



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

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
UTILIZADOS POR ODONTÓLOGOS CHILENOS**

Javiera Belén Sanhueza Basso

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

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Prof. Paola Carvajal Pavez

TUTORES ASOCIADOS

Dra. María José De La Quintana

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

Santiago - Chile

2023



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

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
UTILIZADOS POR ODONTÓLOGOS CHILENOS**

Javiera Belén Sanhueza Basso

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

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Prof. Paola Carvajal Pavez

TUTORES ASOCIADOS

Dra. María José De La Quintana

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

Santiago - Chile

2023

AGRADECIMIENTOS

A la Comisión de Investigación de la FIPP por permitirme participar en el Proyecto “Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia. Estudio multicéntrico”.

A mis tutoras, Dra. Paola Carvajal y Dra. De La Quintana, por todo el tiempo invertido en este proyecto. Gracias por acompañarme durante este largo proceso y por permitirme trabajar con ustedes.

A mi madre y hermana, mis ejemplos a seguir, por el apoyo y cariño incondicional. Sin ustedes no estaría aquí.

A mi familia y amigos de Pregrado, por confiar plenamente en mí desde el día uno y estar a mi lado cuando más los necesité.

A Cubita, mi eterna compañera de estudio.

ÍNDICE

1. Resumen	7
2. Antecedentes bibliográficos.....	9
2.1 Periodontitis	9
2.2 Prevalencia de la periodontitis.....	10
2.3 Impacto de la periodontitis	11
2.4 Parámetros clínicos usados para la valoración de los tejidos periodontales...12	
2.4.1 Indicadores de inflamación gingival	12
2.4.2 Indicadores de destrucción periodontal	13
2.4.3 Examen Periodontal Básico	14
2.5 Criterios actuales de derivación	14
3. Planteamiento del problema	16
4. Hipótesis y objetivos	17
4.1 Hipótesis	17
4.2 Objetivo general	17
4.3 Objetivos específicos	17
5. Metodología	18
5.1 Población en estudio y muestra	18
5.2 Fuente de información	19
5.3 Variables	21
5.4 Contacto con odontólogos.....	24
5.5 Consideraciones éticas.....	24
5.6 Análisis estadístico	24

6. Resultados	25
6.1 Caracterización de la muestra.....	25
6.2 Descripción de las respuestas de la encuesta por parte de los odontólogos encuestados	27
6.2.1 Examen Periodontal Básico	27
6.2.2 Derivación a la especialidad de Periodoncia	27
6.2.3 Razones que consideran los odontólogos para derivar al periodoncista.....	28
6.2.4 Parámetros utilizados para decidir derivar al periodoncista....	29
6.2.5 Situaciones en las cuales odontólogos deciden derivar.....	30
6.2.6 Vínculo que tienen los odontólogos con el periodoncista al cual derivan	31
7. Discusión.....	33
8. Conclusiones	40
9. Referencias bibliográficas	41
10. Anexos y apéndices.....	48

1. RESUMEN

Introducción: Los odontólogos generales desempeñan un rol fundamental en el control de las enfermedades periodontales ya que son quienes deben valorar la necesidad de derivación de un paciente. En Chile existen pautas de recomendación para el proceso de derivación, los cuales sugieren el uso del Examen Periodontal Básico (EPB) en conjunto a otros parámetros clínicos para la toma de decisiones. Sin embargo, existen estudios que señalan variaciones en estos criterios y bajo uso del EPB durante práctica diaria en Chile, esto sumado a que no existen estudios que describan los criterios de derivación usados por odontólogos no periodoncistas que trabajen en el servicio privado.

Objetivo: Evaluar los criterios de derivación al especialista en periodoncia utilizados por odontólogos chilenos.

Materiales y métodos: Estudio transversal y descriptivo. Se envió un cuestionario en formato electrónico a los afiliados del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, el cual incluía preguntas para caracterizar a los odontólogos y referente a los criterios de derivación al especialista en periodoncia. La participación fue voluntaria y anónima. Las respuestas obtenidas se traspasaron a una planilla Excel para posteriormente realizar un análisis descriptivo de las variables mediante frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la asociación de variables se usó el test Chi cuadrado y exacto de Fisher, con un nivel de significancia del 0,05. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico STATA 13.0

Resultados: Un total de 221 odontólogos respondieron el cuestionario. Los principales parámetros utilizados como criterio de derivación fueron la presencia de movilidad, profundidad de sondaje y lesiones de furcación. El 77,8% reporta conocer el EPB, sin embargo, sólo el 4,5% lo realiza frecuentemente y su uso como criterio de derivación alcanzó el 10%.

Conclusiones: Los odontólogos colegiados no periodoncistas encuestados utilizan criterios de derivación basados en signos de destrucción periodontal y tienden a derivar más frecuentemente en etapas tardías de la enfermedad. Nuestros

resultados contribuyen a una mejor comprensión de los factores que influyen en el proceso de derivación, pudiendo ser de utilidad para las instituciones que busquen reforzar dicho proceso, y de esta forma, mejorar el resultado del paciente a largo plazo.

2. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1 Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad crónica de carácter inflamatorio multifactorial mediada por la respuesta inmune del hospedero asociada a diversos patógenos periodontales (Tonetti y cols., 2018). La invasión de estos microorganismos en el surco gingivodentario produce la activación de la respuesta inmune-inflamatoria, lo que conlleva a la pérdida de las fibras del ligamento periodontal marginal, migración apical del epitelio de unión y propagación apical de la biopelícula bacteriana a lo largo de la superficie de la raíz dentaria provocando la destrucción de las estructuras de soporte del diente, incluidos el ligamento periodontal, cemento radicular, el hueso alveolar y los tejidos blandos (Kinane, 2017). Dentro de sus principales manifestaciones clínicas se incluyen el sangrado al sondaje, formación de saco periodontal, movilidad dental, recesión gingival, pérdida dentaria y disfunción masticatoria (Curtis, 2015).

Actualmente, el signo diagnóstico de la periodontitis es la pérdida de soporte periodontal producto de una inflamación sostenida en el tiempo (Herrera y cols., 2018). Esto es posible de evaluar a través de la medición del nivel de inserción clínica (NIC); parámetro clínico determinado por la evaluación circunferencial de la dentición erupcionada, usando una sonda periodontal estandarizada con referencia al límite amelo-cementario (Tonetti y cols., 2018).

Un caso de periodontitis se define por la pérdida de soporte del tejido periodontal, que comúnmente se evalúa mediante la pérdida ósea radiográfica o la pérdida de inserción clínica interproximal medida por sondaje (Sanz, M. y cols., 2020). En el contexto de atención clínica, estamos frente de un caso de periodontitis cuando:

1. El NIC interdental es detectable en ≥ 2 dientes no adyacentes, o
2. El NIC vestibular o lingual es ≥ 3 mm con profundidad al sondaje > 3 mm, en ≥ 2 dientes. En ambos casos el NIC observado no puede atribuirse a causas no periodontales como recesión gingival por razones traumáticas, caries en la región

cervical, NIC en la cara distal de un segundo molar (posiblemente asociada a una malposición o extracción del tercer molar), lesión endodóntica o fractura radicular vertical (Herrera y cols., 2018).

Por otro lado, según la fisiopatología, se han identificado tres formas de periodontitis: Periodontitis, Periodontitis necrosante y Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. El diagnóstico diferencial se basa en la historia y signos y síntomas específicos de la periodontitis necrosante y la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica poco común que altera la respuesta inmune del huésped (Tonetti y cols., 2018). En cuanto a la Periodontitis como tal, se tomó la decisión de cambiar el enfoque, reuniendo las periodontitis agresiva y crónica en una misma categoría y, al mismo tiempo, caracterizarla adicionalmente con un sistema de clasificación por estadios y grados. La estadificación dependerá de la gravedad de la enfermedad y la complejidad prevista de su tratamiento, y los grados informarán sobre el riesgo de progresión de la enfermedad y de obtención de malos resultados en el tratamiento, junto con los posibles efectos negativos sobre la salud sistémica (Herrera y cols., 2018).

2.2 Prevalencia de la Periodontitis

La periodontitis es una de las dos enfermedades orales más importantes que contribuyen a la carga mundial de enfermedades crónicas. Esta patología tiene una alta prevalencia en todo el mundo, en efecto, en 2010 la periodontitis fue la sexta condición de salud más prevalente, afectando al 10.8% de las personas (743 millones) en todo el mundo, por lo que, sumado a la alta carga económica que genera, tanto para el individuo como para el sistema de salud, es considerada un importante problema de salud pública en diferentes países (Peres y cols., 2019).

Ante esta problemática, Chile no es la excepción. Actualmente existen limitados estudios que muestren una visión global de la situación en nuestro país; sin embargo, los resultados presentados por estas investigaciones conducen a conclusiones similares. Por ejemplo, en el estudio de Gamonal y cols. (1998), se encontró que la prevalencia de enfermedad periodontal fue 90% en sujetos de 35 a

44 años, y 100% en sujetos de 65 a 74 años; a su vez, la necesidad de un tratamiento periodontal complejo fue de un 40% en los sujetos de 35 a 44 años, aumentando significativamente a 71% en los sujetos de 65 a 74 años. Otras investigaciones reportaron que la necesidad de tratamiento periodontal complejo en sujetos ≥ 60 años en la Región de Valparaíso fue de un 43% (Mariño y cols., 2011); mientras que, en la Región del Maule, la necesidad de tratamiento periodontal complejo en los sujetos de 35 a 44 años fue de un 19,7%, y en los de 65 a 74 años, de un 28,8% (Giacaman y cols., 2016). Un estudio importante fue el realizado por Gamonal y cols. (2010), en el que se encontró que la prevalencia de sujetos con presencia de sitios periodontales con pérdida de inserción clínica severa (> 6 mm.) fue 38,6% en adultos jóvenes y 69,3% en adultos mayores. Todas estas investigaciones permiten concluir que la enfermedad periodontal es una patología de alta prevalencia en la población chilena, existiendo además una alta necesidad de tratamiento.

2.3 Impacto de la Periodontitis

En cuanto a las consecuencias de la periodontitis, se ha visto que esta puede conducir a la pérdida de dientes y afectar negativamente la función masticatoria, el habla y la estética del individuo que la padece (Peres y cols., 2019). Asimismo, se ha visto que existen diferencias con relación a la calidad de vida de las personas con y sin enfermedad periodontal, en ámbitos como presencia de limitación funcional (dificultad para masticar), dolor físico y malestar psicológico provocado por la incomodidad al comer (Ng y Leung, 2006).

Por otro lado, la inflamación causada por las enfermedades periodontales actúa no sólo en el medio ambiente oral, sino también tiene efectos en órganos a distancia. Existe evidencia que demuestra la estrecha relación entre la periodontitis y algunas enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes mellitus tipo II, aterosclerosis, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras (Morales y cols., 2016); esto producto de una exacerbada respuesta inflamatoria que origina una respuesta inmune alterada (Loos, 2016). Es por esto que, para un

correcto manejo del paciente con periodontitis, es necesario evaluar el estado de los tejidos periodontales sumado a una correcta valoración de otras condiciones que puedan estar modificando la expresión de la enfermedad, con el fin de idear un plan de tratamiento adecuado para cada paciente el cual permita el correcto manejo de su condición de salud.

2.4 Parámetros clínicos usados para la valoración de los tejidos periodontales

Existen diversos parámetros clínicos que permiten la evaluación de los tejidos periodontales, tanto para identificar inflamación gingival como para valorar la destrucción de estos tejidos, los cuales son necesarios de registrar para tomar decisiones en cuanto al diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente.

2.4.1. Indicadores de inflamación gingival

Características clínicas: Los signos clínicos de inflamación gingival incluyen cambios en el color (rojo/azul violáceo), textura de la encía marginal (Nyman y Lindhe, 2003), contorno gingival aumentado, consistencia blanda o edematosa, superficie brillante y sangrado gingival particularmente a la exploración y/o sondaje (Mariotti, A., 1999).

Sangrado al sondaje Es un método objetivo disponible para evaluar y clasificar por grados la inflamación gingival. Corresponde a la proporción de sitios periodontales sangrantes (evaluación dicotómica sí/no) al ser estimulados por una sonda periodontal estandarizada con una fuerza controlada (0,2 N) en el extremo apical del surco (Trombelli y cols., 2018).

Profundidad al sondaje: Este índice busca la medición del surco periodontal, el cual se define como el espacio alrededor de los dientes entre la encía marginal y la superficie del diente y que está limitado en su parte más apical por las células más coronales del epitelio de unión (Weinberg y Eskow, 2003). Podemos encontrar casos en donde exista una profundidad al sondaje incrementada en ausencia de pérdida de inserción y pérdida ósea, esto debido a que el margen gingival puede

variar en su dimensión dependiendo del grado de inflamación o agrandamiento gingival (Botero, J. y Bedoya, E., 2010).

2.4.2. Indicadores de destrucción periodontal

Nivel de Inserción Clínica: Se expresa como la distancia en milímetros desde la unión cemento-esmalte hasta la parte inferior del surco periodontal sondeable. (Nyman y Lindhe, 2003). A medida que aumenta la severidad de la enfermedad, la pérdida de inserción clínica aumenta y se puede identificar un caso de periodontitis con mayor precisión (Tonetti y cols., 2018).

Movilidad: La movilidad dental se mide empleando dos instrumentos metálicos y aplicando presión sobre el diente en sentido vestibulolingual. La pérdida continua y progresiva de los tejidos de soporte en la enfermedad periodontal puede resultar en una mayor movilidad de los dientes (Nyman y Lindhe, 2003).

Compromiso de furca: En la progresión de la enfermedad periodontal alrededor de los dientes de múltiples raíces, el proceso destructivo puede afectar las estructuras de soporte del área de la furca. Los grados de furcación se pueden clasificar según el grado pérdida horizontal de los tejidos de soporte medido con una sonda Nabers (Nyman y Lindhe, 2003).

Pérdida ósea radiográfica: Las radiografías proporcionan información de la altura y configuración del hueso alveolar interproximal (Nyman y Lindhe, 2003). Mediante la evaluación, es necesario buscar cambios que están asociados con patología ósea periodontal, como lo son: la 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, J. y Bedoya, E., 2010).

2.4.3. Examen Periodontal Básico (EPB)

Es una herramienta rápida y sencilla de *screening* o tamizaje que permite detectar la presencia de enfermedad periodontal y factores locales como restauraciones desbordantes y presencia de cálculo dental (Allen, 2015), proporcionando así una guía básica sobre la necesidad de tratamiento del paciente, la cual incluye la derivación a nivel de los especialistas para un diagnóstico periodontal completo y tratamiento (MINSAL, 2017).

En el marco de la Nueva Clasificación de Enfermedades Periodontales y Condiciones Periimplantarias, es importante mencionar que este examen no proporciona un diagnóstico, ya que con él se evalúa como parámetro principal la profundidad al sondaje y no la pérdida de inserción clínica (Tonetti y cols., 2018). No obstante, debido a la rapidez y bajo costo que sugiere el uso del EPB, actualmente sigue siendo una herramienta útil en la valoración periodontal; de hecho, se propone incorporar el EPB en el examen de salud bucal inicial que se realiza a toda persona que ingresa a tratamiento odontológico integral en la atención primaria (MINSAL, 2021a).

2.5 Criterios actuales de derivación

A nivel internacional, según la SEPA (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración), las puntuaciones Código 4 o * en el EPB pueden ser consideradas como criterios de derivación para remitir al periodoncista, los cuales se presentan frecuentemente en casos de “Periodontitis agresiva”, “Periodontitis crónicas avanzadas” y “Periodontitis asociadas a enfermedades sistémicas”. No obstante, recalcan el hecho que los odontólogos generales pueden hacerse cargo del tratamiento inicial y largo plazo de los pacientes remitidos (SEPA, 2013).

Por otro lado, la Sociedad Británica de Periodoncia (BSP) señala que los puntajes de EPB deben considerarse junto a otros factores para tomar decisiones sobre la derivación de un paciente, como lo son la gravedad de la enfermedad y complejidad del tratamiento requerido, el deseo del paciente de ver a un especialista o de

someterse a un tratamiento especializado, el conocimiento, la experiencia y la formación del odontólogo general para el tratamiento de pacientes con diversos problemas periodontales y la presencia de otros factores de complicación, como el historial médico del paciente u otra comorbilidad (British Society of Periodontology, 2011).

A nivel nacional, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Gingivales y Periodontales (MINSAL, 2017), propuestas por el Ministerio de Salud, se dice que se deben tener en cuenta los parámetros establecidos en el Examen Periodontal Básico para determinar si el paciente es candidato para la derivación al especialista; en presencia de un código 4 es necesario evaluar la derivación al periodoncista, mientras que el código * debe ser resuelto por un especialista ya que es probable que se requiera cirugía periodontal. También en dicho documento se recomienda tener siempre en consideración las políticas, planes y programas en salud bucal que se implementen en el país, así como también los protocolos de referencia y contrarreferencia de cada Servicios de Salud.

En esta misma línea, el Protocolo de Referencia y Contrarreferencia en Periodoncia, utilizado en la atención pública en Chile, menciona que se debe utilizar el EPB junto a la evaluación de signos y síntomas de la enfermedad periodontal para llegar a una aproximación diagnóstica y determinar la necesidad de tratamiento. Dentro de los parámetros para la derivación a Periodoncia se nombran aquellos que son indicadores de una Periodontitis Etapa III y IV, haciendo una correlación con los resultados del EPB: pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5 mm., PS mayor o igual a 6 mm. (EPB 3-4), evidencia de pérdida ósea radiográfica mayor o igual al 50% de la superficie radicular, compromiso de furca II o III (EPB *), pérdida dentaria por historia de periodontitis, presencia de pérdida ósea vertical mayor o igual a 3 mm. y, por otro lado, se nombran otras condiciones como enfermedades periimplantares y pacientes fumadores pesados con pérdida de inserción y signos inflamatorios asociados (MINSAL, 2021b).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los odontólogos generales desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico inicial y el tratamiento de los pacientes periodontales ya que son quienes evalúan el estado periodontal, realizan el diagnóstico, planificación del tratamiento, terapia de mantención periodontal y, además, son quienes deben determinar la necesidad de derivación del paciente. (Townsend C., 2004). Un diagnóstico precoz de las enfermedades periodontales seguido de un tratamiento y derivación oportuna contribuirá a detener la progresión de la enfermedad, evitar la necesidad de tratamientos complejos y obtener un tratamiento exitoso a largo plazo. El rol del dentista general se refleja en el siguiente enunciado:

“Te guste o no, si eres periodoncista, dependes de los dentistas generales, primero, para identificar a los pacientes con necesidades periodontales, y segundo, para derivarlos en un momento adecuado en su proceso de enfermedad.” (McGuire, M. y cols.,2003)

Por lo que es fundamental contar con pautas que guíen el ejercicio del odontólogo en su práctica diaria y, más aún, que estas sean conocidas, consideradas e implementadas por estos profesionales. Sin embargo, a pesar de lo descrito anteriormente, en la actualidad existen diversos estudios que señalan variaciones en los criterios de los odontólogos en un pilar fundamental del tratamiento periodontal: la derivación al periodoncista. Esto se observó en el estudio de Linden y cols. (1998), en el cual concluyó que existe una variación considerable en la derivación periodontal entre 2 regiones estudiadas, tanto noroeste de Inglaterra como en Irlanda del Norte. Asimismo, en el estudio de Meers y cols. (2017), el cual tuvo como objetivo investigar el comportamiento de detección y derivación de los dentistas flamencos en relación con la periodontitis, se concluyó que no hay consenso sobre si y cuándo derivar a un especialista.

Actualmente en Chile existen pautas de recomendación de derivación por parte del Ministerio de Salud, las cuales sugieren el Examen Periodontal Básico como herramienta fundamental para evaluar la necesidad de tratamiento de cada paciente y, valga la redundancia, la necesidad de derivación al periodoncista. No obstante, según el estudio de Leyton (2019), en el que, mediante un cuestionario, se investigó sobre las barreras y facilitadores de la implementación del Examen Periodontal Básico en la garantía explícita en salud para embarazadas en Coquimbo, O'Higgins y Araucanía, se obtuvieron como resultados que sólo un 11% de los odontólogos reportó realizar siempre el EPB como parte del examen clínico a embarazadas. Asimismo, en el estudio de Quezada (2019), en el cual se buscaba una asociación de la capacitación de odontólogos en EPB con su implementación en el GES de embarazadas en atención primaria de salud, se pesquisó que, de 522 odontólogos, un 70,7% refiere nunca o sólo algunas veces utilizar el EPB y solo un 29,4% mencionó usar el EPB como criterio de derivación. Por otro lado, actualmente no existen estudios que describan los criterios de derivación usados por odontólogos no periodoncistas que trabajen en el servicio privado. Ante estos hallazgos, es necesario indagar sobre los criterios de derivación actuales al especialista en periodoncia utilizados por los odontólogos chilenos.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1 Hipótesis

Los odontólogos chilenos carecen de un criterio unificado de derivación al especialista en periodoncia.

4.2 Objetivo general

Evaluar los criterios de derivación al especialista en periodoncia utilizados por odontólogos chilenos.

4.3 Objetivos específicos

1. Describir los parámetros utilizados por odontólogos chilenos para derivar a un especialista en periodoncia.
2. Describir las razones consideradas por odontólogos chilenos para decidir derivar a un especialista en periodoncia.
3. Estimar la frecuencia en la que odontólogos chilenos derivan a un especialista en periodoncia según años de titulación, especialidad, tipo de servicio en el que trabaja y nivel de capacitación.

5. METODOLOGÍA

Tipo de 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".

5.1 Población en Estudio y Muestra

La población en estudio del proyecto original fueron los odontólogos(as) no periodoncistas de países miembros de la Federación Iberoamericana de Periodoncia. El cuestionario se envió masivamente a los odontólogos mediante los Colegios de Dentistas y/o sociedades profesionales de los países participantes. Para este trabajo sólo se consideraron a los odontólogos no periodoncistas chilenos.

En Chile, según MINSAL (2020), al 31 de diciembre de 2019 habían 25.440 Cirujanos Dentistas inscritos en el Registro Nacional de Prestadores individuales de Salud. Con el fin de obtener representación, tanto de odontólogos que trabajaran en el servicio público y privado en todo el país, se decidió difundir el cuestionario a través del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile y no a través de Servicios de Salud en específico, como es lo mayormente reportado en estudios realizados en Chile sobre este tema (Mariño y cols., 2011; Giacaman y cols., 2016; Leyton, 2019; Quezada, 2019).

De acuerdo con la N6mina de colegiados y colegiadas a nivel nacional al 11 de noviembre del a6o 2022 publicada por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. existen 6.595 colegiados activos, de los cuales 387 tiene la especialidad en periodoncia, por lo que se calcul6 un tama6o muestral con un 5% de error y un 95% de confianza, para encontrar una proporci6n del 11% (Cabrera, 2019; Leyton, 2019). Utilizando WinEpi (<http://www.winepi.net/>) se estim6 una muestra de al menos 201 individuos.

Los criterios de inclusi6n fueron odont6logos colegiados, de ambos sexos, que accedieron libremente a participar del estudio, los cuales debieron dar su consentimiento previo a la realizaci6n del cuestionario mediante la misma plataforma en la cual estuvo dispuesto (GoogleForms) (Anexo 1).

Los criterios de exclusi6n fueron odont6logos especialistas en periodoncia, participantes que no contestaron el total de preguntas del cuestionario, docentes de la disciplina y aquellos con un pa6s de residencia diferente a Chile.

5.2 Fuente de informaci6n

Para el proyecto original, del cual se extrajo la informaci6n para el presente trabajo, se confeccion6 un cuestionario dise6ado para explorar barreras y facilitadores para la valoraci6n periodontal por parte de los odont6logos no especialistas de los pa6ses pertenecientes a la Federaci6n Iberoamericana de Periodoncia. Este cuestionario primero fue enviado a odont6logos expertos para revisar su contenido y pertinencia con los objetivos del estudio, obteniendo la versi6n 2. La segunda versi6n (Anexo 2), se envi6 a una muestra piloto v6a correo electr6nico con el fin de analizar dispersi6n de respuestas, cantidad de preguntas definitivas y obtener la versi6n final. En ese proceso tambi6n se pilot6 el tiempo necesario para desarrollar el cuestionario.

Una vez confeccionado el cuestionario definitivo, se hizo llegar a los participantes una carta de invitaci6n (Anexo 3) mediante enlace que los condujo a Google Forms con las preguntas para ser contestadas de manera an6nima y voluntaria. Para

acceder a la sección de preguntas, el odontólogo debió dar su consentimiento para participar en el proyecto.

Las preguntas seleccionadas para el presente estudio estuvieron relacionadas con las características de los odontólogos y con los criterios de derivación de los odontólogos al especialista en periodoncia:

Características del odontólogo y su establecimiento:

- Edad
- Sexo
- Tiempo de titulación como Cirujano dentista.
- Tipo de servicio que dedica mayormente su práctica clínica
- Actualización en Periodoncia
- Especialidad.

Criterios de derivación de los odontólogos al especialista en periodoncia, los cuales se subdividen en preguntas relacionadas al Examen Periodontal Básico y protocolos de derivación propiamente tal:

Examen Periodontal Básico:

- Conocimiento del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o el Índice “Periodontal Screening and Recording (PSR)”.
- Realización del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR)” en la práctica diaria.
- Frecuencia de uso de los índices Examen Periodontal Básico o Periodontal Screening and Recording para decidir la derivación del paciente.

Derivación al Periodoncista:

- Frecuencia con la que el odontólogo deriva a un especialista en periodoncia
- Principales razones consideradas para derivar a un especialista en periodoncia
- Principales parámetros utilizados para decidir derivar a un especialista en periodoncia

- Situaciones clínicas en las que se decide derivar al especialista en periodoncia
- Razones de por qué no deriva a un especialista en periodoncia
- Vínculo con el periodoncista a quien el odontólogo deriva a sus pacientes.

5.3 Variables

Tabla 1. Variables con respecto a la caracterización de la muestra.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Dimensión Operacional	Codificación
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona. (RAE, 2023)	Edad del profesional al momento de contestar el cuestionario.	En años
Sexo	Cualitativa nominal	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo.	Según sexo biológico	a. Femenino b. Masculino
Tiempo de titulación	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 el cuestionario.	En años
Tipo de servicio en el que trabaja	Cualitativa nominal	Servicio público: Perteneciente o relativo al Estado. Servicio Privado: Que no es de propiedad pública o estatal, sino que pertenece a particulares. Docencia universitaria: Perteneciente o relativo a la enseñanza universitaria. (RAE, 2023)	Tipo de servicio en donde el odontólogo trabaja la mayor parte de sus horas laborales.	a. Servicio público b. Servicio privado c. Docencia d. Universitaria e. Otro:
Actualización en Periodoncia	Cualitativa nominal	Darle actualidad o poner al día conocimientos (RAE, 2023) en Periodoncia y si esta fue teórica y/o práctica clínica.	Pregunta al odontólogo sobre si ha realizado algún tipo de actualización en Periodoncia y a cuál fue su modalidad.	a. No b. Sí, teórica c. Sí, teórica y práctica clínica d. Sí, práctica clínica
Especialidad	Cualitativa nominal	Rama de una ciencia, con objeto de una parte limitada de la que se posee conocimiento y habilidades precisas. (RAE, 2023)	Existencia de título profesional de especialista en un área odontológica	a. Sí b. No

Tabla 2. Variables en relación con los criterios de derivación de los odontólogos.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Codificación
Conocimiento del Examen Periodontal Básico (EPB)	Cualitativa nominal	Conocimiento del profesional acerca del Índice Examen Periodontal Básico (EPB).	Autopercepción del odontólogo sobre el conocimiento del EPB	a. Sí b. No
Realización del Examen Periodontal Básico (EPB)	Cualitativa ordinal politómica.	Número de veces que se lleva a cabo (RAE, 2022) el Examen Periodontal Básico (EPB) en la práctica diaria	Pregunta sobre la frecuencia de aplicación del EPB por parte del profesional dentro de su práctica diaria	a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
Frecuencia de uso del Examen Periodontal Básico para decidir la derivación del paciente	Cualitativa ordinal politómica.	Número de veces que se repite (RAE, 2022) el uso del EPB para decidir derivar a un paciente por unidad de tiempo.	Pregunta al odontólogo sobre la frecuencia de uso del EPB para decidir derivar al paciente en la práctica diaria.	a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
Frecuencia con la que el odontólogo deriva a un especialista en periodoncia	Cualitativa ordinal politómica.	Número de veces que se repite el acto (RAE, 2022) de derivar a un especialista en periodoncia.	Pregunta al odontólogo sobre la frecuencia con la que deriva a un especialista en periodoncia	a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
Razones para decidir derivar a un especialista	Cualitativa nominal	Condiciones que pueden afectar el manejo de la enfermedad periodontal de un paciente (MINSAL, 2021b), pudiendo ser de carácter clínico o no.	Pregunta acerca de las razones consideradas para derivar a un periodoncista.	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 con el protocolo de derivación. f. Por protocolo del servicio donde trabajo g. Otro:
Parámetros utilizados	Cualitativa nominal	Criterios clínicos (Botero, J. & Bedoya,	Parámetros referidos por el	a. Sangrado al sondaje b. Profundidad de sondaje

derivar a un especialista en periodoncia		2010) utilizados para referir a paciente al especialista en periodoncia.	odontólogo que utiliza para decidir derivar a un especialista en periodoncia.	<ul style="list-style-type: none"> c. Pérdida de inserción 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:
Situaciones consideradas para derivar al especialista	Cualitativa nominal	Condiciones periodontales de un paciente ficticio a las que se puede enfrentar un odontólogo general, en las que debe decidir derivar.	Pregunta al odontólogo en la que debe seleccionar la situación que considera más pertinente derivar.	<ul style="list-style-type: none"> 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:
Razones de por qué no deriva a un especialista en periodoncia	Cualitativa nominal	Posibles motivos por los cuales el odontólogo no deriva.	Pregunta al odontólogo sobre las razones de por qué no deriva a un periodoncista	<ul style="list-style-type: none"> 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. h. Otras
Vínculo con el periodoncista a quien el odontólogo deriva a sus pacientes.	Cualitativa nominal	Relación que tiene el odontólogo con el periodoncista al cual deriva.	Pregunta al odontólogo sobre el vínculo con el periodoncista a quien el odontólogo deriva a sus pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> a. Es un periodoncista determinado con quien tengo un contacto fluido b. Es un periodoncista determinado, pero no tengo un contacto fluido c. No es un periodoncista determinado d. Otro

5.4 Contacto con odontólogos

Para este estudio, se contactó al Colegio de Cirujano Dentistas de Chile con la finalidad de explicar el proyecto y solicitar su colaboración en la difusión del enlace del cuestionario entre sus afiliados mediante correo electrónico.

El cuestionario comenzó a ser difundido en Chile desde el 14 de octubre hasta 22 noviembre del año 2022 en la plataforma electrónica Google Forms®. Se envió un recordatorio 1 semana después del inicio de difusión a través del mismo medio. El odontólogo, mediante el registro electrónico inmediato, podía contestar de forma voluntaria en el momento que deseara y de manera anónima, dando previamente su consentimiento de participar en el proyecto.

5.5 Consideraciones éticas

El Proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Maimónides, ciudad de Buenos Aires, Argentina. En este estudio se mantuvo la confidencialidad de las respuestas obtenidas, no se solicitaron antecedentes confidenciales durante la ejecución y sólo fueron utilizadas las respuestas para los objetivos de éste. Posterior al uso de estos datos se procedió a su eliminación.

5.6 Análisis estadístico

La información obtenida desde la plataforma GoogleForms se consolidó en una planilla Excel (Microsoft, Redmond, WA, USA) y se filtraron las respuestas de los odontólogos chilenos 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 14 variables en estudio. Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk a fin de determinar la distribución de los datos; debido a que las variables estudiadas no cumplieron con ese supuesto (se obtuvo una distribución anormal), se describieron mediante la mediana y rango intercuartílico, mientras que, para las variables cualitativas, se realizó su descripción a través de frecuencias absolutas y relativas.

Además, se utilizó el *test* chi cuadrado y exacto de Fischer, según correspondió en cada caso, para determinar la asociación entre las variables independientes: años de titulación, especialidad, capacitación y tipo de servicio donde trabaja, y variables dependientes: realización del EPB, frecuencia de uso del EPB para decidir la derivación del paciente y frecuencia con la que el odontólogo deriva a un especialista en periodoncia. Para facilitar el análisis, las variables dependientes politómicas se dicotomizaron en “Sí usa” para “Siempre” y “Casi siempre” y “No usa” para “Nunca” y “Ocasionalmente”. Los valores $p < 0,05$ se consideraron significativos.

6. RESULTADOS

De un total de 965 respuestas obtenidas, se seleccionaron 232 de ellas, las cuales correspondían a las respuestas de odontólogos chilenos. Para este análisis se excluyeron 11 respuestas: 4 de ellas por manifestar no querer participar en el estudio, 3 por provenir de odontólogos con especialidad en periodoncia y 4 de ellas por ser respondidas de manera parcial, por lo que la muestra final quedó constituida por 221 participantes. La tasa de respuesta se estimó en 3,6%, sin embargo, se alcanzó el tamaño muestral esperado que era un mínimo de 201.

6.1 Caracterización de la muestra

La muestra quedó conformada por un total de 221 respuestas, de las cuales 94 (42,5%) fueron hombres y 127 (57,5%) mujeres. La mediana de la edad de los participantes fue de 37 años (31-50) y de años de titulados fue de 11 (4-24); por otro lado, el tipo de servicio al que se dedicaron los encuestados fue mayoritariamente al servicio privado (58%), seguido del servicio público (35,2%) y en menor porcentaje docencia universitaria (5%) y mixto (1,8%) (Tabla 3).

Tabla 3. Características de los odontólogos participantes (n= 221).

Variable	Categoría	N	%
1. Edad (años; mediana - RI)	37 [31-50]		
2. Sexo	Femenino	127	57,5
	Masculino	94	42,5
3. Años titulados (años; mediana - RI)	11 [4-24]		
4. Tipo de servicio que dedica mayormente su práctica clínica	Servicio privado	128	58
	Servicio público	78	35,2
	Docencia Universitaria	11	5
	Mixto	4	1,8

En cuanto a la formación de los odontólogos, el 60,6% reportó no haber realizado una actualización en periodoncia, el 32,1% tuvo una actualización teórica, 4,5% teórica y de práctica clínica y 2,7% solo práctica clínica. En relación con la especialidad, un 44,8% señala tener al menos una especialidad, de las cuales las más frecuentes fueron rehabilitación oral, ortodoncia, implantología y odontopediatría. Cabe recordar que para este estudio no se consideraron las respuestas de especialistas en periodoncia (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción de los odontólogos participantes según su formación (n=221).

Variable	Categoría	N	%
5. Actualización en Periodoncia	No	134	60,6
	Sí, teórica	71	32,1
	Sí, teórica y práctica clínica	10	4,5
	Sí, práctica clínica	6	2,7
6. Especialidad	Sí	99	44,8
	No	122	55,2

6.2 Descripción de las respuestas al cuestionario por parte de los odontólogos participantes

6.2.1 Examen Periodontal Básico

El 77,8% de los odontólogos reportó conocer el Índice Examen Periodontal Básico. La realización del EPB en la práctica diaria fue mayoritariamente “Nunca” y “Ocasionalmente” con un 40,3% cada una, luego “Casi siempre” con 14,9% y un 4,5% para “Siempre”. Por otro lado, la frecuencia de uso del EPB para decidir la

derivación del paciente mayoritariamente fue “Ocasionalmente” con 37,5% y “Nunca” con 33%, en menor porcentaje “Casi siempre” con 19,5% y “Siempre” con 10% (Tabla 5).

Tabla 5. Descripción de las respuestas de los participantes acerca del Examen Periodontal Básico.

Variable	Categoría	N	%
Conocimiento del Índice Examen Periodontal Básico (EPB)	Sí	172	77,8
	No	49	22,2
Realización del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” en la práctica diaria	Siempre	10	4,5
	Casi siempre	33	14,9
	Ocasionalmente	89	40,3
	Nunca	89	40,3
Frecuencia de uso del índice Examen Periodontal Básico para decidir la derivación del paciente	Siempre	22	10
	Casi siempre	43	19,5
	Ocasionalmente	83	37,5
	Nunca	73	33

6.2.2 Derivación a la especialidad de Periodoncia

La frecuencia con la que el odontólogo deriva a un especialista en periodoncia fue de 38,9% para “Ocasionalmente”, 37,1% para “Casi siempre” y 24% para “Siempre”. Ningún odontólogo contestó que “Nunca” derivaba.

A los participantes que contestaron “Ocasionalmente”, se les preguntó *por las razones para no derivar con mayor frecuencia*. Las cuatro opciones con mayor frecuencia fueron: “No hay periodoncista o no son suficientes dentro de la red asistencial en la que trabajo” (44,2%), “Estar capacitado para realizar un tratamiento periodontal” (40,7%), “Recibo principalmente pacientes con tratamiento” (20,9%), y “No conozco a un periodoncista de confianza” (19,8%) (Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de las respuestas de los odontólogos acerca de derivación a la especialidad de Periodoncia

Variable	Categoría	N	%
----------	-----------	---	---

Frecuencia con la que el odontólogo deriva a un especialista en periodoncia	Siempre	53	24
	Casi siempre	82	37,1
	Ocasionalmente	86	38,9
	Nunca	0	0
Pregunta contestada sólo por las personas que marcaron “Ocasionalmente” o “Nunca” en la pregunta anterior. ¿Por qué no deriva a un especialista en periodoncia? *	Estoy capacitado para realizar el tratamiento periodontal	35	40,7
	Tengo temor de perder al paciente	3	3,5
	Tengo temor de que juzguen mi trabajo clínico	1	1,2
	No conozco a un periodoncista de confianza	17	19,8
	No hay periodoncista o no son suficientes dentro de la red asistencial en la que trabajo	38	44,2
	Recibo principalmente pacientes con tratamiento periodontal ya realizado	18	20,9
	No lo considero importante	0	0

6.2.3 Razones que consideraron los odontólogos para derivar al periodoncista

Las principales razones que se consideraron para derivar a un especialista en periodoncia de manera decreciente fueron la severidad de la patología (93,2%), pacientes que necesitan tratamientos quirúrgicos (49,3%) y pacientes con enfermedades sistémicas (39%). Otras razones fueron de acuerdo con el protocolo de derivación del servicio donde trabajaban, el resultado del EPB, falta de entrenamiento para tratar enfermedades periodontales y pacientes fumadores (Gráfico 1).

Gráfico 1. Frecuencia de las razones consideradas por los odontólogos para derivar al periodoncista.

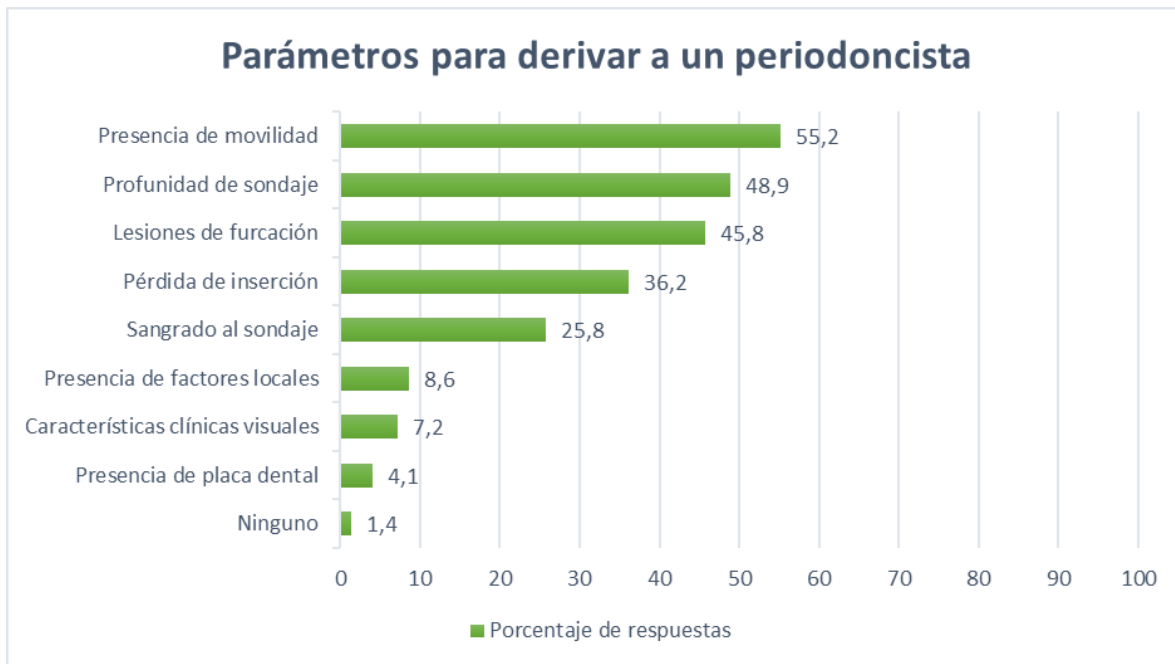


Pregunta en las que se podían marcar hasta 3 opciones.

6.2.4 Parámetros utilizados para decidir derivar al periodoncista

Los principales parámetros utilizados para decidir derivar a un especialista en periodoncia fueron presencia de movilidad (55,2%), profundidad de sondaje (48,9%) y lesiones de furcación (45,8%), en menor porcentaje encontramos pérdida de inserción clínica, características clínicas visuales de los tejidos gingivo-periodontales, presencia de factores locales (tártaro dental/ obturaciones desbordantes), entre otros (Gráfico 2).

Gráfico 2. Frecuencia de los parámetros usados por los odontólogos para derivar al periodoncista.

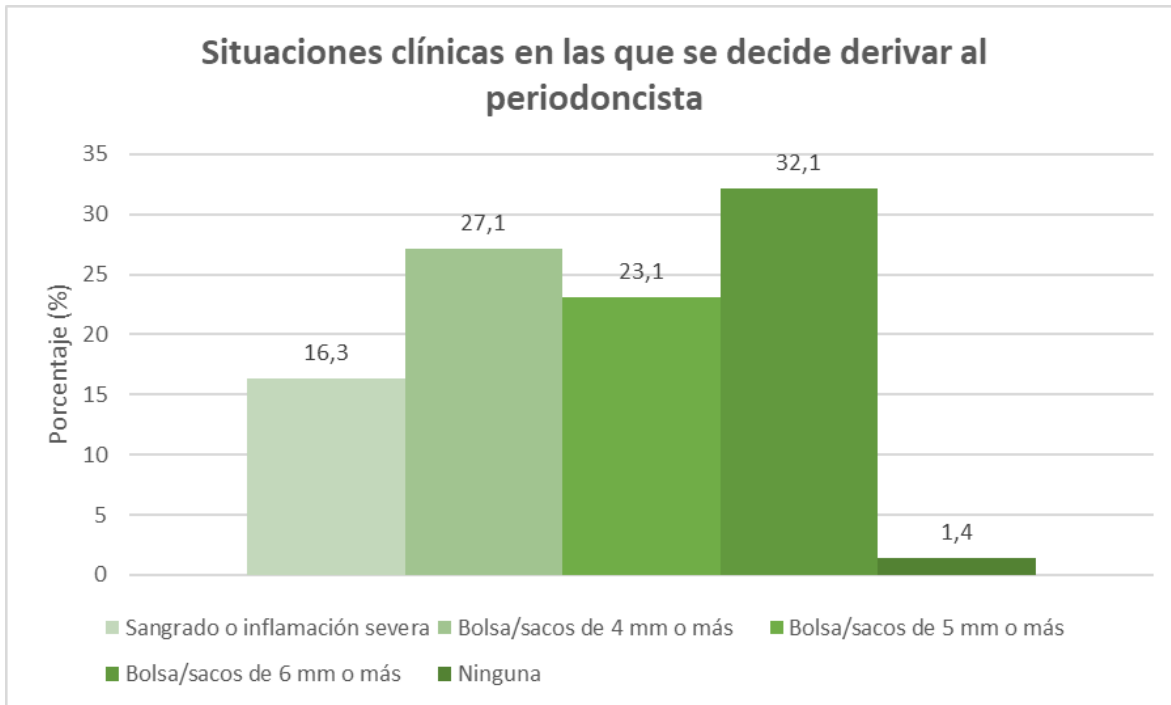


Pregunta en las que se podían marcar hasta 3 opciones.

6.2.5 Situaciones clínicas en las cuales odontólogos deciden derivar

Las situaciones en las que se decide derivar al especialista en periodoncia fueron “Bolsa/sacos de 6 mm o más” (32,1%), “Bolsa/sacos de 4 mm o más” (27,1%), “Bolsa/sacos de 5 mm o más” (23,1%), “Sangrado o inflamación severa” (16,3%) y “Ninguna” (1,4%) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Frecuencia de las situaciones clínicas en las que el odontólogo decide derivar al periodoncista.



6.2.6 Vínculo que tienen los odontólogos con el periodoncista al cual derivan

El vínculo con el periodoncista a quien el odontólogo deriva a sus pacientes fueron “Es un periodoncista determinado con quien tengo un contacto fluido” (43,4%), “Es un periodoncista determinado, pero no tengo un contacto fluido” (30,8%) y “No es un periodoncista determinado” (25,8%) (Tabla 7).

Tabla 7. Descripción de las respuestas de los participantes sobre el vínculo con el periodoncista al cual deriva.

Variable	Categoría	N	%
Vínculo con el periodoncista a quien el odontólogo deriva a sus pacientes.	Es un periodoncista determinado con quien tengo un contacto fluido.	96	43,4
	Es un periodoncista determinado, pero no tengo un contacto fluido.	68	30,8
	No es un periodoncista determinado.	57	25,8
	Otro.	0	0

Entre las variables estudiadas se encontró asociación estadísticamente significativa (*Test* chi cuadrado y exacto de Fisher $p < 0,05$) entre “Años de titulación”, “Especialidad” y “Capacitación” con “Realización del EPB en la práctica diaria”

(Tabla 8). En cuanto a la frecuencia de uso del EPB para decidir la derivación del paciente, se encontró asociación significativa para “Especialidad” y “Capacitación” (Tabla 9). Por último, la frecuencia con la que el odontólogo deriva a un especialista en periodoncia se asoció significativamente solo con “Especialidad”. El tipo de servicio al cual el odontólogo dedicaba mayormente su práctica clínica no se asoció significativamente con ninguna variable dependiente (Tabla 10).

Tabla 8. Asociación de variables con la realización del EPB.

Variable	Realiza el EPB	
	Sí n (%)	No n (%)
Años de titulado (*)		
10 o menos	30 (69,8)	77 (43,3)
11 o más	13 (30,2)	101 (56,7)
Capacitación (*)		
Sí	24 (55,8)	63 (35,4)
No	19 (44,2)	115 (64,6)
Especialidad (*)		
Sí	13 (30,2)	86 (48,3)
No	30 (69,8)	92 (51,7)
Tipo de servicio (**)		
Servicio Público	18 (46,2)	60 (36)
Servicio Privado	21 (53,8)	107 (64)

(*) Asociación estadísticamente significativa según Test chi cuadrado, $p < 0,05$.

(**) Se muestra sólo ejercicio privado y público (n= 206)

Tabla 9. Asociación de distintas variables con la utilización del EPB como criterio para la derivación.

Variable	Usa el EPB para derivar	
	Sí n (%)	No n (%)
Años de titulado		
10 o menos	39 (60)	68 (43,6)
11 o más	26 (40)	88 (56,4)
Capacitación (*)		
Sí	32 (49,2)	55 (35,3)
No	33 (50,8)	101 (64,7)
Especialidad (*)		
Sí	23 (35,4)	76 (48,7)

No	42 (64,6)	80 (51,3)
Tipo de servicio (**)		
Servicio Público	27 (44,3)	51 (35,2)
Servicio Privado	34 (55,7)	94 (64,8)

(*) Asociación estadísticamente significativa según Test chi cuadrado, $p < 0,05$.

(**) Se muestra sólo ejercicio privado y público (n= 206)

Tabla 10. Asociación de variables con la frecuencia de derivación.

Variable	Frecuencia de derivación			
	<i>Nunca</i> n (%)	<i>Ocasionalmente</i> n (%)	<i>Casi siempre</i> n (%)	<i>Siempre</i> n (%)
Años de titulado				
10 o menos	0 (0)	43 (50)	40 (48,8)	24 (45,3)
11 o más	0 (0)	43 (50)	42 (51,2)	29 (54,7)
Capacitación				
Sí	0 (0)	35 (40,7)	37 (45,1)	15 (28,3)
No	0 (0)	51 (59,3)	45 (54,9)	38 (71,7)
Especialidad (*)				
Sí	0 (0)	30 (34,9)	38 (46,3)	31 (58,5)
No	0 (0)	56 (65,1)	44 (53,7)	22 (41,5)
Tipo de servicio				
Servicio Público	0 (0)	33 (38,4)	27 (33)	18 (34)
Servicio Privado	0 (0)	46 (53,5)	50 (61)	32 (60,4)
Mixto	0 (0)	3 (3,5)	1 (1,1)	0 (0)
Docencia universitaria	0 (0)	4 (4,6)	4 (4,9)	3 (5,6)

(*) Asociación estadísticamente significativa según Test exacto de Fischer, $p < 0,05$.

7. DISCUSIÓN

Las enfermedades periodontales son un problema de salud pública debido a su alta prevalencia en la población, su impacto en la calidad de vida y los altos costos que implica su tratamiento, tanto para las personas, comunidades y servicios de salud (Morales, A. y cols., 2016).

El odontólogo general suele ser el primero en diagnosticar la enfermedad periodontal, por lo tanto, desempeña un papel crucial en la detección y tratamiento

de los pacientes periodontales (Townsend C., 2004). Los pacientes, una vez diagnosticados, deben ser tratados con un enfoque terapéutico gradual preestablecido, el cual debe ser incremental e incluir diferentes intervenciones según el estadio de la enfermedad (Sanz, M. y cols., 2020).

En la planificación de tratamiento, es importante que el odontólogo general sea capaz de discernir cuando un paciente debe ser remitido a un especialista para el inicio o continuación de su terapia; por lo que se hace necesario contar con pautas que guíen el ejercicio profesional del odontólogo en su práctica diaria y, más aún, que estas sean conocidas, consideradas e implementadas por estos profesionales. Sin embargo, a pesar de lo descrito, en la actualidad existen diversos estudios que señalan variaciones en los criterios de derivación por parte de los odontólogos hacia el periodoncista (Linden y cols., 1998; Meers y cols., 2018). El presente estudio tuvo como objetivo evaluar y describir los criterios de derivación al especialista en periodoncia utilizados por odontólogos chilenos.

Entre los principales parámetros utilizados por los participantes para derivar a un especialista en periodoncia se encontraron la presencia de movilidad (55,2%), profundidad de sondaje (48,9%) y lesiones de furcación (45,8%). Estos parámetros clínicos han sido reportados con anterioridad en el estudio de Meers y cols. (2017), donde se obtuvo que un 28% de los odontólogos basó su derivación en la profundidad de sondaje, siendo más bajo de lo reportado en nuestro estudio. Resultados similares también se publicaron recientemente en Chile, en donde Quezada (2019) y Reineró (2020) evaluaron los criterios que utilizaban los odontólogos para la derivación al periodoncista, específicamente en la atención a embarazadas en el servicio público de salud, hallando que los parámetros usados con mayor frecuencia eran la presencia de saco periodontal, movilidad dentaria y pérdida ósea, concluyendo que los odontólogos utilizan parámetros clínicos asociados a signos de destrucción periodontal avanzada; dichos resultados son similares a los encontrados en nuestro estudio, a pesar de la presencia de participantes con ejercicio privado de la profesión.

Por otro lado, Ghiabi y cols. (2011) estudiaron los componentes del examen periodontal que realizaban los odontólogos generales en la práctica diaria en Canadá, encontrando mayor porcentaje en la medición de parámetros como presencia de recesiones, problemas mucogingivales, compromiso de furcación y movilidad dental. Algunas posibles razones que plantearon los autores ante estos resultados fueron que “estos índices pueden ser más fáciles de registrar para el odontólogo, requieren menos tiempo para registrarlos y pueden considerarse medidas más importantes de la actividad de la enfermedad periodontal con respecto a otras mediciones” (Ghiabi y cols., 2011), es decir, al igual que en nuestro estudio, los odontólogos tienden a usar parámetros, si bien más fáciles de detectar, representan estados tardíos del proceso de enfermedad periodontal.

Por otro lado, entre las principales razones que consideraban los participantes para derivar a un periodoncista, fueron la severidad de la patología, la necesidad de tratamientos quirúrgicos y pacientes con enfermedades sistémicas. En efecto, esto se podría relacionar con encontrar parámetros clínicos asociados a destrucción periodontal avanzada. Ghiabi, E. y Matthews, D. (2012) encontraron que el motivo más común para que los odontólogos derivaran a los pacientes a un especialista fue la formación o experiencia inadecuada (79,4%), a diferencia de nuestros hallazgos en donde la falta de entrenamiento para tratar enfermedades periodontales fue seleccionado por sólo el 20%. Esto indica que al menos los odontólogos que accedieron a participar en el estudio no reconocen la falta de formación como un factor relevante para la toma de decisión a diferencia de la severidad de la patología. Por otro lado, en esta misma investigación se reportó como segundo motivo la salud sistémica complicada de los pacientes (informada por el 37,9%), resultados similares a los encontrados en nuestro estudio.

En relación con las situaciones clínicas en las que se decide derivar al especialista en periodoncia, no hay una diferencia acentuada en la distribución de las respuestas; sin embargo, existe una preferencia hacia los sacos de mayor profundidad, encontrándose el mayor porcentaje de preferencia cuando existen “Bolsas/sacos de 6 mm. o más”. En el estudio de Meers y cols. (2017) se encontró

que, de los 161 odontólogos encuestados (~20%) que utilizan la profundidad de sondaje para derivar, 1 dentista refirió cuando la PS es mayor a 2 mm., 9 cuando PS > 3 mm., 31 cuando PS > 4 mm., 86 cuando PS > 5 mm, 29 cuando PS > 6 mm. y 5 cuando PS > 7 milímetros y 14 no mencionaron un valor específico; si contrastamos ambos resultados podemos decir que se encuentra una tendencia hacia estadios más graves de la enfermedad, pareciendo ser el punto de inflexión los 6 mm (PS > 5 mm.). Por otro lado, según el Protocolo Referencia y Contrarreferencia en Periodoncia publicado por MINSAL (2021b), se considera pertinente derivar a un paciente que presente una PS > 5 mm., lo cual corresponde a un Código 3-4 del EPB y a una Periodontitis etapa III y IV de acuerdo a la Nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantares (Tonetti y cols., 2018), por lo que nuestros resultados se encontrarían en coincidencia con las recomendaciones de dicho Protocolo.

Otro criterio de derivación que se analizó fue el Examen Periodontal Básico. Nuestros resultados mostraron que los odontólogos encuestados en su mayoría reportan conocer el EPB; no obstante, el 80,5% relata no realizar este examen o solo de forma ocasional. Esto concuerda con lo reportado por Ghiabi y Weerasinghe en 2011, en donde menos de un tercio de los odontólogos (32,5%) utilizaron el índice PSR para detectar la enfermedad periodontal en sus pacientes. Otras investigaciones reportan mayor utilización de este índice, como en el caso de Tugnait y cols. (2004) en Reino Unido, en donde alcanzó un 91% de uso en pacientes nuevos y 56% para todos los pacientes; esto puede deberse a que el EPB fue recomendado por la Sociedad Británica de Periodoncia para la detección periodontal, en la práctica dental general en Reino Unido, hace más de 15 años (BSP, 1986) y se incluyó en la formación de pregrado desde finales de la década de 1980 (BSP, 2001), lo que, de acuerdo a los autores, puede ser determinante en la práctica de los odontólogos más jóvenes del estudio (Tugnait y cols., 2004).

Por otro lado, esta falta de relación entre el conocimiento del EPB y su grado de realización se ha intentado explicar en algunos estudios (Pizarro, 2018; Reiner, 2020) mediante la presencia de barreras asociadas a la implementación de este

examen. Sin embargo, dichas investigaciones solo han sido realizadas en la atención pública, por lo que sería interesante indagar sobre estas posibles barreras también en el sector privado de la odontología.

Respecto al uso del EPB como criterio de derivación, este fue bajo, sólo un 10% de los odontólogos respondió siempre usar este índice, mientras que un 19,5% casi siempre lo utiliza. Estos resultados difieren de lo encontrado por Meers y cols. en 2017, donde un 64% de los odontólogos encuestados basaron su derivación en el grado de enfermedad periodontal usando el DPSI (Índice Holandés de Detección Periodontal), examen similar al EPB. Sin embargo, en Chile ya se habían encontrado resultados similares por Quezada en 2019, alcanzando un 29,5% de uso para determinar la necesidad de derivación en la atención a embarazadas en el sector público. Esto puede deberse a la elección de otros criterios de derivación por parte de los odontólogos o la baja importancia que se le da a este examen en la práctica diaria, al menos en el servicio público (Reinero, 2020). Si consideramos las respuestas de “Siempre” y “Casi siempre” utiliza el EPB como criterio de derivación, estas alcanzan un 29,5% de uso, por lo que al contrastar estos resultados con los de Quezada (2019), podemos decir que se encuentran en similitud a pesar de haber incluido a odontólogos del sector privado de la salud.

Con respecto al vínculo que se tiene con el periodoncista al cual se deriva al paciente, un 43,4% relata derivar a un periodoncista determinado con quien tiene un contacto fluido, 30,8% deriva a un periodoncista determinado, pero que no tiene un contacto fluido y el 25,8% no tiene un periodoncista determinado. Con la información obtenida de este estudio no es posible saber cómo influye este vínculo en el proceso de derivación, por ejemplo, en la frecuencia de derivación; por lo que sería interesante indagar esta relación en el futuro.

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio el nivel de capacitación se asoció significativamente con la frecuencia de realización del EPB y uso del EPB como criterio de derivación. Esto se reportó por Kraatz y cols. en 2017, donde los odontólogos generales que asistieron a cursos de educación continua tenían más probabilidades de derivar que aquellos que no lo hicieron. Asimismo, Snoad (2005)

logró aumentar en 29% la implementación del EPB a través de capacitaciones personalizadas hacia los odontólogos generales por parte de un especialista en periodoncia.

Un hallazgo interesante de nuestra investigación es la asociación significativa encontrada entre la presencia de especialidad del odontólogo y frecuencia de realización del EPB, uso del EPB como criterio de derivación y frecuencia de derivación. Dentro de las especialidades con mayor frecuencia que tenían los odontólogos participantes se encontraban rehabilitación oral, ortodoncia e implantología; ramas de la odontología que tienen una estrecha relación con la periodoncia debido a la necesidad de tratamiento interdisciplinario de los pacientes (Lyons, KM. y Darby, I., 2017), lo cual podría suponer una mayor frecuencia de derivación.

Por otro lado, el año de titulación se asoció significativamente con la frecuencia de realización del EPB, lo cual se observó en el estudio de Meers y cols. en 2017, en donde el uso del Índice de Detección Periodontal Holandés (DPSI) estaba influenciado por el año de graduación: cuanto más tiempo llevaban titulados los odontólogos, menos usaron DPSI.

Los autores de este estudio intentaron explicar esta asociación a través de que el DPSI fue introducido en 1998, por lo que los odontólogos más añosos no alcanzaron a conocer este índice durante su formación (Meers y cols., 2017). Otras posibles explicaciones que se han reportado en la literatura son que entre más años de práctica clínica, mayor estrés percibido y una mayor prevalencia de "casos" de agotamiento; en ese sentido, la educación continua en esta disciplina no solo puede aumentar la conciencia sobre la salud periodontal sino también volver a motivar a los odontólogos y, por lo tanto, ayudar a prevenir el agotamiento (Ercan, E. y cols., 2015).

Entre las limitaciones de este estudio podemos mencionar la tasa de respuestas obtenidas, la cual, al basarse en la participación voluntaria de los odontólogos, alcanzó solo el 3,6%; no obstante, se cumplió con el tamaño muestral estimado de 201. Por otro lado, a pesar de ser un cuestionario anónimo es posible que los

odontólogos modificaran sus respuestas y de esta forma amoldarlas a opciones que ellos consideran correctas; por otro lado, el cuestionario fue difundido solo de forma en línea, por lo que este estudio no recogió información por parte de odontólogos no familiarizados con este medio. No obstante, nuestros hallazgos contribuyen a la limitada literatura sobre el proceso de derivación en Chile, siendo el primer estudio que indaga este tema en el servicio privado. Por otro lado, los resultados de esta investigación colaboran a una mejor comprensión de los factores clínicos que influyen en el proceso de derivación, pudiendo ser de utilidad para las instituciones que busquen reforzar dicho proceso; lo que a su vez, puede mejorar en última instancia el resultado del paciente a largo plazo (Park y cols., 2011). Además, este estudio será complementado con un estudio de tipo cualitativo para profundizar en la comprensión del fenómeno.

Finalmente, cabe mencionar que esta investigación se enfocó principalmente en los criterios y parámetros clínicos considerados para la derivación al periodoncista en Chile, sin embargo, es claro que se necesitan más estudios sobre otros ámbitos que también influyen en este proceso, como lo son los factores no clínicos, los cuales han sido ampliamente analizados a nivel internacional, pero vagamente indagados en Chile. Asimismo, como se mencionó anteriormente, este es el primer estudio nacional que buscó conocer las prácticas de los odontólogos en el sector privado, los cuales representan aproximadamente el 80% de los dentistas en Chile (MINSAL, 2020), lo que significa que los estudios reportados hasta hoy solo se han enfocado en un porcentaje limitado de la comunidad odontológica.

8. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos por este estudio podemos concluir que los odontólogos colegiados no especialistas en periodoncia:

- Utilizan múltiples criterios de derivación, los cuales se basan principalmente en signos tardíos de destrucción periodontal como, la presencia de movilidad, profundidad de sondaje y lesiones de furcación.
- Consideran entre las razones más frecuentes para derivar a sus pacientes la severidad de la patología, presencia de enfermedades sistémicas y necesidad de tratamiento quirúrgico.
- Conocen el Examen Periodontal Básico, pero muy pocos lo aplican siempre o casi siempre (19,4%) y, por consiguiente, existe un bajo uso de este como criterio de derivación al especialista en periodoncia.
- A medida que aumenta la gravedad de la enfermedad, es más frecuente que remitan a los pacientes a un periodoncista.

9. 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

Botero, J. y Bedoya, E. (2010). *Determinants of Periodontal Diagnosis*. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* Vol. 3(2); 94-99, 2010.

British Society of Periodontology. (1986). *Periodontology in general dental practice. A first policy statement*.

British Society of Periodontology. (2001). *Periodontology in general dental practice in the United Kingdom. A policy statement*. Abril 19, 2023, de The British Society of Periodontology. Fecha de recuperación: Enero 4, 2021, de The British Society of Periodontology Sitio web: https://www.bsperio.org.uk/assets/downloads/Parameters_of_Care.pdf

British Society of Periodontology. (2011). *Referral Policy and Parameters of Care*. Enero 4, 2021, de The British Society of Periodontology Sitio web: https://www.bsperio.org.uk/assets/downloads/Parameters_of_Care.pdf

British Society of Periodontology. (2019). *Basic Periodontal Examination (BPE)*. Enero 4, 2021, de The British Society of Periodontology Sitio web: https://www.bsperio.org.uk/assets/downloads/BSP_BPE_Guidelines_2019.pdf

Cabrera García, I. (2019). *Barreras y facilitadores de la implementación del examen periodontal en atención primaria en la garantía explícita en salud "Salud Integral de la Embarazada" en los servicios de salud Metropolitano Sur, Maule y del Reloncaví*. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/177689>

Cobb, C. M., Carrara, A., El-Annan, E., Youngblood, L. A., Becker, B. E., y cols. (2003). Periodontal referral patterns, 1980 versus 2000: a preliminary study. *Journal of periodontology*, 74(10), 1470–1474. <https://doi.org/10.1902/jop.2003.74.10.1470>

Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. (2022). *Nómina de colegiados y colegiadas*. Colegio de Cirujano Dentistas de Chile.

<https://www.colegiodentistas.cl/inicio/colegio-dentistas/nomina-de-colegiados-colegiadas/>

Curtis, M. (2015). *Periodontal Infections* En: Lindhe J & Lang N. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* (191-217). London; 6ta Edición.

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., y Yilmaz, 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>

Gamonal, J., Lopez, N. J., y Aranda, W. (1998). *Periodontal conditions and treatment needs, by CPITN, in the 35-44 and 65-74 year-old population in Santiago, Chile*. *International dental journal*, 48(2), 96–103. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.1998.tb00467.x>

Gamonal, J., Mendoza, C., Espinoza, I., Muñoz, A., Urzúa, I., y cols. (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>

Ghiabi, E., y Weerasinghe, S. (2011). *The periodontal examination profile of general dentists in Nova Scotia, Canada*. *Journal of periodontology*, 82(1), 33–40. <https://doi.org/10.1902/jop.2010.100348>

Ghiabi, E., y Matthews, D. C. (2012). *Periodontal practice and referral profile of general dentists in Nova Scotia, Canada*. *Journal (Canadian Dental Association)*, 78, c55.

Giacaman, R. A., Sandoval Salas, D., Bustos Alvarez, I. P., Rojas Cáceres, M. A., y Mariño, R. J. (2016). *Epidemiología del estado de salud periodontal en la VII Región del Maule, Chile*. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 184–192. doi:10.1016/j.piro.2016.07.002

Herrera, D., Figuero, E., Shapira, L., Jin, L. y Sanz, M. (2018). *Diagnóstico y Tratamiento Periodontal: La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias*. Rev. Científica de la Sociedad Española de Periodoncia, Vol. 11, 12-14.

Kinane, D. F., Stathopoulou, P. G., y Papapanou, P. N. (2017). *Periodontal diseases*. Nature reviews. Disease primers, 3, 17038. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.38>

Kraatz, J., Hoang, H., Ivanovski, S. y Crocombe, L.A. (2017), *Non-Clinical Factors Associated With Referrals to Periodontal Specialists: A Systematic Review*. Journal of Periodontology, 88: 89-99. <https://doi.org/10.1902/jop.2016.160318>

Leyton Gomolán, M. (2019). *Barreras y facilitadores de la implementación en atención primaria de salud del examen periodontal básico en la garantía explícita en salud para embarazadas en los servicios de salud Coquimbo, O'Higgins y Araucanía Sur*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/173466>

Linden G. J. (1998). *Variation in periodontal referral by general dental practitioners*. Journal of clinical periodontology, 25(8), 655–661. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1998.tb02502.x>

Loos, B. G. (2016). *Periodontal medicine: Work in progress!* Journal of Clinical Periodontology, 43(6), 470–471. doi:10.1111/jcpe.12550

Lyons, KM y Darby, I. (2017). *Periodoncia interdisciplinaria: el enfoque multidisciplinario para la planificación y el tratamiento de casos complejos*. Periodoncia 2000, 74(1), 7–10. doi:10.1111/prd.12187

Mariño, R. J., Cueto, A., Badenier, O., Acevedo, R., y Moya, R. (2011). *Oral health status and inequalities among ambulant older adults living in central Chile*. Community dental health, 28(2), 143–148.

Mariotti, A. (1999). *Dental Plaque-Induced Gingival Diseases*. Annals of Periodontology, 4(1), 7–17. doi:10.1902/annals.1999.4.1.7

McGuire, M. K. y Scheyer, E. T. (2003). A referral-based periodontal practice--yesterday, today, and tomorrow. *Journal of periodontology*, 74(10), 1542–1544. <https://doi.org/10.1902/jop.2003.74.10.1542>

Meers, E., Dekeyser, C., Favril, C., Teughels, W., Quirynen, M. y cols. (2017). Periodontal screening and referral behaviour of general dental practitioners in Flanders. *Clinical oral investigations*, 22(3), 1167–1173.

MINSAL (2017). *Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales*. Recuperado en enero 3, 2021, de MINSAL, Gobierno de Chile Sitio web: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf

MINSAL (2020). *Estudio de brechas de Médicos y Odontólogos generales y especialistas en el Sector Público de Salud*. Recuperado en enero 3, 2021, de MINSAL, Gobierno de Chile. Sitio web: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/INFORME-ESTUDIO-BRECHAS-MEDICOS-Y-ODONTOLOGOS.pdf>

MINSAL (2021a). *Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2023*. Recuperado en diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. Sitio web: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2021-2030.pdf>

MINSAL (2021b). *Protocolo Referencia y Contrarreferencia Periodoncia*. Diciembre, 2022, de MINSAL, Gobierno de Chile. Recuperado en diciembre 10, 2022.

Morales, A., Bravo, J., Baeza, M., Werlinger, F., y Gamonal, J. (2016). *Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas*. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 9(2), 203-207. <https://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.004>

Ng, S., y Leung, W. (2006). *Oral health-related quality of life and periodontal status*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34(2), 114–122. doi:10.1111/j.1600-0528.2006.00267.

Nyman, S. y Lindhe, J. (2003). *Examination of Patients with Periodontal Disease*. En: Lindhe J. Lang NP & Karring T. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* (406-409). Oxford, USA: Blackwell-Munksgaard 4th Edición.

Park, C. H., Thomas, M. V., Branscum, A. J., Harrison, E. y Al-Sabbagh, M. (2011). *Factors influencing the periodontal referral process*. *Journal of periodontology*, 82(9), 1288–1294. <https://doi.org/10.1902/jop.2011.100270>

Peres, M. A., Macpherson, L., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R. y cols. (2019). *Oral diseases: a global public health challenge*. *Lancet* (London, England), 394(10194), 249– 260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)

Pizarro Díaz, F. (2018). *Barreras y facilitadores de la implementación en atención primaria de salud del examen periodontal básico en la garantía explícita en salud “Salud oral integral de la embarazada” en el Servicio de Salud Metropolitano Norte y Servicio de Salud Metropolitano Occidente*. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/187408>

Quezada, D. (2019). *Asociación de la capacitación de odontólogos en EPB con su implementación en el GES de embarazadas y con la toma de decisiones de tratamiento periodontal en atención primaria de salud*. [Trabajo de Investigación, Universidad de Chile]. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/177760>

Reinero Nuñez, 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*. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/189307>

Rivera, O. (2017). *Protocolo de Referencia y Contrarreferencia para la Especialidad de Periodoncia*. Diciembre 22, 2020, de Servicio de Salud Metropolitano Norte Hospital San José (Chile) Sitio web: http://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/hospital_clinico_san_jose/odontologia/Protocolo_Periodoncia2017.pdf

Sanz, M., Herrera, D., Kerschull, M., Chapple, I., Jepsen, S. y cols. (2020). *Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice*

guideline. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(S22), 4–60. doi:10.1111/jcpe.13290

Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2013) EPB: Examen Periodontal Básico. Información disponible en: http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2017/04/EPB-2017.pdf (Consultado el 3 de febrero, 2020).

Tonetti, M. S., Greenwell, H., y Kornman, K. S. (2018). *Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition*. *Journal of periodontology*, 89 Suppl 1, S159–S172. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0006>

Townsend C. (2004). *Team care for periodontal disease: a model for patient rights*. *Dentistry today*, 23(12), 72–75.

Trombelli, L., Farina, R., Silva, C. O. y Tatakis, D. N. (2018). *Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations*. *Journal of Periodontology*, 89, S46–S73. doi:10.1002/jper.17-0576

Tugnait. A., Clerehugh, V. y Hirschmann, PN. (2004) *Use of the basic periodontal examination and radiographs in the assessment of periodontal diseases in general dental practice*. *J Dent* 32:17–25

Weinberg, M. y Eskow, R. (2003). *Periodontal terminology revisited*. *J Periodontol*. Apr;74(4):563-5. doi: 10.1902/jop.2003.74.4.563. PMID: 12747464.

10. ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo 1.- Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 o Mariel Gómez 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. Si, si quiero participar.

b. No, no quiero participar.

Anexo 2: Segunda Versión del Cuestionario

N°	PREGUNTA	OPCIONES
1	<p>¿Acepta participar del proceso de validación de le encuesta de investigación sobre <i>“Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia”</i>? <i>Indicar hora de inicio de la encuesta</i></p>	<p>a. Si, si quiero participar. b. No, no quiero participar</p>
2	¿Cuál es su país de residencia?	
3	¿Cuál es su edad?	
4	Indique su género	<p>a. Femenino b. Masculino</p>
5	¿En qué año se tituló como Cirujano Dentista/ Odontólogo?	
6	¿En qué zona ejerce principalmente su práctica clínica?	<p>a. Zona urbana b. Zona rural c. Ambas por igual</p>

7	¿A qué tipo de servicio le dedica mayormente su práctica clínica?	<ul style="list-style-type: none"> a. Servicio público b. Servicio Privado c. Docencia Universitaria d. Otra, especificar.....
8	¿Tiene alguna especialidad odontológica?	<ul style="list-style-type: none"> 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>	<ul style="list-style-type: none"> 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)
10	En su práctica odontológica, sus pacientes pertenecen a la categoría de: (puede marcar más de una opción)	<ul style="list-style-type: none"> a. Niños b. Adolescentes c. Adultos d. Adultos mayores
11	¿Cómo considera usted que fue su preparación en periodoncia durante su educación universitaria?	<ul style="list-style-type: none"> a. Muy insuficiente b. Insuficiente c. Suficiente
12	En los últimos dos años, ¿usted ha realizado alguna actualización en periodoncia?	<ul style="list-style-type: none"> a. No b. Si, teórica c. Si, teórica y práctica clínica
13	¿Qué tan importante es, para usted, la salud periodontal al momento de planificar cualquier tratamiento odontológico?	<ul style="list-style-type: none"> a. Nada importante b. Poco importante c. Importante d. Muy importante
14	Durante el examen de salud oral de su paciente, ¿usted evalúa los tejidos periodontales?	<ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
15	¿Con qué frecuencia usted utiliza una sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales?	<ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre

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. 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 b. Es innecesaria para realizar el diagnóstico periodontal c. Sólo la uso para ciertos casos clínicos que la considero necesaria d. No tengo este instrumental disponible en forma suficiente e. Tengo poco tiempo para realizar el examen periodontal f. Es muy demoroso realizar el sondaje periodontal g. Económicamente no me es rentable h. Me falta conocimiento para usar la sonda periodontal i. Me falta destreza para usar la sonda periodontal 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 b. Poco Importante c. Importante 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 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 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 visuales</p>

		<p>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 ¿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 especialista</p> <p>e. No dispongo del instrumental</p> <p>f. No considero relevante registrarlos</p> <p>g. Otra, especificar.....</p>
22	<p>¿Conoce usted el Índice "Examen Periodontal Básico (EPB)" o el Índice "Periodontal Screening and Recording (PSR)"?</p>	<p>a. No</p> <p>b. Si</p>
23	<p>¿Realiza ud. el Índice "Examen Periodontal Básico (EPB)" o "Periodontal Screening and Recording (PSR) en su práctica diaria?</p>	<p>a. Nunca</p> <p>b. Ocasionalmente</p> <p>c. Casi siempre</p> <p>d. Siempre</p>
24	<p>¿Con que frecuencia indaga usted sobre factores de riesgo periodontales como el tabaquismo?</p>	<p>a. Nunca</p> <p>b. Ocasionalmente</p> <p>c. Casi siempre</p> <p>d. Siempre</p>
25	<p>¿Qué conducta asume usted ante el paciente fumador?</p>	<p>a) Realizo la consejería o asesoramiento anti tabaquismo.</p> <p>b) Lo motivo o derivo a seguir un programa de cesación tabáquica.</p> <p>c) No lo considero de mi competencia.</p> <p>e) Otra, especificar.....</p>
26	<p>¿Realizar usted instrucción en higiene bucal a su paciente? Cuanto tiempo dedica usted para realizar instrucción de HB</p>	<p>a. No, porque no tengo tiempo</p> <p>b. No, porque el sistema de salud no me reconoce esa práctica</p> <p>c. No, lo realiza la asistente/higienista dental</p> <p>d. Si, realizo instrucción</p> <p>e. Otra, especificar.....</p>

27	¿Con que frecuencia recomienda usted a sus pacientes elementos de higiene interdental?	<ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Ocasionalmente c) Casi siempre d) Siempre
28	<p>Si respondió b, c, d PREGUNTA 27</p> <p>¿Que elementos de higiene interdental recomienda con mayor frecuencia?(puede marcar más de una opción)</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Hilo o seda dental b. Cepillos interdetales c. Palillos interdetales 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"> a. Destartraje con ultrasonido b. Destartraje con instrumental manual c. Raspaje y alisado de la raíz d. Mantenimiento periodontal e. Féculización dentaria f. Gingivectomía g. Cirugía de colgajo h. Alargamiento de corona clínica i. Procedimientos de cobertura radicular j. Injertos óseos k. Implantes h. Ninguno i. Otro, especificar.....
30	¿Cuál de estos procedimientos realiza usted en un paciente con gingivitis? (Puede marcar más de una opción)	<ul style="list-style-type: none"> a. Instrucción de higiene bucal b. Profilaxis con cepillo y pasta abrasiva c. Destartraje/Tartrectomía supragingival d. Destartraje/Tartrectomía subgingival f. Otro, especificar..... e. No lo trato, lo derivo
31	En un paciente con periodontitis ¿Cuáles de estas acciones realiza?	<ul style="list-style-type: none"> a. Instrucción de higiene bucal y luego derivación b. Instrucción de higiene bucal+ profilaxis con cepillo y luego derivación. c. Instrucción de higiene bucal +profilaxis con cepillo y pasta abrasiva + destartraje y luego derivación. e. Instrucción de higiene bucal + profilaxis con cepillo y pasta

		<p>abrasiva+destratraje + Raspaje y alisado radicular. f. Otra, especificar..... g. No lo trato, lo derivo</p>
32	¿Después de realizar el tratamiento periodontal, re-evalúa usted los resultados del mismo?	<p>a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre e. No hago tratamiento periodontal</p>
33	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNRA 32 ¿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 gingivo-periodontales h. Lesiones de furcación i. Ninguno</p>
34	¿Con que frecuencia deriva Ud. a un especialista en periodoncia?	<p>a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre</p>
35	<p>SI RESPONDIÓ (a, b) a LA PREGUNTA 34 El que respondió (a) "nunca" a esta pregunta 34 SIGUE EN PREGUNTA 41. ¿Por qué no deriva regularmente a un especialista en periodoncia? (puede marcar más de una opción)</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</p>

		<p>f. No lo considero importante</p> <p>g. Donde trabajo hay un equipo multidisciplinario con un periodoncista recibo al paciente ya atendido</p> <p>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</p> <p>b. Pacientes que tienen además enfermedades sistémicas.</p> <p>c. Pacientes fumadores</p> <p>d. Falta de entrenamiento para tratar enfermedades periodontales.</p> <p>e. El resultado del EPB o PSR, de acuerdo al protocolo de derivación.</p> <p>f. Por protocolo del servicio donde trabajo</p> <p>g. Paciente que necesitan tratamiento quirúrgico pre protéticos y de ortodoncia</p> <p>h. Pacientes que necesitan cirugía plástica periodontal</p> <p>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</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 clínicas visuales de los tejidos gingivoperiodontales</p> <p>h. Lesiones de furcación</p>

		<ul style="list-style-type: none"> i. Ninguno j. Otro, especificar.....
38	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34 ¿En cuál de las siguientes situaciones usted decide derivar al especialista en periodoncia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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.....
39	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34 ¿Con que frecuencia utiliza los Índices EPB o PSR para decidir la derivación del paciente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
40	<p>SI RESPONDIÓ (b, c, d) A LA PREGUNTA 34 ¿Cuál es su vínculo con el periodoncista a quien usted deriva sus pacientes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Es un periodoncista determinado con quién tengo un contacto fluido b. Es un periodoncista determinado pero no tengo un contacto fluido. c. No es un periodoncista determinado d. Otro, especificar.....

Anexo 3.- Carta de Invitación Digital

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 multicéntrica 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 o Mariel Gómez gomez.mariel@maimonides.edu.

Gracias por su participación y tiempo dedicado.

Cordialmente,

Comisión de Investigación

Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP)