



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

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DE
SALUD-ENFERMEDAD PERIODONTAL DEL ODONTÓLOGO NO
ESPECIALISTA EN PERIODONCIA DE CHILE.**

Jean Carlos Tobar Castro

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

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Prof. Paola Carvajal Pavez

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Daniela Reinero N.

Dr. Alessandro Gandolfo

**Adscrito al 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 ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGIA CONSERVADORA
ÁREA DE PERIODONCIA

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DE
SALUD-ENFERMEDAD PERIODONTAL DEL ODONTÓLOGO NO
ESPECIALISTA EN PERIODONCIA DE CHILE.**

Jean Carlos Tobar Castro

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

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Prof. Paola Carvajal Pavez

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Daniela Reinero N.

Dr. Alessandro Gandolfo

**Adscrito al 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 tutores, Dra. Paola Carvajal, Dra. Daniela Reineró, Dr. Alessandro Gandolfo, gracias por el tiempo invertido en este trabajo y su enorme paciencia.

A mis padres, Juan Carlos y Paola, sin duda no podría haber llegado hasta aquí sin su apoyo incondicional y su eterno amor.

A mis hermanos, a los cuales amo con todo mi corazón.

A mi familia en general, en especial a mi abuela Mirta quien me apoyo en todo momento e incluso se convirtió en mi paciente.

A ustedes abuelos, mi Margarita y Armando, que donde quiera que estén espero se sientan orgullosos.

A mis amigos por estar en los momentos más difíciles de este camino.

A cada persona que caminó conmigo y fue partícipe de estos años de pregrado, profesores, secretarias, funcionarios y pacientes.

ÍNDICE

1. Resumen.....	7
2. Marco Teórico.....	9
2.1 Enfermedades periodontales.....	9
2.2 Salud gingival.....	9
2.3 Gingivitis.....	10
2.4 Periodontitis.....	11
2.5 Epidemiología de las enfermedades periodontales.....	13
2.6 Parámetros periodontales.....	14
2.7 Examen Periodontal Básico.....	15
3. Planteamiento del problema.....	16
4. Hipótesis y objetivos.....	19
4.1 Hipótesis.....	19
4.2 Objetivo general	19
4.3 Objetivos específicos.....	19
5. Metodología.....	19
5.1 Diseño del estudio.....	19
5.2 Población en estudio y muestra	19
5.3 Fuente de información.....	20
5.4 Operalización de variables.....	22
5.5 Contacto con odontólogos.....	26

5.6 Consideraciones éticas.....	26
5.7 Análisis estadístico.....	27
6. Resultados.....	27
6.1 Caracterización de la muestra.....	28
6.2 Descripción de respuestas otorgadas por odontólogos(as) encuestados.....	28
6.2.1 Importancia de salud periodontal y evaluación de tejidos periodontales.....	29
6.2.2 Importancia, registro de parámetros periodontales y razones para no registrarlos.....	30
6.2.3 Uso de sonda periodontal y barreras para no usarla.....	31
6.2.4 Conocimiento en periodoncia, EPB y su aplicación.....	33
6.3 Asociaciones.....	33
7. Discusión.....	36
8. Conclusiones.....	43
9. Referencias bibliográficas.....	44
10. Anexos.....	50

1. RESUMEN

Introducción: Se reconoce que las enfermedades periodontales como la gingivitis y periodontitis son un problema de salud pública a nivel global. El odontólogo general debe ser el primero en evaluar la salud periodontal de sus pacientes y otorgar un diagnóstico y tratamiento oportuno de estas patologías.

Este estudio busca establecer la importancia que los odontólogos no especialistas en periodoncia le otorgan a la salud periodontal y las prácticas que estos ejecutan.

Objetivo: Describir las actitudes y prácticas en relación a la importancia que le otorgan a la salud-enfermedad periodontal odontólogos chilenos no especialista en periodoncia

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y transversal. Se difundió un cuestionario a través de correo electrónico enviado por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile. La participación fue voluntaria y anónima. Las respuestas fueron traspasadas a una planilla excel para el análisis descriptivo de las variables. Se utilizó el programa STATA 13.0 para determinar asociación de variables con los test estadísticos Chi cuadrado y Exacto de Fisher, se determinó significancia con un valor $p < 0,05$.

Resultados: La muestra final fue de 221 participantes. Los odontólogos que consideran muy importante o importante la salud periodontal para la planificación de cualquier tratamiento dental alcanzan el 99,6%, mientras que la importancia otorgada al registro de parámetros periodontales alcanza el 95% . El 64,7% de los odontólogos declara evaluar los tejidos periodontales. El 14,5% usa siempre sonda periodontal y las principales barreras para no hacerlo son solo usarla cuando se considera necesario (72,5), lo demoroso de realizar sondaje periodontal (41,3) y la falta de tiempo (38,6).

Conclusiones: Existe una alta valoración de la salud-enfermedad periodontal por parte de los odontólogos no especialistas en periodoncia, sin embargo esta no se

condice con las prácticas clínicas ejecutadas, en particular con la frecuencia de uso de sonda periodontal.

2. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

2.1 Enfermedades periodontales.

Las enfermedades periodontales son un conjunto de condiciones inflamatorias crónicas que afectan al tejido gingival y periodontal. Estas enfermedades comienzan con una inflamación gingival ocasionada por una disbiosis en la biopelícula dental, partiendo en un estado inicial de inflamación llamado Gingivitis, el cual de no ser controlado puede progresar a Periodontitis, una patología donde existe pérdida de tejido gingival, hueso y ligamento periodontal y cemento radicular, pudiendo establecerse finalmente la pérdida del diente (Kinane, Stathopoulou, & Papapanou, 2017).

2.2 Salud gingival.

La salud gingival se define como un estado libre de enfermedad inflamatoria (Lang y Bartold, 2018). La nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantares (Papapanou y cols., 2018) establece dos formas de definir salud periodontal;

- a. Salud periodontal en periodonto intacto, es decir, un paciente que no presenta pérdida de inserción clínica
- b. Salud periodontal en periodonto reducido, la cual a su vez se divide en dos clasificaciones, paciente estable de periodontitis donde se presenta la pérdida de inserción como una secuela de la periodontitis o paciente sin periodontitis donde la pérdida de inserción se establece por causas no periodontales (recesiones, alargamiento coronario, entre otras).

Para ambas definiciones de salud periodontal en periodonto intacto o reducido debe existir ausencia de signos inflamatorios como sangrado al sondaje, eritema y edema. Clínicamente, la salud periodontal se traduce en un porcentaje de sangrado menor al 10% y una profundidad al sondaje menor o igual a 3 mm, aunque en pacientes con historia de periodontitis previamente tratada se aceptan

profundidades al sondaje de hasta 4 mm, pero no debe existir sangrado asociado (Chapple y cols., 2018).

2.3 Gingivitis

Existen dos tipos de gingivitis: gingivitis no inducida por placa bacteriana y gingivitis inducida por placa bacteriana, siendo esta última la más prevalente. La gingivitis inducida por placa se define como una inflamación ocasionada por una disbiosis que se produce en el surco gingivo-dentario por acumulo de cálculo dental y la respuesta inmunoinflamatoria del hospedero, donde no ocurre una pérdida de inserción. En esta patología es posible apreciar características inflamatorias como edema, eritema y sangrado, cambios de contorno de los tejidos gingivales, pero se remite al área gingival, es decir, no afecta hueso alveolar, ligamento periodontal, ni cemento (Chapple y cols., 2018; Trombelli y cols., 2018).

Actualmente la gingivitis inducida por placa puede clasificarse en:

- a) Gingivitis en periodonto intacto, cuando no existe pérdida de nivel de inserción clínica.
- b) Gingivitis en periodonto reducido en paciente sin historia de periodontitis
- c) Inflamación gingival en periodonto reducido en paciente tratado de periodontitis, este último mantiene las mismas características de la definición de gingivitis, pero se le llama “inflamación gingival” debido a que un paciente no puede ser definido como un caso gingivitis y un caso de periodontitis al mismo tiempo (Chapple y cols., 2018; Trombelli y cols., 2018).

La definición clínica de gingivitis inducida por placa en periodonto intacto y en periodonto reducido sin historia de periodontitis se caracteriza por presentar un porcentaje de sangrado al sondaje mayor o igual a 10% de los sitios examinados con sangrado y presentar profundidades al sondaje menores o iguales a 3 mm. Cuando el porcentaje de sangrado es >10% y <30% en los sitios afectados se

reconoce como gingivitis localizada, si presenta más de 30% de sitios con sangrado se reconoce como gingivitis generalizada (Chapple y cols., 2018; Trombelli y cols, 2018).

2.4 Periodontitis

La periodontitis es la progresión de la gingivitis y en ella se comienza a manifestar la pérdida de tejido gingival, hueso alveolar y ligamento periodontal. Además, se evidencia la formación de sacos o bolsas periodontales, que al pasar el tiempo puede conllevar la pérdida del diente (Kinane, Stathopoulou, y Papapanou, 2017).

Actualmente la clasificación de las enfermedades periodontales (Papapanou y cols., 2018) define la periodontitis a través de la pérdida de inserción clínica debido a la inflamación. Esta pérdida de inserción debe ser detectable a nivel interproximal en 2 o más dientes no adyacentes, o ≥ 3 mm en sitios bucales con presencia de profundidades al sondaje mayores a 3 mm en dos o más dientes. Además, la clasifica en 4 estadios y 3 grados, donde los estadios o etapas son establecidos de acuerdo con la severidad y complejidad de la enfermedad y se definen entre I hasta IV, desde el menos severo al más severo, estas etapas se caracterizan por:

Etapa I: Presenta pérdida de inserción clínica de 1 a 2 mm, pérdida ósea radiográfica $<15\%$, no existe pérdida dentaria asociada a periodontitis, profundidad de sondaje máxima ≤ 4 mm y la pérdida ósea principalmente horizontal.

Etapa II: Presenta pérdida de inserción clínica de 3 a 4 mm, pérdida ósea radiográfica en el tercio coronal entre 15% a 33% , no existe pérdida dentaria asociada a periodontitis, profundidad al sondaje máxima ≤ 5 mm y pérdida ósea principalmente horizontal.

Etapa III: Presenta pérdida de inserción clínica ≥ 5 mm, la pérdida ósea radiográfica se extiende hasta el tercio medio o apical de la raíz, pérdida dentaria asociada a periodontitis ≤ 4 dientes. Adicionalmente a la complejidad de la etapa

dos se suma la presencia de profundidad al sondaje ≥ 6 mm, pérdida ósea vertical, compromiso de furca grado II o III, defecto moderado en la cresta ósea.

Etapa IV: Presenta pérdida de inserción clínica ≥ 5 mm, la pérdida ósea radiográfica se extiende hasta el tercio medio o apical de la raíz, pérdida dentaria asociada a periodontitis ≥ 5 dientes. Adicionalmente a la complejidad de la etapa III se le suma disfunción masticatoria, trauma oclusal secundario, movilidad dental grado 2, colapso de mordida, migraciones dentarias, abanicamiento dentario, menos de 20 dientes remanentes (10 pares opuestos), defecto grave en la cresta ósea.

Adicionalmente, se establece la extensión y distribución de la enfermedad en todas las etapas, de acuerdo con el porcentaje de dientes afectados por la pérdida de inserción clínica; en un porcentaje menor a 30% se establece una extensión localizada y por otra parte si los dientes afectados superan el 30% se establece una extensión generalizada.

Los grados establecen las características biológicas de la enfermedad, resultados del tratamiento y el efecto sobre la salud sistémica para determinar el riesgo de progresión de la enfermedad. Estos grados se establecen bajo riesgo de progresión, moderado riesgo de progresión y alto riesgo de progresión y se clasifican en grado A, B y C respectivamente:

Grado A: Evidencia directa clínica o radiográfica de que no existe progresión de la enfermedad periodontal en los últimos 5 años, relación pérdida ósea/ edad $< 0,25$, grandes depósitos de biofilm con niveles bajos de destrucción, no fumador, sin diabetes.

Grado B: Evidencia directa clínica o radiográfica de que existe una pérdida de inserción o hueso < 2 mm en los últimos 5 años, relación pérdida ósea edad entre 0,25 y 1, los depósitos de biofilm son proporcionales a la destrucción periodontal, fumador de < 10 cigarrillos al día, diabetes controlada HbA1c < 7 .

Grado C: Evidencia directa clínica o radiográfica de que existe una pérdida de inserción o hueso ≥ 2 mm en los últimos 5 años, relación pérdida ósea/edad >1 , el grado de destrucción es mayor en comparación a la cantidad de biofilm, períodos de progresión rápida de la enfermedad o aparición temprana, falta de respuesta a los tratamientos de control antibacterianos, fumador de ≥ 10 cigarrillos al día, HbA1c >7 con diabetes (Papapanou y cols., 2018; Herrera y cols., 2018).

2. 5 Epidemiología de las enfermedades periodontales

La gingivitis inducida por placa y la periodontitis son enfermedades inflamatorias crónicas altamente prevalentes a nivel global. La gingivitis tiene una prevalencia que varía entre un 50 y 100% en las personas dentadas (Stamm, 1986) y se estima que la periodontitis severa afecta entre un 5 y un 15% a la población adulta en el mundo (Preshaw, 2015).

Aunque resulta difícil establecer la prevalencia de la periodontitis debido a las variaciones en los métodos y definiciones para diagnosticarla a través del tiempo, se estima que la prevalencia a nivel mundial de periodontitis severa alcanza el 11% de la población, y que su desarrollo comienza desde la niñez, estableciendo la mayor incidencia entre la tercera y cuarta década de vida (Kassebaum y cols., 2014; Slots, 2017).

En Chile, se estima que la enfermedad periodontal afecta a un 90% de la población adulta en distintos grados de severidad. La prevalencia de gingivitis en niños de 2 años alcanza un 36.2%, en niños de 4 años 45.0%, en niños de 6 años 55.1% y en adolescentes de 12 años un 66,9% (MINSAL, 2010).

El daño periodontal comienza desde la adolescencia y se manifiesta con mayor severidad en la edad adulta. Un estudio realizado por López y cols. (2001) estableció que, en una población de adolescentes chilenos entre 12 y 21 años, el 16% presentaba un nivel de inserción clínica igual o mayor a 2mm y el 4.5% mayor o igual a 3mm. Por otro lado, Gamonal y cols. (2010), reportaron que la

pérdida de inserción mayor o igual a 6 mm alcanzaba el 39% y 69% para el grupo de 35-44 años y 65-74 años respectivamente, siendo la edad, el tabaquismo y el nivel socioeconómico bajo los principales indicadores de riesgo.

2.6 Parámetros periodontales

Los parámetros periodontales consisten en una serie de criterios clínicos que se deben evaluar en cada paciente en su mayoría mediante un sondaje periodontal. Estos parámetros son:

- a. **Profundidad al sondaje:** Distancia en milímetros desde el margen gingival al fondo del surco o saco periodontal. Medido con una sonda periodontal estandarizada (SDCEP, 2014).
- b. **Nivel de inserción clínica:** Distancia en milímetros desde el límite amelo cementario al fondo del surco o saco periodontal. Medido con una sonda periodontal estandarizada (SDCEP, 2014).
- c. **Sangrado al sondaje:** Ocurre en condiciones de inflamación al aplicar una presión con una sonda periodontal estandarizada con una fuerza controlada equivalente a 25 g, en el fondo del surco o saco periodontal y se calcula como la proporción de sitios sangrantes al evaluar 6 localizaciones de todos los dientes (SDCEP, 2014; Trombelli y cols.,2018).
- d. **Movilidad dental:** La movilidad dental anormal es producida por la pérdida de hueso alveolar y se mide empleando dos instrumentos metálicos y aplicando presión en sentido vestibulo – lingual o palatino, donde se pueden obtener los siguientes grados de movilidad: (SDCEP, 2014)
 - a. Grado 0: Movilidad fisiológica, 0,1 a 0,2 mm en dirección horizontal.
 - b. Grado 1: Movilidad hasta 1 mm en sentido horizontal.
 - c. Grado 2: Movilidad de más de 1 mm en sentido horizontal.
 - d. Grado 3: Movilidad en sentido horizontal y en sentido vertical
- e. **Compromiso de furca:** El compromiso de furca es el daño producido por enfermedad periodontal en dientes multirradiculares. Se mide con una

sonda Nabers y se registra usando la siguiente clasificación más frecuente: (SDCEP, 2014)

- a. Compromiso de furca grado 1: Compromiso incipiente de la furca. La apertura de la furca puede ser detectada al sondaje, siendo este compromiso menor de 1/3 del ancho del diente.
 - b. Compromiso de furca grado 2: Compromiso parcial de la furca. La pérdida de soporte excede 1/3 del ancho del diente, pero no incluye el ancho total de la furcación.
 - c. Compromiso de furca grado 3: Compromiso total de la furca; la sonda traspasa la furca de lado a lado.
- f. Recesión gingival:** Es el desplazamiento del tejido blando o libre del margen gingival apical al límite amelo cementario y se clasifica en: (Cairo y cols., 2011).
- a. RT1: Recesión sin pérdida de nivel de inserción clínica proximal.
 - b. RT2: Recesión donde la pérdida de inserción clínica proximal es igual o menor a la bucal o lingual/palatino.
 - c. RT3: Recesión donde la pérdida de inserción clínica proximal es mayor a la pérdida de inserción bucal.
- g. Pérdida ósea radiográfica:** Los exámenes radiográficos son útiles para determinar el nivel de pérdida ósea, evaluar el espacio del ligamento periodontal, identificar cálculo y restauraciones, evaluación del remanente óseo, el soporte periodontal y el área de la furca si estuviera comprometido (SDCEP, 2014). Además en la actual clasificación de enfermedades periodontales las radiografías sirven para determinar el grado de la enfermedad, mediante el método indirecto relacionando pérdida ósea/edad (Papapanou y cols., 2018).

2.7 Examen Periodontal Básico

El examen periodontal básico (EPB) desarrollado por la Sociedad Británica de Periodoncia es una herramienta simple y rápida que permite evaluar el estado de

los tejidos periodontales del paciente, con el fin de orientar al clínico sobre la necesidad de profundizar o realizar exámenes adicionales más rigurosos e indicar la necesidad de tratamiento (SDCEP, 2014; BSP, 2019).

El EPB se realizó a partir del Índice Periodontal Comunitario de necesidad de tratamiento (CPITN) (BSP, 2019) y es recomendado por el Ministerio de Salud en Chile para ser usado por los odontólogos generales y determinar la necesidad de derivación al especialista en periodoncia (MINSAL, 2017). Además el MINSAL en su “Plan Nacional de Salud Bucal 2021- 2030” sugiere realizar este examen a todos los pacientes que ingresen a tratamiento odontológico integral en atención primaria de salud y de manera prioritaria en adolescentes y embarazadas (MINSAL, 2021).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se reconoce que las enfermedades periodontales como la gingivitis y la periodontitis son un problema de salud pública a nivel global, ya que estas son altamente prevalentes, tienen un alto impacto económico, psicológico y social afectando la calidad de vida de quien las padece y de su entorno, también conllevan un tratamiento costoso, sin embargo estas pueden ser prevenibles y controlables (Carvajal, 2016). El odontólogo general debe ser el primero que evalúe los tejidos periodontales, ya que el diagnóstico y tratamiento oportuno de estas enfermedades es esencial para el éxito de cualquier tratamiento dental restaurador (Darby y cols., 2005).

La salud periodontal es importante ya que define el éxito de cualquier tratamiento rehabilitador realizado, contribuye a la salud general del paciente y su calidad de vida. Esto es apreciado por los odontólogos generales en teoría, pero en la práctica clínica se desconoce el énfasis que se le otorga (Darby y cols., 2005), y el manejo de las enfermedades periodontales ha sido desplazado por la práctica dental restauradora (Chestnutt y Kinane, 1997).

En el estudio de Chestnutt y Kinane (1997), se buscó establecer los factores influyentes para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades periodontales de dentistas generales en Escocia mediante un cuestionario. Se recopilaron 374 respuestas y se obtuvo como resultado que la mayoría de los odontólogos se siente más seguro de diagnosticar las enfermedades periodontales que de tratarlas y que los factores más influyentes para decidir llevar a cabo el tratamiento eran los relacionados a la motivación del paciente. Si bien el 71.4% relataba examinar a todos sus pacientes, solo el 21.9% realizaba sondaje como parte del examen de rutina en todos sus pacientes, mientras que el EPB era usado por el 48.2% de los encuestados.

Dentro de la misma línea, Darby y cols. (2005), realizaron un estudio de metodología similar en Victoria donde seleccionaron 281 encuestas y en él se reportó que los odontólogos se sienten seguros para diagnosticar y tratar gingivitis y periodontitis en estadios iniciales, pero solo un 61% de los encuestados se siente seguro de tratar periodontitis severas. En este estudio, además de la influencia de factores relacionados la motivación del paciente y la higiene oral, se destacaron como factores influyentes en la decisión de tratar el entrenamiento y la habilidad del operador. La mayoría de los encuestados consideró importante registrar parámetros periodontales como apariencia gingival, placa y cálculo dental, sangrado, movilidad, compromiso de furca y radiografías. Un alto número de encuestados no realiza el índice de Necesidad de tratamiento comunitario (equivalente al EPB) o sondaje bucal completo.

Leisner y cols. (2008) evaluaron los parámetros que utilizaban los profesionales del área odontológica para diagnosticar periodontitis crónica severa. En este estudio participaron 76 personas, dentro de las cuales había estudiantes de odontología e higienistas dentales, odontólogos, profesores de odontología y supervisores de salud pública. Se reportó que la mayoría utilizaba parámetros como profundidad al sondaje, pérdida de hueso radiográfica y sangrado. Otra gran parte de los profesionales utilizaba parámetros irrelevantes para el diagnóstico de

periodontitis como la presencia de placa, cálculo y consumo de tabaco. Solo 18 participantes utilizaban 2 o más hallazgos para el diagnóstico, la mayoría solo usaba uno.

Actualmente en Chile se recomienda que el Examen Periodontal Básico sea aplicado a todos los pacientes, ya que es una herramienta que permite establecer el nivel de resolución de las patologías periodontales y la derivación de ser necesario (MINSAL, 2017). Sin embargo, el estudio de Cabrera (2019) donde se evaluó el uso del EPB dentro del programa de Garantía explícita de salud (GES) “Salud Oral Integral de la Embarazada” de los Servicios de Salud Metropolitano Sur, Del Maule y Reloncaví reportó que solo el 11% de los odontólogos refería utilizarlo siempre. En la misma línea Leyton (2019) evaluó la implementación del EPB en Servicios de Salud de Coquimbo, O’Higgins y Araucanía Sur, concluyendo que sólo un 11% de los odontólogos encuestados realizaba siempre el EPB.

Según los estudios mencionados anteriormente, las actitudes y prácticas realizadas por los odontólogos en relación con la salud y enfermedad periodontal son heterogéneas, existiendo una gran variación en el uso de los parámetros clínicos para el diagnóstico de las enfermedades periodontales. Si bien los odontólogos establecen que la salud periodontal es importante, se desconoce en la práctica cuál es el énfasis que estos le otorgan. A nivel nacional, no existen estudios que describan la importancia que le otorgan los odontólogos a las prácticas en relación con salud y enfermedad periodontal, lo más cercano son los estudios que evalúan el uso del EPB en los servicios de salud chilenos.

Este estudio busca explorar cuál es la importancia que los odontólogos le otorgan a salud y enfermedad periodontal y las diferentes prácticas que estos ejecutan, con el fin de establecer si existen diferencias entre la valoración y la práctica clínica y así establecer estrategias de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades periodontales en Chile.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1 Hipótesis

Los odontólogos chilenos no especialistas en periodoncia consideran importante la salud periodontal, pero esto no se condice con las prácticas clínicas.

4.2 Objetivo general

Describir las actitudes y prácticas en relación a la importancia que le otorgan a la salud-enfermedad periodontal los odontólogos chilenos no especialista en periodoncia.

4.3 Objetivos específicos

- 1) Describir la importancia que el odontólogo no especialista en periodoncia le otorga a la salud periodontal y al registro de parámetros periodontales.
- 2) Describir los parámetros clínicos utilizados para evaluar los tejidos periodontales en odontólogos no especialistas en periodoncia.
- 3) Estimar la frecuencia del uso de sonda periodontal en odontólogos no especialistas en periodoncia, según características del odontólogo y nivel de capacitación
- 4) Describir las barreras para el uso de la sonda periodontal en odontólogos no especialistas en periodoncia.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio

El proyecto es un estudio observacional, transversal de tipo descriptivo.

Este trabajo forma parte del Proyecto “Actitudes y prácticas en salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia – Estudio multicéntrico”, de la Federación Iberoamericana de Periodoncia.

5.2 Población en Estudio y Muestra

Este estudio recoge a odontólogos(as) no especialistas en periodoncia de Chile, que aceptaron participar del proyecto original, el cual recopiló antecedentes de los miembros de la Federación Iberoamericana de Periodoncia.

La participación en este proyecto fue de carácter voluntario y la invitación fue enviada masivamente a través de correo electrónico por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile.

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

Se incluyeron odontólogos chilenos colegiados, de ambos sexos y para formar parte del estudio los odontólogos entregaron su consentimiento informado (Anexo 1), previo a la realización del cuestionario el cual estaba disponible en la misma plataforma a través de GoogleForms.

Los criterios de exclusión fueron odontólogos especialistas en periodoncia, docentes del área de periodoncia, odontólogos con nacionalidad extranjera y personas que no contestaron la totalidad del cuestionario.

5.3 Fuente de información

Se elaboró un cuestionario con el fin de explorar actitudes y prácticas para la valoración periodontal por parte de los odontólogos no especialistas de los países pertenecientes a la Federación Iberoamericana de Periodoncia. Como proceso de validación, este cuestionario fue revisado por odontólogos expertos para evaluar su contenido y pertinencia con los objetivos del estudio, obteniendo con dichas revisiones la versión 2. La segunda versión se envió a una muestra piloto

vía correo electrónico con el fin de analizar la dispersión de respuestas, cantidad de preguntas definitivas y obtener la versión final. En el estudio piloto se evaluó también el tiempo necesario para desarrollar el cuestionario.

Una vez finalizado y aprobado el cuestionario definitivo, se envió una carta de invitación digital (Anexo 3) a los participantes mediante correo electrónico, la que contenía un enlace que los direccionó a un formulario creado con GoogleForms, para ser contestado de manera voluntaria y anónima. El participante entregó su consentimiento para participar en el proyecto y posteriormente logró acceder a la sección de preguntas.

Las preguntas seleccionadas del cuestionario (Anexo 2) tuvieron relación con las características del odontólogo y las actitudes y prácticas en relación con la valoración de salud-enfermedad periodontal de odontólogos no especialistas en periodoncia.

Características del odontólogo:

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

Actitudes y prácticas en relación con la valoración e importancia de la salud enfermedad periodontal:

- Importancia de la salud periodontal al momento de planificar cualquier tratamiento odontológico.
- Evaluación de los tejidos periodontales, durante el examen clínico.
- Frecuencia de uso de sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales.

- Principales barreras para no usar sonda periodontal.
- Importancia del registro de parámetros periodontales en la ficha clínica.
- Registro de parámetros periodontales en la ficha clínica.
- Actualización en periodoncia en los últimos 2 años.
- Evaluación subjetiva de nivel de preparación en periodoncia.
- Conocimiento del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o el Índice “Periodontal Screening and Recording (PSR)”.
- Aplicación del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR)” en la práctica diaria.

5.4 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Variables Cuantitativas

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Codificación
Edad	Continua	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento de la persona.	Edad del odontólogo al momento de responder la encuesta.	Años.
Tiempo de titulación como cirujano dentista	Continua	Tiempo transcurrido desde la fecha de titulación del odontólogo.	Años transcurridos desde la titulación del odontólogo al momento de responder la encuesta.	Años.

Tabla 2. Variables Cualitativas

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Codificación
----------	------------------	-----------------------	------------------------	--------------

Sexo	Nominal	Condición biológica que distingue a los individuos de machos o hembras	Sexo biológico	Femenino Masculino
Tipo de servicio donde realiza su mayormente su práctica clínica	Nominal	Tipo de lugar donde desempeña sus labores el profesional.	Tipo de prestación donde se desempeña principalmente el encuestado.	Servicio Público. Servicio Privado. Docencia Universitaria. Otro:
Actualización en periodoncia	Nominal	Modernización sobre conocimientos del área de periodoncia de los odontólogos.	Pregunta al odontólogo si ha realizado algún curso de actualización de periodoncia en los últimos 2 años.	No Sí, teórica Sí, práctica clínica Sí, teórica y práctica clínica
Especialidad	Nominal	Título profesional	Pregunta si el profesional cuenta con título de especialidad en odontología	Sí No
Importancia de la salud periodontal al momento de planificar cualquier tratamiento odontológico.	Ordinal politómica	Apreciación otorgada por odontólogos hacia la salud periodontal, al momento de planificar tratamientos odontológicos	Pregunta al odontólogo cuál es la importancia que le otorga a la salud periodontal al momento de planificar sus tratamientos	Nada importante Poco importante Importante Muy importante
Evaluación de los tejidos periodontales, durante el examen clínico.	Ordinal politómica	Valoración de los tejidos periodontales por parte de los odontólogos.	Pregunta al odontólogo si durante el examen oral	Nunca Ocasionalmente Casi siempre

			evalúa los tejidos periodontales.	Siempre
<i>Frecuencia de uso de sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales.</i>	Ordinal politómica	Cantidad de veces que el odontólogo usa sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales	Pregunta al odontólogo la frecuencia de uso de sonda periodontal.	Nunca Ocasionalmente Casi siempre Siempre
<i>Principales barreras para no usar sonda periodontal.</i>	Nominal	Apreciación del odontólogo para no utilizar sonda periodontal al evaluar los tejidos periodontales de sus pacientes.	Pregunta al odontólogo, porque no siempre usa sonda periodontal al evaluar los tejidos periodontales de sus pacientes.	Es innecesaria para el examen de los tejidos periodontales Es innecesaria para realizar el diagnóstico periodontal Sólo la uso para ciertos casos clínicos que la considero necesaria No tengo este instrumental disponible en forma suficiente Tengo poco tiempo para realizar el examen periodontal Es muy demoroso realizar el sondaje periodontal Económicamente no me es rentable Me falta conocimiento para usar la sonda periodontal

				Me falta destreza para usar la sonda periodontal
Importancia del registro de parámetros periodontales en la ficha clínica.	Ordinal politómica	Apreciación del odontólogo sobre el registro de parámetros periodontales en la ficha clínica.	Percepción que el odontólogo tiene sobre el registro de parámetros periodontales en la ficha clínica.	Nada importante Poco importante Importante Muy importante
Registro de parámetros periodontales en la ficha clínica.	nominal	Anotación de parámetros periodontales en la ficha clínica por parte del odontólogo.	Pregunta al odontólogo por cuales son los parámetros registrados 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 Otro(especificar)
Evaluación subjetiva de nivel de preparación en periodoncia.	Ordinal politómica	Apreciación que tiene el odontólogo sobre su nivel de preparación y formación en el área de periodoncia	Pregunta sobre la percepción del odontólogo sobre su nivel de preparación en periodoncia.	Buena Suficiente Insuficiente Muy insuficiente
Conocimiento del Índice "Examen"	Nominal	Grado de conocimiento del odontólogo acerca	Pregunta al odontólogo si	Si

<i>Periodontal Básico (EPB)” o el Índice “Periodontal Screening and Recording (PSR)”</i>		del “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal screening and Recording (PSR)”	conoce el “EPB” ó “PSR”.	No
<i>Aplicación del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)” o “Periodontal Screening and Recording (PSR)” en la práctica diaria</i>	Ordinal politómica	Aplicación del EPB por parte del odontólogo dentro de su práctica odontológica.	Grado de aplicación del EPB por parte del odontólogo.	Nunca Ocasionalmente Casi siempre Siempre

5.5 Contacto con odontólogos

Para llevar a cabo este estudio, se contactó al Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile, para explicar el proyecto y solicitar su apoyo en la difusión del cuestionario entre sus afiliados.

El correo fue enviado 2 veces (un recordatorio una semana después del primer envío) y se mantuvo abierto entre octubre y noviembre del año 2022 en la plataforma GoogleForms, en la cual el odontólogo previo a su consentimiento podía responder el cuestionario de manera anónima en el momento que éste quisiese.

5.6 Consideraciones éticas

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 los datos se procedió a su eliminación.

El proyecto original contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Maimónides, ciudad de Buenos Aires, Argentina.

5.7 Análisis estadístico

La información obtenida desde la plataforma GoogleForms se almacenó en una planilla Excel (Microsoft, Redmond, WA, USA) y se filtraron solo 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 variables en estudio. Para las variables cualitativas se realizó su descripción mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que, para las variables cuantitativas se realizó el test de normalidad usando test Shapiro-Wilk para determinar la distribución, la cual fue anormal, por lo que dichas variables se describieron a través de la mediana y rango intercuartílico.

Además según se determinó en cada caso, se utilizó el *test* exacto de fisher y chi cuadrado, para determinar asociación entre las variables independientes: sexo, años de titulación, tipo de servicio, capacitación y especialidad, con las variables dependientes: frecuencia de uso de sonda y registro de parametros periodontales. Para facilitar el análisis se dicotomizaron la variables politómicas “Actualización en periodoncia” en “Sí” para “Sí, sólo teórica”, “Sí, teórica y práctica” y “Sí, solo practica” y “No” cuando la respuesta fue esa. También se dicotomizar la variable años de estudio agrupando usando la mediana como corte en más de 11 años y menos de 11 años de titulación.

6. RESULTADOS

Se obtuvieron 965 respuestas, de las cuales fueron seleccionadas 232 correspondientes a odontólogos chilenos. De estos odontólogos seleccionados, 4 no quisieron participar del estudio, 3 eran especialistas en periodoncia y 4 respondieron de forma incompleta el cuestionario, quedando así una muestra de

221 participantes. La tasa de respuesta alcanzó un 3,6%, sin embargo, superó las 201 respuestas esperadas calculadas como tamaño muestral.

6.1 Caracterización de la muestra

La muestra quedó conformada por 221 odontólogos, de los cuales 127 (57,5%) fueron mujeres y 94 (42,5%) fueron hombres. La mediana de edad de los participantes fue 37 (31-50), con una mediana de años de titulación de 11 (4-24), un 87% trabaja en zona urbana, mientras que un 4% se desempeña en zona rural y un 9% en ambas zonas, en cuanto al tipo de servicio en el que se desempeña el 58% ejerce en el sector privado, 35,2% en servicio público, 1,8% en ambos servicios y 5% en docencia universitaria.

Tabla N°3. Características de los odontólogos(as) según sexo, edad, años de titulación y servicio donde se desempeña.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	127	57,5%
	Masculino	94	42,5%
Edad, mediana-RI	37(31-50)		
Años de titulación, mediana-RI	11 (4-24)		
Zona donde ejerce su práctica clínica	Zona urbana	192	87%
	Zona rural	9	4%
	Ambas zonas	20	9%
Tipo de servicio al que dedica mayoritariamente su práctica clínica	Servicio privado	128	58%
	Servicio publico	78	35,2%
	Ambos servicios	4	1,8%
	Docencia universitaria	11	5%

Con respecto a formación de los odontólogos, un 55,2% declara no tener especialidad odontológica, mientras que un 44,8% si declara tenerla; encontrando

dentro de las más frecuentes se encuentran rehabilitación oral, endodoncia, odontopediatría, implantología y ortodoncia.

En cuanto a si los odontólogos presentaban algún tipo de actualización en periodoncia: el 60,6% no tenía una actualización, un 32,1% tuvo una actualización teórica, 4,5% teórica y práctica clínica y 2,7% solo práctica clínica.

Tabla N°4. Características de los odontólogos según formación.

Variable	Categoría	n	%
Especialidad odontológica	Sí	99	44.8%
	No	122	55.2%
Actualización en periodoncia últimos 2 años	No	134	60,6%
	Sí, teórica	71	32,1%
	Si, teórica y práctica	10	4,5%
	Sí, práctica clínica	6	2,7%

6.2 Descripción de respuestas otorgadas por odontólogos(as) encuestados

6.2.1 Importancia de salud periodontal y evaluación de tejidos periodontales

Un 75,6% de los odontólogos encuestados considera que la salud periodontal es “Muy importante”, un 24% la considera “Importante” y solo el 0.4% “Poco importante”. Al consultar por la evaluación de los tejidos periodontales durante el examen, un 64,7% respondió que “Siempre” evalúa a sus pacientes, un 28,9% “Casi siempre”, un 5,9% ocasionalmente y un 0,5% “Nunca lo hace”.

Tabla N°5. Importancia otorgada a la salud periodontal y evaluación de tejidos periodontales.

Variable	Categoría	n	%
Importancia de la salud periodontal al momento	Muy importante	167	75,6%
	Importante	53	24%
	Poco importante	1	0,4%

<i>de planificar cualquier tratamiento odontológico</i>	Nada importante	0	0%
<i>Evaluación de los tejidos periodontales, durante el examen clínico.</i>	Siempre	143	64,7%
	Casi siempre	64	28,9%
	Ocasionalmente	13	5,9%
	Nunca	1	0,5%

6.2.2 Importancia, registro de parámetros periodontales y razones para no registrarlos

Respecto a la importancia del registro de parámetros periodontales en la ficha clínica, el 34% considera que es “Muy importante” su registro, el 61% considera que es “Importante”, el 4,5% considera que es “Poco importante” y el 0,5% considera que es “Nada importante”. En cuanto al registro de parámetros periodontales en la ficha clínica, un 69,2% respondió que “Sí” registraba los parámetros, a estos mismos se les solicitó indicar cuáles eran los parámetros que registraban, pudiendo seleccionar hasta 3 opciones, el 95,4% de estos odontólogos registra “Presencia de movilidad”, lo sigue un 79,7% con “Presencia de factores locales”, un 68,6% con “Sangrado al sondaje”, un 68% con “Características visuales de la encía”, un 63,4% “Profundidad al sondaje”, un 56,2% con “Lesiones de furcación”, un 38,6% con “Pérdida de inserción clínica” y por último 4,6% “Otro”.

Por otro lado, la respuesta “No registro parámetros periodontales” alcanzó un 30,8%, a este grupo se le consultó la razón por la cual no registraba parámetros periodontales y la respuesta mayoritaria con un 85,3% fue “Derivo a los pacientes a un especialista”, en segundo lugar con 44,1% fue “La ficha clínica que utilizo no incluye un sector para el registro”, en tercer lugar con 33,8% fue “No dispongo del tiempo para hacerlo”, en cuarto lugar se encuentra “No dispongo del instrumental” con un 5,9% y en último lugar con un 2,9% encontramos “ No considero relevante registrarlos” y “Otro”.

Tabla N°7. Importancia, registro de parámetros periodontales y razones para no registrarlos.

Variable	Categoría	n	%
Importancia del registro de parámetros periodontales en la ficha clínica del paciente.	Muy importante	75	34%
	Importante	135	61%
	Poco importante	10	4,5%
	Nada importante	1	0,5%
Registro de parámetros periodontales	Sí	153	69,2%
	No	68	30,8%
Parámetros periodontales registrados por los odontólogos.	Presencia de movilidad	146	95,4%
	Presencia de factores locales (tártaro dental/ obturaciones desbordantes)	122	79,7%
	Sangrado al sondaje	105	68,6%
	Características visuales de la encía	104	68%
	Profundidad al sondaje	97	63,4%
	Lesiones de furcación	86	56,2%
	Pérdida de inserción clínica	59	38,6%
	Otro	7	4,6%
Razones por las cuales no registran parámetros periodontales	Derivo a los pacientes a un especialista	58	85,3%
	La ficha clínica que utilizo no incluye un sector para el registro	30	44,1%
	No dispongo del tiempo para el registro	23	33,8%
	No dispongo del instrumental	4	5,9%
	No considero relevante registrarlos	2	2,9%
	Otro	2	2,9%

6.2.3 Uso de sonda periodontal y barreras para no usarla

La frecuencia con que el odontólogo usa sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales fue 14,5% “Siempre”, 28,5% “Casi siempre”, 49,3% “Ocasionalmente” y 17,7% “Nunca”. A los 189 odontólogos que respondieron “Casi siempre”, “Ocasionalmente” o “Nunca”, se les indicó mencionar cuáles eran las

principales razones para no usar sonda periodontal pudiendo marcar 3 alternativas de las 9 opciones existentes, las respuestas que entregaron fueron que la mayoría con un 72,5% “Sólo la utiliza para casos clínicos que considera necesario”, un 41,3% considera “Es muy demoroso realizar el examen periodontal”, un 38,6% indica “Tengo poco tiempo para realizar el examen periodontal”, un 29,6% “No dispongo del instrumental necesario”, 6,4% “Me falta la destreza para usar la sonda periodontal”, 2,7% acusa “Me falta conocimiento para usar la sonda periodontal” y “Es innecesaria para evaluar los tejidos periodontales”, 1,6% “Económicamente no me es rentable” y por último el 1% de los encuestados responde “Es innecesaria para el diagnóstico periodontal”.

Tabla N°6. Uso de sonda periodontal y barreras para no usarla.

Variable	Categoría	n	%
Frecuencia de uso de sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales.	Siempre	32	14,5%
	Casi siempre	63	28,5%
	Ocasionalmente	109	49,3%
	Nunca	17	7,7%
Principales barreras para no usar sonda periodontal.	Sólo la uso para ciertos casos clínicos que la considero necesaria	137	72,5%
	Es muy demoroso realizar el sondaje periodontal	18	41,3%
	Tengo poco tiempo para realizar el examen periodontal	73	38,6%
	No tengo este instrumental disponible en forma suficiente	56	29,6%
	Me falta destreza para usar la sonda periodontal	12	6,4%
	Me falta conocimiento para usar la sonda periodontal	5	2,7%
	Es innecesaria para el examen de los tejidos periodontales	5	2,7%
	Económicamente no me es rentable	3	1,6%
	Es innecesaria para realizar el diagnóstico periodontal	2	1%

6.2.4 Preparación en periodoncia, EPB y su aplicación

Se les preguntó a los encuestados como consideraban que era su nivel de preparación en periodoncia durante su época universitaria a lo que respondieron en su gran mayoría que esta fue buena (42,1%) o suficiente (51,6%).

En relación con el nivel de conocimiento del “Examen Periodontal Básico (EPB)” el 77,8% declara conocerlo y un 22,2% no lo conoce. La ejecución de dicho examen en la práctica clínica alcanzó mayoritariamente la opción “Nunca” y “Ocasionalmente” ambas opciones con el 40,3%, seguida con “Casi siempre” que alcanzó el 14,9% y finalmente la opción “Siempre” con un 4,5%.

Tabla N°8: Preparación en periodoncia, EPB y su aplicación.

Variable	Categoría	n	%
Evaluación subjetiva de nivel de preparación en periodoncia.	Buena	93	42,1%
	Suficiente	114	51,6%
	Insuficiente	13	5,9%
	Muy insuficiente	1	0,4%
Conocimiento del Índice “Examen Periodontal Básico (EPB)”	Sí	172	77,8%
	No	49	22,2
Aplicación 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%

6.3 Asociaciones

Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las variables “Frecuencia de uso de sonda” y “Años de titulación”, “Tipo de servicio al que dedica su práctica clínica”, “Especialidad” e “Importancia de la salud periodontal al momento de planificar cualquier tratamiento” (Tabla 9). También se encontró

asociación significativa entre “Registro de parámetros periodontales” con “Años de titulación”, “Especialidad” y “Frecuencia de uso de sonda periodontal” (Tabla 10).

Tabla N° 9: Asociación de variables con la frecuencia del uso de sonda periodontal.

Variable	Frecuencia de uso de sonda periodontal			
	Nunca n (%)	Ocasionalmente n (%)	Casi siempre n (%)	Siempre n (%)
Sexo				
Femenino	11 (64,7)	59 (54,1)	40 (63,5)	17 (53,1)
Masculino	6 (35,3)	50 (45,9)	23 (36,5)	15 (46,9)
Años de titulación(*)				
10 o menos	4 (23,5)	45 (41,3)	39 (61,9)	19 (59,4)
11 o más	13 (76,5)	64 (58,7)	24 (38,1)	13 (40,6)
Tipo de servicio(*) (**)				
Servicio Publico	6 (37,5)	50 (48,1)	16 (27,6)	6 (21,4)
Servicio privado	10 (62,5)	54 (51,9)	42 (72,4)	22 (78,6)
Especialidad (*)				
Sí	14 (82,4)	46 (42,2)	25 (39,7)	14 (43,7)
No	3 (17,6)	63 (57,8)	38 (60,3)	18 (56,3)
Capacitación o actualización				
Sí	6 (35,3)	38 (34,9)	27 (42,9)	16 (50)
No	11 (64,7)	71 (65,1)	36 (57,1)	16 (50)
Importancia de SP(*)				
Poco importante	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)
Importante	7 (41,2)	33 (30,3)	11 (17,5)	2 (6,3)

Muy importante	10 (58,8)	75 (68,8)	52 (82,5)	30 (93,7)
-----------------------	-----------	-----------	-----------	-----------

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

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

Tabla N° 10: Asociación de variables con registro de parámetros periodontales.

Variable	Registra parámetros periodontales en la ficha clínica	
	Sí n (%)	No n (%)
Sexo		
Femenino	87 (56,9)	40 (58,8)
Masculino	66 (43,1)	28 (41,2)
Años de titulación(*)		
10 o menos	81 (52,9)	26 (38,2)
11 o más	72 (47,1)	42 (61,8)
Tipo de servicio(**)		
Servicio Público	54 (38,3)	24 (36,9)
Servicio Privado	87 (61,7)	41 (63,1)
Especialidad (*)		
Sí	57 (37,2)	42 (61,8)
No	96 (62,8)	26 (38,2)
Capacitación o actualización		
Sí	63 (41,2)	24 (35,3)
No	90 (58,8)	44 (64,7)
Importancia de SP		
Poco importante	0 (0)	1 (1,5)

Importante	35 (22,9)	18 (26,5)
Muy importante	118 (77,1)	49 (72)
Frecuencia uso de sonda periodontal(*)		
Nunca	9 (5,9)	8 (11,8)
Ocasionalmente	69 (45,1)	40 (58,8)
Casi siempre	50 (32,7)	13 (19,1)
Siempre	25 (16,3)	7 (10,3)

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

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

7. DISCUSIÓN

El correcto diagnóstico y manejo de las enfermedades periodontales es fundamental en el éxito de múltiples tratamientos odontológicos, siendo esta la base de otras disciplinas de la odontología; por ejemplo, la salud periodontal es clave para un óptimo resultado en un tratamiento rehabilitador y también en la mantención de la salud general de los pacientes (Darby y cols, 2005).

La periodoncia siempre ha sido un área importante dentro de la odontología, desde la formación universitaria se da mucho énfasis a la realización de exámenes clínicos diagnóstico, los cuales deben ser minuciosos y profundos, donde la interpretación y medición completa de las variables clínicas, como el sondaje periodontal y la determinación del nivel de inserción clínica mediante sonda periodontal, son claves para entablar un diagnóstico certero de la salud periodontal de nuestros pacientes o al menos para determinar las necesidades de tratamiento periodontal de estos, para finalmente lograr un tratamiento exitoso (Botero y Bedoya, 2010). A nivel nacional e internacional son pocos los estudios

que exploran la importancia que le dan los odontólogos a la evaluación periodontal de sus pacientes y cuales son las prácticas clínicas.

Nuestro estudio buscó describir, por primera vez en Chile, la valoración que tiene la salud periodontal y su relación con las actitudes y prácticas que tienen los odontólogos no especialistas en periodoncia.

Entre los principales hallazgos de esta investigación se puede mencionar que casi la totalidad (99,6%) de los odontólogos encuestados considera importante o muy importante la salud periodontal para la planificación de sus tratamientos. La mayoría de los estudios existentes no recogen la percepción que tienen los odontólogos acerca de la salud periodontal, más bien están centrados en sus prácticas clínicas. Sin embargo, en un estudio reciente en China realizado por Wang y cols. (2022), se buscó medir el conocimiento, comportamiento y cumplimiento de la limpieza dental profesional a odontólogos, médicos y personal no médico a través de un cuestionario, en donde se les preguntó sobre la importancia de la limpieza dental profesional para la salud bucal, de los 153 odontólogos encuestados, el 98% establece que es importante esta práctica, resultados en concordancia a lo encontrado en nuestro estudio.

Por otro lado, si bien la salud periodontal fue altamente considerada importante, sólo el 64,7% de los odontólogos evaluaban siempre los tejidos periodontales de sus pacientes. Estos resultados son similares a los reportados por Chesnutts y Kinane (1997) en la década de los 90, donde un 71,4% de los odontólogos declaran evaluar la enfermedad periodontal en sus pacientes. Por otro lado, nuestros resultados son más bajos a los reportados por Darby y cols. (2005) y Ghiabi y Wheerasinghe (2011), donde el porcentaje de odontólogos que relata evaluar la enfermedad periodontal alcanza el 79,7% y 98,4% respectivamente. La diferencia podría deberse a las características de los encuestados ya que en los estudios mencionados anteriormente una gran mayoría tenía algún tipo de

capacitación en periodoncia, sin embargo, en nuestro estudio la capacitación en periodoncia alcanzaba el 39,3%.

Si bien llama la atención que no todos los encuestados reportaron evaluar los tejidos periodontales, esto se vuelve preocupante en cuanto al uso de sonda periodontal como instrumento de evaluación, ya que sólo el 14,5% de los encuestados reporta usar siempre sonda periodontal y un 28,5% relataba usarla casi siempre. Si bien estos resultados son bajos, se encuentran en similitud con lo reportado por Chesnutt y Kinane (1997) en Escocia, quienes encontraron que el 36,1% de los odontólogos evaluados realizaban sondaje en todos sus pacientes, 21,9% solo en pacientes nuevos y 30,5% solo si sospechaban la existencia de sacos periodontales. Asimismo, Ghiabi y Weerasinghe (2011) en su estudio establecen que el 37,8% de los dentistas generales en Canadá realizaban sondaje en todos sus pacientes y el 43,3% realizaba sondaje selectivo, sin indicar las razones de la selectividad. En Turquía, Ercan y cols. (2015) evaluaron los perfiles de diagnóstico y tratamiento en periodoncia de 173 dentistas generales, encontrando que sólo el 45% de estos realizaba algún tipo de sondaje periodontal. En los estudios mencionados la mayoría de los odontólogos evaluados no siempre utilizaba sonda periodontal, lo cual está muy por debajo de lo reportado por Meers y cols. (2017) en Bélgica, donde el 92% de los encuestados relataba usarla como método de tamizaje en todos sus pacientes.

Ante los resultados presentados, podemos decir que pese a la alta valoración o importancia que se dice tener hacia la salud periodontal, en la mayoría de los encuestados no se refleja en la práctica de realizar frecuentemente el sondaje periodontal para examinar los tejidos periodontales. Esta disonancia entre la importancia y la acción se menciona de la misma manera en el estudio de Wang y cols. (2022), quienes reportaron que a pesar que los odontólogos le dan importancia a la limpieza dental profesional, esto no se encontraba en concordancia con las prácticas realizadas por estos profesionales. En nuestro

estudio existe una asociación entre la importancia otorgada a la salud periodontal y el uso de sonda periodontal, parece ser que pese a su baja frecuencia, quienes usan en mayor medida la sonda otorgan mayor importancia a la salud periodontal.

Además, otro punto es que si bien el 93,7% de los encuestados reporta haber tenido una formación buena o al menos suficiente en periodoncia, esto no lleva a realizar mejores práctica en la evaluar de los tejidos periodontales, ni a aumentar niveles de sondaje. El estudio de Reinero (2020) nos cuestiona la calidad de la formación docente, donde indica la necesidad de revisar los planes de estudios y la formación de los odontólogos en Chile, para que se logre un estándar mínimo de habilidades y conocimientos en el área de periodoncia y que además una vez egresados a través de educación continua estos adquieran las herramientas según la nueva evidencia disponible.

Por otro lado, pueden existir barreras que impidan la ejecución de una determinada práctica, las cuales pueden ser internas o dependientes de cada individuo y externas o dependientes del entorno u organización donde se desenvuelven las personas (Cabrera, 2000; Fuentes 2009); es por esto que se indagó en las razones para no usar la sonda periodontal, encontrando principalmente que los odontólogos encuestados la utiliza cuando “Considera que es necesario” (72,5%), “Falta de tiempo” (41,3%) y “Examen demoroso” (38,6%), es decir, pareciera que los odontólogos no consideran la importancia que posee la sonda periodontal para la evaluación y diagnóstico de las enfermedades periodontales, desconociendo que es la única herramienta fiable para poder llevar a cabo un examen periodontal de calidad, a lo que se suma la percepción de que el examen es demoroso y no poseen suficiente tiempo de atención clínica. Esto se condice con el estudio de Forbes y cols. (2015), quienes reportaron que los dentistas e higienistas consideraban baja la remuneración y que el tiempo invertido en examen, tratamiento e indicaciones a un paciente periodontal no tenía un reembolso adecuado, además el 55% de los encuestados respondió que el

tiempo para realizar una evaluación periodontal era muy limitado. Al comparar con el servicio de salud público en Chile, el estudio de Reiner (2020), reportó como principal barrera la falta de instrumental para la aplicación del EPB en el GES “Salud Oral Integral de la Embarazada”, sin embargo esa razón en nuestro estudio alcanzó el cuarto lugar, esto puede deberse a la mayor proporción de participantes del ejercicio privado. Por otro lado el factor “tiempo” en ambos estudios ocupa el segundo lugar, parece ser que este factor no sólo sería dependiente del sector donde se trabaja, sino que puede deberse a factores organizacionales, económicos, entre otros.

En este estudio hubo una asociación entre el uso de sonda periodontal y años de titulación, mientras menor tiempo de titulación aumenta la frecuencia de uso de sonda. Otros estudios ya han mencionado esta relación donde a mayor tiempo transcurrido desde la titulación disminuye la frecuencia de realización del examen periodontal y sondaje, es decir, los dentistas jóvenes y más cercanos a su egreso tendían a realizar mayor sondaje periodontal (Meers y cols. 2017; Ercan y cols. 2015; Tugnait y cols. 2004). Otra asociación significativa encontrada fue entre la frecuencia de uso de sonda y profesionales con especialidad, en este estudio los especialistas utilizan menos la sonda en comparación a los dentistas generales, se ha mencionado que existe un trabajo multidisciplinario entre la periodoncia y las diferentes especialidades odontológicas entre las que destacan, endodoncia, ortodoncia, implantología, rehabilitación oral, entre otras (Lyons y Darby, 2017), sin embargo esto no necesariamente se ve reflejado en el uso de la sonda, más parece que esta tarea es delegada al periodoncista.

También, se indagó sobre la importancia otorgada al registro de parámetros periodontales, donde el 95% lo consideró importante y muy importante, mostrando que los odontólogos chilenos tienen una alta valoración hacia el registro de parámetros periodontales. Sin embargo, al consultar cuántos de ellos registran dichos parámetros en la ficha clínica, sólo un 69,2% declara realizarlo, esto resulta

ser inquietante sabiendo que existe un componente médico-legal en la ficha clínica odontológica, ya que esta debe contener un registro detallado de las atenciones entregadas a los pacientes y por supuesto esto incluye los exámenes realizados (MINSAL 2012). Por otro lado, el registro de parámetros también se asoció a los años de titulación, la especialidad y el uso de sonda, pareciera ser que quien posee especialidad registra menos los parámetros periodontales, tal vez la razón principal sea que quienes no registran parámetros periodontales mencionan como principal motivo la derivación a un especialista (85,3%).

Entre los tres principales parámetros registrados se encuentran la presencia de movilidad, presencia de factores locales y sangrado al sondaje. Estos mismos parámetros fueron reportados en el estudio de Darby y cols. (2005), Ghiabi y Weerasinghe (2012) y por Reiner (2020) para el servicio de salud público chileno. En efecto, los parámetros periodontales más registrados por los odontólogos son principalmente visuales y entregan información de un estado más avanzado de enfermedad o destrucción periodontal, que no requiere exclusivamente de una sonda periodontal para su detección, y que por lo tanto se consideran más fácil y rápido de registrar que, por ejemplo, realizar un sondaje periodontal, y por tanto, dichos parámetros no permiten establecer o detectar la enfermedad periodontal en estadios más iniciales, lo que dificulta tomar medidas en el momento oportuno (Ghiabi y Weerasinghe, 2011; Reiner, 2020).

En este estudio el 77,8% de los odontólogos declara conocer el examen periodontal básico (EPB), pero en la práctica clínica sólo un 4,5% declara realizarlo siempre y un 14,9% casi siempre. A nivel nacional esto se evaluó en el estudio de Reiner (2020) en establecimientos de salud pública reportando 11,9%, resultados similares a los nuestros a pesar de la diferencia de el lugar donde se realiza la práctica clínica. A nivel internacional, los reportes indican que exámenes de tamizaje como el EPB o similares son realizados por un mayor porcentaje de odontólogos que va entre 32,5% al 91% (Ghiabi y Weerasinghe 2011; Chesnutt y

Kinane 1997; Meers y cols. 2017; Tugnait y cols. 2004), entre las razones por las que esto ocurre es que en países como Escocia e Inglaterra ha existido una política pública que ha incentivado su aplicación desde la década de los ochentas (BSP, 2019). En Chile, a pesar de estar recomendado en Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030 (MINSAL 2021), la situación es diferente, si bien en nuestro estudio no se buscaron las barreras para la implementación este examen, algunas como, no considerar necesario el uso de sonda, la falta de tiempo o que es muy demoroso realizar el examen son frecuentes en nuestro estudio y en el realizado en el servicio público (Reinero 2020), por lo tanto es importante destacar que pese a que los conceptos de salud-enfermedad periodontal son parte integral de las capacidades diagnósticas del odontólogo, pareciera existir una subvaloración de las patologías periodontales (Reinero, 2020).

Así los desafíos son grandes para lograr que la valoración que al parecer le dan los odontólogos a la evaluación periodontal se vea reflejado en la práctica clínica, ya sea mediante el sondaje periodontal y/o el registro de parámetros clínicos asociados a prevención, diagnóstico temprano y mantención de la salud, más que a signos tardíos de la enfermedad; esto implica reforzar en la enseñanza de la odontología la valoración real del sondaje periodontal o herramientas de tamizaje para que todo paciente reciba un diagnóstico oportuno, tratamiento y/o derivación a un nivel de mayor complejidad y así evitar la progresión de la enfermedad y sus secuelas. Además lograr posicionar el control de las enfermedades periodontales como problema de salud pública y atenderlas como sus denominación nos demanda.

Las debilidades de este estudio fueron que, por un lado, al ser de carácter voluntario, se alcanzó una baja tasa de respuesta, sólo el 3,6% de los invitados a participar respondió la encuesta, sin embargo, se alcanzó el tamaño muestral esperado. Además, al ser un estudio con un carácter anónimo y autorreporte, los

encuestados podrían haber modificado sus respuestas entregando datos que consideraban correctos y no los reales.

Por otro lado, existe escasa literatura relacionada con la problemática abordada, por lo que la comparación directa con otros estudios es limitada. Nuestro estudio es el primero en Chile que busca comparar la diferencia entre actitudes y prácticas en relación a salud periodontal, lo que es relevante debido a que entrega las primeras nociones sobre la valoración hacia la salud periodontal que tienen dentistas y la importancia de trabajar en derribar barreras para que la práctica vaya en consonancia con la actitud positiva que ellos reportan.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio podemos decir que existe una alta valoración de la salud-enfermedad periodontal por parte de los odontólogos encuestados no especialistas en periodoncia, sin embargo esta no se relaciona con las prácticas clínicas.

Esto se ve reflejado en que:

El 99,6% declara importante o muy importante la salud periodontal para la planificación de sus tratamientos, pero sólo el 64,7% declara evaluar los tejidos periodontales.

El uso de sonda periodontal alcanza una frecuencia de 14,5%, donde las barreras principales para no implementarla son que su uso es dado sólo cuando se considera necesario y la falta de tiempo, lo que indica la subvaloración de este instrumento para el tamizaje y diagnóstico periodontal.

El 95% considera importante o muy importante el registro de parámetros periodontales, sin embargo la frecuencia de este registro alcanza el 69,2%, además estos parámetros se caracterizan por ser signos tardíos o avanzados de destrucción periodontal. Además una gran mayoría declara conocer el EPB, pero su frecuencia de uso solo alcanza el 4,5%.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

British Society of Periodontology. (2019). *Basic Periodontal Examination*. Disponible en:

http://www.bsperio.org.uk/publications/downloads/115_170601_a115_090048_bsp-bpeguidelines-2019.pdf.

Botero JE, Bedoya E. (2010). *Determinantes del diagnóstico periodontal*. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2010 [Citado 31 mayo 2023 Mayo]; 3(2): 94-99. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007&lng=es) &lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200007>.

Cabrera A G.(2000) *El modelo transteórico del comportamiento en salud*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. [Citado 14 de junio de 2023];18(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>

Cabrera, I. (2019). *Barreras y facilitadores de la implementación del examen periodontal básico en atención primaria en la garantía explícita en salud “Salud oral integral de la embarazada” en los Servicios de Salud Metropolitano Sur, Maule y Del Reloncaví*. Tesis pregrado Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

Cairo, F., Nieri, M., Cincinelli, S., Mervelt, J., & Pagliaro, U. (2011). *The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: An explorative and reliability study*. Journal of Clinical Periodontology, 38(7), 661–666. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x>

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, 177-183.

Chapple, I. L. C., Mealey, B. L., Van Dyke, T. E., Bartold, P. M., Dommisch, H., Eickholz, P., Yoshie, H. (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, S74–S84. <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0719>

Chestnutt, I. G., & Kinane, D. F. (1997). *Factors influencing the diagnosis and management of periodontal disease by general dental practitioners*. *British Dental Journal*, 183(9), 319–324. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4809486>

Darby, I., Angkasa, F., Duong, C., Ho, D., Legudi, S., Pham, K., & Welsh, A. (2005). *Factors influencing the diagnosis and treatment of periodontal disease by dental practitioners in Victoria*. *Australian Dental Journal*, 50(1), 37–41. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2005.tb00083.x>

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>

Forbes G, Rutherford S, Stirling D, Young L, Clarkson J. (2015). *Current practice and factors influencing the provision of periodontal healthcare in primary dental care in Scotland: an explorative study*. *Br Dent J*. 10;218(7):387-91; discussion 391. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.245. PMID: 25858735.

Fuentes J. (2009). *Modelo de cambio conductual orientado a la promoción de estilos de vida saludable en la organización*. Tesis Pregrado. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106191/Modelo-de-cambio-conductual.pdf?sequence=3>

Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, et al. (2010) *Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey*. J Periodontol ;81(10):1403-10.

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>

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, 94-102. https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf

Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2014). *Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: A systematic review and meta-regression*. Journal of Dental Research, Vol. 93, pp. 1045–1053. <https://doi.org/10.1177/0022034514552491>

Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. (2017) *Periodontal diseases*. Nat Rev Dis Primers. Jun 22;3:17038. doi: 10.1038/nrdp.2017.38. PMID: 28805207.

Lang, NP, Bartold, PM.(2018) *Salud periodontal*. J Periodontol.; 89(Suppl 1): S9–S16. <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0517>

Leisnert, L., Hallström, H., & Knutsson, K. (2008). *What findings do clinicians use to diagnose chronic periodontitis?* Swedish Dental Journal, 32(3), 115–123. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18973082/>

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*. Tesis pregrado Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

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

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.

Ministerio de Salud, G. d. C. (2010). *Análisis de Situación de Salud Bucal en Chile*. [Internet]. [Citado 3 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf>

Ministerio de Salud, G. d. C. (2012). Ley N° 20584 Derechos y Deberes de los pacientes. *Reglamento N° 41, sobre Fichas Clínicas*. Promulgado el 24 de Julio de 2012. [Internet]. [Citado 14 junio 2023]. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8937.html>

Ministerio de Salud, G. d. C. (2017). *Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales*. [Internet]. [Citado 3 de marzo 2021] Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2018/02/2018.01.23_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf

Ministerio de Salud, G.d.C. (2020). Estudio de brechas de Médicos y Odontólogos generales y especialistas en el Sector Público de Salud. [Internet]. [Citado en abril 2023]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/INFORME-ESTUDIO-BRECHAS-MEDICOS-Y-ODONTOLOGOS.pdf>

Ministerio de Salud, G. d. C. (2021). *Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030*. [Internet]. [Citado en abril 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2021-2030.pdf>

López, R., Fernández, O., Jara, G., & Baelum, V. (2001). *Epidemiology of Clinical Attachment Loss in Adolescents*. *Journal of Periodontology*, 72(12), 1666–1674. <https://doi.org/10.1902/jop.2001.72.12.1666>

Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., ... Tonetti, M. S. (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 Clinical Periodontology*, 45, S162–S170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>

Preshaw, P. M. (2015). *Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention*. *BMC Oral Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-S1-S5>

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>

Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme(SDCEP). (2014). *Prevention and Treatment of Periodontal Diseases in Primary Care Dental Clinical Guidance*. 2014. Disponible en:<https://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2015/01/SDCEP+Periodontal+Disease+Full+Guidance.pdf>

Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2010) *EPB: Examen Periodontal Básico*. Disponible en: http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2017/04/EPB-2017.pdf

Slots, J. (2017). *Periodontitis: facts, fallacies and the future*. *Periodontology* 2000, 75(1), 7-23. <https://doi.org/10.1111/prd.12221>

Stamm JW. (1986). *Epidemiology of gingivitis*. *J Clin Periodontol*. May;13(5):360-66. doi: 10.1111/j.1600-051x.1986.tb01473.x. PMID: 3522645.

Trombelli, L., Farina, R., Silva, C. O., & Tatakis, D. N. (2018). *Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations*. *Journal of Periodontology*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0576>

Wang Q, Chen H, Jiang L.(2022). *Assessment of the professional dental cleaning knowledge, behavior and medical compliance among dentists, medical doctors and non-medical staffs: a cross sectional study in Chongqing, China*. *BMC Oral Health*. doi: 10.1186/s12903-022-02226-x. PMID: 35590315; PMCID: PMC9118795.

10. ANEXOS

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: Selección de preguntas de cuestionario piloto.

N°	PREGUNTA	OPCIONES
1	¿Cuál es su país de residencia?	a. Argentina b. Chile c. Perú d. Uruguay e. Venezuela f. Colombia g. Otro: _____
2	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, quiero participar b. No, no quiero participar
4	¿Cuál es su edad?	_____
5	Indique su género	a. Femenino b. Masculino
6	¿En qué año se tituló como Cirujano Dentista/ Odontólogo?	_____

7	¿En qué zona ejerce principalmente su práctica clínica?	a. Zona urbana b. Zona rural c. Ambas
8	¿A qué tipo de servicio le dedica mayormente su práctica clínica?	a. Servicio público b. Servicio Privado c. Docencia Universitaria d. Otra, _____
9	¿Tiene alguna especialidad odontológica?	a. No b. Si
10	Para quien responde "Sí" a la pregunta 9. ¿Cuál especialidad tiene usted? Puede marcar más de una.	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)
12	¿Cómo considera usted que fue su preparación en periodoncia durante su educación universitaria?	a. Muy insuficiente b. Insuficiente c. Suficiente d. Buena
13	En los últimos dos años, ¿usted ha realizado alguna actualización en periodoncia?	a. No b. Sí, teórica c. Sí, práctica clínica d. Sí, teórica y practica clínica
14	¿Qué tan importante es, para usted, la salud periodontal al momento de planificar cualquier tratamiento odontológico?	a. Nada importante b. Poco Importante c. Importante d. Muy importante
15	Durante el examen de salud oral de su paciente, ¿usted evalúa los tejidos periodontales?	a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre
16	¿Con qué frecuencia usted utiliza una sonda periodontal para evaluar los tejidos periodontales?	a. Nunca b. Ocasionalmente c. Casi siempre d. Siempre

17	<p>SI RESPONDIÓ (a, b, c) A LA PREGUNTA 16.</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>
20	<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>
22	<p>¿Registra usted algún parámetro periodontal en la ficha clínica del paciente?</p>	<p>a. Sí</p> <p>b. No</p>
23	<p>Si la respuesta a la pregunta 22 es "Sí". Indique cuales parámetros periodontales usted registra (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 factores locales (tártaro dental / obturaciones desbordantes)</p> <p>f. Características</p>

		visuales de la encía g. Lesiones de furcación h. Otro
24	Si respondió "no" a la pregunta 22. ¿Por qué no registra parámetros periodontales en la ficha clínica? (puede marcar más de una opción)	a. No dispongo del tiempo para el registro b. La ficha clínica que utilizo no incluye un sector para el registro c. Derivo a los pacientes a un especialista d. No dispongo del instrumental e. No considero relevante registrarlos f. Otra, especificar.....
25	¿Conoce usted el Índice "Examen Periodontal Básico (EPB)" o el Índice "Periodontal Screening and Recording (PSR)"?	a. No b. Si
26	¿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

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)

