Estas directrices sugieren que la decisión debe ser tomada en cada práctica individual, teniendo en cuenta una serie de factores, y no es aconsejable el tratamiento de una enfermedad sin una comprensión adecuada del proceso de la enfermedad y su efecto sobre el individuo (13).

Un total de 160 miembros resultó en una tasa de respuesta del 32 %. Los encuestados tenían edades comprendidas entre 26 Y 70 años (media: 50 años, desviación estándar: 10,9). Eran predominantemente masculina (77 por ciento) y blancos (96 por ciento) y se practica en consultorios individuales (66 por ciento). Un análisis de la ubicación de los consultorios odontológicos mostró que el 13 % estaban situados en zonas rurales, el 23% en ciudades pequeñas, el 34 por ciento en las ciudades de tamaño medio, el 21 por ciento en los suburbios, y 10 por ciento en las grandes ciudades.

La encuesta había revisado cuatro secciones:

La primera sección contiene preguntas relativas a fondo del encuestado socio demográficas y educativas, así como sus características prácticas. En la segunda parte consistió en preguntas relativas a la encuestada atención a pacientes con

enfermedad periodontal, tales como el número de pacientes que requieren tratamiento periodontal y el tipo de atención recibida por estos pacientes.

La tercera sección consiste en preguntas sobre los factores de los que respondieron tener en cuenta al derivar a los pacientes para el tratamiento periodonto.

Por último, a los encuestados se les preguntó si su formación en odontología se explico bien para aplicar un tratamiento periodontal, si habían recibido algún tipo de educación de postgrado sobre el tratamiento periodontal, y si tenían intención de asistir a cursos de educación continúa acerca de la terapia periodontal.

Los datos fueron analizados con SPSS (versión 14.0) 0.28 estadística descriptiva como distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y variabilidad se utiliza para proporcionar una visión general de los hallazgos.

Los procesos de referencias periodontales se deben realizar, para garantizar que los pacientes reciban la mejor atención disponible periodontal. Porcentajes importantes de los odontólogos generales no refieren a ningún paciente para el tratamiento periodontal o refieren a los pacientes en un promedio bajo. Esta situación puede poner en riesgo los pacientes para recibir tratamiento de inferior calidad (11).

Sharpe en 2007 examinó las actitudes de los odontólogos hacia el especialista en Periodoncia en cuanto a referencia de pacientes en el noreste de Inglaterra. Se realizaron entrevistas semi estructuradas con una muestra intencional de 10

profesionales. Los datos fueron organizados mediante un marco y analizados por dos investigadores que trabajan en forma independiente. Fue una muestra intencional, llevado a incluir una serie de PIB en el noreste de Inglaterra seleccionados de acuerdo a la experiencia, cualificación de postgrado. Los sujetos fueron elegidos en función del tiempo transcurrido desde la calificación y la posesión de postgrado. Las entrevistas fueron semi estructuradas con una guía de temas a explorar de las actitudes hacia la remisión al especialista periodontal. Todas las entrevistas fueron realizadas por el mismo entrevistador (GS) y se registraron textualmente. Para asegurar la validez, la transcripción de las entrevistas fueron de forma independiente codificados y analizados por dos investigadores (GS y JD) con un marco para ayudar con los datos. El análisis fue un proceso inductivo, se llevó a cabo al mismo tiempo hasta que los datos fueron saturados esto ocurrió después de las 10 entrevistas. El proyecto fue aprobado por el Noroeste de Investigación Multi-Centro.

El primer tema relacionado con PIB percepciones de la enfermedad periodontal y el tratamiento; el segundo tema en cuestión las actitudes que rodean el proceso de remisión, La remuneración percibida pobres y compleja estructura de las tasas dentro del NHS parecía limitar el tratamiento periodontal en la enseñanza primaria de la atención simple: raspado y pulido coronal, con el tiempo disponible para un tratamiento más exhaustivo por los odontólogos. Esta situación podría cambiar con la llegada de los contratos de PDS, sin embargo no es posible comentar más en

este de nuestros datos. Claramente hay una exigencia de mayores recursos para la gestión las enfermedades periodontales en el NHS. Sin duda hay una demanda para el servicio de un especialista de alta calidad en la remisión periodontal Noreste de Inglaterra, apoyada por las anteriores (19). Una amplia variación en las tendencias de referencia entre las diferentes partes del Reino Unido se ha demostrado con dificultad tener acceso a la atención de especialistas en algunas regiones (13).

Un odontólogo en su consultorio es responsable, del diagnóstico de las enfermedades periodontales, sino también las decisiones acerca del tratamiento y su aplicación. Shashikiran en 2007 estudió la evidencia de: cuándo se debe remitir el paciente a un Periodoncista, factores que afectan la decisión de remitir, la selección de un Periodoncista y necesidades del proceso de referencia, que son muy esenciales para una relación sana entre los profesionales Periodoncista y odontólogo General (20).

No es apropiado tratar a una enfermedad sin una adecuada comprensión del proceso de la enfermedad y su efecto individual, Cuando para el tratamiento y cuándo se debe consultar se debe basar en una evaluación honesta de los niveles de habilidad y preferencias de los el tratamiento el odontólogo general debe primero examinar y evaluar la necesidad de referencia basados en la severidad y el alcance del Odontólogo general. Debe estar capacitado para realizar la terapia

periodontal básico como la planificación del tratamiento y gestión de estados más avanzados de la enfermedad la cual debe ser gestionada por:

Dos Sistemas De Referencia:

#### Consulta:

Consulta ocurre cuando dos o más médicos confieren sobre el diagnóstico o tratamiento de una condición de un paciente. Los consultores son responsables de llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento necesario, peticiones de planificación y la contra remisión del paciente al odontólogo remitente.

#### Tratamiento:

Referencia para el tratamiento es un proceso donde el diagnóstico y la gestión son realizados por un especialista. Este proceso es muy importante para preservar la relación médico- paciente y el médico. Referido de un especialista.

#### REMISION A UN ESPECIALISTA:

La práctica de la odontología moderna es básicamente un dominio multidisciplinario, el paciente debe ser gestionado integral y sistemáticamente por los diferentes especialistas. Modalidades clínicas tales como tratamientos en lesiones periodontales avanzadas, alargamiento de la corona, procedimientos de injerto óseo, implanto logia oral, requieren la remisión a un periodoncista.

La consulta odontológica es necesaria antes de la corrección de ortodoncia o una rehabilitación prótesis fija.

### EL PROCESO SISTEMÁTICO DE REFERENCIA:

Debe haber una forma sistemática de referencia un paciente, el odontólogo general no puede limitarse a decir: "ir a ver a un Periodoncista ", si no de realizar una consulta resumida y pertinente de la salud bucal en la historia dental física, y realizar exámenes radiológicos los cuales les ayudaran en el diagnostico.

Nada es más frustrante para cualquier Odontólogo que los pacientes digan:

¿No sé por qué estoy aquí?

El sistema de remisión sólo tendrá éxito si la comunicación es buena; Refiriéndose al odontólogo que solicita al especialista para limitar su ámbito de aplicación de tratamientos. El odontólogo refirió la responsabilidad al Periodoncista para diagnosticar todos los problemas periodontales que el paciente refirió.

El Periodoncista también tiene muchas responsabilidades en la relación de referencia. Sin embargo, el tratamiento no siempre sale exactamente como estaba previsto. El Periodoncista no debe ser culpado y criticado por el odontólogo general cuando el paciente refiere no vuelve a la oficina general para el cuidado de restauración continuó después de terminado el tratamiento periodontal.

Un sistema de remisión con éxito se basa en buena comunicación, para ser Integral la terapia periodontal en un equipo cooperativo con el Periodoncista, el odontólogo y el paciente (20).

De acuerdo con un estudio realizado por Kathryn en 2006, la severidad de la enfermedad periodontal de los individuos remitidos para cuidado periodontal es mayor ahora que en 1980. La variabilidad en el estándar de cuidado periodontal en la práctica dental general puede resultar en menos que los resultados deseables y las consecuencias de la salud periodontal en un mal pronóstico. Se utilizó una muestra de 100 pacientes dentales recién referidos de tres prácticas periodontales separadas en el área de Missouri de la Ciudad de Kansas mayor participaron en este estudio (11).

Los datos fueron colectados de tres fuentes:

- 1) una auditoría en cuadro clínico.
- 2) estado de la enfermedad periodontal actual determinado mediante exanimación clínica
- 3) un cuestionario de respuesta del paciente sobre el cuidado profesional pasado y los hábitos de cuidado oral personal.

Los análisis bivariados fueron presentados usando un programa estadístico. De los 100 pacientes, 74 fueron diagnosticados como caso tipo IV periodontal en el punto

de referencia, del cual el 29.8% fueron tratamiento planeado por el Periodoncista para dos o más extracciones. Los dientes planeados para tratamiento de extracción fueron significante como una función de severidad de la enfermedad.

El tratamiento periodontal proporcionado en las prácticas dentales generales no varió debido a la severidad de la enfermedad, La incidencia de limpieza profunda (raspaje y alisado radicular) fue reportada ligeramente más alta para el caso tipo IV que para el caso tipo III, pero esta diferencia no fue estadísticamente significante.

El número promedio de limpiezas recibidas en el consultorio dental general fue menor que el estándar de cuidado de acuerdo con la severidad de la enfermedad. En los resultados un total de 100 cuestionarios fue colectado de sujetos que estaban siendo vistos para remisión inicial en tres consultorios periodontales que participan en este estudio. Un estimado del 90% al 95% de los pacientes invitados a participar en el proyecto acordó participar, consentir y completaron el cuestionario. Los datos clínicos fueron abstraídos usando un procedimiento estandarizado por un solo examinador, La edad y el género de los participantes fueron similares en los diferentes sitios de práctica, con una edad promedio general de 50 e igualmente divididos de acuerdo con el género.

Los antecedentes étnicos de los participantes fueron similares, con el 85% de los participantes de Kansas y el 86.8% de los participantes de Missouri que reportan su

etnicidad como blancos. En adición, los sujetos restantes reportaron su etnicidad como negros, latinos y otros orígenes étnicos.

Los antecedentes educacionales de los participantes fueron de algún modo similares entre los dos sitios de práctica, sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

El 43% de los participantes de Kansas y el 48.9% de los participantes de Missouri reportaron haber tenido una educación escolar superior. Los participantes de Missouri más probablemente tienen un grado asociado o técnico de dos años, mientras los participantes de Kansas más probablemente habían completado su grado licenciado y tenían educación en post-grad. Las historias médicas de los participantes de Missouri revelaron una tasa ligeramente más alta de diabetes, presión sanguínea alta, problemas con boca seca y una mayor incidencia de fumadores, Los participantes de Kansas reportaron más enfermedad cardíaca y depresión. Los datos demográficos exhibidos en la tabla 1 revelaron un grupo relativamente homogéneo de participantes sin diferencias estadísticamente significantes basadas en la ubicación de la práctica en la región de la Ciudad de Kansas. El Análisis subsecuente se combino con datos de sujetos en todos los sitios de práctica, y los resultados son presentados de acuerdo con la categoría de la severidad de la enfermedad.

## EL ESTADO PERIODONTAL EN LA REMISIÓN:

La mayoría de participantes evaluados en su cita periodontal inicial fueron diagnosticados con caso tipo IV periodontal, como es mostrado. El caso tipo III periodontal fue diagnosticado en el 26% de los participantes. Los dientes perdidos en el momento de la remisión pueden reflejar previo cuidado en el consultorio general. Los terceros molares fueron excluidos en este conteo, y las extracciones Ortodónticas no pudieron ser contadas, El 50% de los participantes en ambas categorías de la enfermedad estaban perdiendo uno a cuatro dientes en el momento de remisión. Un total de 11.5% de individuos caso tipo III y el 17.6% de individuos caso tipo IV tenían cinco a nueve dientes perdidos y el 4.1% de individuos caso tipo IV estaban perdiendo 10 a 12 dientes en el momento de la remisión. Un factor de revelación en la severidad de la enfermedad periodontal es el número de dientes planeados para tratamiento de extracción.

Los participantes caso tipo III tenían un diente planeado para tratamiento de extracción. Aquellos participantes con caso tipo IV tenían más dientes planeados para tratamiento de extracción, lo cual fue estadísticamente significativo, con el 37.8% requiriendo la extracción de uno a cuatro dientes y el 10.9% que requiere más de cinco extracciones.

El Uso de tabaco por tipo de caso: Más participantes con enfermedad severa reportaron estar fumando actualmente, aunque esto no fue estadísticamente significativo. Para valorar la exposición total al cigarrillo, los paquetes por año fueron calculados multiplicando los paquetes fumados por día por el número de años que fumaban y fueron clasificados a cinco intervalos de paquete por año.

No sorprendentemente, los participantes con enfermedad más severa tenían una exposición de por vida mayor al cigarrillo, aunque esto no fue estadísticamente significativo.

#### Higiene Oral Personal:

La higiene oral personal de los participantes fue reportada como cepillado diario para el 42.3% de casos tipo III y el 31.1% de casos tipo IV, el uso de la seda diario fue ligeramente más alto en casos tipo III a un 65.4% versus el 58.3% y el caso tipo IV usó algún tipo de ayuda interproximal ligeramente más a un 50.0% comparado con el 46.2%. No hubo relaciones estadísticamente significantes entre los pronosticadores de higiene oral personal como una función de la severidad de la enfermedad periodontal en la remisión.

Cuidado Profesional En El Consultorio Dental General: La hipótesis primaria de este estudio fue que la severidad de la enfermedad periodontal podría estar relacionada con el cuidado profesional anterior en el consultorio dental general que remite. En general, el 28% de los participantes auto-reportaron que ellos eran

nuevos pacientes del odontólogo general que remite. Con el 72% restante reportando que ellos estaban con su odontólogo general antes de la remisión de 1 a 40 años. Ningún grupo cumplió cada estándar mínimo para el mantenimiento de limpiezas cada 6 meses.

La exanimación de la frecuencia de las limpiezas durante un periodo de dos años muestra que, en promedio, ambos grupos tenían limpiezas menos frecuentemente que una vez al año. El caso tipo III reportó que su enfermedad fue tratada por el odontólogo, y el caso tipo IV tenían sus limpiezas presentadas por un higienista.

Más de la mitad de los participantes de las prácticas generales programaron la cita de evaluación inicial con el Periodoncista un año después de haberles dicho que ellos tenían enfermedad periodontal por miedo al tratamiento, adicionalmente, las limitaciones de dinero fueron identificadas por aquellos con mayor enfermedad. La baja prioridad fue reportada en un 18.2% de participantes caso tipo III, mientras solo el 5.6% de sujetos caso tipo IV reportó baja prioridad, En conclusión se asume que los datos obtenidos en las prácticas de la Ciudad de Kansas son representativos de un área geográfica más grande, indica que la odontología puede ser defectuosa para citar asuntos del diagnóstico oportuno de la enfermedad periodontal, el tratamiento apropiado y/o la remisión apropiada para el tratamiento (11).

Los avances colectivos en el conocimiento han impactado los patrones de remisión periodontal. Charles M. Cobb en 2003 examinó las diferencias en los patrones de remisión periodontal en los mismos consultorios separados por un intervalo de 20 años (1). El método fue un análisis en cuadro retrospectivo fue dirigido en un total de 782 cuadros de pacientes de tres prácticas periodontales convenientemente seleccionadas. Los cuadros fueron aleatoriamente seleccionados de dos periodos de tiempo: 1980-1981 y 2000-2001. La información fue obtenida de cada registro del paciente: género, edad uso de cigarrillo en el momento de la exanimación inicial y número de dientes programados para extracción por plan de tratamiento periodontal. Los datos descriptivos fueron analizados usando distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central, y medidas de dispersión. La estadística no paramétrica fue usada para examinar la relación de severidad de la enfermedad como una función del sitio, periodo de tiempo y edad del paciente. Como resultado Las siguientes tendencias fueron notadas:

- 1) un incremento en la edad promedio de los pacientes en el momento de la exanimación inicial.
- 2) una disminución en el porcentaje de pacientes que usan tabaco en el momento de la entrevista inicial.

3) un incremento en el porcentaje de pacientes Caso Tipo Iv periodontales con una disminución concomitante en el número de pacientes de pacientes Caso Tipo III periodontales.

4) un incremento en el número promedio de dientes perdidos por paciente en la exanimación inicial.

5) un incremento en el número promedio de dientes programados para extracción por plan de tratamiento periodontal.

Los datos demográficos para los pacientes en cada uno de los sitios para los dos marcos de tiempo se exhibidos en la tabla 1. La edad promedio de la población de pacientes en el momento de la remisión fue mayor en el 2000-2001 comparada con 1980-1981, sin tener en cuenta el sitio. Adicionalmente, hubo una tendencia hacia un incremento en el porcentaje de pacientes hombres remitidos a cada sitio de práctica desde 1980-1981 a 2000-2001. En el sitio Missouri, el porcentaje de pacientes hombres incrementó en un 11% en contraste con los sitios en Arizona y Florida, cada uno de los cuales mostró un incremento del 5%. Cuando el uso de cigarrillo de los pacientes fue examinado, una tendencia interesante fue observada. A través de todos los sitios y hubo una disminución estadísticamente significativa y dramática en el uso de tabaco en el momento de la exanimación inicial para la cohorte del 2000 comparada con la cohorte de 1980. En general, estas

disminuciones promediaron del 19% en el sitio de Missouri al 31% en el sitio de Arizona.

La distribución de la severidad periodontal para cada práctica:

Los datos muestran un incremento medio en el tipo de caso periodontal en dos de los tres sitios de práctica durante el periodo de tiempo de 20 años. Los resultados de las pruebas Mann -Whitney, usadas para la valorar el cambio en la severidad periodontal desde 1980 al 2000, mostraron un cambio estadísticamente significativo hacia la severidad en incremento con el tiempo en solo el sitio de Missouri. La proporción de los pacientes clasificados como Caso Tipo IV periodontales en cada sitio de práctica incrementó de 1980 al 2000. Este incremento fue el más notable para el sitio Missouri, aunque una tendencia fue observada para el sitio Florida, esto no fue estadísticamente significativo.

El análisis que usa un ANOVA de dos factores mostró una tendencia estadísticamente significativa en el número incrementado de dientes perdidos en la remisión inicial desde 1980 a 2000, así como también una diferencia estadísticamente significativa entre Florida y Arizona.

Hubo una tendencia hacia un incremento en la proporción de pacientes que necesitan cinco o más dientes extraídos durante el lapso de tiempo de 20 años

para todos los sitios. Un ANOVA de dos factores fue usado para examinar la interacción del sitio por año de remisión sobre el número de dientes que requieren extracción.

Estos resultados mostraron que hubo una interacción estadísticamente significativa entre el sitio y el tiempo, por ejemplo: un incremento a través del tiempo que fue mayor para todos los sitios en Florida mostrando un mayor incremento. Adicionalmente, hubo un incremento significativo, sin tener en cuenta el sitio.

En Florida los pacientes fueron remitidos específicamente para el propósito de extracción dental, sin tener en cuenta su necesidad de terapia periodontal. Se concluye que las características de los pacientes remitidos en 1980 comparados con los remitidos en el año 2000 indican que, aunque más pocos pacientes usaron tabaco. En la remisión, los pacientes exhibieron una mayor pérdida de dientes, tenían enfermedad más severa, y requerían extracción de un mayor número de dientes en el 2000 comparados con 1980. Posible razones para estas tendencias son discutidas (1).

R M Jenkins En 1993 pidió participar a Treinta y ocho especialistas en una encuesta para evaluar la conveniencia de la remisión y la calidad de la carta de referencia de 20 pacientes consecutivos. Un total de 705 referencias de pacientes nuevos a 13 especialidades se incluyeron en el estudio. Doce de los 38 especialistas fueron seleccionados aleatoriamente de sus 234 nuevas cartas de

referencia de pacientes; Se evaluaron de forma independiente por un médico general para la idoneidad de la decisión de remisión.

El estudio reveló errores u omisiones en entre 5% y un 28% de remisión letras de acuerdo a la categoría de información. Un 13% de las derivaciones de pacientes nuevos fueron evaluados inadecuadamente por los especialistas, un 4% de los pacientes había sido referido a una especialidad inadecuada. Un número significativamente mayor de referencias a las especialidades médicas no era adecuadas (20%), las especialidades quirúrgicas (9%) ( $P < 0,01$ ). Había más de tres veces en el número de errores y omisiones en las cartas de referencia, que en las referencias evaluadas como inadecuadas.

Las cartas de referencia evaluadas como inadecuadas fueron más de nueve veces más propensos a omitir las razones a favor o en los objetivos de la remisión, en comparación con las letras para aquellos referidos evaluado según corresponda ( $P < 0,01$ ).

Hubo un buen acuerdo general entre los especialistas y médico general en su evaluación de la idoneidad de las remisiones clínicas ( $\text{kappa} = 0,614$ ,  $P < 0,001$ ). La calidad de la información en la referencia de medicina general Es necesario:

Mejorar la letra, estandarizar la forma de la referencia que incluye:

Las razones y objetivos de la por la cual se realizó la referencia **(9)**.

Linden GJ en 1998 investigó el alcance y las razones para la variación en los patrones de la remisión periodontal de los odontólogos generales en Irlanda del Norte. Es difícil separar diagnóstico, tratamiento y derivación ya que son dependientes, por lo que la investigación también se refiere a aspectos de estos procesos los cuales referían a la estrategia global periodontal de los odontólogos generales.

Se realizó un cuestionario con la remisión de los pacientes para especialistas (Periodoncia) para el asesoramiento y el tratamiento; se distribuyó a todos los 520 odontólogos generales registrados en los Servicios Centrales de Irlanda del Norte.

La edad media fue 36,6% (DE 9,5), Hay grandes variaciones en los métodos empleados en la evaluación periodontal fue de 26%, no tuvo una específica la historia periodontal y el 27% no registrar los detalles por escrito del estado periodontal.

Se distribuyó un cuestionario a todos los odontólogos generales del Norte Irlanda el cual investigó el manejo de la enfermedad periodontal en el servicio de odontología general y las referencias para el asesoramiento de especialistas para el tratamiento periodontal. Se concluye que hay una considerable variación entre los odontólogos generales Irlanda del norte en relación con la remisión de pacientes, para el asesoramiento de especialistas (periodoncia) en cuanto al tratamiento.

Así mismo, se concluyó que en muchos casos los factores: la no-enfermedad y la accesibilidad de los servicios de especialistas, tiene consecuencias importantes sobre las decisiones tomadas por los dentistas y los pacientes en relación a la remisión periodontal.

La gestión de la enfermedad periodontal en la práctica dental general es un complejo cuestionado en función de las interacciones entre los odontólogos generales y sus pacientes. Spencer y Lewis 1989 encontraron una variación sustancial entre los odontólogos de Australia en la prestación del tratamiento periodonto, Grembowski et al (1990), reportaron diferencias de hasta seis veces en el tarifas de los servicios periodontales proporcionados por los odontólogos generales en los Estados Unidos que no explica las diferencias en las características del paciente.

No es de extrañar que haya una variación periodontal en gestión de la existencia de varias maneras de tratar la enfermedad periodontal. Algunos dentistas optan por extraer dientes con compromiso periodontal, mientras que otros realizan extensos tratamiento periodontales, Las diferencias en el enfoque dependerá de varios factores incluyendo: la detección de la enfermedad periodontal y una evaluación de la gravedad. Los odontólogos en vista de los probables resultados a largo plazo de la enfermedad tratada debido a su gravedad y que no ven resultados exitosos los llevo a establecer una estrategia posible que es la

referencia a un especialista con el fin de asesorar y establecer un tratamiento periodontal.

El proceso de referencia es particularmente complejo ya que en última instancia dependerá tanto del odontólogo y el paciente explicando que la remisión es apropiada Bader y Shugars (1995). Hay pruebas en el Reino Unido y otros países de la marcada variación en el comportamiento general de referencia a los médicos.

O'Brien y cols (1996), establecieron que la literatura sobre la remisión dental. Más los estudios han examinado la condición dental de los pacientes referidos hacia los especialistas (diagnostico y tratamiento), en lugar del proceso de la remisión en sí. No hay ningún estudio sistemático que asocie la magnitud de la variabilidad de las remisiones para el asesoramiento de especialistas y manejo periodontal, si la medida de la variación entre odontólogos es sustancial.

En este estudio se concluye que existe una considerable variación entre odontólogos en relación a hacer referencias periodontales. Si bien es razonable de suponer que la variabilidad existía, Ningún estudio examinó en qué medida la variabilidad en los factores referencia periodontal es posible y seria responsable; Sin embargo, también se llegó a la conclusión que en muchos casos los factores de la enfermedad especialmente la accesibilidad al servicio especializado tienen efectos de gran alcance sobre las decisiones tomadas por los odontólogos y sus

pacientes en relación a la referencia periodontal y por tal motivo merece mayor investigación (12).

Michael K en 2003 comenta: la dependencia de un periodoncista hacia los odontólogos generales en primer lugar se debe identificar a pacientes con necesidades periodontales, y en segundo lugar ellos refieren en un momento apropiado en su proceso de enfermedad.

Con los años, la Academia Americana de Periodontología facilita este proceso creando los parámetros de la atención, (Guidelines Periodontal Therapy), programas educativos.

El proceso de la enfermedad, sigue siendo un problema diario como lo era hace 20 años. La dinámica del proceso de remisión sin embargo ha cambiado dramáticamente en los últimos dos decenios, la causa del problema de obtener referencias apropiadas y oportunas para se hace más difícil - especialmente para la construcción de la practica periodontal.

La obtención de referencias en el momento oportuno en el proceso de la enfermedad ha diferido mucho de la experiencia. Hace 20 años sin embargo, nuestros objetivos son proporcionar el éxito en el tratamiento periodontal.

Para alcanzar estas metas el especialista es la principal persona encargada del cuidado, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades periodontales, debemos enfrentar susceptibilidad y superar muchos problemas Basados en los avances del conocimiento y tecnología. Dudamos sin embargo que estos resultados vienen

como una sorpresa para el practicante Periodoncista, esta información debe analizar las tendencias actuales, perfiles de pacientes ingresados y utilizar esta información para planificar el tratamiento futuro. En otras palabras la mayoría de las enfermedades existentes no se tratan por razones como:

Condición económica, no aceptación de la remisión y / o recomendaciones del tratamiento y en definitiva el cuidado principal en el inicio del tratamiento de la remisión.

El acceso a la atención médica administrada no ha dado fuerte influencia en los patrones de referencia en nuestra área geográfica.

Los bloqueos más importantes antes de la ventilación de un tratamiento adecuado parece ser el miedo, falta de educación, y la falta de aceptación por ser mencionado, así como el hecho de que la remisión es en última instancia es el cuidado primario si se realiza la remisión, si se trata de una referencia de calidad, o una referencia debido a un grave problema que no puede resolverse por el médico remitente.

Una referencia de buena calidad le resuelve a muchos de los pacientes la ansiedad y el miedo debido a que ha sido educado sobre los beneficios en el avance del cuidado periodontal, y es más probable que cambie la expectativa del paciente.

La especialidad de periodoncia y el tratamiento de las enfermedades periodontales son claramente entendidas por la profesión que hizo hincapié en la educación dental y la importancia de la salud periodontal en relación a la atención preoperatoria por el dentista.

La práctica con éxito depende de la referencia basada en programas de divulgación para los practicantes generales, no sólo para la educación relativa al diagnóstico, pronóstico y tratamiento periodontal de enfermedades, sino también de información sobre las habilidades de los Periodoncistas en el tratamiento (14). Dicha práctica de la periodoncia continúa aumentando su complejidad; los avances en tratamientos y técnicas de los patrones socio demográficos, el aumento de conocimientos sanitarios de los consumidores y la «explosión» de la información imponen cada vez mayores exigencias a la toma de decisiones Clínicas. Los profesionales de la salud ofrecen la mejor asistencia posible a los pacientes. (7)

Fernando Rendón en el 2005 hizo un seguimiento a la información obtenida sobre las remisiones registradas en el Centro Regulador de Urgencias (CRU) del departamento, donde se analiza la población que se atendió, su afiliación al sistema de seguridad social en salud, las causas de remisión, perfil de diagnósticos y el movimiento de pacientes entre los niveles de atención.

Las variables en la base de datos comprenden entre otras Las siguientes:

Fecha y hora de remisión, Datos de identificación del paciente, edad y género.

Afiliación al SGSSS y nombre de la entidad aseguradora, IPS origen de la remisión (identificación y municipio donde se ubica), Nivel de complejidad tecnológica habilitado por la IPS.

Diagnóstico de remisión registrado por el médico del CRU (codificado según la CIE-10).

IPS destino de la remisión (identificación y municipio donde se ubica).

Causa de remisión (enfermedad general, accidente de tránsito, rábico, ofídico, o de trabajo, lesión: intencional o infligida, sospecha de maltrato emocional, físico, o violencia sexual).

#### Especialidad clínica solicitada.

Una vez clasificados los diagnósticos por nivel de atención se hicieron las comparaciones para definir:

#### Pertinencia:

Se considera una remisión como pertinente cuando el nivel del diagnóstico de la remisión no coincide con el de la institución origen de la misma; por ejemplo: de un centro de salud (institución de primer nivel) se remite un paciente con diagnóstico de neumonía no complicada (diagnóstico de segundo nivel).

#### Coherencia:

Se considera que se presentó coherencia en la remisión cuando el nivel del diagnóstico coincide con el nivel de complejidad de la institución receptora de la

misma. Ejemplo: Un paciente con diagnóstico de neumonía es remitido y llega a una institución de nivel dos.

El análisis de las remisiones se realizó al comparar el municipio de Cali con el resto del departamento. Los perfiles de diagnósticos se analizaron según género y se construyeron las proporciones de remisiones entre niveles de atención según el origen y destino de las mismas. Para el análisis estadístico se calcularon promedios y medianas para variables cuantitativas y proporciones para las cualitativas, En el análisis bivariado se calcula la prueba de  $\chi^2$  para establecer las diferencias entre las proporciones. Se presentan tablas y gráficos ordenados por frecuencias.

Más o menos 56% de los pacientes remitidos pertenecen al género femenino y 71% aparecen asignados a las Secretarías de Salud departamental y municipal. Las especialidades más solicitadas son ginecología y obstetricia (24.4%), medicina interna (16.6%), cirugía general (15.2%) y ortopedia (12.7%). Se encontró que la mayor parte de las remisiones están justificadas (pertinencia, 89.6%) pero su direccionamiento es inadecuado, con un considerable volumen de enfermos que son remitidos desde el primer nivel directamente al tercer nivel (coherencia, 38.1%).

El volumen de remisiones entre niveles de atención no muestra diferencias según el régimen de seguridad social en salud, sin embargo, cuando el mismo análisis se realiza según la causa de la remisión se encontró que cuando las remisiones

ocurren por evento catastrófico, 61% de las remisiones llegan directamente al tercer nivel dirigidas desde el primero. Un comportamiento similar se encontró para las lesiones por agresión, 51.2%; auto infringidas, 49%; quemaduras, 87%; y los accidentes rábico, 60%; y ofídico, 47%. Con respecto a la pertinencia de las remisiones, se encontró que 89.6% de las remisiones en Cali y 93.7% de las remisiones en el resto del departamento cumple con este criterio. En cuanto a la coherencia, sólo 38.1% de las remisiones en Cali y 36% de las remisiones en el resto del departamento llegan al nivel de atención que debían de acuerdo con el diagnóstico que originó la remisión.

Las especialidades en las que se encontró un menor grado de coherencia fueron: urología, 2.5%; psiquiatría, 3.9%; neonatal, 12.5%; ORL, 17%; oftalmología, 19%; y ortopedia, 29%, entre otras.

Los resultados muestran cómo las grandes debilidades de la red están en la atención obstétrica y perinatal, la insuficiencia del segundo nivel de atención y el alto volumen de casos remitidos directamente del nivel primario al terciario. La información suministrada aporta elementos de decisión con respecto al replanteamiento de la red de servicios de la región, su relación con la carga de enfermedad y programas de salud necesarios para intervenirlos.

El análisis de pertinencia de las remisiones refleja que la mayoría de enfermos son remitidos adecuadamente, pero no es adecuada la direccionalidad de las remisiones, lo cual explica el bajo nivel de concordancia entre el nivel de

complejidad del diagnóstico. Este hecho confirma la observación empírica de la insuficiencia del segundo nivel en el departamento y especialmente la ciudad de Cali. En este aspecto, es necesario que la red pública departamental y el sistema municipal de salud de Cali rediseñen la atención en red en las áreas prioritarias de ginecología, obstetricia y cuidado neonatal, medicina interna, cirugía general y ortopedia como procesos prioritarios (17).

Mauricio Serra Tamayo en 1994 quiso determinar la pertinencia en las remisiones de pacientes del Distrito Capital, generadas por los servicios de consulta externa, urgencia y hospitalización de 32 ESE de I, II y III nivel que integraban la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud al inicio del estudio. Este estudio tuvo dos componentes básicos: evaluación de la pertinencia de las remisiones y una caracterización del proceso de referencia y contrareferencia bajo un abordaje cualitativo y cuantitativo. Caracterizar los procesos involucrados con la referencia y contrareferencia de pacientes pertenecientes al régimen subsidiado y/o vinculado del Distrito Capital. Para efectos metodológicos de este estudio se consideraron las siguientes definiciones de términos:

Pertinencia médica se evalúa la correspondencia a las necesidades del paciente, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente y necesario para la patología concreta que es atendida.

Pertinencia institucional:

Grado en que la oferta actual de servicios se corresponde con los servicios ofrecidos en el portafolio y la capacidad instalada.

Remisión:

“es transferir la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo”

Para la evaluación de la pertinencia del proceso de remisión se construyó una serie de criterios implícitos y explícitos. Se consideró como criterio implícito al emitido por un experto en el área, con el propósito de dar un juicio sobre la calidad de un servicio, teniendo en cuenta sus conocimientos y su experiencia personal. Por el contrario, los criterios explícitos fueron construidos a priori por un grupo de expertos y dan poco margen para la interpretación subjetiva de los mismos. A la vez, cada uno de los criterios construidos fue agrupado en dos áreas independientes, relacionadas con el proceso de remisión: decisión de la remisión e intención de direccionamiento de la misma.

Se realizó un estudio transversal, recolectándose información de 1.513 remisiones.

Se estableció la pertinencia en la decisión médica de acuerdo con la capacidad

técnica de la IPS para atender adecuadamente la enfermedad del paciente. En el análisis cualitativo se realizó un estudio tipo teoría, partiendo de las experiencias de los usuarios y los prestadores de servicios.

Los resultados encontrados mostraron un mayor número de remisiones del nivel I seguido por el II y el III. Esto no se cumplió en la subred sur, en la que el número de remisiones del nivel II fue el mayor. Las variables socio demográficas se apreció un predominio del sexo femenino, un promedio de edad de 27,9 años y una proporción importante de pacientes vinculados.

El porcentaje de captura en cuanto nivel de escolaridad fue muy bajo, razón por la cual los resultados de esta variable son poco precisos. Las remisiones ambulatorias fueron las más frecuentes, con un mayor predominio del día martes y de diagnósticos de egreso de tipo obstétricos. Las remisiones efectivas fueron el 53,1% del total. El tiempo promedio en horas de la realización de la remisión fue de 11,2 horas, y tiempo de asignación de citas ambulatorias fue de 11,8 días; sin embargo, esta primera tuvo un porcentaje de captura bajo. El 80% de las remisiones fueron pertinentes en la decisión médica.

Los problemas en la decisión de la remisión y la baja proporción de adecuación en el direccionamiento, evidencian problemas en la decisión médica, coordinación y comunicación deficiente entre las redes de servicios, falta de definición de procedimientos y ausencia de sistemas de evaluación periódica que llevan a los

hospitales a generar barreras a la llegada de pacientes remitidos e insuficiencia en la capacidad de oferta de servicios de salud.

En la SDS no existe la contrareferencia, entendida ésta como la devolución del paciente a la IPS de menor complejidad en el momento que su problema de salud se haya resuelto y se encuentre en recuperación; en aquellos casos que esto no sea posible, la devolución de la información por parte de la IPS receptora a la IPS remitente, sobre el resultado final del paciente remitido. Luego de conocer la prevalencia de la pertinencia en las remisiones de las IPS se hace necesario profundizar en el conocimiento y establecer los determinantes de la pertinencia de las remisiones **(18)**.

Según el SISVESO realizado en el año 2009 la gingivitis por presencia de placa bacteriana se presentó en un 73,4%(5.243 pacientes); más de la mitad de la población en cada ciclo de vida la padecen, siendo esto concordante con los resultados de higiene oral y estado periodontal. En menor proporción 16,6%(1.169 pacientes) se evidencia la periodontitis, pero al igual que la gingivitis, se registra en todos los ciclos de vida con una detección temprana en la infancia; relacionada también con el registro de las alertas epidemiológicas en salud oral específicamente sangrado **(21)**. La estabilidad periodontal de un paciente solo puede ser dirigida sobre la base de observaciones clínicas realizadas por un periodoncista **(15)**. Una forma de alentar a los odontólogos generales para ser conscientes de la importancia del tratamiento periodontal en un tiempo prudente y

oportuno es desarrollar protocolos de terapia periodontal que integran importantes técnicas periodontal no quirúrgico, incluyendo raspado, alisado radicular, y el uso de antibióticos locales y sistémicos (25).

A pesar de la Society Brithish of Periodontology emitió un informe muy detallado y específico de Referencia de Políticas y Parámetros de la atención en 2002, los esfuerzos de la Asociación Dental Americana (ADA) y la Academia Americana de Periodontología (AAP) para desarrollar una herramienta universal llamada periodontal detección y grabación (PSR) fueron fuertemente criticadas. (2,4) Sin embargo, existe un consenso en la literatura que, para la mayoría de los casos, debe ser el diagnóstico periodontal durante la fase de evaluación inicial de las visitas de los pacientes al odontólogo general y que los odontólogos generales deben interpretar y grabar en un estudio completo de sondeo para el diagnóstico (22, 23).

Un elemento importante de la periodoncia basada en la evidencia es la revisión sistemática. La revisión sistemática es un diseño de investigación denominado «investigación de síntesis». Esto quiere decir que se utilizan métodos de investigación para agrupar datos de múltiples estudios que tienen como objetivo una hipótesis determinada. Una revisión sistemática puede ser definida como una revisión de una pregunta claramente formulada, que procura minimizar el sesgo

utilizando métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir las investigaciones más adecuadas (4).

### **7. OBJETIVO GENERAL:**

Caracterizar la remisión de pacientes al Postgrado de Periodoncia de UNICOC desde las clínicas de pre y postgrado entre 2007 y 2009.

### **8. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Establecer el diagnóstico más frecuente de remisión al postgrado de periodoncia.

Determinar el origen más frecuente de las remisiones al postgrado de periodoncia.

Establecer la continuidad de tratamiento según las historias clínicas de los pacientes remitidos al postgrado de periodoncia.

Identificar el nivel de complejidad en la remisión al postgrado, de periodoncia por parte de la clínica de diagnóstico.

## **9. ASPECTOS METODOLOGICOS:**

### **9.1 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo transversal retrospectivo

### **9.2 TIPO DE MUESTRA**

Probabilístico (se escogió al azar (5hc) las historias clínicas para seleccionar la muestra).

### **9.3 OBJETO DE ESTUDIO**

Formatos de remisión al postgrado de periodoncia del año 2007-2009 de UNICOC colegio odontológico colombiano sede centro.

### **9.4 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO**

Historias clínica de la sede de postgrado del centro del año 2007-2009.

## **9.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **9.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Historias clínicas completamente diligenciadas 2007 al 2009.
- Historias clínicas de Pacientes remitidos al postgrado de periodoncia por parte de la clínica de pregrado y las demás especialidades.
- Formato de remisión completamente diligenciado.

### **9.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Historia de Pacientes que hayan abandonado el proceso remisión al postgrado de periodoncia.
- Historias clínicas que no tengan el formato de interconsulta al postgrado de periodoncia.

## **10. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.**

1. se escogieron todas las historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos en la clínica de postgrado de periodoncia UNICOC colegio odontológico colombiano del año 2007-2009.

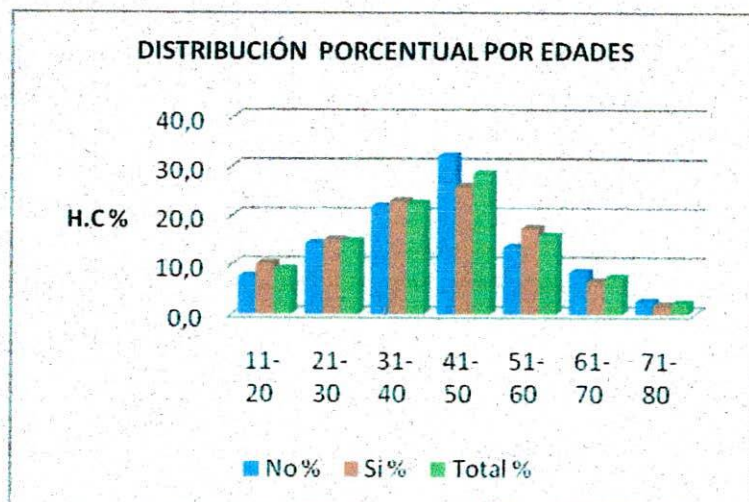
2. la muestra se escogió al azar cada 5 historias se escogió una, que cumplió con los parámetros establecidos.
3. Luego se diligencio el instrumento de recolección de datos (por medio de un programa de Excel).
4. Tabulación y análisis de datos.
5. Resultados.

## 11. MÉTODO ESTADÍSTICO

- Se realizo una base de datos validada en Excel.
- Se proceso en el programa estadístico SPSS versión 16.5.
- Análisis univariado y bivariado.

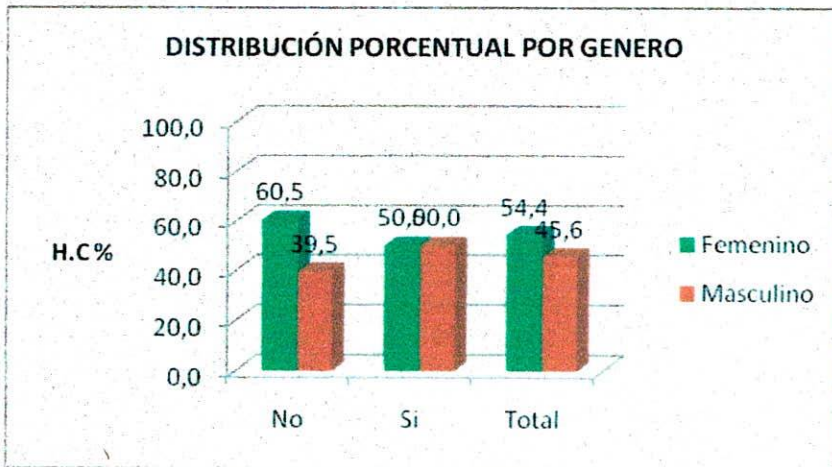
## 12. RESULTADOS.

Figura 1. Distribución porcentual por edades



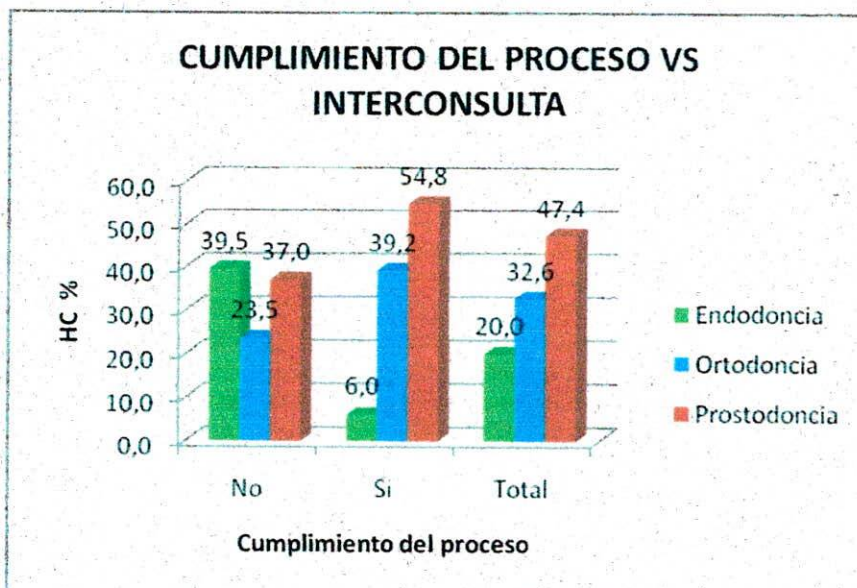
El análisis univariado en el grupo etareo dio con mayor frecuencia entre 41-50 años con un porcentaje del 28,4% (figura No 1).

FIGURA 2: Distribución porcentual por género.



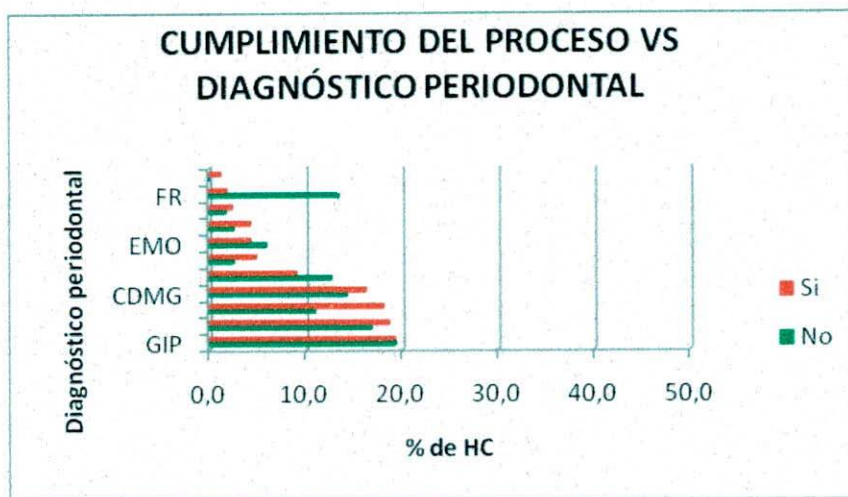
En cuanto al genero con mayor frecuencia fue el femenino con un porcentaje 54.4%; la clínica de postgrado presento una frecuencia de (262) y un porcentaje del 91.9%,(figura No 2)

FIGURA 3: Distribución porcentual por interconsulta



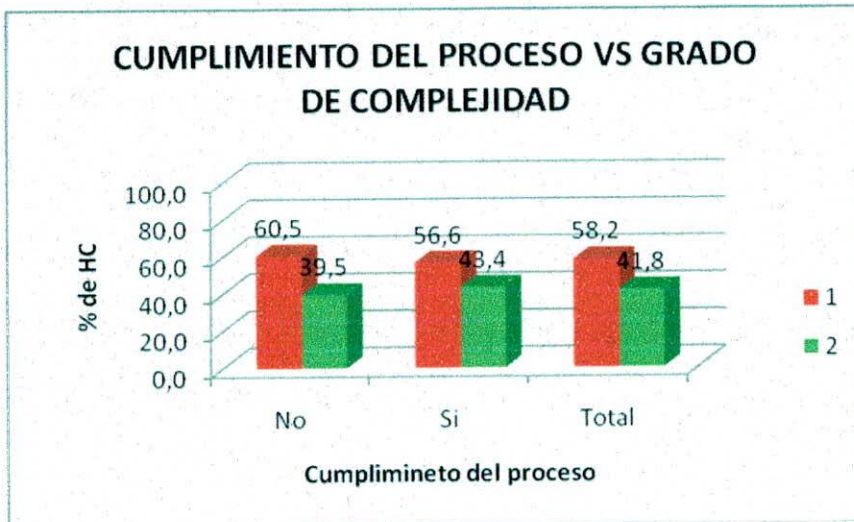
El postgrado que mayor interconsulta realiza es el de prostodoncia (131) con un porcentaje de un 46 %, el numero de Las historias clínicas que presentaron remisión fue de (259) con un porcentaje de 9%(figura No 3).

**FIGURA 4:** distribución porcentual por diagnóstico



El diligenciamiento interno si se cumplió con una frecuencia de 178 historias clínicas y un porcentaje de 62,5%, En cuanto al diagnostico periodontal que se presento con mayor frecuencia fue: gingivitis inducida por placa bacteriana con una frecuencia de (55) y un porcentaje de 19.5% seguido del diagnostico de invasión del espesor biológico con una frecuencia de (51) y un porcentaje de 17.9% (figura No 4)

**FIGURA 5:** distribución porcentual por nivel de complejidad.



El nivel de complejidad encontrado con mayor frecuencia fue el 2 con un porcentaje de 62.1%, La continuación del tratamiento si se cumplió con un porcentaje de 82.5%, en conclusión Si se cumplió el proceso de remisión con una frecuencia de (166), historias clínicas dándonos un porcentaje de 58.2%.(figura No 5).

Los análisis bivariados; Por grupos erarios, en cuanto a los procesos no se cumplen en un 31.9%, no hay diferencia significativa pregrado y postgrado.

El postgrado de Endodoncia: no cumple el proceso de remisión cabal en un 41,2 %, mientras que el postgrado que mas cumple porcentualmente con

El proceso de remisión es el postgrado de ortodoncia 37,3%. Rango de edad entre 41-50 no cumplieron con el proceso de remisión en un porcentaje de 31,9%. El rango de edad que más cumple con el proceso es de 31-40 con un porcentaje de 22,9%, Las historias clínicas de los pacientes que continuaron con el tratamiento y cumplieron con el proceso fueron 89,7, las historias clínicas de los pacientes que no continuaron con el tratamiento y no cumplieron con el proceso fueron 23,5%.

### **13. DISCUSIÓN:**

El sistema de referencia y contrareferencia de la red de Clínicas de Postgrado UNICOC establece un proceso de remisión interno el cual consiste en el diligenciamiento de un formato de remisión por el remitente que contiene un resumen general de la historia del paciente, con los signos y síntomas relacionados y los diferentes factores que condicionan la remisión y una solicitud específica para valoración o tratamiento, el paciente solicita por intermedio de su remitente una cita con el especialista, quien realiza un examen clínico y radiográfico y solicita si lo considera necesario otras ayudas diagnósticas para emitir un concepto que es consignado tanto en la historia clínica como en el formato de contra-remisión. El paciente será re-direccionado a su odontólogo remitente o será tratado según la solicitud inicial **(4)**.

Shashikiran ND et al, en su estudio realizó observaciones del proceso de remisión y los factores que afectan la decisión de remitir; ellos tuvieron en cuenta 2 sistemas de referencia: la consulta, el tratamiento y la importancia de remitir al especialista, la remisión del odontólogo al especialista y la comunicación del paciente con el odontólogo especialista **(1)**. Como se realizó en el presente estudio, con el fin de caracterizar el proceso específico de remisión al Postgrado de Periodoncia UNICOC Colegio Odontológico.

Los resultados arrojados del estudio mostraron condiciones similares comparándolas con las revisiones de literatura investigadas, Con respecto a las variables socio-demográficas, como la edad y el género **(5)**. El grupo más significativo fue el de edades comprendidas entre 41-51 años; el género femenino fue el más predominante. En 4 estudios realizados por (Jung Jo lee 2009, kathryn M 2006, Linden GJ, 98.) el tamaño de la muestra fue similar en cuanto a la edad y el género más representativo en todos ellos fue el masculino. **(6, 7, 8)**.

El diagnostico más frecuente de los pacientes remitidos fue gingivitis inducida por placa bacteriana en un 19.5%, solo en un estudio realizado (Jung Ho lee 2009) se determinaron claramente los diagnósticos periodotales **(6)**.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios epidemiológicos en cuanto a enfermedad periodontal en Colombia, el III Estudio nacional en Salud Bucal 1998, realizado por el Ministerio de Salud, determinó el estado de salud periodontal de los colombianos de la siguiente manera:

El 81.6 % de las personas presentan placa bacteriana al momento del examen, del total de las personas incluidas en el estudio; 50.2% presentan pérdida de inserción en algún grado, con pérdida leve de inserción 41% (1-2,9mm), con pérdida de moderada a severa 8.9% (3 mm y más). Las personas más afectadas con pérdida de inserción son las mayores de 55 años (87.0%).

15-19 años (32.8 %). La presencia de bolsas periodontales de 3-6 mm, se presentan en 26.5% y de 6 mm en adelante 3.8%.

según la edad; las personas por edad que requieren tratamiento complejo periodontal son: 15-29 años 3.3%, 30-34 años 4.8%, 35-44 años 10.1%, 55-59 años 8.4%, 60-64 años 10.7 %.

Podemos concluir de los anteriores resultados, que la enfermedad periodontal se presenta en un alto porcentaje de la población, (50,2%) con pérdida moderada y severa el 8.9 %.

El SISVESO en el 2009, Implementa la operación de la vigilancia epidemiológica de la salud oral, para identificar el acceso a los servicios de salud oral, practicas de Auto cuidado, captación de eventos de interés en vigilancia de la salud oral, alertas Epidemiológicas y determinantes de la calidad de vida; que permita realizar acciones sobre los problemas encontrados con el fin de mejorar la salud oral de la población bogotana.

En cuanto a La alerta epidemiológicas se evidenció que la gingivitis causada únicamente por presencia de placa bacteriana como condición para su notificación, tenemos un 73,4% (5.243 pacientes); más de la mitad de la población en cada ciclo de vida la padecen, siendo esto concordante con los resultados de higiene oral y estado periodontal. En menor proporción 16, 6%(1.169 pacientes) se evidencia la periodontitis **(21)**.

El nivel de complejidad y el cumplimiento del proceso de remisión fueron analizados en los estudios revisados. La mayoría de los estudios realizaron encuestas para lograr la información, en nuestro estudio la información fue recolectada y organizada en hojas de Excel, tabulada y el análisis estadístico se procesó en el programa SPSS 16.5 **(11)**.

#### **14. CONCLUSIONES:**

- En la clínica de postgrados del Colegio Odontológico Colombiano se cumple el ejercicio de remisión a Periodoncia en un 90.9%. Esto quiere decir que sí se está brindando una adecuada calidad de la prestación del servicio en la red de clínicas de postgrados.
- Relacionando el estudio epidemiológico SISVESO con el presente estudio se observo que el diagnostico más frecuente fue el de gingivitis inducida por placa bacteriana.
- El odontólogo general o especialista debe realizar una evaluación de sus capacidades y limites al momento de tratar al paciente, para establecer cuando se debe remitir al paciente.
- Es importante establecer el direccionamiento oportuno de la remisión a la especialidad adecuada, debido a que si esta no se cumple se verá comprometido el pronóstico del paciente.
- Se sugiere un mejor control en el diligenciamiento de la historia clínica y la remisión.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Charles M. Cobb, Alexa Carrara, Erica El-Annan, Lou Ann Youngblood, Burton E. Becker, William Becker, Gregory E. Oxford, and Karen B. Williams. Periodontal Referral Patterns, 1980 Vs 2000: A Preliminary Study. *J Periodontol* 2003, 74(10), 1470-1474.
2. Charles CJ, Charles AH. Periodontal screening and recording. *J Calif Dent Assoc* 1994; 22:43-46.
3. Decreto 2759 de 1991, Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contra referencia (diciembre 11) Diario Oficial No. 40.218, del 12 de diciembre de 1991.
4. Dookeran K. A, I. Bain and V. Moshakis, Audit of general practitioner referrals to a surgical assessment unit: new methods to improve the efficiency of the acute surgical service, *British Journal of Surgery* 1996, 83, 1544-1547

5. Dowell P, Chapple IL, British Society of Periodontology. The British Society of Periodontology referral policy and parameters of care. *Dent Update* 2002; 29(7):352–353.
6. Grumbach K, Bodenheimer T. The organization of health care. *JAMA* 1995; 273(2):160-170.
7. Helen Worthington Elan Needleman. Prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal basados en la evidencia: introducción. *Periodontology 2000 (Ed Esp)*, Vol. 13, 2006, 9-11.
8. Ian Needleman, David R. Moles Y Helen Worthington, Periodoncia basada en la evidencia, revisiones sistemáticas y calidad de la investigación, *Periodontology 2000 (Ed Esp)*, Vol. 13, 2006, 12-28.
9. Jenkins. R M. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *British Journal of General Practice*, 1993, 43, 111-113.

10. Jung Ho Lee; Duane E. Bennett; Philip S. Richards, D.D.S, M.S.; Marita Rohr Inglehart, Dr. Phil. Habil. Periodontal Referral Patterns of General Dentists: Lessons for Dental Education, *Journal of Dental Education* ■ Volume 73, Number 2, February 2009.
11. Kathryn M. Dockter, Karen B. Williams, Kimberly S. Bray, and Charles M. Cobb. Relationship between referral Periodontal Care and Periodontal Status at Time of Referral *J Periodontol* 2006, 77(10): 1708-1716.
12. Linden GJ: Variation in periodontal referral the general dental practitioners. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 655-661. Munksgaard, 1998.
13. Linden G J, Stevenson M, Burke F J T. Variation in periodontal referral in 2 regions in the UK. *J Clin Periodontol* 1999; 6: 590-595.
14. Michael K. McGuire and E. Todd Scheyer. A Referral-Based Periodontal Practice – Yesterday, Today, and Tomorrow. *J periodontal* vol 73 N° 10, oct 2003.
15. Myron Nevins, DDS. Periodontal therapy: clinical approaches and evidence of success. Quintessence Publishing 1998.

16. Pardo Torres Nancy, Protocolo De Remisión Unicoc Colegio Odontológico. 2009, Actualizado Febrero 2010.
17. Rendón Fernando, M.D., M.S.P.1, Mónica Bejarano, M.D. Remisiones en el Valle del Cauca. Colombia Médica Vol. 36 N° 1, 2005 (Enero-Marzo).
18. Serra Tamayo Mauricio, Md, Msp, Luis Fernando Gómez Gutiérrez, Md, Msp. Pertinencia de Remisiones Generadas en la Red Adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 1994.
19. Sharpe, J. A. Durham, and P. M. Preshaw. Attitudes regarding specialist referrals in periodonticsG. British Dental Journal 2007; 202: E11.
20. Shashikiran ND. MDS, *Professor*. Periodontal Referral , *Malaysian Dental Journal (2007) 28(1) 38-40 2007*.
21. Sisveso, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. Dirección De Salud Pública. Área De Vigilancia En Salud Pública. 2009.

22. Snoad R. Description of a system designed to assist primary dental care clinicians in decision-making with regard to specialist periodontal referrals and report of two clinical audits using the system. *Prim Dent Care* 2005; 12(4):135–141.
23. Starr CB, Collins JF. Determining when to refer periodontal patients: clinical guidelines. *Gen Dent* 1999; 47(4):381–401.
24. The American Dental Association. General Guidelines For Referring Dental Patients. June 2007.
25. Trovato JP. The role of the general dentist in periodontal care. *Gen Dent* 2003; 51 (2):176–181.

# ANEXOS

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
GENERO	Masculino-femenino	CUANTITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS
INTERCONSULTA	Prostodoncia, Ortodoncia , Endodoncia	CUALITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS
DIAGNOSTICO PERIODONTAL		CUALITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS
REMISION	Pregrado, Postgrado.	CUANTITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS
COMPLEJIDAD.	1,2,3	CUANTITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS
DILIGENCIAMIENTO INTERNO	Si, no.	CUANTITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS
CUMPLIO CON EL PROCESO	Si , no	CUANTITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS
CONTINUO CON EL TRATAMIENTO	Si o no.	CUANTITATIVO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION D DATOS

