UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO

Facultad De Odontología

Escuela De Odontología

CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE PERIODONTITIS DE PACIENTES ATENDIDOS EN POSTGRADO DE PERIODONCIA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Tesis de pregrado para optar al título de Cirujano Dentista.

Autores:

Florencia González Fierro

Sergio Barros Cornejo

Tutor responsable: Dr. Matías Junge Hess

Tutor asociado: Dr. Ricardo Leñero Merchant

Área de Investigación: Periodoncia

Adscrito al Proyecto PROPRGFO_2020.2030

Santiago de Chile, 2020

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a la comunidad de dentistas de chile, y a los futuros colegas, espero que les sirva para ahondar en mayores conocimientos y quizás en futuras investigaciones. A mi hermana Francisca, porque su existencia en mi vida ha sido fundamental, siempre apoyándome, enseñándome siempre sobre la resiliencia y creer en ti aunque te cueste en esos momentos donde todo se ve nublado, subiéndome el ánimo hasta el tope, siempre ha estado en los momentos más difíciles de mi carrera y también para celebrar mis éxitos. A mi familia que me ha apoyado a través de mis años de carrera y a mis amigos que han estado ahí siempre.

Florencia González

Quiero dedicar esta tesis al conocimiento poblacional, a los profesionales y a mis futuros colegas. También dedicarla, y a la vez agradecer, a mi mejor amiga y hermana de vida, la que me ha acompañado a lo largo de la vida y me ha enseñado y ayudado en diversas oportunidades (incluso en tiempos de ceguera). Se la dedico a cada una de las personas que estuvo conmigo apoyándome en este difícil, pero no imposible camino. Familiares y amigos, los amo y los llevo conmigo siempre.

Sergio Barros

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las circunstancia de la vida que nos puso en esta carrera y en esta universidad, donde encontramos a buenos amigos que serán para toda la vida, y con ellos pasamos más tiempo que muchas veces que con nuestras propias familias, donde aprendimos de nuestras caídas unas más terribles que otras y nos aprendimos a levantar con mayores conocimientos y exitosos. Aprendimos sobre resiliencia y sobre todo empatía con el compañero que está a tu lado. Antes de esta experiencia universitaria no sabíamos de lo que éramos realmente capaces, de que teníamos todo lo necesario en nuestro interior para afrontar y triunfar en las situaciones más difíciles. Agradecemos por los profesores que tuvimos que nos forjaron con la mayor de las excelencias académicas, y gracias a ellos nosotros podemos en la actualidad afrontarnos a cualquier situación clínica y saber cómo actuar, nos enseñaron a conocer nuestros límites y a siempre buscar uno nuevo que superar.

Tabla de contenidos

I. **RESUMEN** 5

II. **INTRODUCCIÓN** 6

III. **MARCO TEÓRICO** 9

3.1 Periodonto y salud periodontal 9

3.2 Enfermedad periodontal 11

3.3 Antecedentes de la enfermedad 13

3.4 Periodontitis 16

3.5 Factores e indicadores de riesgo de periodontitis 19

3.5.1 Tabaco 20

3.5.2 Diabetes Mellitus 21

3.6 Tratamiento Periodontal 22

3.6.4 Terapia de mantención periodontal 24

3.7 Prevención de enfermedad periodontal 26

3.7.1 Alfabetización de la salud oral 28

3.8 Medidas de autocuidado para control mecánico del biofilm 30

IV. **OBJETIVOS** 33

4.1 Objetivo General 33

4.2 Objetivos Específicos **Error! Bookmark not defined.**3

V. **MATERIALES Y MÉTODOS** 34

5.1 Tipo de estudio 34

5.2 Diseño de estudio 34

5.3 Selección de participantes 35

5.4 Definición tipo de muestra 36

5.5 Desarrollo del instrumento 37

5.6 Descripción de la intervención 40

5.7 Plan de análisis de datos 41

VI. **RESULTADOS** 42

VII. **DISCUSIÓN** 66

VIII. **CONCLUSIONES** 71

IX. **BIBLIOGRAFÍA** 73

Índice de tablas

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión para pacientes 35
Tabla 2: Descripción del instrumento 38
Tabla 3: Codificación de respuestas sobre la razón que el paciente acudió a la clínica odontológica 43
Tabla 4: Codificación de respuestas acerca del diagnóstico de la enfermedad 44
Tabla 5: Codificación de respuestas para definición de periodontitis 45
Tabla 6: Codificación de respuestas para relacionar enfermedad periodontal con tejidos dentales 46
Tabla 7: Codificación de respuestas para determinar la etiología de la enfermedad periodontal 47
Tabla 8: Codificación de respuestas para determinar el conocimiento sobre la placa bacteriana y su prevención 48
Tabla 9: Codificación de respuestas acerca del procedimiento clínico 48
Tabla 10: Codificación de respuestas sobre factores de riesgo individuales de la periodontitis 50
Tabla 11: Codificación de respuestas sobre progresión de la enfermedad 51
Tabla 12: Codificación de respuestas sobre pérdida dentaria 52
Tabla 13: Codificación de respuestas sobre causa de la pérdida dentaria 53
Tabla 14: Codificación de respuestas sobre pérdida ósea 54
Tabla 15: Codificación del conocimiento sobre periodicidad de controles 56
Tabla 16: Codificación del conocimiento sobre la razón de la periodicidad de los controles 57
Tabla 17: Codificación de respuestas sobre el impacto de no asistir a control 58
Tabla 18: Codificación respuestas sobre la terapia de mantención periodontal 59
Tabla 19: Categorización de respuestas sobre autocuidado de la enfermedad 60
Tabla 20: Codificación de respuestas sobre frecuencia de cepillado 61
Tabla 21: Codificación de respuestas para duración de cepillado 62
Tabla 22: Codificación de respuestas sobre artículos de higiene 63
Tabla 23: Codificación de respuestas sobre técnica de cepillado 64
Tabla 24: Codificación de respuestas sobre vida útil del cepillo dental 65

Índice de Figuras

Figura 1: Anatomía del periodonto 10
Figura 2: Ilustración de gráfico prevalencia periodontitis Chile 15
Figura 3: Destrucción de tejidos periodontales 17

I. RESUMEN

Objetivo: La salud oral depende fuertemente de los conocimientos y de la alfabetización en salud oral de la población. La periodontitis es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, y es importante explorar su fenomenología asociada para implementar medidas educativas. Este estudio cualitativo se realiza con el objetivo de explorar y describir el conocimiento de periodontitis en pacientes tratados en una clínica universitaria.

Métodos: Investigación cualitativa, con diseño exploratorio descriptivo de una muestra representativa de pacientes diagnosticados con periodontitis atendidos por alumnos de periodoncia de postgrado, durante los años 2018 y 2019 en Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello, Sede Santiago. Por motivos actuales a causa de la pandemia mundial a los participantes se les realizó una entrevista telefónica semiestructurada para explorar distintas dimensiones de conocimiento sobre la periodontitis. Estas fueron grabadas, transcritas y procesadas en una matriz del software de análisis cualitativo; Atlas Ti.

Resultados: De los 47 pacientes participantes, mayoritariamente mujeres, con distintos niveles de educación máxima alcanzada. Se exploraron 3 dimensiones principales; 1. Conocimiento de la periodontitis, 2. Tratamiento periodontal y 3. Medidas de autocuidado. La mayoría mencionaron *"mala higiene"* como causa principal de periodontitis e indicaron que el cepillado dental es la mejor herramienta para combatir la enfermedad, pero a pesar de esto demuestran déficits de conocimiento de los factores e indicadores de riesgo de la enfermedad, además no son capaces de explicar de forma correcta lo que es la periodontitis y los motivos de la pérdida dental. Se observó mayormente entendimiento nulo con respecto a la terapia de mantención.

Palabras Claves: Periodontitis, Pacientes, Conocimiento, Alfabetización en Salud Oral, Estudio cualitativo, Clínica Universitaria

II. INTRODUCCIÓN

La periodontitis se encuentra dentro de las seis enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes a nivel mundial (1) y comparte determinantes sociales y factores de riesgo con estas enfermedades. Corresponde a una patología inflamatoria crónica, mediada por la respuesta inflamatoria del huésped, que se caracteriza por una pérdida de soporte de los tejidos que rodean los dientes, y que en su forma más avanzada genera pérdida de hueso alveolar, lo que conlleva a la posterior pérdida dentaria (una de las consecuencias clínicas más graves). (2) Además, a nivel sistémico, se genera una bacteremia crónica, generando mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas sistémicas (1).

En estados avanzados de la enfermedad surge la necesidad de recurrir a tratamientos de alto costo para devolver la función y/o estética de las personas, y en muchos casos se ve incluso afectada la calidad de vida de las personas. Su alta prevalencia en la población la convierte en un problema de salud pública (2) y Chile no queda exento de esto (3). Esta situación, sumada al limitado acceso a atención de salud bucal de la población, hace necesario anticiparse a la magnitud del daño periodontal con medidas de prevención y promoción de la salud. Por estas razones, las políticas de salud bucal han planteado como objetivo estratégico sanitario para el período 2018-2030, el incentivar la valoración y mejorar la alfabetización de la salud bucal. (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la alfabetización en salud oral (Oral Health Literacy) como uno de los mayores determinantes de la salud. El concepto de alfabetización en salud se define como el grado de habilidad de las personas para obtener, procesar y comprender la información sobre la salud oral y hacer las apropiadas decisiones de salud oral. (5) A pesar de que los estudios que relacionan la alfabetización de la salud y los resultados en salud bucal son escasos, se establece que los niveles más altos de alfabetización de la salud se asocian con una mejor comunicación paciente-odontólogo, con patrones regulares de cuidado dental y con una mejor autopercepción de salud bucal (6). Dada la necesidad de priorizar el enfoque preventivo, los estudios de alfabetización en salud oral se han popularizado en la última década, enfocándose en los factores que

pueden afectar la habilidad de un individuo en la toma de decisiones en función de su salud oral. Existen estudios bajo el contexto de clínica dental universitaria, como el realizado en la universidad Case Western Reserve en el cual registraron los grados de alfabetización de los pacientes, y los resultados de este estudio indicaron una directa relación entre alfabetización en salud oral y enfermedad periodontal, indicando que una mejor alfabetización en salud oral contribuiría a una mejor adherencia a instrucciones de higiene, a una mayor destreza de autocuidado y a mejores resultados de tratamiento. (7) De esta manera, los estudiantes de odontología de todos los niveles se ven enfrentados a tratamientos desafiantes, en donde el éxito del tratamiento requiere principalmente de factores dependientes de los pacientes, como la conciencia que tengan de la enfermedad y el cumplimiento con la asistencia a las citas agendadas, entre otros. (8). Contrario a lo que comúnmente se cree al momento de educar a los pacientes, Holtzman, a través de un estudio transversal realizado en la universidad de Los Ángeles, California, en el año 2016, sugiere que los dentistas deben preferir familiarizar a sus pacientes con la terminología dental y conocimiento de la enfermedad periodontal, tanto en la educación de lo que es higiene oral y la relación con sus factores de riesgo (el hábito tabáquico y la diabetes). (9)

Finalmente, las medidas preventivas de la periodontitis se encuentran fuertemente ligadas a las conductas favorables para la salud oral de las personas. (10) Basado en lo anteriormente descrito, nace el interés y la motivación para realizar este estudio cualitativo en una clínica odontológica para poder explicar y describir las percepciones y creencias de conocimiento de los pacientes respecto de su enfermedad, tanto de su diagnóstico, como su tratamiento, además de las medidas de prevención, y así establecer si es que existe un entendimiento por partede los pacientes con respecto a los factores de riesgo, a los determinantes de riesgo, las variables que hacen que su tratamiento sea más o menos efectivo y que hay variables que afectan más a una u otra persona. Esto contribuiría a abrir nuevas líneas investigativas orientadas primeramente a la educación de los pacientes, y que irían en beneficio de la formación de los alumnos de odontología, y muy especialmente, a la educación de los pacientes, contribuyendo así, a una mejora en

su salud oral. Además, toda la información podrá ser útil para poder abarcar a una población mayor el día de mañana, utilizando la educación como primera fuente de prevención de las enfermedades, y de esta manera disminuir los costos de tratamiento dental destinados a la rehabilitación de los pacientes.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Periodonto y salud periodontal

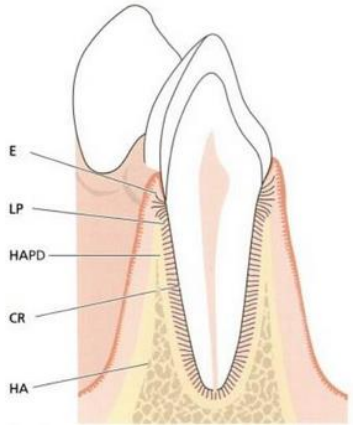
El periodonto es el conjunto de estructuras que proveen a los dientes del soporte necesario para mantenerlos en función. Este se divide en periodonto de protección y el de inserción; el primero, que comprende la encía (o gingiva) libre que es el borde de la encía que rodea al diente y que no está adherida a él, y la encía adherida, que es firme, resiliente y está firmemente unida al periostio, y la unión dentogingival. El segundo, el periodonto de inserción, que está constituido por el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar. (Ver Figura N° 1). Estas estructuras aseguran la inserción de la porción radicular de los dientes a las bases de los maxilares y están sujetas a modificaciones morfológicas, funcionales y patológicas. El periodonto presenta un mecanismo de defensa significativo, que se basa, entre otros, en un constante flujo de células de defensa o neutrófilos provenientes del aporte vascular subyacente al tejido periodontal. Entre estas estructuras, destaca específicamente el “epitelio de unión”, que corresponde a un epitelio especializado rodeando al diente, formando una unión con el periodonto, pero que, a su vez, es poroso y presenta espacios intracelulares que lo convierten en un tejido propenso a ser colonizado por bacterias patógenas. (12)

En el 2017, la Federación Europea de Periodoncia (FEP) y la Academia Americana de Periodoncia (AAP), entregaron un nuevo sistema de clasificación y diagnóstico de las enfermedades periodontales, donde se expuso un sistema de clasificación y graduación de la enfermedad para capturar la mayor cantidad de dimensiones clínicas de cada paciente, y de esta forma, maximizar la importancia del proceso diagnóstico en la planificación general del tratamiento y de la terapia periodontal. La estadificación y graduación se centran en el diagnóstico de la periodontitis, incluyendo además una evaluación de la complejidad y gravedad de la enfermedad para ayudar a orientar el plan de tratamiento. La clasificación se centra en la parte sistémica del paciente y cómo ésta afecta o es afectada por la periodontitis, permitiendo conducir el tratamiento del paciente no solo con el equipo dental, sino además aplicar medidas entregadas por un médico tratante, que ayude en las fases

del pre-tratamiento, con un organismo más controlado y más fácil de tratar, y también mantener ciertos niveles en la fase post-tratamiento para controlar los factores de inflamación circulantes a nivel sistémico. (11)

Para poder definir el estado de salud periodontal, es importante reconocer primero las condiciones del periodonto, y en este contexto se presentan las siguientes cuatro niveles de salud periodontal, dependiendo del estado del periodonto, pudiendo estar estructural o clínicamente reducido o sano, y además se agregan a esto los resultados del tratamiento de la enfermedad; 1. Salud periodontal intacta con un periodonto estructuralmente y clínicamente sano y libre de inflamación, 2. Salud periodontal clínicamente bien mantenida con periodonto intacto, tanto clínicamente, como estructuralmente, pero tiene niveles de inflamación compatibles con la salud periodontal. Actualmente es posible definir la salud periodontal aun en pacientes que padecieron la enfermedad, cuando se presentan las siguientes situaciones; 3. Enfermedad periodontal estable con un periodonto reducido, y 4. Remisión de la enfermedad periodontal (en control) con un periodonto reducido. En estos términos, salud periodontal se podría definir como la ausencia de inflamación periodontal histológicamente evidenciable, en un periodonto intacto o reducido. (13)

Figura 1: Anatomía del periodonto



En el diagrama se observa la anatomía del periodonto que está formado por las siguientes estructuras; Encía (E), Ligamento periodontal, (LP), hueso alveolar (HA) que a su vez lo forma también el hueso alveolar propiamente dicho (HAPD) que se continúa como la cresta alveolar, y el cemento radicular (CR). (14)

3.2 Enfermedad periodontal (EP)

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias que afectan al periodonto y sus constituyentes, generando una bacteriemia crónica de bajo grado inducida por los procedimientos de alimentación, habla e higiene oral, la cual desencadena una respuesta inflamatoria, la llamada "respuesta de fase aguda" del hígado, que da lugar a niveles elevados de proteína C reactiva en la sangre y a la liberación de radicales de oxígeno por parte de los leucocitos circulantes, en particular los neutrófilos. Todas estas especies y sus productos desempeñan un papel en el daño inflamatorio sistémico, aumentando la posibilidad de presentar patologías sistémicas. (1)

Las enfermedades periodontales incluyen dos categorías generales basadas en si hay o no pérdida de inserción: gingivitis y periodontitis. Según la última clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales propuesta en el año 2017, esta abarcaría como grupos principales; las enfermedades y condiciones gingivales (donde se incluye la gingivitis), las periodontitis, y las enfermedades periimplantarias, como la periimplantitis o mucositis. (15) Estas enfermedades se inician con una acumulación local de bacterias sobre el diente por una acumulación de placa bacteriana no controlada. (16) Tanto la evidencia clásica como la evidencia actual, avalan firmemente que el acumulo de placa bacteriana por mala higiene oral diaria, generará inflamación de los tejidos gingivales independiente de si existe ausencia o presencia de otros factores de riesgo asociados. (17, 18) Aunque el biofilm o placa bacteriana es esencial para el inicio de las enfermedades periodontales, gran parte de los procesos destructivos asociados con estas enfermedades son multifactoriales y se deben a una respuesta de defensa excesiva del hospedero a la invasión bacteriana. Si estos microorganismos no son eliminados, se da pie a la formación de colonias bacterianas altamente patógenas que tendrán una alta probabilidad de desencadenar una respuesta de defensa excesiva y consecuente destrucción periodontal.

Cabe recalcar que con un adecuado control de la placa bacteriana a través del cepillado dental se puede evitar llegar a la destrucción del periodonto mientras la afección aún es reversible, como lo es en la gingivitis y evitar su progresión a etapas más severas y avanzadas de la enfermedad, como lo es la periodontitis, siendo un estado irreversible de la enfermedad, pudiendo incluso llegar a una pérdida dentaria, si los factores de riesgo y predisponentes asociados a la enfermedad no son controlados a tiempo.

3.3 Antecedentes de la enfermedad

La mayor carga de la enfermedad periodontal recae sobre las poblaciones más pobres, generando inequidades sociales dentro de los países y entre los países alrededor del mundo. Los patrones actuales de la enfermedad periodontal alrededor del mundo reflejan distintos perfiles de riesgo, relacionados a condiciones de vida, factores ambientales y actitudinales, y a la implementación de esquemas preventivos. (19)

Un problema de salud y un “problema de salud pública”, difieren en que en este último es necesario señalar la solución, no se deriva simplemente a través de acciones individuales, sino por las de la sociedad en su conjunto. (20) Se establece que especialmente los países en vías de desarrollo tienen la necesidad de identificar las enfermedades periodontales como un problema de salud pública y reducir la carga de la enfermedad que significa para el país. (21)

La periodontitis corresponde a una de las seis enfermedades más prevalentes en la especie humana (1), se relaciona con una baja calidad de vida de las personas, disfunción masticatoria, y se identifica como una causa notable de los altos costos en la salud oral. Este problema también causa inequidades sociales y tiene consecuencias incapacitantes en la población. (22) Si se establecen medidas y/o estrategias de seguimiento de salud bucal en la comunidad, podría reducirse la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, lo que podría resultar también en la disminución de las enfermedades y complicaciones sistémicas asociadas.

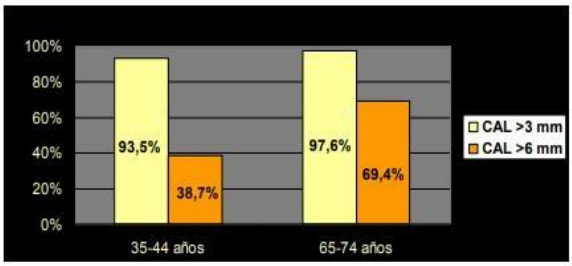
La Federación Europea de Periodoncia (FEP) "llama a todos los profesionales de la salud y la odontología a actuar en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz de la enfermedad periodontal con el fin de combatir los devastadores efectos sobre la salud oral y general del individuo y la sociedad". (1) La situación de la periodontitis a nivel mundial es bastante similar. Estudios realizados en el Reino Unido y Estados Unidos ubican a la periodontitis como la enfermedad crónica inflamatoria más común observable en adultos (23-25). Por otro lado, varios estudios en Latinoamérica demuestran incluso que esta problemática

es observable no sólo en la población adulta, sino también en la población adolescente. Se realizó un estudio transversal en varias grandes ciudades de Latinoamérica en el cual se buscó describir la prevalencia, severidad y extensión de la pérdida de inserción clínica (CAL) en adolescentes entre 15-19 años, y los resultados del estudio permitieron asociar los siguientes factores: asistir a una escuela pública, el hábito tabáquico y el sangrado al sondaje (BoP), a tener una mayor probabilidad de presentar pérdida de inserción clínica. (26)

Antecedentes en Chile

Las enfermedades bucales afectan sin duda la calidad de vida de las personas, especialmente su relación con las funciones de masticación, habla, autoestima y limitación en las relaciones interpersonales. En Chile estas enfermedades representan el 1,4% de la carga de enfermedad y según el análisis secundario de los datos aportados por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) en el 2003, se demuestra una marcada desigualdad según nivel de educación y nivel socioeconómico. (27,28) Actualmente, hay escasos estudios publicados con muestras representativas que valoren específicamente la condición periodontal de la población, sin embargo, la evidencia existente demuestra una alta prevalencia del daño periodontal en adultos. Se publicó al respecto un estudio epidemiológico de prevalencia de pérdida de inserción clínica en el año 2010, indicando una alta prevalencia y extensión de pérdida de inserción clínica (Ver Figura N° 2), siendo el género femenino, el nivel de educación y el tabaquismo los principales indicadores de riesgo. Se concluye además que la enfermedad periodontal está presente en más del 90% de la población adulta chilena en distintos grados de severidad (29). La periodontitis cobra una mayor significancia, pues se ha evidenciado un alto grado de edentulismo en dicha población, con cifras alarmantes que indican que 1 de cada 5 adultos es desdentado total, y la pérdida de dientes en promedio es de 7 y 16 dientes para los adultos y adultos mayores, respectivamente. La realidad nacional deja en evidencia que las enfermedades periodontales también cumplen con los criterios para ser denominadas un problema de salud pública, por lo tanto, se reitera la urgencia de abordar este problema con un fuerte enfoque en lo promocional y preventivo. (30)

Figura 2: Ilustración de gráfico prevalencia periodontitis Chile



Gráficos de resultados de un estudio nacional evidencia la alta prevalencia de individuos con pérdida de inserción clínica mayor a 3 mm, en al menos uno de los dientes examinados y mayores a 6 mm, en al menos uno de los dientes examinados, fueron del 39% y 69% para los grupos de 35-44 años y 65-74 años respectivamente. (29)

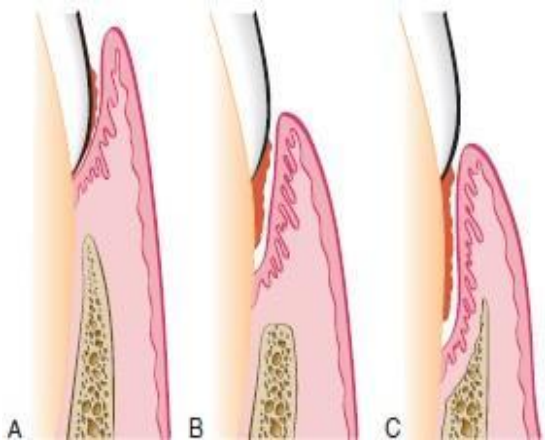
3.4 Periodontitis

La periodontitis corresponde a una patología crónica multifactorial, infecciosa-inflamatoria, asociada a microorganismos y mediada por la respuesta inflamatoria de cada huésped. (21) Se caracteriza por la destrucción progresiva del sistema de soporte del diente debido a la presencia de inflamación, que se manifiesta a través de la pérdida de nivel de inserción clínica (NIC), la cual incluso puede llevar a la pérdida de hueso alveolar. Según la evidencia más reciente, existen dos argumentos que respaldan un caso de periodontitis en el contexto clínico; 1) existencia de pérdida de NIC (en inglés CAL o Clinical Attachment loss) interdental detectable en 2 o más dientes no adyacentes, o 2) CAL vestibular o lingual/palatino de ≥3 mm con saco periodontal detectable en 2 o más dientes, y que no pueda ser atribuido a una causa no relacionada a periodontitis, como recesión gingival de origen traumático, caries dental con extensión en el área cervical del diente, presencia de pérdida de NIC en distal de segundo molar asociado a mal posición o extracción del tercer molar, lesión endodóntica drenando en la encía marginal, y la ocurrencia de una fractura radicular vertical. (3)

A menudo, este proceso destructivo es “silencioso” y continuo por largos periodos de tiempo sin ser identificado. Esto, sumado a la insuficiente prevención y promoción de la enfermedad periodontal existente en Chile, conduce a que los pacientes no acudan al odontólogo sino hasta presentar síntomas asociados al estado avanzado de la enfermedad, implicando un mayor costo de tratamiento. (2, 30) Eventualmente, si la periodontitis no es tratada, los dientes empiezan a presentar movilidad, llegando incluso a indicarse su extracción debido a la gran pérdida de soporte dentario, pudiendo implicar tratamientos asociados de alto costo, limitando su accesibilidad a los pacientes. (19) Otras manifestaciones de la periodontitis pueden afectar también la calidad de vida, afectando funciones básicas como masticar y hablar, influir en la autoestima y limitar las relaciones interpersonales. En resumen, la carga de la enfermedad de la periodontitis es enorme y surge una necesidad innegable de reducir su impacto global. La prevención en este contexto se ha propuesto como una potencial herramienta, ya

que de esta manera se reduciría la carga financiera y social que conlleva tratar las consecuencias de la periodontitis. (2)

Figura 3: Destrucción de tejidos periodontales



El diagrama representa las distintas etapas de la progresión de la destrucción de tejidos periodontales en presencia de enfermedad periodontal. A) Se observa presencia de un ensanchamiento del surco gingival normal, con las estructuras del periodontales conservadas, B) ruptura de unión dentogingival con consecuente formación de saco periodontal y reabsorción horizontal del hueso alveolar C) Saco periodontal y reabsorción ósea vertical. (12)

Clasificación Periodontitis

Actualmente la clasificación periodontal implica una estadificación multidimensional y graduación del sistema de calificación de la periodontitis, asemejándose al tipo de clasificación utilizado en oncología. Cabe mencionar que las orientaciones técnicas de enfermedades gingivales y periodontales que provee el MINSAL, aún están basadas en la clasificación de 1999, pero bajo el contexto de clínica universitaria, la docencia se basa en la nueva clasificación.

Según el consenso reciente (2017), se describen tres formas de periodontitis según su fisiopatología; enfermedades periodontales necrotizantes, periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas, y finalmente periodontitis que engloba las formas agresivas y crónicas de la enfermedad. La estadificación del paciente con periodontitis en cuatro categorías se determinan por un número de variables fisiopatológicas que van desde la etapa I (menos grave), hasta la etapa IV (más grave), y busca clasificar la severidad y extensión de un individuo basado en su extensión medible de destrucción periodontal y evaluar la complejidad del tratamiento. Asimismo, se establecen grados de tasa de progresión, donde se reflejan las características biológicas de la enfermedad, incluyendo el riesgo, progresión, respuesta anticipada al tratamiento y efectos sistémicos en la salud. (Grado A: progresión lenta, B: progresión moderada, C: progresión rápida) para lograr estimar el riesgo futuro de la progresión de la enfermedad y la sensibilidad del paciente frente principios terapéuticos convencionales. (31) De este consenso se propone que el diagnóstico realizado por el tratante debe ser más ambicioso y explícito en cuanto a los efectos de la enfermedad, y debiese tomar en cuenta no solo las consecuencias a nivel oral, sino también las implicancias a nivel sistémico (32) y asimismo, comunicar los aspectos fundamentales al paciente para el éxito de su tratamiento. Además, se puede desprender de esta nueva clasificación que permitiría una comunicación mucho más transparente y eficaz entre el profesional y el paciente, pues apuntaría en parte a transmitir más fácilmente la información diagnóstica y el tipo de tratamiento necesario para cada estadio de la enfermedad, estableciendo de manera más estricta las pautas preventivas dependiendo del grado de enfermedad.

3.5 Factores e Indicadores de riesgo de periodontitis

Un factor de riesgo se define como un factor que puede determinar la susceptibilidad o resistencia de un individuo a padecer la enfermedad. La evidencia actual propone una visión de la periodontitis como una enfermedad multifactorial, entendiendo la importancia de la respuesta inmune e inflamatoria del huésped y valorando la influencia de los factores de riesgo genéticos, comorbilidades sistémicas y factores medioambientales como el tabaco. (33-34)

El MINSAL (15) plantea el concepto de factor de riesgo como aquella característica que puede aumentar la probabilidad que ocurra un evento indeseado, en este caso la periodontitis. Dado el estado actual del conocimiento de una gran variedad de los factores de riesgo implicados en la etiopatogénesis de la enfermedad (tabaquismo, alcohol, diabetes, obesidad, estrés, etc.), existe información suficiente para permitir el control de la enfermedad con métodos eficaces. (35) Debido a que la prevalencia del daño periodontal en Chile aumenta con la edad, y en presencia de tabaquismo, se considerará este último como un eje importante de conocimiento en los pacientes para este estudio. Se considerará además la diabetes como factor de riesgo importante a tener en conocimiento por parte de los pacientes, ya que además de ser una enfermedad crónica de alta prevalencia en nuestro país, se estima que la prevalencia de periodontitis en pacientes diabéticos es el doble o el triple, en comparación con personas no diabéticas (36). Podemos decir entonces que factores de riesgo modificables como el tabaco y la diabetes, y/o determinantes o indicadores de riesgo como la mala higiene oral, la medicación y el estrés (modificables) y la edad, la herencia genética (no modificables), están relacionados con las enfermedades periodontales.(2)

Tabaco

La evidencia más reciente establece que el daño oral y sistémico causado por el uso de tabaco en sus diferentes variedades se identifica como alto en América Latina (37). El tabaquismo (fumar tabaco) es el factor de riesgo más prevenible de la periodontitis. El humo del tabaco posee un efecto destructivo sustancial en los tejidos periodontales y aumenta la tasa de progresión de la enfermedad periodontal. Esta destrucción se explicaría por la estimulación del humo que causa estrés oxidativo en las células presentes en el periodonto. (38)

Según una revisión bibliográfica chilena reciente, el humo por sí solo afectaría retardando la cicatrización de los tejidos y mermando la calidad de la nueva formación de hueso. Asimismo, la nicotina influiría en la cicatrización por la disminución de adhesión celular de los tejidos a las raíces de los dientes. (39)

Los fumadores con enfermedad periodontal parecen mostrar menos signos de inflamación clínica y sangrado gingival en comparación con los no fumadores, lo que podría explicarse por la nicotina que ejerce vasoconstricción local, reduciendo el flujo sanguíneo y el edema. El tabaco también se ha asociado a una peor higiene oral y a alteraciones del sistema inmunológico y, con ello, a una menor capacidad de defensa frente a los patógenos periodontales (40). La alteración de los mecanismos inmuno-inflamatorios sería lo más preciso para explicar la severidad intensificada y progresión de la periodontitis en presencia de tabaco.

En el contexto clínico, es importante que los pacientes fumadores entiendan la acción del tabaco y cómo afecta la cicatrización de los tejidos durante el tratamiento periodontal, como entidad aparte de la higiene. Se ha visto en estudios poblacionales que los pacientes fumadores responden peor al tratamiento periodontal, de un modo dosis-dependiente. (41). Es necesario considerar estas especificaciones acerca del tabaco, y es imprescindible que los odontólogos refuercen e incentiven en cada sesión el cese del hábito tabáquico.

Diabetes Mellitus

Hay muchos estudios que demuestran una asociación entre la diabetes mellitus (DM) y una mayor susceptibilidad a las infecciones orales, incluida la enfermedad periodontal. (42) La DM está asociada a una mayor severidad de la enfermedad periodontal, además de una peor respuesta al tratamiento, especialmente en aquellos pacientes que tienen un mal control de la glicemia. Los aspectos que podrían explicar la mayor severidad serían los polimorfismos genéticos, cuya investigación está teniendo mucho auge en los últimos años, siendo el genotipo compuesto de la IL-1 el único con el que se ha encontrado cierta asociación, especialmente en pacientes caucásicos, no fumadores y mayores de 40 años. (41) Uno de los signos orales más importantes de la DM es la gingivitis y la periodontitis. Los pacientes con DM tipo 1 o tipo 2 no diagnosticados o mal controlados tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad periodontal. Por el contrario, la mayoría de los pacientes diabéticos bien controlados pueden mantener la salud periodontal y responderán favorablemente a la terapia periodontal. (42) Es importante que los pacientes diabéticos diagnosticados con periodontitis reconozcan a la DM como un factor de riesgo, y entiendan su mecanismo de acción, y relación bidireccional con la periodontitis.

3.6 Tratamiento Periodontal

Ramfjord (43) propuso un plan general para el tratamiento de las enfermedades periodontales que incluye cuatro fases:

- 3.6.1 Fase sistémica
- 3.6.2 Fase higiénica
- 3.6.3 Fase correctora.
- 3.6.4 Terapia de mantención periodontal

Se sugiere que mientras se efectúe el tratamiento, las personas deben ser informadas del proceso de la enfermedad, de las opciones de tratamiento y resultados esperados, potenciales complicaciones, las responsabilidades del paciente, así como también de las consecuencias de no recibir tratamiento de manera que sea comprensible para el paciente (44). Estas medidas están dirigidas hacia la reducción de la carga bacteriana, y a su vez, estos cambios microbiológicos dan lugar a niveles más bajos de inflamación y relativa estabilidad en los índices periodontales.

Con respecto al tratamiento periodontal, la evidencia muestra que un alto porcentaje de pacientes con periodontitis disminuyen su índice de placa bacteriana en la fase etiológica del tratamiento periodontal, pero que posterior a ella, existe un alto porcentaje de reincidencia, pudiendo culminar en el fracaso del tratamiento.(46) De esto podemos concluir que las personas no entienden la importancia de su rol activo como pacientes, y por ende, su adherencia al tratamiento propuesto disminuye, contribuyendo la falta de motivación y disminución de la efectividad del tratamiento en los pacientes. Todas estas falencias se pueden atribuir a la falta de comprensión de la información entregada, o a un manejo deficiente en la etapa de instrucción y motivación por parte del tratante. Los odontólogos y, sobre todo los periodoncistas deben extremar nuestros esfuerzos en la educación, motivación e instrucción de los pacientes, pero por sobre todo, concientizarlos sobre la prevención de la enfermedad.

En el estudio realizado por Huges y Heo, observaron que la gran mayoría de los

pacientes si habían recibido información por parte del dentista de cómo cepillarse los dientes, pero aun así, gran cantidad de pacientes afirma que nunca los habían instruido sobre el tema. Esto se puede atribuir a que los doctores no se toman el tiempo y esfuerzo necesario para demostrar la correcta rutina de higiene oral a los pacientes (47)

El éxito del tratamiento no-quirúrgico de la periodontitis implementada por alumnos en formación, depende estrechamente de la motivación y adherencia del paciente a las complejas instrucciones de autocuidado y/o al cumplimiento de las terapias de mantención en los intervalos indicados según riesgo. (32) Es importante que el tratante determine la frecuencia y extensión de estas ajustándose al perfil de riesgo de cada paciente. (48) y que lograrán mantener los niveles de inserción obtenidos gracias a la terapia periodontal activa.

3.6.4 Terapia de mantención Periodontal:

La terapia de soporte periodontal (TPS) o terapia de mantención periodontal es un componente importante en el tratamiento del paciente con periodontitis (49), esencial para conseguir buenos resultados y salud periodontal a largo plazo. (41, 43). Se describieron tres objetivos terapéuticos del tratamiento periodontal de apoyo; prevenir la progresión y recurrencia de la enfermedad periodontal en pacientes que han sido tratados previamente por periodontitis, reducir la incidencia de la pérdida de dientes; y aumentar la probabilidad de reconocimiento y tratamiento de otras enfermedades o condiciones que se encuentran dentro de la cavidad bucal. (50)

Esta deberá constar de entre 45 a 60 minutos por sesión clínica. (51) El diagnóstico durante la fase del mantenimiento periodontal debe basarse en los cambios que ocurran respecto de los resultados obtenidos durante la fase de tratamiento activo, y donde se debe establecer un correcto protocolo de intercepción ante una posible recurrencia, junto con un apoyo psicológico continuo y de motivación de los pacientes. (41-45)

El hecho de considerar la terapia de mantención como una fase crucial en el manejo de los pacientes periodontales, radica en evitar la acumulación de depósitos duros supragingivales. Desde el punto de vista clínico, estas presunciones deben extrapolarse a las necesidades de un buen control de placa personal en pacientes susceptibles o tratados por periodontitis. A pesar de ello, no todos los pacientes van a ser capaces de lograr estos objetivos, por lo que el mantenimiento por parte del profesional puede llegar a ser crucial para contrarrestar las carencias del control personal de la higiene.

La frecuencia de la TPS debe ser indicada por el tratante, después de definir el riesgo del paciente basado en el modelo predictor de riesgo de Lang y Tonetti, el criterio clínico de cada tratante, y además tener siempre en consideración los factores e indicadores de riesgos individuales implicados. (48-52)

La importancia de la terapia de mantención y de su conocimiento por parte de los pacientes, radica también en el impacto costo-beneficio de los tratamientos

odontológicos. Según estudios realizados para analizar el impacto a largo plazo de tratamientos preventivos (53, 54), al efectuar terapias de mantención, realizando en cada una de ellas, la educación, instrucción de higiene oral, y profilaxis, los resultados indicaron una mínima re-incidencia de enfermedad periodontal y pérdida dentaria.

3.7 Prevención de la Enfermedad Periodontal

La prevención consta de tres niveles; el primario, que apunta principalmente a fomentar la salud y a la protección específica, donde la educación, motivación, e instrucción de higiene oral son aspectos claves. Secundariamente, busca el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño, mientras que como tercer punto se orienta a la rehabilitación. (55) Debido a que la rehabilitación comprende tratamientos complejos y en su mayoría de alto costo, es importante generar un cambio de paradigma en la odontología actual, y reconocer la importancia del enfoque en la prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades periodontales. La prevención de la periodontitis puede ser primaria o secundaria; en la primaria se refiere a prevenir que el proceso inflamatorio destruya el soporte periodontal tratando la gingivitis a través de la remoción o disrupción de la placa bacteriana, y la secundaria se refiere a la prevención de la recurrencia de la inflamación gingival que puede conllevar a la pérdida de inserción clínica en pacientes ya tratados por periodontitis exitosamente. (34)

Tanto la gingivitis como la periodontitis son condiciones inflamatorias, siendo la gingivitis un proceso reversible, a diferencia de la periodontitis que es irreversible y da paso a la destrucción tisular y posible pérdida dentaria, aumentando considerablemente los costos de tratamientos. Dicho esto, es importante que los pacientes atendidos por periodontitis conozcan el origen de esta enfermedad, su solución, así como también su estrecha relación con la pérdida dentaria.

Carranza y Lindhe definen el control de placa bacteriana como la eliminación mecánica como principal medida de prevención de su acumulación sobre los tejidos dentarios y superficies gingivales adyacentes. (12) Por otro lado, la educación para la salud es una herramienta popularizada recientemente, que busca entre otros objetivos, establecer canales de comunicación efectivos, y capacitar a individuos incorporando el autocuidado con el objetivo final de cambiar los comportamientos nocivos y reforzar los saludables. (56)

Controlar la enfermedad periodontal en la población requiere estrategias complementarias a las acciones clínicas. Con la evidencia actual sabemos que

manejando sus factores/indicadores de riesgo, es una enfermedad prevenible. Thomson, W. habla sobre tres estrategias para controlar la enfermedad periodontal, siendo una de ellas el alterar las prácticas de vida de los pacientes, particularmente aquellas prácticas que determinan un hábito tabáquico y la eliminación de placa bacteriana. (57)

Diversos autores han propuesto que para mejorar las conductas en torno a la salud, es necesario que las personas posean una “precondición”, es decir, tener el conocimiento suficiente del comportamiento como tal y saber por qué debería mejorarse, por lo cual, es importante identificar los escenarios involucrados previo a implementar medidas preventivas. (14, 58)

3.7.1 Alfabetización de la salud oral (Oral Health Literacy (OHLI))

Para lograr impartir educación en salud oral, el acceso a la información es indispensable y fundamental. A partir de esto surge el concepto de alfabetización en salud adoptado por el MINSAL (4), que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. Esto implicaría alcanzar un nivel de conocimientos, entre otros, que permita adoptar medidas que mejoren la salud mediante condiciones de vida y cambios de conductas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento en salud. (4)

Diversos estudios han establecido que las personas con bajo nivel de alfabetización en salud oral tienen peores resultados de salud que aquellos con los niveles más altos, por el contrario, los beneficios de los altos niveles de alfabetización de la salud incluyen la mejora de la atención preventiva y la detección temprana de la enfermedad, la capacidad de acceder a la forma más apropiada de la asistencia sanitaria y la gestión de enfermedades crónicas -como lo es la periodontitis. (59-61). Apoyando lo anterior, existen estudios de clínicas universitarias, como el realizado por Baskaradoos en la Universidad Case Western Reserve y en la School of Dental Medicine donde se ocupó “la medida integral de conocimiento de salud oral” o “CMOHK (Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge)”, para registrar la alfabetización en salud oral de los pacientes que asisten a dichas clínicas universitarias. Los resultados de este estudio indicaron que, personas que poseen un bajo nivel de alfabetización en salud oral presentan una peor salud periodontal, y mejorar la alfabetización en salud oral contribuiría a una mejor adherencia a las instrucciones de higiene, a una mayor destreza de autocuidado, y a mejores resultados de tratamiento. (7)

Fue recién a partir del año 2002 que el concepto de alfabetización en salud oral empezó a publicarse en estudios según la base de datos PubMed, y son escasos los que identifican la relación entre la alfabetización de la salud y los resultados de salud oral, pero en la última década han aumentado considerablemente. La evidencia existente ha sugerido que las personas con bajo nivel de alfabetización de la salud están en mayor riesgo de enfermedades bucales, asociado con barreras para acceder a la atención y la búsqueda de cuidados preventivos. Los niveles más altos de alfabetización de la salud oral se asocian con una mejor comunicación paciente-odontólogo, con los patrones de cuidado dental regular y una mejor autopercepción de salud bucal (6).

En la actualidad, ya existen instrumentos para medir la alfabetización en salud oral basadas en el entendimiento, dentro de estas se identifica el “Oral Health Literacy” (OHLI). Validados en español se encuentran el “Oral Health Literacy Assessment in Spanish (OHLA-S) (62), y el “Spanish Oral Health Literacy Scale” (SOHLS) (63), ambos desarrollados en Estados Unidos y México, respectivamente. Se observa una carencia de instrumentos adaptados y validados para ser implementados en América Latina, para lo cual en el 2017 en Chile se realizó una investigación que buscaba la adaptación y validación del OHLI en la población chilena. Este demostró adecuadas propiedades psicométricas para medir la alfabetización en salud oral en poblaciones atendidas en el sector público y universidades, (64) sin embargo, este instrumento evaluaría varias patologías dentales, y no específicamente la enfermedad periodontal.

Un estudio realizado en Alemania buscó establecer el vínculo entre el conocimiento en relación a la periodontitis y las conductas en torno a la salud oral a nivel de comunidad. En sus resultados se encontraron déficits severos de conocimiento con respecto a varios temas, demostrando que la edad y el nivel de educación podrían influir en estos resultados a pesar de no establecer una relación consistente como conclusión. (10) A partir del estudio mencionado, se adoptaron algunos tópicos a explorar en esta investigación, como lo fueron; la definición de periodontitis, factores de riesgo asociados, y medidas preventivas.

3.8 Medidas de autocuidado para control mecánico del biofilm

La periodontitis debe ser tratada por el odontólogo, siendo innegable su responsabilidad en la comunicación, pronta y comprensible al paciente del rol activo que el paciente ejerce en la prevención, cuidado y resolución de su enfermedad, ya que es el paciente quien deberá generar cambios en su estilo de vida y en relación con la salud oral, adquiriendo las destrezas para una correcta higiene oral y consecuente control mecánico del biofilm, para ser mantenido en el tiempo. Para el control mecánico del biofilm existen herramientas tales como las técnicas de cepillado dental y la utilización de los elementos de higiene interproximal. La instrucción de higiene oral debería comenzar en la primera sesión dental, y antes de efectuarse, es importante que el paciente entienda la razón de por qué debe participar activamente en la terapia. La explicación de la etiología de la periodontitis debiese entonces ser presentada al paciente, y una vez entendida la naturaleza de su enfermedad, será más fácil enseñarle las medidas de higiene que deberá implementar (12)

Según varios estudios, una fase de instrucción oral inicial de carácter largo y estricto, mejoraría algunos indicadores periodontales como la profundidad de sondaje y sangrado en pacientes que hayan recibido tratamiento periodontal. Esto también reduciría la gran necesidad de tratamientos técnicamente y comprensivamente desafiantes que involucren el tratamiento de sitios profundos con destartraje y pulido, correcciones quirúrgicas, y uso de antibióticos. (65)

Cepillado dental

El cepillado dental logra desorganizar la placa bacteriana existente en la cavidad bucal. Se describen muchas técnicas de cepillado con énfasis distintos para cada individuo según patología y edad. Los estudios muestran que la mayoría de los adultos utilizan la técnica de cepillado dental que les enseñaron en su niñez y que continuaron ocupando durante todas las etapas de su vida, no siendo muchas veces la más adecuada. Los aspectos más importantes que debe entender el paciente con respecto al cepillado dental es que se enfoque en aplicar los filamentos del cepillo en el tercio cervical de los dientes en donde se encuentra el margen gingival. (53)
Es importante recalcar que las técnicas de cepillado y el cepillo dental indicados por el tratante, deben ser adaptadas y adecuadas a las necesidades de cada paciente. Es importante que, al momento de indicar un cepillo dental, recalcar que, tanto su eficacia como posibles riesgos (abrasión dental, úlceras traumáticas, etc.) dependerán del uso en sí más que del diseño de cepillo. (12) Algunos puntos claves sugeridos por Carranza a tener en mente al momento de recomendar un cepillo dental es la dureza de sus filamentos., siendo los suaves los que no traumatizarían la encía ni las superficies radiculares; los cepillos se desgastan con el uso y deberían ser reemplazados cada 3 a 4 meses dependiendo de la vigorosidad del cepillado. Con respecto a la higiene, se establece que el cepillado con cepillo convencional suave por sí solo no sería suficiente, pues no limpia las superficies interdentales (66) y sería necesario complementar la rutina de higiene con cepillos interproximales y/o seda/hilo dental según necesidad para prevenir enfermedades como la enfermedad periodontal y la caries dental. (67)
Para efectos de este estudio, es importante determinar si el paciente entiende la necesidad de limpieza interdental, asociándolo a la etiología de la enfermedad, entendiendo la necesidad de desorganizar del biofilm ubicado en dichas zonas para prevenir la colonización de patógenos periodontales a nivel subgingival, y no solo para eliminar restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes.

Uso de seda / hilo dental

El uso de seda/hilo dental es lo más recomendado para la remoción de biofilm en las superficies proximales de los dientes.(12) Al indicar el uso de seda / hilo dental se debe tener en consideración los contactos dentarios interproximales (si permitirán pasar el hilo con facilidad o no) y las superficies proximales ásperas. Además es importante la destreza manual de cada paciente, por lo cual su recomendación debe basarse también en las preferencias personales.
Como consenso de estudios, (65) se debería indicar siempre el uso de seda dental, ya que, es un elemento de higiene importante en el tratamiento periodontal, pero es de suma importancia recalcar a los pacientes atendidos por periodontitis que el uso de esta es ineficiente en el sector posterior, y se debería adoptar el uso de cepillos interproximales o interdentales como primera opción (68).

Uso de cepillos interproximales

Los cepillos interproximales son probablemente el método de remoción de placa interdental más efectivo (53, 68), y se espera que todos los pacientes entrevistados reconozcan su importancia en el tratamiento de la periodontitis. Un estudio comparativo entre el uso de seda dental y el uso de cepillos interdentales en pacientes diagnosticados con periodontitis moderada a severa demostró que los cepillos interdentales eliminaban mayor cantidad de placa interproximal y que los sujetos de estudio consideraban que era más fácil su uso en comparación a la seda dental. (69) Las consideraciones importantes para la indicación de cepillos interproximales es el tamaño de las zonas a limpiar. Como regla general se establece que a mayor tamaño del sitio, mayor debe ser el tamaño del cepillo interdental para que sus filamentos logren entrar en el espacio interproximal y sean capaces de desorganizar y remover la placa dental presente (12), por lo que pasa a ser relevante si los pacientes están en conocimiento de dicha consideración.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Describir el conocimiento sobre periodontitis que poseen los pacientes tratados por alumnos de Postgrado de Periodoncia en la Clínica Odontológica UNAB, Sede Santiago, durante los años 2018-2019.

4.2 Objetivos Específicos:

- Explorar y describir percepciones y creencias de conocimiento conceptual del diagnóstico de periodontitis.
- Explorar y describir percepciones de conocimiento del tratamiento periodontal que poseen los pacientes.
- Indagar y describir el conocimiento y aplicación de las medidas de autocuidado en el tratamiento de la periodontitis.
- Categorizar las respuestas obtenidas según niveles de entendimiento para cada tópico de las dimensiones.
- Determinar áreas y tópicos en déficit con respecto al conocimiento y entendimiento que poseen los entrevistados.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio:

La presente investigación se adscribe al tipo de estudio denominado estudio cualitativo exploratorio, en un escenario o ámbito de indagación que no es altamente conocido o evidenciado desde primera fuente. En este contexto, este tipo de estudio encuentra en su objetivo examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. (70) Hasta la fecha no se han realizado estudios con relación al conocimiento o alfabetización de la salud oral en el área de la Periodoncia en Chile, ni de la periodontitis como tal. Teniendo en cuenta esta problemática y la urgencia de abordarla desde la prevención, surge la necesidad de indagar a nivel de Facultad, y realizar un levantamiento de información sobre el conocimiento de los pacientes respecto a la enfermedad que padecen. Esto podría ser útil para investigaciones que busquen identificar las causas de la falta de adherencia a los tratamientos periodontales por parte de los pacientes, y así lograr dar el alta de forma más pronta a los pacientes en estados avanzados de la enfermedad.

5.2 Diseño de estudio:

El tipo de estudio realizado corresponde a una investigación con diseño esencialmente cualitativo, en tanto se busca indagar en representaciones, percepciones y conocimientos de pacientes diagnosticados con periodontitis acerca de la enfermedad y de las medidas de autocuidado.

El Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello (Santiago, Chile) revisó y aprobó este estudio bajo número de protocolo PROPRGFO.2020.2030

Para la realización del estudio se solicitó la respectiva autorización a la Directora de Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, Campus República, Dra. María Jesús Villegas.

5.3 Selección de participantes:

La población del estudio se adscribe al universo de pacientes adultos (18-80 años) diagnosticados con periodontitis, atendidos en clínica del Postgrado de Periodoncia, en la Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello, Sede Santiago, entre los años 2018-2019, a partir del cual se seleccionó una muestra para fines del estudio que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. (Ver Tabla N° 1) Estos últimos fueron especificados para evitar asimetrías o ventajas de condiciones con respecto al conocimiento de los tópicos evaluados de los participantes.

Tabla N° 1: Criterios de inclusión y exclusión para pacientes

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Adulto entre 18 y 80 años	Presentar problemas cognitivos, o barreras idiomáticas.
Haber sido diagnosticado por tratante con periodontitis.	Haber sido diagnosticado por tratante con gingivitis u otra patología que no sea periodontitis.
Pacientes sometidos a tratamiento periodontal y que fueron dados de alta	Recibir atención dental en otro establecimiento al mismo tiempo que es atendido en clínica odontológica UNAB.
Pacientes que hayan sido atendidos en Clínica Odontológica UNAB, Sede Santiago, en el Postgrado de Periodoncia	Ser Odontólogo o ejercer profesión relacionada a la Odontología, ser estudiante de Odontología o de alguna carrera afín.

5.4 Definición tipo de muestra

A partir del universo o población de pacientes, se estableció una muestra de tipo teórica, intencionada o dirigida, la cual tiene como criterio principal la identificación de ciertos atributos que hagan pertinente la inclusión –o no- de un determinado caso como objeto de investigación. En tal contexto, esta muestra intencionada buscó representar un problema teórico seleccionando situaciones sociales que ofrezcan observables sobre las categorías de análisis. (71) En primera instancia, el tamaño de la muestra se estableció como 15-20 sujetos, pero se pudo conseguir un tamaño muestral mucho mayor, con un total de 47 entrevistas efectivas en pacientes que se atendieron en la clínica del Postgrado de Periodoncia entre los años 2018-2019, que cumplían con los criterios de inclusión, se buscó entrevistar a la mayor cantidad de pacientes, para tener una mejor observación poblacional. (72)

5.5 Desarrollo del instrumento:

Se recogió información acerca de la enfermedad periodontitis y sus especificaciones desde bibliografía mayormente aceptada y actualizada (revistas como Periodontology 2000, del año 2012 o la Journal of Clinical Periodontology, 2019).

Los objetivos de la investigación orientaron la búsqueda de insumos a partir del instrumento seleccionado, que corresponde a una pauta de entrevista guiada semiestructurada en base a preguntas abiertas en la que se establecen diversos ámbitos de indagación o dimensiones. La entrevista incluyó las siguientes dimensiones de conocimiento a explorar entre los pacientes; 1) conocimiento conceptual de la periodontitis, 2) conocimiento conceptual del tratamiento periodontal, y 3) conocimiento de medidas de autocuidado, además del registro de género, edad y nivel de educación máximo alcanzado de los participantes. Dado el carácter cualitativo y esencialmente exploratorio que enmarca al presente estudio, la pauta de entrevista originalmente preconcebida dejó opción de visualizar nuevas temáticas o dimensiones de indagación emergentes que puedan aparecer espontáneamente en el discurso de los entrevistados, dando por tanto así el carácter de pauta temática dinámica y en permanente “afinación” según iban transcurriendo las primeras consultas con pacientes voluntarios. De esta forma, se realizó la constante adaptación y perfeccionamiento del instrumento de indagación, en tanto, en sí mismo, se considera un aporte de suma relevancia para futuras instancias de investigación de similar índole dado lo exploratorio que resulta ahondar en esta temática a partir de datos obtenidos del primer relato. Las preguntas se basan en cada aspecto a indagar de las dimensiones propuestas. (Ver Tabla N° 2)

Tabla N° 2: Descripción del instrumento

Dimensión	Operacionalización de temas	Pregunta de indagación en instrumento
Datos demográficos	a) Género b) Edad c) Nivel de educación máximo alcanzado d) Información clínica de la enfermedad	1. ¿Qué nivel de educación máxima ha alcanzado usted? (básica incompleta / básica completa, media completa / media incompleta, universitaria incompleta / universitaria completa) 2. ¿Cuánto tiempo estuvo en tratamiento?
Conocimiento conceptual de periodontitis	a) Grado de conocimiento conceptual sobre la periodontitis como enfermedad multifactorial infecciosa inflamatoria.	1. ¿Cuál fue la razón por la que acudió a la clínica odontológica? 2. ¿Me podría indicar la enfermedad por la cual fue atendido en el Postgrado de Periodoncia? 3. ¿Qué sabe acerca de la periodontitis? 4. ¿Cómo relacionaría la periodontitis con los dientes y el hueso que los rodea?
	b) Grado de conocimiento conceptual de los factores etiológicos de la periodontitis y su tratamiento individualizado	1. ¿Cuál cree que es la causa principal de la periodontitis? 2. ¿Qué podrías decir de la placa bacteriana (o sarro)? 3. ¿Cómo se puede prevenir la aparición de ella? 4. ¿En qué consiste el tratamiento que le realizó el alumno tratante?

	c) Conocimiento de factores de riesgo individuales de la periodontitis	1. ¿Cuál/cuáles es(son) él (los) factores de riesgo de la periodontitis? 2. ¿Qué puede causar que la enfermedad progrese de forma más rápida?
	d) Relación entre la pérdida dentaria y periodontitis severa;	1. ¿La periodontitis puede generar pérdida dentaria? 2. ¿A qué se debe la pérdida dentaria causada por periodontitis? 3. ¿La periodontitis genera la pérdida de hueso alrededor del diente?
Conocimiento de medidas de autoeficiencia	a) Grado de conocimiento de controles e importancia de adherencia del paciente:	1. ¿Cada cuánto tiempo debe asistir a control con el dentista? 2. ¿Cuál es la razón por la que tiene que ir con esa regularidad al dentista? 3. ¿Qué impacto puede causar en su enfermedad el no asistir a los controles establecidos? 4. ¿Qué significa “terapia de mantención”? 5. ¿En qué consiste y cada cuánto se le indicó debía realizarse?

	b) Conocimiento conceptual de higiene dental:	1. ¿Qué medidas puede usted tomar en casa para el cuidado de su enfermedad? 2. ¿Cuál es el número de veces al día que debe realizar su rutina de higiene oral? 3. ¿Cuál es el tiempo de duración mínimo para realizar el cepillado dental? 4. ¿Qué tipo(s) de cepillo(s) debe usar? 5. ¿Cómo es la técnica de cepillado enseñada por el estudiante hacia usted? 6. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiar el cepillo?

5.6 Descripción de la intervención

La segunda fase, orientada a la recopilación de información, y en el marco de la pandemia que azota al país y a lmundo, se realizaron entrevistas que se aplicaron a los pacientes vía telefónica. Luego de que los pacientes aceptaron su realización con el fin de recopilar la información para realizar una tesis para obtención del título de Cirujano Dentista, se les aplicó a los pacientes el cuestionario. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 10 a 15 minutos, y fueron grabadas en unidades de audio.

5.7 Plan de análisis de datos

Las entrevistas fueron grabadas, para luego ser transcritas por los alumnos investigadores a un documento en formato Word. Una vez realizadas las 47 entrevistas se realizó un análisis de contenido con el fin de descomponer el texto en unidades de análisis. En relación al plan de análisis contemplado en la presente investigación, cabe señalar que al tratarse de una metodología de estudio principalmente cualitativa, se optó por establecer un plan de análisis basado en lo que se denomina como “análisis de contenido”, técnica pertinente y altamente frecuente en investigaciones de carácter exploratorias y descriptivas que buscan establecer hallazgos que permitan no necesariamente llegar a conclusiones totales pero sí lograr posibles nuevas preguntas de investigación o líneas de trabajo posibles de tomar como innovación o alternativas a lo ya conocido. En este contexto, se optó por la técnica de análisis de contenido para el tratamiento de los insumos (citas, opiniones, frases, testimonios, etc.) que emanan de las entrevistas realizadas, con el fin de visualizar posibles tendencias de opinión o posturas a partir de los mismos discursos, todo esto por medio del análisis de contenido que se basa en la categorización que tiene por objeto descomponer (o deconstruir la narración) el texto en unidades de análisis para codificarlo con posterioridad en una matriz de datos que permita su valorización o “cuantificación” y posterior análisis. (73) Esto, a través de la sistematización y codificación en una matriz (Anexo 3), mediante el programa Atlas. Ti. A partir de la información obtenida se elaboraron distintos niveles de entendimiento para cada pregunta (alto, medio, bajo y nulo) para categorizar la valorización de las respuestas, determinada por la mención de términos y frases empleadas por los entrevistados. Para cada pregunta se estableció una respuesta ideal para comparar con las respuestas obtenidas, y según similitud, valorizar el entendimiento del concepto que se preguntó. La información recopilada durante la primera tesis de investigación fue guía de este proceso, y se incluyó en el marco teórico del presente estudio.

VI. RESULTADOS

En este estudio fueron entrevistados un total de 47 pacientes, de los cuales 13 fueron Hombres y 34 mujeres. Del total de pacientes, 12 tenían educación universitaria completa, 2 universitaria incompleta, 8 tenían educación técnica, 19 tenían Enseñanza media completa, 4 tenían enseñanza media incompleta, y 2 enseñanza básica completa.

De las tres dimensiones analizadas se desglosan conceptos y se categorizaron según el nivel de entendimiento de las respuestas obtenidas que se describen en tablas para establecer un orden dado a la gran cantidad de información recopilada a través de las entrevistas.

Dimensión N°1: Datos demográficos.

Esta dimensión engloba cuatro ítems, donde se les pregunta a los entrevistados, sexo, edad, nivel de educación máximo alcanzado (Enseñanza Básica completa/ Incompleta, Enseñanza media completa/ incompleta, Educación Universitaria, Educación técnica), e información clínica de la enfermedad (periodo tratamiento).

Dimensión N°2: Conocimiento conceptual de la periodontitis.

A) Grado de conocimiento conceptual de la periodontitis.

Esta dimensión engloba cuatro ítems o conceptos; a.1) grado de conocimiento conceptual sobre la periodontitis como enfermedad multifactorial infecciosa inflamatoria, a.2) grado de conocimiento conceptual de los factores etiológicos de la periodontitis y su tratamiento individualizado, a.3) conocimiento de los factores de riesgo individuales de la periodontitis y a.4) relación entre la pérdida dentaria y periodontitis severa, y cada uno de ellos tiene sub-ítems.

Para determinar grado de conocimiento conceptual sobre la periodontitis como enfermedad multifactorial infecciosa inflamatoria, se le realizó a los entrevistados las siguientes preguntas *"¿Cuál fue la razón por la que acudió a la clínica*

odontológica?". Sin influir en sus respuestas se trató de guiar a los pacientes para que dieran la información más completa posible, se advirtieron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "control", "tapaduras, "tema de las encías", "iba a perder un diente" y a las respuesta se les agregó niveles de valorización, que se definieron de la siguiente manera; entendimiento alto: el paciente identifica porque patología se acercó a la clínica, ya sea por control, sangrado de encías, movimiento dental, pérdida dental, derivación entre especialistas o dio otra respuesta; y entendimiento bajo: confunde o da otra respuesta vaga. (Ver tabla N° 3)

Tabla N°3: Codificación de respuestas sobre la razón que el paciente acudió a la clínica odontológica UNAB

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones extraídas de entrevistas
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis A. Conocimiento conceptual de la periodontitis como enfermedad multifactorial infecciosa, inflamatoria	A.1) "¿Cuál fue la razón por la que acudió a la clínica odontológica?"	-control (6) *"chequeo anual" (Entrevista XXXII)* -Inflamación Gingival (1) *"por un tema de las encías"* (Entrevista III) -Perdida dental (3) "para un tratamiento dental se me caían los dientes" (Entrevista II) *"porque iba a perder un diente"* (Entrevista IV) -Costo económico (2) *"* porque me convenía económicamente" (Entrevista VI) "por costo…." (entrevista XVII) -Derivación (7) *"se me cayó una tapadura a una consulta médica en la ahumada, y ella estudiaba ahí, y ella me llevo"* (Entrevista XII) -Implantes (9) *"Pon unos implantes que necesitaba colócame (…)" (Entrevista XIX)* -Periodoncia (5) *"Necesitaba cirugía periodontal (encía- paladar)" (Entrevista XXXIV)* -Tratamiento dental (6) *"tratamiento dental de tapaduras…" (Entrevista XI)* -Otro (8) "*había ido como hace 10 años y ya los conocía*" (Entrevista XXIV) "*Llegue porque se me quebró una muela, y estuve ahí como 2-3 años"(entrevista V)*

La siguiente pregunta nos permite conocer si el paciente es consciente que se atendió en el postgrado de la Universidad y cuál fue la enfermedad por la cual fue atendido ahí, "¿Me podria indicar la enfermedad por la cual fue atendido en el postgrado de periodoncia?". La mayoría de las respuestas indicaron un entendimiento alto; es decir que sabe cuál fue su diagnóstico de enfermedad mientras estaba en el postgrado, que sería "periodontitis" o "gingivitis", 21 personas tuvieron este nivel de entendimiento. Clasificamos como entendimiento nulo, cuando respondían que no sabían o daban otra respuesta, que en este caso fueron la mayoría con 26 respuestas. (Ver tabla N°4)

Tabla N° 4: Codificación de respuestas acerca del diagnóstico de la enfermedad.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones extraídas de entrevistas
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis A. Conocimiento conceptual de la periodontitis como enfermedad multifactorial infecciosa, inflamatoria	A.2) "¿Me podría indicar la enfermedad por la cual fue atendido en el Postgrado de Periodoncia?"	-Periodontitis (19) *"Periodontitis grave eh…tenía casi todas las piezas sueltas en realidad, estuve casi 2 años" (Entrevista XXXVIII)* -Gingivitis (2) *"creo que era una gingivitis aguda" (Entrevista VI)* Conocimiento Nulo: (8) *"Es que no recuerdo como se llama… (entrevista II)* *"no me recuerdo, no te voy a mentir.." (IX)* -Cirugía de encías (2) *"Por una cirugía en la encía, en el diente de abajo…" (entrevista IV)* *"… y me hicieron una cirugía, me cortaron encía" (Entrevista V)* -Problema de encías (4) *"….tenia inflamadas las encías..." (Entrevista XII)* -Limpiezas (4) *"(…) me hicieron un plano relajación y limpieza" (Entrevista XXXII)* -Implantes (3) *"Fui por implantes…" (Entrevista XI)* *-Otro (5)*

La tercera pregunta en esta segunda ítem es la siguiente, "¿Qué sabe acerca de la periodontitis?", Los entrevistadores sin influir en la respuesta se guio al paciente, para que aportará la mayor cantidad de información que tenía al respecto de la patología. Se advirtieron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "Infección", "inflamación", "sarro". Los niveles de valorización se definieron de la siguiente manera; entendimiento alto: Identifica la periodontitis como enfermedad crónica multifactorial infecciosa de los tejidos de soporte de los dientes, mediada por la respuesta del huésped; entendimiento medio: reconoce términos principales; entendimiento bajo: reconoce términos inespecíficos y aislados como *"inflamación de las encías", "sarro"*, o dio otra respuesta; y entendimiento nulo o no sabe. De los participantes 4 mostraron un entendimiento alto, 18 demostraron entendimiento medio, 14 demostraron entendimiento bajo; y 11 indicaron que entendimiento nulo. (Ver tabla N°5)

Tabla 5: Codificación de respuestas para definición de periodontitis

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones extraídas de entrevistas
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis A. Conocimiento conceptual de la periodontitis como enfermedad multifactorial infecciosa, inflamatoria	A.3 ¿Qué sabe acerca de la periodontitis?	-Inflamación de las encías (7) *"inflamación de las encías " (entrevista XXXV)* -Enfermedad de las encías (7) *"Es una enfermedad de la encía, producto de los malos hábitos de limpieza"* (Entrevista X) -Infección de las encías (1) *"Es una infección en las encías, y que por acumulación de sarro que se va juntando, eso va haciendo que las encías se vayan enfermando y sangran" (Entrevista XIX)* -Sarro (3) *"Por lo que me explicaron, era que el sarro estaba metido hasta bien adentro en la raíz del diente, y que se producían problemas en las encías, sangrado, que el hueso disminuía su densidad" (Entrevista I)* -No sabe / No responde: (21) "*no mayormente…" (*Entrevista VI) -Otro (8)

El último concepto de este ítem (A) trata de relacionar la enfermedad con los blancos anatómicos que se ven agredidos por esta enfermedad, por lo que se les realizó la siguiente a los entrevistados "¿Cómo relacionaría la periodontitis con los dientes y el hueso que los rodea?". Se observaron las siguientes menciones como tendencia de respuesta espontánea "comiendo el hueso", "acumulación de sarro"

Se categorizaron las respuestas de la siguiente manera; entendimiento alto: es capaz de identificar que los tejidos de soporte dental son el blanco de ataque de esta enfermedad, siendo el ligamento periodontal destruido, el hueso disminuye en espesor y cantidad, y culmina en la pérdida dentaria; Entendimiento medio: el entrevistado dice frases como pérdida dental, disminución de hueso, herencia; Entendimiento nulo, es decir no sabe. Como resultado hubo 7 respuestas que se podían categorizar en entendimiento alto, 12 respuestas categorizadas como entendimiento medio y 28 en entendimiento nulo (Ver tabla 6).

Tabla 6: Codificación de respuestas para relacionar enfermedad periodontal con tejidos dentales.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones extraídas de entrevistas
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis A. Conocimiento conceptual de la periodontitis como enfermedad multifactorial infecciosa, inflamatoria	A.4) ¿Cómo relacionaría la periodontitis con los dientes y el hueso que los rodea?	- Sarro (4) "…el sarro se metía hasta la raíz e iba destruyendo hueso" (Entrevista I) "… hace que el sarro se acumule entre medio y eso te impulsa el diente hacia afuera (Entrevista XIII) -Comiendo el hueso (6) "se va comiendo el hueso y luego los dientes no están muy firmes y se pueden caer" (Entrevista III) "…va comiéndose el hueso…" (Entrevista XVIII) "*la periodontitis es una infección que empieza a comer le hueso, y empieza a soltar las piezas dentales" (Entrevista XLV)* -Perdida dental (5) "*Si no se trata bien las encías la infección puede llegar al hueso y perder la pieza dental" (entrevista XXXVI)* -Retracción de encía (3) *"Entiendo que, al retraerse mucho la encía, puede provocar que se caigan los dientes y/o muelas. Además, queda más propensa a producir caries en la raíz de las piezas dentales" (Entrevista XXXIV)* -No sabe / No responde (12) -"No, no sabría decirte" (Entrevista XXIV) -Otro (17)

B) Conocimiento de factores etiológicos de la enfermedad y tratamiento periodontal.

Este apartado de la segunda dimensión, habla sobre el conocimiento que tienen los pacientes entrevistados sobre los factores etiológicos de la enfermedad y el tratamiento periodontal, este a su vez engloba tres ítems o preguntas; B.1) causa de la periodontitis, B.2) concepto de la placa bacteriana, B.3) procedimiento clínico o tratamiento.

Para determinar el conocimiento de la etiología de la enfermedad periodontal se les realizó a los entrevistados la siguiente pregunta *"¿Cuál cree que es la causa principal de la periodontitis?* Al momento de la entrevista al ser consultados con esta preguntas, se advirtieron estas menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "Higiene", "Cigarro" (tabaco), "café"- La mayoría de las respuestas indicaron un entendimiento alto, es decir, el entrevistado entiende que la enfermedad es causada por una acumulación local de bacterias, como resultado de una mala higiene oral, en total fueron 17 las personas que tuvieron un entendimiento alto. Así mismo, un total de 18 personas tuvieron un entendimiento medio: reconocen términos principales o palabras claves como "mal cepillado", "sarro", y el resto de los entrevistados (12 personas) entraron en grado de entendimiento nulo, donde respondían a la pregunta con un claro "No". (Ver tabla 7)

Tabla N°7: Codificación de respuestas para determinar la etiología de la enfermedad periodontal.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones extraídas de entrevistas
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis B. Conocimiento de factores etiológicos de la enfermedad y tratamiento periodontal	B.1. ¿Cuál cree que es la causa principal de la periodontitis?	- Mala Higiene (22) "Mala Higiene junto con malos hábitos y la constancia de malos hábitos" (Entrevista VII) "La mala higiene" (Entrevista XIII) -Mal cepillado (6) "…Mal cepillado, uno cree que se cepilla, pero no se cepilla bien y se va acumulando placa bacteriana" -Tabaco (4) *"Bueno el tabaco, no es la mala higiene porque yo siempre me cuidado, mas que nada el tabaco por lo que tengo entendido" (Entrevista XXXVIII)*

La segunda pregunta de este apartado va dirigida al conocimiento de los pacientes sobre la placa bacteriana o "sarro", y cómo se podrían prevenir la aparición de ella, se formularon las siguientes preguntas *"¿Qué podría decir de la placa bacteriana (o sarro)?/¿Cómo se puede prevenir la aparición de ella?* Al momento de la entrevista, se observó que la mayoría de los pacientes no pudieron describir que era la placa bacteriana, pero sí podían responder correctamente como prevenir la aparición de la placa bacteriana, se advirtieron estas menciones como tendencias de respuestas espontáneas a la segunda pregunta: "cepillado", "limpieza", "cigarro".

Se categorizaron las respuestas de la siguiente manera; entendimiento alto: es capaz de identificar que para prevenir la aparición del sarro deben mantener una correcta higiene, con un buen cepillado dental, 36 personas entraron en esta categoría; 4 pacientes indicaron entendimiento medio: cuando identifican otros elementos que contribuyen a la aparición de sarro como el tabaco, y 7 pacientes indicaron entendimiento nulo; desconocen el tema. (Ver tabla 8).

Tabla N°8: Codificación de respuestas para determinar el conocimiento sobre la placa bacteriana y su prevención.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis B. Conocimiento de factores etiológicos de la enfermedad y tratamiento periodontal	B.2. ¿Qué podrias decir de la placa bacteriana (o sarro)?/ ¿Cómo se puede prevenir la aparición de ella?	- Cepillado dental (21) " es lo mismo, tiene que ver con la técnica de cepillado" (Entrevista XX) -Limpieza (12) "Mucha limpieza, hilo dental…" (Entrevista V) -Hábito tabáquico (2) *"(…) a mi me dijeron que tenía que dejar de fumar y deje inmediatamente de fumar" (Entrevista XX)* -Otras (12) *"(…) yo produzco mucho sarro, entonces una de las cosas que me ayudo bastante fue el cepillado interdental, el cepillado (…)" (Entrevista XXIV)*

La última pregunta del segundo apartado, de la segunda dimensión, se formuló para conocer lo que los pacientes recuerdan de su tratamiento, si son capaces de identificar que el tratamiento tiene etapas o fases, y cuál es el procedimiento que se les realiza en la etapa etiológica del tratamiento, para esto se les realizó la siguiente pregunta *"¿En qué consiste el tratamiento que le realizó el alumno tratante?".* Al momento de ser consultados respecto del entendimiento que tienen los entrevistados del conocimiento del procedimiento clínico del tratamiento periodontal se advierte las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: *"limpieza", "limpieza profunda" o* remoción de *"sarro".* Se indagó para poder adjudicar estos términos como "pulido" o "destartraje", ya que, la mayoría de los entrevistados no recordaban ni manejaban estos términos correctamente. Las respuestas se categorizaron según los siguientes niveles de entendimiento; Entendimiento alto: responde idealmente identificando destartraje y pulido radicular, o mencionan que les introducían un instrumental dentro de las encías para raspar o medir; entendimiento medio: reconoce términos principales aislados como "limpieza"; entendimiento bajo: confunde o da otra respuesta; entendimiento nulo o no sabe. Mayoría advierte un nivel de entendimiento medio con 26 menciones, hubo 11 entrevistados con entendimiento alto, otras 7 personas obtuvieron un entendimiento bajo, y 3 dieron respuestas que indicaban entendimiento nulo o no respondían. (Ver tabla 9)

Tabla 9: Codificación de respuestas acerca del procedimiento clínico.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis B. Conocimiento de factores etiológicos de la enfermedad y tratamiento periodontal	B.3. ¿En qué consiste el tratamiento que le realizó el alumno tratante?	-Pulido / Destartraje: (5) "Pulido radicular…." (Entrevista I) "Fue un destartraje de todas las piezas dentales, después me dejo con enjuagues y cepillos especiales para eso" (Entrevista XIX) -Limpieza : (23) "Me hicieron una limpieza profunda, en ocasiones tenían que anestesiarme, porque se meten entre la encía y el diente hacia abajo…" (Entrevista XX) -Da otra respuesta: : (15) "con una maquinita con una punta chiquitita, yo a veces pedía que me pusieran anestesia" (Entrevista XV) -No sabe / No responde: (4)

C) Conocimiento de factores de riesgo periodontal y progresión de la enfermedad.

Este es el tercer apartado de la segunda dimensión, a su vez engloba dos ítems o preguntas; C.1) Factores de riesgo periodontal, C.2) Progresión de la enfermedad.

Con respecto a los factores de riesgo periodontal se realizó la siguiente pregunta "*¿Cuál/ Cuáles es (son), el (los) factores de riesgo de la periodontitis*?", a partir de esta pregunta se obtuvieron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "No sé", "mala higiene", "alimentación", "inflamación", "cigarro" (tabaco). Para este ítem se categorizaron las respuestas en entendimiento alto; responde identificando factores clave como tabaco o diabetes, como factores que influyen en el progreso o desarrollo de la enfermedad, sólo 7 pacientes entraron en esta categoría. Así mismo, 9 entrevistados indicaron un entendimiento medio; reconoce ideas principales sin saber cómo realmente influyen en la enfermedad como "mala higiene", y 11 indicaron entendimiento bajo; cuando da otra respuesta o se confunde, y por último, entendimiento nulo es la categoría con mayor cantidad de pacientes, con 20. (Ver tabla 10)

Tabla 10: Codificación de respuestas sobre factores de riesgo individuales de la periodontitis.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis C. Conocimiento de factores de riesgo individuales de la periodontitis	C.1. ¿Cuál/ Cuales es (son), el (los) factores de riesgo de la periodontitis?	- Mala Higiene (8) *" Mala higiene bucal" (Entrevista XXXV)* - Alimentación (4) "la alimentación, el café, esas cosas…" (Entrevista V) - Tabaco (6) "El tabaquismo, la falta de higiene, mis bracket me complica mucho más mantener una buena higiene" (Entrevista XVII) - Diabetes (1) "(…) la diabetes es mortal para todo nuestro cuerpo por decirlo asi" (Entrevista XV) -Otro (11) - No sabe / No responde (17) "No le sabría explicar" (Entrevista XXIX)

La segunda pregunta va dirigida hacia algún indicador que los pacientes sepan, sobre que podría causar que su enfermedad progrese de una forma más acelerada, respecto a esto se realizó la siguiente pregunta "*¿Qué puede causar que la enfermedad progrese de forma más rápida?* a partir de esta pregunta se obtuvieron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "mala higiene", "no asistir al dentista (control)", "tabaco". Se categorizaron las respuestas entregadas por los entrevistados en entendimiento alto: donde identifica que una mala higiene va a aumentar la progresión de la enfermedad, llevándola a peores condiciones; entendimiento bajo: cuando confunden ciertos aspectos o daban otra respuesta; entendimiento nulo: es decir, no saben la respuesta. La mayoría de los pacientes alcanzó un entendimiento alto, con 25 menciones, diciendo que la falta de higiene o una mala higiene llevarían a aumentar la progresión de la enfermedad, 9 entrevistados tuvieron un entendimiento bajo, dando respuestas que se podrían relacionar con el aumento de la progresión de la enfermedad como "sarro", y 13 entrevistaron no pudieron entregar una respuesta, o sea entendimiento nulo. (Ver tabla 11)

Tabla 11: Codificación de respuestas sobre progresión de la enfermedad

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis C. Conocimiento de factores de riesgo individuales de la periodontitis	C.2. ¿Qué puede causar que la enfermedad progrese de forma más rápida?	- Mala Higiene (22) "*la mala higiene más que nada, ósea, no cuidarse, no lavarse 3 veces al día los dientes, fuma mucho*" (Entrevista V) - No asistir al dentista (7) "*no hacerse ninguna mantención, despreocuparse, yo creo que podria avanzar la enfermedad" (*Entrevista XIV) *"Bueno, no tratarse, no tratarse a tiempo"* (Entrevista XLII) - Tabaco (3) "…*las personas que fuman (…) los malos hábitos y el cigarrillo dañan los dientes y acumulan placa bacteriana*" (Entrevista XXIII) - No sabe / No responde (15) "No se" (Entrevista XL

D) La relación entre la pérdida dentaria y la forma más severa de periodontitis

Este es el cuarto y último apartado de la segunda dimensión habla sobre la relación entre la pérdida dentaria y la forma más severa de periodontitis, y de este se crearon tres ítems: D.1) la periodontitis genera pérdida dentaria, D.2) A qué se debe la pérdida dentaria, D.3) Periodontitis y pérdida ósea. Respecto a la pérdida dentaria se formuló la siguiente pregunta: "¿La periodontitis puede generar pérdida dentaria?", a partir de esta pregunta se obtuvieron solo respuestas afirmativas, la tendencia de respuesta espontánea fue "Sí", en esta pregunta en particular no hubo ninguna otra tendencia a respuesta espontánea, y solo hubo una respuesta negativa, por lo tanto podríamos decir que casi la totalidad de los pacientes, piensan que la periodontitis si genera pérdida dentaria. (Ver tabla 12)

Tabla 12: Codificación de respuestas sobre pérdida dentaria.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis D. La relación entre la pérdida dentaria y la forma más severa de periodontitis	D.1. ¿La periodontitis puede generar pérdida dentaria?	- Sí (46) *"Yo digo que si por que a mi se me empezaron a soltar los dientes" (Entrevista XXXIII)* *"Si, yo perdi todos mis dientes de arriba" (Entrevista XXXIX)* *"Si, porque me paso a mi" (*Entrevista XLII)

La segunda pregunta de este apartado, fue formulada de la siguiente manera "¿A qué se debe la pérdida dentaria causada por la periodontitis?". Sin influir en sus respuestas se trató de guiar a los pacientes para que dieran la mayor cantidad de información, se advirtieron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "disminución de hueso", "la encía se recoge." A las respuestas se les agregó niveles de valorización, que se definieron de la siguiente manera; entendimiento alto: el paciente identifica que la pérdida dentaria es por la acción bacteriana sobre el ligamento periodontal, destruyéndolo y en consecuencia también hay pérdida de hueso; entendimiento medio: entiende que existe una pérdida de hueso, y además sabe que existe una infección y inflamación en el proceso; entendimiento bajo: el paciente menciona como causa la higiene o retracción gingival; entendimiento nulo: confunde o da otra respuesta vaga. Las respuestas en esta pregunta está casi igualmente distribuidas, existe un nivel de entendimiento medio con 15 menciones, hubo 14 entrevistados con entendimiento nulo, otras 17 personas obtuvieron un entendimiento bajo, y solo hubo un paciente que entrara en el nivel de entendimiento alto. (Ver tabla N° 13).

Tabla 13: Codificación de respuestas sobre causa de la pérdida dentaria

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis D. La relación entre la pérdida dentaria y la forma más severa de periodontitis	D.2. ¿A qué se debe la pérdida dentaria causada por la periodontitis?	- Disminución de Hueso (11) "Por la disminución de hueso" (Entrevista I) "*se reabsorbe el hueso por el sarro, por la enfermedad en si, y eso hizo que se perdieran las piezas dentales" (*Entrevista XLV) - Recogimiento de encía (4) "creo que hay un retraimiento tan grande de la encía<z, que el diente pierde estabilidad y firmeza, y empieza a soltarse de su base" (Entrevista X) - Infección (4) "una infección que se contrae en el nervio (…)" (Entrevista IV) "es una infección que se va corroyendo la encía y hace que los dientes se suelten" (Entrevista XIV) - Tabaco (1) "tabaquismo, la falta de aseo" (Entrevista VI) - Higiene (7) "El no cepillarse con mayor frecuencia (…)" (Entrevista XV) -Otro (10) -No sabe/ No responde (10)

La tercera y última pregunta de este ítem (D), los pacientes fueron consultados sobre la pérdida de hueso alrededor de los dientes, todo esto como producto de la enfermedad, se les aplicó la siguiente pregunta "¿La periodontitis genera pérdida de hueso alrededor del diente?". Se advirtieron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "Si", "No lo sé", "infección de la encía". Las respuestas fueron categorizadas de la siguiente manera; Entendimiento alto: el paciente responde de forma afirmativa a la pregunta y agrega información relacionada; Entendimiento bajo: confunde ciertos aspectos o entrega otra respuesta; Entendimiento nulo: es decir, no sabe. La gran mayoría de los entrevistados advierte un entendimiento alto con 39 menciones. La minoría con 7 menciones mostraron un entendimiento nulo, y sólo un entrevistado tuvo un entendimiento bajo. (Ver tabla 14).

Tabla 14: Codificación de respuestas sobre pérdida ósea

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
2. Conocimiento Conceptual de Periodontitis D. La relación entre la pérdida dentaria y la forma más severa de periodontitis	D.3. ¿La periodontitis genera la pérdida de hueso alrededor del diente?	-Sí (39) *"si, tengo los tres de abajo ferulizados, estaba viendo el tema de implante " (Entrevista XXXVIII)* *"si, porque se va debilitando entonces cada vez va penetrando más, más en el diente, más el hueso hasta que finalmente uno pierde la pieza" (*Entrevista XLVI) -No sé (7) "No sé, pero cuando uno pierde piezas dentales, uno va perdiendo hueso (…)" (Entrevista XV) -Otro (1) "te los debilita" (Entrevista XXVI)

Dimensión N°3: Conocimiento de medidas de autoeficiencia.

A) Grado de conocimiento de la terapia de mantención.

Esta dimensión engloba cuatro ítems o conceptos; A.1) Cada cuanto tiempo debe asistir a control, A.2) Razón por la cual debe ir con esa regularidad, A.3) Resultado de no asistir a controles y A.4) Terapia de mantención.

El primer ítem que fue consultado para la dimensión de grado de conocimiento de la terapia de mantención periodontal, fue para indagar en sí los pacientes saben cuándo asistir a sus controles indicados, para lo cual se les preguntó; "*¿cada cuánto tiempo debe asistir a control con el dentista?".*

Las respuestas variaron debido a que entrevistados se encontraban en distintas fases del tratamiento, y por el contexto de pandemia por Covid-19 2020, muchos pacientes se encontraban un poco desorientados sobre sus terapias de mantención, por lo cual se consideraron sólo dos niveles para categorizar las respuestas; Entendimiento alto en donde efectivamente el entrevistado identifica su intervalo de controles según lo indicado por tratante, la cual podría ser determinada en 3, 6 o 12 meses según consenso o podría variar según la accesibilidad del paciente en el contexto de esta pandemia; Entendimiento nulo es decir que no sabe. (48) Se encontraron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontaneas;" una vez al mes", *"3 meses", "4 meses" "6 meses", "1 año".* La mayoría advierte un nivel de entendimiento alto, con 41 menciones, y 6 entrevistados indicaron entendimiento nulo. (Ver Tabla 15)

Tabla 15: Codificación del conocimiento sobre periodicidad de controles.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. A. grado de conocimiento de la terapia de mantención.	A.1. ¿Cada cuánto tiempo debe asistir a control con el dentista?	-1 año (7) *"cada un año, pero paso esto de la pandemia"* (Entrevista II) -6 meses (19) *"Cada 6 meses"* (Entrevista XXX) -3 meses (10) *"cada 3 meses"* (Entrevista XVI) -1 vez al mes (3) "Me controlaba todos los meses (…)" (Entrevista XIII) -Cada 15 días (2) "*Bueno la doctora me dijo que cada dos semanas, más o menos o una vez a la semana, cuando la doctora tuviera el tiempo*" (Entrevista XXXIII) -No sabe / No responde (6)

La segunda pregunta de este apartado, fue formulada de la siguiente manera "¿Cuál es la razón por la que debe ir con esa regularidad al dentista?". Sin influir en sus respuestas se trató de guiar a los pacientes para que dieran la mayor cantidad de información, se advirtieron las siguientes menciones como tendencias de respuestas espontáneas: "sarro", "chequeo/control", "enfermedad periodontal". Se categorizaron las respuestas en tres niveles de entendimiento: entendimiento alto: reconoce que la razón por la que debe ir a control con cierta periodicidad es por cómo se comporta la enfermedad periodontal y por el nivel de riesgo que presenta ese paciente; entendimiento bajo: cuando da otra respuesta, por ejemplo habla sobre el sarro dental, o se confunde; entendimiento nulo: es decir no sabe o no respondió la pregunta.

La mayoría de los pacientes advierte un nivel de entendimiento bajo con 30 menciones, hubo 6 entrevistados con entendimiento alto, y 11 dieron respuestas que indicaban entendimiento nulo o no respondían. (Ver tabla 16).

Tabla 16: Codificación del conocimiento sobre la razón de la periodicidad de los controles.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. A. grado de conocimiento de la terapia de mantención.	A.2. ¿Cuál es la razón por la que tiene que ir con esa regularidad al dentista?	-Sarro (7) "se me junta mucho sarro en la mandíbula de abajo" (Entrevista XVI) -Chequeo / control (10) "para hacer un chequeo constante de la limpieza, y para que no se me acumule sarro" (Entrevista IV) -Enfermedad Periodontal (4) "Porque como tengo enfermedad periodontal debería ir más seguido de lo normal…." (Entrevista I) -Otro (13) "mientras tenga los bracket y tengo recesiones en algunas piezas (…)" (Entrevista XVII) "Bueno a mí me dieron que tenía que ir pero no pro al periodontitis, sino por las coronas (…)" (Entrevista XVIII) -Limpiezas (3) "(…)*porque me hacían las limpiezas bucales" (*Entrevista XXXIII) -No sabe/ No responde: (10)

La tercera pregunta de este ítem se formuló con el fin de saber cuál es el conocimiento que tienen los pacientes sobre las graves consecuencias de la enfermedad como la pérdida dentaria, si no asisten a sus controles con regularidad. Para ello se formuló la siguiente pregunta *"¿Qué impacto puede causar en su enfermedad el no asistir a los controles establecidos?".* Las respuestas recabadas fueron codificadas de la siguiente forma, Entendimiento alto: El entrevistado entendía como una de las consecuencias más graves de no asistir a controles es la pérdida de nivel de inserción, disminución de hueso alveolar y la pérdida dentaria, producto de ello, 17 entrevistados tienen entendimiento alto ; Entendimiento medio: el paciente habla del "sarro", y la remisión de la enfermedad, 10 entrevistados entraron en esta categoría ; Entendimiento bajo: el entrevistado daba otra respuesta o se confundía, 9 entrevistados tuvieron este nivel de entendimiento, y Entendimiento Nulo: es decir, No sabe, 11 personas tuvieron este nivel de entendimiento. (Ver tabla 17)

Tabla 17: Codificación de respuestas sobre el impacto de no asistir a control.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. A. grado de conocimiento de la terapia de mantención.	A.3. ¿Qué impacto puede causar en su enfermedad el no asistir a los controles establecidos?	-Pérdida dental (16) " bueno perdida (…) perdida de piezas dentales " (Entrevista VII) " se me siguen cayendo los dientes (…)" (Entrevista II) -Retorno de la enfermedad (8) "volver a tener la enfermedad " (Entrevista V) -Otro (12) "puede que se me empiecen a soltar los implantes (…)" (Entrevista VIII) "es perjudicial para la dentadura de uno, es un retraso" (Entrevista XIV) *"Un retroceso en el avance de sanarme en el tema" (*Entrevista XL) -No sabe / No responde (11) "No, no lo sé" (Entrevista IX)

La última pregunta de este ítem, es la más relevante, es sobre la terapia de mantención periodontal o también conocida como TPS, y se planteó así "¿Qué significa "terapia de mantención"?" y es una pregunta compuesta, ya que, si el entrevistado sabía lo que era la terapia de mantención, en seguida se le preguntaba lo siguiente "¿En qué consiste y cada cuanto se le indico que debía realizarse?".

En este tema, las respuestas se categorizaron de la siguiente manera; entendimiento alto que identifica a la TPS como sesiones clínicas indicadas en intervalo de tiempo específico (puede variar según el caso), en el que se evalúa clínicamente al paciente y se evalúa la capacidad que tiene el paciente para mantener estable la enfermedad reconociendo la importancia de adherirse a la terapia; entendimiento medio en donde emplea términos claves como "control", "estable" *y* "refuerzo" pero no reconociendo su importancia; entendimiento bajo donde reconoce términos aislados o da otra respuesta , y entendimiento nulo. Como tendencia de respuesta espontánea se observaron las siguientes: "limpieza", "control", "destartraje". La mayoría de los entrevistados advierte un nivel de entendimiento nulo con 25, entendimiento bajo con 15, entendimiento medio con 5 entrevistados, y entendimiento alto con solo 2 personas. (Ver tabla

18)

Tabla 18: Codificación respuestas sobre la terapia de mantención periodontal.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. A. grado de conocimiento de la terapia de mantención.	A. 4. ¿Qué significa "terapia de mantención"?- ¿En qué consiste y cada cuanto se le indico que debía realizarse?	-Limpieza (4) "*Mantener la limpieza y* (…)" (Entrevista XIX) -Revisión (3) "*me hacen la revisión completa para saber si tengo nuevamente focos de la enfermedad y una limpieza sacando todo lo que es placa y sarro*" (Entrevista XVII) -control (4) "*control regular"* (Entrevista XXXV) -Otro (11) "*me imagino yo que van viendo cada pieza que se va soltando (..)"* (Entrevista XVI) -NO sabe/ No responde: (25) "*No, quizás me lo explicaron de otra forma, pero no, no recuerdo*" (Entrevista XXV)

B) Grado de conocimiento conceptual de Higiene dental.

Esta dimensión engloba seis ítems o conceptos; B.1) Medidas para el autocuidado de la enfermedad, B.2) Número de veces que realiza la rutina de higiene, B.3) Tiempo de duración del cepillado, B.4) Tipo de cepillo utilizado, B.5) Técnica de cepillado, B.6) Tiempo de recambio del cepillo.

El primer ítem sobre las medidas de autocuidado de la enfermedad se formuló de la siguiente manera: *"¿Qué medidas puede usted tomar en casa para el cuidado de su enfermedad?",* las respuestas dadas para esta pregunta fueron categorizadas de la siguiente manera; entendimiento alto: el paciente reconoce que para el autocuidado de su enfermedad debe tener un buen cepillado dental, idealmente tres veces al día, utilizar otros accesorios de higiene como hilo dental o cepillo interdental; Entendimiento bajo: se confunde o da otra respuesta; Entendimiento nulo: es decir no sabe. Como tendencia de respuestas espontáneas, se mencionaron "cepillado", "limpieza", "higiene". La mayoría de los entrevistados tuvieron un entendimiento alto con 39 respuestas, entendimiento bajo hubieron 6 respuestas, y entendimiento nulo, ósea no sabían, hubieron solo 2 . (Ver tabla 19)

Tabla 19: Categorización de respuestas sobre autocuidado de la enfermedad.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. B. grado de conocimiento de la Higiene dental	B. 1. ¿Qué medidas puede usted tomar en casa para el cuidado de su enfermedad?	-Limpieza (6) "*Limpieza seguida, enjuague bucal y hilo dental*" (Entrevista V) -Cepillado (26) " *(…)me cepillo los dientes, me paso bien el hilo, y sino esos cepillitos(…)"* (Entrevista II) -Higiene (7) "*tener una buena higiene nada mas*" (Entrevista XXXIX) -Otro (6) "*Mantener una alimentación balanceada libre de azucares y tener también una correcta limpieza dental* (…)" (Entrevista X) -NO sabe/ No responde: (2)

La segunda pregunta de este ítem se realizó para saber el número de veces que los pacientes cepillan sus dientes, y la pregunta formulada fue la siguiente, "¿Cuál es el número de veces al día que realiza su rutina de higiene oral?". Aquí se establecieron tres categorías de entendimiento (alto, bajo y nulo) debido a que se requiere de respuestas más específicas para determinar si el entrevistado posee el conocimiento en cada área de indagación.

Con respecto al cepillado primero se buscó indagar en el conocimiento que tenían los pacientes acerca de la frecuencia de cepillado, o número de veces al día que debía realizarse. Las respuestas obtenidas se categorizaron de la siguiente manera; entendimiento alto es decir que identifica que la higiene debe realizarse después de cada comida o 3 veces al día; entendimiento bajo donde el entrevistado identifica menos de tres veces al día o da otra respuesta, y entendimiento nulo. Casi la totalidad de los pacientes entrevistados (46) indicaron entendimiento alto, solo un entrevistado entraba en la categoría de entendimiento bajo. (Ver tabla 20).

Tabla 20: Codificación de respuestas sobre frecuencia de cepillado.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. B. grado de conocimiento de la Higiene dental	B. 2. ¿Cuál es el número de veces al día que debe realizar su rutina de higiene oral?	-3 veces (24) "*mínimo 3 veces*" (Entrevista XIX) "tres veces al dia" (Entrevista XLI) -Después de cada comida (16) "*Debiese ser después de cada comida, pero lo hago 3 veces*" (Entrevista XVII) "*Es que yo después de cada comida me cepillo los dientes*" (Entrevista XXXIX) -4 veces (6) *"Como 4 veces" (Entrevista XXXIII)* *"Idealmente como 4 veces" (Entrevista VI)*

La tercera pregunta del ítem fue sobre la duración del cepillado dental, y se formuló de la siguiente manera "¿Cuál es el tiempo de duración mínimo para realizar el cepillado dental?", las respuestas se categorizaron de la siguiente manera; entendimiento alto donde identifica que el cepillado debe realizarse por lo menos por *"3 minutos"* o más; Entendimiento medio en donde responde que son 5 minutos o más; Entendimiento bajo en donde confunde o da otra respuesta y entendimiento nulo es decir no sabe. La mayoría demostró un entendimiento medio, con 20 menciones, 14 personas demostraron un entendimiento alto, 11 personas demostraron un entendimiento bajo y 1 indicó no saber. (Ver Tabla 21)

Tabla 21: Codificación de respuestas para duración de cepillado.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. B. grado de conocimiento de la Higiene dental	B. 3. ¿Cuál es el tiempo de duración mínimo para realizar el cepillado dental?	-5 minutos (21) "*unos 5 minutos*" (Entrevista VI) -3 minutos (13) "*3 minutos*" (Entrevista XXII) -10 minutos (3) " *yo creo que me demoro mínimo 10 minutos*" (Entrevista XXV) -Otro (7) "*Sé que son dos canciones de cumpleaños feliz*" (Entrevista XI) " *a mí me dijeron que me tenía que cepillar por lo mínimo, como 5 minutos por cada diente (…)"* (Entrevista XX) "*lo más largo es en la noche, 5 minutos"* (Entrevista XIL) -No sabe / No responde (1)

La cuarta pregunta de este ítem fue la siguiente, "¿Qué tipo (s) de cepillo debe usar?", las respuestas fueron categorizadas en 3 categorías, Entendimiento alto: reconoce el tipo de cepillo que se le fue indicado por el especialista (suave) y nombra otros elementos de higiene importantes como los cepillos interdentales o hilo dental; Entendimiento medio; indica solo un instrumento de higiene oral, como el cepillo; Entendimiento bajo: se confunde o da otra respuesta (ejemplo: indica la marca del cepillo solamente): Entendimiento nulo: es decir no sabe. El analizar la pregunta, 9 personas tuvieron un nivel de entendimiento alto, la mayoría tuvo un entendimiento medio con 19 menciones, entendimiento bajo hubieron 17 respuestas, y solo hubieron 2 pacientes que tenian entendimiento nulo. (Ver tabla 22).

Tabla 22: Codificación de respuestas sobre artículos de higiene.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. B. grado de conocimiento de la Higiene dental	B. 4. ¿Qué tipo (s) de cepillo (s) debe usar?	- Blando (19) "*uso blando, con los otros me duele*" (Entrevista XXXII) -Marca de cepillo dental (13) "*Ocupo el super 7"* (Entrevista I) "*curaprox mediano*" (Entrevista XIV) "*Uso el PHB super 7 o super 8*" (Entrevista XLVI) -Cepillo interdental (7) "*un interdental medida 0.7, y el otro tiene una cerda super delgada color negro"* (Entrevista X) -Duro (3) "*Ahora…uno durito porque no me sirven los blanditos" (*Entrevista XXXIII) -Otro (3) "Uno semiduro" (Entrevista XLIV)

La quinta pregunta de este ítem es en relación a la técnica de cepillado enseñada por el alumno tratante al paciente, ya sea si recuerda el nombre de la técnica y puede explicar la técnica de cepillado, o si solo puede explicarla sin términos técnicos. Las respuestas se categorizaron de la siguiente manera; entendimiento alto es decir Identifica técnica de cepillado, relatando, movimiento y posición del cepillo; Entendimiento bajo en donde relata una técnica inespecífica con déficits en su reproducción; y entendimiento nulo. La mayoría de los participantes demostraron entendimiento bajo con 42 menciones, 4 indicaron entendimiento nulo; solo una (1) persona tuvo entendimiento alto. (Ver Tabla 23).

Tabla 23: Codificación de respuestas sobre técnica de cepillado.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. B. grado de conocimiento de la Higiene dental	B. 5. ¿Cómo es la técnica de cepillado enseñada por el estudiante hacia usted?	- Especifica (1) "*(…) es poner el cepillo en posición de 45 grados, y hacer una depresión sobre la encía, hacer un movimiento circular y arrastras hacia arriba , o hacia abajo en la parte superior"* (Entrevista XXVII) -Inespecífica (42) "*es como el cepillo de lado, cepillo el diente y la encía y después arrastro hacia abajo"* (Entrevista I) "*Si, escobillado hacia arriba y hacia abajo, como barriendo" (*Entrevista XXXVIII) -No sabe / No responde (4) "*No*" (Entrevista XL)

La última pregunta buscó indagar si los pacientes sabían el tiempo de vida útil del cepillo dental, se realizó la siguiente pregunta "*¿Cada cuánto tiempo debe cambiar el cepillo*?", las respuestas entregadas se categorizaron de la siguiente manera, entendimiento alto es decir identifica que la duración del cepillo es entre *"2"* y *"3 meses"* o hasta que las cerdas pierden su integridad; entendimiento bajo en donde confunde o da otra respuesta, y entendimiento nulo. A 35 respuestas se le asignó el nivel de entendimiento alto, 9 entrevistados indicaron entendimiento bajo, y 3 indicaron no saber. (Ver Tabla 24).

Tabla 24: Codificación de respuestas sobre vida útil del cepillo dental.

Dimensión	Concepto	Tendencias de menciones
3. Conocimiento de medidas de autoeficiencia. B. grado de conocimiento de la Higiene dental	B. 6. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiar el cepillo?	- 3 meses (22) "*cada 3 meses*" (Entrevista VI) -2 meses (6) " " (Entrevista X) -1 mes (4) "*Lo ideal que me dijeron que era al mes* (…)" (Entrevista III) -Cerdas gastadas (6) "*Cuando uno ve que las cerdas del cepillo ya están gastadas"* (Entrevista XIV) -6 meses (2) "Siempre lo he cambiado cada 6 meses. Desde que me enseñó mi dentista cuando era pequeña" (Entrevista XXXVII) -1 año (1) "*una vez al año*" (Entrevista XXXII) -Otro (1) -No sabe / No responde: (2)

VII. DISCUSIÓN

A pesar de los preocupantes resultados recopilados con respecto a la definición, prevalencia, factores e indicadores de riesgo, y tratamiento de la periodontitis en Santiago de Chile, se han realizado escasas intervenciones y estudios en donde se apunte a emplear la alfabetización en salud oral. Es deseable en el futuro poder contribuir al desarrollo de intervenciones para mejorar el conocimiento, hábitos y creencias erróneas sobre la salud periodontal. Por esta razón surgió la motivación de realizar este estudio cualitativo exploratorio, en el cual participaron los pacientes atendidos por estudiantes del postgrado de periodoncia, y así poder aportar a examinar la situación con respecto a la alfabetización de la salud en el ámbito periodontal.

Conocimiento conceptual de la periodontitis

Con respecto al conocimiento conceptual de la periodontitis, se destaca que la mayoría de los pacientes entrevistados no identifican aspectos importantes de la enfermedad como su carácter infeccioso, multifactorial y crónico, y su etiología bacteriana, es decir, no entienden el concepto de la periodontitis y lo que abarca. Esto se asemeja a lo que se sabe actualmente sobre la alfabetización en salud, que propone que las personas con enfermedades a largo plazo o enfermedades crónicas reportan mayor dificultad de entendimiento e información de las enfermedades que padecen, en comparación con el resto de la población, sobre la información de salud provista y de comprometerse activamente a la atención recibida. (74) La enfermedad periodontal es de carácter crónico, por lo tanto, el entendimiento del paciente sobre su enfermedad y cumplimiento de las instrucciones entregadas, son esenciales para una mantención estable a largo y estabilidad de la enfermedad, y además lograr mantener la salud oral alcanzada post-tratamiento (75) Nuestros resultados coinciden con estudios de otras enfermedades crónicas acerca del conocimiento de su enfermedad. (76)

Se destaca, además, que la gran mayoría reconoce a la higiene oral como un factor de riesgo de la enfermedad, lo que podría relacionarse también con otro

tema en el que los pacientes demostraron un fuerte dominio del conocimiento, que fue el cepillado dental y los hábitos de higiene como medida preventiva principal.

Otro aspecto importante para la prevención de la enfermedad periodontal es el manejo de los factores de riesgo, área débil en cuanto a conocimiento entre los pacientes, en donde incluso la gran mayoría no sabían la definición de factor de riesgo, por lo que se tuvo que dar ejemplo, para que ellos pudieran contestar la pregunta. Entre los esfuerzos recientes por identificar los déficits en el conocimiento periodontal, mediante otros estudios, también se observan resultados similares que también indicaron un bajo conocimiento acerca de los factores de riesgo entre los sujetos de estudio. (14, 77) En la docencia y práctica de periodoncia deberían implementarse modelos de asignación de riesgo individual en pacientes, para que así los alumnos puedan adoptar competencias para identificar el riesgo de cada paciente y puedan indicar tratamientos personalizados para cada paciente y educarlo. (78), por lo que se desprende una necesidad de énfasis en esta área, y no dejar que pasen inadvertidos.

El aspecto que mostró mayor conocimiento en esta dimensión fue la relación de la pérdida dentaria como consecuencia de la periodontitis, lo que es un buen indicador de entendimiento de los pacientes en relación a la peor consecuencia de la periodontitis. Estos hallazgos se condicen con los resultados en un estudio similar de conocimiento relacionado a la periodontitis hecho a nivel de una comunidad Alemana, en donde la mayoría sí puede identificar la pérdida dentaria como consecuencia de la enfermedad (10), lo cual podría deberse a implementación activa de medidas de promoción de la salud oral en ese país que valorizan la alfabetización de la salud, mientras en Chile esta propuesta es más bien reciente, pero los pacientes ya presentan una base.

Conocimiento conceptual del tratamiento periodontal

Con respecto al tratamiento periodontal, se establece que, al entenderlo, podría mejorar aún más el estado de su salud oral, al tener un mayor conocimiento con respecto a su enfermedad. (76) La última pregunta realizada en esta dimensión hacía referencia al conocimiento del procedimiento clínico realizado por el alumno al paciente, en donde la mayoría de los entrevistados indicaron un entendimiento medio, donde la respuesta espontánea era “limpieza”. El procedimiento clínico realizado en la clínica universitaria odontológica UNAB, consiste principalmente en sesiones de destartraje con ultrasonido, y pulido radicular con curetas. Si bien aún existe debate en cuanto al tiempo empleado y costo-efectividad de este tratamiento, y la frecuencia con la que debiese realizarse, está comprobado que reduciría los niveles de cálculo en pacientes tratados con regularidad a los que se les realizó seguimiento hasta por tres años (79), por lo cual resulta de suma importancia que los pacientes conozcan los procedimientos de rutina a los que son sometidos, para que puedan adherirse mejor a estos.

Con respecto a la fase de reevaluación y a la terapia de mantención, el entendimiento de estos conceptos fue prácticamente nulo, no sabían la razón por la que debía realizarse, ni que era lo que sucedía en esa sesión clínica de TPS. Lo único que la mayoría de los pacientes lograron captar correctamente fue el tiempo de intervalo entre controles clínicos que se les fue indicado, pero no hacen alcance a su real importancia, el “por qué” debían ir con esa regularidad, pero por otro lado saben que la consecuencia de no asistir a los controles es la pérdida dental y/o el acumulo de cálculo. Esto podría explicarse porque si bien es requisito en el contexto de clínica universitaria que los alumnos empleen distintos modelos para asignar perfiles de riesgo a sus pacientes y determinar así el intervalo entre controles consignándolo en las fichas clínicas, al parecer este no se les explica satisfactoriamente a los pacientes durante la atención odontológica. Esto también podría explicar que la gran mayoría solo pueden indicar el intervalo de tiempo indicado entre las citas dentales, pero no entienden la importancia de la adherencia al tratamiento, o del cumplimiento de asistencia

a las terapias de mantención. Quizás el bajo conocimiento que poseen podría explicar, en parte, el por qué los pacientes no vuelven después de haber sido dados de alta. Esto último podría asemejarse a los resultados obtenidos en un estudio que encontró que bajos niveles de alfabetización en salud oral se relacionan con mayor inasistencia a citas agendadas en una clínica universitaria (80). En cierta manera, se podría establecer que los alumnos no cumplen con lo propuesto por el MINSAL con respecto a las enfermedad periodontales (44), que indica que las frecuencias de las terapias de mantención periodontal deben ser adecuadas a las necesidades del paciente y sugieren una buena comunicación con el paciente sobre sus factores de riesgo, el reforzamiento positivo de sus logros y consensuar en conjunto la frecuencia de sus controles con respecto a este tema.

Conocimiento de medidas de autocuidado

Esta dimensión hace referencia principalmente a la higiene que puede realizar el paciente por sí mismo, para lo cual se buscó indagar en el conocimiento que poseían los entrevistados del cepillado dental y rutina de higiene oral.

En relación al cepillado dental, el conocimiento que los pacientes poseen es el indicado para entender cómo realizar una correcta higiene, pero desconocen el nombre de la técnica específica que se les enseñó y como realizarla. Con respecto al conocimiento de las medidas de autocuidado, resulta curioso que, a pesar del pobre conocimiento en las demás dimensiones exploradas, los pacientes reportan entendimiento de la higiene oral, y de su importancia. Esto se asemeja a lo obtenido en un estudio que a pesar de observar una gran cantidad de respuestas erróneas respecto a la definición de "placa dental", se observó un vasto conocimiento de una correcta higiene oral, y actitudes positivas. (81)

No se debe ignorar el hecho que se observó conocimiento deficiente acerca de los artículos de higiene oral entre los entrevistados, en donde la mayoría indicó no saber demasiado acerca del uso de la seda dental, por otro lado varios entrevistados indicaron usar cepillos interdentales pero no necesariamente entendían su importancia. Esto se podría comparar a un estudio de metodología distinta, que en sus resultados obtuvieron que el uso de seda dental está asociado fuertemente al conocimiento que los sujetos poseían respecto al uso de seda dental. (82)

Existe evidencia bajo el mismo contexto de clínica universitaria, en donde se establece la relación de los bajos niveles de alfabetización en salud oral con alta prevalencia de la periodontitis en su forma más severa (7), lo cual podría implícitamente reflejarse en mayor complejidad de los tratamientos a los que se ven enfrentados los alumnos. En resumen, se observaron déficits de conocimiento en todas las dimensiones investigadas.

VIII. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo explorar y describir el conocimiento de pacientes tratados por alumnos de postgrado en una clínica odontológica universitaria. De los resultados se desprende, que los pacientes poseen conocimiento limitado con respecto dimensiones importantes relacionadas a la periodontitis, como el concepto de periodontitis como tal, fases de tratamiento periodontal, y la terapia de mantención periodontal. Según los resultados obtenidos, se sugiere investigar las áreas con más déficit mencionadas anteriormente. Para esto podrían utilizarse métodos cuantitativos validados, y enfocarse en los factores que podrían estar fallando en la educación hacia los pacientes, por ejemplo; métodos, tiempo, contexto, contenido, etc.

También nace el cuestionamiento de qué factores están influyendo en el traspaso y entendimiento de la información según lo cual podría abrir abriendo nuevas líneas investigativas con respecto a los aspectos de la alfabetización de los pacientes.

Se infiere también, la necesidad de los alumnos de evaluar constantemente la recepción del conocimiento en sus pacientes, y conceptos hasta lograr su entendimiento.

Este estudio contó con varias limitaciones, ya que, se realizó bajo el contexto de pandemia global 2020, los participantes no habían podido acudir a la universidad para seguir con su tratamiento o ir a controles. Los pacientes de postgrado van cambiando de tratante año a año, ya que, los alumnos van egresando, y en esta tesis muchos de los entrevistados relataban haber perdido el contacto con su tratante, y eso nos lleva a asumir que no ha habido un refuerzo en la educación del paciente, y estaban además en la incertidumbre de como continuarían con su tratamiento.

Si bien se asume que los alumnos deberían reforzar en todas las sesiones la educación al paciente, se desconoce el número de sesiones a las que asistió cada participante previo a la realización de la entrevista, pudiendo implicar que los que asistieron menos veces se encontrarán en desventaja. Otro aspecto por

considerar es que la problemática se estudió desde la perspectiva de pacientes atendidos en una clínica universitaria, en donde la mayoría señaló haber alcanzado un nivel de educación superior, lo cual no corresponde a una muestra representativa de la población. Por este motivo no se establecieron conclusiones con respecto al nivel de educación máximo alcanzado, sexo, y edad con el conocimiento adquirido por los pacientes. Se sugiere realizar estudios a futuro, que analicen otros aspectos relacionados a la alfabetización de la salud oral, para determinar los niveles de alfabetización de la población y cómo podría estar afectando en los resultados periodontales.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Chapple, I., & Wilson, N. (2014). CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES. BRITISH DENTAL JOURNAL, 216(9), 487.
2. Nazir, M. A. (2017). Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. International Journal of Health Sciences, 1(2), 72–78.
3. MINSAL. Análisis de situación de salud bucal. In: Bucal DdS, editor. 2011.
4. MINSAL. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. 2017:44-69.
5. Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Mehrabi, Y., & Safari-Moradabadi, A. (2020). Systematic review of the tools of oral and dental health literacy: assessment of conceptual dimensions and psychometric properties. BMC Oral Health, 20(1), 1-4.
6. Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G., & Riley, J. L. (2014). Health literacy: A pathway to better oral health. American Journal of Public Health, 104(7), 85–92.
7. Baskaradoss JK. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. BMC oral health, 18(1):172.
8. Chandrasekaran, S., Powell, C., De la Rosa, L., Mittal, A., & Johnson, L. (2017). Dental Students' Reflections on Quality of Periodontal Care in Dental School Clinics. Journal of Dental Education, 81(1), 14–21.
9. Holtzman JS, Atchison KA, Macek MD, Markovic D. (2017) Oral Health Literacy and Measures of Periodontal Disease. Journal of periodontology, 88(1):78-88.
10. Deinzer R, Micheelis W, Granrath N, Hoffmann T. (2009) More to learn about: periodontitis-related knowledge and its relationship with periodontal health behaviour. Journal of clinical periodontology, 36(9):756-64.
11. Greenwell H, S. Kornman K. 2019. Biologically Guided Implant Therapy: A Diagnostic and Therapeutic Strategy of Conservation and Preservation Based on Periodontal Staging and Grading. Journal of Periodontology. 2019 May; 90: 441-444
12. Newman M, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical

Periodontology. 12, editor: Elsevier; 2014. 904 p.

13. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. 2018;45(S20):S9-S16.
14. Jan Lindhe TK, Niklaus P. Lang. Periodontología clínica e implantología odontológica 5th ed2009.
15. J GC, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, K SK, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. Journal of clinical periodontology. 2018;45 Suppl 20:S1-s8.
16. Robert J. Genco RCW. Enfermedad Periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico2011.
17. Murakami S, Mealey B, Mariotti A, Chapple I. Dental plaque–induced gingival conditions. Journal of clinical periodontology. 2018;45:S17-S27.
18. Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. Annals of periodontology. 1999;4(1):7-19.
19. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontology 2000. 2012;60(1):15-39.
20. Rothstein MA. Rethinking the meaning of public health. The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics. 2002;30(2):144-9.
21. Flemmig TF. Periodontitis. Annals of periodontology. 1999;4(1):32-8.
22. Baehni P, Tonetti MS. Conclusions and consensus statements on periodontal health, policy and education in Europe: a call for action--consensus view 1. Consensus report of the 1st European Workshop on Periodontal Education. European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe. 2010;14 Suppl 1:2-3.
23. White DA, Tsakos G, Pitts NB, Fuller E, Douglas GV, Murray JJ, et al. Adult Dental Health Survey 2009: common oral health conditions and

their impact on the population. British dental journal. 2012;213(11):567-72.

24. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. Journal of dental research. 2012;91(10):914-20.
25. Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke WS, et al. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. Journal of periodontology. 2015;86(5):611-22.
26. Morales A, Carvajal P, Romanelli H, Gomez M, Loha C, Esper ME, et al. Prevalence and predictors for clinical attachment loss in adolescents in Latin America: cross-sectional study. Journal of clinical periodontology. 2015;42(10):900-7.
27. MINSAL. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile. 2007.
28. Espinoza I, Thomson WM, Gamonal J, Arteaga O. Disparities in aspects of oral-health-related quality of life among Chilean adults. Community dentistry and oral epidemiology. 2013;41(3):242-50.
29. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Munoz A, Urzua I, Aranda W, et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. Journal of periodontology. 2010;81(10):1403-10.
30. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud %J Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2016;9:177-83.
31. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. Journal of periodontology. 2018;89 Suppl 1:S159-s72.
32. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. Nature reviews Disease primers. 2017;3:17038.

33. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. Periodontology 2000. 1997;14:9-11.
34. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, van der Velden U, Armitage G, et al. Principles in prevention of periodontal diseases. 2015;42(S16):S5-S11.
35. Dumitrescu AL. Eidtorial: Periodontal Disease - A Public Health Problem. Frontiers in public health. 2015;3:278.
36. Mealey BL, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal diseases. Journal of periodontology. 2006;77(8):1289-303.
37. Nociti FH, Jr., Casati MZ, Duarte PM. Current perspective of the impact of smoking on the progression and treatment of periodontitis. Periodontology 2000. 2015;67(1):187-210.
38. Ryder MI, Fujitaki R, Johnson G, Hyun W. Alterations of neutrophil oxidative burst by in vitro smoke exposure: implications for oral and systemic diseases. Annals of periodontology. 1998;3(1):76-87.
39. Rojas JP, Rojas L, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales %J Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2014;7:108-13.
40. Stoltenberg JL, Osborn JB, Pihlstrom BL, Herzberg MC, Aeppli DM, Wolff LF, et al. Association between cigarette smoking, bacterial pathogens, and periodontal status. Journal of periodontology. 1993;64(12):1225-30.
41. Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. Terapéutica periodontal de mantenimiento %J Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2017;29:11-21.
42. AlJehani YA. Risk factors of periodontal disease: review of the literature. International journal of dentistry. 2014;2014:182513.
43. Ramfjord SP. Maintenance care and supportive periodontal therapy. Quintessence International. 1993;24(7):465-71.
44. MINSAL. Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales. 2017.

45. Claffey N, Polyzois I, Ziaka P. An overview of nonsurgical and surgical therapy. 2004;36(1):35-44.
46. Yuri K. A case report of advanced chronic periodontitis; the importance of motivation and difficulty in maintaining oral hygiene throughout the period of periodontal therapy. Journal of the Japanese Society of Periodontology. 2005:54-9.
47. Hughes B, Heo G, Levin L. Associations between patients understanding of periodontal disease, treatment compliance, and disease status. Quintessence International [Internet]. 2018 Jan;49 (1): 17-23
48. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). Oral health & preventive dentistry. 2003;1(1):7-16.
49. Wennström JL. Treatment of periodontal disease in older adults. 1998;16(1):106-12.
50. Kerry GJ. Supportive periodontal treatment. Periodontology 2000. 1995;9:176-85.
51. Ramseier CA, Nydegger M, Walter C, Fischer G, Sculean A, Lang NP, et al. Time between recall visits and residual probing depths predict long-term stability in patients enrolled in supportive periodontal therapy. Journal of clinical periodontology. 2019;46(2):218-30.
52. Cohen RE. Position paper: periodontal maintenance. Journal of periodontology. 2003;74(9):1395-401.
53. Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. Journal of clinical periodontology. 2004;31(9):749-57.
54. Graetz C, Dorfer CE, Kahl M, Kocher T, Fawzy El-Sayed K, Wiebe JF, et al. Retention of questionable and hopeless teeth in compliant patients treated for aggressive periodontitis. Journal of clinical periodontology. 2011;38(8):707-14.
55. Hugh Rodman Leavell EGC. Preventive Medicine. 3rd, editor 1965.

56. Newton JT, Asimakopoulou K. Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behaviour change for improved plaque control in periodontal management. Journal of clinical periodontology. 2015;42 Suppl 16:S36-46.
57. Thomson WM, Sheiham A, Spencer AJ. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. Periodontology 2000. 2012;60(1):54-63.
58. Jones M, Lee JY, Rozier RG. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. Journal of the American Dental Association (1939). 2007;138(9):1199-208; quiz 266-7.
59. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC family practice. 2012;13:49.
60. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. Journal of general internal medicine. 2004;19(12):1228-39.
61. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American journal of health behavior. 2007;31 Suppl 1:S19-26.
62. Lee J, Stucky B, Rozier G, Lee SY, Zeldin LP. Oral Health Literacy Assessment: development of an oral health literacy instrument for Spanish speakers. Journal of public health dentistry. 2013;73(1):1-8.
63. Villanueva Vilchis Mdel C, Wintergerst A, Borges Yanez SA. Toward a Comprehensive Instrument of Oral Health Literacy in Spanish. Journal of health communication. 2015;20(8):930-7.
64. Cartes-Velasquez RA, Luengo Machuca L. Adaptation and validation of the oral health literacy instrument for the Chilean population. International dental journal. 2017;67(4):215-20.
65. Preus HR, Al-Lami Q, Baelum V. Oral hygiene revisited. The clinical effect of a prolonged oral hygiene phase prior to periodontal therapy in

periodontitis patients. A randomized clinical study. Journal of clinical periodontology. 2019.

66. Salzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dorfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. Journal of clinical periodontology. 2015;42 Suppl 16:S92-105.
67. Axelsson P, N.P L, Karring T. Mechanical Plaque Control. Quintessence International. 1994:219-43.
68. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. Journal of clinical periodontology. 2015;42 Suppl 16:S71-6.
69. Christou V, Timmerman MF, Van der Velden U, Van der Weijden FA. Comparison of different approaches of interdental oral hygiene: interdental brushes versus dental floss. Journal of periodontology. 1998;69(7):759-64.
70. Fernandez, Baptista, Sampieri H. Metodología de la investigación. 5ta ed2010.
71 . Strauss AL, Corbin JM. Basics of Qualitative Research; Grounded Theory Procedures and Techniques1990. 270 p.
72. R.A. K, M.A. C. Focus Groups: A practical Guide for Applied Research. Thousand Oaks, CA2000.
73. Corbetta P. Metodología y Técnicas de Investigación Social2007 2007. 49-240 p.
74. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. BMJ open. 2016;6(1):e009627.
75. Oliveira Costa F, Miranda Cota LO, Pereira Lages EJ, Medeiros Lorentz TC, Soares Dutra Oliveira AM, Dutra Oliveira PA, et al. Progression of periodontitis in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-year follow-up study. Journal of periodontology. 2011;82(9):1279-87.

76. Varela-Centelles P, Diz-Iglesias P, Estany-Gestal A, Seoane-Romero JM, Bugarin-Gonzalez R, Seoane J. Periodontitis Awareness Amongst the General Public: A Critical Systematic Review to Identify Gaps of Knowledge. Journal of periodontology. 2016;87(4):403-15.
77. Martensson C, Soderfeldt B, Halling A, Renvert S. Knowledge on periodontal disease before and after a mass media campaign. Swedish dental journal. 2004;28(4):165-71.
78. Levin L. Periodontal Risk Assessment: A Call for Programs and Outcomes. Journal of dental education. 2016;80(12):1391.
79. Lamont T, Worthington HV, Clarkson JE, Beirne PV. Routine scale and polish for periodontal health in adults. The Cochrane database of systematic reviews. 2018;12:Cd004625.
80. Holtzman JS, Atchison KA, Gironda MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. Community dentistry and oral epidemiology. 2014;42(3):263-70.
81. Gholami M, Pakdaman A, Jafari A, Virtanen JI. Knowledge of and attitudes towards periodontal health among adults in Tehran. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. 2014;20(3):196-202.
82. Taniguchi-Tabata A, Ekuni D, Mizutani S, Yamane-Takeuchi M, Kataoka K, Azuma T, et al. Associations between dental knowledge, source of dental knowledge and oral health behavior in Japanese university students: A cross-sectional study. PloS one. 2017;12(6):e0179298.

ANEXOS

Anexo SEQ Anexo * ARABIC 1: Certificado de aprobación



Santiago, 13 de mayo 2020

CERTIFICADO

El Comité Ético Científico de la Escuela de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Santiago, certifica que el proyecto investigación **código PROPRGFO 2020-2030 titulado "CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE PERIODONTITIS DE PACIENTES ATENDIDOS EN POSTGRADO DE PERIODONCIA: UN ESTUDIO CUALITATIVO"** en el 2020 a cargo de los **Dres. Matías Junge H. y Macarena Saiz P., y los alumnos Florencia Gonzalez Fierro y Sergio Barros Cornejo,** ha sido **APROBADO** después de una revisión exhaustiva y de las observaciones planteadas por este Comité, las cuales fueron debidamente aclaradas según lo informado por el o los investigador(es).

En virtud de lo anterior, en este acuerdo se estableció de forma unánime la implementación de la investigación. Sin desmedro de lo anterior, cualquier cambio posterior en el transcurso del estudio deberá ser informado formalmente a este Comité para su re-evaluación y nueva aprobación. Por último, r**ecuerde que en cualquier momento este comité podrá solicitar antecedentes del progreso de su investigación** como método de control en el cumplimiento de las normativas bioéticas vigentes.

Se recuerda que el investigador es el responsable del manejo de datos de información de la ficha clínica y debe responder en caso de pérdida o filtración de datos sensibles de los sujetos en estudio (nombre, rut, dirección teléfono, mail, enfermedades)

Atentamente

Anexo SEQ Anexo * ARABIC 2:
Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD ANDRES BELLO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Se le dará una copia del documento completo de Consentimiento Informado

-Solicitamos a usted su colaboración con este estudio. Antes de decidir si colabora o no, debe conocer y comprender los aspectos que se exponen a continuación. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea colaborar, entonces se le pedirá que firme este formulario.

- Este formulario de consentimiento puede contener algunas palabras que usted probablemente no entienda, si es así puede pedir explicaciones al investigador.

- Tome el tiempo que necesite para decidir, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al investigador. Usted también podrá discutir su participación con los demás miembros de su familia o amigos antes de tomar la decisión.

Nombre del Proyecto: **"*Conocimiento del diagnóstico de periodontitis de pacientes atendidos en postgrado de periodoncia: Un estudio cualitativo*"** Número de proyecto: PROPRGFO2020.2030

Investigador Principal: Dr. Matías Junge

EXPLICACIÓN DEL PROYECTO

Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación bajo la supervisión del Dr. Matías Junge en la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello Republica Santiago. El **objetivo principal** de esta investigación es describir el conocimiento relacionado a la periodontitis que poseen los pacientes tratados por alumnos de pregrado en clínica odontológica UNAB, Sede Santiago.
Este estudio se realizará con estricta confidencialidad de sus datos.

- Luego de la atención con el alumno, en la etapa de reevaluación, se le realizará una entrevista semiestructurada guiada por el alumno investigador.
- Esta entrevista será grabada para posteriormente ser transcrita por los investigadores, y luego poder analizar la información obtenida.
- La entrevista durará aproximadamente 10-20 minutos.
- La participación es única y no incluye seguimiento

- Esta entrevista podrá ser utilizada en estudios posteriores que se ciñan al objetivo del presente estudio

Ud. puede participar en este estudio porque cumple con las siguientes características:
-Adulto entre 18 y 70 años.
-Paciente diagnosticado con periodontitis.
- Recibir tratamiento periodontal por alumno tratante, en periodo de re-evaluación, o durante terapia de mantención periodontal.

ACLARACIONES

- Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención odontológica que merece.

- Su participación en este estudio le puede causar algún tipo de incomodidad al responder preguntas de algún tema a tratar en la entrevista guiada, en este caso siéntase libre de hacérselo saber al entrevistador, y de decidir retirarse de la entrevista si lo estima conveniente.

- No habrá compensación en caso de malestar generado, ya que la investigación, solo incluye la realización de la entrevista de carácter verbal, la cual no implica ningún procedimiento clínico, ni afectará en su condición actual ni en el tratamiento de su enfermedad.

- Si experimenta cualquier otro problema o inquietud, puede contactar al investigador responsable Dr. Matías Junge, al e-mail dr.matiasjunge@gmail.com, o teléfono: 99797281.

- Los resultados de la investigación son estrictamente con fines científicos y no comerciales.
- Los resultados de la investigación podrán ser usados en presentaciones a congresos científicos o publicados en revistas científicas nacionales o internacionales.

- La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Su nombre, y cualquier información identificable, serán codificados/anonimizados en una base de datos, mediante un sistema computacional. Esta información será almacenada por 3 años bajo la responsabilidad del investigador responsable Dr. Matías Junge.

- Usted no recibirá ningún beneficio económico por la participación en este proyecto, sin embargo, usted estará haciendo una libre y generosa donación para la investigación que podrá ser beneficiosa para futuras generaciones.

- Su participación en este estudio no le significara ningún costo adicional al ya asociado al tratamiento por el cual usted está siendo atendido en esta clínica.

- Este estudio tiene un beneficio a la sociedad científica, ya que luego de determinar el grado de conocimiento sobre la periodontitis severa de los pacientes, de la información analizada se podrá aportar activamente para mejorar el nivel de alfabetización en salud oral en pacientes tratados por alumnos en Periodoncia en Clínica Odontológica UNAB Sede Santiago.

- Si Ud. desea conocer los resultados de la investigación, o desea consultar sobre sus derechos como sujeto de investigación se puede dirigir al Comité de Bioética Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello por escrito al mail: **inv.odontounab@gmail.com.**

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a colaborar con la investigación de **"Conocimiento del diagnóstico de periodontitis de pacientes atendidos en postgrado de periodoncia: Un estudio cualitativo".**
Se me ha explicado el propósito del estudio, la ejecución de una entrevista guiada junto con sus riesgos y beneficios, además de mis derechos que me asisten, y de que soy libre de retirarme de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.

Yo autorizo al investigador responsable y sus colaboradores a acceder y usar los datos contenidos en mi ficha clínica para los propósitos.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado y su dirección de correo electrónico.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Entiendo que me darán copia de este documento. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del Participante:

_____

_____ _____

Firma Participante RUT

_____

Fecha



Dr. Matías Junge

_____

Firma Investigador Principal

Sección a llenar por el Investigador o su representante:

He explicado al Sr/Srta.…… la naturaleza de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma del Investigador que toma el CI

Anexo SEQ Anexo * ARABIC 3: Matriz de sistematización para entrevistas



Facultad de Odontología
Universidad Andrés Bello

MATRIZ PARA SISTEMATIZACIÓN ENTREVISTA GUIADA

EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Antecedentes/Contexto

Objetivo de la entrevista guiada

Explorar y describir el conocimiento de pacientes tratados por alumnos de Periodoncia de Postgrado de periodoncia en Clínica Odontológica UNAB, Sede Santiago, sobre la periodontitis.

Ficha técnica

Actividad	**Sistematización de XX entrevistas guiadas**
Nombre o estamento de entrevistado/a	Pacientes diagnosticados con periodontitis atendidos por alumnos de Clínica de Periodoncia de Postgrado de la Universidad Andrés Bello, Sede Santiago, en periodo de reevaluación y/o mantención con altas periodontales no mayores a 6 meses
Duración total del audio/s	*5 min-20min*
N° de participantes	*47*
Edad promedio participantes	Entre 18 y 70 años
Formato	*Audios transcritos*

Objetivo de la sistematización a realizar:

Crear un insumo que facilite el análisis cualitativo comparativo entre los distintos discursos levantados mediante las instancias de entrevistas guiadas, para responder al objetivo de evaluar el conocimiento de los pacientes, tratados por alumnos de periodoncia de pregrado en la clínica odontológica UNAB, sede Santiago.

Actividad a realizar:

Clasificar los insumos del archivo original “transcripción” según las dimensiones de análisis estipuladas en el presente documento.