

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO**

**AREÁ DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA**

**POSGRADO DE PERIODONCIA**



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

**AUTORES**

**MARTA LILIANA BUITRAGO MONDRAGÓN**

**SANDRA MILENA GÓMEZ**

**YADY MARCELA GONZÁLEZ FRANCO**

**DIANA PATRICIA MEJÍA PEÑA**

**JANIS PEÑA OLEAS**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC  
POSGRADO DE PERIODONCIA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C.  
2014**

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

**AUTORES**

MARTA LILIANA BUITRAGO MONDRAGÓN

SANDRA MILENA GÓMEZ JIMENEZ

YADY MARCELA GONZÁLEZ FRANCO

DIANA PATRICIA MEJÍA PEÑA

JANIS PEÑA OLEAS

**ASESOR CIENTÍFICO:**

DRA. SILIE SOAD ARBOLEDA SALAIMAN

Odontóloga. Especialista en Periodoncia

Especialista en epidemiología

**ASESOR METODOLÓGICO:**

DRA. ÁNGELA SUÁREZ CASTILLO

Odontóloga. Especialista en epidemiología

**ASESOR ESTADÍSTICO**

DRA. CLARA LÓPEZ DE MESA

Bioestadística

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC**

**POSGRADO DE PERIODONCIA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**BOGOTÁ D.C.2014**

El trabajo de grado “**Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá periodo académico 2013**” elaborado por Marta Liliana Buitrago, Sandra Gómez, Yady Marcela González, Diana Mejía y Janis Peña, como requisito para optar por el título de especialista en Periodoncia.

---

**Dra. Silie Soad Arboleda Salaiman**  
**Asesor científico**

---

**Dra. Clara López de mesa**  
**Asesor estadístico**

---

**Dra. Ángela Suarez Castillo**  
**Asesora metodológica**

---

**Dra. Carmenza Macías Gutiérrez**  
**Directora Centro de Investigaciones**

Bogotá. Agosto 2014

## **TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN**

Título del artículo **“Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia UNICOC centro - sede Bogotá periodo académico 2013”**. Los autores Marta Liliana Buitrago, Sandra Gómez, Yady Marcela González, Diana Mejía y Janis Peña, certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la revista que la Institución Universitaria Colegios de Colombia estipule, los derechos de autor serán transferidos a la universidad. Así mismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden, dado el caso, a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que los editores de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, consideren convenientes.

---

**SILIE SOAD ARBOLEDA SALAIMAN**

**CC 64.524.196**

---

**MARTA LILIANA BUITRAGO**

**CC 23.622.966**

---

**SANDRA GÓMEZ JIMENEZ**

**CC 45.560.668**

---

**YADY MARCELA GÓNZALEZ**

**CC 41.944.281**

---

**DIANA MEJÍA PEÑA**

**CC 52.954.994**

---

**JANIS PEÑA OLEAS**

**CC 52.390.277**

## INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

### CESIÓN DE DERECHOS

Yo. Marta Liliana Buitrago, Sandra Gómez, Yady Marcela González, Diana Mejía y Janis Peña. Manifestamos en este documento nuestra voluntad de ceder a la Institución Universitaria Colegios de Colombia los derechos patrimoniales, consagrados en el artículo 72 de la ley 23 de 1982, de la tesis de grado: “**Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia UNICOC centro - sede Bogotá periodo académico 2013**” Producto de nuestra actividad académica para optar por el título de Especialista en Periodoncia de la Institución Universitaria Colegios de Colombia. La institución tiene los derechos anteriores cedidos en su actividad ordinaria de investigación, docencia y publicación. Con todo, en nuestra condición de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al artículo 30 de la ley 23 de 1982. En concordancia, suscribimos este documento en el momento mismo de la ley 23 de entrega del trabajo final a la biblioteca de la Institución Universitaria Colegios de Colombia.

---

**SILIE SOAD ARBOLEDA SALAIMAN**

**CC 64.524.196**

---

**MARTA LILIANA BUITRAGO**

**CC 23.622.966**

---

**SANDRA GÓMEZ JIMENEZ**

**CC 45.560.668**

---

**YADY MARCELA GÓNZALEZ**

**CC 41.944.281**

---

**DIANA MEJÍA PEÑA**

**CC 52.954.994**

---

**JANIS PEÑA OLEAS**

**CC 52.390.277**

Bogotá, Agosto de 2014

Señores:

Biblioteca

Institución Universitaria Colegios de Colombia

La Ciudad

Autorizamos a la unidad de investigación de la Institución Universitaria Colegios de Colombia a consultar y reproducir con fines de investigación, parcial o totalmente el contenido del trabajo de grado titulado: **“Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá periodo académico 2013”** presentado a la unidad de investigación como requisito del programa para optar a el título de Periodoncista; siempre que mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de investigación y a sus autores.

---

**SILIE SOAD ARBOLEDA SALAIMAN**

**CC 64.524.196**

---

**MARTA LILIANA BUITRAGO**

**CC 23.622.966**

---

**SANDRA GÓMEZ JIMENEZ**

**CC 45.560.668**

---

**DIANA MEJÍA PEÑA**

**CC 52.954.994**

---

**YADY MARCELA GÓNZALEZ**

**CC 41.944.281**

---

**JANIS PEÑA OLEAS**

**CC 52.390.277**

## **FICHA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

**TÍTULO DEL TRABAJO:** “**Caracterización de los usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá periodo académico 2013**”

**AUTORES:** Marta Liliana Buitrago, Sandra Gómez, Yady Marcela González, Diana Mejía y Janis Peña.

**ASESOR CIENTÍFICO:** Dra. Silie Arboleda.

**ASESOR METODOLÓGICO:** Dra. Ángela Suarez.

**ASESOR ESTADÍSTICO:** Dra Clara López.

**MATERIAL ANEXO:** 3 CD's, 2 Artículos científicos.

**FACULTAD:** Odontología.

**TITULO OBTENIDO:** Especialista en Periodoncia

**CATEGORÍA:** Postgrado.

**PALABRAS CLAVE:** perfil epidemiológico, características sociodemográficas, enfermedad periodontal.

## CONTENIDO

	Pág.
1. ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS.....	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 PREGUNTA DE INVESTIACIÓN.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.4 PROPÓSITO .....	19
1.5 MARCO TEÓRICO.....	20
1.5.1 Definición y conceptos de enfermedad periodontal.....	20
1.5.2 Antecedentes históricos.....	21
1.5.3 Componente epidemiológico.....	24
1.5.4 Etiología y patogénesis de la enfermedad periodontal.....	26
1.5.5 Diagnóstico de la enfermedad periodontal.....	28
1.5.6 Alternativas terapéuticas.....	33
1.6 MARCO REFERENCIAL.....	35
1.7 MARCO LEGAL.....	40
1.8 OBJETIVOS.....	43
1.8.1 OBJETIVO GENERAL.....	43
1.8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	44
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	44
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	44
2.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	44

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	45
2.4.1 Criterios de inclusión.....	45
2.4.2 Criterios de exclusión.....	45
2.5 VARIABLES.....	45
2.6 SESGOS.....	52
2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
2.8 PROCEDIMIENTO.....	52
2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	53
2.10 MÉTODO ESTADÍSTICO.....	54
3. RESULTADOS.....	55
4. DISCUSIÓN.....	92
5. CONCLUSIONES.....	109
6. RECOMENDACIONES.....	110
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111

## **1. ASPECTOS TEÓRICO - CIENTÍFICOS**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El mantenimiento de la salud oral es un compromiso particular que debe ser mantenido durante toda la vida; sin embargo, a pesar que este conocimiento hace parte de la población general, los determinantes del proceso salud-enfermedad inciden en las condiciones bucodentales. Estos determinantes involucran factores sociodemográficos como el nivel educativo, el estrato socioeconómico, el nivel socio cultural, la religión y la edad; factores particulares, como los hábitos y estilos de vida y a su vez factores relacionados con las condiciones generales como el acceso a los servicios de salud, la diferenciación entre urbanidad-ruralidad, la nutrición, factores biológicos, hereditarios y ambientales <sup>(1-3)</sup>.

Los factores de riesgo se consideran modificadores de actividad de la enfermedad, estos 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 y los cambios sucesivos en los biomarcadores. <sup>(4-6)</sup>.

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 bajar los índices de caries y en la actualidad reportan datos según el índice COP en un nivel moderado <sup>(7)</sup>. Las enfermedades periodontales también se manifiestan en alto porcentaje en Latinoamérica, más específicamente en Colombia, el tercer Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III, concluyó que el 50,2% de la población evaluada presentó pérdida de inserción, siendo mayor en hombres (52 %) que en mujeres (47,6%) <sup>(8)</sup>, 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 <sup>(9)</sup>. Este estudio, de importante valor a nivel nacional, reveló la presencia de al menos un marcador periodontal en el 92.4% de las personas; de estas el 8.8% presentó sangrado al sondaje, el 53.3% (95% I. C. 53.27–53.32) presentó sangrado y cálculos simultáneamente llamando la atención que 60.9% de los niños de 12 años presenta este marcador; las bolsas menores de 6 mm se diagnosticaron en el 26.5% de las personas (95% I.C. 26.88 – 26.91) y las profundas (de 6 y más mm) en el 3,8% (95% I.C. 3.78 – 3.81) <sup>(8)</sup>.

En cuanto al determinante conductual, el cual involucra hábitos y prácticas, se reconoce a la higiene oral como parte fundamental del mantenimiento de las condiciones de salud bucodental del individuo, por eso su obtención debe buscarse por todos los medios, iniciando por los hábitos adecuados de cepillado

con el uso de pastas fluoradas, seda dental y enjuagues desde etapas tempranas según las recomendaciones para cada edad y para cada condición <sup>(10)</sup>. El principal obstáculo es que la remoción eficiente de la biopelícula, que es el factor etiológico principal de la caries y de las enfermedades periodontales, es aún en la actualidad, deficiente en un gran porcentaje de la población <sup>(10-12)</sup>. Esta condición es especialmente apreciada entre las poblaciones más vulnerables, abarcando niños, personas de escasos recursos, adultos mayores y miembros de grupos raciales y étnicos minoritarios <sup>(13,14)</sup>. Sin embargo, también se ha concluido que el mejoramiento en el acceso a la salud, puede disminuir la desigualdad en las condiciones de salud <sup>(15)</sup>.

Evidentemente los porcentajes de prevalencia de enfermedad periodontal varían de acuerdo al grupo poblacional evaluado y su reporte en la literatura resulta bastante amplio <sup>(10)</sup>. Dentro de la prevalencia de las enfermedades periodontales también se hace necesario evaluar aquellas condiciones desarrolladas alrededor de los implantes, como la enfermedad peri-implantar que comprende a su vez dos entidades la mucositis peri-implantar y la periimplantitis. La mucositis es una lesión inflamatoria confinada a la mucosa, la peri implantitis es una lesión en la mucosa que también involucra el tejido óseo alrededor del implante <sup>(16-18)</sup>.

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 de 10% son muy resistentes a la misma; esta diferencia en la susceptibilidad es atribuida frecuentemente a factores genéticos, lo cual se ha podido comprobar por ejemplo, tras el seguimiento de gemelos adultos, donde se pudo estimar que el 50% del riesgo de periodontitis crónica se presentaba como consecuencia de la herencia <sup>(5)</sup>.

Un dato interesante es la prevalencia de la enfermedad periodontal en el género masculino; sin embargo, esto se asocia a una mayor preocupación por la estética y salud oral por parte de las mujeres en comparación con los hombres. La realidad es que las mujeres difícilmente dejan avanzar la enfermedad hasta estados severos, mientras que en los hombres los hallazgos reportan niveles críticos y severos <sup>(13,19)</sup>.

De esta manera, se puede entender 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 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, factores de entorno: entorno demográfico, económico, ocupación, educación, políticas de sistema de salud <sup>(3)</sup>.

La consecuencia más clara de la presencia de patologías orales, incluyendo caries y enfermedad periodontal es la pérdida de dientes <sup>(19)</sup>; por eso lo ideal es abordarlas cuando se encuentran en sus estados iniciales, pues es en este

momento cuando la condición se puede detener. La enfermedad periodontal, puede ser evitada, ya sea por prevención primaria, o desaceleradas a través de medidas de prevención secundarias y terciarias; situación que indica, entre otras, que el mejoramiento en el conocimiento es la mejor alternativa para la modificación de la enfermedad según los diferentes grupos poblacionales <sup>(20)</sup>.

Haciendo énfasis en la necesidad de conocimiento y en la identificación de las mejores herramientas para llevar a cabo distintos procesos de intervención, se hace uso de estudios epidemiológicos, los cuales tienen una importancia determinante en pro del establecimiento de alternativas de solución a las problemáticas de las distintas comunidades con relación a su salud, en este caso, periodontal. Se debe entender que los estudios epidemiológicos son los encargados del estudio del proceso salud-enfermedad en una población y el efecto de diversos estilos de vida, de las características demográficas, ambientales, entre otras. El propósito del desarrollo de estudios epidemiológicos es describir el estado de salud de las poblaciones, dilucidar la etiología de las enfermedades, identificar los factores de riesgo, entregar un pronóstico sobre la aparición de enfermedades y ayudar en la prevención y control de enfermedades; para tal caso puede ser importante entregar datos sobre la prevalencia de la condición investigada, la incidencia y el riesgo <sup>(19)</sup>, que evidentemente son obtenidos tras la ejecución de los estudios epidemiológicos.

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 el estado de salud periodontal de los pacientes que asisten a la consulta, así como también reconocer los factores sociodemográficos, hábitos de higiene oral, necesidad de tratamiento periodontal y alcance institucional 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.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características 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 periodo académico 2013?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Una parte importante de la salud general de las personas es la salud oral, por eso cuando se presenta alguna alteración, desequilibrio o patología, se ve directamente afectado el bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, a pesar de

los avances odontológicos, las patologías orales continúan siendo una carga muy importante para los sistemas de salud, dado que llegan a constituirse en problemas de salud pública tanto a nivel mundial como nacional <sup>(21)</sup>.

En este sentido los estudios y análisis epidemiológicos juegan un papel fundamental, pues entregan información sobre distribución y severidad que resultan valiosos para el planteamiento de intervenciones. La realidad es que la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno influyen de manera directa en la evolución de enfermedades como la caries y la enfermedad periodontal hasta los estadios severos; en este caso la pérdida de dientes es una verdadera preocupación y los reportes indican que afecta entre el 5 y 15 % de la población mundial <sup>(21)</sup>.

Respecto a las patologías gingivales y periodontales, existen diferentes parámetros diagnósticos que se evalúan en el paciente, la observación directa sigue siendo la principal, es por esto que criterios como el sondaje para determinar profundidad de bolsa, sangrado al sondaje, movilidad, así como análisis radiográficos deben ser utilizados para identificar la presencia, localización y severidad de las lesiones en los tejidos orales, siendo factible en una misma instancia, detectar los factores de riesgo desencadenantes de la condición, por ejemplo, una inadecuada higiene oral, el tabaquismo, la diabetes, y la historia de la periodontitis, entre otras condiciones <sup>(6)</sup>.

Teniendo en cuenta esto, se plantea esta investigación que permitirá obtener información sobre la caracterización de los pacientes que asisten a la clínica de posgrado de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá, periodo académico 2013, otorgando datos valiosos para el planteamiento de intervenciones futuras.

#### **1.4 PROPÓSITO**

El propósito de la presente investigación es definir la línea base de las condiciones sociodemográficas, hábitos de higiene oral, grado y severidad de las enfermedades gingivales y periodontales y necesidad de tratamiento periodontal de la población usuaria de las clínicas de posgrado de periodoncia de UNICOC centro - sede Bogotá. Teniendo en cuenta que el alcance del observatorio epidemiológico institucional da cuenta de la población usuaria de las clínicas de pregrado. De esta manera, se plantearán programas específicos de atención, coherentes con las necesidades reales de la población.

## 1.5 MARCO TEÓRICO

### 1.5.1 Definición y conceptos de enfermedad periodontal.

El término enfermedad periodontal hace referencia a un amplio número de condiciones que involucran la estructura de soporte de los dientes. Existen dos enfermedades periodontales que se identifican especialmente, la gingivitis inducida por biopelícula y la periodontitis crónica; aunque también existen otras condiciones que resultan importantes alrededor de este tema <sup>(5,14)</sup>. Es importante destacar cómo durante los últimos años ha habido un avance sustancial en el conocimiento del comportamiento de esta enfermedad en términos etiopatogénicos <sup>(5)</sup>.

En ausencia de una higiene oral adecuada, las bacterias periodontales se acumulan en las superficies orales como mucosas y dientes formando la denominada biopelícula; en el momento que esta biopelícula se encuentra madura, las bacterias poseen una gran cantidad de factores de virulencia, incluyendo los lipopolisacárido (LPS), que son los responsables de la destrucción directa de los tejidos periodontales o la estimulación del paciente para la activación de una respuesta inflamatoria local <sup>(22)</sup>.

Tanto la gingivitis como periodontitis son condiciones inflamatorias de naturaleza infecciosa, donde la biopelícula tiene una participación definitiva y reconocida desde ya hace varias décadas. Respecto a la gingivitis, se puede afirmar que es

una reacción inflamatoria de tipo reversible, como consecuencia de acumulación de biopelícula en la encía marginal. Por su parte la periodontitis es una patología destructiva, no reversible acompañada por la migración apical del tejido, pérdida ósea y posterior pérdida de los dientes <sup>(5,19)</sup>.

### **1.5.2 Antecedentes históricos.**

El comportamiento del periodonto ha sido un tema de interés desde hace ya varios años, surgiendo teorías que han requerido de la investigación exhaustiva hasta lo que se conoce hoy en día. Son fuertes los precedentes de los hallazgos sobre las causas subyacentes sobre la gingivitis y la periodontitis obtenidos a lo largo del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Varias de las causas propuestas incluyeron: la degeneración fisiológica de los tejidos periodontales secundaria al envejecimiento, problemas circulatorios, enfermedades sistémicas como la gota, deficiencias nutricionales, trastornos endocrinos, trauma oclusal, anomalías distróficas en el desarrollo dental y la irritación mecánica derivada de factores locales; sin embargo, estas teorías carecieron de evidencia científica. Para el año 1876 la teoría microbiana de la enfermedad empezó a cobrar fuerza, en esta se afirma que las bacterias juegan un papel etiológico importante en el desarrollo de la enfermedad periodontal; pero sólo cerca de 75 años después, es cuando se considera a las bacterias el eje principal y la causa de la gingivitis y la periodontitis en las personas. Para el año 1960 Harald Loe *et al*, modificó el pensamiento de científicos y médicos respecto a la etiología de las enfermedades periodontales,

demostrando el desarrollo de la gingivitis cuando se detienen los procedimientos de higiene oral durante un período corto de tiempo y a su vez recuperando las condiciones de salud gingival tras la eliminación de la placa dental. Estudios realizados en animales a mediados de los años 60 confirmaron estos hallazgos, revelando la relación entre la limpieza dental y los tejidos periodontales clínicamente sanos. Resultados similares se encontraron en Suecia por Jan Lindhe *et al* quien empleo perros para su investigación, tal como indica Armitage (2009) en su estudio <sup>(23)</sup>.

Son muchos los estudios de importancia histórica sobre la microbiología de las enfermedades periodontales; entre ellos se encuentran el realizado en 1964 por Paul H. Keyes y Harold V. Jordan con la inoculación de *Actinomyces viscosus* en hamsters sanos obtenidas de animales enfermos. Una década más tarde, Michael G. Newman *et al* informaron que los pacientes con "periodontosis" (periodontitis agresiva localizada) albergaban una microbiota subgingival específica de la enfermedad; desafiando la suposición dominante de que la periodontosis era una enfermedad degenerativa y sugirió fuertemente que la enfermedad era una infección. Para esta fecha los avances metodológicos en laboratorio mejoraron y permitieron revelar que algunas bacterias de la placa son más importantes que otros como agentes causantes de infecciones periodontales. Además, estos estudios concluyeron que las infecciones periodontales no son causadas simplemente por un aumento de la cantidad de placa dental en los dientes, sino por la composición de la comunidad microbiana. Muchos autores realizaron

aportes importantes sobre la etiología bacteriana de la enfermedad periodontal, especialmente Ronald J. Gibbons, Sigmund S. Socransky , Anne D. Haffajee y Anne CR Tanner, Lillian V. Moore y William CE Moore, entre otros. Para 1990, Socransky *et al* utilizan métodos de cultivo y tecnología de sondas de ADN para demostrar una asociación estadísticamente significativa entre los grupos de bacterias en la microbiota subgingival y la presencia y progresión de la periodontitis <sup>(23)</sup>.

En 1976, Roy C. y Hubert E. Schroeder, documentaron una serie dinámica de los acontecimientos inflamatorios en el desarrollo de lesiones periodontales, pues tras la revisión de diversas investigaciones fue evidente que la progresión de la periodontitis no era lineal ni una consecuencia automática de la gingivitis, sino que respondía a una serie de presentaciones clínicas dependiendo de la naturaleza y el efecto de las bacterias que infectan, la anatomía periodontal, la predisposición genética y la expresión de la respuesta inflamatoria del huésped; también se tuvo en consideración el tamaño, la ubicación y la composición de la biopelícula, la frecuencia y la duración de la ulceración epitelial, los hábitos cotidianos y la regularidad de la atención oral. Ya para finales de 1990, nueva evidencia sugiere que la intensidad de la inflamación y la susceptibilidad al daño periodontal después de una entrada microbiana es mediada por la respuesta del huésped, incluyendo polimorfismos genéticos. Los resultados a la fecha se han enfocado ahora en revelar el efecto adverso sobre la salud general <sup>(23)</sup>.

### 1.5.3 Componente epidemiológico.

**Indicadores de la enfermedad.** Ciertos grupos de edad sirven de indicadores y han sido elegidos por la Organización Mundial de la Salud - OMS para las comparaciones entre el estado de salud oral y la vigilancia de la salud oral. Los grupos de edad esenciales relacionados con la salud periodontal son 15-19, 35-44 y 65-74 años <sup>(24)</sup>.

Siendo así, la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) han recomendado las metas concretas en salud bucodental. La OMS recomienda hacer evaluaciones quinquenales de la situación de salud bucodental, en una muestra aleatoria, en personas de 12 años, 35 a 44 años y mayores de 65 años, por la importancia que tiene esta población en las enfermedades bucodentales <sup>(8)</sup>.

De esta manera existen ciertos grupos considerados de riesgo y a los que se les debe realizar intervenciones continuas y agresivas, en pro de lograr una salud bucal y un impacto positivo. Estos grupos incluyen los adultos mayores en quienes la enfermedad periodontal es más prevalente que entre los jóvenes, presentándose no sólo con mayor frecuencia sino también con mayor gravedad; otra población de interés son aquellos pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, donde históricamente los hallazgos de gingivitis son relacionados con la escasa higiene oral, intensificada por el nivel de educación adquirido que entre otras se atribuye a los niveles severos de periodontitis, especialmente porque el acceso a los servicios de salud es bastante difícil entre esta población <sup>(25)</sup>.

Finalmente, los fumadores también son considerados un grupo de interés; una información bastante amplia se ha dilucidado con relación a la cantidad y la duración del hábito de fumar y la gravedad de la patología periodontal. El calor del humo puede aumentar la pérdida de inserción, y el aumento de los depósitos de cálculo, que a menudo resultan por fumar, pueden incrementar la retención de placa. La nicotina puede disminuir la síntesis de colágeno y la secreción de proteínas e inhibir la formación de hueso <sup>(25)</sup>.

La prevalencia de la enfermedad periodontal crónica se ha medido a través de encuestas de población que abarcan una gama amplia de objetivos, diseños y criterios de medición, es así como el *Índice Periodontal Comunitario* (IPC) presentado por la OMS, es una herramienta con la cual los países pueden generar perfiles de sus programas de intervención del estado de salud y el plan periodontal para un control efectivo de dicha enfermedad. Además, los datos de población del IPC resultan útiles para la vigilancia de la salud oral en los distintos niveles entre países. Si bien este índice tiene algunas deficiencias como medios independientes para evaluar la extensión y severidad de la enfermedad periodontal, ha sido ampliamente utilizado para los estudios epidemiológicos descriptivos periodontales y de evaluación de las necesidades en los países desarrollados y en desarrollo <sup>(26)</sup>.

#### **1.5.4 Etiología y patogénesis de la enfermedad periodontal.**

La reacción inflamatoria es visible microscópica y clínicamente en el periodonto afectado y representa la respuesta del individuo a la microflora de la placa y a sus productos. Los procesos inflamatorios e inmunológicos actúan en los tejidos periodontales para protegerlos contra el ataque microbiano. Se conoce también que los mecanismos de defensa del huésped pueden ser perjudiciales para él mismo, puesto que los productos de las reacciones inflamatorias pueden dañar los tejidos circundantes y extenderse en profundidad en el tejido conectivo y al hueso alveolar <sup>(3)</sup>.

Aunque la gingivitis es el primer paso para el proceso de periodontitis, no todos los casos de gingivitis terminan en esta condición. La razón de esto es que la acumulación de bacterias de la placa es necesaria pero no suficiente por sí misma para el desarrollo de la periodontitis, se requiere también de un individuo susceptible donde se destaquen, pobres hábitos de higiene oral, dieta rica en azúcares y susceptibilidad genética <sup>(3,5)</sup>. Es así como esta teoría está basada en el modelo causal de Rothman el cual contempla las relaciones multicausales que contribuyen a la ocurrencia de un daño, el cual distingue entre causa componente, suficiente y necesaria <sup>(27)</sup>.

Con el desarrollo de las enfermedades periodontales inflamatorias muchos cambios patognomónicos, cualitativos y cuantitativos, ocurren en la composición molecular de los tejidos conectivos periodontales. Casi tan pronto como la placa

gingival se acumula adyacente a la margen gingival, un infiltrado inflamatorio se hace evidente dentro del tejido conectivo subyacente. Al cabo de 3-4 días la respuesta inflamatoria ha sido lo suficientemente amplia para iniciar la destrucción del tejido conectivo, perdiéndose hasta un 70% de colágeno dentro del foco de inflamación. Si no se detiene, la respuesta inflamatoria y la destrucción del tejido asociada se expande más profundo hacia el ligamento periodontal y el hueso alveolar <sup>(28)</sup>.

Los fibroblastos gingivales humanos expuestos al lipopolisacárido *Porphyromonas gingivalis* responden incrementando el nivel de ARNm y de proteína de las citoquinas IL-1 $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, y TNF- $\alpha$ , como también de los receptores CD14, receptor-2 tipo Toll (TLR-2), y receptor-4 tipo Toll. Los queratinocitos orales y el epitelio epidérmico normal sirven como fuentes principales para los mediadores pro-inflamatorios, especialmente para IL-1 $\alpha$ . Esta citoquina es un regulador clave de la inflamación ya que induce la expresión de genes para las moléculas de adhesión celular, citoquinas, quimiocinas, ciclooxigenasa-2, sintasa del óxido nítrico inducible, y metaloproteinasas de la matriz. También activa los osteoclastos y sus precursores como una introducción a la resorción ósea <sup>(28)</sup>.

El patrón de la progresión de estas enfermedades difiere significativamente entre individuos <sup>(19)</sup>. Además condiciones como ciertas enfermedades sistémicas, tales como la enfermedad cardiovascular, la enfermedad respiratoria y la diabetes

también influyen en la aparición y progresión de este tipo de enfermedades inflamatorias del periodonto <sup>(6)</sup>.

La periodontitis crónica es la forma más común de las enfermedades periodontales destructivas, posee una progresión lenta que se caracteriza por periodos de mayor actividad y por períodos de reposo los cuales son de diversa duración. Por su parte, la periodontitis agresiva es de evolución más rápida en comparación con la periodontitis crónica <sup>(26)</sup>.

#### **1.5.5 Diagnóstico de la enfermedad periodontal.**

La enfermedad periodontal puede determinarse por medio del sondaje, que es un examen que permite obtener signos como sangrado al sondaje, profundidad de la bolsa y nivel de inserción clínica. Ayudas diagnosticas como las radiografías permiten evaluar el nivel de hueso alveolar <sup>(6)</sup>.

**Sangrado al sondaje.** El sangrado al sondaje es un indicador importante de la enfermedad periodontal. Esto se debe a las microulceraciones en el epitelio del surco causados por la enfermedad, aunque también puede estar influenciado por las repetidas inserciones de la sonda en un corto período de tiempo y otras condiciones como fuerza al sondaje, diámetro de la sonda y grado de inflamación gingival; lograr una calibración exacta no es tan sencillo lo que en ocasiones dificulta tener valores constantes que garanticen la medición y su repetición; sin embargo, se ha estimado que una fuerza de 0.75 N (75 gr/fuerza) con una sonda

de 0.63 mm en un periodonto libre de inflamación visible, la sonda se detiene en el epitelio de unión sin llegar al tejido conectivo. Se debe tener en cuenta que aunque se controle la fuerza en cada registro, la sonda puede penetrar más o menos dependiendo del grado de inflamación periodontal y del diámetro de la sonda. A mayor grado de inflamación gingival, se pierde gradualmente la resistencia de la encía y del epitelio de unión. De igual forma, entre más delgada sea la sonda aún con una fuerza muy ligera, puede penetrar más. El sangrado al sondaje no debe ser considerado e interpretado individualmente, debe analizarse en conjunto con los demás parámetros clínicos ya que su presencia no es un indicativo absoluto de enfermedad pero su ausencia si es un indicador confiable de salud periodontal. Para efectos clínicos prácticos, este parámetro se calcula como el porcentaje de sitios que sangraron al sondaje empleando la fórmula:  $SS = \frac{\text{sitios que sangran} \times 100}{\text{número de dientes} \times 6}$  <sup>(29)</sup>.

**Movilidad dental.** La movilidad dental patológica puede ser el resultado de enfermedad periodontal, aunque no su única causa; también se presenta por trauma oclusal, movimientos ortodónticos. La evaluación de esta condición se realiza empleando dos instrumentos metálicos y aplicando presión en sentido vestibulolingual: <sup>(28)</sup>.

- Grado 0: movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm en dirección horizontal.
- Grado 1: movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 2: movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.

- Grado 3: movimiento en sentido horizontal y en sentido vertical.

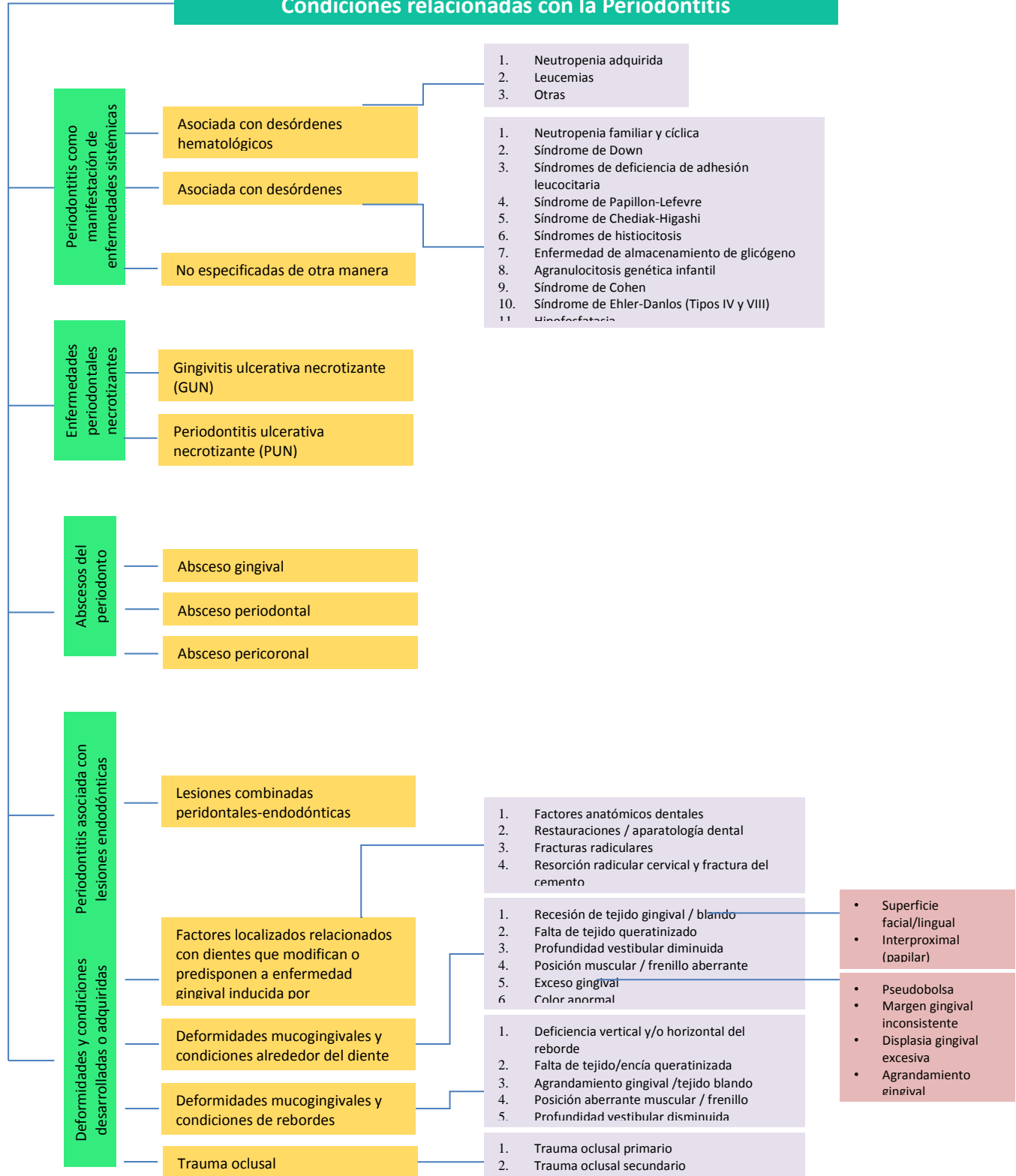
**Inflamación gingival como signo de enfermedad.** La inflamación gingival local puede persistir cuando la biopelícula se encuentra presente. Gran parte de la información sobre el grado de inflamación gingival se puede obtener de una simple inspección visual de los tejidos. Una encía sana es normalmente de color rosa, firme y tiene un margen considerable, razón por la cual se hace relativamente fácil la detección de los tejidos inflamados, pues exhiben signos fehacientes que revelan esta condición, entre ellos el eritema y el edema <sup>(3)</sup>.

**Clasificación de la enfermedad periodontal.** Los diferentes cuadros clínicos que pueden presentar las enfermedades gingivo-periodontales, han sido revisados a partir de la nueva clasificación determinada en el año 1999 por la Academia Americana de Periodoncia-AAP, donde se las agrupa como Enfermedades Gingivales, Periodontitis Crónica, Periodontitis Agresiva y Periodontitis Asociadas a Factores Sistémicos. Al ser diferentes los tipos de enfermedad periodontal se presenta una clasificación bastante amplia que se presenta a continuación (figura 1).



# CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

## Condiciones relacionadas con la Periodontitis



### **1.5.6 Alternativas Terapéuticas.**

La prevención y el tratamiento de la enfermedad se basan en el diagnóstico preciso, reducción o eliminación de los agentes causales, gestión de riesgos y la corrección de los efectos nocivos de la enfermedad <sup>(30)</sup>.

En general, la terapéutica está influenciada por la salud general del paciente, las necesidades funcionales y estéticas. Una vez que el médico determina las metas de salud oral individuales, él o ella deben identificar los temas primordiales y los factores modificables <sup>(31)</sup>. La realidad es que el manejo de esta enfermedad se presenta como un desafío para los profesionales, pues si bien se puede prevenir, una vez la periodontitis está presente se puede controlar pero no eliminar. De esta manera la gestión de la enfermedad periodontal se centra en la modificación de factores de riesgo, como lo propuso la OMS y para esta enfermedad uno de los más importantes en términos conductuales es el consumo de cigarrillo y en términos sistémicos es la diabetes mellitus, aunque siempre considerando en primera instancia el control de la biopelícula <sup>(32)</sup>.

El tratamiento de las enfermedades periodontales pueden dividirse en cuatro fases: sistémica, higiénica, correctiva y de mantenimiento o de soporte. Independientemente del tipo de tratamiento, la terapia periodontal será menos eficaz en ausencia de una adecuada terapia de soporte periodontal <sup>(30)</sup>.

Existen alternativas terapéuticas que se fundamentan en la devolución de la arquitectura gingival, facilitando de esta manera la higiene oral. Estos procedimientos incluyen la intervención quirúrgica, el uso concomitante de antimicrobianos, la reparación y la regeneración tisular guiada <sup>(23)</sup>.

La investigación sugiere que la realización de una gingivoplastia crea contornos gingivales "fisiológicos" que proporcionan "auto-limpieza"; también se ha sugerido que el alisado radicular no es requerido antes de la cirugía, pero puede ser empleado como método para la eliminación de bolsas periodontales. También se planteó el uso de resección ósea durante la cirugía periodontal basándose en que los patrones de cicatrización de los tejidos blandos periodontales son determinados por los tejidos duros con los que están en contacto <sup>(23)</sup>.

El avance más importante en la regeneración periodontal fue la introducción de los procedimientos de regeneración tisular guiada – RTG. El concepto de Regeneración Tisular Guiada, nace de la hipótesis originada por A.H. Melcher quien en 1976 sugirió que, dependiendo del fenotipo celular que repoble la superficie radicular después de la cirugía periodontal, se determinará el tipo de inserción que se formará; así, si las poblaciones celulares seleccionadas son las residentes en el ligamento periodontal, se podrá producir nuevo cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal <sup>(33)</sup>.

En 1982 Nyman S., Lindhe J., Karring T., Rylander H., fueron los primeros en aplicar la RTG en humanos mediante la utilización de un filtro de acetato de

celulosa (papel) millipore de laboratorio, el cual fue interpuesto entre el colgajo mucoperióstico y la superficie radicular tratada, con el objeto de promover la selectiva repoblación con células del ligamento periodontal, para facilitar el proceso regenerativo. Los resultados de los estudios histológicos mostraron regeneración parcial de tejidos periodontales perdidos, incluyendo la formación de nuevo cemento, hueso y un ligamento periodontal funcional <sup>(34)</sup>.

Las investigaciones posteriores afirman que estos procedimientos pueden promover el aumento en los niveles de inserción clínica y la reducción de la profundidad al sondaje <sup>(23)</sup>.

## **1.6 MARCO REFERENCIAL**

La enfermedad periodontal ha sido estudiada durante muchos años, encontrando tendencias que dependen de diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, algunas investigaciones de tipo transversal han revelado que las formas severas de periodontitis afectan a una minoría de sujetos en los países industrializados, que aumenta con el envejecimiento y que alcanza su pico a los 50-60 años <sup>(35)</sup>.

Entre estos estudios se encuentran algunos como los realizados por Russell, tratando de dar un amplio concepto sobre el impacto global de la enfermedad periodontal, concluyendo que la periodontitis era generalizada, y que, debido a que muchos adultos presentaban inflamación gingival en algún grado, el riesgo de

adquirir la enfermedad en sus estados destructivos era alto. Esta investigación es apoyada por la realizada por Kelly y Van Kirk, quienes describen las primeras evaluaciones representativas de la enfermedad periodontal en los EE.UU., comparando los resultados en un periodo que abarcaba desde 1960 hasta 1962, informando que el 74% de todos los adultos tenía algún tipo de enfermedad periodontal, el 49% experimentaba la enfermedad sin la aparición de bolsas y el 25% tenía la enfermedad con la presencia de éstas. Los resultados permitieron concluir que la enfermedad periodontal era una enfermedad de proporciones importantes en los EE.UU. En este sentido, y dando continuidad a los hallazgos ya encontrados previamente, Russell manifiesta la importancia de estos hallazgos, pues servían como un gran punto de referencia para la comparación con los datos de otras poblaciones y otros lugares. Posterior e independientemente de la evaluación Russell sobre la medida global de la enfermedad periodontal, Ramfjord también indicó que la periodontitis estaba generalizada, al analizar los resultados de las encuestas de la Organización Mundial de la Salud realizadas en cinco países de Asia y África entre 1957 y 1963, donde se había registrado una prevalencia extremadamente alta de la enfermedad periodontal. La información permitió aseverar con bastante fundamento que la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal era mayor en el mundo en desarrollo en comparación con las zonas de mayores ingresos. Como una forma de evolución del conocimiento respecto al tema y soportado con el interés en la investigación de la enfermedad; en la actualidad hay una mayor comprensión de la relación entre la placa, la gingivitis y la periodontitis. Se han producido cambios importantes al tiempo que

ha habido una modificación en la comprensión de la magnitud global de la enfermedad periodontal. Este cambio fue el resultado directo de los cambios en las metodologías de medición. El primer importante cambio metodológico en la medición de la enfermedad periodontal fue la introducción del Índice Periodontal Comunitario de Necesidades de Tratamiento-CPITN desarrollado a finales de 1970 para superar muchas de las limitaciones reconocidas con el índice de Russell y el de Ramfjord y para facilitar la realización de encuestas de población bajo una variedad de condiciones. Este índice fue respaldado por la Organización Mundial de la Salud, que más tarde cambió el nombre al Índice Periodontal Comunitario (IPC) <sup>(36,37)</sup>.

El Índice Periodontal Comunitario ha sido utilizado, desde su creación, en innumerables investigaciones, con resultados importantes para el conocimiento a profundidad de la investigación. Cabe destacar que en sus inicios el reporte de la enfermedad periodontal se presentaba en bajas proporciones y paulatinamente fue aumentando, sin embargo estos resultados globales están asociados con las diferentes formas de medición. Siendo así, diversos estudios se han realizado haciendo uso de este índice, con resultados significativos para el manejo de la misma. En la actualidad otras formas de medición se han adoptado que han resultado trascendentales para continuar avanzando en el entendimiento del desarrollo de la enfermedad y enfocadas en la medición de la pérdida de inserción y el tamaño de las bolsas periodontales. La metodología desarrollada por la Organización Mundial de la Salud ha sido diciente en este sentido, pues ha

permitido la comparación entre diferentes poblaciones, además, porque entre otras ha permitido afirmar que universalmente la prevalencia de la pérdida de inserción se incrementa con la edad <sup>(36)</sup>.

Una amplia recopilación de la evolución sobre el entendimiento, prevalencia, severidad y metodologías de la enfermedad periodontal es presentada por Dye (2012). Otras investigaciones también son trascendentales; entre estas se encuentra la de Albandar et al (1998), en una comparación con pacientes sanos y en un estudio a 6 años con individuos entre 13 y 20 años, encontraron diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ) respecto a la pérdida de inserción, siendo mayor entre aquellos individuos con gingivitis y/o con cálculos subgingivales y con aumento (mm de profundidad de sondaje) dependiendo del valor inicial. La presencia de gingivitis o cálculos subgingivales presentaron una fuerte asociación con el desarrollo de nuevas lesiones, incluso hasta el desarrollo de periodontitis <sup>(38)</sup>.

Al ser la edad un factor de gran importancia, algunos estudios se han enfocado en esta característica. Holtfreter et al (2009), quienes realizaron un estudio entre 1997 y 2001 incluyendo 4310 pacientes entre 20 y 81 años de edad; informaron una prevalencia de pérdida de inserción  $\geq 3$  mm del 89,7%, con un 62,8% de dientes afectados. La profundidad de sondaje  $\geq 4$  mm fue frecuente en el 69,7% de los sujetos, con un 29,6% de dientes afectados. 25,3% de todos los sujetos tuvieron bolsas con una profundidad  $\geq 6$  mm. La periodontitis fue significativamente más frecuente en los hombres ( $p < 0,05$ ). La pérdida de inserción, la prevalencia y el

alcance se incrementaron significativamente con la edad ( $p < 0,05$ ), mientras que los valores de profundidad de sondaje se estabilizaron después de la edad de 40 años. En los sujetos de más edad, se encontró un aumento de la recesión y la pérdida de inserción, mientras que la profundidad de sondaje se mantuvo constante. Al final se concluyó que la prevalencia de periodontitis aumenta significativamente con la edad y se mantuvo constante después de la edad de 50-59 <sup>(39)</sup>.

Otros factores de tipo sociodemográfico también son importantes para la identificación de tendencias. Incluso este mismo autor en 1999 estableció que las bolsas más profundas y pérdida de inserción avanzada fueron mayores entre hispanos y negros que entre los blancos no hispánicos, permitiendo concluir que la prevalencia de enfermedad periodontal no se distribuye de manera uniforme entre las diversas razas, etnias o grupos socioeconómicos <sup>(35)</sup>.

También Papapanou, evaluó varios factores de riesgo tras un estudio longitudinal de 2 meses a 28 años, notando que el tabaco, las especies de bacterias subgingivales específicas, los bajos niveles de educación, pocas visitas al odontólogo, el género masculino, la falta de uso de seda dental y la raza son estadísticamente significativos o predictores para la pérdida de inserción clínica <sup>(30)</sup>.

En años recientes otro factor de riesgo que ha cobrado valor está relacionado con el estrés. Heckmann et al y Hugoson et al propusieron una asociación entre el estrés emocional, la depresión y la periodontitis; afirmando que existe una mayor pérdida de inserción en individuos que sufren estrés. El papel del estrés puede actuar tanto en la respuesta del huésped como a nivel del cambio del comportamiento del paciente: mayor consumo de tabaco, menor dedicación a la higiene y control de placa <sup>(35)</sup>.

De esta manera la enfermedad periodontal, que fue vista por años como el resultado de una infección, se ve ahora como el resultado de una compleja interacción entre la infección bacteriana y la respuesta del huésped, a menudo modificados por factores de comportamiento. La respuesta del huésped se ve ahora como un factor clave en la expresión clínica de la enfermedad. Alrededor del 50% de las enfermedades periodontales se han atribuido a la variación genética y más de un 20% al consumo de tabaco, aunque el papel del tabaco también se ha estimado como superior <sup>(41)</sup>.

## **1.7 MARCO LEGAL**

Según la resolución 1995 de 1999, en Colombia, La historia clínica es un documento médico legal privado y obligatorio, en el cual se registran todos los antecedentes y datos actuales del paciente, como sus problemas de salud, exámenes complementarios, diagnósticos, medidas terapéuticas y de manera

cronológica cada uno de los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

El objetivo de una historia clínica es recopilar información sobre el paciente y reflejar la evolución de éste. Las anotaciones deben ser concisas y claras, y deben ir firmadas para así asegurar la veracidad de los datos. Y de ésta manera pueda servir como soporte legal o material de investigación y educación cuando el equipo de salud lo requiera.

La historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector. Para eso debemos tener en cuenta el diligenciamiento, conservación, custodia, confidencialidad. Conforme a la ley de 80 de 1989 del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nacional.

La historia clínica debe cumplir con ciertas características básicas tales como:

**Integralidad:** La historia clínica debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud del paciente, teniendo en cuenta, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordando todos sus aspectos tanto biológicos,

como psicológicos y sociales, e interrelacionado con sus dimensiones a nivel personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Cada uno de los registros de la prestación de los servicios en salud se deberá consignar con una secuencia cronológica tal como fue su atención. De igual manera desde el archivo estas Historias Clínicas también llevarán un expediente con la evolución cronológica de los movimientos de estos documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Está basada para la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó teniendo en cuenta las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de tratamiento.

Disponibilidad: Es la posibilidad de tener la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la Historia Clínica, inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio <sup>(42)</sup>.

## **1.8 OBJETIVOS**

### **1.8.1 OBJETIVO GENERAL**

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 periodo académico 2013.

### **1.8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer las características sociodemográficas de la población.
- Identificar la presencia y frecuencia de hábitos de higiene oral de los pacientes.
- Determinar el grado y severidad de las principales enfermedades gingivales y periodontales encontradas entre los pacientes.
- Establecer la necesidad de tratamiento periodontal requerida por los pacientes.

## **2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo de corte transversal

### **2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Historias clínicas de pacientes que reportan ingreso por primera vez durante el periodo académico 2013.

Número total de historias 96

Historias clínicas de pacientes adultos usuarios de las clínicas de posgrado de periodoncia del UNICOC centro – sede Bogotá durante el periodo académico 2013.

### **2.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN**

Historias clínicas de pacientes adultos usuarios de la clínica UNICOC del postgrado de periodoncia sede centro Bogotá en el periodo académico del 2013

## 2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 2.4.1 Criterios de Inclusión

- Historias clínicas que reportan el ingreso del paciente por primera vez y de ambos géneros que hayan asistido a las clínicas de periodoncia durante el periodo académico del año 2013.

### 2.4.2 Criterios de Exclusión

- Historias clínicas procedentes de la remisión de otros posgrados y pregrado.

## 2.5 VARIABLES

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN
	Cuantitativa		Cualitativa		
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal	
Género			X Dicotómica		Femenino-Masculino
Edad				X	10-15 años 16-19 años 20-29 30-39 40-49 50-59 >60 años
Raza			X Politómica		Mestizo –afrodescendiente-indígena
Estado civil			X Politómica		Soltero - casado unión libre-divorciado-viudo – otro -
Escolaridad				X	Primaria-secundaria-técnico-profesional-otro-ninguno-no dato
Ocupación			X Politómica		No dato-ama de casa Empleado independiente- área biología, medicina y salud-oficios varios-fuerzas armadas- abogado - técnico-estudiante

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN
	Cuantitativa		Cualitativa		
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal	
Historia en otra institución			X Dicotómica		Si-no
tiempo última visita médica	x				Menor a 6 meses entre 6 y 12 meses mayor a 1 año
última visita odontológica	x				Menor a 6 meses entre 6 y 12 meses mayor a 1 año
Motivo por el cual escogió UNICOC			X Politómica		Recomendado-Internet- aviso publicitario- otros
Motivo de consulta			X Politómica		Valoración-dolor dental- dolor encías-sangrado encías-caries rehabilitación-sensibilidad, movilidad-limpieza, control y mantenimiento-terminar tratamiento-implantes- exodoncia complicación del tratamiento-no dato-pérdida ósea
Afiliación al SGSS			X Politómica		contributivo-beneficiario- subsidiado-no afiliado- no sabe

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN
	Cuantitativa		Cualitativa		
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal	
Índice de masa corporal				X	< a 18.5 = bajo peso 18,5-25 = peso normal 25-30 = sobrepeso > 30 = obesidad
RH			X Politómica		O+, O-, A+, A-, B+, B- AB+, AB
Fumar			X Dicotómica		No –si
Diabetes			X Dicotómica		No –si
Cardiovascular			X Dicotómica		No –si
Alergia a la penicilina			X Dicotómica		No –si
HTA			X Dicotómica		No - si
Colesterol			X Dicotómica		No- si
Cáncer			X Dicotómica		No- si
Hipotiroidismo			X Dicotómica		No- si

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN
	Cuantitativa		Cualitativa		
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal	
Atención recibida: Prevención- periodoncia- implantes- operatoria- rehabilitación, ortodoncia- endodoncia- cirugía- ATM.			X Dicotómica		No- si
Higiene				X	Buena-Regular-Mala
Frecuencia de cepillado				X	1 vez, 2 veces 3 veces, ≥ 4 veces
Implementos para la higiene oral: Cepillo-Dentífrico, Seda dental- Enjuague bucal			X Dicotómica		No, si
Antecedentes psicológicos			X Dicotómica		No, si

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN
	Cuantitativa		Cualitativa		
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal	
Actitud ante este tratamiento			X Politómica		Buena, Regular, Mala
Antecedentes Odontológicos: Dolor músculos masticadores, dolor ATM, ruido ATM, alteración en el movimiento, desarmonía oclusal, hábito, xerostomía, odontalgia, dolor / ardor de tejidos blandos, sensibilidad dentaria, sangrado gingival, halitosis			X Dicotómica		NO / SI

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN
	Cuantitativa		Cualitativa		
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal	
Revisión intraoral :labios carrillo, surco vestibular, gingiva, reborde alveolar, lengua, piso de boca, frenillos, paladar duro, paladar blando, amígdalas / orofaringe, glándulas salivares			X Dicotómica		Normal, Alterado
Relación angle: molar y canina			X Politómica		No aplica, clase I clase II, clase III

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN	
	Cuantitativa		Cualitativa			
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal		
Severidad de la enfermedad periodontal						
			X Dicotómica		Gingivitis asociada biopelícula con factores locales contribuyentes Localizada Generalizada	< 30% >30%
			X Dicotómica		Gingivitis asociada biopelícula sin factores locales contribuyentes Localizada Generalizada	< 30% >30%
			X Dicotómica		Gingivitis asociada biopelícula con pérdida inserción preexistente con factores locales contribuyentes Localizada Generalizada	< 30% > 30%
			X Dicotómica		Gingivitis asociada biopelícula con pérdida inserción preexistente sin factores locales contribuyentes Localizada Generalizada	< 30% >30%
			X Dicotómica		Enf. gingival modificada por medicamentos	No-si-no aplica
			X Dicotómica		Manifestación gingival por condición sistémica	No-si-no aplica-

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN	
	Cuantitativa		Cualitativa			
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal		
Severidad de la enfermedad periodontal						
			X Dicotómica		Enf. gingival modificada por mal nutrición	No-si-no aplica-
			X Dicotómica		Enf. gingival de origen bacteriano	No-si-no aplica-
			X Dicotómica		Enf. gingival de origen viral	No-si-no aplica-
			X Dicotómica		Enf. Gingival de origen micótico	No-si-no aplica-
			X Dicotómica		Lesión gingival origen genético	No-si-no aplica-
			X Dicotómica		Periodontitis asociada con lesiones endodónticas	No-si-no aplica
			X Dicotómica		Periodontitis crónica Leve, Moderada, Severa Localizada/Generalizada	< 30% > 30%
			X Dicotómica		Deformidades alrededor de los dientes tipo recesión Localizada/Generalizada	< 30% > 30%
			X Dicotómica		Deformidades alrededor de los dientes ausencia de encía queratinizada Localizada/Generalizada	< 30% > 30%
			X Dicotómica		Deformidades alrededor de los dientes exceso Localizada/Generalizada	< 30% > 30%
			X Dicotómica		Deformidad reborde alveolar tipo Seibert Localizada/Generalizada	< 30% > 30%

VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE				OPERACIONALIZACIÓN	
	Cuantitativa		Cualitativa			
	Discreta	Continua	Nominal	Ordinal		
Severidad de la enfermedad periodontal						
			X Dicotómica		Trauma oclusal primario localizado/Generalizado	< 30% > 30%
			X Dicotómica		Trauma oclusal secundario localizado/Generalizado	< 30% > 30%
			X Dicotómica		GUN localizada/Generalizada	< 30% > 30%
			X Dicotómica		PUN localizado/Generalizado	< 30% > 30%
			X Dicotómica		Abscesos en periodonto localizado/Generalizado	< 30% > 30%
				X	Resto radicular	Si-No
Índice de Necesidad de tratamiento				X	VALOR NT0 (sano), NT1 (mejorar la higiene), NT2 (necesidad de profilaxis, instrucción HO), NT3a (HO y detartraje), NT3b (tratamiento complejo)	



Se respetará la confidencialidad de los formatos clínicos. Los datos sujetos de análisis se incluirán en una matriz de captura dirigida por el investigador principal (Periodoncista-Epidemióloga clínica), los cuales se registraran en una matriz de Excel, las variables y los criterios clínicos serán extraídos directamente de los formatos y anexos clínicos.

La consulta de las historias clínicas se realizará durante un total de 3 semanas, se revisarán las historias, teniendo presente los criterios de selección, el proceso se realizará hasta completar la totalidad de historias clínicas que ingresaron por primera vez durante el período académico 2013.

Los datos recolectados y tabulados en Excel 2010 serán analizados con la ayuda del programa estadístico SPSS (IBM) versión 2.0. Se realizará estadística descriptiva a través de distribución de frecuencias y porcentajes. Medidas de tendencia central y dispersión. Se cruzaran variables de interés para ver el comportamiento de las mismas.

## **2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

**CLASIFICACIÓN DEL RIESGO.** La investigación es clasificada de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia **SIN RIESGO**; pues sólo se realizará la revisión de documentos sin necesidad de exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios.

## **2.10 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.

### 3. 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 2).

**Figura 2.** Rangos de edad.



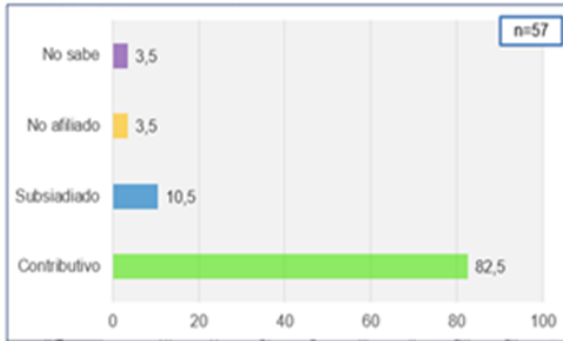
Según los datos recolectados, existe una mayor participación de asistencia a la consulta por parte del género femenino 62,5%. En referencia a la raza, las historias clínicas reportaron que todos los pacientes son mestizos. Con respecto al estado civil, fueron los solteros quienes reportaron mayor frecuencia 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 sociodemográficos.

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 varios	5	6.3
	Fuerzas armadas	1	1.3
	Abogados	17	21.5
	Técnico	7	8.9
	Estudiante	2	2.5
	Total	79	100.0

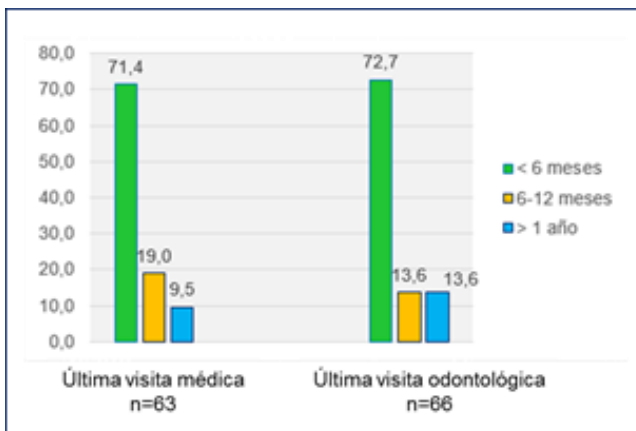
Según los datos recolectados, en referencia a la afiliación al sistema de seguridad social en salud existe más frecuencia de afiliación al régimen contributivo con 82,5%, seguido del régimen subsidiado con 10,5%. (Figura 3).

**Figura 3.** Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



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 4).

**Figura 4.** Última visita médica y odontológica.



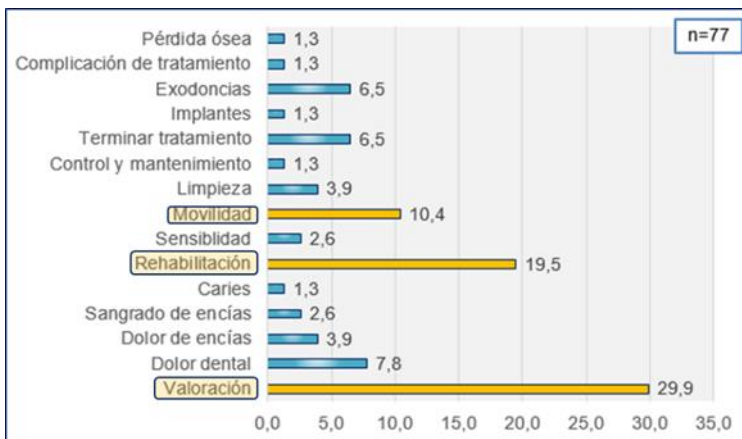
Respecto al motivo por el cual el paciente escogió UNICOC para recibir atención odontológica, la mayor frecuencia reportada fue recomendación con 81,5%. (Figura 5).

**Figura 5.** Motivo por el cual escogió UNICOC.



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 6).

**Figura 6.** Motivo de consulta.

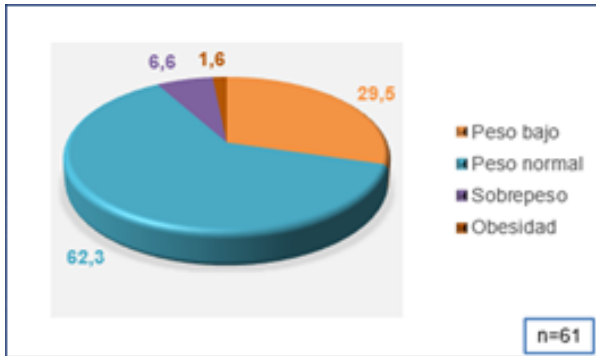


### Historia médica personal

El índice de masa corporal (IMC) en relación peso - talla en las historias clínicas evaluadas, muestran principalmente valores que se encuentran dentro del rango

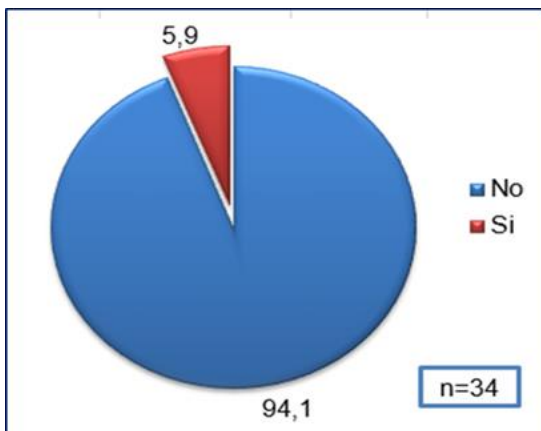
de peso normal, con 62,3%, posteriormente peso bajo con 29,5%, sobrepeso con un 6,6% y por último obesidad con 1,6%. (Figura 7).

**Figura 7.** 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 8)

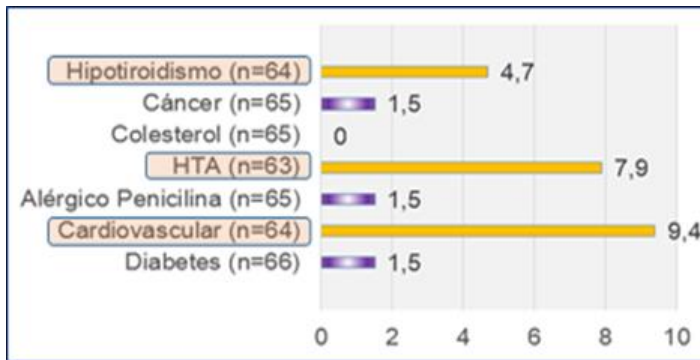
**Figura 8.** Hábito de tabaquismo.



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 9).

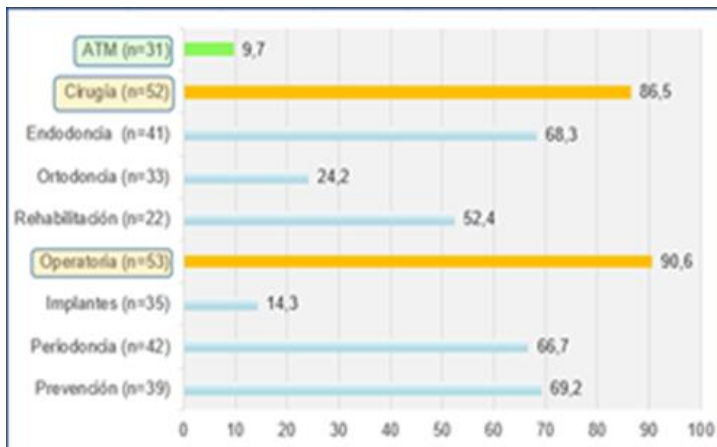
**Figura 9.** Antecedentes médicos personales.



### 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 10).

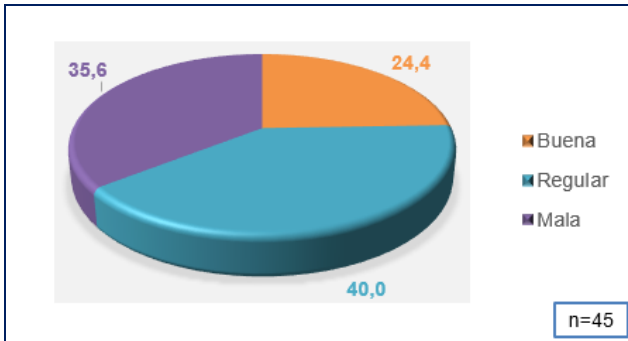
**Figura 10.** Atención recibida en odontología.



## Hábitos en higiene oral

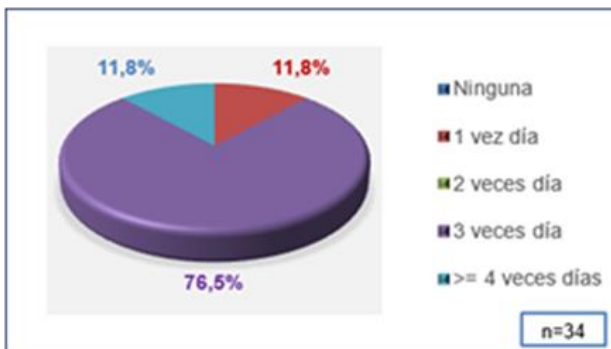
Se registró con mayor frecuencia en las historias clínicas higiene regular con 40%, sucesivamente, mala higiene oral con 35,6% y en menor frecuencia buena higiene oral con 24,4%. (Figura 11).

**Figura 11.** 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 12).

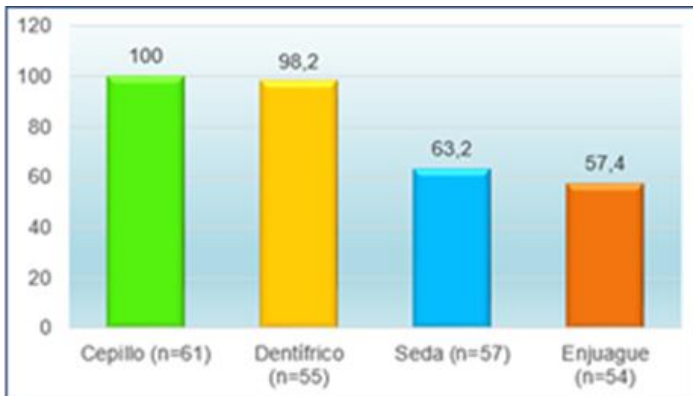
**Figura 12.** Frecuencia de cepillado.



### 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 13).

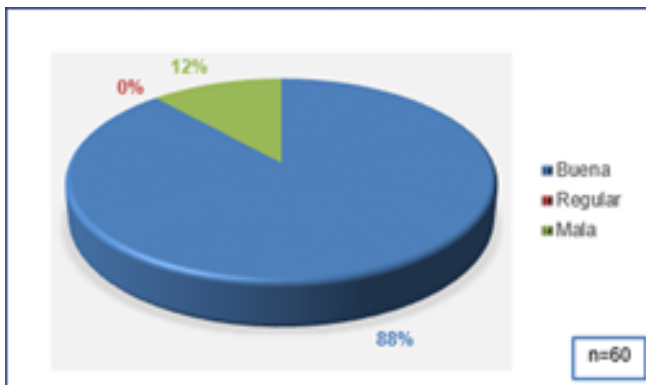
**Figura 13.** Elementos de higiene oral.



### 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 14).

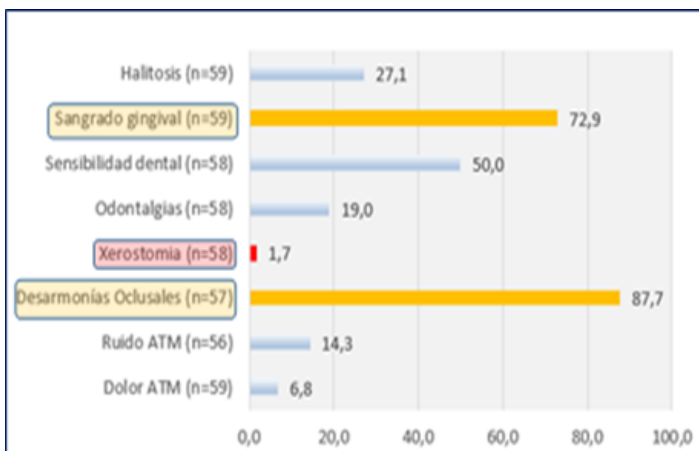
**Figura 14.** Actitud ante el tratamiento.



### 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 15).

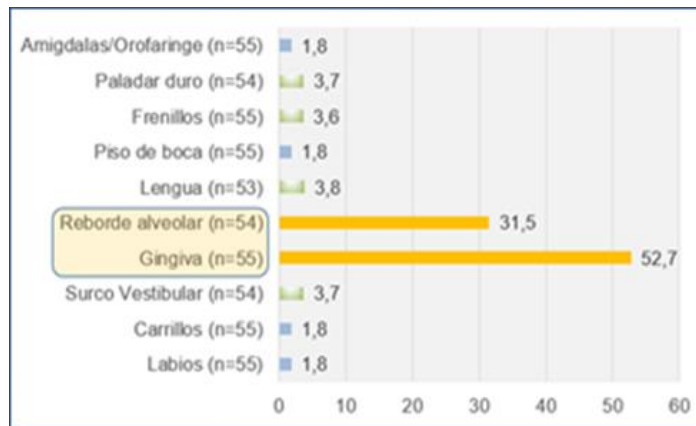
**Figura 15.** Historia estomatológica.



### 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 16).

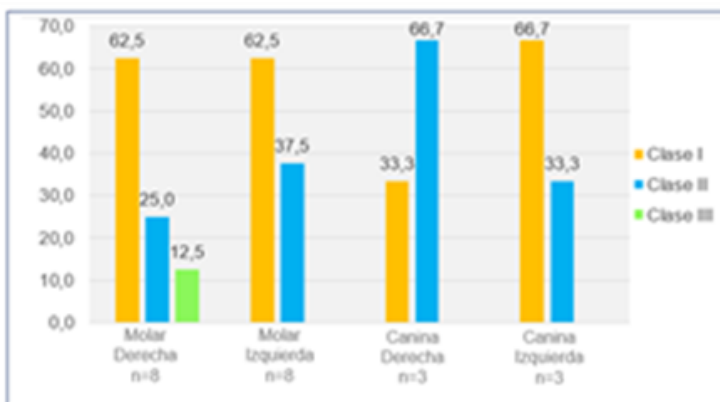
**Figura 16.** Examen físico oral.



### 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 17).

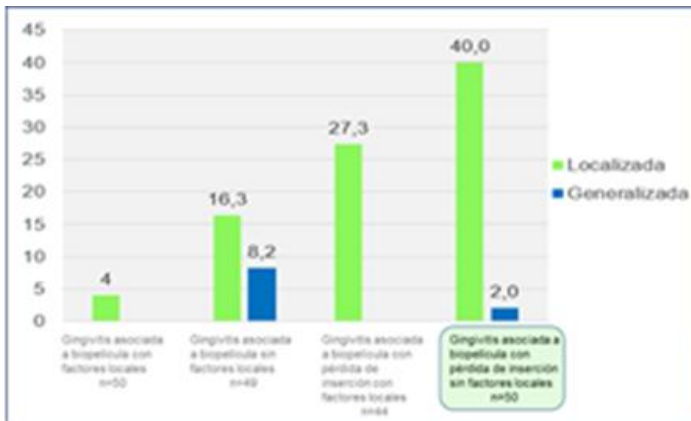
**Figura 17.** Examen dental/Armonía – Desarmonía oclusal.



## Diagnóstico periodontal

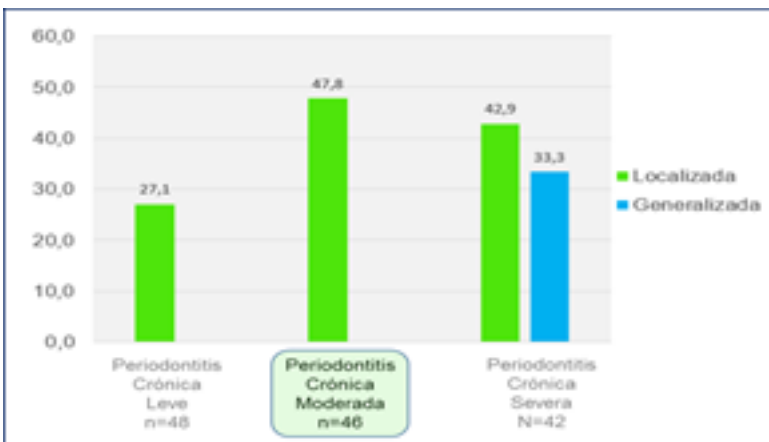
La gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada fue el diagnóstico de mayor frecuencia reportado con 40%, contrariamente el diagnóstico de menor frecuencia fue este mismo diagnóstico pero en su condición generalizada con 2%. (Figura 18).

**Figura 18.** Diagnóstico periodontal/ Gingivitis.



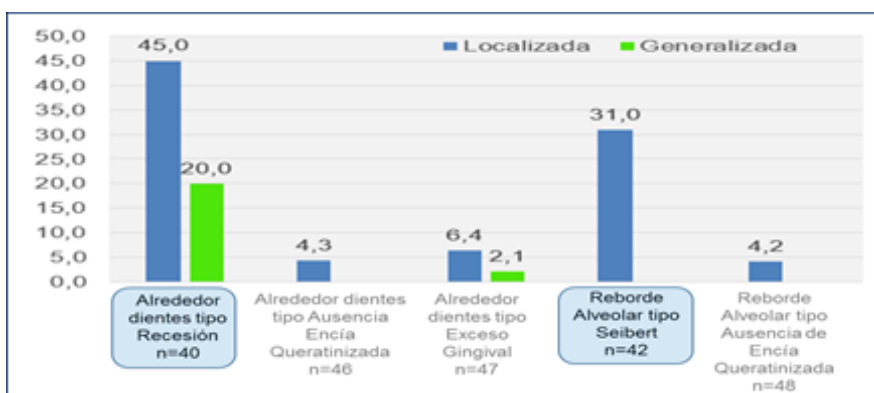
Por otra parte, la periodontitis crónica moderada localizada fue la más frecuente con 47,8%, seguida por la periodontitis crónica severa localizada con 42,9%. De manera opuesta, la periodontitis crónica leve localizada fue la periodontitis que se reportó con menor frecuencia con 27,1%. (Figura 19).

**Figura 19.** Diagnóstico periodontal/ Periodontitis.



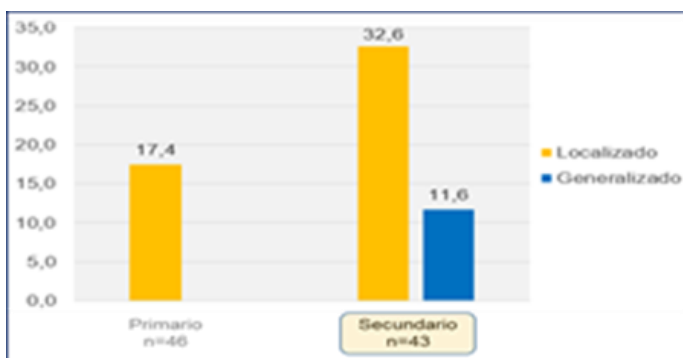
Con respecto a deformidades mucogingivales alrededor de los dientes el diagnóstico más notable fue la recesión localizada con 45%; de manera opuesta el exceso gingival generalizado fue el menor reportado con 2,1%. En relación al diagnóstico de deformidades mucogingivales del reborde alveolar el más frecuente fue tipo Seibert localizado con 31%. (Figura 20).

**Figura 20.** 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 21).

**Figura 21.** 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 BIOPELICULA 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 INSECCIÓN 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 INSECCIÓN 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 A 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 A 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 BIOPELÍCULA 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 BIOPELÍCULA 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 BIOPELÍCULA CON PERDIDA 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 BIOPELÍCULA 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

DIAGNÓSTICO - OCUPACIÓN		Empleado		Abogados		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA BIOPELÍCULA 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 BIOPELÍCULA 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
PERIODONTITI S 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
PERIODONTITI S 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 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 BIOPELÍCULA 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 BIOPELÍCULA 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 BIOPÉLÍCULA 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 BIOPELÍCULA CON PÉRDIDA 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 BIOPELÍCULA 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 BIOPELÍCULA 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 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 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 INSECCIÓN 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 BIOPÉLÍCULA CON PÉRDIDA DE INSECCIÓN 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/Usoseda dental.

DIAGNÓSTICO/SEDA DENTAL		No		Si		Total	
		n	%	n	%	n	%
GINGIVITIS ASOCIADA A 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	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	18	45,0
	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
DENTÍFRICO	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).

**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

### 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 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 hacía 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

#### 4. DISCUSIÓN

Con la base estructural de la importancia y validez de la información, recopilada en cualquier proceso relacionado con la salud y que le compete a eventos de salud pública, 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 (1998)<sup>(43)</sup>, el informe de SISVESO 2012<sup>(44)</sup>, el Estudio de Perfil Epidemiológico de la Salud bucal en México 2010<sup>(45)</sup>, Wood N. (2003)<sup>(46)</sup>, Silva - Boghossian (2009)<sup>(47)</sup> con 62%, la Primera Encuesta Nacional Chilena de Examen Dental<sup>(48)</sup> con 56,8%, el Estudio de Dho M (2010)<sup>(49)</sup> 54% y el Estudio Epidemiológico de las Enfermedades Periodontales en Pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP<sup>(50)</sup> con 65% del total de la población, la consulta fue más entre 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 (1998) y de Medina (2005), donde se concluyó que la consulta fue más frecuente entre las personas de la zona urbana. <sup>(43,51)</sup>

En este estudio con respecto a la raza el 100% de los pacientes que asistieron a la consulta reportan ser mestizos, para NHANES III<sup>(46)</sup> el 100% eran caucásicos y para Silva -Boghossian (2009)<sup>(47)</sup> el 44.3% eran blancos y el 35% de los pacientes son morenos.

En este estudio la edad agrupada que asistió con mayor frecuencia a la consulta tiene un rango entre 50 - 59 años con 31.5%, seguido de 40 - 49 años con 28.8%, en el estudio de México 2010 <sup>(45)</sup>, los adultos que con mayor frecuencia asistieron a servicios de salud estuvieron en una rango de edad entre 20 - 24 años con 15.3%, similares resultados se observaron en el estudio de Zermeño (2000)<sup>(50)</sup> en donde el principal grupo etareo estuvo comprendido entre 20 a 29 años, por el contrario Silva- Boghossian 2009<sup>(47)</sup> 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)<sup>(49)</sup>, quien concluyó que el nivel de instrucción que predominó fue la secundaria con 42.9%.

Por su parte el ENSAB III (1998)<sup>(43)</sup>, 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 Boghossian (2009)<sup>(47)</sup>, las personas con estudios menores o iguales a 8 años y mayores o iguales a 12 años, asistieron con igual frecuencia a la consulta con un 29.3%

El grado de escolaridad según el estudio de Silva - Boghossian (2009)<sup>(47)</sup>, reporta que el mayor porcentaje de pacientes que asisten a la consulta con nivel educativo de 9 - 11 años es de 41.5%, por su parte, la Primera encuesta nacional chilena de examen dental (2010)<sup>(48)</sup>, refiere que el bajo nivel de educación (< a 12 años), se dio con mayor frecuencia en el grupo poblacional de 35 - 44 años con un 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 los otros estudios 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 (1998)<sup>(43)</sup>, 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. Estos resultados concuerdan con el informe de SISVESO 2012<sup>(44)</sup>, el cual reporta que 45,2% de la población se encuentra en el régimen de aseguramiento contributivo y el 38,8% en el subsidiado.

En cuanto a la fecha de la última visita odontológica este estudio reportó que los pacientes asistieron en un periodo de tiempo menor a 6 meses 72,7%, mientras que en el ENSAB III (1998)<sup>(43)</sup>, el 39% de la población estudiada realizó la última consulta al odontólogo hace más de una año y el 55,2% la hizo en el último año, finalmente para el SISVESO (2012)<sup>(44)</sup> 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 un 29.9%, seguida por rehabilitación con 19.5%, movilidad dental con 10.4%, dolor dental con 7.8% y limpieza 3,9%, lo cual no se relaciona con los datos arrojados por el ENSAB III (1998)<sup>(43)</sup>, donde los principales motivos de consulta fueron urgencias 39%, revisión o examen 29%, obturaciones 15% y limpieza 9%.

Relacionando el motivo de consulta limpieza con grupo etario, el ENSAB III (1998)<sup>(43)</sup>, presentó mayor porcentaje para 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<sup>(46)</sup>. 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 y 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<sup>(52)</sup>; 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 UNICOC no pregunta de manera directa este hábito, mientras que para el estudio de Silva - Boghossian (2009)<sup>(47)</sup> los fumadores representaron el 27,5% de la población. El ENSAB III (1998)<sup>(43)</sup>, no hace referencia a este hábito.

En cuanto al antecedente sistémico de diabetes mellitus en este estudio se reportó una frecuencia de 1,5%, mientras que 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%.<sup>(53)</sup> 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.

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%, lo cual permite comparar estos resultados con los reportados por la revista colombiana de cardiología en la cual se define la hipertensión arterial como una enfermedad de alta prevalencia con un rango entre 10 a 73%<sup>(54)</sup>.

Respecto a la higiene oral, el informe del SISVESO 2014<sup>(55)</sup>, realizado en Bogotá con una muestra total de 132 paciente, según 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)<sup>(49)</sup>, 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<sup>(55)</sup>, en cuanto a que el menor porcentaje de la población reporto buena higiene oral con 15,9% y para este estudio fue de 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 (1998)<sup>(43)</sup>, el 98,4% de la población manifiesta que utiliza el cepillo dental y con respecto a la crema dental reportan un uso de 98,4%, en menor porcentaje utilizan seda dental con 37,4% y enjuague bucal 16,5%. De manera similar para los pacientes analizados en este estudio el uso de la crema dental fue reportado en un 98,2% mientras que el uso de la seda dental fue del 63,2% y el enjuague bucal 57,4%, evidenciando un incremento considerable con respecto a los resultados del ENSAB III (1998).

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) <sup>(49)</sup>

quien reporta que 63% cepilla sus dientes 3 veces diariamente y el 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 de la ATM con 14,3%, mientras que Zacca en su artículo: Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998 (2001)<sup>(56)</sup>, 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 el 20,3%, seguido de la provincia Habana con 19,3 %.

En cuanto a la revisión intraoral, este estudio muestra 1.8% de alteraciones en los labios y en la lengua con 3.8%, en comparación con el estudio de perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010<sup>(45)</sup>, el cual reporta enfermedades de la lengua en un 1.1% y enfermedades de los labios con 0.8%.

Dho M., (2010)<sup>(49)</sup>, afirma que el 95% de la población presento gingivitis, por el contrario Zermeño (2000)<sup>(50)</sup>, concluyó que tan solo el 18.3% presento 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<sup>(45)</sup> 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 (1998), 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<sup>(43)</sup>, sin embargo, en el estudio de Zacca (2001)<sup>(56)</sup> 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<sup>(45)</sup> 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) <sup>(50)</sup>, encontró que el 15% de la muestra presento periodontitis crónica leve, el 7,5% periodontitis moderada y el 2,5% periodontitis avanzada. En este estudio el diagnóstico más frecuente fue la periodontitis crónica moderada localizada con 47,8%.

Haciendo referencia a enfermedad periodontal y edad, en el SISVESO 2012 <sup>(44)</sup>, 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 en edades entre los 40 y 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<sup>(45)</sup> el grupo de edad con mayor

porcentaje de gingivitis fue el de 50 - 64 años con 55,6%, seguido de 35 a.49 años con 54,2%, en contraste Zermeño (2000),<sup>(50)</sup> afirmó que el 44,6 % de los pacientes con edades entre 10 a 19 años presentaron gingivitis moderada, el 27% gingivitis severa, seguido del 27% entre edades de 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 y 49 años con 63,6%, en contraste, el SISVESO 2012<sup>(44)</sup> reportó 6,3% de periodontitis para un total de 609 casos, los cuales fueron más frecuentes en grupos de edades entre 45 - 49 años, seguido por pacientes entre 40 – 44 años, mientras que en el Estudio de Perfil Epidemiológico de la Salud bucal en México 2010<sup>(45)</sup> se observó que el 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 observó Zermeño (2000) <sup>(50)</sup> en un rango entre 60 a 69 años, ya que el 50% de su muestra presento 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 la Primera Encuesta Nacional Chilena de Examen Dental <sup>(48)</sup>, 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) <sup>(47)</sup> 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 comparado con los pacientes mayores. Según el estudio de Dye (2012) <sup>(57)</sup>, 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, 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 edades mayores a 75 años seguido del 14,3% para los de 65 a 74 años. Esto coincide con los resultados de Bertoldi (2013) <sup>(58)</sup>, 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<sup>(44)</sup>, quienes presentaron mayor prevalencia de gingivitis fueron las mujeres durante el primer semestre de 2012 con 74%. Por otra parte, Zermeño 2000<sup>(50)</sup> afirma que la gingivitis leve fue de 19,6 % para las mujeres, seguido de gingivitis moderada 37,3%, mientras que la gingivitis severa se presentó más en los hombres con 28.5% en comparación con 22,1% en las mujeres.

En la Primera Encuesta Nacional Chilena de Examen Dental <sup>(48)</sup>, se encontró un incremento de destrucción periodontal con mayor porcentaje de pérdida de inserción clínica para hombres en comparación con las mujeres, a su vez Silva -

Boghossian (2009) <sup>(47)</sup> concluye que no observó diferencias en cuanto a severidad de la enfermedad periodontal o pérdida de inserción clínica, con respecto al género. Medina (2005) <sup>(51)</sup> mostró similitud con respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal entre mujeres y varones tanto del área rural como del área urbana. Para el estudio de Zermeño 2000<sup>(50)</sup> 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) <sup>(58)</sup>, no encontró ninguna relación entre el género y la enfermedad periodontal.

En cuanto a la raza Silva - Boghossian (2009)<sup>(47)</sup> define que los pacientes morenos fueron asociados únicamente con pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5mm; sin embargo, Borrell (2005)<sup>(59)</sup>, 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 relación 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 historia clínica 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 con los siguientes diagnósticos cada uno: gingivitis asociada a

biopelícula sin factores locales contribuyentes localizada, otro paciente presentó gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada y 2 pacientes con diagnóstico de periodontitis crónica severa, uno en su condición localizada y otro de manera generalizada.

Wood N. (2002) <sup>(46)</sup>, 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) <sup>(58)</sup>.

Con respecto al grado de escolaridad Silva - Boghossian (2009)<sup>(47)</sup> encontró mayores porcentajes de frecuencia de los siguientes indicadores periodontales : pérdida de dientes, sangrado al sondaje, placa supragingival y pérdida del nivel de inserción clínica mayor o igual a 5 o mayor igual a 7 mm para las personas que tuvieron acceso a la educación por un periodo menor a 12 años, 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 preexistente 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, mientras que para los profesionales se encontró diagnóstico de gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción preexistente con factores locales contribuyentes localizada en un 27.3%, con 3 casos de un total de 11, a su vez, la periodontitis crónica moderada localizada se

evidencio en 6 casos de un total de 11, para un total de 54,5%, lo cual coincide con los estudios reportados anteriormente.

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 para 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 la Primera Encuesta Nacional Chilena de Examen Dental <sup>(48)</sup>, en donde se afirma que los fumadores tienen promedio significativo de profundidad al sondaje y pérdida de inserción clínica mayor o igual a 6 mm en comparación con los no fumadores, de igual manera Silva - Boghossian (2009)<sup>(47)</sup> afirmó que los pacientes fumadores tienen mayor pérdida de inserción clínica  $\geq 5$  o  $\geq 7$  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 la Primera Encuesta Nacional Chilena de Examen Dental <sup>(48)</sup>, en donde se

encontró que los pacientes que reportaron ser diabéticos presentaron mayor relación con la pérdida de inserción clínica, como con en el estudio de Dye (2012)<sup>(57)</sup> quien afirma que en el informe de referencia sobre Salud Bucal en América se llegó a la conclusión de que las personas con diabetes tenían un mayor riesgo de enfermedad periodontal, lo cual coincide con las conclusiones del estudio de Bertoldi (2013)<sup>(58)</sup>.

En segundo lugar con respecto a los antecedentes sistémicos, este estudio reportó según datos de la historia clínica 6 pacientes con hipertensión arterial, 5 de los cuales cada uno de ellos tenía uno de los siguientes diagnósticos: periodontitis crónica severa localizada, periodontitis crónica severa generalizada, periodontitis crónica moderada localizada, gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes localizada y gingivitis asociada a biopelícula con pérdida de inserción pre existente sin factores locales contribuyentes generalizada, esto podría atribuirse a la afirmación que presenta Dye (2012)<sup>(57)</sup> quien describe que otros factores sistémicos potenciales asociados con la periodontitis son las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión que son enfermedades crónicas que se caracterizan por la inflamación sistémica subyacente. Asu vez Bertoldi (2013)<sup>(58)</sup> observó aumento de enfermedad periodontal con el aumento de la presión diastólica y sistólica.

En relación a los hábitos de higiene oral, los resultados de este estudio muestran que para los pacientes que refirieron buena higiene oral el diagnóstico más frecuente fue la 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)<sup>(47)</sup> 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 (1998)<sup>(43)</sup> afirma que existe similitud de uso de cepillo entre todos los grupo etarios estudiados, siendo ligeramente superior el uso en pacientes entre 18 a 24 años con 99,5 %, de manera similar este estudio reporto el uso del 100% del cepillo de dientes en los grupos etarios estudiados. Para este estudio los grupos poblacionales que usaron con mayor frecuencia el dentífrico están entre los de 20 a 29 años, 30 a 39 años, 59 a 59 años y mayor a 60 años con 100%, mientras que el ENSAB III (1998)<sup>(43)</sup> reportó mayor frecuencia de uso del dentífrico 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 (1998)<sup>(43)</sup> 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)<sup>(49)</sup>, 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 (1998)<sup>(43)</sup> 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 (1998)<sup>(43)</sup> 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 (1998)<sup>(43)</sup> 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 (1998)<sup>(43)</sup> por su parte evidenció un 43,2% de uso para este mismo género. En relación con el uso del enjuague bucal, en este estudio se observó mayor frecuencia por parte de las mujeres con 64,5%, lo cual coincide con el ENSAB III (1998)<sup>(43)</sup> 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, la Primera Encuesta Nacional Chilena de Examen Dental (2010)<sup>(48)</sup>, 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, la Primera Encuesta Nacional Chilena de Examen Dental (2010) <sup>(48)</sup>, afirma que la mayor frecuencia de este hábito se encuentra en la edad comprendida entre los 35 a los 44 años con 61,2% de frecuencia, de manera diferente según la información registrada en las historias clínicas, en este estudio se encontró 12,5% de frecuencia de hábito de tabaquismo en la edad comprendida entre los 30 a 39 años.

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

## 5. 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.

## **6. 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.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 selescted 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. Casals-Peidro E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE* 2005; 10(4):389-401.
11. Fisher et al. Prevalence of Caries or Periodontal Pathology on Third Molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70: 1016-22.
12. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol* 1978; 5: 133-51
13. Richard G. Watt y Valeria C. Marinho. ¿La promoción de la salud bucal mejora la higiene bucal y la salud gingival? *Periodontology 2000 (Ed Esp)*, Vol. 13, 2006, 35-47
14. Kye W, Davidson R, Martin J, Engebretson S. Current status of periodontal risk assessment. *J Evid Base Dent Pract* 2012; S1: 2-11.
15. Sabbah W, Tsakos G, Sheiham A, Watt AG. The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 298–303.
16. Cecchinato D, Parpaiola A, Lindhe J. A cross-sectional study on the prevalence of marginal bone loss among implant patients. *Clin. Oral Impl. Res.* 2013; 24: 87–90.

17. Mir-Mari J, Mir-Orfila P, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, Gay-Escoda C. Prevalence of peri-implant diseases. A cross-sectional study based on a private practice environment. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 490–94.
18. Koldslund OC, Scheie AA, Aass AM. Prevalence of peri-implantitis related to severity of the disease with different degrees of bone loss. *J Periodontol* 2010; 81: 231-38.
19. Albandar JM. Epidemiology and risk factors of periodontal diseases. *Dent Clin N Am* 2005; 49: 517–32.
20. Donsberger CL, Piribauer F. Evidence-based rationale supports a national periodontal disease screening program. *J Evid Base Dent Pract* 2007;7:51-59.
21. Pulido M, González F, Rivas F. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública* 2;2011; 13(5):844-52.
22. Marsh P, Moter A & Deirdre D. Dental plaque biofilms: Communities, conflict and control. *Periodontology* 2000, vol. 55, 2011, 16–35.
23. Armitage GC, Robertson PB. The biology, prevention, diagnosis and treatment of periodontal diseases - Scientific advances in the United States. *JADA* 2009; 140(9):36S-43S.
24. Wolf DL, Lamster IB. Contemporary concepts in the diagnosis of periodontal disease. *Dent Clin N Am* 2011; 55: 47–61.

25. Douglas CW. Risk assessment and management of periodontal disease. JADA 2006; 137(11): 27-32.
26. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontology 2000, 2012; 60: 15–39.
27. Gálvez Vargas R, Rodríguez Contreras Pelayo R, Teoría de la causalidad en epidemiología, caap: 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.
28. Bartold P Mark, Narayanan A. Sampath. Molecular and cell biology of healthy and diseased periodontal tissues, periodontology 2000, 2006; 40: 29-49.
29. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral 2010; 3(2): 94-99.
30. Pihlstrom BI. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. Periodontology 2000, 2001; 25: 37–58.
31. Boehm TK, Scannapieco FA. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. JADA 2007; 138(9): 26 - 33.
32. Lamster IB. Antimicrobial mouthrinses and the management of periodontal diseases-Introduction to the supplement. JADA 2006; 137(11): 5 - 9.

33. Melcher A. H, on the repair potential of periodontal tissues, J periodontol, May 1976; 47: 5: 256-60.
34. Nyman S., Lindhe J., Karring T., Rylander H. New attachment following surgical treatment of human periodontal disease. J Clin Periodontol 1982; 9: 290-96.
35. Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Bascones-Martínez A. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Av Periodon Implantol. 2008; 20, 1: 27-37.
36. Dye BA. Global periodontal disease epidemiology. Periodontology 2000, 2012; 58: 10–25.
37. Carlos JP, Wolfe MD and Kingman A. The extent and severity index: a simple method for use in epidemiologic studies of periodontal disease. J Clin Periodontol 1986; 13: 500-05.
38. Albandar JM, Kingman A, Brown LJ, Löe H: gingival inflammation and subgingival calculus as determinants of disease progression in early-onset periodontitis. J Clin Periodontol 1998; 25: 231-237.
39. Holtfreter B, Schwahn Ch, Biffar R, Kocher Th. Epidemiology of periodontal diseases in the study of health in Pomerania. J Clin Periodontol 2009; 36: 114–23.

40. Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Bascones-Martínez A. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. *Av Periodon Implantol.* 2008; 20, 1: 27-37.
41. Position paper. *Epidemiology of Periodontal Diseases.* *J Periodontol* 2005; 76: 1406-19.
42. Resolución 1995 del Ministerio de Salud. (jul. 08, 1999).
43. Encuesta nacional de salud bucal. ENSAB III, 1998.
44. SISVESO. Bogotá D.C enero a junio de 2012.
45. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010.
46. Wood N, Johnson RB, 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.
47. 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.

48. 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.
49. 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.
50. Zermeño J. Hernandez H., Castillo M., Carrillo J. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP.2000;(6):205-13.
51. Medina C.,Cerrato J.,Herrera M. Perfil epidemiológico de la caries y enfermedad periodontal en Nicaragua, Universitas, 2007;1 (1): 39-46.
52. 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.
53. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en colombia. Av Diabetol. 2010; 26: 95-100.
54. 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
55. SISVESO. Bogotá D.C. Bogotá, Localidad de La Candelaria. 2014.

56. 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.
57. Dye Bruce. Global periodontal disease epidemiology. Periodontology 2000, Vol. 58, 2012, 10–25.
58. 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
59. 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.