

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POSTGRADO DE PERIODONCIA

**PREVALENCIA Y COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD  
PERIODONTAL EN LOS PACIENTES EN TERAPIA DE  
SOPORTE ATENDIDOS EN EL POSTGRADO DE  
PERIODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. 2000 - 2008**

**Trabajo especial presentado ante la ilustre  
Universidad Central de Venezuela por la Odontólogo  
Vanessa Ibarra Valor, para optar al título de  
especialista en Periodoncia**

**CARACAS, JUNIO 2009**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POSTGRADO DE PERIODONCIA

**PREVALENCIA Y COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD  
PERIODONTAL EN LOS PACIENTES EN TERAPIA DE  
SOPORTE ATENDIDOS EN EL POSTGRADO DE  
PERIODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. 2000 - 2008**

**Autor: Od. Vanessa Ibarra Valor**

**Tutor: Od. María Antonieta Méndez**

**CARACAS, JUNIO 2009**

Aprobado en nombre de la Universidad Central de Venezuela por el siguiente jurado examinador:

-----  
-----

**Coordinador**

**Firma**

**CI**

-----  
-----

**Nombre y Apellido**

**Firma**

**CI**

-----  
-----

**Nombre y Apellido**

**Firma**

**CI**

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----  
-----

**Caracas, Junio 2009**

## **DEDICATORIA**

A Dios sobre todas las cosas, que ha estado conmigo en cada momento de mi vida, llevándome por el mejor camino para culminar esta meta exitosamente.

A mi mamá, quien es mi ejemplo a seguir; quien me ha apoyado y ayudado a lograr todas las metas que me he propuesto.

A mi abuela Berta y a mi papá que aunque ya no están físicamente, siguen presente en cada paso que doy.

A mi familia, por siempre estar ahí cuando los necesito, haciéndome la vida más fácil y feliz.

A Fernando por ser tan comprensivo y brindarme su amor y apoyo incondicional.

## AGRADECIMIENTOS

A mi tutora y profesora la Od. y Profa. María Antonieta Méndez, quien ha sido mi guía desde el primer momento en el postgrado.

A la Od. y Profa. del postgrado Victoria Criado, por su disposición a la enseñanza, y dedicar tiempo valioso a mi aprendizaje.

A los profesores del postgrado de Periodoncia, que contribuyeron en mi formación profesional y personal, en especial a la Profa. Y madrina Xiomara Giménez, Prof. Américo DosRamos, Profa. Mireya García, Profa. María Verónica Álvarez, Profa. Ingrid Olbrich, Prof. Willy Hohn y Profa. Cecilia Montaña.

Al Prof. Nelson Croce, perteneciente a la Cátedra de Salud Pública, Departamento de Medicina Preventiva y Social, de la Escuela de Medicina Luis Razzetti, por su disposición y ayuda en el procesamiento estadístico de los datos.

A mis compañeros de postgrado, Edna Fernandes, Marbella Goncalves, César Castellanos, Alejandro Guía y Cintia Scabuzzo, por su amistad y apoyo en todo momento. Mis amigos en las buenas y las malas... Gracias.

Al personal del Archivo de la Facultad de Odontología, por toda la colaboración prestada.

A todas las personas que de alguna manera han participado en la realización de este trabajo.

## LISTA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
LISTA DE CONTENIDO.....	vi
LISTA DE TABLAS .....	ix
LISTA DE GRÁFICOS .....	xi
LISTA DE CUADROS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 Planteamiento y formulación del problema.....	3
1.2 Objetivos.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
1.3 Justificación .....	10
1.4 Limitaciones.....	13
II. MARCO TEÓRICO.....	15
2. Terapia de Soporte Periodontal.....	15
2.1 Epidemiología.....	15
2.2 Prevalencia e Incidencia de la Enfermedad Periodontal.....	22
2.3 Reseña histórica y Definición.....	27
2.4 Antecedentes.....	30

2.5	Objetivos.....	39
2.6	Cumplimiento del paciente con la Terapia de Soporte	
	Periodontal .....	39
2.6.1	Métodos para manejar el cumplimiento.....	44
2.7	Procedimientos realizados durante la Terapia de Soporte	
	Periodontal.....	46
2.7.1	Actualización de la Historia Clínica Médica y	
	Odontológica.....	46
2.7.1.1	Evaluación Clínica.....	47
2.7.1.2	Examen Radiográfico.....	51
2.7.1.3	Tratamiento.....	52
2.8	Establecer el Intervalo de la Terapia de Soporte.....	53
2.9	Retratamiento durante la Terapia de Soporte.....	56
III. MARCO METODOLÓGICO .....		57
3.1	Diseño de la investigación.....	57
3.2	Población y muestra.....	57
3.3	Variables a Estudiar.....	58
3.4	Operacionalización de Variables.....	58
3.5	Materiales y métodos.....	62
3.5.1	Evaluación Odontológica de los pacientes.....	62
3.5.2	Instrumento de Recolección de datos.....	62
3.6	Análisis de los datos.....	63
3.6.1	Fase Descriptiva.....	63
3.6.2	Fase Analítica o Inductiva.....	63
3.5.3	Procesamiento de los datos.....	64

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	68
4.1 RESULTADOS.....	68
4.2 DISCUSIÓN.....	80
V. CONCLUSIONES.....	84
VI. RECOMENDACIONES.....	86
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	87
VIII. ANEXOS.....	96
Anexo 1. Matriz de datos.....	97
Anexo 2. Historia Clínica.....	98
Anexo 3. Ficha Socioeconómica CIDC.....	106



## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia y Comportamiento de la Enfermedad Periodontal en la muestra de pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	68
Tabla 2. Promedio de citas de los pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	70
Tabla 3. Porcentaje de pacientes atendidos o tratados en la Terapia de Soporte Periodontal de la Universidad Central de Venezuela.....	72
Tabla 4. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Género de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	73
Tabla 5. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la edad de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	75
Tabla 6. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Grado de Instrucción de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	76
Tabla 7. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la presencia de Tabaquismo en los pacientes que	

acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología  
de la UCV del año 2000 al 2008.....78

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.. Distribución de la Enfermedad Periodontal en la muestra de pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	69
Gráfico 2.. Promedio de citas de los pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	71
Gráfico 3.. Porcentaje de pacientes atendidos o tratados en la Terapia de Soporte Periodontal de la Universidad Central de Venezuela.....	72
Gráfico 4.. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Género de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	74
Gráfico 5.. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la edad de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	75
Gráfico 6.. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Grado de Instrucción de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....	77

Gráfico 7.. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la presencia de Tabaquismo en los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.....79

## **LISTA DE CUADROS**

Cuadro 1. Operacionalización de Variables.....	59
------------------------------------------------	----

## RESUMEN

El tratamiento de soporte se define como una fase del tratamiento periodontal, el cual comienza justo después de terminada la terapia activa o fase inicial, y se continúa en intervalos variados de tiempo a nivel dentario o sus reemplazos. El cumplimiento del paciente con las sugerencias del profesional, es importante en el éxito del tratamiento a largo plazo. Este estudio tuvo como propósito determinar la prevalencia y comportamiento de la enfermedad periodontal en los pacientes que asistieron a la terapia de soporte del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV, 2000-2008. La investigación fue de tipo documental, de campo y retrospectiva, donde se revisaron las Historias Clínicas de 373 individuos, usando una muestra de 159 pacientes, la cual fue dividida de acuerdo al cumplimiento de la Terapia de soporte en dos grupos, los que volvieron y los que no. La prevalencia inicial de la Gingivitis y Periodontitis Crónica fue de 10,06% y 78,6% respectivamente. La prevalencia final de Gingivitis fue de 25,3% y de Periodontitis Crónica fue de 64,2%, mostrando cambios positivos significativos en cuanto al comportamiento de la Enfermedad Periodontal. El promedio de citas al tratamiento de Terapia de Soporte Periodontal por paciente fue de 1,07. Sin embargo, el porcentaje de cumplimiento de los pacientes durante el periodo señalado fue de 36,5%, donde el sexo femenino y el grupo etario > 35 años fueron mayores. También se consiguió una relación estadísticamente significativa entre las personas fumadoras y su poco cumplimiento con la terapia de soporte periodontal.

## INTRODUCCIÓN

La terapia de soporte periodontal se define como una fase del tratamiento, la cual comienza justo después de terminada la terapia activa periodontal o fase inicial y se continua en intervalos variados de tiempo a lo largo de la vida.

El objetivo principal de la terapia a largo plazo es proporcionar un control supervisado para el paciente, de manera de mantener la estabilidad bucal en cuanto a salud y función.

Numerosos estudios indican que los pacientes que regresan a las visitas periódicas regulares para recibir tratamiento periodontal de soporte, han mostrado presentar mejor salud periodontal que aquellos que no lo hacen.

Sin embargo, la literatura también refiere que el cumplimiento a la terapéutica de Soporte Periodontal de los pacientes es pobre, por lo cual, es necesario la participación del Odontólogo o Periodoncista en utilizar diferentes métodos, para mantener los pacientes comprometidos con el tratamiento.

En Latino América, no se han podido identificar estudios regionales representativos de la Enfermedad Periodontal y aún

menos los que se han enfocado en el tratamiento de soporte periodontal.

En el postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela se atiende un alto número de pacientes anualmente, y al no poseer o contar con estudios epidemiológicos sobre la Enfermedad Periodontal en el mismo, se decide realizar este estudio cuyo objetivo es conocer la prevalencia y comportamiento de la Enfermedad Periodontal en una muestra de pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal entre el período 2000 al 2008.



## **CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

El periodonto también llamado aparato de inserción, o tejidos de sostén del diente, establece una unidad funcional, cuyo objetivo principal es unir el diente al tejido óseo de los maxilares y conservar la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal. El mismo está conformado por los siguientes tejidos: 1) la encía, 2) el ligamento periodontal, 3) el cemento radicular, 4) el hueso alveolar.<sup>1</sup>

Las enfermedades que afectan el periodonto presentan características que deben tenerse en cuenta al momento de realizar un estudio epidemiológico, ya que pueden describirse como reacciones inflamatorias e inmunológicas frente a la placa dental de los tejidos dentarios, que presentan características muy similares a las de una enfermedad crónica, progresando desde una inflamación de los tejidos gingivales, denominada gingivitis, hasta la pérdida de los tejidos de soporte dentario (hueso, ligamento y cemento) denominada periodontitis, siendo esta última irreversible.<sup>2</sup>

La reacción inflamatoria es visible clínica y microscópicamente en el periodonto afectado y representa la respuesta del hospedero a la microflora de la placa dental y sus productos. Los procesos inflamatorios inmunes actúan en los tejidos

gingivales para protegerlos contra el ataque microbiano y evita que los microorganismos invadan los tejidos; en este estadio se está en presencia de una gingivitis.<sup>2</sup>

Los diferentes cuadros clínicos que pueden presentar las enfermedades gingivo – periodontales, han sido revisados a partir de la clasificación determinada en el año 1999 por la Academia Americana de Periodontología (AAP), agrupándolas como Enfermedades Gingivales, Periodontitis Crónica, Periodontitis Agresiva, y Periodontitis Asociada a Factores Sistémicos, Enfermedades Periodontales Necrosantes, Abscesos Periodontales, Periodontitis Asociadas con Lesiones Endodónticas, Condiciones o Deformidades Adquiridas o del Desarrollo.<sup>3</sup>

Acorde con esta clasificación la gingivitis asociada a placa dental, que forma parte de las enfermedades gingivales, se define como una inflamación que se extiende sólo a la encía, y donde el periodonto mantiene su nivel de inserción, o ha presentado pérdida de inserción pero se mantiene estable, lo cual se debe corroborar con un estudio longitudinal.<sup>4,5,6</sup>

La periodontitis crónica “es una enfermedad infecciosa resultante de la inflamación dentro de los tejidos de soporte dentario, y la pérdida progresiva de inserción y hueso. Está caracterizada por la formación de sacos periodontales y/o recesiones gingivales”.<sup>7</sup>

El primer paso de la terapéutica periodontal es la fase inicial, llamada también fase no quirúrgica, fase etiotrópica, o tratamiento relacionado con la causa, siendo su objetivo eliminar la causa microbiana y los factores contribuyentes de las enfermedades gingivales y periodontales.<sup>8</sup>

La fase inicial termina con un análisis minucioso (reevaluación) de los resultados obtenidos en cuanto a la eliminación o grado de control de las enfermedades periodontales. El resultado de ésta, forma la base para la selección de las medidas correctivas que deben ser incluidas en el tratamiento definitivo.<sup>9</sup>

Si los resultados de la terapia inicial resuelven la condición periodontal, la terapia de soporte debería ser programada en intervalos de tiempo apropiados para el paciente. Si los resultados de la terapia inicial no resuelven la condición periodontal, la cirugía periodontal debería ser considerada para resolver el proceso de la enfermedad y/o corregir los defectos anatómicos.<sup>10</sup>

En ciertos casos, debido a la extensión y severidad de la enfermedad, la edad y salud del paciente, el tratamiento indicado no es el que busca resultados óptimos. En estos casos la fase inicial es el punto final y el paciente pasa a la terapia de soporte periodontal. En otros pacientes con periodontitis crónica con pérdida avanzada de soporte periodontal, se debería considerar la cirugía periodontal. Luego de realizada la fase quirúrgica el paciente pasa a la terapia de

soporte periodontal, donde el clínico determina el intervalo inicial de tiempo en el que debe volver.<sup>11</sup>

El tratamiento periodontal de soporte como se denomina, desde 1989 en el World Workshop in Clinical Periodontics,<sup>12</sup> antes conocido con el nombre de *tratamiento de mantenimiento* o *“recall”*, representa una parte importante de la terapia periodontal, que en la mayoría de los casos no se le brinda la importancia adecuada, ya que consiste en un tratamiento a largo plazo, el cual determina la permanencia de la dentición en boca.<sup>13</sup>

El tratamiento de soporte comienza justo después de finalizada la terapia activa periodontal y debe incluir, una actualización de la Historia Clínica Médica y Odontológica, revisión radiográfica, examen de los tejidos blandos intraorales y extraorales, remoción de la placa dental supra y subgingival, raspado y alisado radicular, profilaxis y supervisión de la eficacia del control de placa dental realizado por el paciente.<sup>13</sup>

Los pacientes que participan irregularmente o no participan en esta fase del tratamiento, incumpliendo con las visitas programadas, pueden presentar signos clínicos de periodontitis recurrente, como mayor profundidad al sondaje, pérdida ósea, y pérdida dentaria.<sup>14</sup>

Por lo anteriormente mencionado se llegó a la formulación del siguiente problema ¿Cuál es la prevalencia y comportamiento de la enfermedad periodontal en los pacientes en terapia de soporte atendidos en el postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela en el período 2000 al 2008?

## 1.2 OBJETIVOS

### **1.2.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia y comportamiento de enfermedad periodontal en los pacientes en terapia de soporte atendidos en el postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) del año 2000 al 2008.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

1. Establecer la prevalencia y comportamiento de la enfermedad periodontal, específicamente Gingivitis y Periodontitis Crónica en una muestra de los pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.
2. Definir el promedio de citas de los pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

3. Identificar el porcentaje de pacientes atendidos o tratados en el postgrado de Periodoncia UCV que asiste a la Terapia de Soporte entre el año 2000 al 2008.
  
4. Relacionar el cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el género, la edad, el grado de instrucción y tabaquismo en los pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La epidemiología es el estudio de la salud y enfermedad de una población, y de cómo estos estados son influenciados por factores genéticos, biológicos, ambientales (físico y social) así como la conducta de la persona.<sup>15</sup>

La investigación epidemiológica en periodontología debe: 1) cumplir la tarea de aportar datos sobre la prevalencia de la enfermedad periodontal en diferentes poblaciones, su severidad o gravedad; es decir, el grado o nivel de las alteraciones patológicas ocurridas; 2) dilucidar aspectos relacionados con la etiología y determinantes del desarrollo de las enfermedades periodontales (factores causales y de riesgo); y 3) suministrar documentación sobre la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas dirigidas contra dichas patologías.<sup>16</sup>

Actualmente la demanda de un mejor uso de los recursos y una rápida evaluación de manera de tomar medidas de salud debe ser tomada en cuenta. Por esto existe la necesidad de conocer los cambios a nivel de la salud bucal y la prevalencia de las enfermedades periodontales a través de los años, de manera de tener un programa de servicio de salud a largo plazo.<sup>17</sup>



Los depósitos de placa dental están estrechamente relacionados con la gingivitis, esta unión es considerada una relación causa efecto de la enfermedad periodontal. La prevención de la gingivitis, en un individuo o una población, es el primer paso para prevenir la periodontitis. Existen indicios de que algunos sitios cambien de estar sanos a presentar sangramiento al sondaje, no solo por las acumulaciones de placa dental sino por otros factores que están involucrados.<sup>15</sup>

Puede existir una relación entre la edad y la cantidad de placa dental, ya que ha sido reportada una respuesta inflamatoria más pronunciada en personas mayores que en jóvenes con la misma cantidad de placa dental.<sup>15</sup>

Por otro lado, se sabe que la gingivitis no tratada puede progresar a periodontitis.<sup>18</sup> Esta progresión debe ser prevenida o limitada, tanto por una higiene bucal óptima del paciente y/o cuidados periódicos por parte del odontólogo. Como la remoción de la placa dental por parte del paciente pocas veces es efectiva, el tratamiento de soporte periodontal puede reducir la posibilidad de pérdida de inserción futura.<sup>13</sup>

El hecho de que la gingivitis pueda pasar a una periodontitis y, que no se conoce con precisión cuándo ocurre, determina la necesidad de monitoreo y remoción de la placa dental, por parte del profesional, lo cual es parte del tratamiento de soporte periodontal.<sup>13</sup>

Es importante conocer el número de casos de enfermedad que se manifiestan en una población, específicamente de la enfermedad periodontal, así como sus características particulares a estudiar; de tal manera que se tomen medidas de prevención y tratamiento específicas para este grupo de personas.<sup>17</sup>

Existen sólo dos grandes estudios epidemiológicos reportados en la población Venezolana, en el área de la Periodontología: *La Enfermedad Periodontal como Problema de Salud Pública*, realizado por FUNDACREDESA en 1987,<sup>19</sup> y *El Estudio para la Planificación Integral de la Odontología en Venezuela*, realizado por el Ministerio de Sanidad con datos de la encuesta nacional del año 1968.<sup>20</sup> Lo que nos proporciona cierta información con respecto a la patología periodontal en relación con la población venezolana.

El Comité Académico de la Especialización en Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, ha considerado dentro de sus líneas de investigación, la necesidad de incorporar un estudio epidemiológico, con el propósito de recopilar el mayor número de datos posibles, establecer la incidencia y prevalencia de la enfermedad periodontal, evaluar los mecanismos de recolección de información solicitada a los pacientes, implementar formas adecuadas de tratamiento periodontal, facilitar y fomentar futuras investigaciones, y contribuir en la formulación de Políticas Públicas Asistenciales en odontología en el país.

Ante esta problemática se plantea realizar una investigación de tipo retrospectiva, para determinar la prevalencia y comportamiento de la Enfermedad Periodontal en los pacientes en terapia de soporte atendidos en el postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) en el periodo 2000 al 2008.

#### 1.4 LIMITACIONES

Para la realización de este trabajo, se tomaron las Historias Clínicas de las auditorías de los residentes del postgrado de Periodoncia entre el período 2000 al 2008. Algunas de las Historias Clínicas no se encontraban en el archivo de la Facultad de Odontología, por lo que no se pudieron consultar. Otras, no referían haber recibido tratamiento periodontal, o habían sido atendidos en el servicio de Oclusión. Así como también la recolección deficiente de los datos por parte del residente fue otra limitación, debido a esto se perdió una cantidad de datos socio-epidemiológicos importantes que pudieron haber servido en la realización de este u otros estudios retrospectivos. Entre 1999 y 2002 hubo un periodo de transición con respecto a la clasificación de la Enfermedad Periodontal, y se continuó utilizando la clasificación de la Cátedra de Periodoncia UCV (1990) basada en la clasificación de la Academia Americana de Periodontología de 1989, por eso se encontraron diferentes diagnósticos periodontales en las Historias Clínicas consultadas. Otro problema fue la falta de correlación entre el diagnóstico inicial y el plan de tratamiento periodontal, algunos de los pacientes

referidos por otros postgrados, eran diagnosticados con Enfermedad Periodontal, los cuales no eran corroborados por el postgrado. Estos mismos pacientes luego eran referidos para realizarles cirugía periodontal pre-protésica.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2. TERAPIA DE SOPORTE PERIODONTAL**

#### **2.1. EPIDEMIOLOGÍA**

La epidemiología es el estudio de la distribución y las determinantes de los estados o hechos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de ese estudio a la regulación de los problemas de salud.<sup>4</sup>

Tiene como propósitos: 1) determinar la magnitud y distribución de una enfermedad en una población, 2) investigar las causas de la enfermedad y 3) aplicar este conocimiento al control de la enfermedad.<sup>4</sup>

La enfermedad suele describirse en términos de porcentaje de personas afectadas y su distribución entre los subgrupos (definidos por edad, género, etnicidad, niveles de educación y otras características) en la población.<sup>4</sup>

La epidemiología estudia grupos de personas en contraste con los estudios clínicos que están enfocados en el paciente como individuo. Las comparaciones de los grupos son usadas dentro de la estructura de una investigación formal diseñada para identificar los factores de riesgo de la condición que se estudia. Conociendo los

factores de riesgo se puede ayudar a establecer la etiología de la enfermedad y sugerir medidas de control, así como también, identificar en la clínica aquellos pacientes que presentan mayor riesgo, aunque epidemiológicamente no se puede especificar qué individuo desarrollará o no la enfermedad.<sup>21</sup>

Las variaciones biológicas de cada individuo determinarán que circunstancias provocan enfermedad en una persona, en contraste con otra persona de la misma edad, sexo o raza, que no se enferma, aún y cuando exhiban los mismos factores de riesgo.<sup>21</sup>

La epidemiología para su estudio se clasifica en:

- *EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA:*

Los estudios descriptivos, o encuestas, son usados para monitorear el curso de una enfermedad en una población. Los resultados de los estudios descriptivos pueden ser usados para planear o evaluar programas de salud, políticas de control de una enfermedad, estimular el desarrollo de hipótesis para futuros estudios epidemiológicos analíticos, investigaciones clínicas o de laboratorio.<sup>21</sup>

- *ESTUDIOS ANALÍTICOS:*

Un estudio analítico es diseñado para examinar la correlación de la enfermedad con los efectos de exposición a la misma, para

conocer o crear hipótesis de los factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad.<sup>21</sup>

Hay 3 tipos de estudios analíticos:

1) *Estudios transversales*, también se denominan exámenes de frecuencia de la enfermedad o estudios de prevalencia. Generalmente, se estudian poblaciones en un momento específico para determinar la prevalencia de la enfermedad y las características de la población que están asociadas en la manifestación de la enfermedad.<sup>4</sup>

La información que se obtiene con estos estudios sirve para múltiples propósitos, entre los cuales se puede monitorear la cantidad de enfermedad existente en una población, delinear las características de las personas quienes tienen la enfermedad, generar hipótesis para buscar la etiología de la enfermedad, establecer la necesidad de personal calificado para la prevención y tratamiento en los centros de salud, y planificar programas educativos.<sup>22</sup>

2) *Estudios de Cohorte*, también llamados estudios de incidencia o longitudinales, porque tienen un diseño prospectivo.<sup>22</sup>

3) *Estudios de caso-control*: Estos estudios tienen un diseño retrospectivo y aportan un método para investigar los factores que

previenen o causan la enfermedad. El método involucra la comparación de pacientes (casos) con un grupo control.<sup>22</sup>

La epidemiología dental fue definida como el estudio del patrón (distribución) y la dinámica de las enfermedades dentales en un grupo de seres humanos. El “patrón” denota que una enfermedad afecta a ciertas personas, y que variables como la edad, el género, el grupo racial o étnico, la ocupación, las características sociales, el sitio de residencia, la susceptibilidad y la exposición ante agentes específicos pueden describir el nexo entre el padecimiento y la población afectada. El término dinámica se refiere al patrón temporal (distribución) y trata sobre las tendencias, los patrones cíclicos y el tiempo transcurrido entre la exposición a los factores instigadores y el inicio de un padecimiento específico.<sup>23</sup>

La epidemiología ha contribuido con la investigación en Periodoncia y puede ser usada para describir procesos biológicos normales.<sup>21</sup> Tiene los siguientes propósitos:

- Entender la Historia Natural de la enfermedad <sup>21</sup>
- Medir la distribución de la enfermedad en la población <sup>21</sup>
- Identificar los factores de riesgo <sup>21</sup>
- Probar hipótesis para la prevención y control de la enfermedad a través de pruebas clínicas.<sup>21</sup>



Existen cuatro sistemas de medición epidemiológicos usados para describir las Enfermedades Periodontales. *Prevalencia*, “proporción de personas en una población que tienen una enfermedad en un período de tiempo”.<sup>4</sup> *Incidencia*, es el desarrollo de nueva enfermedad dentro de un periodo de tiempo dado. *Extensión*, es el número o porcentaje de dientes o sitios afectados. *Severidad*, indicada por la profundidad al sondaje, la cantidad de pérdida de inserción y la disminución del hueso alveolar radiográficamente. Es por esto, esencial una descripción exacta de la condición de la enfermedad, cuando se describe su distribución dentro de una población.<sup>17</sup>

Dentro de las consideraciones periodontales básicas se ha involucrado la evaluación clínica, signos y síntomas, así como la historia médica y dental, para determinar la extensión y severidad del daño a los tejidos gingivales y periodontales.<sup>24</sup>

La presentación clínica de la enfermedad, fenotipo clínico, se manifiesta con enrojecimiento, edema, sangramiento al sondaje, pérdida de los tejidos de soporte, evidenciándose por la profundidad del sondaje, el nivel de inserción y la pérdida de hueso alveolar.<sup>24</sup>

En el transcurso de los años se han creado diversos sistemas de índices para asignar puntaje a estos parámetros, muchos de ellos fueron diseñados exclusivamente para el examen de los pacientes en

el consultorio. Mientras que otros han sido utilizados en investigación epidemiológica.<sup>16</sup>

Los índices generalmente cuantifican los agentes etiológicos o alteraciones de la encía o aparato de inserción. Los índices bucales son elementos esenciales y de gran valor, usualmente numéricos, usados para describir variables o condiciones específicas, graduados a una escala.<sup>25</sup>

Dentro de los cuales podemos mencionar, los índices que evalúan la inflamación de los tejidos periodontales como: El Índice Gingival. Descrito por Løe y colaboradores en 1967. El Índice de Sangrado del Surco Gingival (Mühlemann y Son, 1971). Índices para evaluar de la pérdida de inserción; el Índice Periodontal creado por Rusell en 1956, el Índice de Prevalencia e Incidencia de la Enfermedad Periodontal de Ramfjörd en 1959.<sup>16</sup> En los estudios epidemiológicos contemporáneos la pérdida de soporte periodontal se evalúa con mediciones de la profundidad del saco y del nivel de inserción clínico. La profundidad al sondaje del saco periodontal se define como la distancia desde el margen gingival hasta la ubicación del extremo de una sonda periodontal insertada en el saco con una fuerza de sondeo moderada. De igual modo el nivel clínico de inserción, se define como la distancia entre la unión cemento esmalte y el fondo del saco o el extremo insertado de la sonda. En 1986, Carlos y colaboradores (citados por Papapanou y Lindhe 2005) propusieron un índice para registrar la pérdida de inserción clínica, llamado Índice de Extensión y Severidad.<sup>16</sup>

Dentro de los índices empleados para cuantificar la acumulación de la placa dental tenemos entre otros, el Índice de Enfermedad Periodontal (PDI), el índice de Ramfjörd 1967, y el Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion de 1960.<sup>23</sup>

Los índices para computar el cálculo pueden ser divididos de manera conveniente en los que son más apropiados para estudios epidemiológicos, los que son adecuados para estudios longitudinales con un examen cada 3 a 6 meses, y los que se emplean en estudios clínicos de corta duración, por lo general no mayores de 6 semanas.<sup>33</sup> Podemos nombrar los siguientes: Componente referente al cálculo en el Índice Simplificado sobre Higiene Bucal, Componente referente al cálculo en el Índice de Enfermedad Periodontal, Método de la sonda para valorar el cálculo, Índice de Cálculo por Superficie, Índice de Cálculo relacionado con la línea marginal, Índice NIDR de cálculo.<sup>23</sup>

Existen índices para evaluar las necesidades terapéuticas como el Índice Gingivo Periodontal, que es una modificación del Índice de Enfermedad Periodontal de Ramfjörd, el Sistema Periodontal de Necesidades Terapéuticas, y el Índice Comunitario de Necesidades Terapéuticas.<sup>23</sup>

A fin de garantizar la confiabilidad de los índices periodontales, todos los estudios tienen que incorporar medidas de

confiabilidad en el diseño experimental. Dado que no hay acuerdo sobre cuál es el mejor método estadístico para describir la confiabilidad, es preciso utilizar varios.<sup>23</sup>

## 2.2. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Cuando los estudios realizados por diferentes investigadores, de diversas poblaciones, producen conclusiones similares en cuanto a la distribución de la enfermedad y/o a los factores de riesgo asociados, esto proporcionará confiabilidad y veracidad a lo expuesto en cada estudio. Por otro lado, las diferencias en los patrones de enfermedad periodontal entre varios grupos poblacionales, puede ser usado para descubrir factores de riesgo previos que no habían sido observados en todas las poblaciones.<sup>26</sup>

Los estudios poblacionales confirman la relación cercana que existe entre la placa dental y la gingivitis, descrita por Løe y colaboradores en 1965<sup>27</sup> en sus estudios experimentales. A nivel mundial, el crecimiento de la placa dental y la inflamación de los tejidos gingivales han sido fuertemente relacionados con la edad, el género y la raza. Más del 82% de los adolescentes en Estados Unidos han presentado Gingivitis y signos de sangramiento gingival de manera similar, o con una mayor prevalencia de la Gingivitis como ha sido reportada en otras regiones del mundo en niños y adolescentes. También en los adultos se ha encontrado una alta

prevalencia de Gingivitis, donde más del 50% de la población adulta presenta hemorragia gingival.<sup>26</sup>

Los datos epidemiológicos también han demostrado una relación menos acentuada entre la placa dental y la periodontitis severa. Las formas severas de periodontitis frecuentemente afectan sólo a un pequeño grupo de la población, mientras que la gingivitis inducida por placa dental y las formas leve y moderada de periodontitis afectan a la mayoría de las personas dentro de la misma población.<sup>26</sup>

La incidencia relativamente baja de las formas severas de periodontitis en los diferentes estudios poblacionales, puede atribuirse a la falta de estudios estandarizados, al criterio de medición de la enfermedad usada y los efectos de la pérdida dentaria marcada en estos individuos, lo que serviría para reducir la prevalencia de la periodontitis severa y que ocurran condiciones como el edentulismo. Es evidente que existen factores de riesgo que no han sido identificados en la periodontitis severa.<sup>26</sup>

La meta más importante del tratamiento dental es evitar y prevenir la pérdida dentaria.<sup>28</sup> Este es el parámetro más relevante para evaluar el éxito del tratamiento dental, ya que, clínicamente es el punto final de la enfermedad.<sup>29</sup>

Conseguir una buena condición periodontal en una población, algunas veces puede ser el resultado de una pérdida dentaria extensa.<sup>30</sup>

Se ha encontrado una significativa interacción entre los factores genéticos, demográficos o ambientales, incluyendo el tabaquismo y la variabilidad genética en los diferentes grupos raciales, en la Enfermedad Periodontal.<sup>26</sup>

En Europa, existen pocos estudios de prevalencia y el curso de la periodontitis en adultos en las últimas décadas. El estudio sueco realizado por Hugoson y colaboradores (2008)<sup>17</sup> y el de los Noruegos realizado por Skudutyte y colaboradores (2007)<sup>31</sup> son los únicos publicados que incluyen la descripción de los cambios que se sucedieron en la salud periodontal, durante la realización del mismo.<sup>17</sup>

Hugoson y colaboradores (2008)<sup>32</sup> en su estudio en Jönköping, Suecia, evaluaron la prevalencia y distribución de la Gingivitis y Periodontitis durante 30 años (1973-2003), a través de cuatro estudios epidemiológicos en 1973, 1983, 1993 y 2003. Se seleccionaron individuos entre 20 y 80 años al azar, a quienes se les evaluó clínica y radiográficamente. Se usaron los siguientes criterios para el diagnóstico: edentulismo, número de dientes presentes, placa dental, estado gingival, profundidad al sondaje, recesiones gingivales, nivel del hueso alveolar y severidad de la enfermedad.

Los autores concluyeron que la Higiene Bucal y la salud periodontal, se incremento significativamente en todos los grupos etarios (20-80 años) a lo largo de los 30 años que duró el estudio.<sup>32</sup>

En Oslo Noruega, Skudutyte y colaboradores (2007)<sup>31</sup> describieron el curso de la salud periodontal y la higiene bucal, usando información tomada de cuatro estudios transversales (1973, 1984, 1993, 2003), donde evaluaron individuos de 35 años de edad clínica y radiográficamente. Los registros clínicos estuvieron basados en el Índice Comunitario de Necesidades Terapéuticas (CPITN) y el Índice de Higiene Oral Simplificada (IHOS). La evaluación radiográfica se realizó a través de ortopantografías, en las cuales se observó la altura ósea alveolar de cada individuo. La proporción de personas con CPITN de 4 (uno o más sitios con sacos mayores a 6mm) disminuyó de 21,8% en 1984 a 8,1% en 2003. Adicionalmente, el número de sextantes con sacos profundos por persona fue considerablemente bajo en 2003, cuando se comparó con los años anteriores. Los resultados sugirieron que la salud periodontal y la higiene bucal se incrementaron entre los individuos de 35 años de edad, durante los últimos 30 años.<sup>31</sup>

En los Estados Unidos, se reportó una disminución en la prevalencia de la Periodontitis entre 1988 y 2000, esto fue descrito por Borrel y colaboradores en 2005 (citados por Skudutyte).<sup>31</sup>

Los estudios analíticos realizados en Centro y Sur América, predominantemente están enfocados en las diferencias entre los estratos sociales de la población. Esta información es de gran interés, ya que, las diferencias socio-económicas en estas regiones son significativas. Aunque ha sido demostrado que la Enfermedad Periodontal es principalmente el resultado del desbalance entre los cambios microbiológicos y la susceptibilidad del huésped, los antecedentes socio-económicos parecieran tener un alto impacto en la prevalencia y severidad de la periodontitis en la población.<sup>30</sup>

En Latino América, no se han podido identificar estudios regionales representativos de la Enfermedad Periodontal. Asociado a esto, encontramos el problema inherente de la epidemiología periodontal, que es la falta de un criterio claro en cuanto a salud o enfermedad de los tejidos periodontales.<sup>30</sup>

Opperman en 2007, identificó la presencia de enfermedades periodontales y la importancia de conocer los factores de riesgo en los países Latino Americanos. La información encontrada fue inconsistente y escasa en la mayoría de los países; sin embargo, se encontró que la Gingivitis afectaba los diferentes grupos etarios sin discriminar el estado socioeconómico. La prevalencia de la Periodontitis Agresiva fue más alta en las poblaciones estudiadas cuando se compararon con las poblaciones de países industrializados, presentando rangos de prevalencia entre 0,3% a 4,5%, siendo más común la forma generalizada. La Periodontitis Crónica fue altamente prevalente, con una amplia variación de 40%



a 80%, probablemente asociado a las diferencias en cuanto al criterio metodológico y diagnóstico de los diferentes investigadores. Los factores de riesgo conocidos como la edad, el género, el tabaquismo, la diabetes, el estado socioeconómico y genética estuvieron presentes en las poblaciones estudiadas. Se concluyó que las Enfermedades Periodontales son altamente prevalentes en las poblaciones Latinoamericanas, y los hábitos de Higiene Bucal son deficientes en las mismas; sin embargo, se necesita fomentar la investigación epidemiológica de la Enfermedad Periodontal en los países Latino Americanos.

### 2.3. RESEÑA HISTÓRICA Y DEFINICIÓN DE TERAPIA DE SOPORTE

En Odontología se define mantenimiento como “el acto o proceso de mantener algo en el estado en que se encuentra”.<sup>33</sup> Diferentes autores han interpretado el significado de mantenimiento llamándolo “mantenimiento periodontal” (Ferrari, 1988), fase de mantenimiento de la terapia periodontal” (Ramfjörd, 1979, Gottsegen, 1983), “cuidado de mantenimiento” (Ramfjörd, 1987), “mantenimiento periodontal preventivo” (Allen, 1987), “terapia periodontal de mantenimiento” (Schallhorn, 1981) y “cuidado de mantenimiento post-operatorio” (Schmid, 1980). Cuando se incorporó al mantenimiento la palabra “*recall*”, que significa devolver la llamada o llamar de vuelta, se le cambió el significado a la palabra porque ya no involucraba el término profiláctico de mantenimiento (todos citados por Walter y McFall 1989).<sup>12</sup>

El glosario de términos periodontales de la Academia Americana de Periodontología (1986)<sup>35</sup> define mantenimiento, como “una extensión de la terapia periodontal. La evaluación continua y periódica y tratamiento profiláctico de las estructuras periodontales que permite la detección temprana y el tratamiento de anomalías o enfermedades nuevas o recurrentes”. La terminología actual, lo describe como “los procedimientos periodontales de mantenimiento que continúan luego de la terapia activa periodontal, llamándolo Tratamiento de Soporte Periodontal (SPT)”. Siendo este último el término que mejor describe la prevención, diagnóstico y medidas terapéuticas obtenidas en un programa sostenido que mantiene la salud periodontal.<sup>12</sup>

El tratamiento o terapia de soporte periodontal también es definido como una fase del tratamiento, el cual comienza justo después de terminada la terapia activa periodontal o fase inicial y continua en intervalos variados de la vida a nivel dentario o sus reemplazos (implantes dentales).<sup>13, 36</sup>

En esencia la terapia de mantenimiento es preventiva, la cual puede actuar en tres niveles: prevenir la instauración de la enfermedad, prevenir la progresión de la enfermedad existente, y prevenir la recurrencia de la enfermedad luego de terapia correctiva.<sup>12</sup>

En esta fase se debe incluir los siguientes procedimientos: 1) actualización de la Historia Médica y Bucal del paciente; 2) revisión radiográfica; 3) examen de los tejidos blandos intraorales y extraorales; 4) examen bucal; 5) evaluación periodontal; 6) control de placa dental; 7) tartrectomía ultrasónica y/o manual; 8) raspado y alisado radicular; 9) pulido; 10) refuerzo de la técnica de cepillado y métodos auxiliares para remoción de la placa dental; 11) Control químico de la placa dental; y 12) Establecer la Próxima Cita.<sup>12</sup> Se utilizan intervalos de tiempo para cada procedimiento, determinados de acuerdo al paciente, con la función de mantener su salud bucal. Si el paciente manifiesta un período de exacerbación de la enfermedad, puede regresar al tratamiento activo.<sup>13</sup>

El mantenimiento se definió como una extensión de la terapia periodontal, la cual es importante para conservar los dientes en boca. En el World Workshop in Clinical Periodontics de 1989<sup>12</sup>, el mantenimiento o “recall” fue definido como Tratamiento de Soporte Periodontal, ya que este término describe mejor la terapia secuencial usada en el tratamiento del paciente.<sup>37</sup>

Los individuos que reciben tratamiento de soporte regular tienden a mantener en boca sus dientes por períodos de tiempo más prolongados y disfrutar de mejor salud periodontal, comparado con aquellos que no reciben esta fase del tratamiento, especialmente porque el propósito es perpetuar la estabilidad creada en la fase inicial.<sup>38</sup>

El problema de la terapia de soporte es cuando los pacientes no cumplen con las recomendaciones sugeridas.<sup>37</sup>

## 2.4 ANTECEDENTES

Wilson y colaboradores en 1984,<sup>39</sup> determinaron el cumplimiento de los pacientes con los cronogramas de mantenimientos sugeridos por el profesional. Tomando como muestra un total de 961 pacientes, que fueron clasificados según el sexo, la edad, diagnóstico, pronóstico, procedimientos recibidos, número de cuadrantes tratados y cumplimiento con los intervalos de mantenimiento prescritos, los cuales comenzaban 3 meses después de que se les realizaba la fase activa periodontal. Los pacientes fueron observados durante un período de 8 años. Se les reforzó la importancia de la terapia de soporte durante la fase inicial, y se enfatizó que si no se realizaba ésta o los procedimientos de higiene bucal, el tratamiento sería poco eficaz a largo plazo. El 16% de los pacientes cumplió con los cronogramas de citas para el tratamiento de soporte, el 49% fueron cumplidores erráticos y el 34% no asistieron a alguna de las citas de la terapéutica de soporte.<sup>39</sup>

En ese mismo año, Lindhe y Nyman<sup>40</sup> evaluaron las condiciones periodontales de un grupo de pacientes, quienes recibieron fase activa periodontal presentando enfermedad periodontal avanzada, los cuales habían sido mantenidos por 14 años en un programa de cuidado bien supervisado realizado en la

Universidad de Gothenburg, Suecia. Este estudio incluyó 61 individuos de una muestra inicial de 75, de los cuales, 14 individuos abandonaron el programa, 3 fallecieron y los otros 11 se mudaron fuera del área. Después de un examen inicial, los pacientes se instruyeron sobre las medidas correctas para el control de la biopelícula dental, y fueron tratados con tartrectomía, raspado y alisado radicular, y eliminación quirúrgica de los sacos patológicos. Después del tratamiento activo periodontal, los pacientes fueron incluidos en el programa de mantenimiento con citas entre 3 a 6 meses durante el primer año y luego eran chequeados una vez al año. Todos los pacientes fueron examinados en cuanto a la higiene bucal, las condiciones gingivales, profundidad del sondaje y niveles de inserción clínica. Adicionalmente, la altura ósea alveolar interproximal fue determinada con radiografías de toda la boca tomadas antes del tratamiento inicial y al 1, 3, 5, 8, 10, 12, y 14 años después del tratamiento. Los resultados de las evaluaciones repetidas demostraron que el tratamiento de formas avanzadas de enfermedad periodontal resultó en condiciones de salud clínica periodontal y que este estado de “salud periodontal”, podía ser mantenido en la mayoría de los pacientes y sitios por un período de 14 años.<sup>40</sup>

En 1989, Wood y colaboradores,<sup>41</sup> determinaron los resultados a largo plazo de la terapia periodontal en un grupo de pacientes en “recall” que fueron tratados en las clínicas de pre-doctorado y postgrado de la Escuela de Odontología de la Universidad de Carolina del Norte, durante un período de 10 años o más, donde tomaron como variable el número de dientes perdidos en pacientes

que presentaban periodontitis moderada, los cuales representaban un total de 63 pacientes. Este estudio retrospectivo confirmó un bajo índice en pérdida dentaria cuando los pacientes con enfermedad periodontal eran tratados y se mantenían en el programa de mantenimiento a largo plazo.<sup>41</sup>

Mendoza y colaboradores en 1991,<sup>42</sup> desarrollaron un estudio donde tomaron todos los pacientes nuevos entre los años 1983 a 1986, que fueron incluidos en la fase de tratamiento de soporte y que ya habían concluido la terapia activa periodontal. El número total de pacientes fue de 637, quienes luego fueron clasificados según el cumplimiento en pacientes cumplidores y no – cumplidores. Del primer grupo tomaron a aquellos pacientes que habían asistido al 100% de sus citas y a los cumplidores erráticos, que habían perdido dos o más citas, sin embargo seguían asistiendo al programa. Los resultados de esta investigación indicaron que no había diferencias significativas entre pacientes cumplidores y no – cumplidores con respecto a la edad, el sexo, el número de dientes perdidos, los índices de placa dental y la severidad de la enfermedad. Sin embargo, en relación con los pacientes fumadores y el no-cumplimiento a la terapia de soporte, se encontró un valor estadístico significativo en los resultados obtenidos por los investigadores.<sup>42</sup>

Demetriou y colaboradores en 1995,<sup>43</sup> determinaron el grado de cumplimiento con el tratamiento de soporte periodontal de 521 pacientes atendidos a nivel privado en Atenas por 14 años. Los

pacientes fueron estudiados de acuerdo al género, la edad, la severidad de la enfermedad, el tratamiento recibido, el año en que comenzó el tratamiento, los niveles de cumplimiento, categorizados en cuatro grupos: A) cumplimiento completo, B) cumplimiento errático, C) pacientes quienes descontinuaron el tratamiento de soporte y D) los que nunca comenzaron esta fase del tratamiento, y la clase socioeconómica I, II y III, división basada en la ocupación del paciente, clase I los pacientes profesionales y gerentes, clase II ejecutivos, clase III trabajadores con mano de obra calificada. Sólo el 27,4% de los pacientes pertenecientes al grupo A culminaron el estudio. Los porcentajes de mujeres y de pacientes que habían sido tratados con tartrectomía y raspado y alisado radicular, fueron estadísticamente significativos, en el grupo de pacientes cumplidores. El porcentaje de pacientes que abandonó el tratamiento durante los primeros dos años fue 13,9%, y de 9% a los 6 años. Los individuos jóvenes que pertenecían a la clase I y que habían sido tratados sólo con fase inicial, tuvieron una baja tendencia de abandono del tratamiento.<sup>43</sup>

En 1996, Novaes y colaboradores<sup>44</sup> analizaron los registros de 1.280 pacientes, atendidos a nivel privado durante un período de 20 años, a los cuales se les trató con fase inicial y terapia quirúrgica, en el caso que la necesitaran, y al finalizar, se incluyeron en la terapia de soporte periodontal, programando visitas cada 2 a 6 meses, de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Los pacientes fueron clasificados según la edad, género, tipo de terapia recibida inicialmente y el grado de cumplimiento. El análisis mostró que el 25,2% de los pacientes nunca volvieron a la Terapia de Soporte Periodontal, sólo el 40,1% volvió regularmente. El porcentaje de

mujeres fue mayor en cuanto al cumplimiento de las citas, al igual que los pacientes tratados quirúrgicamente. El cumplimiento mejoró con la edad.<sup>44</sup>

En 1999, Novaes Jr y colaboradores,<sup>45</sup> realizaron una investigación extensa del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal. Este estudio abarcó las regiones de Argentina, Brazil, Chile y Venezuela con un total de 5.041 pacientes atendidos a nivel privado. La cooperación del paciente fue medida de acuerdo a la edad del paciente, género, tipo de terapia (quirúrgica o no-quirúrgica), intervalos de mantenimiento (1 año, 5 años, 10 años, 15 años y 20 años) y nivel de cooperación (no-cumplidor, regular o irregular). Todas las regiones mantuvieron el mismo patrón. Se observó una variabilidad de conductas de los pacientes en las diferentes regiones, sugiriendo que los estudios en cumplimiento no se podían generalizar por las diferencias culturales, condiciones económicas, conocimientos de higiene bucal, e incluso la filosofía de tratamiento utilizada. Los autores concluyeron que el cumplimiento es un asunto bien complejo y los hallazgos de los estudios individuales no deben ser generalizados.<sup>45</sup>

Vivas en el 2000,<sup>46</sup> realiza una investigación de tipo retrospectivo, para evaluar los tratamientos realizados en los pacientes que acudieron al Postgrado de Periodoncia de la Universidad Central de Venezuela, quienes presentaban como diagnóstico Periodontitis Marginal Crónica del Adulto, utilizando el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal de la Comunidad



(I.N.T.P.C) en el período 1988 hasta 1994. Se estudiaron 104 pacientes, a los cuales se les realizó la fase activa periodontal y luego se incluyeron en la terapia de soporte, donde los intervalos de atención eran entre 3 a 5 meses. Dentro de sus resultados se desestimó la necesidad de una terapia de mantenimiento (Terapia de Soporte Periodontal) a largo plazo, debido a que los pacientes escasamente asistieron al programa por más de un año, por lo que resultó difícil obtener valores longitudinales de la salud periodontal de estos pacientes. Esta ausencia de los pacientes al tratamiento se relacionó con dos causas. La primera fue el hecho de que el Postgrado tiene una duración de año y medio, y la segunda que luego estos pacientes se seguían tratando con estos residentes a nivel privado.<sup>46</sup>

König y colaboradores en el 2001,<sup>47</sup> compararon retrospectivamente las variables clínicas entre los pacientes con periodontitis de moderada a avanzada que cumplían o no con la terapia periodontal de soporte, entre 1981 y 1986. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, movilidad dentaria, lesión de la furca, número de dientes, profundidad al sondaje, e índice de placa dental. Agruparon los individuos en tres grupos: 1) los pacientes que cumplieron el tratamiento, los cuales recibieron tratamiento y se mantuvieron en control por lo menos durante 10 años, 2) los pacientes no-cumplidores, quienes no continuaron con el tratamiento de soporte, y 3) los que abandonaron antes o durante la fase quirúrgica. En un comienzo no existían diferencias significativas entre los grupos excepto por la movilidad. Durante la terapia de soporte periodontal, la profundidad al sondaje y el índice

de placa dental presentaron diferencias significativas. Los autores concluyeron, que los pacientes no-cumplidores comparados con los pacientes cumplidores no manifestaban diferencias significativas en cuanto a las condiciones periodontales iniciales, pero su respuesta al tratamiento fue menor cuando se compara con la fase quirúrgica y la terapia de soporte.<sup>47</sup>

Ojima y colaboradores en 2001,<sup>48</sup> evaluaron el grado de cumplimiento de la terapia de soporte periodontal y determinaron los factores relacionados a los pacientes que fallaron en continuar el programa. Su población fue de 1896 pacientes, quienes fueron tratados entre 1988 y 1999. Las variables estudiadas fueron el género, la edad y la distancia entre sus casas y el hospital. Se contaron el número de citas mediante el registro electrónico que se llevaba de los pacientes atendidos. El 28% de los pacientes no cumplió con la primera cita del tratamiento de soporte. Los pacientes de mayor edad mostraron un mejor cumplimiento que los pacientes jóvenes. No se encontró diferencia significativa entre el grupo femenino y masculino, o entre los que vivían lejos o cerca del hospital. Estos resultados sugirieron que la edad era el factor más importante para el cumplimiento del paciente con el tratamiento de soporte periodontal.<sup>48</sup>

Miyamoto y colaboradores en 2006,<sup>49</sup> llevaron a cabo un estudio retrospectivo en un servicio privado en Japón, donde evaluaron el impacto del cumplimiento del paciente, en las variables clínicas periodontales más comunes como profundidad del sondaje,

índice de sangramiento, índice de placa dental, y dientes perdidos en 505 pacientes en un largo período de observación de 15 a 23 años y terapia de mantenimiento de por lo menos 10 años. Sólo se incluyeron en el estudio los pacientes que completaron la fase activa periodontal. La terapia periodontal fue realizada de acuerdo a las necesidades del paciente. Todos los pacientes debían cumplir con los siguientes parámetros para poder terminar con la fase activa y comenzar la terapia de soporte: 1) menos del 10% de los sitios debía presentar hemorragia al sondaje, 2) los índices de placa dental debían estar por debajo de 15%, 3) menos del 10% de los sitios debían presentar profundidad al sondaje  $\geq 4$ mm. Todos los pacientes fueron diagnosticados, tratados y mantenidos bajo la supervisión del mismo clínico, durante todo el tiempo del estudio. Los intervalos de mantenimiento variaban entre 3 a 6 meses dependiendo de la condición periodontal del paciente. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos: 1) cumplimiento completo, 2) cumplimiento errático, 3) no cumplieron. El porcentaje de pacientes con dientes perdidos a lo largo del tratamiento fue similar en los dos grupos. El promedio de edad en los pacientes del grupo 2 eran más jóvenes con respecto a los del grupo 1 o cumplimiento completo, siendo estadísticamente significativo, a diferencia de las otras variables estudiadas.<sup>49</sup>

Alarcón y colaboradores en el 2007,<sup>50</sup> mediante un estudio retrospectivo, investigaron la presencia de Enfermedad Periodontal y los factores asociados al mantenimiento periodontal de los pacientes que recibieron tratamiento en el servicio del postgrado de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia del Perú durante

los años 2000 y 2005. Las variables evaluadas fueron: género, severidad de la enfermedad gingival, tratamiento recibido, fase inicial, asistencia al mantenimiento. La prevalencia de los pacientes que acuden al mantenimiento fue de 10.9%, de los cuales un 56.5 % fueron mujeres y un 43.5% hombres.<sup>50</sup>

Recientemente, Lorentz y colaboradores (2009)<sup>38</sup> observaron la progresión de la periodontitis y la influencia de variables de riesgo entre individuos que atendían al programa de mantenimiento periodontal, en la Clínica de Periodoncia, de la Escuela de Odontología, de la Universidad Federal de Minas Gerais-Brazil, durante el periodo Junio 2004 a Marzo de 2006. Clasificaron los pacientes según Demirel y Efeodlu 1995 (citado por Lorentz), en tres grupos: cumplidores, cooperadores erráticos, no cumplidores. Tomando sólo para el estudio a los pacientes cumplidores, que sumaban una población de 150 individuos, presentando un diagnóstico de periodontitis crónica moderada a severa antes de realizada la fase inicial. No incluyeron individuos con antecedentes de enfermedades del sistema inmune, mujeres embarazadas, que presentaran agrandamiento gingival inducido por medicamentos, o que hubiesen estado bajo antibiótico- terapia en los últimos 4 meses antes de comenzar el estudio. De esta población 130 individuos mostraron un estado periodontal estable, mientras que 20 sujetos presentaron progresión de la enfermedad y 28 sujetos presentaron un total de 47 dientes perdidos. No se encontró relación entre la diabetes y la progresión de la enfermedad, sin embargo, el tabaquismo estuvo significativamente ligado a la progresión de la periodontitis.<sup>38</sup>

## 2.5. OBJETIVOS

Los objetivos de la terapia de soporte periodontal son:

- Minimizar la recurrencia y progresión de la enfermedad periodontal en pacientes que han sido previamente tratados por gingivitis o periodontitis.<sup>12, 13</sup>
- Reducir la incidencia de la pérdida dentaria, monitoreando la cavidad bucal y prótesis en los dientes naturales.<sup>12, 13</sup>
- Incrementar la probabilidad de localizar y tratar a tiempo, cualquier enfermedad o condición encontrada dentro de la cavidad bucal.<sup>12, 13</sup>
- Prevenir la pérdida de los implantes dentarios después que se haya logrado la estabilidad clínica.<sup>13</sup>

## 2.6 CUMPLIMIENTO DEL PACIENTE CON LA TERAPIA DE SOPORTE PERIODONTAL

El objetivo principal de la terapia a largo plazo es proporcionar un control supervisado para el paciente, de manera de

mantener la estabilidad bucal con respecto a la salud y la función, a lo largo de la vida.<sup>51</sup>

El cumplimiento también llamado adherencia y alianza terapéutica ha sido definido como “la razón por la cual la conducta de una persona coincide con los consejos médicos o de salud”.<sup>49, 52</sup>

a. El cumplimiento del paciente con las sugerencias del profesional: El cumplimiento del paciente con la Terapia de Soporte Periodontal es el punto crítico, en el éxito del tratamiento a largo plazo. La mayoría de los pacientes entienden que las indicaciones dadas por los profesionales de la salud, pueden incrementar y mejorar sus expectativas de vida, y que por el contrario no cumplirlas correctamente puede afectar su salud. Aún con estos conocimientos la mayoría de las personas encuentran difícil adherirse a estas reglas de cambios positivos.<sup>53</sup>

Se puede decir que un alto porcentaje de pacientes no realizará cambios en su conducta, especialmente a largo plazo. Un paciente que no cumple, puede ocasionalmente convertirse en un paciente cumplidor, sin embargo estos logros por parte de los profesionales de la salud son pocos y de tiempo en tiempo.<sup>53</sup>

El Periodoncista maneja una enfermedad de tipo crónica cuyo tratamiento son procedimientos que requieren un estricto

cumplimiento. Esto debe mantenerse presente durante todas las fases de la terapéutica periodontal, no esperando resultados exitosos en un paciente no cumplidor al cual se le sugieren técnicas de higiene bucal y un tratamiento de soporte periodontal. Es por esto que el tratamiento debería facilitar su cumplimiento y no hacerlo más difícil.<sup>53</sup>

En odontología, el cumplimiento ha sido enfocado como la colaboración del paciente en llevar a cabo los cuidados indicados para la casa y regresar a las visitas de tratamiento de soporte, para combatir la progresión de la enfermedad y mantener la dentición en estado de salud y función.<sup>49</sup>

Cuando los pacientes cumplen con los cronogramas de la terapia periodontal de soporte, la gran mayoría conserva sus dientes por largos períodos de tiempo. El cumplimiento de estas citas puede ser medido directamente, sí el paciente asiste o no. Adicional a esto, también se encuentra que el paciente que cepilla sus dientes perderá menos soporte periodontal que aquellos que no lo hacen. También es posible medir la eficacia y eficiencia de los cuidados que se realizan en casa, examinando si hay presencia de placa dental, detectando aumento de la profundidad o hemorragia al sondaje y pérdida de inserción clínica.<sup>52</sup>

b. Cumplimiento con el régimen de higiene bucal: Cuando los pacientes no realizan el cepillado dental o lo realizan

incorrectamente, se produce un acumulo de placa dental, que lleva a la manifestación de signos clínicos de gingivitis.<sup>27</sup> De igual manera, estos paciente presentarán mayor incidencia de enfermedad periodontal y caries dental. El porcentaje de estos pacientes que no logran modificar positivamente sus hábitos de higiene bucal es alto. En un estudio que se realizó a 44 pacientes tratados con periodontitis moderada, observaron que el porcentaje de pacientes que se les hizo difícil el cambio en los hábitos de higiene bucal, luego que se les instruyó sobre los métodos para mantener la higiene bucal, obteniendo que menos de la mitad limpiaban la zona interproximal a los 3 años.<sup>54</sup>

Otros investigadores como Glavind y colaboradores (1981), Schwartz (1962) estudiaron los métodos para mejorar el cumplimiento. Otra forma de evaluar la higiene bucal es a través de los índices de placa dental, que se pueden realizar antes, durante y después de la instrucción al paciente o del tratamiento. Heasman (1989) en su estudio de evaluación de la efectividad de métodos de control de placa para prevenir la enfermedad periodontal en pacientes cumplidores, mostró que los pacientes que presentaban un Índice de Placa Dental de O'Leary de 50% no mejoraban este porcentaje a lo largo del tiempo, mientras que las personas con un control en menos de 50% tenían mejoras significativas a lo largo del tiempo (todos citados por Wilson, 1996).<sup>52</sup>

Los estudios donde se han usado diferentes técnicas de cepillado, demuestran que el acceso a las caras interproximales es



muy limitado, particularmente a nivel de premolares y molares. Por esta razón el cepillado debe ser acompañado por algún método auxiliar para la remoción de placa dental interproximal, como el hilo o seda dental, palillos y cepillos interdenciales. Los cepillos eléctricos también han mostrado efectividad en el control de la placa dental, especialmente en los pacientes con poca destreza, discapacitados o en niños.<sup>55</sup>

Aplicando la técnica para el uso del hilo dental descrita por Waerhaug en 1981 (citado por Axelson y colaboradores 2002), usada manualmente o por algún dispositivo porta hilo, se puede remover hasta 2mm de placa dental subgingival en las superficies interproximales de los molares. El control de la placa dental interproximal subgingival es decisivo en la prevención de la periodontitis.<sup>55</sup>

La importancia del tratamiento de soporte periodontal en los pacientes que sufren de enfermedad periodontal, es bien conocida.<sup>56</sup> Se han publicado estudios tanto prospectivos como retrospectivos que han mostrado que el cumplimiento del paciente con los intervalos de terapia de soporte sugeridos, pudieron mantener su estado de salud, incluyendo reducción en la profundidad del sondaje, menos sangrado al sondaje, y disminución del índice de placa dental. Sin embargo, existen pocos estudios donde se comparen el cumplimiento al tratamiento con la pérdida dentaria.<sup>49</sup>

El tratamiento de soporte periodontal mantiene la mayoría de los pacientes bajo control, pero esto funciona sólo para aquellos que se presentan regularmente a la terapia.<sup>52</sup>

### **2.6.1 Métodos para manejar el cumplimiento**

Estos métodos deben individualizarse para cada paciente:

- **Simplificar:** Mientras más simple sean los cambios que el paciente debe realizar con su conducta, será más fácil de ejecutar.<sup>52</sup>
- **Acomodar:** Cuando las sugerencias van dirigidas a las necesidades del paciente, este tiende a cumplirlas. Un paciente satisfecho es más cumplido que uno insatisfecho.<sup>52</sup>
- **Recordar al paciente las citas:** Fallar a las citas es problemático tanto para el odontólogo como para el paciente. Los pacientes rompen las citas por varias razones como la edad, los problemas psicosociales, historial de citas canceladas previamente. Las formas indicadas para recordar al paciente de sus citas es por correo, o llamadas telefónicas.<sup>52</sup>

- Mantener un registro del cumplimiento: Los pacientes se pueden perder en el proceso, por esto se debe realizar un esfuerzo de mantenerlos en el programa. Esto requiere de sistemas avanzados y una computadora para controlar y supervisar las citas que pierde. La comunicación con el paciente debe comenzar apenas se note un cambio hacia el no cumplimiento de las citas.<sup>52</sup>
- Información: informar al paciente sobre las causas de la enfermedad y su rol en el tratamiento, mejora el cumplimiento. Se deben averiguar las expectativas del paciente con respecto a sus dientes de manera de mostrarles cómo lograr esas metas si participan activamente en el tratamiento de soporte.<sup>52</sup>
- Refuerzo positivo: Reforzar los comportamientos positivos y críticas constructivas.<sup>52</sup>
- Identificar pacientes no-cumplidores: Si se sospecha que el paciente no cumplirá con el tratamiento o consejos sugerido por el odontólogo, se le debe explicar cómo esa conducta negativa afectaría su condición. Este paciente debe ser supervisado cuidadosamente.<sup>52</sup>
- Participación del odontólogo tratante: Algunos pacientes pueden preferir que su odontólogo se encargue de la

motivación, siendo de mayor incentivo en el cumplimiento de la terapia.<sup>52</sup>

## 2.7. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE LA TERAPIA DE SOPORTE PERIODONTAL

### **2.7.1. Actualización de la Historia Clínica Médica y Odontológica**

La salud de un paciente no se mantiene estática. Para mantenerse en salud son necesarios los procedimientos de Terapia de Soporte.<sup>12</sup> Sin embargo, es importante determinar los cambios que pudo haber sufrido el paciente durante el intervalo de tiempo, en el cual no ha sido atendido, de manera de tomar esto en cuenta para el próximo tratamiento. Existen una serie de condiciones sistémicas asociadas que pueden estar influenciadas o influenciar la enfermedad periodontal.<sup>12</sup>

También es importante resaltar la necesidad de la medicación profiláctica antibiótica en aquellos pacientes de alto riesgo a endocarditis bacteriana, pacientes inmunosuprimidos o que presentan enfermedades infectocontagiosas para incrementar las barreras de protección del paciente y del operador.<sup>12</sup>

Con respecto a la Historia Clínica dental, es prudente determinar diagnósticos o tratamientos que hayan sido realizados durante los intervalos de la terapia de soporte, de manera de chequear si esos procedimientos han tenido alguna influencia en los cambios a nivel del periodonto, o en el caso de exodoncias que se le hayan realizado al paciente, determinar la causa o el por qué se le realizó ese tratamiento específico.<sup>12</sup>

### **2.7.2. Evaluación Clínica:**

Los resultados de la evaluación y registros clínicos obtenidos deben ser comparados con los registros iniciales.<sup>57</sup>

#### **2.7.2.1. Examen Extrabucal:**

Se debe realizar la inspección de las membranas mucosas y la piel como parte del tratamiento de soporte, palpación de los ganglios, labios, y musculatura.<sup>12</sup>

#### **2.7.2.2. Examen Intrabucal:**

*La Evaluación Dental:* Se debe examinar y registrar datos de caries, restauraciones o prótesis nuevas o defectuosas, facetas de

desgaste, fracturas, exposición radicular, caries radicular, movilidad dental o incremento de la misma, fremitus.<sup>12, 57</sup>

- Pérdida dentaria: Aunque la salud dental ha mejorado en los países occidentales, todavía algunos factores pueden influenciar la decisión de extraer dientes. No sólo el proceso de la enfermedad dental, el dolor, estado general de la dentición y plan de tratamiento pueden contribuir con esa decisión, sino también los aspectos socioeconómicos podrían también ser importantes.<sup>58</sup>

La asociación que existe entre la extracción de dientes y las enfermedades dentales ha sido extensamente estudiada. Las lesiones de caries y las enfermedades pulpares han sido asociadas con pérdida dentaria.<sup>58</sup>

Un estudio realizado en Suecia de pacientes referidos al departamento de radiología mostró que los dientes con tratamientos endodónticos, dientes con pernos en los conductos radiculares y dientes con periodontitis apical eran de más alto riesgo a ser perdidos que dientes que no habían sido tratados endodónticamente.<sup>58</sup>

La periodontitis también ha sido identificada como un factor de riesgo para la pérdida dentaria, sin embargo numerosos estudios han mostrado que el tratamiento de soporte periodontal es efectivo,

posponiendo la pérdida de los dientes.<sup>29, 59, 60</sup> También se relacionó el género con la pérdida dentaria, donde los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres.<sup>60</sup>

- Caries, restauraciones y prótesis: Los pacientes adultos se tornan más susceptibles a la caries radicular, específicamente si ha aumentado la exposición de la superficie radicular después del tratamiento periodontal o asociado a recesiones gingivales. Se puede realizar tratamiento quirúrgico periodontal de injertos gingivales. Los márgenes de las coronas y restauraciones deben ser cuidadosamente chequeados durante la terapia de soporte periodontal para descartar caries supra o subgingival.<sup>37</sup>

*La Evaluación Periodontal:* Los pacientes que asisten a la terapia de soporte deben ser evaluados periodontalmente en cada cita, ya que si han recibido tratamiento activo, esta evaluación será de gran importancia.<sup>12</sup> Dentro de los registros que se deben tomar está la profundidad al sondaje, hemorragia al sondaje, nivel de inserción clínico, índices de placa dental y cálculo, evaluación de la furcación, exudado, recesiones gingivales, examen oclusal, movilidad dentaria y otros signos y síntomas de actividad de la enfermedad.<sup>57</sup>

- Sondaje periodontal: El sondaje de los surcos y sacos periodontales, siempre ha sido un punto crítico en la evaluación periodontal, siendo el mejor indicador de la enfermedad destructiva periodontal pasada. La *profundidad al sondaje*, se mide desde el

margen gingival hasta el fondo del surco o saco, pero el margen gingival puede ser un punto variable de referencia. Por esto lo más indicado es medir la *pérdida de inserción clínica*, tomando como punto de referencia la unión cemento esmalte.<sup>12</sup>

Las variables como el grueso de la sonda periodontal, la cantidad de presión ejercida por el operador, el contorno del diente, la angulación de la sonda, la resistencia del tejido asociado a la extensión de la inflamación, todo esto puede limitar la validez de las mediciones al sondaje.<sup>12</sup>

Las profundidades de 4mm o más representan sacos periodontales, pero la profundidad del saco no indica la actividad de la enfermedad, esto no significa que los sacos profundos no tienden a deteriorarse más que los sacos superficiales o surcos. Mientras más frecuente sea el sondaje a lo largo del tiempo, más significativas son estas medidas. Un cambio en la profundidad de dos a tres milímetros menos durante un período de tiempo, es una buena indicación de un verdadero cambio.<sup>12</sup>

- **Sangramiento:** La extensión del sangramiento gingival puede ser concomitante al sondaje durante la evaluación periodontal en las citas de soporte periodontal. El sangramiento es el indicador más aceptado de la inflamación gingival, y es uno de los signos más tempranos en comparación con otros cambios gingivales. Un estudio de corto tiempo sugirió, que el sangramiento no podría ser un



elemento para predecir la pérdida de inserción clínica. Investigaciones realizadas por Lang y colaboradores, indicaron que un sangrado persistente durante el mantenimiento se relacionaba con la pérdida de inserción clínica (citados por Walter y McFall, 1989).<sup>12</sup>

Los sitios que muestran sangramiento durante la evaluación de la terapia de soporte deben ser registrados, y para esto se han desarrollado diversos índices.<sup>12</sup>

### **2.7.3. Examen Radiográfico**

Las mediciones de la altura ósea varían de acuerdo al grado de pérdida ósea y al tipo de diente.<sup>17</sup>

Las radiografías panorámicas subestiman la extensión de la pérdida ósea de un 13% a 32%, mientras que las radiografías periapicales y de aleta de mordida tienden a subestimar la pérdida ósea en un 9% a 20% y en 11% a 23% respectivamente.<sup>17</sup>

Durante la terapia de soporte periodontal las radiografías deberían ser realizadas sólo si los hallazgos clínicos necesitan ser verificados. La actividad elevada de caries, el incremento de la destrucción periodontal o sospechar de alguna patología, podría

indicar la toma de radiografías adicionales. Las radiografías también pueden ser tomadas durante las citas de la terapia de soporte para evaluar los resultados de la terapéutica, monitorear implantes o para documentar la estabilidad por largo tiempo. La pérdida de inserción clínica periodontal ocurre mucho antes de que se presenten cambios radiográficos y sólo los cambios clínicos deberían dictar la pauta para la toma de radiografías. Si no hay evidencia clínica de caries o de factores de alto riesgo, las radiografías coronales deben ser tomadas en intervalos de 18 a 36 meses.<sup>12</sup>

#### **2.7.4. Tratamiento**

Luego de haberse evaluado el estado de la enfermedad, mediante la revisión clínica y radiográfica del paciente y comparado con los registros iniciales, y el estado de higiene bucal del paciente, se pasa al tratamiento de soporte que va a consistir en: 1) Remoción de la placa dental y cálculo supra y subgingival, mediante tartrectomía y raspado y alisado radicular en los sacos periodontales con enfermedad activa. 2) Modificación en la conducta: Reinstrucción de la técnica de cepillado y métodos auxiliares para mantener la salud bucal, cumplimiento con los intervalos de la terapia de soporte periodontal sugeridos, recomendar al paciente el control de factores de riesgo como por ejemplo, la cesación tabáquica. 3) Uso de agentes antimicrobianos, en caso de ser necesario. 4) Tratamiento Quirúrgico en caso de recurrencia de la enfermedad.<sup>57</sup>

## 2.8. ESTABLECER EL INTERVALO DE LA TERAPIA DE SOPORTE

El programa de soporte periodontal es indispensable para lograr la estabilidad a largo plazo en los pacientes que presentan periodontitis crónica. La estrategia clínica es determinada por las necesidades del paciente y ésta se realiza mediante las observaciones clínicas y una individualización de la terapia del paciente.<sup>61</sup>

La forma de progresión de la enfermedad periodontal puede afectar profundamente el mantenimiento. La enfermedad puede ser episódica y afectar sólo algunas superficies dentarias al mismo tiempo. También hay evidencia que la reparación y la recaída pueden suceder en una misma boca simultáneamente. El monitoreo a corto plazo de los pacientes con enfermedad periodontal debe ser minucioso, examinando todos los dientes por todas sus superficies, de manera de tratar en el momento que se necesite para evitar sitios recurrentes de enfermedad.<sup>52</sup>

Los resultados de los estudios longitudinales de Michigan, en los cuales se examinaron los pacientes cada tres a cuatro meses, para profilaxis de los dientes y refuerzo de la higiene bucal, mostraron que este régimen solía frenar cualquier destrucción adicional en los tejidos periodontales. Por esto, en muchos casos permitiría el tratamiento de la Gingivitis evitando recidiva de la Periodontitis.<sup>62</sup>

El período siguiente, luego de terminado el tratamiento periodontal, es el más importante con respecto a la cicatrización, regeneración y maduración de los tejidos periodontales. Luego de completado un tratamiento no-quirúrgico o quirúrgico, se le recomienda al paciente ser evaluado después de 4 a 6 semanas. En ese momento se planifica y recomienda el tratamiento de soporte periodontal específico para esa persona en particular.<sup>63</sup>

Sin embargo la evidencia indica que el mejor intervalo para la mayoría de los pacientes es entre 3 y 4 meses dentro de los primeros 4 a 5 años después de la terapéutica.<sup>51</sup>

Caffesse, 1993<sup>51</sup> establece los factores que se deben considerar para determinar el intervalo de las citas, los cuales se mencionan a continuación:

- 1) Gravedad de la enfermedad: Mientras más grave sea la enfermedad, se deberá examinar al paciente con mayor frecuencia.
  
- 2) Efectividad de los cuidados del hogar: Mientras mejor sean los cuidados propios del paciente, los controles son menos frecuentes.

- 3) Edad del paciente: Cuando se relaciona el grado de destrucción con la edad del paciente, el paciente joven requiere más supervisión para lograr la estabilidad periodontal, comparado con pacientes de mayor edad.
  
- 4) Grado de control de la inflamación logrado: Mientras más se acerquen los resultados a la salud total, las revisiones tendrán que ser menos frecuentes. Sin embargo, es evidente que en muchos casos, en especial cuando la enfermedad está muy avanzada, la salud no se puede restablecer totalmente y la meta del tratamiento será la restauración de la salud lo más cercana al ideal posible. En dichos casos, el paciente será revisado con mayor frecuencia.
  
- 5) Respuesta del Huésped: En cualquier caso en el que algunos factores sistémicos afecten de manera negativa la respuesta del huésped, el intervalo para la revisión se reducirá.<sup>51</sup>

Si el paciente presenta cualquier factor relacionado al huésped o factores de riesgo, como tabaquismo, estrés, osteopenia, diabetes, y otros como; hemorragia, supuración, profundidades al sondaje mayores de 3mm, inadecuada remoción de placa dental, el paciente se planifica para un tratamiento de soporte periodontal, en intervalos de 3 meses o menos durante el primer año. Si el paciente no presenta algún factor de riesgo, se refiere al odontólogo general para sus citas de control.<sup>63</sup>

Si el paciente no está periodontalmente estable o presenta algún factor de riesgo, se le recomienda continuar el tratamiento de soporte periodontal, sí al año es reevaluado y la enfermedad periodontal está inactiva, se refiere al odontólogo inicial. Si el paciente continúa con el riesgo de periodontitis recurrente, debe mantenerse en la terapia de soporte.<sup>63</sup>

Es importante que el profesional valore la condición del paciente y establezca la trayectoria de acción en cada visita del programa de soporte, de manera de tener un registro para poder incrementar el intervalo de las citas.<sup>51</sup>

## 2.9. RETRATAMIENTO DURANTE LA TERAPIA DE SOPORTE

Cuando se detectan áreas de enfermedad activa con o sin pérdida de inserción clínica, la zona puede requerir un tratamiento posterior. La recurrencia de la enfermedad por lo general es localizada, afectando uno o pocos sitios en la cavidad bucal; sin embargo, puede reincidir de forma generalizada, en aquellos pacientes que no acuden a la terapia de soporte periodontal. En estos casos se efectúa tartrectomía, el raspado y alisado radicular, pulido y aplicación tópica de flúor, que en algunos casos se requieren varias sesiones. Si esto fracasa se abordan las zonas con terapia quirúrgica.<sup>51</sup>

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación fue de tipo documental, de campo, retrospectiva y transversal, no experimental, donde se estudió mediante datos primarios y secundarios la frecuencia de la enfermedad o prevalencia de la enfermedad periodontal de los pacientes que asistieron a terapia de soporte periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela entre los años 2000 al 2008.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población total estuvo constituida por 373 individuos, de los cuales se excluyeron todas aquellas Historias Clínicas de los pacientes que no habían recibido tratamiento periodontal, al igual que las personas que no referían un diagnóstico luego del tratamiento periodontal. La muestra final para esta investigación fue de 159 individuos donde 48 eran hombres y 111 eran mujeres, según la edad 45 pacientes eran  $\leq$  35 años y 116 eran  $>$  35 años. La muestra se dividió en dos grupos, aquellos que asistieron a la terapia de soporte periodontal, una vez realizada la fase activa fueron incorporados al programa de mantenimiento y asistieron por lo menos una vez; y los que no regresaron, los cuales abandonaron el

tratamiento luego de realizarles la fase inicial, por lo cual no existe registro de terapia de soporte periodontal.

### 3.3. VARIABLES A ESTUDIAR

- Enfermedad Periodontal: Gingivitis y Periodontitis Crónica
- Años de Tratamiento
- Número de Citas
- Cumplimiento de la terapia de soporte
- Género
- Edad
- Grado de Instrucción
- Tabaquismo

### 3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Ver cuadro 1.



Cuadro 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>SUB-DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>ITEMS</b>
Enfermedad Periodontal	Cualitativa	Clínica	0= Sano 1= Gingivitis 2= Periodontitis Crónica 3= Otros diagnósticos	Nominal	Historia Clínica	Diagnóstico
Número de controles	Cuantitativo	Epidemiológica		Ordinal	Historia Clínica	Secuencia de Tratamiento
Cumplimiento a la Terapia de Soporte	Cualitativa	Epidemiológica	0= No asistió 1= Asistió	Nominal	Historia Clínica	Secuencia de Tratamiento
Género	Cualitativa	Demográfica	1= Masculino 2= Femenino	Nominal	Historia Clínica	Enfermedad Actual

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>SUB-DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>ITEMS</b>
Antigüedad del paciente	Cuantitativa	Administrativa	0= No asistió 1= Hasta 1,5 años 2= 1,6 a 2,5 años 3= 2,6 a 3,5 años 4= 3,6 a 4,5 años 5= 4,6 a 5,5 años 6= 5,6 a 6,5 años 7= 6,6 a 7,5 años 8= 7,6 a 8,5 años 9= 8,6 a 9,5 años 10= 9,6 ó más años	Ordinal	Ficha Socioeconómica	Fecha de Ingreso

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>SUB-DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>ITEMS</b>
Edad	Cuantitativa	Demográfica	1= ≤ 35 años 2= > 35 años	Continua	Historia Clínica	Enfermedad Actual
Nivel de Instrucción	Cualitativo	Educativa	1= Analfabeta 2= Primaria Incompleta 3= Primaria Completa ó Secundaria Incompleta 4= Secundaria Completa 5= Educación Superior ó TSU	Ordinal	Ficha Socioeconómica	Grado de Instrucción
Tabaquismo	Cualitativa	Epidemiológica	0= No fuma 1= Fumador 2= Ex -fumador	Ordinal	Historia Clínica	Hábitos Otros

## 3.5. MATERIALES Y MÉTODOS

### 3.5.1. Evaluación Odontológica de los pacientes

El protocolo diseñado para la atención del paciente consiste en la Historia Clínica del Postgrado, dentro del cual se realiza la anamnesis del paciente, la evaluación clínica extrabucal e intrabucal, la evaluación periodontal donde se mide la profundidad al sondaje, presencia de exudado purulento, seroso o hemorrágico, durante el sondaje, compromiso de furca, movilidad dentaria, posición del margen gingival, relaciones intermaxilares. Se revisa un estudio radiográfico periapical con técnica de cono paralelo y panorámica, y exámenes de laboratorio. Estos procedimientos determinan el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente. Todos los pacientes de las Historias Clínicas seleccionadas para el estudio, se les realizó el mismo protocolo de evaluación siendo ejecutado por los residentes del postgrado durante el período mencionado.

### 3.5.2. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó una matriz de datos o sábana epidemiológica proporcionada por la Cátedra de Periodoncia realizada en el 2006, donde se tomaron datos socio-epidemiológicos, los cuales fueron codificados de manera de facilitar su análisis (anexo 1).

### 3.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la recolección de los datos, se confeccionó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2007. Se usó el programa SPSS® 17.0 para Windows, SPSS Inc. Chicago, IL, USA, mediante el cual se analizaron los datos.

#### **3.6.1. Fase descriptiva**

La información de las variables usadas en la investigación se ordenaron, clasificaron y tabularon en forma de cuadros con los cruces de variables expuestos en los objetivos. Se emplearon métodos estadísticos descriptivos como la distribución de frecuencia, cálculo de media y porcentaje para medir los resultados obtenidos y realizar los gráficos. Posteriormente se llevó a cabo el análisis y discusión de forma separada de cada variable o cruce de ellas.

#### **3.6.2. Fase Analítica o Inductiva**

Se realizó la prueba estadística de chi- cuadrado para observar si los diagnósticos iniciales son coincidentes con los diagnósticos finales, el nivel de significación de esta prueba es de  $p < 0,05$ .

Para determinar la significancia estadística correspondiente al cruce del Cumplimiento del tratamiento con la edad y el género de los pacientes y la presencia de Tabaquismo, se empleó la prueba T de Student para variables no dependientes con un nivel de significación de  $p < 0,05$ . En el cruce del Cumplimiento con el Grado

de intrucción se utilizó la prueba One Way Anova con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

### **3.6.3. Procesamiento de los datos:**

Luego de recolectar los datos en la matriz de las variables objeto de estudio, se clasificaron y codificaron de la siguiente forma:

La clasificación de los pacientes de acuerdo al diagnóstico Periodontal se describe a continuación:

Código 0: Pacientes Sanos

Código 1: Pacientes que presentaban Gingivitis asociada a placa dental

Código 2: Pacientes que presentaban Periodontitis Crónica Generalizada ó Localizada

Código 3: En este se agruparon los otros diagnósticos periodontales existentes dentro de la clasificación de la Enfermedad Periodontal usada actualmente (AAP 1999), como son: Gingivitis No Asociada a Placa Dental, Periodontitis Agresiva localizada o generalizada, Periodontitis como Manifestación de Enfermedades Sistémicas, Gingivitis Ulcero-Necrosante, Periodontitis Ulcero-Necrosante, Absceso Periodontal, Periodontitis Asociada a Lesiones Endodónticas, Factores Localizados Relacionados al Diente Modificadores o Predisponentes, Deformidades y Condiciones Mucogingivales Alrededor de los Dientes, Deformidades y Condiciones Mucogingivales Relacionadas a Rebordes Edéntulos, Trauma Oclusal.

Para definir el promedio de las citas de Terapia de Soporte Periodontal a las que habían asistido los pacientes de la muestra estudiada, se contó el número de veces que asistieron y luego se agruparon los pacientes según la antigüedad o años en que fueron atendidos en el postgrado, de la siguiente manera:

<b>Antigüedad</b>	<b>Código</b>
No asistió	0
Hasta 1,5 años	1
1,6 a 2,5 años	2
2,6 a 3,5 años	3
3,6 a 4,5 años	4
4,6 a 5,5 años	5
5,6 a 6,5 años	6
6,6 a 7,5 años	7
7,6 a 8,5 años	8
8,6 a 9,5 años	9
9,6 ó más años	10

Según el cumplimiento de las citas de la Terapia de Soporte se manejó de la siguiente manera:

<b>Cumplimiento</b>	<b>Código</b>
No volvió	0
Volvió	1

Se establecieron grupos etarios de acuerdo a la edad cronológica de los pacientes expresada en años cumplidos:

<b>Grupo Etario</b>	<b>Código</b>
≤ 35 años	1
> 35 años	2

En cuanto al género se codificó:

<b>Género</b>	<b>Código</b>
Masculino	1
Femenino	2

Para el nivel de instrucción se establecieron los siguientes códigos:

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Código</b>
Analfabeta	1
Primaria Incompleta	2
Primaria Completa o Secundaria incompleta	3
Secundaria Completa	4
Educación Superior	5



El tabaquismo se ordenó de la siguiente forma:

<b>Tabaquismo</b>	<b>Código</b>
No fuma	0
Fuma	1
Ex -fumador	2

## CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

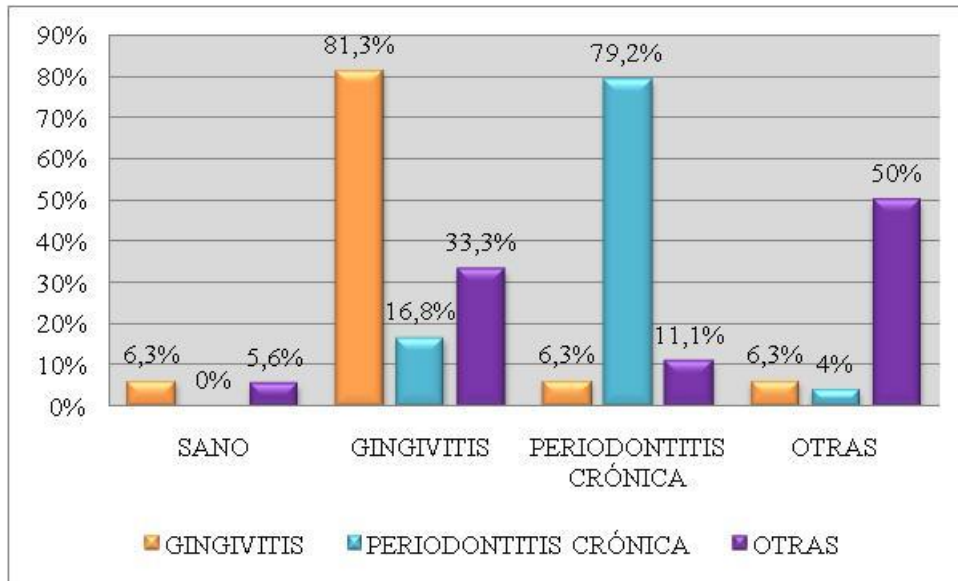
Se obtuvieron los siguientes resultados para cada objetivo planteado en la investigación.

Tabla. 1. Prevalencia y Comportamiento de la Enfermedad Periodontal en la muestra de pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

Fuente: Historia Clínica

Diagnóstico Inicial	N (%)	Diagnóstico Final	N (%)
Sano	0 (0%)	Sano	2 (1,3%)
Gingivitis	16 (10,06%)	Gingivitis	40 (25,3%)
Periodontitis Crónica	125 (78,6%)	Periodontitis Crónica	102 (64,2%)
Otros	18 (11,32%)	Otros	15 (9,4%)
TOTAL	159 (100%)	TOTAL	159 (100%)

Gráfico. 1. Distribución de la Enfermedad Periodontal en la muestra de pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.



$p = ,000$        $p < 0,05$

En el gráfico 1 observamos que de los 16 pacientes que presentaron Diagnóstico inicial de Gingivitis, un individuo (6,3%) ganó salud periodontal, trece pacientes (81,3%) se mantuvieron con características clínicas de Gingivitis, una persona (6,3%) avanzó a Periodontitis Crónica, y un individuo (6,3%) manifestó otra enfermedad periodontal. De los 125 pacientes que presentaban Periodontitis Crónica, ningún individuo alcanzó salud periodontal, 21 pacientes (16,8%) pasaron a Gingivitis, 99 personas (79,2%) se mantuvieron con Periodontitis Crónica, 5 individuos (4%)

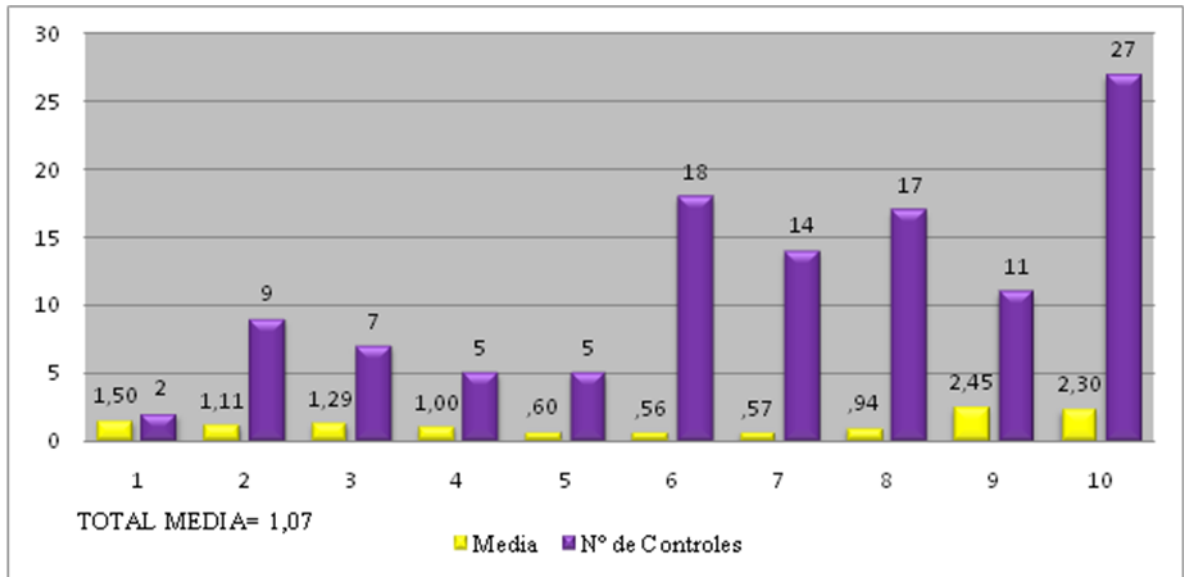
presentaron otros diagnósticos periodontales. De los 18 pacientes que habían sido diagnosticados en la categoría de otros diagnósticos periodontales, se obtuvieron los siguientes resultados, 1 paciente (5,6%) pasó a la categoría de sano, 6 personas (33,3%) presentaron Gingivitis, 2 individuos (11,1%) manifestaron Periodontitis Crónica, y 9 pacientes (50%) permanecieron en la categoría inicial de otros diagnósticos periodontales. La prueba estadística de chi- cuadrado fue significativa, sin embargo la presencia de valores pequeños indica que debe manejarse con precaución.

Tabla. 2. Promedio de citas de los Pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del Postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

Fuente: Historia Clínica

ANTIGUEDAD	MEDIA POR PACIENTE X AÑO	MEDIA POR PACIENTE	Nº DE CITAS	DESVIACIÓN TÍPICA
0	0	0,45	47	0,996
1	1,5	1,5	2	0,707
2	0,555	1,11	9	0,782
3	0,43	1,29	7	0,756
4	0,25	1	5	0
5	0,12	0,6	5	0,894
6	0,09333333	0,56	18	1,042
7	0,08142857	0,57	14	0,756
8	0,1175	0,94	17	0,748
9	0,27222222	2,45	11	2,423
10	0,23	2,3	27	2,643
Total	0,33177128	1,07	162	1,621

Gráfico. 2. Promedio de citas de los Pacientes que asistieron a la Terapia de Soporte Periodontal del Postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.



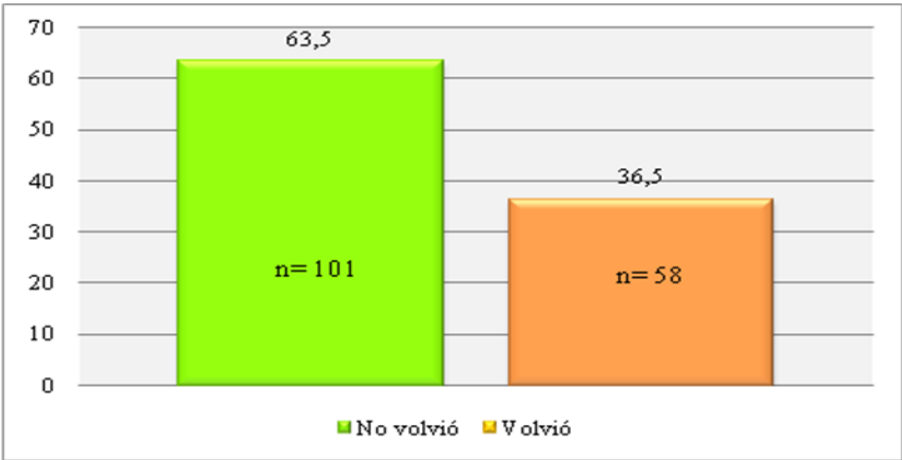
En el gráfico, podemos ver que en el eje de las X se encuentran agrupados los pacientes del 1 al 10 de acuerdo a su antigüedad en el postgrado, donde el 1 corresponde a los pacientes que tienen hasta 1, 5 años y el 10 más de 9,6 años. Las barras color morado representan el total de veces que han asistido todos los pacientes de ese grupo a las citas de Terapia de Soporte, y las barras amarillas la media de citas por paciente, durante el tiempo que lleva en esta fase del tratamiento. Donde podemos observar que los valores de número de visitas por paciente son similares en todos los grupos.

Tabla. 3. Porcentaje de pacientes atendidos o tratados en la Terapia de Soporte Periodontal de la Universidad Central de Venezuela.

Fuente: Historia Clínica

Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
No volvió	101	63,5
Volvió	58	36,5
Total	159	100,0

Gráfico. 3. Porcentaje de pacientes atendidos o tratados en la Terapia de Soporte Periodontal de la Universidad Central de Venezuela.



$p < 0,05$

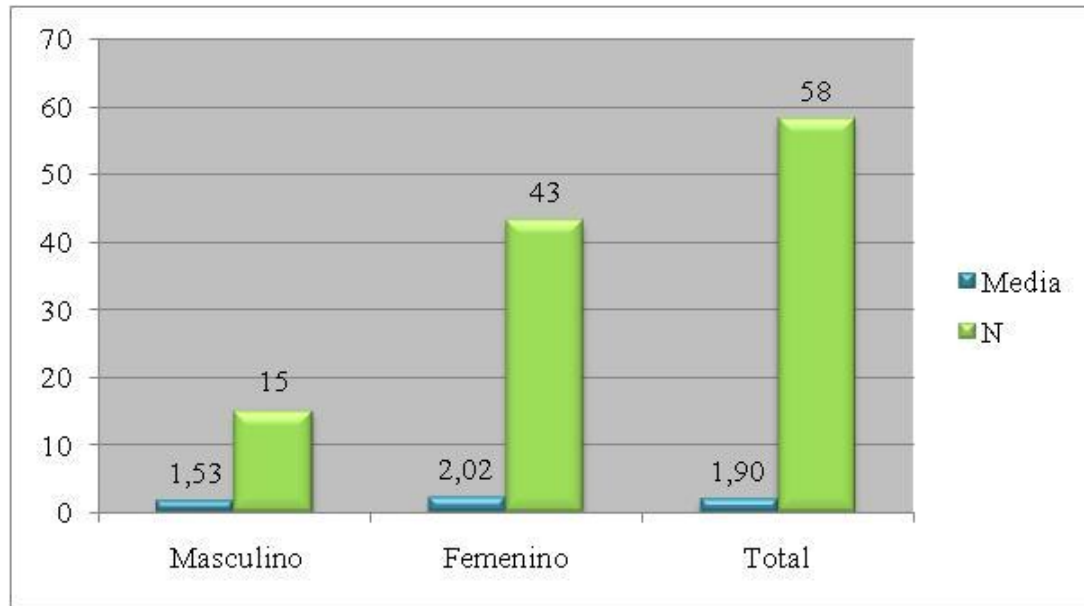
El gráfico 3, mostró que de la muestra de 159 pacientes, 58 pacientes (36,5%) volvieron a la Terapia de Soporte Periodontal mientras que 101 individuos (63,5%) sólo completaron la fase activa periodontal (fase inicial y/o fase quirúrgica). Ese resultado fue estadísticamente significativo al realizarle la prueba del chi-cuadrado dando un valor  $p= 0,000$ .

Tabla. 4. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Género de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

Fuente: Historia Clínica

<b>Género</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Desviación típica</b>
Masculino	1,53	15	,990
Femenino	2,02	43	2,166
Total	1,90	58	1,935

Gráfico. 4. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Género de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.



$p > 0,05$

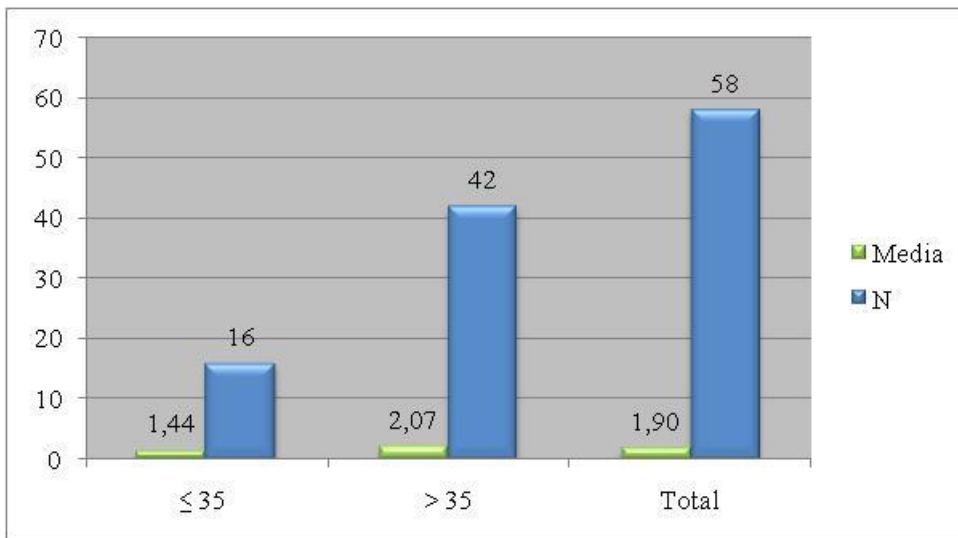
El gráfico 4, indicó que de los 58 pacientes que volvieron a la Terapia de Soporte Periodontal 43 personas fueron del sexo femenino, y 15 del sexo masculino, dando una media de 1,53 para el grupo masculino y de 2,02 para el grupo femenino. A la prueba T de Student mostró valores  $p = 0,403$  para el sexo masculino y  $p = 0,246$  para el sexo femenino, dando estadísticamente no significativo.



Tabla. 5. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la Edad de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

<b>Edad</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Desviación típica</b>
≤ 35	1,44	16	,892
> 35	2,07	42	2,191
Total	1,90	58	1,935

Gráfico. 5. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la Edad de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.



$p > 0,05$

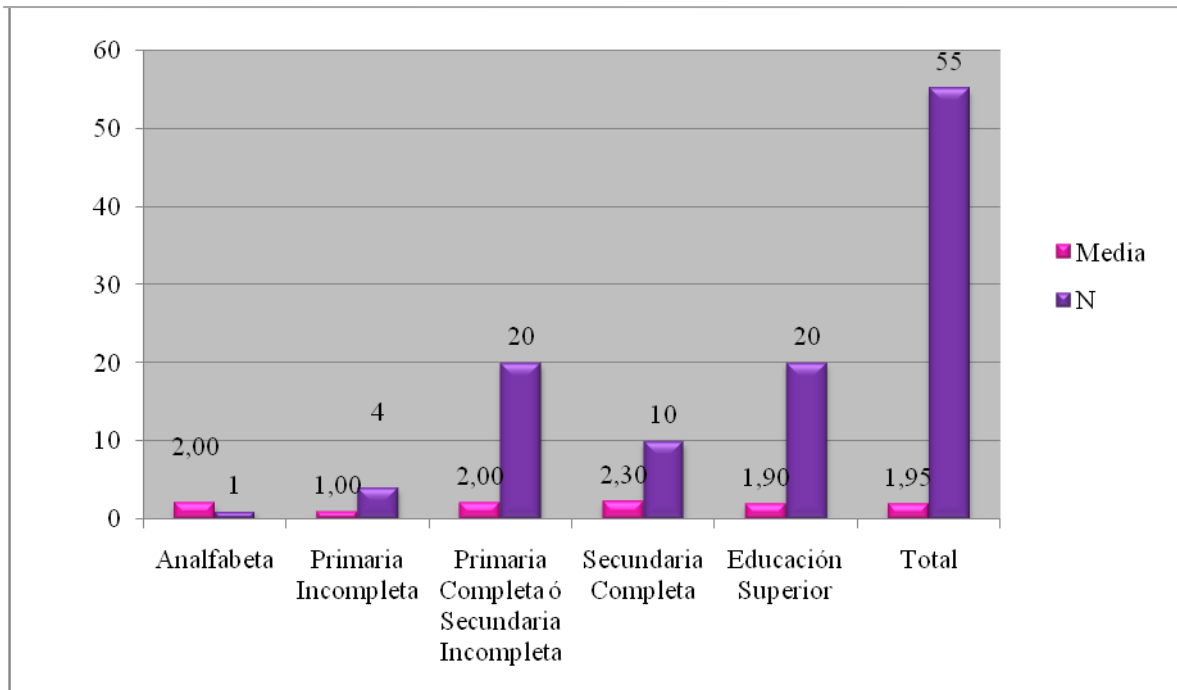
Cuando se realizó la relación por grupos de edades y los pacientes que volvieron a la Terapia de Soporte Periodontal, se observó que de los 58 pacientes, 16 eran menor o igual a 35 años, con una media de 1,44 y 42 pacientes eran mayores de 35 años, con una media de 2,07, como se aprecia en el gráfico 6. La prueba T de Student mostró que el grupo  $\leq 35$  años era  $p= 0,268$  y el otro grupo,  $p=0,123$ . Los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Tabla. 6. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Grado de Instrucción de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

Fuente: Ficha Socio-económica

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Desviación típica</b>
Analfabeta	2,00	1	
Primaria Incompleta	1,00	4	,000
Primaria Completa o Secundaria Incompleta	2,00	20	2,714
Secundaria Completa	2,30	10	1,703
Educación Superior	1,90	20	1,447
Total	1,95	55	1,976

Gráfico. 6. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con el Grado de Instrucción de los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.



$p > 0,05$

El gráfico 6 se observó, que el número de la muestra total fue de 55 pacientes, los otros 3 pacientes que habían asistido a la Terapia de Soporte Periodontal, no presentaban los datos de Grado de Instrucción en la Historia Clínica. El número de pacientes Analfabetas que volvieron fue 1, con una media de atención en la Terapia de Soporte de 2. Las personas que refirieron Primaria Incompleta fueron 4, con una media de Mantenimiento de 1. Dentro

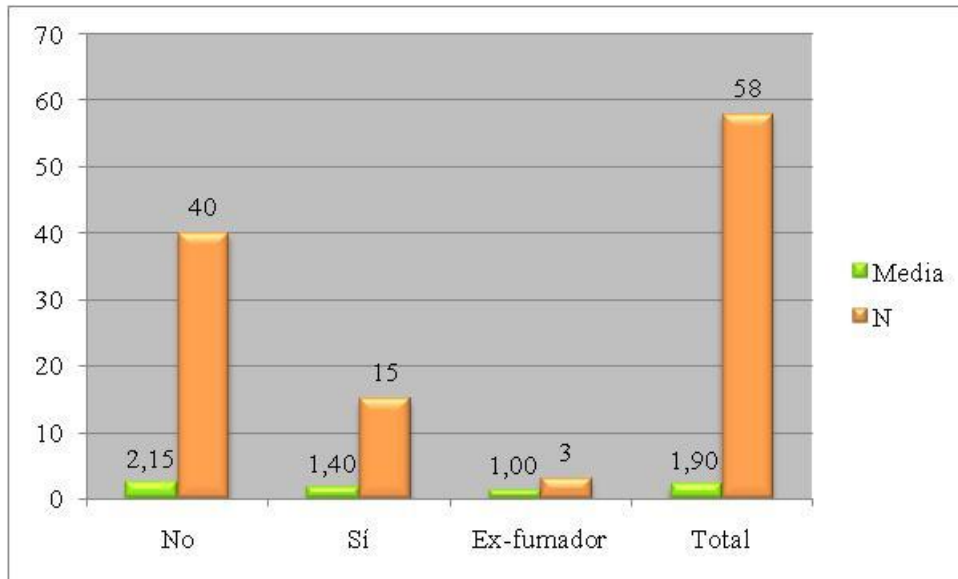
del total de pacientes (20) que refirieron Primaria Completa o Secundaria Incompleta, la media de asistencia al Tratamiento de Soporte fue de 2. Los 10 pacientes que refirieron Secundaria Completa, presentaron una media de 2,3 en el cumplimiento de las citas. El grupo de pacientes de Educación Superior fue de 20 en total y la media de atención a la Terapia de Soporte fue de 1,9. Para un total de 55 personas, con una media total de 1,95 en la asistencia a la Terapia de Soporte Periodontal. A la prueba Anova mostró un valor  $p= 0,877$ , lo cual nos indica que la variabilidad entre los diferentes grupos no fue estadísticamente significativa.

Tabla. 7. Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la presencia de Tabaquismo en los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.

Fuente: Historia Clínica

<b>Tabaquismo</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Desviación típica</b>
No Fumador	2,15	40	2,248
Fumador o Ex -fumador	1,33	18	,686
Total	2,82	58	2,591

Gráfico. 7 Relación del cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal con la presencia de Tabaquismo en los pacientes que acudieron al postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV del año 2000 al 2008.



$p < 0,05$

En el gráfico 7, se observa que la muestra total de pacientes fue de 58, de los cuales 40 personas No Fumaban, y 18 fumaban o eran ex -fumadores, los cuales mostraron una media de asistencia a la Terapia de Soporte Periodontal de 2,15 y 1,33 respectivamente, arrojando una media total de 2,82 visitas por paciente. La prueba T de Student reflejó que debido a una desigualdad de las varianzas entre los grupos es estadísticamente significativo ya que  $p = 0,041$ .

## 4.2 DISCUSIÓN

Al evaluar el comportamiento de la enfermedad periodontal específicamente Gingivitis asociada a placa dental y Periodontitis crónica observamos que hubo cambios significativos cuando se evaluaron los pacientes al inicio y al final del tratamiento, principalmente se puede observar mejor con el diagnóstico de Periodontitis Crónica, ya que el número de pacientes estudiados fue mayor lo que concuerda con los estudios longitudinales de Michigan donde la teoría de la terapéutica fue eficaz.<sup>62</sup> En cuanto los pacientes que presentaron inicialmente diagnóstico de Gingivitis (16), sólo un paciente logró salud periodontal, un paciente progresó a Periodontitis Crónica, y trece mantuvieron el diagnóstico inicial al final del tratamiento, lo cual no concuerda con lo expresado por Løe y colaboradores (1965),<sup>27</sup> ya que al realizar los procedimientos de profilaxis e higiene bucal, los individuos no lograron conseguir tejidos gingivales clínicamente sanos, estos resultados podrían estar asociados a una pobre higiene bucal realizada por el paciente, lo cual es común en países suramericanos.<sup>33</sup>

En los estudios longitudinales de Michigan la apreciación y valoración de la terapéutica periodontal satisface los objetivos principales del tratamiento: restaurar salud, conservar el soporte existente y sí es posible lograr inserción clínica.<sup>62</sup> Esto coincide con los resultados de nuestro estudio en cuanto a la relación del comportamiento de la enfermedad buscando cambios positivos y la relación con la terapéutica realizada.

El análisis retrospectivo de este estudio indicó que de la muestra de paciente estudiados (159) sólo el 36,5% de los pacientes cumplió con la terapia de soporte, sin embargo este cumplimiento no ha sido regular, ya que el promedio de citas de los pacientes, vista en los diferentes grupos según la antigüedad o los años que lleva en el tratamiento de soporte son similares y van de 0,56 a 2,45 veces, lo que nos indica que los pacientes asisten con mayor frecuencia durante los primeros años del tratamiento. Esto concuerda con el estudio de König y colaboradores en el 2001,<sup>47</sup> luego de un estudio de 10 años encontraron 25% de cumplimiento de los pacientes y refieren que el cumplimiento va disminuyendo a lo largo del tiempo de observación, lo cual concuerda con los resultados de esta investigación. Alarcón y colaboradores en 2007,<sup>50</sup> reportaron que un 10,9% de los pacientes asistieron al postgrado de Periodoncia de la Clínica Cayetano Heredia en Perú, para la terapia de soporte, existiendo poco cumplimiento comparado con esta investigación. Por el contrario, Wilson y colaboradores en 1984,<sup>39</sup> sólo encontraron un 34% de pacientes no-cumplidores, por lo que el porcentaje de pacientes que asistieron a las citas de Terapia de Soporte fue alto comparado con este estudio.

Miyamoto y colaboradores en el 2006,<sup>49</sup> reportó un 35,6% de pacientes cumplidores comprometidos al tratamiento y 67,5% de pacientes cumplidores irregulares, sin embargo este estudio no reportó el porcentaje de los pacientes que abandonan el tratamiento. Mendoza y colaboradores en 1991,<sup>42</sup> encontraron un 36% de cumplimiento de los pacientes, donde el mayor porcentaje de abandono del tratamiento fue durante el primer año (42%), el estudio

fue realizado durante un período de 3 años. Esto concuerda con los hallazgos encontrados en este estudio.

Al evaluar la relación del cumplimiento con el género del paciente la media indicó que las mujeres asistieron más que los hombres, sin embargo, al realizar la prueba T de Student los resultados no fueron estadísticamente significativos, los mismos resultados obtuvieron Novaes y colaboradores (1996),<sup>44</sup> cuando reportaron un mayor número de mujeres que hombres (597, 360), pero no se encontraron diferencias significativas. Alarcon y colaboradores 2007,<sup>50</sup> Mendoza y colaboradores 1991,<sup>42</sup> obtuvieron resultados similares en su investigación. Demetriou y colaboradores en 1995,<sup>43</sup> también encontraron una relación entre el cumplimiento de la terapéutica y el sexo femenino, pero a diferencia de este estudio fue estadísticamente significativo.

Para evaluar la relación del cumplimiento con la edad del paciente se agruparon los pacientes en dos grupos etarios, los que tenían 35 años o menos y los mayores de 35 años. Aunque el primer grupo asistió menos veces que el segundo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se realizó la prueba T de Student.

Ojima y colaboradores 2001,<sup>48</sup> concluyeron que la edad es un factor clave, al predecir cual paciente cumplirá con el Tratamiento de Soporte Periodontal. Novaes y colaboradores 1996,<sup>44</sup> encontraron



que las personas jóvenes cumplían menos con el tratamiento que las personas de mayor edad. En el estudio Miyamoto y colaboradores en 2006,<sup>49</sup> la edad del paciente fue el único factor que asociado al cumplimiento fue estadísticamente significativo, a diferencia de este estudio donde no fue significativo.

Al relacionar el cumplimiento con el grado de instrucción no se encontró una variabilidad significativa entre los diferentes grupos de nivel de instrucción. Los estudios revisados no reportaron el Grado de Instrucción como variable relacionada al cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal. A diferencia de Demetriou y colaboradores (1995)<sup>43</sup> quienes encontraron que los pacientes con mayor grado de instrucción tendían a abandonar menos el tratamiento.

La variable del Tabaquismo, se encontró estadísticamente significativa al relacionarse con el cumplimiento, donde los pacientes fumadores o ex -fumadores asistieron menos a las citas de control que los pacientes no fumadores. Al igual que lo encontrado por Mendoza y colaboradores (1991)<sup>42</sup> en su estudio, donde esta relación también fue estadísticamente significativa.

## V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la Gingivitis en los pacientes estudiados al último diagnóstico realizado a cada paciente fue de 25,3%, mientras que la Periodontitis Crónica fue 64,2%. Sólo 1,3% de los pacientes lograron salud periodontal.

2. Los pacientes que reciben tratamiento periodontal presentan cambios positivos al comparar el diagnóstico inicial con el diagnóstico final.

3. La antigüedad del paciente no influye en el número de veces que asiste el paciente a la Terapia de Soporte Periodontal.

4. Los pacientes van disminuyendo o abandonando el tratamiento a medida que pasa el tiempo.

5. En el periodo 2000-2008 el porcentaje de pacientes que volvieron para el tratamiento periodontal de soporte fue de 36,5%.

6. Aunque las mujeres acuden a la Terapia de Soporte Periodontal más veces que los hombres, las estadísticas no son significativas.

7. La edad del paciente puede estar relacionada al cumplimiento de la Terapéutica, siendo mejor a mayor edad. Sin embargo, para este estudio estadísticamente no fue significativa.

8. El Grado de Instrucción no representó valor estadístico al ser relacionado con el cumplimiento de la Terapia de Soporte Periodontal.

9. Las personas fumadoras o ex -fumadoras tienden a cumplir menos con las citas de control periodontal, que las no fumadoras.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Mejorar el sistema de registro de la Historia Clínica del postgrado de Periodoncia, en cuanto a la recolección de datos personales socio-epidemiológicos, médicos y odontológicos importantes para el tratamiento periodontal.

2. Utilizar índices epidemiológicos para la recolección de datos en las Historias Clínicas, de manera de recolectar datos objetivos, que puedan ser usados en futuras investigaciones.

3. Actualizar los sistemas de registro realizados en el postgrado Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV, en relación con los pacientes en Terapia de Soporte Periodontal, de manera que exista una base de datos donde se pueda corroborar el cumplimiento o no de los pacientes a las citas y poder intervenir previo abandonen el programa.

4. Establecer un sistema de “recall” a los pacientes en Terapia de Soporte mediante llamadas telefónicas o correos electrónicos.

5. Crear un instructivo específico para la Terapia de Soporte Periodontal, para el pre y postgrado de la Facultad de Odontología de la UCV.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Lindhe J, Karring T. Anatomía del Periodonto. En Periodontología Clínica E Implantología Odontológica. Editores Lindhe J, Karring T, Lang N. 3era Edición. Editorial Panamericana. 2003; 1:19-68.
2. Biagini F, Caride F, Costa OR. Diagnósticos de patologías más prevalentes de pacientes que concurren al departamento de postgrado de la cátedra de Periodoncia de la facultad de odontología, periodo 1999 – 2005. Odont. Fundación Juan José Carraro 12(25) septiembre – octubre 2007.
3. Armitage G. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol, 1999. 4:1. Pp 1-6.
4. Beck J. Arbes S. Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales. En Carranza Periodontología Clínica. Editores Newman M, Takei H, Carranza. 9na Edición. Editorial McGrawHill. 2004; 5:76-97.
5. Novak J. Clasificación de enfermedades y lesiones que afectan el periodoncio. En Carranza Periodontología Clínica. Editores Newman M, Takei H, Carranza. 9na Edición. Editorial McGrawHill. 2004; 4:66-75.
6. Caton J, Williams R, Zappa U, Claffey N, Greenwell H, Mahanonda R, Mariotti A, Zackin J. Consensus report: Dental

Plaque-Induced Gingival Diseases. *Ann Periodontol*, 1999, 4:1, Pp 18-19.

7. Lindhe J, Ranney R, and Lamster I. Consensus report: chronic periodontitis. *Ann Periodontol* 1999. 4:1. Pp 38.
8. Perry D, Schmid M. Fase I del tratamiento periodontal. En *Carranza Periodontología Clínica*. Editores Newman M, Takei H, Carranza. 9na Edición. Editorial McGrawHill. 2004; 48:684-688.
9. Lindhe J, Nyman S. Planificación del tratamiento. En *Periodontología Clínica E Implantología Odontológica*. Editores Lindhe J, Karring T, Lang N. 3era Edición. Editorial Panamericana. 2003; 14:424-441.
10. American Academy of Periodontology. Parameter on Chronic Periodontitis With Slight to Moderate Loss of Periodontal Support. *Parameters of Care Supplement. J Periodontol* 2000; 71: 853 – 855.
11. American Academy of Periodontology. Parameter on Chronic Periodontitis With Advanced Loss of Periodontal Support. *Parameters of Care Supplement. J Periodontol* 2000; 71: 856 – 858.
12. Walter T, McFall Jr. Supportive Treatment. *Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics*. American Academy of Periodontology. Chicago, 1989.

13. Wilson T. Supportive periodontal treatment introduction-definition, extent of need, therapeutic objectives, frequency and efficacy. *Periodontology* 2000 1996; 12: 11- 15.
14. Merin R. Tratamiento periodontal de mantenimiento. En Carranza *Periodontología Clínica*. Editores Newman M, Takei H, Carranza. 9na Edición. Editorial McGrawHill. 2004; 76:1024-1034.
15. Burt B, Greenwell H, Fiorellini J, Giannobile W, Offenbacher S, Salkin L, Townsend C, Liaison B, Sheridan P, Genco R. AAP Committee on Research, Science, and Therapy of The American Academy of Periodontology. Epidemiology of Periodontal Diseases. Position Paper. *J Periodontol* 2005; 76: 1406-1419.
16. Papapanou P, Lindhe J. Epidemiología de las enfermedades periodontales. En “*Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*”. Editores Lindhe J, Karring T, Lang N. Editorial Panamericana. 4ta Edición. 2005; 2:55-84.
17. Hugoson A, Norderyd O. Has the prevalence of periodontitis changed during the last 30 years?. *J Clin Periodontol*, 2008; 35 (Suppl. 8): 338 -345.
18. Løe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate, and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 431 – 445.
19. Fundacredesa: *La Enfermedad Periodontal como Problema de Salud Pública*. 1987.

20. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: El Estudio para la Planificación Integral de la Odontología en Venezuela. 1968.
21. Burt B. The role of epidemiology in the study of periodontal diseases. *Periodontology 2000*. 1993, 2: 26-33.
22. Beck J, Löe H. Epidemiological principles in studying periodontal diseases. *Periodontology 2000*. 1993, 2: 34-45.
23. Spolsky V. Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. En *Periodontología Clínica*. Editores Carranza F, Newman M. Octava Edición. Editorial McgrawHill Interamericana. 1997; 5:66-87.
24. Offenbacher S, Barros S, Beck J. Rethinking Periodontal Inflammation. *J Periodontol*. 2008, 79:8. 1577-1584.
25. Barnes G, Parker W, Lyon T, Fultz P. Indices used to evaluate signs, symptoms and etiologic factors associated with diseases of the periodontium. *J Periodontol*, 1986. 56:10. 643-651.
26. Albandar J, Rams T. Global Epidemiology of Periodontal Diseases: An Overview. *Periodontology 2000*. 2002; 29: 7-10.
27. Löe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental Gingivitis in Man. *J Periodontol* 1965; 36: 177-187.
28. Hirschfeld L, Wasserman B. A Long-Term Survey of Tooth Loss in 600 Treated Periodontal Patients. *J Periodontol*. Mayo, 1978; 49: 225-237.
29. Tonetti MS, Steffen P, Muller-Campanile V, Suvan J, Lang NP. Initial extractions and tooth loss during supportive care in a



- periodontal population seeking comprehensive care. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 824-831.
30. Gjermo P, Rösing C, Susin C, Oppermann R. *Periodontology* 2000. 2002; 29: 70-78.
  31. Skudutyte R, Eriksen H, Hansen B. Trends in periodontal health among 35-year-olds in Oslo, 1973-2003. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 867-872.
  32. Hugoson A, Sjödin B, Norderyd O. Trends over 30 years, 1973-2003, in the prevalence and severity of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 405-414.
  33. Oppermann R. An overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America. *Braz Oral Res* 2007; 21(Spec Iss 1):8-15.
  34. Jablonsky Stanley. *Diccionario Ilustrado de Odontología*. Buenos Aires. Editorial Panamericana 1992. 2da Edición.
  35. American Academy of Periodontology 1986. *Current Procedural Terminology for Periodontics*. 5<sup>th</sup> ed. Chicago, IL. American Academy of Periodontology, 1986:14.
  36. Wilson T, Robinson P, McFall W, Becker B, Echeverria J, Goodman S, Grant D, Javid T, Meador H, Parr R, Rosling B, Stambaugh R, Williams R, Zinman E. *Consensus Report Discussion Session IX. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics*. American Academy of Periodontology. Chicago, 1989.

37. Pollack R. Terapia Periodontal de Soporte. En Terapia Periodontal. Enfoques Clínicos y Evidencia de Éxito. Editores Nevins M, Mellonig J. Editorial Quintessence S.L. 2003; 26:373-387.
38. Lorentz T, Cota L, Cortelli J, Vargas A, Costa F. Prospective study of complier individuals under periodontal maintenance therapy: analysis of clinical periodontal parameters, risk predictors and the progression of periodontitis. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 58-67.
39. Wilson T, Glover M, Schoen J, Baus C, Jacobs T. Compliance with Maintenance Therapy in a Private Periodontal Practice. *J Periodontol* 1984; 55:8, 468-473.
40. Lindhe J, Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1984; 11: 504-514.
41. Wood W, Greco G, Walter T, McFall Jr. Tooth loss in patients with moderate periodontitis after treatment and long-term maintenance care. *J Periodontol* 1989; 60: 516-520.
42. Mendoza A, Newcomb G, Nixon K. Compliance with Supportive Periodontal Therapy. *J Periodontol* 1991; 62:731-736.
43. Demetriou N, Tsami- Pardi A, Parashis A. Compliance with Supportive Periodontal Treatment in Private Periodontal Practice. A 14-year Retrospective Study. *J Periodontol* 1995; 66: 145-149.

44. Novaes A, Novaes A Jr, Moraes N, Campos G, Grisi M. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1996; 67: 213-216.
45. Novaes Jr A, Novaes A, Bustamanti A, Villavicencio J, Muller E, Pulido J. Supportive Periodontal Therapy in South America. A Retrospective Multi-Practice Study on Compliance. *J Periodontol* 1999; 70: 301-306.
46. Vivas E. Estudio Retrospectivo del Tratamiento de la Periodontitis en el postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UCV. Trabajo para ascender en el Escalafón Universitario, a la Categoría de Profesor Agregado. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2000.
47. König J, Plagmann H-C, Langenfeld N, Kocher T . Retrospective comparison of clinical variables between compliant and non-compliant patients. *J Clin Periodontol* 2001; 28: 237-232.
48. Ojima M, Hanioka T, Shizukuishi S. Survival analysis for degree of compliance with supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 2001; 28: 1091-1095.
49. Miyamoto T, Kumagai T, Jones J, Van Dyke T, Nunn M. Compliance as a prognostic indicator: retrospective study of 505 pacientes treated and maintained for 15 years. *J Periodontol* 2006; 77: 222-232.
50. Alarcón M, Alvarado M, Franchesty G, Huerta R, Málaga L, Reyes N, Silva E, Terán E. Prevalencia y Factores asociados al cumplimiento de la fase de mantenimiento periodontal en

pacientes del Post-Grado de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia. Rev Estomatol Herediana. 2007; 17(2): 70-75.

51. Caffesse R. Terapéutica de Mantenimiento: Prevención de la recurrencia de enfermedades periodontales. En Periodoncia. Editores Genco R, Goldman H, Cohen W. Primera Edición. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. 1993; 41: 513-523.
52. Wilson T. Compliance and its role in periodontal therapy. Periodontology 2000. 1996; 12: 16-23.
53. Wilson T. A typical supportive periodontal treatment visit for patients with periodontal disease. Periodontology 2000. 1996; 12: 24-28.
54. Johansson L, Oster B, Hamp S. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. J Clin Periodontol. 1984; 11: 689-699.
55. Axelsson P, Albandar J, Rams T. Prevention and control of periodontal diseases in developing and industrialized nations. Periodontology 2000. 2002, 29: 235-246.
56. Axelson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J Clin Periodontol 1981; 8: 281-294.
57. American Academy of Periodontology. Parameter on Periodontal Maintenance. Parameters of Care Supplement. J Periodontol 2000; 71: 849 – 850.

58. Bahrami G et al. Risk factors for tooth loss in an adult population: a radiographic study. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 1059-1065.
59. König J, Plagmann H, Ruhling A, Kocher T. Tooth loss and pocket probing depths in compliant periodontally treated patients: a retrospective analysis. *J Clin Periodontol*. 2002; 29: 1092-1100.
60. Fardal Ø, Johannessen A, Linden G; Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. *J Clin Periodontol* 2004; 31:550-555.
61. Heasman P, McCracken G, Steen N. Supportive periodontal care: the effect of periodic subgingival debridement compared with supragingival prophylaxis with respect to clinical outcomes. *J Clin Periodontol* 2002 (Suppl. 3): 163-172.
62. Knowles J, Burgett F, Morrison E, Nissle R, Ramfjörd S. Comparison of results following three modalities of periodontal therapy related to tooth type and initial pocket depth. *J Clin Periodontol* 1980; 7: 32-47.
63. Kerry G. Retratamiento. *Periodontology* 2000. 1996, 12: 125-126.

## **VIII. ANEXOS**



## ANEXO 2. Historia Clínica

### UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

#### HISTORIA CLINICA DE INGRESO

FECHA: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR \_\_\_\_\_  CONTROL  OTROS (INDICAR CUAL) \_\_\_\_\_

SANGRAMIENTO DE ENCIAS  RESTAURACION PROTESICA

REMITIDO POR: \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD ACTUAL (en relación con el motivo de consulta)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ANAMNESIS

##### ANTECEDENTES PERSONALES

- POR FAVOR, CONSTESTE TODAS LAS PREGUNTAS, COLOCANDOLE UN CIRCULO ALREDEDOR DE SU RESPUESTA.  
UD. PUEDE HACER COMENTARIOS SOBRE SU RESPUESTA:

- |                                                                                 |       |                                                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1- CREE UD. QUE SUS DIENTES ESTAN AFECTANDO SU SALUD EN ALGUNA FORMA?           | SI NO | 9- LE HAN REALIZADO A UD. ALGUN TRATAMIENTO QUIRURGICO O DE RAYOS X EN BOCA O CARA? | SI NO |
| 2- ESTA UD. SATISFECHO CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES?                        | SI NO | 10- ESTA UD. TOMANDO ALGUNA MEDICINA EN ESTE MOMENTO?                               | SI NO |
| 3- SE SIENTE UD. NERVIOSO, INTRANQUILO, CUANDO VA A RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL? | SI NO | 11- HA SIDO UD. EXAMINADO POR SU MEDICO DURANTE EL ULTIMO AÑO?                      | SI NO |
| 4- TIENE UD. DIFICULTAD EN MASTICAR SUS ALIMENTOS?                              | SI NO | 12- HA HABIDO ALGUN CAMBIO EN SU SALUD DURANTE EL ULTIMO AÑO?                       | SI NO |
| 5- ESTA UD. ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO MEDICO?                                | SI NO | 13- HA PERDIDO UD. PESO SIN HACER DIETA DURANTE LOS ULTIMOS MESES?                  | SI NO |
| 6- HA EXPERIMENTADO UD. ALGUNA REACCION AL ANESTESICO DENTAL?                   | SI NO | 14- HA ESTADO UD. GRAVEMENTE ENFERMO?                                               | SI NO |
| 7- SANGRA UD. POR LARGO TIEMPO CUANDO SE CORTA?                                 | SI NO | 15- HA ESTADO UD. HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?                                         | SI NO |
| 8- HA TENIDO UD. ALGUNA HERIDA GRAVE?                                           | SI NO | 16- HA SUFRIDO UD. ALGUNA INTERVENCION DE CIRUGIA MAYOR?                            | SI NO |







**CLAVE PARA EL EXAMEN**

- 1- DIBUJAR EN ROJO EL CONTORNO GINGIVAL, ACENTUANDO LAS ALTERACIONES: INFLAMACION, HIPERPLASIA, RETRACCION, ETC.
- 2- MARCAR CON PUNTOS LA PROFUNDIDAD DE LOS SACOS PATOLOGICOS. UNIRLOS CON UNA LINEA NEGRA CONTINUA.
- 3- CARIES PRESENTES: EN ROJO.
- 4- CAVIDADES ABIERTAS CON OBTURACIONES PROVISIONALES: EN NEGRO Y ROJO.
- 5- RESTAURACIONES Y OBTURACIONES PRESENTES: EN AZUL.
- 6- RESTAURACIONES Y OBTURACIONES DEFECTUOSAS O CON RECIDIVA: AZUL CON BORDE ROJO.
- 7- PIEZAS DENTARIAS AUSENTES: RAYA VERTICAL AZUL.
- 8- DIENTE PARA TRATAMIENTO ENDODONTICO: DIBUJAR CONDUCTO EN ROJO. TRATAMIENTO REALIZADO EN AZUL.
- 9- BIFURCACION, TRIFURCACION: ACENTUAR EN AZUL LA ZONA AFECTADA.
- 10- MOVILIDAD HORIZONTAL I, II, III Y VERTICAL IV.
- 11- INDICAR EXUDADO, CON LA INICIAL: SEROSIDAD, HEMORRAGIA Y PUS.
- 12- ABCESO: ⊙
- 13- FISTULA: ○
- 14- INFRAOCCLUSION: EXTRUSION, INCLINACION, ROTACION. INDICARLO CON UNA FLECHA EN EL CUADRO CORONARIO, SEGUN LA DIRECCION DEL DIENTE.
- 15- CUSPIDE-EMBOLO. ACENTUAR EN AZUL LA CUSPIDE CORRESPONDIENTE.
- 16- REBORDES MARGINALES DESIGUALES.
- 17- CONTACTOS PRENATUROS EVIDENTES. ACENTUAR EN AZUL LA SUPERFICIE DENTARIA CORRESPONDIENTE.
- 18- ABRASION: A
- 19- DIASTEMA: ||
- 20- CONTACTO DEFECTUOSO SOBRE LAS CORONAS AFECTADAS
- 21- EMPAQUETAMIENTO DE LOS ALIMENTOS: E
- 22- DIENTE AUSENTE: | (EN AZUL)
- 23- DIENTE POR EXTRAER: X (EN ROJO)
- 24- SOBROBTURACION GINGIVAL:
- 25- PUENTE FIJO:
- 26- REMOVIBLE:
- 27- PROTESIS DEFECTUOSA: PD
- 28- ESPACIO CERRADO: Δ

OBSERVACIONES: INDICAR LAS ALTERACIONES EN LA ZONA DEL DIENTE AFECTADO: BUCAL, OCLUSAL O LINGUAL. LAS LETRAS O SIGNOS EXPLICATIVOS DEBEN IR EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE A CADA DIENTE.

**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---

**SUPERIORES**

VESTIBULAR

PALATINO

**INFERIORES**

LINGUAL

VESTIBULAR

**HIGIENE**

**OCLUSION**

COMPLETAR ODONTODIAGRAMA, DESPUES DE VER LAS RADIOGRAFIAS.

## INFORME RADIOLOGICO

MAXILAR SUPERIOR	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PERDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA																
OBTURADOS																
IMAGEN RADIOLUCIDA APICAL																
SARRO																
ESPACIO DEL LIGAMENTO(otitriciones)																
LAMINA DURA ( " )																
CRESTA ALVEOLAR																
DIENTES INCLUIDOS																
SUPERNUMERARIO																
OTROS																

MAXILAR INFERIOR	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PERDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA																
OBTURADOS																
IMAGEN RADIOLUCIDA APICAL																
SARRO																
ESPACIO DEL LIGAMENTO(otitriciones)																
LAMINA DURA ( " )																
CRESTA ALVEOLAR																
DIENTES INCLUIDOS																
SUPERNUMERARIO																
OTROS																

MAXILAR SUPERIOR	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
PERDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA										
OBTURADOS										
IMAGEN RADIOLUCIDA APICAL										
COMUNICACION PULPAR										
REABSORCION INTERNA										
" EXTERNA										
AUSENCIA DEL GERMEN										
DIENTES INCLUIDOS										
SUPERNUMERARIO										
OTROS										

MAXILAR INFERIOR	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
PERDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA										
OBTURADOS										
IMAGEN RADIOLUCIDA APICAL										
COMUNICACION PULPAR										
REABSORCION INTERNA										
" EXTERNA										
AUSENCIA DEL GERMEN										
DIENTES INCLUIDOS										
SUPERNUMERARIO										
OTROS										

INDIQUE CON UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE.  
 NOTA: LAS PIEZAS DENTARIAS AUSENTES DEBEN SER TACHADAS EN EL GRABADO.







ANEXO 3.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CARACAS, \_\_\_ DE \_\_\_ DE 20\_\_

CENTRO DE INVESTIGACION Y DIAGNOSTICO  
CLINICO

FICHA SOCIOECONOMICA

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_ CARNET \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN
- 1.1 No sabe leer ni escribir ( )
- 1.2 Primaria Incompleta ( )
- 1.3 Primaria Completa ( )
- 1.4 Secundaria Incompleta ( )
- 1.5 Secundaria Completa ( )
- 1.6 Educación Superior ( )
2. PROFESION U OFICIO
- 2.1 Estudiante ( )
- 2.2 Oficios del Hogar ( )
- 2.3 Obrero ( )
- 2.4 Comerciante ( )
- 2.5 Empleado Medio ( )
- 2.6 Técnico Superior ( )
- 2.7 Oficial FAN ( )
- 2.8 Profesor Universitario ( )
- 2.9 Otros ( )
3. TRABAJA ACTUALMENTE SI ( ) NO ( )
4. TRABAJA POR SU CUENTA ( ) PARA OTROS ( )
5. LUGAR DE TRABAJO
- GOBIERNO NACIONAL ( ) \_\_\_\_\_
- EMPRESA PRIVADA ( ) \_\_\_\_\_
- UNIVERSITARIO ( ) \_\_\_\_\_
6. DIRECCION DE TRABAJO \_\_\_\_\_
- TELEFONO \_\_\_\_\_
7. TOTAL DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR
- DOS ( ) TRES ( ) CUATRO ( ) CINCO ( )
- SEIS ( ) SIETE ( ) OCHO ( ) MAS DE OCHO ( )
8. DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CUANTOS
- TRABAJAN ( ) ESTUDIAN ( )



**9. INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR**

Menos de Bs. 120.000 \_\_\_\_\_ Bs. 500.001 - Bs. 600.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 120.001 - Bs. 150.000 \_\_\_\_\_ Bs. 600.001 - Bs. 700.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 150.001 - Bs. 200.000 \_\_\_\_\_ Bs. 700.001 - Bs. 800.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 200.001 - Bs. 300.000 \_\_\_\_\_ Bs. 800.001 - Bs. 900.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 300.001 - Bs. 400.000 \_\_\_\_\_ Bs. 900.001 - Bs. 1.000.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 400.001 - Bs. 500.000 \_\_\_\_\_ Bs. 1.000.001 o más \_\_\_\_\_

**10. INGRESO MENSUAL DEL PACIENTE**

Menos de Bs. 120.000 \_\_\_\_\_ Bs. 500.001 - Bs. 600.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 120.001 - Bs. 150.000 \_\_\_\_\_ Bs. 600.001 - Bs. 700.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 150.001 - Bs. 200.000 \_\_\_\_\_ Bs. 700.001 - Bs. 800.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 200.001 - Bs. 300.000 \_\_\_\_\_ Bs. 800.001 - Bs. 900.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 300.001 - Bs. 400.000 \_\_\_\_\_ Bs. 900.001 - Bs. 1.000.000 \_\_\_\_\_  
Bs. 400.001 - Bs. 500.000 \_\_\_\_\_ Bs. 1.000.001 o más \_\_\_\_\_

**11. TIPO DE VIVIENDA**

QUINTA ( ) CASA ( ) APARTAMENTO ( )  
RANCHO ( ) PENSION ( ) OTRA ( )

**12. LA VIVIENDA DONDE VIVE ES:**

PROPIA ( ) ALQUILADA ( ) HIPOTECADA ( )  
PROPIA PAGANDOSE ( ) MENSUALIDAD \_\_\_\_\_

**13. TIPO DE TRANSPORTE:**

MOTOCICLETA ( ) AUTOBUS ( ) POR PUESTO ( )  
TAXI ( ) METRO ( ) VEHICULO PROPIO ( )

**14. DIAS Y HORAS DISPONIBLES PARA ASISTIR A LA FACULTAD PARA SU TRATAMIENTO**

LUNES ( ) MARTES ( ) MIERCOLES ( ) JUEVES ( ) VIERNES ( )  
TURNOS MAÑANA 7:30 A 11:00 ( )  
MEDIODIA 12:00 A 3:00 ( )  
TARDE 3:00 A 6:00 ( )

**15. OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

LHP