



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGIA CONSERVADORA**  
**ÁREA DE PERIODONCIA**

**PRÁCTICAS REALIZADAS POR ODONTÓLOGOS EN CHILE PARA  
EXAMINAR Y TRATAR LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.**

**Francisca Paz Muñoz Zelada**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

**CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL**

**Dra. Paola Carvajal**

**TUTORES ASOCIADOS**

**Dra. Daniela Reinero**

**Dr. Alessandro Gandolfo**

**Adscrito a Proyecto “Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de  
odontólogos no especialistas en periodoncia. Estudio multicéntrico”.**

**Santiago - Chile**

**2023**





**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGIA CONSERVADORA**  
**ÁREA DE PERIODONCIA**

**PRÁCTICAS REALIZADAS POR ODONTÓLOGOS EN CHILE PARA  
EXAMINAR Y TRATAR LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.**

**Francisca Paz Muñoz Zelada**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**  
**REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE**  
**CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL**

**Dra. Paola Carvajal**

**TUTORES ASOCIADOS**

**Dra. Daniela Reinerio**

**Dr. Alessandro Gandolfo**

**Adscrito a Proyecto “Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal  
de odontólogos no especialistas en periodoncia. Estudio multicéntrico”.**

**Santiago - Chile**

**2023**

## **AGRADECIMIENTOS.**

En primera instancia agradecer a la Dra. Paola Carvajal, Dra. Daniela Reinero y Dr. Alessandro Gandolfo por el tiempo y la paciencia que me tuvieron durante todo el proceso.

También mencionar a los funcionarios/as de la facultad que hicieron que el paso por las clínicas fuera más amigable, sobre todo al Pato, Pablo y a la Glorita.

Así mismo no podía dejar de mencionar a mis compañeras del colegio, los de Bachillerato, los de Odontología y las de Scout que me han acompañado todos estos años y han hecho mis días más felices.

Y por último, pero no menos importante, a mi familia que me lo ha dado todo y más para poder lograr todos mis objetivos y todas las locuras que se me han ocurrido en el camino. Pero por sobre todo le agradezco con todo mi corazón a mi mamá y a mi hermana que son mi todo, mi OHANA. Ellas me han tenido que soportar en mis peores momentos de mal humor e idiotez, que no se los recomiendo a nadie; y han estado siempre a mi lado poniendo los dos hombros si era necesario para salir adelante. Les agradezco infinito.

Y agradezco al cielo por recibir a mi Lela, que no alcanzó a que nos jubiláramos juntas, pero ya nos volveremos a juntar.

¡Gracias totales! Lo comido y lo bailado no me lo quita nadie.

# ÍNDICE

1) RESUMEN .....	6
2) MARCO TEÓRICO .....	8
2.1) Prácticas en Odontología .....	8
2.2) Enfermedades Periodontales .....	9
2.3) Examinación y diagnóstico de los tejidos periodontales .....	12
2.4) Prevalencia de enfermedades periodontales en Chile .....	15
2.5) Tratamiento de las enfermedades periodontales .....	17
3) HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	22
4) METODOLOGÍA .....	23
5) RESULTADOS .....	32
6) DISCUSIÓN .....	54
7) CONCLUSIONES .....	60
8) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
9) ANEXOS .....	68

## RESUMEN.

**Introducción:** Las enfermedades periodontales son un problema de salud pública. Dada la alta prevalencia de estas patologías en la población chilena, es significativo que los odontólogos refuercen los cuidados periodontales, enfocándose en acciones para prevenir el inicio y su progresión. El objetivo de este estudio fue determinar las prácticas realizadas por odontólogos no especialistas en periodoncia en Chile para examinar y tratar enfermedades periodontales.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal de tipo descriptivo. Se envió vía mail una invitación a los odontólogos colegiados, para responder un cuestionario sobre la exploración de barreras y facilitadores para la valoración periodontal, dispuesto en la plataforma GoogleForms®. Su participación fue voluntaria y anónima. Se consolidó la información en una planilla Excel. El análisis exploratorio se realizó mediante el software Stata v13.

**Resultados:** La muestra se conformó de 221 odontólogos. Un 64,7% declara evaluar siempre los tejidos periodontales, pero solo un 14.5% utiliza siempre sonda periodontal (principalmente tipo Carolina del Norte). Por otro lado, los principales procedimientos que se realizan en un paciente con gingivitis son la instrucción de higiene oral (IHO), destartraje supragingival y profilaxis; mientras que en un paciente con periodontitis son IHO y destartraje supra y subgingival, a pesar de que la opción de pulido y alisado radicular estaba presente en el cuestionario. Además, el 33,9% de los encuestados realiza la reevaluación periodontal y los principales parámetros que utilizan son sangrado al sondaje, características clínicas visuales y profundidad de sondaje.

**Conclusiones:** Los odontólogos reportan realizar la evaluación de los tejidos periodontales durante el examen clínico, sin embargo la utilización de sonda periodontal no es un procedimiento de rutina. Los procedimientos más frecuentes que son realizados para el tratamiento de los problemas periodontales son la

instrucción de higiene oral, destartraje supragingival y profilaxis. Los resultados de este estudio contribuyen al conocimiento y comprensión de las diferentes prácticas en cuanto al examen y tratamiento de enfermedades periodontales, con lo cual se podrán generar recomendaciones que aporten a su control.

## MARCO TEÓRICO.

- **Prácticas en Odontología:**

De acuerdo con la Real Academia Española, cuando se habla de 'prácticas', se refiere al acto de ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado, y/o ejercer algo continuamente, es decir, ejecutar, hacer, llevar a cabo (ASALE, 2022).

Específicamente, la práctica odontológica está constituida primariamente por un grupo de personas que realizan actividades comunes, como una ocupación de dedicación permanente; ocupación que sirve como actividad de lucro y/o subsistencia a las personas que la ejercitan. Al igual que las otras prácticas sanitarias, actúa en representación del Estado en las instituciones de los servicios permitidas y modeladas por la sociedad (Payares, 1997).

Las acciones profesionales deben efectuarse en el instante de cada proceso patológico para llevar a cabo las actividades clínicas indicadas para ese momento específico, y así evitar que el problema se aborde en la última etapa de la enfermedad (López, 2013). Por esta razón, la formación de los odontólogos ha dedicado grandes esfuerzos hacia la construcción de una práctica más integral, en correspondencia con la complejidad del paciente en cuestión (Payares, 1997).

De esta forma, la atención y práctica odontológica no sólo debe solucionar el padecimiento con una perspectiva curativa, sino que también debe tener en cuenta la realidad social y económica del paciente, logrando una mirada biopsicosocial para generar un ambiente sanitario que propicie la forma de atender, pensar y planear la atención de manera integral (Canseco y Jarillo, 2018).

La práctica profesional de la odontología no debe ser considerada como un fin, sino como el medio cuya finalidad sea realmente la de cuidar la salud bucal de la

sociedad. Basándose en el conocimiento científico para explicar y orientar las acciones del odontólogo (López, 2013).

- **Enfermedades Periodontales:**

Comprenden patologías inflamatorias que afectan de manera progresiva a la encía, hueso alveolar, cemento radicular y ligamento periodontal, es decir, estructuras de protección y soporte del diente. El inicio de las enfermedades periodontales es a través de una disbiosis del microbioma oral del huésped, que interactúa con el sistema inmune del mismo, lo que provoca inflamación y destrucción de los tejidos periodontales. La severidad de la enfermedad periodontal depende de factores ambientales y de riesgo del hospedero (Kinane y cols., 2017; Chapple y cols., 2018).

Asimismo, las enfermedades periodontales comprenden las patologías gingivales y la periodontitis, las cuales cobran relevancia ya que podrían provocar la pérdida de dientes y conducir hacia un estado de mayor inflamación sistémica (Kinane y cols., 2017; Herrera y cols., 2018).

Las patologías gingivales son lesiones inflamatorias que permanecen contenidas dentro de la encía y no se extienden más allá de la unión mucogingival y periodonto de inserción (cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar). Es una enfermedad reversible si es que son controlados los niveles de la biopelícula microbiana, a través de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas (Chapple y cols., 2018; Murakami y cols., 2018; Trombelli y cols., 2018). Sus signos clínicos son cambio de color y textura en el margen gingival, y sangrado al sondaje (Lindhe's, 2022).

La actual clasificación descrita el año 2017 en el Workshop organizado por la Federación Europea de Periodoncia (FEP) y la Academia Americana de Periodoncia (AAP) mundial de periodoncia, divide las patologías gingivales en dos, la gingivitis inducida por biopelícula oral y las enfermedades gingivales no inducidas por

biopelícula oral. Esta última mencionada, comprende una amplia gama de condiciones no causadas por la biopelícula oral, por lo que no se resuelven al realizar profilaxis o el destartraje correspondiente (Holmstrup y cols., 2018). La gingivitis inducida por biopelícula oral, según la nueva clasificación, es la respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales debido a la acumulación de placa bacteriana supra y subgingival (Murakami y cols., 2018). Ésta puede ocurrir en periodonto intacto o en periodonto reducido en paciente sin periodontitis, además puede ser mediada por factores de riesgo sistémicos (ejemplo: tabaquismo, hiperglicemia, hormonas sexuales, entre otras) y por factores de riesgo locales (ejemplo: factores retentivos de biopelícula y sequedad bucal) (Chapple y cols., 2018; Herrera y cols., 2018; Murakami y cols., 2018; Trombelli y cols., 2018).

Desde la prevención, se debe considerar que la gingivitis es el proceso inicial de toda periodontitis (Chapple y cols., 2018; Murakami y cols., 2018), por lo que su tratamiento oportuno y el control de la inflamación es una estrategia preventiva primaria de la periodontitis (Herrera y cols., 2018; Murakami y cols., 2018).

De igual forma, la actual clasificación, describe la periodontitis como una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial que se caracteriza por la pérdida de soporte del tejido periodontal debido a la inflamación, que se manifiesta a través de la pérdida de inserción clínica y pérdida ósea alveolar valorada radiográficamente, presencia de sacos periodontales y sangrado gingival (Papapanou y cols., 2018; Tonetti y cols., 2018). Se ha determinado que la periodontitis no presenta una progresión lineal si no que puede permanecer en remisión o en periodos de exacerbación, sin embargo, es posible controlarla con éxito y así conservar los dientes el mayor tiempo posible (Chapple y cols., 2018).

Se determina que un paciente presenta periodontitis cuando clínicamente presenta por lo menos una de las siguientes características:

1. Pérdida de nivel de inserción clínica (NIC) interproximal detectable en 2 o más dientes no adyacentes.
2. Pérdida de NIC vestibular de 3 milímetros o mayor, con profundidad al sondaje de 3 milímetros o más en dos o más dientes (Herrera y cols., 2018; Tonetti y cols., 2018; Papapanou y cols., 2018).

La actual clasificación agrupa la periodontitis en 3 formas diferentes: periodontitis necrosante, periodontitis como manifestación directa de enfermedades sistémicas y periodontitis. (Herrera y cols., 2018; Papapanou y cols., 2018).

De manera complementaria, es importante destacar que las enfermedades periodontales se han convertido en un importante problema de salud pública por su alta prevalencia (Papapanou y cols., 2018; Carvajal, 2016).

Los efectos de la periodontitis no se centran solamente en la cavidad oral, más bien afecta a todo el cuerpo debido a la diseminación hematógica de bacterias y productos bacterianos, y a la producción de mediadores inflamatorios generados debido a la inflamación periodontal. Mediante estos mecanismos la periodontitis interactúa y puede contribuir a la patogenia de enfermedades crónicas no transmisibles tales como la diabetes, aterosclerosis, artritis reumatoide, infecciones pulmonares, problemas nutricionales, entre otras (Tonetti y cols., 2017; Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2021).

Es importante destacar que las enfermedades periodontales afectan negativamente el control glicémico en pacientes que presentan diabetes, generando resultados adversos y complicaciones en diabéticos (Falcao y Bullón, 2019).

Diferentes estudios aseguran que el tratamiento de la periodontitis, específicamente el pulido y alisado radicular, tiene impacto en la reducción de la inflamación sistémica y en el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2, en otras palabras, el tratamiento periodontal ayudaría a reducir las complicaciones y mejorar la salud de estos pacientes (Baeza y cols., 2020; Falcao y Bullón, 2019). De igual

forma, el tratamiento de las enfermedades periodontales ayuda en la disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares ya que, logra el control de biomarcadores (marcadores inflamatorios y trombóticos, moléculas de adhesión y la función vascular) asociados a eventos cardiovasculares patológicos (Falcao y Bullón, 2019).

Las enfermedades periodontales también tienen implicancia en las embarazadas, pudiendo provocar resultados adversos en el embarazo, tales como una disociación de la unidad feto-placentaria debido a los mediadores inflamatorios de origen periodontal. Además, se debe mencionar que hay una relación positiva entre periodontitis, parto prematuro y bajo peso al nacer, por lo que las gestantes deben ser informadas y educadas sobre la importancia de su salud oral y los riesgos que pueden presentar por la periodontitis (Opacic y cols., 2019).

De forma similar, las enfermedades respiratorias también tienen relación con las enfermedades periodontales. Hay evidencia que el tratamiento de las enfermedades periodontales en conjunto con una buena higiene oral resulta en una disminución significativa del 40% en la incidencia de neumonías adquiridas en los hospitales. Así mismo, una mejor salud oral reduce la aparición y progresión de la neumonía asociada al ventilador (Falcao y Bullón, 2019).

- **Examinación y diagnóstico de los tejidos periodontales**

Examinación se entenderá como “acción y efecto de inquirir, investigar, escudriñar con diligencia y cuidado algo” (RAE. (s/f)), en otras palabras, en el presente trabajo se comprende como el examen de los tejidos periodontales ya sea a través de mecanismos visuales o de exploración con el instrumental que cuente el odontólogo.

Por otro lado, la definición de diagnóstico es; “La determinación de la naturaleza de una enfermedad o condición, o la distinción de una enfermedad o condición de

otra. La evaluación se puede realizar mediante un examen físico, pruebas de laboratorio o similares” (Mesh-NCBI (s/f).), es decir, la recolección y análisis de datos para alcanzar una clasificación o nombre específico de una enfermedad.

En lo que a las enfermedades periodontales respecta, existen parámetros clínicos utilizados para el examen y diagnóstico de los tejidos periodontales y permitir determinar salud o enfermedad de éstos. Estas cuantificaciones servirán para realizar un correcto diagnóstico y para tomar decisiones sobre el tratamiento que necesita el paciente.

Para realizar un buen examen y tener un diagnóstico certero, se debe realizar una completa anamnesis y examen clínico de los tejidos periodontales, evaluando parámetros tales como: Sangrado al Sondaje (SS), Profundidad al Sondaje (PS), nivel de inserción clínica (NIC), pérdida ósea radiográfica, número de dientes perdidos por periodontitis, factores locales, movilidad dental, compromiso de furca, complejidad de rehabilitación, entre otras. (Papapanou y cols., 2018; SEPA. Sociedad Española de periodoncia y osteointegración, 2017).

Para estimar la presencia, extensión y severidad de la inflamación gingival se utilizan métodos cualitativos e índices semicuantitativos basados en la interpretación visual y táctil de las características gingivales (Trombelli y cols., 2018). Actualmente, se recomienda evaluar la presencia de inflamación gingival clínica mediante el índice de sangrado al sondaje (SS) (Trombelli y cols., 2018; Herrera y cols., 2018). Es un índice dicotómico, calculado como la proporción de zonas sangrantes al sondear con una fuerza controlada en el extremo apical del surco en 6 sitios por diente (mesiovestibular, vestibular, distovestibular, mesiolingual, lingual, distolingual) (Herrera y cols., 2018; Caton y cols., 2018).

Para hacer una examinación rápida y sencilla de los tejidos periodontales se recomienda la implementación del Examen Periodontal Básico (EPB) que ha sido desarrollado para vigilar el estado de los tejidos periodontales y factores locales

como restauraciones desbordantes y presencia de cálculo dental, además de valorar las necesidades de tratamiento y posible derivación a especialista (SEPA, 2017; Allen, 2015).

Es importante mencionar que este examen tiene la ventaja de resumir la situación periodontal de una manera útil para comunicarse con los otros odontólogos y con los mismos pacientes, pero debe usarse solo para detección precoz de la necesidad de tratamiento y posibilidad de derivación al especialista de manera oportuna, y no como método diagnóstico (Papapanou y cols., 2018; SEPA. Sociedad Española de periodoncia y osteointegración, 2017).

Igualmente se utiliza el parámetro de pérdida ósea radiográfica, en el cual se emplean radiografías para aportar información de la altura y configuración del hueso alveolar interproximal. En las radiografías se debe buscar cambios radiográficos que están asociados con patología ósea periodontal, es decir, pérdida de la continuidad de las corticales y crestas óseas, pérdida de la altura ósea y formación de defectos óseos, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, radiolucidez en zona apical y de furcación (Botero y Bedoya, 2010). Además, la profundidad al sondaje, sumado a el número de dientes perdidos por periodontitis y factores locales pueden complejizar el tratamiento, por ejemplo, el compromiso de furca (progresión de la enfermedad periodontal alrededor de los dientes de múltiples raíces, afectando las estructuras de soporte del área de la furca. Los grados de furcación se pueden clasificar con una sonda Nabers) (Hamp y cols., 1975; Lindhe's, 2022), también la movilidad dental patológica (movilidad incrementada a la fisiológica de los dientes. Se evalúa mediante la utilización de dos instrumentos metálicos y aplicando presión en sentido vestíbulo – lingual o palatino, donde se pueden obtener grados de movilidad según los milímetros de movimiento en sentido horizontal y vertical (Ministerio de Salud, 2017; Lindhe's, 2022), estando relacionada con la severidad de la pérdida de inserción) complejidad de rehabilitación (ejemplo: disfunción masticatoria, colapso de la mordida, traumatismo oclusal secundario, etc.) entre otras (Botero y Bedoya, 2010; Papapanou y cols., 2018; Lindhe's, 2022).

Una vez recolectada la mayor información posible según cada paciente se llega finalmente a un diagnóstico para así realizar el tratamiento óptimo para el tipo de patología que presenta el paciente.

Si al evaluar y valorar el SS, PS y NIC, no se presenta pérdida de NIC, se obtiene un diagnóstico de Gingivitis, la cual se puede describir como localizada o generalizada (Chapple y cols. 2018; Murakami y cols., 2018; Trombelli y cols., 2018).

En cambio, si el paciente luego de evaluar y valorar el SS, PS y NIC, presenta pérdida de NIC, se debe proceder examinar más en profundidad los tejidos periodontales utilizando todos los parámetros de destrucción periodontal, llegando a un diagnóstico final; primero definiendo la etapa (entre la I y la IV, según la gravedad y complejidad de la enfermedad), luego se describe la extensión de la etapa de la enfermedad y se termina determinando el grado (entre A, B o C, según el riesgo o evidencia de progresión y riesgo potencial de impacto sistémico de la periodontitis del paciente) (Herrera y cols., 2018; Papapanou y cols., 2018; Tonetti y cols., 2018), es decir, que se debe seguir la siguiente secuencia clínica para el diagnóstico de periodontitis: 1) Identificación de un paciente sospechoso de tener periodontitis, 2) Confirmación del diagnóstico de periodontitis, 3) Clasificación del caso de periodontitis por estadios y su extensión, y 4) Clasificación del caso de periodontitis por grados (SEPA, 2020).

- **Prevalencia de enfermedades periodontales en Chile**

Los primeros signos de periodontitis suelen ser evidentes después de la segunda década de vida y pueden sufrir daños considerables después de los 40 años, siendo éste un problema a nivel mundial (Yáñez y Alvarado, 2016). La periodontitis severa es la sexta enfermedad más prevalente a nivel mundial, 11,2%, es decir, 743 millones de personas la padecen. Se ha observado un aumento a nivel global de la

enfermedad periodontal de 57%, en el período de 1990 al 2010 (Tonetti y cols., 2017). La progresión de estas enfermedades puede causar pérdida de dientes, afectando negativamente la función masticatoria, la estética, integración laboral y el ámbito social, pudiendo convertirse en fuente de desigualdad social y empeorar la calidad de vida de las personas que la presentan (Papapanou y cols., 2018; Ministerio de Salud, 2017; Herrera y cols., 2018; Carvajal, 2016).

Es por esto que la examinación, diagnóstico y tratamiento oportuno mejoraría la salud bucal de los pacientes, el cual es uno de los ámbitos en que las personas tienen mayores problemas de acceso, debido al alto costo y oportunidad (Ministerio de Salud, 2017). Esto se debe a que la periodontitis induce una alta probabilidad de edentulismo y disfunción masticatoria, generando así costos más elevados y significativos en el cuidado dental y un impacto negativo en la salud general de las personas (Papapanou y cols., 2018).

Las enfermedades periodontales no solo afectan en los diferentes aspectos de la salud de los pacientes, mencionados anteriormente, del mismo modo generan gran impacto a nivel económico y en costos de atención médica, siendo el impacto económico global total de la enfermedad periodontal 442.000 millones de dólares en costos directos e indirectos y en cuanto al costo global de la pérdida de productividad por periodontitis severa se estiman 54.000 millones de dólares al año (Tonetti y cols., 2017).

Según estudios realizados en Chile, existe una desfavorable condición periodontal en la población adulta chilena. El inicio de la destrucción periodontal se muestra en la adolescencia, pudiendo ser una de las causas del desdentamiento de la población adulta en el país (Carvajal, 2016). En efecto, en nuestro país, en el año 2007, se realizó el primer estudio para determinar la prevalencia de pérdida de inserción clínica (NIC), el cual demuestra presencia de NIC mayor o igual a 3 mm en el 93% de los adultos jóvenes y en el 97% de los adultos mayores. Un estudio anterior, arrojó que el 38% de los adultos jóvenes y un 69% de los adultos mayores

presentaron un NIC mayor o igual a 6mm (Gamonal y cols., 2010). Por otro lado, la prevalencia de gingivitis en niños aumenta proporcionalmente a su edad, en efecto, el porcentaje de niños afectados es de 33%, 45%, 51% y 67% en niños de 2, 4, 6, y 12 años respectivamente. Afectando principalmente a niños de bajo nivel socioeconómico y de zonas rurales del país (Ministerio de Salud, 2009). En este mismo contexto en el 2016 se publicó un estudio multicéntrico en Sudamérica (Brasil, Argentina y Chile) que reportó que el 91,9% de los adultos de la comuna de Santiago presentaba inflamación gingival (Gómez y cols., 2016).

- **Tratamiento de las enfermedades periodontales**

Una vez establecido el diagnóstico del paciente se debe proceder al tratamiento, el cual debe ser con un enfoque gradual dependiendo de la etapa de la enfermedad (Sanz, 2020; SEPA, 2020).

Sin embargo, previo a todo tratamiento es necesario informar al paciente del diagnóstico, incluidas las causas de la afección, los factores de riesgo, las alternativas de tratamiento, los riesgos y beneficios previstos, incluida la opción de no recibir tratamiento.

De acuerdo a la última evidencia que expuso la Federación Europea de Periodoncia (EFP) “Tratamiento de la Periodontitis en Estadios I-III” realizada el año 2020, se sugiere los siguientes pasos para el tratamiento de las enfermedades periodontales: Paso 1. Prevención y promoción. Paso 2. Terapia dirigida hacia la causa. Paso 3. Tratar lesiones que no han respondido bien al segundo paso, mediante la reinstrumentación o la cirugía periodontal. Paso 4. Mantenimiento periodontal.

El primer paso en el tratamiento tiene como objetivo inducir cambios de comportamiento al motivar a los pacientes a someterse con éxito a la eliminación de biopelícula oral supragingival y al control de los factores de riesgo locales y

sistémicos, es decir, realizar intervenciones educativas de promoción y prevención de salud para facilitar la colaboración del paciente en el tratamiento. Este paso puede incluir intervenciones como instrucción de higiene oral (OHI), terapias complementarias para la inflamación gingival, eliminación mecánica profesional de placa y posibles factores retentivos que dificultan la higiene oral, control de los factores de riesgo, que incluyen todas las intervenciones de cambio de comportamiento en materia de salud (ejemplo: abandono del tabaquismo, mejora del control metabólico de la diabetes, ejercicio físico, asesoramiento dietético, pérdida de peso, entre otras).

A todos los pacientes con periodontitis, independiente de la etapa en que se encuentre su enfermedad, debe aplicarse este paso y se debe reevaluar con frecuencia.

El siguiente paso del tratamiento, también llamado “Terapia dirigida hacia la causa”, tiene como objetivo controlar el cálculo y biopelícula oral subgingival. El procedimiento que se realiza para estos objetivos es la instrumentación subgingival, también llamada alisado radicular (tratamiento no quirúrgico). Las intervenciones que puede incluir esta etapa del tratamiento son el uso de instrumentos manuales (ejemplo: curetas) o eléctricos (dispositivos sónicos/ultrasónicos), el uso de agentes físicos o químicos coadyuvantes y agentes moduladores de la respuesta del huésped (locales o sistémicos), también el uso de antimicrobianos subgingivales de administración local y antimicrobianos sistémicos.

Al igual que el primer paso, el segundo paso del tratamiento debe ser realizado en todos los pacientes que presentan periodontitis dependiendo de sus profundidades al sondaje, por lo que se debe realizar en dientes con sacos periodontales.

Una vez que los tejidos periodontales se hayan reparado, se debe evaluar la respuesta del individuo al segundo paso del tratamiento (reevaluación periodontal). Si la respuesta individual al segundo paso no ha logrado los objetivos finales del

tratamiento (profundidades al sondaje menores a 4 mm con SS o profundidades al sondaje menores o iguales a 6 mm libres de SS), se debe considerar pasar el tercer paso del tratamiento. Pero, si el tratamiento ha tenido éxito en el logro de los objetivos finales del tratamiento, el paciente debe incluirse en un programa de mantenimiento periodontal, es decir, pasa directamente al cuarto paso.

El tercer paso del tratamiento está dirigido a tratar áreas de la dentición que no han respondido adecuadamente al segundo paso del tratamiento (profundidades al sondaje menores a 4 mm con SS o profundidades al sondaje menores o iguales a 6 mm libres de SS). Esta fase del tratamiento puede incluir intervenciones tales como repetición de la instrumentación subgingival con o sin tratamientos coadyuvantes, cirugía periodontal con colgajo de acceso, cirugía periodontal resectiva y regenerativa, entre otras; con el objetivo de tener mejor acceso para la instrumentación subgingival, o para realizar tratamiento regenerativo o resectivo en las lesiones (lesiones intraóseas y de furca) que suman complejidad al tratamiento de la periodontitis.

Al igual que el segundo paso del tratamiento, también se debe evaluar la respuesta del individuo al terminar el tercer paso del tratamiento (reevaluación periodontal). El ideal sería alcanzar los objetivos finales del tratamiento para que así el paciente se integre a un programa de mantenimiento periodontal, aunque no todos los pacientes con periodontitis en etapa III logran cumplir en todos los dientes los objetivos finales del tratamiento.

El último paso del tratamiento periodontal es la de mantenimiento periodontal, el cual tiene como finalidad mantener la estabilidad de los tejidos periodontales en todos los pacientes con periodontitis tratados, ya que estos sujetos presentan un alto riesgo de recidiva/progresión de la periodontitis por lo que es necesario el mantenimiento periodontal. En este paso del tratamiento se incorporan intervenciones terapéuticas y preventivas mencionadas en el primer y segundo paso del tratamiento periodontal, dependiendo del estado gingival y periodontal del

paciente. La fase de mantención debe realizarse a intervalos regulares, en función de las necesidades del paciente, y durante cada una de estas visitas, el paciente puede requerir un nuevo tratamiento si se detecta una recurrencia. En estos casos, se debe desarrollar un diagnóstico y tratamiento adecuado. Además, seguir los regímenes de higiene oral recomendados y un estilo de vida saludable son parte del mantenimiento de las encías (Sanz, 2020).

A nivel nacional, en el año 2021, la Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile elaboró el “Protocolo referencia y contrarreferencia periodoncia” que presenta un flujograma en la atención y tratamiento del paciente según su complejidad. Indica que aquellos pacientes que presentan gingivitis o periodontitis en Etapa I o II se deberán tratar a nivel de atención primaria. En donde la estrategia de tratamiento en pacientes con periodontitis en Etapa I y II es la motivación, IHO, el destartraje supragingival y subgingival, el pulido coronario según se requiera. Y posteriormente según el perfil de riesgo del paciente se realizará la mantención periodontal. No obstante, cuando el paciente en Etapa II necesite pulido radicular se procederá a derivar al nivel secundario o atención mediante estrategia de resolutivez en APS (si cumple criterios de inclusión). A su vez, los pacientes que presentan Periodontitis en Etapa III o IV y a aquellos que presenten una condición peri-implantar o médica que lo requiera deben ser derivados a la especialidad de periodoncia (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2021).

Tomando en cuenta todos los efectos y relaciones que presentan las enfermedades periodontales, es importante el examen periodontal, diagnóstico y tratamiento oportuno, partiendo por un paciente sano o con gingivitis ya que esta última es reversible. En cambio, la periodontitis, una enfermedad inflamatoria crónica, al ser irreversible sólo puede ser controlada con éxito y así mantener los dientes de por vida (Chapple y cols., 2018).

Dada la alta prevalencia de patologías periodontales en la población chilena, es significativo que los odontólogos en Chile refuercen los cuidados periodontales,

enfocándose en los determinantes sociales que promueven y previenen el inicio y la progresión de esta enfermedad. Esta estrategia no solo ayudaría al control de las enfermedades periodontales, sino también al control de los factores de riesgo comunes a las enfermedades crónicas, como el tabaco, la dieta, el estrés, el consumo de alcohol y los estilos de vida, entre otros (Carvajal, 2016).

Cabe agregar, luego de una exhaustiva revisión de la literatura, que hoy en día no existen estudios previos en Chile que describan en odontólogos no especialistas en periodoncia sus actitudes y prácticas frente a enfermedades periodontales.

Es por estos motivos que es necesario conocer y tener información sobre cuáles son las prácticas realizadas en Chile por odontólogos no especialistas en periodoncia para examinar y tratar las enfermedades periodontales, para así gestionar recomendaciones y políticas públicas orientadas a facilitar y fortalecer una cultura de prevención y promoción de la salud bucal que contribuyan a disminuir la prevalencia de las enfermedades periodontales.

**HIPÓTESIS.**

Los odontólogos en Chile no especialistas en periodoncia realizan diferentes prácticas para examinar y tratar las enfermedades periodontales.

**OBJETIVO GENERAL.**

Determinar las prácticas realizadas en Chile por odontólogos no especialistas en periodoncia para examinar y tratar enfermedades periodontales.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Identificar las principales prácticas realizadas en Chile por odontólogos no especialistas en periodoncia para examinar las enfermedades periodontales.
2. Identificar las principales prácticas realizadas en Chile por odontólogos no especialistas en periodoncia para tratar las enfermedades periodontales.
3. Describir la relación de las prácticas realizadas en Chile por odontólogos no especialistas en periodoncia para examinar y tratar enfermedades periodontales, según antecedentes demográficos y descripción del odontólogo.

## **METODOLOGÍA.**

Estudio observacional, transversal de tipo descriptivo.

Este trabajo formó parte del Proyecto "Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia – Estudio multicéntrico".

### **Población en Estudio y Muestra**

En el proyecto original, la población en estudio fue de odontólogos(as) no especialistas en periodoncia de países miembros de la Federación Ibero Panamericana de Periodoncia (FIP). Mediante los Colegios de Dentistas y sociedades profesionales de los países partícipes, se envió un cuestionario a odontólogos, los cuales respondieron de manera voluntaria. Se obtuvo la tasa de respuesta relacionando los datos con las fuentes de registros de odontólogos de cada país. Por lo que a nivel local, la nómina de colegiadas y colegiados publicada por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile en noviembre del año 2022 A.G. destaca que existen 6.595 colegiados activos, de los cuales 387 presentan especialidad en periodoncia. De esta manera se calculó un tamaño muestral con un 5% de error y un 95% de confianza, para encontrar una proporción del 11%. Mediante la utilización de WinEpi se estimó una muestra de al menos 201 individuos (WinEpi, 2023).

Los criterios de inclusión fueron sólo odontólogos colegiados, de ambos sexos, no especialistas en periodoncia residentes en Chile, y los criterios de exclusión correspondieron a odontólogos especialistas en Periodoncia, docentes de las cátedras o carreras que se vinculan con el área de periodoncia y que residen en un país diferente a Chile. Los odontólogos, para ser parte de este estudio, accedieron de manera libre a participar del estudio y dieron su consentimiento previo a contestar

el cuestionario, el cual estuvo dispuesto en la misma plataforma que el cuestionario (GoogleForms®).

### **Fuente de información**

Para el presente trabajo, se extrajo la información del proyecto original. Se confeccionó un cuestionario diseñado con el objetivo de explorar barreras y facilitadores para la valoración periodontal, por parte de los odontólogos no especialistas de los países pertenecientes a la FIPP. En primera instancia, el cuestionario fue enviado a odontólogos expertos para examinar su contenido y pertinencia con los objetivos del estudio, obteniendo la versión 2.

Posteriormente, dicha versión se envió a una muestra piloto -vía correo electrónico- con el fin de analizar dispersión de respuestas y cantidad de preguntas definitivas, obteniendo la tercera y última versión final (anexo 1).

Una vez confeccionado el cuestionario definitivo, se hizo llegar a los participantes un enlace que los condujo a una consulta dispuesta en la plataforma GoogleForms®, la cual fue contestada de manera anónima y voluntaria. Para acceder a la sección de preguntas, previamente cada participante otorgó su consentimiento de participar en el proyecto (anexo 2).

Las preguntas que se seleccionaron para el presente proyecto están relacionadas con las características de los odontólogos no periodoncistas, y con prácticas realizadas en cuanto a la examinación y tratamiento de las enfermedades periodontales.

Para esta investigación, se seleccionaron los siguientes tópicos del cuestionario:

- **Características del odontólogo:**

1. País de residencia.
2. Edad.
3. Sexo.
4. Tiempo de titulación como Cirujano Dentista.
5. Tipo de servicio que dedica mayormente su práctica clínica.
6. Zona donde ejerce mayormente su práctica clínica.
7. Especialidad.

- **Prácticas de examinación de enfermedades periodontales de los odontólogos no especialistas en periodoncia:**

1. Evaluación de tejidos periodontales durante el examen de salud oral del paciente.
2. Frecuencia de utilización de sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales.
3. Sonda periodontal que se utiliza con mayor frecuencia.
4. Registro de parámetros periodontales en la ficha clínica.
5. Parámetros periodontales que registra.
6. Realización del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR) en la práctica diaria del profesional.

- **Prácticas para el tratamiento de enfermedades periodontales de los odontólogos no especialistas en periodoncia:**

1. Procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica.
2. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con gingivitis.
3. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con

periodontitis.

4. Realización de una re-evaluación de resultados posteriores a realizar el tratamiento periodontal.
5. Principales parámetros utilizados por el profesional para evaluar el resultado del tratamiento periodontal.

### Operacionalización de las variables

Tabla I. Variables sobre características del odontólogo.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Codificación
<b>País de residencia</b>	Cualitativa nominal	País donde reside el sujeto.	País donde reside el profesional en el momento de contestar el cuestionario.	Chile Argentina Perú Venezuela Uruguay
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento del sujeto.	Edad del profesional al momento de contestar el cuestionario.	25-37 años 38-76 años
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal			Femenino Masculino
<b>Zona donde ejerce principalmente su práctica clínica</b>	Cualitativa nominal	Tipo de zona donde ejerce principalmente su práctica clínica	Tipo de zona donde ejerce principalmente su práctica clínica	Zona urbana Zona rural Zona urbana y rural

<b>Tiempo de titulación como Cirujano dentista</b>	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido desde la fecha de titulación del profesional.	Años transcurridos desde el año de titulación del profesional hasta el momento de contestar	0-11 años 12-55 años
<b>Servicio donde dedica mayormente su práctica clínica</b>	Cualitativa nominal	Tipo de servicio donde dedica mayormente su práctica clínica	Tipo de servicio donde dedica mayormente su práctica clínica	Servicio público Servicio privado Docencia Universitaria Otro
<b>Especialidad</b>	Cualitativa nominal	Título profesional	Existencia de título profesional de especialista en área odontológica	Sí No

Tabla II. Variables sobre prácticas de examinación de enfermedades periodontales de los odontólogos al especialista en periodoncia.

<b>Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Codificación</b>
<b>Evaluación de tejidos periodontales durante el examen de salud oral del paciente</b>	Cualitativa ordinal politómica	Evaluación de tejidos periodontales por parte del profesional durante el examen de salud oral del paciente	Grado de evaluación de tejidos periodontales durante el examen de salud oral del paciente	Nunca Ocasionalmente Casi siempre Siempre
<b>Frecuencia de utilización de sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales</b>	Cualitativa ordinal politómica	Frecuencia de utilización de sonda periodontal por parte del profesional para evaluar tejidos periodontales.	Grado de frecuencia de utilización de sonda periodontal para evaluar tejidos periodontales.	Nunca Ocasionalmente Casi siempre Siempre
<b>Sonda periodontal que</b>	Cualitativa nominal	Instrumental de periodoncia que se utiliza con mayor	Instrumental que utiliza el odontólogo con mayor frecuencia	Tipo OMS Tipo Carolina del Norte o UCN15

<b>utiliza con mayor frecuencia</b>		frecuencia para evaluar tejidos periodontales	para evaluar tejidos periodontales	Tipo Marquis Otra, especificar... Desconozco su tipo.
<b>Registro en la ficha clínica de parámetros periodontales</b>	Cualitativa ordinal dicotómica	Registro en la ficha clínica de parámetros periodontales	Pregunta al odontólogo sobre la realización de registro en la ficha clínica de parámetros periodontales	No  Si
<b>Parámetros periodontales registrados por los odontólogos en la ficha clínica</b>	Cualitativa nominal	Parámetros periodontales registrados por los odontólogos en la ficha clínica	Pregunta al odontólogo sobre los parámetros periodontales que registra en la ficha clínica	Sangrado al sondaje Profundidad de sondaje Pérdida de inserción clínica Presencia de movilidad Presencia de factores locales (tártaro dental / obturaciones desbordantes) Características visuales de la encía Lesiones de furcación Otros
<b>Realización del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR) en la práctica diaria del profesional</b>	Cualitativa ordinal politémica	Realización del EPB o PSR en la práctica diaria del odontólogo.	Grado de implementación del EPB o PSR en la práctica diaria del odontólogo.	Nunca  Ocasionalmente  Casi siempre  Siempre

Tabla III. Variables sobre prácticas para el tratamiento de enfermedades periodontales de los odontólogos al especialista en periodoncia.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Codificación
<b>Procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica</b>	Cualitativa nominal	Procedimientos realizados por el odontólogo en su práctica clínica	Pregunta al odontólogo sobre procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica	<p>Destartraje con ultrasonido.</p> <p>Destartraje con instrumental manual.</p> <p>Raspaje y alisado de la raíz.</p> <p>Mantenimiento periodontal.</p> <p>Ferulización dentaria.</p> <p>Gingivectomía.</p> <p>Cirugía de colgajo.</p> <p>Alargamiento de corona clínica.</p> <p>Procedimientos de cobertura radicular.</p> <p>Injertos óseos.</p> <p>Implantes.</p> <p>Ninguno.</p> <p>Otro, especificar...</p>
<b>Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con gingivitis</b>	Cualitativa nominal	Procedimientos realizados por el odontólogo en su práctica clínica en un paciente con gingivitis.	Pregunta al odontólogo sobre procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica en un paciente con gingivitis.	<p>Instrucción de higiene bucal.</p> <p>Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva.</p> <p>Destartraje/Tartrectomía supragingival.</p> <p>Destartraje/Tartrectomía subgingival.</p> <p>Otro, especificar...</p> <p>No lo trato, lo derivó.</p>

<p><b>Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con periodontitis</b></p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Procedimientos realizados por el odontólogo en su práctica clínica en un paciente con periodontitis.</p>	<p>Pregunta al odontólogo sobre procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica en un paciente con periodontitis.</p>	<p>Instrucción de higiene bucal y luego derivación.</p> <p>Instrucción de higiene bucal+ profilaxis con cepillo y luego derivación.</p> <p>Instrucción de higiene bucal +profilaxis con cepillo y pasta abrasiva + destartraje y luego derivación.</p> <p>Instrucción de higiene bucal + profilaxis con cepillo y pasta abrasiva+destartraje + Raspaje y alisado radicular.</p> <p>Otra, especificar...</p> <p>No lo trato, lo derivo.</p>
<p><b>Realización de re-evaluación de resultados posterior a realizar el tratamiento periodontal</b></p>	<p>Cualitativa ordinal politémica</p>	<p>Realización de re-evaluación de resultados posterior a realizar el tratamiento periodontal</p>	<p>Grado de realización de re-evaluación de resultados posterior a realizar el tratamiento periodontal</p>	<p>Nunca</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p> <p>No hago tratamiento periodontal.</p>
<p><b>Principales parámetros utilizados por el profesional para evaluar el resultado del tratamiento periodontal</b></p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Principales parámetros utilizados por el profesional para evaluar el resultado del tratamiento periodontal</p>	<p>Pregunta al odontólogo sobre los principales parámetros utilizados para evaluar el resultado del tratamiento periodontal</p>	<p>Sangrado al sondaje</p> <p>Profundidad de sondaje</p> <p>Pérdida de inserción clínica</p> <p>Presencia de movilidad</p>

				Presencia de placa dental
				Presencia de factores locales (tártaro dental / obturaciones desbordantes)
				Características clínicas visuales de los tejidos gingivo-periodontales
				Lesiones de furcación
				Ninguno

### **Contacto con odontólogos.**

En el siguiente estudio, se contactó al Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, donde se explicó el proyecto y se solicitó su colaboración mediante la difusión del enlace del cuestionario entre sus afiliados. Se elaboró una carta de invitación a participar de la encuesta digital, la cual fue difundida vía correo electrónico (anexo 3).

### **Consideraciones éticas**

El proyecto original cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Maimónides (Buenos Aires, Argentina). Además, se conservó la confidencialidad de las respuestas obtenidas, como en el proyecto original; y sólo fueron utilizadas las respuestas para los objetivos del presente trabajo. Posterior al uso de estos datos, se procedió a su eliminación.

### **Análisis estadístico:**

La información obtenida desde la plataforma GoogleForms® se consolidó en una planilla Excel para este fin (Microsoft, Redmond, WA, USA), y se filtraron sólo las

respuestas de los odontólogos residentes en Chile y las variables de interés de este estudio. El análisis exploratorio de los datos se realizó mediante el software Stata v13 (Stata Corp., TX, USA). Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de las 20 variables en estudio, y se realizó el test de normalidad usando test Shapiro-wilk para determinar la distribución en algunas variables.

## **RESULTADOS**

El cuestionario online, disponible en la plataforma GoogleForms<sup>®</sup>, fue enviado dos veces, vía correo electrónico, entre los afiliados del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile. El primer correo fue enviado en octubre y el segundo en noviembre, con el objetivo de aumentar la tasa de respuesta.

Se obtuvo un total de 232 respuestas, de las cuales 11 fueron excluidas (4 por responder que no querían participar en la investigación, 3 por ser especialistas en periodoncia, 1 por ser jubilado y 3 por no responder la encuesta en su totalidad). Por lo tanto, el análisis se realizó con un total de 221 respuestas de profesionales odontólogos.

- **Caracterización de la población de estudio**

La muestra se conformó de 221 odontólogos residentes en Chile, en la cual la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 76 años. La tasa de respuesta fue similar en ambos rangos de edad. Un 57,5% corresponde a respuestas obtenidas de mujeres (Tabla IV).

Tabla IV. Distribución de participantes según edad y sexo (n=221)

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
25-37 años	110	50%
38-76 años	111	50%
<b>Sexo</b>		
Femenino	127	57,5%
Masculino	94	42,5%

En relación a las características profesionales de los entrevistados, el 48,4% tenía entre 1-11 años de titulados. Por otro lado, los odontólogos encuestados ejercen mayoritariamente su práctica clínica en la zona urbana (86,9%) y en el servicio privado (57,9%) (Tabla V).

Además, los odontólogos generales alcanzan un porcentaje de 55,2%, mientras los con especialidad un 44,8%, siendo las especialidades más frecuentes entre los participantes; rehabilitación oral, ortodoncia, implantología, endodoncia y odontopediatría (Tabla V).

Tabla V. Descripción de participantes según tiempo de titulación como cirujano dentista, servicio donde dedica mayormente su práctica clínica y especialidad. (n=221)

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tiempo de titulados</b>		
0 -11 años	107	48,4%
12 - 55 años	114	51,6%
<b>Zona donde ejerce su práctica clínica</b>		
Zona Urbana	192	86,9%
Zona Rural	9	4,1%
Ambas (zona urbana y rural)	20	9,0%
<b>Servicio de práctica clínica</b>		

Servicio público (Spu)	78	35,3%
Servicio privado (Spr)	128	57,9%
Ambos (Spu y Spr)	4	1,8%
Docencia Universitaria	11	5,0%
<b>Especialidad</b>		
No	122	55,2%
Si	99	44,8%
<b>Especialidades (*)</b>		
Rehabilitación oral	27	12,2%
Ortodoncia	17	7,7%
Implantología	16	7,2%
Endodoncia	15	6,8%
Odontopediatría	14	6,3%
Radiología o imagenología maxilofacial	10	4,5%
Cirugía y traumatología buco maxilofacial	8	3,6%
Salud pública	8	3,6%
Trastornos temporomandibulares - Disfunción	7	3,2%
Odontogeriatría	1	0,5%
Ortopedia Maxilofacial	1	0,5%
Restauradora	1	0,5%
Odontología legal	0	0,0%
Patología oral - Medicina oral	0	0,0%

\*Los odontólogos encuestados podían elegir más de una opción.

- **Prácticas de examinación de enfermedades periodontales de los odontólogos no especialistas en periodoncia**

En cuanto a la evaluación de tejidos periodontales durante el examen dental, un 64,7% de los odontólogos declara evaluar siempre los tejidos periodontales (Tabla VI).

Tabla VI. Descripción de pregunta. Durante el examen de salud oral de su paciente, ¿usted evalúa los tejidos periodontales?

Frecuencia de examen Periodontal	n	%
Nunca u ocasionalmente	14	6,3%
Casi siempre	64	29,0%
Siempre	143	64,7%
total:	221	100,0%

Sin embargo, entre los encuestados, sólo un 14.5% de los odontólogos prefiere utilizar siempre sonda periodontal. El mayor porcentaje de ellos (77.8%) declara ocasionalmente o casi siempre utilizar sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales (Tabla VII).

Tabla VII. Descripción de pregunta. ¿Con qué frecuencia usted utiliza una sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales?

Frecuencia de uso de sonda periodontal	n	%
Nunca	17	7,7%
Ocasionalmente o Casi siempre	172	77,8%
Siempre	32	14,5%
total:	221	100,0%

La sonda Universidad Carolina del Norte o UCN15 (54.7%) y la tipo OMS (34,3%), son las sondas periodontales que con mayor frecuencia usan los odontólogos participantes (Tabla VIII).

Tabla VIII. Distribución de la pregunta. ¿Qué tipo de sonda periodontal utiliza con mayor frecuencia?

Tipo de sonda periodontal	n	%
Tipo Carolina del Norte o UCN15	110	54,7%
Tipo OMS	69	34,3%
Desconozco su tipo.	17	8,5%
Otra (Marquis o Williams)	5	2,5%
total:	201*	100,0%

\*Total de participantes que respondieron que usaban sonda periodontal.

Respecto al registro de parámetros periodontales, la mayor parte de los encuestados reporta registrar los parámetros periodontales en la ficha clínica (69,2%) (Tabla IX).

Tabla IX. Descripción de la pregunta. ¿Registra usted algún parámetro periodontal en la ficha clínica del paciente?

Registro de parámetros	n	%
No	68	30,8%
Si	153	69,2%
total:	221	100,0%

En cuanto a los parámetros periodontales que mayoritariamente se registran en la ficha clínica los odontólogos reportan; presencia de movilidad, presencia de factores locales, sangrado al sondaje y características visuales de la encía (Tabla X).

Tabla X. Parámetros periodontales registrados por los odontólogos en la ficha clínica (podían marcar hasta 3 opciones) n=153.

Parámetros periodontales	n	%
Presencia de movilidad	146	94,8%
Presencia de factores locales (tártaro dental/obturaciones desbordantes)	122	79,2%
Sangrado al sondaje	105	68,2%
Características visuales de la encía	104	67,5%
Profundidad de sondaje	97	63,0%
Lesiones de furcación	86	55,8%
Pérdida de inserción clínica	59	38,3%
Otro	7	4,5%

En cuanto a la realización del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o el Índice “Periodontal Screening and Recording (PSR) en la práctica diaria del profesional, un 80,5% reporta realizarlo nunca u ocasionalmente, mientras que un 19,5% relata realizarlo siempre o casi siempre (Tabla XI).

Tabla XI. Descripción de la pregunta. ¿Realiza usted el Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR) en su práctica diaria?

Frecuencia de aplicación de EPB o PSR	n	%
Nunca u ocasionalmente	178	80,5%
Siempre o casi siempre	43	19,5%
total:	221	100,0%

- **Prácticas para el tratamiento de enfermedades periodontales de los odontólogos no especialistas en periodoncia**

En relación a los procedimientos que realizan los odontólogos en su práctica clínica, se describe que los encuestados mayoritariamente realizan destartraje con ultrasonido, destartraje con instrumental manual y ferulización dentaria (podían marcar más de una opción). Un 4.1% respondió que no realiza ninguno de los procedimientos descritos en la Tabla XII.

Tabla XII. Procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica.

Procedimientos	n	%
Destartraje con ultrasonido	202	91,4%
Destartraje con instrumental manual	115	52,0%
Ferulización dentaria	81	36,7%
Raspaje y alisado de la raíz	77	34,8%
Mantenimiento periodontal	77	34,8%
Gingivectomía	42	19,0%
Implantes	28	12,7%
Injertos óseos	21	9,5%
Cirugía de colgajo	17	7,7%
Alargamiento de corona clínica	13	5,9%
Ninguno	9	4,1%
Procedimientos de cobertura radicular	4	1,8%

Los 3 procedimientos que más se realizan en un paciente con gingivitis son instrucción de higiene bucal, destartraje/tartrectomía supragingival y profilaxis con cepillo y pasta abrasiva (Tabla XIII). Y con respecto a la periodontitis, los 3 procedimientos que los participantes mayormente realizan son instrucción de higiene bucal, destartraje/tartrectomía supragingival, destartraje/tartrectomía subgingival, además se menciona el raspado y alisado curricular (Tabla XIV).

Tabla XIII. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con gingivitis.

Procedimientos	n	%
Instrucción de higiene bucal.	202	91,4%
Destartraje/Tartrectomía supragingival.	191	86,4%
Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva.	170	76,9%
Destartraje/Tartrectomía subgingival.	87	39,4%
Ninguno	13	5,9%

Tabla XIV. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con periodontitis

Procedimientos	n	%
Instrucción de higiene bucal.	186	84,2%
Destartraje/tartrectomía supragingival.	166	75,1%
Destartraje/tartrectomía subgingival.	155	70,1%
Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva.	135	61,1%
Raspaje y alisado radicular.	106	48,0%
Ninguno.	33	14,9%
Cirugía periodontal.	6	2,7%

La reevaluación periodontal es realizada siempre por un 33,9% de los odontólogos encuestados, mientras que un 40,3% reevalúa ocasionalmente o casi siempre los resultados del tratamiento periodontal. Un 24% declaró no realizar tratamiento periodontal (Tabla XV).

Tabla XV. Realización de re-evaluación de resultados posterior a realizar el tratamiento periodontal

Frecuencia de reevaluación	n	%
Nunca	4	1,8%
Ocasionalmente o casi siempre	89	40,3%
Siempre	75	33,9%
No hago tratamiento periodontal.	1	24,0%
total:	221	100,0%

Los 164 participantes que declaran realizar la reevaluación periodontal reportan utilizar como parámetros periodontales sangrado al sondaje, características clínicas visuales de los tejidos gingivo-periodontales, profundidad al sondaje y presencia de factores locales (Tabla XVI).

Tabla XVI. Principales parámetros utilizados por el profesional para evaluar el resultado del tratamiento periodontal.

Parámetros periodontales	n	%
Sangrado al sondaje	109	66,9%
Características clínicas visuales de los tejidos gingivo-periodontales	81	49,7%
Profundidad de sondaje	78	47,9%
Presencia de factores locales (tártaro dental / obturaciones desbordantes)	68	41,7%
Presencia de placa dental	67	41,1%
Presencia de movilidad	50	30,7%
Pérdida de inserción clínica	27	16,6%
Lesiones de furcación	3	1,8%

- **Relación de las prácticas realizadas para examinar y tratar enfermedades periodontales según antecedentes demográficos y descripción del odontólogo.**

La opción de “siempre” evalúa los tejidos periodontales es la de mayor reporte independiente de las variables demográficas. Con respecto a la variable sexo, los hombres reportan en mayor proporción evaluar siempre los tejidos periodontales. No hubo diferencias en los grupos de rango de años de titulación y especialidad en aquellos que respondieron siempre evaluar los tejidos periodontales (Tabla XVII). Al comparar el lugar de ejercicio profesional, se observa mayor porcentaje de los participantes que respondieron “siempre” en la zona urbana (67%) versus la zona rural (50%) y mayoritariamente pertenecientes al servicio privado (72%) en comparación al público (51%) (Tabla XVII).

Tabla XVII. Evaluación de tejidos periodontales durante el examen de salud oral del paciente según variables demográficas.

Frecuencia de examen Periodontal		Nunca u ocasionalmente		Casi siempre		Siempre	
		n	%	n	%	n	%
Total de la Muestra		14	6,3%	64	29,0%	143	64,7%
Sexo	Femenino	6	5%	46	36%	75	59%
	Masculino	8	9%	18	19%	68	72%
Rango de años de titulación	0 - 11 años	4	4%	31	29%	72	67%
	12 - 55 años	10	9%	33	29%	71	62%
Especialidad	No	9	7%	37	30%	76	62%
	Si	5	5%	27	27%	67	68%

<b>Zona donde ejerce su práctica clínica</b>	Zona Urbana	11	6%	52	27%	128	67%
	Zona Rural	3	10%	12	40%	15	50%
<b>Tipo de servicio de práctica clínica</b>	Servicio público (Spu)	9	11%	31	38%	42	51%
	Servicio privado (Spr)	5	4%	31	24%	92	72%

En este estudio queda en evidencia que el mayor porcentaje de utilización de la sonda periodontal es “ocasionalmente” o “casi siempre” independientemente del sexo, rango de titulación, especialidad, zona o servicio donde ejerce mayoritariamente su práctica clínica. Además, cabe destacar que el bajo porcentaje para los que respondieron “siempre”, siendo los que más predominan: los entre 12-55 años de titulados con un 11%, zona rural con un 3% y servicio público con un 7%. De esta forma, también se puede ver un alza en las respuestas de la alternativa “nunca” en los odontólogos encuestados que presentan especialidad (14 %) y en la zona rural (20%) (Tabla XIIX).

Tabla XIIX. Frecuencia de utilización de sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales.

<b>Frecuencia de uso de sonda periodontal</b>		Nunca		Ocasionalmente o Casi siempre		Siempre	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Total de la Muestra		17	7,7%	172	77,8%	32	14,5%
<b>Sexo</b>	Femenino	11	6%	99	78%	17	16%
	Masculino	6	6%	73	79%	15	15%
<b>Rango de años de titulación</b>	0 - 11 años	4	4%	84	79%	19	18%
	12 - 55 años	13	11%	88	77%	13	11%

<b>Especialidad</b>	No	3	2%	101	83%	18	15%
	Si	14	14%	71	72%	14	14%
<b>Zona donde ejerce su práctica clínica</b>	Zona Urbana	11	6%	149	78%	31	16%
	Zona Rural	6	20%	23	77%	1	3%
<b>Tipo de servicio de práctica clínica</b>	Servicio público (Spu)	6	7%	70	85%	6	7%
	Servicio privado (Spr)	10	8%	96	75%	22	17%

Respecto al registro de parámetros periodontales en la ficha clínica, la mayoría si registra algún parámetro periodontal del paciente. Contestando “Sí” en un mayor porcentaje odontólogos generales (79%) y odontólogos que ejercen su práctica clínica en zona rural (80%) (Tabla XIX).

Tabla XIX. Registro en la ficha clínica de parámetros periodontales según variables demográficas.

<b>Registro de parámetros</b>		No		Si	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Total de la Muestra</b>		68	30,8%	153	69,2%
<b>Sexo</b>	Femenino	40	31%	87	69%
	Masculino	28	30%	66	70%
<b>Rango de años de titulación</b>	0 – 11 años	26	24%	81	76%
	12 – 55 años	42	37%	72	63%
<b>Especialidad</b>	No	26	21%	96	79%
	Si	42	42%	57	58%
<b>Zona donde ejerce su práctica clínica</b>	Zona Urbana	62	32%	129	68%
	Zona Rural	6	20%	24	80%

<b>Tipo de servicio de práctica clínica</b>	Servicio público (Spu)	26	32%	56	68%
	Servicio privado (Spr)	41	32%	87	68%

La mayor parte de los encuestados declara realizar nunca u ocasionalmente el EPB o PSR en su práctica diaria. Aquellos odontólogos que reportaron aplicarlo “Siempre” o “Casi siempre”, corresponden mayoritariamente a los que se titularon entre 0-11 años (28%) y los que no presentan especialidad (25%) (Tabla XX).

Las mujeres respondieron en mayor porcentaje en comparación a los hombres que “siempre” o “casi siempre” realizan el EPB o PSR.

En relación al lugar del ejercicio de su práctica clínica, la zona rural contestó que un mayor porcentaje realiza el EPB o PSR siempre o casi siempre (23%) respecto a los que ejercen en la zona urbana (19%). Mientras que en el servicio público un 22% respondió “siempre” o “casi siempre”, mientras que en el servicio privado un 16% (Tabla XX).

Tabla XX. Realización del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR)” en la práctica diaria del profesional, según variables demográficas.

<b>Frecuencia de aplicación de EPB o PSR</b>		<b>Nunca u ocasionalmente</b>		<b>Siempre o casi siempre</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Total de la Muestra		178	80,5%	43	19,50%
<b>Sexo</b>	Femenino	100	79%	27	21%
	Masculino	78	83%	16	17%
<b>Rango de años de titulación</b>	0 - 11 años	77	72%	30	28%
	12 - 55 años	101	89%	13	11%

<b>Especialidad</b>	No	92	75%	30	25%
	Si	86	87%	13	13%
<b>Zona donde ejerce su práctica clínica</b>	Zona Urbana	155	81%	36	19%
	Zona Rural	23	77%	7	23%
<b>Tipo de servicio de práctica clínica</b>	Servicio público (Spu)	64	78%	18	22%
	Servicio privado (Spr)	107	84%	21	16%

En cuanto a los procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica, el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia es el destartraje con ultrasonido (Tabla XXI a y b).

Existen diferencias al comparar los procedimientos que realizan odontólogos según los años de titulados, en donde el grupo que lleva entre 12-55 años de titulación realiza un mayor porcentaje de procedimientos más complejos, como por ejemplo gingivectomía, colocación de implantes y alargamiento de corona clínica. Respecto a los procedimientos que los profesionales realizan en su práctica clínica según si presentan o no especialidad, se pueden evidenciar porcentajes mucho mayores en los procedimientos de destartraje con ultrasonido (99%) o con instrumental manual (57%), raspaje y alisado de la raíz (50%) y mantenimiento periodontal (46%) en odontólogos generales. En cambio, en odontólogos especialistas se ven mayores porcentajes en gingivectomía (25%), colocación de implantes (21%), injertos óseos (16%), entre otros (Tabla XXI a).

Tabla XXI.a. Procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica según variables demográficas.

Procedimientos	Total de la Muestra		Sexo		Rango de años de titulación		Especialidad							
			Femenino	Masculino	0 - 11 años	12 - 55 años	No	Si						
	Total: 221 (100%)	Total: 127 (100%)	Total: 94 (100%)	Total: 107 (100%)	Total: 114 (100%)	Total: 122 (100%)	Total: 99 (100%)							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Destartraje con ultrasonido	202	91,4%	120	94%	82	87%	101	94%	101	89%	114	99%	81	82%
Destartraje con instrumental manual	115	52,0%	65	51%	50	53%	56	52%	59	52%	70	57%	45	45%
Ferulización dentaria	81	36,7%	37	29%	44	47%	43	40%	38	33%	48	39%	33	33%
Raspaje y alisado de la raíz	77	34,8%	39	31%	38	40%	47	44%	30	26%	61	50%	16	16%
Mantenimiento periodontal	77	34,8%	44	35%	21	22%	43	40%	34	30%	56	46%	21	21%
Gingivectomía	42	19,0%	21	17%	13	14%	14	13%	28	25%	17	14%	25	25%
Implantes	28	12,7%	7	6%	21	22%	10	9%	18	16%	7	6%	21	21%
Injertos óseos	21	9,5%	6	5%	15	16%	8	7%	13	11%	5	4%	16	16%
Cirugía de colgajo	17	7,7%	3	2%	14	15%	9	8%	8	7%	5	4%	12	12%
Alargamiento de corona clínica	13	5,9%	5	4%	8	9%	2	2%	11	10%	4	3%	9	9%
Ninguno	9	4,1%	5	4%	4	4%	2	2%	7	6%	1	1%	8	8%

Procedimientos de cobertura radicular	4	1,8%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	3	2%	1	1%
---------------------------------------	---	------	---	----	---	----	---	----	---	----	---	----	---	----

Respecto a la zona donde ejerce mayoritariamente su práctica clínica, se reporta en la zona rural una diferencia en los porcentajes respecto la zona urbana, siendo los procedimientos que más se realizan en la zona urbana el destartraje con ultrasonido (90%), seguido del destartraje con instrumental manual (60%), mantenimiento periodontal (50%) y raspaje y alisado de raíz (43%). En cuanto a la diferencia entre el tipo de servicio en donde realizan su práctica clínica, se describe una clara diferencia en la realización de gingivectomía y raspado y alisado radicular, siendo mayor la realización de estas prácticas en el servicio privado (Tabla XXI b).

Tabla XXI.b. Procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica según variables demográficas.

Procedimientos	Total de la Muestra		Zona donde ejerce su práctica clínica				Tipo de servicio de práctica clínica			
			Zona Urbana		Zona Rural		Servicio público (Spu)		Servicio privado (Spr)	
	Total: 221 (100%)		Total: 191 (100%)		Total: 30 (100%)		Total: 82 (100%)		Total: 128 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Destartraje con ultrasonido	202	91,4%	175	92%	27	90%	76	93%	116	91%
Destartraje con instrumental manual	115	52,0%	97	51%	18	60%	45	55%	62	48%
Ferulización dentaria	81	36,7%	68	36%	13	43%	26	32%	50	39%

Raspaje y alisado de la raíz	77	34,8%	64	34%	13	43%	20	24%	55	43%
Mantenimiento periodontal	77	34,8%	62	32%	15	50%	26	32%	49	38%
Gingivectomía	42	19,0%	37	19%	5	17%	10	12%	29	23%
Implantes	28	12,7%	26	14%	2	7%	5	6%	22	17%
Injertos óseos	21	9,5%	19	10%	2	7%	5	6%	15	12%
Cirugía de colgajo	17	7,7%	14	7%	3	10%	7	9%	9	7%
Alargamiento de corona clínica	13	5,9%	12	6%	1	3%	1	1%	11	9%
Ninguno	9	4,1%	9	5%	0	0%	2	2%	7	5%
Procedimientos de cobertura radicular	4	1,8%	2	1%	1	3%	1	1%	3	2%

En un paciente con gingivitis en el servicio privado se reporta que el destartraje supragingival es el procedimiento más realizado (Tablas XXII a y b).

La Tabla XXII a, muestra que las mujeres reportan en mayor porcentaje realizar procedimientos periodontales versus hombres, de la misma forma en el grupo de 0-11 años de titulación que en 12-55 años y también al comparar odontólogos que no presentan especialidad frente a los que sí presentan (Tabla XXII a).

Tabla XXII a. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con gingivitis, según variables demográficas.

Procedimientos	Total de la Muestra		Sexo		Rango de años de titulación		Especialidad							
			Femenino	Masculino	0 - 11 años	12 - 55 años	No	Si						
	Total: 221 (100%)	Total: 127 (100%)	Total: 94 (100%)	Total: 107 (100%)	Total: 114 (100%)	Total: 122 (100%)	Total: 99 (100%)							
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %							
Instrucción de higiene bucal.	202	91,4%	120	94%	82	87%	100	93%	102	89%	117	96%	85	86%
Destartraje/ Tartrectomía supragingival	191	86,4%	116	91%	75	80%	100	93%	91	80%	117	96%	74	75%
Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva.	170	76,9%	108	85%	62	66%	90	84%	80	70%	104	85%	66	67%
Destartraje/ Tartrectomía subgingival.	87	39,4%	57	45%	30	32%	57	53%	30	26%	60	49%	27	27%
Ninguno	13	5,9%	4	3%	9	10%	3	3%	10	9%	0	0%	13	13%

Esta situación también se acentúa en la zona rural en comparación a la zona urbana, donde el porcentaje de realización de todos los procedimientos descritos en la Tabla XXII b es mayor en la zona rural.

Ahora bien, según el tipo de servicio en donde realizan mayoritariamente su práctica clínica se observa que en el servicio privado, a diferencia del servicio público, el procedimiento que más se realiza es el destartraje supragingival, seguido de la instrucción de higiene bucal (Tabla XXII b).

Tabla XXII b. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con gingivitis, según variables demográficas.

Procedimientos	Total de la Muestra		Zona donde ejerce su práctica clínica				Tipo de servicio de práctica clínica			
			Zona Urbana		Zona Rural		Servicio público (Spu)		Servicio privado (Spr)	
			Total: 191 (100%)		Total: 30 (100%)		Total: 82 (100%)		Total: 128 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instrucción de higiene bucal.	202	91,4%	174	91%	28	93%	79	96%	113	88%
Destartraje/Tartrectomía supragingival.	191	86,4%	164	86%	27	90%	68	83%	115	90%
Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva.	170	76,9%	147	77%	23	77%	62	76%	98	77%
Destartraje/Tartrectomía subgingival.	87	39,4%	73	38%	14	47%	25	30%	62	48%
Ninguno	13	5,9%	13	7%	0	0%	1	1%	11	9%

En aquellos pacientes con periodontitis, los odontólogos reportan realizar la mayoría de los procedimientos descritos en la Tabla XXIII a y b. Cabe destacar que el procedimiento con menor porcentaje de ejecución es el raspado y alisado radicular (Tablas XXIII a y b).

Respecto al sexo, es importante describir que todos los procedimientos que realizan los odontólogos en un paciente con periodontitis son efectuados en mayor medida por mujeres, salvo la acción de raspado y alisado radicular que es realizado en mayor proporción por los hombres.

En cuanto a los años de titulación se observan mayores porcentajes de realización en todos los procedimientos en el grupo que lleva menos años de titulación en comparación a los que llevan 12-55 años de titulación. De manera similar sucede en la variable especialidad, siendo los odontólogos sin especialidad los que realizan en mayor medida todos los procedimientos descritos en la Tabla XXIII a.

Tabla XXIII a. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con periodontitis, según variables demográficas.

Procedimientos	Total de la Muestra		Sexo		Rango de años de titulación		Especialidad							
			Femenino	Masculino	0 - 11 años	12 - 55 años	No	Si						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
	Total: 127 (100%)		Total: 94 (100%)		Total: 107 (100%)		Total: 114 (100%)		Total: 122 (100%)		Total: 99 (100%)			
Instrucción de higiene bucal.	186	84,2%	106	83%	80	85%	97	91%	89	78%	114	93%	72	73%
Destartraje/tar-trectomía supragingival.	166	75,1%	101	80%	65	69%	95	89%	71	62%	112	92%	54	55%
Destartraje/tar-trectomía subgingival.	155	70,1%	93	73%	62	66%	89	83%	66	58%	104	85%	51	52%
Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva.	135	61,1%	86	68%	49	52%	79	74%	56	49%	92	75%	43	43%
Raspaje y alisado radicular.	106	48,0%	55	43%	51	54%	68	64%	38	33%	78	64%	28	28%
Ninguno.	33	14,9%	20	16%	13	14%	9	8%	24	21%	4	3%	29	29%
Cirugía periodontal.	6	2,7%	2	2%	4	4%	2	2%	4	4%	2	2%	4	4%

Por otro lado, se desprende que en la zona rural se realizan en mayor medida procedimientos para tratar la periodontitis en comparación con la zona urbana. De modo similar, se describe un porcentaje mayor en la realización de procedimientos

en el servicio público, exceptuando el procedimiento de raspaje y alisado radicular donde existe un mayor reporte de aplicación en el servicio privado (Tabla XXIII b).

Tabla XXIII b. Procedimientos que realiza el profesional en un paciente con periodontitis, según variables demográficas.

Procedimientos	Total de la Muestra		Zona donde ejerce su práctica clínica				Tipo de servicio de práctica clínica			
			Zona Urbana		Zona Rural		Servicio público (Spu)		Servicio privado (Spr)	
			Total: 191 (100%)		Total: 30 (100%)		Total: 82 (100%)		Total: 128 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instrucción de higiene bucal.	186	84,2%	160	84%	27	90%	80	98%	100	78%
Destartraje/tartrectomía supragingival.	166	75,1%	142	74%	24	80%	70	85%	91	71%
Destartraje/tartrectomía subgingival.	155	70,1%	131	69%	24	80%	64	78%	85	66%
Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva.	135	61,1%	115	60%	20	67%	53	65%	80	63%
Raspaje y alisado radicular.	106	48,0%	90	47%	16	53%	34	41%	69	54%
Ninguno.	33	14,9%	31	16%	2	7%	2	2%	27	21%
Cirugía periodontal.	6	2,7%	6	3%	0	0%	1	1%	5	4%

El mayor porcentaje de los odontólogos encuestados realizan ocasionalmente o casi siempre la re-evaluación periodontal posterior a realizar el tratamiento periodontal. Existe mayor porcentaje de aquellos que siempre lo realizan en hombres (41%), en el grupo que lleva titulado entre 12-55 años (38%), en los que no presentan especialidad (39%), en la zona rural (37%) y en el servicio privado (39%). Asimismo, el mayor porcentaje de odontólogos que reportan no realizar tratamiento periodontal y no realizar re-evaluación son aquellos con especialidad (32%) (Tabla XXIV).

Tabla XXIV. Realización de re-evaluación de resultados posterior a realizar el tratamiento, según variables demográficas.

Frecuencia de reevaluación		Nunca		Ocasionalmente o casi siempre		Siempre		No hago tratamiento periodontal.	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Total de la Muestra		4	1,8%	89	40,3%	75	33,9%	53	24,0%
Sexo	Femenino	2	2%	60	47	36	28%	29	23%
	Masculino	2	2%	29	31	39	41%	24	26%
Rango de años de titulación	0 - 11 años	2	2%	51	48	32	30%	22	21%
	12 - 55 años	2	2%	38	33	43	38%	31	27%
Especialidad	No	1	1%	52	43	48	39%	21	17%
	Si	3	3%	37	37	27	27%	32	32%
Zona donde ejerce su práctica clínica	Zona Urbana	4	2%	72	38	64	34%	51	27%
	Zona Rural	0	0%	17	57	11	37%	2	7%
Tipo de servicio de práctica clínica	Servicio público (Spu)	2	2%	45	55	22	27%	13	16%
	Servicio privado (Spr)	2	2%	41	32	50	39%	35	27%

## DISCUSIÓN:

En la literatura se evidencia que son pocos los odontólogos que efectúan de manera completa el examen periodontal y con sonda, independiente del país de residencia. Además, perciben tener insuficientes habilidades o conocimiento sobre la realización del diagnóstico y tratamiento periodontal (Schaub R., 1984; Gift, 1988), sin embargo no hay reportes recientes.

Por otro lado, la alta prevalencia de las enfermedades periodontales, no sólo a nivel global, sino también en estadísticas nacionales, incluyendo las repercusiones que se presentan tanto a nivel oral como a nivel de la salud integral del paciente (Carvajal, 2016; Gamonal y cols., 2010; Ministerio de Salud, 2009) urge que estas patologías sean detectadas de manera precoz y por ende se brinde un tratamiento oportuno.

El objetivo de este trabajo de investigación fue describir las prácticas realizadas en Chile por odontólogos no especialistas en periodoncia, para examinar y tratar enfermedades periodontales.

Si bien, un 93.7% de los odontólogos señalaron 'siempre' o 'casi siempre' evaluar los tejidos periodontales, sólo un 14,5% de los encuestados utiliza siempre una sonda periodontal. Estos resultados son acorde con un estudio realizado en Australia que reportó que un 85.3% de los participantes examinan periodontalmente siempre o generalmente al ingresar nuevos pacientes (Kraatz y cols., 2019), además Bailey y colaboradores declaran que aproximadamente un 8% de los odontólogos no evalúa los tejidos periodontales en Australia, al igual que un estudio realizado en Malasia, reportando un 8,5%, lo que coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio (Bailey y cols., 2016; Vaithilingam y cols., 2009). Por otro lado, en el estudio de Kraatz se reporta un mayor uso de la sonda periodontal, siendo un 49,3% los que siempre utilizan una sonda periodontal. Sin embargo, el porcentaje de los profesionales que declaran nunca utilizar una sonda

periodontal es similar a lo obtenido en el presente estudio, siendo un 7% aproximadamente (Kraatz y cols., 2019). En Flandes, Bélgica, se reportó un 92% de uso de sonda periodontal (Meers y cols., 2018), ya sea utilizando su propio índice o verificando profundidades al sondaje, así también se reportó en el estudio de Ercan y colaboradores que un 45% utilizan la sonda periodontal para la examinación de los tejidos periodontales (Ercan y cols., 2015), siendo estos resultados muy superiores a los que se obtuvieron en este trabajo. De esta forma, llama la atención la baja utilización de sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales en los odontólogos participantes, por lo que cobra importancia identificar las principales barreras para el uso de la sonda, ya sea falta de instrumental, tiempo de atención reducido, falta de capacitación, entre otros (Reinero, 2020). Es por esto, que es relevante que las escuelas formadoras le brinden la importancia necesaria a la utilización de sonda periodontal al realizar una evaluación completa de los tejidos periodontales y promover la capacitación continua de los profesionales en ejercicio activo de la profesión.

Respecto al tipo de sonda periodontal que se utiliza con mayor frecuencia, los participantes principalmente usan la sonda Universidad Carolina del Norte o UCN15 (54,7%), y en segundo lugar la tipo OMS (34,3%), lo que concuerda con las sondas que son recomendadas para el examen periodontal completo o simplificado (Asociación Odontológica Argentina, 2021; MINSAL, 2017).

En un estudio realizado en Tasmania, se reportó que tres cuartas partes (75%) de los encuestados consignaron diferentes parámetros periodontales en sus registros, como parte del examen inicial de un nuevo paciente (Kraatz y cols., 2019), esto es similar a lo reportado por los odontólogos encuestados en nuestro estudio, donde un 69,2% registra algún parámetro periodontal en la ficha clínica del paciente.

El parámetro con mayor frecuencia registrado es la movilidad (94.8%), seguido de presencia de factores locales (79,2%), sangrado al sondaje (68.2%), características visuales de la encía (67.5%), profundidad de sondaje (63%) y lesiones de furcación

(55.8%). En comparación a lo que se encontró en el estudio realizado por Kraatz y cols., los principales parámetros registrados fueron el análisis radiográfico (77,3%), características visuales de la encía (76%), sangrado al sondaje y movilidad dental (75%); pero cabe mencionar que hay parámetros que se asemejan en los porcentajes de registro a los reportados por los odontólogos del presente estudio, siendo la profundidad al sondaje (63%) y lesiones de furcación (54%) (Kraatz y cols., 2019). En otro estudio, también realizado en Victoria, Australia, reportó que los principales parámetros que se registran son profundidad al sondaje y movilidad dental, con un porcentaje mayor a 90%, seguido de sangrado al sondaje y lesiones de furcación, con un porcentaje mayor a 80% (Bailey y cols., 2016), parámetros que se coinciden con lo obtenido en esta investigación. Si bien es positivo que exista registro de los parámetros, estos siguen siendo aún insuficientes para avalar los diagnósticos periodontales y hacer seguimiento de la evolución de un tratamiento (Yáñez y cols., 2016).

En relación a la utilización del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR) en la práctica diaria del profesional, es realizada “siempre o casi siempre” por sólo un 19,5% de los encuestados, mientras que el 80,5% declaró “nunca u ocasionalmente” realizarlo. A diferencia del estudio realizado en Australia, que revela que 44,9% de los odontólogos encuestados realiza siempre o casi siempre el Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) o el PSR y un 65,1% nunca lo realiza (Kraatz y cols., 2019). En Malasia, en el año 2009 también se realizó una encuesta donde se obtuvo que el 52.1% de los odontólogos realizan el EPB (Vaithilingam y cols., 2009), el cual es mayor a los resultados obtenidos en el presente trabajo. En cuanto a estudios latinoamericanos, en Brasil se evaluó la frecuencia en que se realizaba el EPB, obteniendo como hallazgos que el 19.3% lo efectuaron en todos sus pacientes, o el 80,7% lo hace ocasionalmente o nunca (Cury y cols., 2006); siendo similares en comparación a nuestros resultados. Así también, en Bélgica se describe un 64% de utilización de el “Dutch Periodontal Screening Index” (DPSI), un índice holandés específico

(Meers y cols., 2018), porcentaje bastante mayor en comparación a lo obtenido en este trabajo de investigación, pero similar a que es mayormente realizado por odontólogos con menos años de titulación (hasta 11 años) en comparación a los que llevan entre 12-55 años de titulados. Lo anterior podría estar relacionado a cambios en los planes formativos de las universidades, y a la existencia de las orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales del Minsal publicadas el año 2017. Por otro lado a nivel local, el trabajo de investigación de Daniela Reiner para optar al grado de magíster en ciencias odontológicas, reporta que a nivel del servicio público el 29,2% realiza siempre o casi siempre el EPB y el 70,8% nunca u ocasionalmente, en mujeres embarazadas del GES SOIE, pertenecientes a los Servicios de Salud Coquimbo, Metropolitano Occidente, O'Higgins, Maule y Araucanía Sur de Chile (Reiner, 2020). Porcentajes bastante similares a los obtenidos en el presente trabajo, a pesar que la composición de nuestra muestra es mayoritariamente del sector privado, por lo que sería importante ahondar en las barreras y facilitadores de la implementación de este examen o del sondaje periodontal completo que permita diagnosticar las enfermedades periodontales y su complejidad (Preshaw, 2015).

Es preocupante que, si bien un 64,7% de los odontólogos dice que siempre examina los tejidos periodontales en el examen de salud oral, sólo un 14,5% siempre utiliza una sonda periodontal y solo un 29,2% realiza "Siempre o casi siempre" el índice EPB en su práctica diaria. Esto se relaciona con los parámetros que reportan registrar, pues los principales mencionados, pueden evidenciarse sin la necesidad de una sonda periodontal.

Por otro lado, en cuanto a procedimientos que realiza el profesional en su práctica clínica, en este estudio los participantes refirieron que mayormente realizan destartraje con ultrasonido (91,4%), destartraje con instrumental manual (52%), ferulización dentaria (36,7%), raspaje y alisado de la raíz y mantenimiento periodontal (34,8%). En comparación con un estudio realizado en Turquía el año

2015, el cual declara que un 72,2% de los encuestados realiza destartraje supragingival, porcentaje menor a lo obtenido en este estudio. Respecto al raspaje y alisado de la raíz, el estudio en Turquía revela que un 22,5% de sus encuestados lo realiza, porcentaje bastante similar al obtenido en el presente estudio (34,8%) (Ercan y cols., 2015).

Actualmente, de acuerdo a las “Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales” realizadas por el Ministerio de Salud de Chile (Minsal), el tratamiento realizado para la gingivitis está orientado principalmente a la disminución o eliminación de los factores causales, brindar al paciente información sobre la necesidad e importancia de tener un buen control de placa bacteriana, de manera que la inflamación se resuelva y sanen los tejidos periodontales (MINSAL, 2017). Por lo tanto, los procedimientos que se deben realizar para el tratamiento en pacientes con gingivitis son promoción y fomento de la salud gingival y periodontal, instrucción de higiene bucal, pulido coronario (profilaxis con cepillo y pasta abrasiva), destartraje supragingival y eliminación de obturaciones defectuosas. Esto, correlacionado con los resultados de nuestro estudio, demuestra que la instrucción de higiene oral, destartraje supragingival y profilaxis con cepillo y pasta abrasiva se utilizan en gran medida, superando el 75% (MINSAL, 2017).

Esta orientación técnica recomienda que aquellos pacientes con periodontitis reciban promoción y fomento de la salud gingival y periodontal, instrucción de higiene oral, pulido coronario (profilaxis con cepillo y pasta abrasiva), destartraje supra y subgingival, eliminación de obturaciones defectuosas, pulido y alisado radicular y evaluar posibilidad de derivación al especialista (MINSAL, 2017). Comparándolo con los resultados obtenidos en el presente trabajo, la instrucción de higiene oral y el destartraje supra y subgingival se realizan en un porcentaje mayor al 70%. En cambio, los otros procedimientos, tales como pulido coronario, eliminación de obturaciones defectuosas y pulido y alisado radicular, son realizados

en menor medida. Esto puede deberse porque un 44,8% de los encuestados eran especialistas y por lo tanto podrían no realizar tratamientos periodontales más complejos o que involucren el pulido radicular. No obstante, si bien los odontólogos mencionan las opciones terapéuticas para un tratamiento de gingivitis y periodontitis esto pudiera no estar realizándose en todos los pacientes que lo requieran, dado que sin una sonda periodontal no puede realizarse un diagnóstico oportuno, determinar la necesidad de tratamiento o la derivación pertinente al especialista en periodoncia.

En cuanto a la reevaluación de los resultados posterior al tratamiento periodontal, las “Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales” declaran que es la parte final de toda terapia periodontal y que es de suma importancia su realización para evaluar el éxito del tratamiento (MINSAL, 2017). En contraste a lo obtenido en el presente trabajo, sólo el 33,9% de los encuestados siempre reevalúa los resultados del tratamiento realizado.

En cuanto a los parámetros recomendados a utilizar por el MINSAL en la reevaluación, se encuentran: índice de higiene oral (IHO-S) (presencia de placa dental), índice gingival (IG) (sangrado al sondaje, características clínicas visuales de los tejidos gingivo-periodontales) y profundidades al sondaje (PS) (MINSAL, 2017), pero en la práctica, para la mayoría de los odontólogos encuestados el principal parámetro que evalúan en la reevaluación es el sangrado al sondaje (66,9%), y en menor medida (entre 50-30%), características clínicas visuales de los tejidos gingivo-periodontales, profundidades al sondaje, presencia de factores locales, presencia de placa dental y presencia de movilidad.

Los procedimientos más frecuentes que realiza el profesional no especialista en su práctica clínica, son el destartraje ya sea con ultrasonido (99%) o con instrumental manual (57%), seguido del raspaje y alisado radicular (50%), mantenimiento periodontal (46%) y ferulización dentaria (39%), esto es concordante con un estudio

realizado en Bélgica el año 2014 que evidenció que los principales procedimientos que realizan los odontólogos generales son destartraje (97%), pulido y alisado radicular (76%), ferulización dentaria (60%) y gingivectomía (47%) entre otras (Halemani y cols., 2014).

Darby y colaboradores describieron que en el tratamiento de la gingivitis, el 80% de los odontólogos sin especialidad encuestados realizan instrucción de higiene oral, 85.7% realiza destartraje, y un 85.4% profilaxis boca completa (Darby y cols., 2017), comparándolo con los resultados obtenidos en el presente estudio, observamos un porcentaje mayor sólo en la realización de instrucción de higiene oral y destartraje supragingival. En el mismo estudio mencionado anteriormente, también se evaluaron los diferentes procedimientos para el tratamiento en pacientes con periodontitis, con resultados similares al del presente estudio para raspaje y alisado radicular e inferiores para instrucción de higiene oral y destartraje.

En cuanto a las limitaciones que presentó el estudio, se pueden mencionar la manera intencionada de selección de la muestra, siendo exclusivamente odontólogos colegiados y la participación voluntaria de los odontólogos.

## **CONCLUSIONES**

Al realizar este estudio, se logró determinar que el 64,7% de los encuestados siempre evalúa los tejidos periodontales, pero sólo el 14,5% siempre utiliza sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales, usando principalmente la sonda tipo Universidad Carolina del Norte o la tipo OMS. De igual forma, la mayoría de los que respondieron la encuesta (69,2%), registran algún parámetro en la ficha clínica del paciente, y entre los signos con mayor frecuencia se encuentra la presencia de movilidad, de factores locales y sangrado al sondaje.

Además, un muy bajo porcentaje de los odontólogos encuestados (4,5%) en su práctica diaria siempre realiza el examen periodontal básico.

Por otro lado, los principales procedimientos que se realizan en un paciente con gingivitis son la instrucción de higiene oral, destartraje supragingival y profilaxis con cepillo y pasta abrasiva; mientras que los principales procedimientos que se realizan en un paciente con periodontitis son instrucción de higiene oral y destartraje supra y subgingival, a pesar de que la opción de pulido y alisado radicular estaba presente en el cuestionario. Además, sólo el 33,9% de los encuestados realiza la reevaluación de los tejidos periodontales y los principales parámetros que utilizan para evaluar el resultado son sangrado al sondaje, características clínicas visuales de los tejidos gingivo-periodontales y profundidad de sondaje.

Los resultados del presente estudio son de utilidad para conocer y comprender las prácticas realizadas por odontólogos no especialistas en periodoncia, en cuanto al examen y tratamiento de las enfermedades periodontales en Chile. De esta manera poder gestionar recomendaciones que podrían ayudar a mejorar, fortalecer y facilitar una cultura de prevención y promoción de la salud bucal y así reducir la prevalencia de las enfermedades periodontales.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- Allen, G. (2015). Producing guidance for the management of patients with chronic periodontal disease in general dental practice. *British Dental Journal*, 218(8), 461–466. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.295
- Asociación Odontológica Argentina, A. (2021). *GUÍA CLÍNICA AOA N° 2*. 2–4.
- Baeza, M., Morales, A., Cisterna, C., Cavalla, F., Jara, G., Isamitt, Y., ... Gamonal, J. (2020). Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Oral Science*, 28, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2019-0248>
- Bailey, D. L., Barrow, S. Y., Cvetkovic, B., Musolino, R., Wise, S. L., Yung, C., & Darby, I. (2016). Periodontal diagnosis in private dental practice: A case-based survey. *Australian Dental Journal*, 61(2), 244–251. <https://doi.org/10.1111/adj.12369>
- Botero, J., y Bedoya, E. (2010). Determinantes del diagnóstico periodontal. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 3(2), 94–99. <https://doi.org/10.4067/s0719-01072010000200007>
- Canseco, G. y Jarillo, E. (2018). Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal. *Rev. Odontol. Mex*, 22(3), 128–136.
- Carvajal, P. (2016). Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 177–183. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001>
- Caton, J., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L. C., Jepsen, S., S. Kornman, K., ... S. Tonetti, M. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(March), S1–S8.

<https://doi.org/10.1111/jcpe.1293>

- Chapple, C., Mealey, L., Van Dyke, E., Bartold, M., Dommisch, H., y cols. (2018). Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*, 89(March), S74–S84.  
<https://doi.org/10.1002/JPER.17-0719>
- Cury P., Trierveiler M., Bonecker M., Soares de Araújo N. Incidence of periodontal diagnosis in private dental practice. *Am J Dent* 2006, 19:163-165
- Darby, I., Barrow, S. Y., Cvetkovic, B., Musolino, R., Wise, S., y cols. (2017). Periodontal treatment in private dental practice: a case-based survey. *Australian Dental Journal*, 62(4), 471–477. <https://doi.org/10.1111/adj.12523>
- Ercan, E., Uysal, C., Uzun, C., & Yılmaz, M. (2015). Periodontal Examination Profiles and Treatment Approaches of a Group of Turkish General Dentists. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 13(3), 275–280.  
<https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a32670>
- Falcao, A., y Bullón, P. (2019). A review of the influence of periodontal treatment in systemic diseases. *Periodontology 2000*, 79(1), 117–128.  
<https://doi.org/10.1111/prd.12249>
- Gamonal, J., Mendoza, C., Espinoza, I., Muñoz, A., Urzúa, I., Aranda, W., ... Arteaga, O. (2010). Clinical Attachment Loss in Chilean Adult Population: First Chilean National Dental Examination Survey. *Journal of Periodontology*, 81(10), 1403–1410. <https://doi.org/10.1902/jop.2010.100148>
- Gift H. (1988) Awareness and assessment of periodontal problems among dentists and the public. *Int Dent J*; 38:147-153.
- Gómez, M., Toledo, A., Carvajal, P., Gomes, S., Costa, R., y cols., (2016). A

multicenter study of oral health behavior among adult subjects from three South American cities. *Brazilian Oral Research*, 32, e22.

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0022>

Halemani, S., Sanikop, S., Patil, S., & Jalli, V. (2014). Perception regarding factors related to periodontal therapy among general dental practitioners of Belgaum city - A questionnaire survey. *Oral Health and Preventive Dentistry*, 12(2), 183–189. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a31665>

Hamp, S., Nyman, S., & Lindhe, J. (1975). Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *Journal of Clinical Periodontology*, 2.

Herrera, D., Figuero, E., Shapira, L., Jin, L., & Sanz, M. (2018). LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y PERIIMPLANTARIAS. *Revista Científica de La Sociedad Española de Periodoncia*, (11), 1–24.

Holmstrup, P., Plemons, J., & Meyle, J. (2018). Non–plaque-induced gingival diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(September 2017), S28–S43. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12938>

Kinane, D., Stathopoulou, P., & Papapanou, P. (2017). Periodontal diseases. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 1–14. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.38>

Kraatz, J., Hoang, H., Ivanovski, S., Ware, R. S., & Crocombe, L. A. (2019). Periodontal diagnosis, treatment, and referral patterns of general dental practitioners. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 10(3), 1–7. <https://doi.org/10.1111/jicd.12411>

Lindhe's. (2022). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*.

Meers, E., Dekeyser, C., Favril, C., Teughels, W., Quirynen, M., y cols. (2018). Periodontal screening and referral behaviour of general dental practitioners in

Flanders. *Clinical Oral Investigations*, 22(3), 1167–1173.

<https://doi.org/10.1007/s00784-017-2212-1>

Mesh-NCBI (s/f). Centro Nacional de Información Biotecnológica. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003933> (Consulta: 17 de enero de 2023).

Ministerio de Salud. (2009). Diagnóstico de situación de salud bucal en Chile.

*División de Prevención y Control de Enfermedades*, 9(1), 76–99.

Ministerio de Salud. (2017). Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales. *Santiago de Chile: Ministerio de Salud*, 1–58. Retrieved from

[https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23\\_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf)

Murakami, S., Mealey, B. L., Mariotti, A., & Chapple, I. (2018). Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(February 2017), S17–S27. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12937>

Opacic, J., Maldonado, A., Ramseier, C., Laugisch, O., & Bern, C.-. (2019).

*Einfluss der Parodontitis auf - Schwangerschaft und Geburt*. 581–589.

Papapanou, P., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., y cols. (2018).

Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.

*Journal of Periodontology*, 89(March), S173–S182.

<https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721>

Preshaw, P. (2015). Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention. *BMC Oral Health*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6831->

15-S1-S5

- Reinero, D. (2020). Barreras y facilitadores para implementar el examen periodontal básico en atención primaria de salud y criterios de derivación de embarazadas de la garantía explícita en salud al especialista en periodoncia. [Tesis de magíster en ciencias odontológicas]. Universidad de Chile.
- Sanz, M., Herrera, D., Kerschull, M., Chapple, I., Jepsen, S., Beglundh, T., Sculean, A., Tonetti, M. S., & EFP Workshop Participants and Methodological Consultants (2020). Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of clinical periodontology*, 47 Suppl 22(Suppl 22), 4–60.  
<https://doi.org/10.1111/jcpe.13290>
- Schaub R. (1984) Barriers to effective periodontal care. Department of Social Sciences in Dentistry, University of Groningen. Thesis.
- SEPA. Sociedad Española de periodoncia y osteointegración. (2017). EPB.Examen periodontal básico. *SEPA. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración.*, 6–11. Retrieved from [http://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2017/04/EPB-2017.pdf](http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2017/04/EPB-2017.pdf)
- SEPA. Sociedad Española de periodoncia y osteointegración. (2020). Tratamiento de la Periodontitis en Estadios I-III. *SEPA.*
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2021). *Protocolo Referencia y Contrarreferencia Periodoncia.*
- Tonetti, M., Greenwell, H., & Kornman, K. (2018). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Periodontology*, 89(February), S159–S172.  
<https://doi.org/10.1002/JPER.18-0006>
- Tonetti, M., Søren, J., Lijian, J., & Otomo-Corgel, J. (2017). Impact of the Global

Burden of Periodontal Diseases on Health, Nutrition and Wellbeing of Mankind: a Call for Global Action. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>

Trombelli, L., Farina, R., Silva, C., & Tatakis, D. (2018). Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(October 2017), S44–S67. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12939>

Vaithilingam, R., Raman, R., Siow, Y., & Wan-Hassan, W. (2009). Periodontal Screening and Practices Among Government dentists in Malaysia. *Malaysian Dental Journal*, 30(2), 105–110.

Yáñez, A., & Alvarado, A. (2016). Consideraciones sobre la enfermedad periodontal y su control. *Consideraciones Sobre La Enfermedad Periodontal y Su Control*, 2(3), 3–12.

## ANEXOS.

- Anexo 1

Nº	PREGUNTA	OPCIONES
1	¿Acepta participar del proceso de validación de le encuesta de investigación sobre "Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia."? Indicar hora de inicio de la encuesta .....	a. Si, si quiero participar. b. No, no quiero participar
2	¿Cuál es su país de residencia?	
3	¿Cuál es su edad?	
4	Indique su género	a. Femenino b. Masculino
5	¿En qué año se tituló como Cirujano Dentista/ Odontólogo?	
6	¿En qué zona ejerce principalmente su práctica clínica?	a. Zona urbana b. Zona rural c. Ambas por igual
7	¿A qué tipo de servicio le dedica mayormente su práctica clínica?	a. Servicio público b. Servicio Privado c. Docencia Universitaria d. Otra, especificar.....
8	¿Tiene alguna especialidad odontológica?	a. No b. Si

9	<p>PARA QUIEN RESPONDE (b) A LA PREGUNTA 8</p> <p>¿Cuál especialidad tiene usted? Puede marcar más de una.</p>	<p>a. Cirugía y traumatología bucomaxilofacial b. Endodoncia c. Implantología d. Odontología legal e. Odontopediatría f. Ortodoncia g. Patología oral - Medicina oral h. Radiología o imagenología maxilofacial i. Rehabilitación oral j. Salud pública k. Trastornos temporomandibulares - Disfunción l. Otra (cual)</p>
10	<p>En su práctica odontológica, sus pacientes pertenecen a la categoría de: (puede marcar más de una opción)</p>	<p>a. Niños b. Adolescentes c. Adultos d. Adultos mayores</p>
11	<p>¿Cómo considera usted que fue su preparación en periodoncia durante su educación universitaria?</p>	<p>a. Muy insuficiente b. Insuficiente c. Suficiente</p>
12	<p>En los últimos dos años, ¿usted ha realizado alguna actualización en periodoncia?</p>	<p>a. No b. Si, teórica c. Si, teórica y práctica clínica</p>
13	<p>¿Qué tan importante es, para usted, la salud periodontal al momento de planificar cualquier tratamiento odontológico?</p>	<p>a. Nada importante b. Poco Importante c. Importante d. Muy importante</p>
14	<p>Durante el examen de salud oral de su paciente, ¿usted evalúa los tejidos periodontales?</p>	<p>a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre</p>
15	<p>¿Con qué frecuencia usted utiliza una sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales?</p>	<p>a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre</p>
16	<p>SI RESPONDIÓ (b,c,d ) A LA PREGUNTA 15. ¿Qué tipo de sonda periodontal utiliza con mayor frecuencia?</p>	<p>a. Tipo OMS b. Tipo Carolina del Norte o UCN15 c. Tipo Marquis d. Otra, especificar..... e. Desconozco su tipo</p>

17	<p>SI RESPONDIÓ (a,b,c,) A LA PREGUNTA 15.....</p> <p>Mencione las principales razones por las cuales decide no usar la sonda periodontal (marque un máximo de tres opciones).</p>	<p>a. Es innecesaria para el examen de los tejidos periodontales</p> <p>b. Es innecesaria para realizar el diagnóstico periodontal</p> <p>c. Sólo la uso para ciertos casos clínicos que la considero necesaria</p> <p>d. No tengo este instrumental disponible en forma suficiente</p> <p>e. Tengo poco tiempo para realizar el examen periodontal</p> <p>f. Es muy demoroso realizar el sondaje periodontal</p> <p>g. Económicamente no me es rentable</p> <p>h. Me falta conocimiento para usar la sonda periodontal</p> <p>i. Me falta destreza para usar la sonda periodontal</p> <p>j. Otra, especificar .....</p>
18	<p>¿Considera usted que es importante el registro de parámetros periodontales en la ficha clínica del paciente?</p>	<p>a. Nada importante</p> <p>b. Poco Importante</p> <p>c. Importante</p> <p>d. Muy importante</p>
19	<p>¿Dispone usted de un sector en la ficha clínica o una ficha específica para registrar los parámetros periodontales?</p>	<p>a. No</p> <p>b. Si</p>
20	<p>¿Registra usted alguno de los siguientes parámetros periodontales en la ficha clínica del paciente? Indique cuales (puede marcar más de una opción)</p>	<p>a. Sangrado al sondaje</p> <p>b. Profundidad de sondaje</p> <p>c. Pérdida de inserción clínica</p> <p>d. Presencia de movilidad</p> <p>e. Presencia de placa dental</p> <p>f. Presencia de factores locales (tártaro dental / obturaciones desbordantes)</p> <p>g. Características visuales de la encía</p> <p>h. Lesiones de furcación</p> <p>i. No registro ningún parámetro periodontal</p>
21	<p>SI RESPONDIÓ (i) "no registro ningún parámetro" A LA PREGUNTA 20</p> <p>¿Por qué no registra parámetros periodontales en la ficha clínica ? (puede marcar más de una opción)</p>	<p>a. No dispongo del tiempo para el registro</p> <p>b. No estoy capacitado para realizarlo</p> <p>c. La ficha clínica que utilizo no incluye un sector para el registro</p> <p>d. Derivo a los pacientes a un</p>

		especialista e. No dispongo del instrumental f. No considero relevante registrarlos g. Otra, especificar.....
22	¿Conoce usted el Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o el Índice “Periodontal Screening and Recording (PSR)”?	a. No b. Si
23	¿Realiza ud. ¿el Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR) en su práctica diaria?	a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
24	¿Con que frecuencia indaga usted sobre factores de riesgo periodontales como el tabaquismo?	a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
25	¿Qué conducta asume usted ante el paciente fumador?	a) Realizo la consejería o asesoramiento antitabaquismo. b) Lo motivo o derivo a seguir un programa de cesación tabáquica. c) No lo considero de mi competencia. e) Otra, especificar.....
26	¿Realizar usted instrucción en higiene bucal a su paciente? Cuanto tiempo dedica usted para realizar instrucción de HB	a. No, porque no tengo tiempo b. No, porque el sistema de salud no me reconoce esa práctica c. No, lo realiza la asistente/higienista dental d. Si, realizo instrucción e. Otra, especificar.....
27	¿Con que frecuencia recomienda usted a sus pacientes elementos de higiene interdental?	a) Nunca b) Ocasionalmente c) Casi siempre d) Siempre
28	Si respondió b, c, d PREGUNTA 27 ¿Qué elementos de higiene interdental recomienda con mayor frecuencia? (puede marcar más de una opción)	a. Hilo o seda dental b. Cepillos interdenciales c. Palillos interdenciales d. Otros, especificar.....

29	En su práctica clínica ¿Realiza alguno de estos procedimientos? (puede marcar más de una opción)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Destartraje con ultrasonido</li> <li>b. Destartraje con instrumental manual</li> <li>c. Raspaje y alisado de la raíz</li> <li>d. Mantenimiento periodontal</li> <li>e. Féculización dentaria</li> <li>f. Gingivectomía</li> <li>g. Cirugía de colgajo</li> <li>h. Alargamiento de corona clínica</li> <li>i. Procedimientos de cobertura radicular</li> <li>j. Injertos óseos</li> <li>k. Implantes</li> <li>h. Ninguno</li> <li>i. Otro, especificar.....</li> </ul>
30	¿Cuál de estos procedimientos realiza usted en un paciente con gingivitis? (Puede marcar más de una opción)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Instrucción de higiene bucal</li> <li>b. Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva</li> <li>c. Destartraje/Tartrectomía supragingival</li> <li>d. Destartraje/Tartrectomía subgingival</li> <li>f. Otro, especificar.....</li> <li>e. No lo trato, lo derivó</li> </ul>
31	En un paciente con periodontitis ¿Cuáles de estas acciones realiza?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Instrucción de higiene bucal y luego derivación</li> <li>b. Instrucción de higiene bucal+ profilaxis con cepillo y luego derivación.</li> <li>c. Instrucción de higiene bucal +profilaxis con cepillo y pasta abrasiva + destartraje y luego derivación.</li> <li>e. Instrucción de higiene bucal + profilaxis con cepillo y pasta abrasiva+destartraje + Raspaje y alisado radicular.</li> <li>f. Otra, especificar.....</li> <li>g. No lo trato, lo derivó</li> </ul>
32	¿Después de realizar el tratamiento periodontal, re-evalúa usted los resultados del mismo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca</li> <li>b. Ocasionalmente</li> <li>c. Casi siempre</li> <li>d. Siempre</li> <li>e. No hago tratamiento periodontal</li> </ul>

33	<p>SI RESPONDIÓ (b,c,d) A LA PREGUNRA 32</p> <p>¿Qué parámetros utiliza <u>principalmente</u> para evaluar el resultado del tratamiento periodontal? (puede marcar como máximo 3 opciones)</p>	<p>a. Sangrado al sondaje  b. Profundidad de sondaje  c. Pérdida de inserción clínica  d. Presencia de movilidad  e. Presencia de placa dental  f. Presencia de factores locales (tártaro dental / obturaciones desbordantes)  g. Características clínicas visuales de los tejidos gíngivo-periodontales  h. Lesiones de furcación  i. Ninguno</p>
34	<p>¿Con que frecuencia deriva Ud. a un especialista en periodoncia?</p>	<p>a. Nunca  b. Ocasionalmente  c. Casi siempre  d. Siempre</p>
35	<p>SI RESPONDIÓ (a, b) A LA PREGUNTA 34</p> <p>¿Por qué no deriva a un especialista en periodoncia? (puede marcar más de una opción)</p> <p>El que respondió (a) "nunca" a esta pregunta 34 SIGUE EN PREGUNTA 41.</p> <p>¿Por qué no deriva regularmente a un especialista en periodoncia? (puede marcar más de una opción)</p> <p>SI RESPONDIÓ (a, b) A LA PREGUNTA 34</p>	<p>a. Estoy capacitado para realizar el tratamiento periodontal  b. Tengo temor de perder al paciente  c. Tengo temor de que juzguen mi trabajo clínico  d. No conozco a un periodoncista de confianza  e. No hay periodoncista o no son suficientes dentro de la red asistencial en la que trabajo  f. No lo considero importante  g. Donde trabajo hay un equipo multidisciplinario con un periodoncista recibo al paciente ya atendido  Otras.....</p>

36	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34</p> <p>¿Cuáles son las principales razones que considera usted para derivar a un especialista en periodoncia? (puede marcar hasta 3 opciones)</p>	<p>a. La severidad de la patología  b. Pacientes que tienen además enfermedades sistémicas.  c. Pacientes fumadores  d. Falta de entrenamiento para tratar enfermedades periodontales.  e. El resultado del EPB o PSR, de acuerdo al protocolo de derivación.  f. Por protocolo del servicio donde trabajo  g. Paciente que necesitan tratamiento quirúrgico pre protéticos y de ortodoncia  h. Pacientes que necesitan cirugía plástica periodontal  h. Otra, especificar.....</p>
37	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34</p> <p>¿Cuál son los principales parámetro que usted utiliza para decidir derivar a un especialista en periodoncia? marcar hasta 3 opciones</p>	<p>a. Sangrado al sondaje  b. Profundidad de sondaje  c. Pérdida de inserción clínica  d. Presencia de movilidad  e. Presencia de placa dental  f. Presencia de factores locales (tártaro dental / obturaciones desbordantes)  g. Características clínicas visuales de los tejidos gingivoperiodontales  h. Lesiones de furcación  i. Ninguno  j. Otro, especificar.....</p>
38	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34</p> <p>¿En cuál de las siguientes situaciones usted decide derivar al especialista en periodoncia?</p>	<p>a. Sangrado o inflamación severa  b. Bolsas/sacos de 4 mm o más  c. Bolsas/sacos de 5 mm o más.  d. Bolsas/sacos de 6 mm o más.  e. Ninguna  f. Otro, especificar.....</p>
39	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34</p> <p>¿Con que frecuencia utiliza los Índices EPB o PSR para decidir la derivación del paciente?</p>	<p>a. Nunca  b. Ocasionalmente  c. Casi siempre  d. Siempre</p>

40	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34</p> <p>¿Cuál es su vínculo con el periodoncista a quien usted deriva sus pacientes?</p>	<p>a. Es un periodoncista determinado con quién tengo un contacto fluido</p> <p>b. Es un periodoncista determinado pero no tengo un contacto fluido.</p> <p>c. No es un periodoncista determinado</p> <p>d. Otro, especificar.....</p>
----	--	--

**41 Indique la hora de finalización de la encuesta .....**

**42. En escala de 1 a 5 donde 1 es nada comprensible y 5 muy comprensible ¿Cómo evalúa la comprensión del cuestionario?**

**43. En escala de 1 a 5 donde 1 es nada claras y 5 muy claras. ¿Cómo evalúa la claridad de las preguntas?**

**44. En escala de 1 a 5 donde 1 es nada acorde y 5 muy acorde ¿Cómo evalúa la concordancia con el objetivo del estudio? “Describir las actitudes y prácticas del odontólogo no periodoncista, frente a la salud- enfermedad periodontal y explorar sobre las variables que pudieran influir en las mismas”.**

**45. En escala de 1 a 5 donde 1 es nada adecuado y 5 muy adecuado ¿Cómo evalúa el tiempo que demora en responder el cuestionario?**

**46. En este espacio lo invitamos a dejar comentarios generales sobre la encuesta que serán de gran utilidad para este proceso.....**  
 .....  
 .....

Muchas gracias por su participación en el proceso de validación

- **Anexo 2**

**Título de Proyecto: Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia. Estudio multicéntrico.**

**Parte cuantitativa**

**Consentimiento Informado (Electrónico) para participar en proyecto de investigación**

*Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento.*

*Usted como odontólogo(a) ha sido contactado electrónicamente con el fin de invitarlo a participar en un proyecto de investigación multicéntrico bajo la dirección de las Dras. Mariel Gómez, Universidad Maimónides, Argentina y Paola Carvajal, Universidad de Chile, Chile, el cual se está realizando simultáneamente en varios países de Latinoamérica.*

*El objetivo de esta investigación es describir las actitudes y prácticas del odontólogo no periodoncista, frente a la salud-enfermedad periodontal y explorar sobre las variables que pudieran influir en las mismas.*

**Su participación incluye:** *Contestar individualmente en forma **anónima** el siguiente cuestionario online, que estará disponible en una plataforma electrónica, el cual tiene una duración aproximada de xxxx minutos. Su identidad será resguardada, ninguna pregunta será relacionada con sus datos de identificación.*

**Beneficios potenciales:** *Todos los odontólogos participantes conocerán los alcances de esta investigación y tendrán acceso a una cartilla con recomendaciones sobre examen y diagnóstico periodontal. Este estudio no otorga ningún beneficio económico.*

**Desventajas de participar:** Destinar el tiempo necesario en contestar el cuestionario y/o entrevista.

**Riesgos:** Su participación no compromete ningún riesgo para usted, la información que usted provea será únicamente para fines de investigación.

**Confidencialidad.**

El cuestionario es confidencial. Una vez procesada la información, el cuestionario será eliminado. Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio cuando usted lo requiera, siendo eliminados sus datos a partir de ese momento. Una vez analizados los resultados derivados de la investigación, no podrán ser eliminados de aquellos trabajos científicos que ya estén publicados. La Institución /Universidad tomará medidas para proteger la confidencialidad de sus registros e identidad y no será dada a conocer en ninguna publicación que resulte de este estudio. Considerandos de la LEY de Confidencialidad N° 25326.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad XXXXXX ha aprobado este protocolo.

En caso de alguna inquietud o dificultad, los medios de contacto de las investigadoras responsables son, Paola Carvajal [pcarvajal@odontologia.uchile.cl](mailto:pcarvajal@odontologia.uchile.cl) o Mariel Gómez [gomez.mariel@maimónides.edu](mailto:gomez.mariel@maimónides.edu).

Desde ya le agradecemos su participación

**Consentimiento electrónico**

Declaro que he leído el formulario de consentimiento informado y acepto participar en esta investigación”**Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia. Estudio multicéntrico**”

a. Sí, si quiero participar.

b. No, no quiero participar.

- Anexo 3

**CARTA INVITACIÓN A PARTICIPAR DE ENCUESTA DIGITAL**

*Estimado(a) colega,*

*Nos gustaría invitarlo a participar en la siguiente encuesta sobre **”Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia. Estudio multicéntrico”***

*Solicitamos su colaboración respondiendo forma **anónima** un cuestionario electrónico que ha sido diseñado por miembros de la Comisión de investigación de la Federación Iberoamericana de Periodoncia, FIPP, esperando que los datos recibidos sean un valioso aporte para la profesión odontológica y la salud de la población.*

*El cuestionario tiene un tiempo de respuesta de aproximadamente XXXX minutos.*

*Su información será confidencial y privada. Estos datos serán utilizados solamente para fines de investigación, sin que su identidad sea identificada.*

*En las siguientes preguntas, usted tendrá que elegir las opciones que reflejen su prácticas y experiencia de temas relacionados con la periodoncia.*

*Participan de esta investigación multicêntrica las siguientes Universidades, sociedades y asociaciones: Universidad Maimónides, Argentina, Universidad de Chile, Chile. Universidad de la República, Uruguay. Universidad de los Andes, Venezuela. Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Universidad Científica del Sur, Perú.*

*Le solicitamos acceder al siguiente LINK XXX del cuestionario y contestar antes del XXXXXX.*

*En caso de dudas puede contactarse con las Investigadoras responsables Paola Carvajal [pcarvajal@odontologia.uchile.cl](mailto:pcarvajal@odontologia.uchile.cl) o Mariel Gómez [gomez.mariel@maimónides.edu](mailto:gomez.mariel@maimónides.edu).*

*Gracias por su participación y tiempo dedicado.*

*Cordialmente,*

**Comisión de Investigación**

**Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP)**