

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**PREVALENCIA DE PERIODONTITIS EN PACIENTES DE 13 A 17
AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD
SANTO TOMAS DE FLORIDABLANCA, SANTANDER**

Rosalba Fernández Gómez, Johana Mesa Rincón.

.

Trabajo de grado para obtener el título odontólogo(a)

Directora

Carmen Alodia Martínez López

Odontóloga - Especialista en Ortopedia Maxilar

Universidad Santo Tomas, Bucaramanga

División De Ciencias De La Salud

Facultad De Odontología

2016

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	7
1.1. Planteamiento del problema.....	7
1.2. Justificación.....	8
2. Marco teórico.....	8
2.1.1. Definición.....	8
2.1.2. Etiopatogenia.....	8
2.1.2.1. Factores sistémicos.....	8
2.1.2.2. Factores locales.....	9
2.1.3. Factores de riesgo.....	9
2.1.3.1. El tabaquismo.....	9
2.1.3.2. Sustancias psicoactivas.....	9
2.1.3.3. Consumo de alcohol.....	9
2.2. Periodontitis agresiva.....	9
2.2.1 Definición.....	9
2.2.2. Periodontitis agresiva localizada.....	9
2.2.3. Periodontitis agresiva generalizada.....	10
2.2.4 Características clínicas.....	10
2.2.4.1 Características clínicas de la periodontitis agresiva localizada.....	10
2.2.4.2 Características clínicas de la periodontitis agresiva generalizada.....	10
2.2.5. Antecedentes históricos.....	10
2.2.6 Diagnostico.....	11
2.2.7. Tratamiento.....	12
2.2.7.1. Terapia inicial.....	12
2.2.7.2. Medidas correctivas.....	12
2.2.7.3. Terapia de mantenimiento.....	12
3. Objetivos.....	12
3.1. Objetivo general.....	12
3.2. Objetivos específicos.....	12
4. Método.....	12
4.1. Tipo de estudio.....	12
4.2. Descripción y selección de participantes.....	13
4.2.1. Población.....	13

4.2.2. Muestra.	13
4.2.3. Muestreo.	13
4.2.4. Criterios de selección (inclusión y exclusión)	13
4.2.4.1 Criterios de inclusión	13
4.2.4.2. Criterios de exclusión	13
4.3. Variables.....	13
4.3.1. Género.....	13
4.3.2. Edad	13
4.3.3. Año y período en que se aprobó la historia clínica.....	13
4.3.4. Diagnostico periodontal.	13
4.3.4.1. Periodontitis agresiva.....	13
4.3.4.2. Periodontitis agresiva generalizada:	13
4.3.4.3. Periodontitis agresiva localizada.....	14
4.3.5. Índice de placa bacteriana o biofilm	14
4.3.6. Radiografía panorámica	14
4.3.7. Pérdida ósea	14
4.3.8 Forma de la pérdida ósea	14
4.3.9. Localización de la pérdida ósea	14
4.3.10. Bolsas periodontales	14
4.3.11 Vestíbulo versión dental	14
4.3.12 Uso de seda dental	14
4.3.13 Enjuague bucal.....	14
4.3.14 Cepillado dental	14
4.3.15. Palillos de madera.....	14
4.3.16 Factores locales.....	14
4.3.17 Tratamiento recibido en periodoncia	14
4.3.18 Enfermedades sistémicas	14
4.4. Instrumento.....	14
4.5. Procedimiento.....	14
4.6. Plan de análisis estadístico.	15
4.6.1. Plan de análisis univariado.....	15
4.6.2. Plan de análisis bivariado.....	15
4.7. Implicaciones bioéticas.	15
5. Resultados	15

6. Discusión.....	23
6.1. Conclusiones	24
6.2. Recomendaciones	25
7. Referencias bibliográficas.....	26
A. Operalización de Variables.....	28
B. Instrumento.....	31

LISTA DE TABLAS.

Tabla1. Historias clínicas revisadas.....	15
Tabla2. Factores sociodemográficos.....	16
Tabla3. Medidas de Higiene.....	16
Tabla 3 .a. Medidas de higiene.....	17
Tabla 4. Factores locales/ sistémicos.....	17
Tabla 5. Parámetros periodontales.....	18
Tabla 5.a. Parámetros periodontales.....	19
Tabla 6. Relación de diagnóstico periodontal y aspectos sociodemográficos.....	19
Tabla 7. Relación entre medidas de higiene y diagnóstico periodontal.....	19
Tabla 8. Relación entre los factores sistémicos/locales y diagnóstico de periodontitis	21
Tabla 9. Relación entre los parámetros periodontales y el diagnóstico de periodontitis.	21

PREVALENCIA DE PERIODONTITIS EN PACIENTES DE 13 A 17 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE FLORIDABLANCA, SANTANDER.

1. Introducción.

Los resultados epidemiológicos obtenidos en el cuarto estudio nacional de salud Bucal ENSAB IV, permiten conocer que en Colombia existe alta prevalencia de periodontitis en personas mayores de 18 años. El estudio señala resultados preocupantes en la aparición temprana de la enfermedad periodontal evidenciando que el 11.8% de todas las superficies dentales evaluadas por cada individuo presentaron pérdida de tejido conectivo mayor de 1 mm. También el estudio señala que en esta edad en la zona oriental apenas el 24.32% presenta periodonto sano. (1) (2)

El estudio realizado por Isabel Mayorga en la ciudad de Bogotá señala con preocupación los resultados a nivel de Colombia, ya que se observa una prevalencia de enfermedad periodontal del 50 % de la población colombiana, donde el 12% se encuentra en personas menores de 35 años de edad y un 42% en mayores de 60 (3), de igual forma en Medellín Gomes Restrepo junto con su equipo de trabajo realizaron un estudio con jóvenes de 14 a 17 años en la ciudad de Medellín con el fin de establecer la prevalencia de la pérdida de inserción producto de enfermedades periodontales, donde un 76 % presentó este signo patológico principalmente en hombres. (4)

Sin embargo, no se encuentran suficientes estudios a nivel nacional y no hay evidencias regionales que identifiquen en la población joven la presencia de periodontitis agresiva. Se necesita mejorar los datos estadísticos a nivel nacional y departamental. El presente estudio se propuso evaluar la prevalencia de periodontitis agresiva en los jóvenes de 13 a 17 años que asistieron a las clínicas odontológicas de la universidad en el periodo comprendido entre febrero de 2010 hasta noviembre de 2015.

1.1. Planteamiento del problema. La enfermedad periodontal (EP) es una enfermedad infecciosa que puede llegar a generar inflamación de los tejidos de soporte, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea, caracterizada por presentar bolsas periodontales (5) (6). La E.P es considerada dentro de las enfermedades crónicas multifactoriales, donde juega un papel importante la susceptibilidad del huésped, los agentes microbianos y distintos determinantes de riesgo que de una u otra forma favorecen la aparición de la enfermedad periodontal como el tabaco, la diabetes mellitus, placa bacteriana, higiene oral, ingesta de anticonceptivos, oclusión traumática, espacios interdentales amplios, edad, género, nivel socioeconómico, genética y raza (7) (8).

Los estudios epidemiológicos a nivel mundial indican una alta prevalencia de la enfermedad en Norte América, Europa, Asia, Centro América, Sur América y etnias de origen africano (9) (5).

Estudios realizados en Bogotá, Cali y Medellín identificaron que la enfermedad periodontal y pérdida de inserción clínica se presenta en jóvenes en edades que oscilan entre los 13- 17 años de edad (4) (1).

Los resultados del ENSAB IV identifican la E.P. en un 72% de la población, reportando pérdida de inserción no mayor de 3 mm en un 61% y menor a 5mm en un 10%. Concluyendo que si los

índices de la E.P. han aumentado en los últimos años, se debe buscar donde existe la debilidad de la atención en salud bucal a nivel país (2) (3).

1.2. Justificación. Las publicaciones acerca del tratamiento exitoso de la enfermedad periodontal señalan el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno como el mejor método de control de los microorganismos asociados y reversión del estado de esta enfermedad (10) (11).

En base a que la promoción y prevención de la patología es la mejor manera de mantener un periodonto sano, el presente trabajo de investigación pretende, aportar a la academia datos verificables y de interés, sobre los cuales se puedan construir planes estratégicos de mejoramiento en la formación de los profesionales y programas diagnósticos y de tratamientos que eleven la calidad de atención y la salud de los pacientes que depositan su confianza en manos de los estudiantes de las clínicas odontológicas en la universidad (10) (12)

Los datos obtenidos enriquecen la estadística institucional que sirven de soporte a los investigadores en búsqueda de nuevas formas de evitar y tratar la enfermedad periodontal.

2. Marco teórico

2.1. Enfermedad periodontal

2.1.1. Definición. Las enfermedades periodontales son un estado patológico–infeccioso, producto del **acumulo** de bacterias a nivel del margen supra y subgingival. Puede llegar a involucrar el tejido de soporte dental. El grado de compromiso se evidencia en la presencia de inflamación, sangrado, bolsas periodontales, retracciones gingivales, pérdida ósea localizada o generalizada, entre otros (13) (14).

2.1.2. Etiopatogenia. En las diferentes tipos de EP se evidencia la presencia de bacterias con un alto grado de virulencia ya que estas logran mantener su agresividad ante el mecanismo de defensa del huésped.

La presencia bacteriana en especial *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, permite la deposición de residuos bacterianos a nivel del periodonto, epitelio de unión, epitelio de la bolsa periodontal que ocasionan la destrucción del tejido de soporte o hueso alveolar, es importante tener en cuenta que todo lo que ocurre a nivel del periodonto trae como consecuencia la acumulación y activación bacteriana, que de una u otra manera incluye el sistema humoral y celular del huésped los cuales no siempre son protectores sino también en un caso dado pueden colaborar con la pérdida de matriz extracelular del periodonto (15) (16).

Para que la enfermedad periodontal aparezca en un huésped, es necesario que existan bacterias, esto se puede dar por la formación de cálculo dental el cual juega un papel importante y es considerado un factor etiológico indirecto ya que en el colonizan bacterias. A su vez existen factores locales y sistémicos que de modo indirecto modifican la respuesta del tejido de soporte (16).

2.1.2.1. Factores sistémicos. Diversas enfermedades y factores sistémicos actúan indirectamente a nivel del periodonto disminuyendo la capacidad de defensa del huésped o aumentando la virulencia bacteriana (16).

2.1.2.2. Factores locales. Es cuando las enfermedades periodontales aparecen como consecuencia a tratamientos dentales defectuosos o en mal estado, márgenes protésicos desadaptados, he incluso los restos de cemento o restauraciones que invadan espacios interproximales, constituyendo factores irritativos que favorecen al acumulo de placa bacteriana.

A su vez se debe resaltar el cofactor de la oclusión y el trauma oclusal ya que si estos dos factores los encontramos en un mismo diente acompañado de enfermedad periodontal aumentan la perdida de hueso alveolar (16).

2.1.3. Factores de riesgo.

2.1.3.1. El tabaquismo. Es el factor de riesgo más significativo, afecta la prevalencia y progresión de la periodontitis, donde su severidad puede variar dependiendo de la dosis. Todas las formas del tabaquismo pueden estar asociadas de manera directa con la E.P (17).

2.1.3.2. Sustancias psicoactivas. La experiencia clínica-odontológica evidencia **que** usuarios que consumen sustancias psicoactivas, pueden llegar a presentar un deterioro de la cavidad oral en especial los que consumen marihuana, las lesiones que sobresalen en las personas que consumen dichas drogas son: xerostomía, alteración del flujo salival, reducción de la capacidad buffer, erosiones, abrasiones, caries atípicas y pérdida dentaria.

A su vez es frecuente observar variaciones en el umbral del dolor y de la percepción del gusto, atrofia de las glándulas salivales, erosiones y úlceras en la mucosa bucal.

Se ha observado que consumidores de marihuana presentan un riesgo de caries y enfermedad periodontal mayor que los no consumidores (17) (18) (19).

2.1.3.3. Consumo de alcohol. El alcohol es una droga socialmente aceptada, pese a que su consumo crónico y en altas cantidades perjudica la salud bucal. El consumo en cantidades elevadas disminuye la capacidad de defensa en boca, haciendo que las bacterias puedan atacar nuestros tejidos de una manera más efectiva al no existir un control por parte de nuestro sistema inmune. Generando agrandamiento de glándulas salivares, reducción del flujo salival, fracturas mandibulares, aumento de la prevalencia de caries, enfermedad periodontal, queilitis, infecciones por Cándida (17).

2.2. Periodontitis agresiva

2.2.1 Definición: La periodontitis agresiva (PA) es una forma de enfermedad periodontal poco común y de rápido progreso que ocurre especialmente en niños y adultos jóvenes. Este tipo de periodontitis se distingue de la periodontitis crónica por la destrucción ósea en corto tiempo y por el grado de destrucción. Clínicamente no se observa placa acumulada ni cálculo, provocada por diversos microorganismos cuyo resultado es la destrucción progresiva del ligamento periodontal y hueso alveolar con presencia de bolsas periodontales, recesión o ambas. La Academia Americana de Periodoncia (AAP) clasifica la periodontitis agresiva, según su extensión, en: (18) (20) (21) (5).

2.2.2. Periodontitis agresiva localizada: Este término reemplaza al de periodontitis juvenil localizada. Los individuos que tienen esta forma de periodontitis se encuentran en una edad circumpuberal, se caracteriza porque hay una pérdida severa de inserción en un periodo corto de tiempo, conserva un patrón de destrucción del Síndrome incisivo-molar (21) (17) (19).

2.2.3. Periodontitis agresiva generalizada: Antiguamente conocida bajo el termino de periodontitis juvenil generalizada, se manifiesta por lo general en personas menores de 30 años, donde se observa clínicamente y radiográficamente una gran destrucción ósea y pérdida de inserción de las piezas dentarias, hay mayor cantidad de piezas afectadas (por lo menos tres, sin contar los incisivos y primeros molares (21).

2.2.4 Características clínicas:

2.2.4.1 Características clínicas de la periodontitis agresiva localizada: La PA se distingue por presentarse en molares e incisivos, donde se evidencia una pérdida de inserción a nivel interproximal.

La razón por la cual afecta el patrón incisivo molar no se conoce exactamente, sin embargo se cree que como estas dientes son los primeros permanentes en erupción se cree que son rápidamente colonizados por el *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, donde evade el mecanismo de defensa del huésped mediante factores inhibidores de la quimiotaxis de leucocitos polinorfonucleares, endotoxina, collagenasa, leucotoxinas y los demás factores de virulencia anteriormente mencionados. Esto favorece la colonización bacteriana en las bolsas periodontales y destruyen el tejido periodontal.

Una de las características más relevantes de esta patología es la ausencia de inflamación de la encía a pesar de la existencia de las bolsas periodontales, la cantidad de biofilm en las superficies dentarias es mínima, reporta una progresión rápida ya que su pérdida ósea en cuatro veces mayor a la que se evidencia en una periodontitis crónica, otras de sus características en la migración disto vestibular de los incisivos superiores, diastemas, movilidad en molares, sensibilidad a los cambios de temperatura y a la percusión.

Radiográficamente se aprecia una pérdida ósea que tiene una forma típica vertical o angular y se encuentra limitada a la zona de primeros molares e incisivos, reporta una simetría derecha e izquierda, la pérdida de hueso es en patrón de forma de arco y tiene una extensión que abarca desde la cara distal del segundo premolar a la cara mesial del segundo molar. (21)

2.2.4.2 Características clínicas de la periodontitis agresiva generalizada: Afecta principalmente a las personas menores de 30 años, se evidencia una pérdida de inserción generalizada a nivel interproximal que afecta como mínimo a 3 dientes permanentes apartes de los molares e incisivos, presentan pequeñas cantidades de placa bacteriana en los dientes afectados, donde se encuentran dos tipos de reacciones: la primera es grave y corresponde a la etapa destructiva ya que existe una inflamación aguda proliferante y ulcerativa de color rojo intenso, presenta sangrado espontáneo acompañado de exudado purulento; la segunda con color gingival rosado coral sin evidencia de inflamación pero al sondaje periodontal se encuentran bolsas periodontales. Radiográficamente se observa una pérdida ósea que afecta los primeros molares e incisivos, pero además hay compromiso en los caninos, premolares y segundos molares, el patrón de destrucción es de forma angular y horizontal que pueden llegar a afectar el ápice radicular, el espacio del ligamento periodontal se encuentra ensanchado.(21)

2.2.5. Antecedentes históricos: Los primeros casos reportados de periodontitis agresiva aparecen en 1923, Gottlieb informa de un paciente que aparentemente había fallecido por gripe epidémica, cuya enfermedad presentaba y evidenciaba ensanchamiento del ligamento periodontal, perdida de las fibras colágenas del ligamento periodontal acompañada de una gran pérdida ósea, la cual fue

denominada atrofia difusa del hueso alveolar, en 1928 Gottlieb cambia el nombre a cementopatía profunda ya que se creía que el cemento radicular era el responsable de esta reacción.(21)

En 1938 Wannenmacher denomina parodontitis marginal progresiva a la existencia de pérdida ósea y lesiones a nivel de los primeros molares e incisivos.

Distintos autores comenzaron a indagar sobre el tema considerando que era un proceso patológico degenerativo no inflamatorio, llamada en un comienzo gripe epidémica y posteriormente reemplazaron su denominación a periodontitis. Por falta de argumentos y estudios que certificaran dicho nombre en 1966 el congreso Mundial de periodoncia decide eliminar este último término. (21)

A mediados de 1967 y 1969 Chaput y Butler se refieren a la patología como periodontitis juvenil o de aparición temprana, en 1971 Baer la define como “una enfermedad del periodonto que aparece en adolescentes por lo demás sanos, que se caracteriza por la pérdida rápida de hueso alveolar en más de un diente de la dentición permanente. La cantidad de destrucción no guarda relación con la cantidad de irritantes locales” (21)

En 1989 el Congreso Mundial de Periodoncia la clasificó como periodontitis juvenil localizada y AAP la describe como una enfermedad rara, grave, que progresa rápidamente y que está caracterizada por manifestaciones clínicas en edades tempranas y con antecedentes familiares.

Y finalmente en 1999 la AAP organiza un taller internacional donde se clasificó y se organizaron las características clínicas de las enfermedades periodontales basándose en antecedentes familiares, hallazgos clínicos y radiográficos y exámenes de laboratorio (21).

2.2.6 Diagnóstico: Anteriormente el diagnóstico de la enfermedad periodontal estaba basado en exámenes clínicos y radiográficos en los cuales se evidencia la pérdida de inserción profundidad de sondaje y de tejido óseo, sin embargo esta forma de examen solo permitía un diagnóstico retrospectivo de la pérdida de soporte alveolar.

La capacidad de diagnosticar la existencia de enfermedad periodontal se basa en la edad que del paciente, historia familiar y personal relacionada con compromiso sistémico y con antecedentes dentales, hallazgos clínicos, radiográficos y de laboratorio. Además resulta muy importante que el clínico tenga la capacidad de sospechar que se encuentra ante una periodontitis aun cuando no estén presentes todos los signos determinantes de la enfermedad.

El diagnóstico de la periodontitis agresiva se torna más complejo para el profesional ya que los pacientes sistémicamente son sanos.

Actualmente se están implementando una serie de exámenes bioquímicos e inmunológicos por medio de muestras de fluido crevicular, donde se verifica la respuesta inflamatoria, niveles de enzimas proteolíticas e hidrológicas y la respuesta inmune celular. Estos exámenes permiten la detección precoz de la enfermedad periodontal. Sin embargo este tipo de diagnóstico es aún limitado y sigue siendo confuso el procesos diagnóstico existentes para determinar la existencia de la patología (22) (23).

La forma aceptada de realizar diagnóstico periodontal se basa en la evaluación detallada de la historia clínica del paciente donde se deben tener en cuenta datos como edad del paciente, el género, estado sistémico, afecciones similares a nivel familiar, historia médica y odontológica, signos, síntomas y exámenes complementarios como examen periodontal básico, examen

radiográfico e interconsultas medicas si son indicadas ya que por medio de estos datos y una buena interpretación profesional se podrá llegar a un diagnóstico (19) (21).

2.2.7. Tratamiento. El tratamiento de la E.P. Consta de una serie de procedimientos básicos y quirúrgicos cuyos objetivos son devolver y mantener la salud de los tejidos periodontales, devolver y mantener la estética y funcionalidad de acuerdo a las necesidades del paciente. El tratamiento ha sido un reto para el clínico y no consta solo de la experiencia clínica sino de la participación activa del paciente. Se debe realizar eliminación de las bacterias, adecuada higiene bucal profesional y cambio de hábitos de autocuidado bucal por parte del huésped (16).

Todas las estrategias de tratamiento tienen como objetivo eliminación de la inflamación gingival, reducción parcial o total de las bolsas periodontales, detenimiento de la pérdida de inserción, eliminación de lesiones en furca. La prevención hace parte importante el tratamiento para evitar la recidiva de la enfermedad, la cual trae como consecuencia tratamiento cada vez más invasivo, más complejo, menos duradero y de alto costo (24) (25).

El tratamiento de la enfermedad periodontal consta de 3 terapias las cuales son:

2.2.7.1. Terapia inicial. En esta fase tiene como objetivo la eliminación y control del biofilm.

2.2.7.2. Medidas correctivas. En esta fase se encuentran las medidas terapéuticas tradicionales como lo son los tratamientos endodónticos, tratamientos quirúrgicos, restauraciones y rehabilitación protésica. Se busca lograr la restauración funcional y estética del paciente.

2.2.7.3. Terapia de mantenimiento. Esta fase evita la recurrencia y la progresión de la E.P. lo cual es posible con programas para control de placa bacteriana, medidas de tartrectomia y alisado radicular (24).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general. Establecer la prevalencia de periodontitis agresiva en jóvenes de 13 a 17 años que asisten a la clínica de la universidad Santo Tomas de Floridablanca, Santander.

3.2. Objetivos específicos.

- Determinar características de pacientes de 13 a 17 años que asistieron a las clínicas de la Universidad Santo Tomas en el periodo del 2010 al 2015
- Relacionar los factores asociados con periodontitis agresiva consignados y las ayudas diagnósticas presentes en las historias clínicas con el diagnóstico periodontal realizado.
- Establecer la frecuencia de diagnósticos de periodontitis agresiva realizado a los pacientes que asistieron en el rango de tiempo estipulado.

4. Método

4.1. Tipo de estudio. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo, en adolescentes que presentaron periodontitis en un rango de edades entre 13 a 17 años cumplidos en la clínica de la Universidad Santo Tomas de Floridablanca, Santander.

4.2. Descripción y selección de participantes.

4.2.1. Población. Todas las historias existentes en las clínicas de pregrado de la universidad Santo Tomas de Floridablanca, Santander, durante un periodo de 5 años.

4.2.2. Muestra. El tamaño de muestra será de 580 historias clínicas que se realizaron en las clínicas de pregrado en el periodo del 2010 al 2015.

4.2.3. Muestreo. El muestreo se realizara de manera aleatoria simple probabilístico con historias clínicas de pregrado en edades entre 13 y 17 años.

4.2.4. Criterios de selección (inclusión y exclusión)

4.2.4.1 Criterios de inclusión

Las historias clínicas odontológicas seleccionadas para el estudio debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Corresponder a pacientes de edad comprendida entre 13 y 17 años.
- Ser pacientes de clínicas de adulto V, IV, III, II, I.
- Presentar periodonto grama aprobado
- Tener firmado el anexo de consentimiento para hacer uso dela historia clínica con fines de investigación.
- Tener la firma y sello de aprobación.

4.2.4.2. Criterios de exclusión

- No cumplir con algún criterio de inclusión.

4.3. Variables

4.3.1. Género: Categoría taxonómica que ubica entre la familia. Femenino o Masculino (26).

4.3.2. Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo. Se calculara de 13 a 17 años de edad (27).

4.3.3. Año y período en que se aprobó la historia clínica: Se refiere al tiempo en el que se realizó la historia clínica.

4.3.4. Diagnostico periodontal.

4.3.4.1. Periodontitis agresiva: La periodontitis agresiva (PA) es una forma de enfermedad periodontal poco común y de rápido progreso que ocurre especialmente en niños y adultos jóvenes. Este tipo de periodontitis se distingue de la periodontitis crónica por la destrucción ósea en corto tiempo y por el grado de destrucción. Clínicamente no se observa placa acumulada ni cálculo (21).

4.3.4.2. Periodontitis agresiva generalizada: Antiguamente conocida bajo el termino de periodontitis juvenil generalizada, se manifiesta por lo general en personas menores de 30 años, donde se observa clínicamente y radiográficamente una gran destrucción ósea y pérdida de

inserción de las piezas dentarias, hay mayor cantidad de piezas afectadas (por lo menos tres, sin contar los incisivos y primeros molares (21).

4.3.4.3. Periodontitis agresiva localizada: Este término reemplaza al de periodontitis juvenil localizada. Se caracteriza porque hay una pérdida severa de inserción en un periodo corto de tiempo, conserva un patrón de destrucción del Síndrome incisivo-molar. (21)

4.3.5. Índice de placa bacteriana o biofilm: Refiere la cantidad de placa bacteriana que presenta el individuo, este índice de placa bacteriana esta estandarizado en 0-0.9 es considerado sin riesgo 1-1.9 es considerado de riesgo medio 2-3 es considerado un índice de riesgo alto (28).

4.3.6. Radiografía panorámica: Es un examen de ayuda diagnostica, esta nos permite visualizar las estructuras de tejido duro que se encuentran en el tercio medio e inferior de la cara (21).

4.3.7. Pérdida ósea: Es la disminución de la densidad del hueso alveolar (21).

4.3.8 Forma de la pérdida ósea: Aspecto en que se pierde el hueso (21).

4.3.9. Localización de la pérdida ósea: Zona donde se ha perdido hueso (21).

4.3.10. Bolsas periodontales: Profundización patológica del surco gingival (21).

4.3.11 Vestíbulo versión dental: Movimiento de solo la corona, sin desplazamiento apical cambiando la inclinación del eje del diente hacia vestibular (21).

4.3.12 Uso de seda dental: Eliminar la placa que hay entre los dientes, en zonas a las que el cepillo de dientes no llega, y ayuda a prevenir la enfermedad de las encías y la caries dental (29).

4.3.13 Enjuague bucal: Solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable (29).

4.3.14 Cepillado dental: Método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas de caries dentales o de encías (29).

4.3.15. Palillos de madera: Elemento que ayuda a eliminar restos de alimentos que quedan entre los dientes.(29)

4.3.16 Factores locales: Diversas causas que ayudan a desarrollar patologías periodontales como: Coronas o prótesis fijas desadaptadas, restauraciones interproximales en mal estado, acúmulos de placa bacteriana por ortodoncias y factores retentivos (21).

4.3.17 Tratamiento recibido en periodoncia: Procedimiento que se realiza en el paciente con enfermedades periodontales (21).

4.3.18 Enfermedades sistémicas: Enfermedad que afecta más de un órgano vital.(21)

4.4. Instrumento. Uno de los instrumentos realizados en base a la historia clínica para la elaboración de este estudio, es un cuestionario que fue realizado por los estudiantes investigadores, y así poder recopilar los datos necesarios para la investigación (Ver Apéndice B).

4.5. Procedimiento. Fue solicitado por medio de una carta el permiso a la directora de las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomas. Con la autorización para revisar las historias clínicas de pacientes en un rango de edad de 13 a 17 años existentes durante el periodo del 2010

al 2015, se procedió a realizar la prueba piloto, la cual sirvió para estandarizar a los dos observadores en cuanto a la revisión y recaudación de la información de las historias clínicas en el instrumento diseñado para este fin, en donde se revisó el 10% (58) de la muestra total. Se recolectó, analizó y procesó los datos por medio del programa STATA 14, se continuó la revisión de las 522 historias restantes teniendo en cuenta la información consignada en las historias clínicas de cada paciente. Una vez recopilada la información necesaria se procedió a realizar la tabulación de los datos recolectados por las dos investigadoras y posteriormente se realizaron los análisis y el desarrollo estadístico de la investigación.

4.6. Plan de análisis estadístico.

4.6.1. Plan de análisis univariado. Se calcularon las medidas según la naturaleza de las variables. Para las variables cualitativas se calculó la frecuencia o porcentajes. Y para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (rango y varianza). Media y desviación estándar.

4.6.2. Plan de análisis bivariado. Se tuvieron en cuenta las variables cualitativas, aplicando el test de Chi cuadrado.

4.7. Implicaciones bioéticas. Este estudio según la resolución 8430 de 1993, en el artículo 11, se denominó una investigación de riesgo mínimo ya que esta investigación no se realizó en base a exámenes clínico sino en historias clínicas previamente diligenciadas en la clínicas odontológicas de la USTA.

En este estudio se tuvo en cuenta la ley 1581 del 2012, por esta razón se evitó tomar datos importantes y personales como cedula, teléfonos, nombres y apellidos de los pacientes, por esta razón se enumeraron los instrumentos y las historias que fueron utilizadas en el desarrollo de esta investigación con un seriado de numérico de tres cifras que se inician en 000 y termina en 999.

5. Resultados

Para determinar la prevalencia de periodontitis agresiva en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la universidad Santo Tomas en edades comprendidas entre los 13 y 17 años de edad, el universo estuvo constituido por 580 historias clínicas diligenciadas entre los años 2010 y 2015, de las cuales 124 historias fueron seleccionadas por cumplir los criterios de inclusión (tabla 1).

Tabla 1. *Historias clínicas revisadas*

Historias clínicas	N	Porcentaje (%)
Historias que cumplieron el criterio de inclusión.	124	21.37
Historias que no cumplieron el criterio de inclusión.	456	78.62

De las 124 historias clínicas que constituyeron la muestra se pudieron obtener los siguientes datos sociodemográficos, el 53,2% de pacientes fueron masculinos. La edad de los pacientes oscilaba entre 13 y 17 años con un porcentaje mayor de 32,2% (40) en 16 años. Considerando un criterio

muy importante de haber aprobado la historia clínica, se destaca que el 27.42 % (34) de las historias fueron aprobadas en el segundo periodo de 2012 y el 49,1% presentaban radiografía panorámica (tabla 2).

Tabla 2. *Factores sociodemográficos*

Variable	N	Porcentaje (%)
Género		
Femenino	58	46,77
Masculino	66	53,23
Edad		
13 años	12	9,68
14 años	16	12,90
15 años	28	22,58
16 años	40	32,26
17 años	28	22,58
Año y período de aprobación		
2010, Periodo I	-	-
2010, Periodo II	12	9,68
2011, Periodo I	13	10,48
2011, Periodo II	14	11,29
2012, Periodo I	7	5,65
2012, Periodo II	27	21,77
2013, Periodo I	11	8,89
2013, Periodo II	12	9,68
2014, Periodo I	7	5,65
2014, Periodo II	8	6,45
2015, Periodo I	7	5,65
2015, Periodo II	6	4,84
Radiografía en historia clínica		
Si	61	49,19
No	63	50,81

La revisión de las historias clínicas con respecto a los hábitos de higiene oral, permitieron establecer los siguientes resultados el 74,19% (92) de las historias clínicas reportaban que los pacientes no usaban seda dental, el 48,3% (60), se cepillan los dientes dos veces al día, 84,6% (105) usan crema dental al realizar el cepillado y el 17,74% (22) utilizan palillos dentales para retirar los residuos de alimentos en sitios interproximales (tabla 3).

Tabla 3. *Medidas de higiene*

Variable	N	Porcentaje (%)
Uso de seda dental		
Diario	10	8,06
Semanal	19	15,32
Mensual	2	1,61
Cuando hay molestias	1	0,81

Nunca	92	74,19
-------	----	-------

Tabla 3.a. *Medidas de higiene*

Número de cepillado		
Una vez al día	14	11,29
Dos veces al día	60	48,39
Tres o más veces al día	49	39,52
Nunca	1	0,81
Uso de dentrífico		
Si	105	84,68
No	19	15,32
Uso de palillos		
Si	22	17,74
No	102	82,26

Acerca de la consignación de factores de riesgo locales que puedan promover la aparición de la enfermedad periodontal se logró establecer que en el 56,4% (70) de las historias no poseen estos datos; el 27,4% (34) reportan restauraciones interproximales, el 7.26% (9) identifica la presencia de aditamentos de ortodoncia como retenedores de placa bacteriana y en el 7.26% (9) se encuentran zonas con retención de biofilm en el análisis de rehabilitación oral.

En cuanto a las enfermedades sistémicas que se relacionan con la presencia de EP un 4,84% (6) presento hepatitis A, convulsiones, diabetes mellitus tipo 2, farmacodependencia, retraso mental moderado y anemia (tabla 4).

Tabla 4. *Factores locales/ sistémicos*

Variable	N	Porcentaje (%)
Factores locales		
Coronas o prótesis fijas desadaptadas	0	0
Restauraciones interproximales desadaptadas	34	27,42
Análisis de ortodoncias	9	7,26
Análisis de rehabilitación oral	9	7,26
Factores retentivos	0	0
Higiene oral	2	1,61
Ninguno	70	56,45
Diagnóstico sistémico		
Sano	118	95,16
Patológico	6	4,84

En cuanto a los parámetros clínicos, en el 50% (62) de las historias clínicas los pacientes presentaban un índice de placa bacteriana entre (1.0-1,9) lo cual indica una higiene regular y el 15,3% (19) obtuvo un índice (2.0 - 3.0) presentando una mala higiene oral.

De las 124 historias clínicas evaluadas se logró determinar que el 41.12% (51) presentan pérdida ósea acompañada de los parámetros radiográficos característicos de la periodontitis agresiva.

El 24,1% (30) presentaba una pérdida ósea localizada a nivel de incisivos y primeros molares, el 15,32% (19) ubicada en el primer molar permanente y 1.61% (2) en incisivos inferiores permanentes, bajo un patrón de pérdida horizontal con un 25% (31) y bilateral 32,2% (40).

El 7,2% (9) de pacientes presentaban bolsas periodontales y el 4% (5) presentaron vestíbulo versión de incisivos superiores.

El 2.41% (3) fueron diagnosticados con periodontitis agresiva, el 1,6% (2) periodontitis agresiva generalizada y el 0,8% (1) periodontitis agresiva localizada.

El 1.61% (2) no presento pérdida ósea y el 58.87% (73) no fue posible establecer la pérdida ósea por ausencia de la radiografía panorámica y el déficit de datos en los anexos (Tabla 5).

Tabla 5. *Parámetros periodontales*

Variable	N	Porcentaje (%)
Índice de placa bacteriana		
0-0,9	32	25,81
1-1,9	62	50,00
2-3	19	15,32
No reporta	11	8,89
Riesgo de índice de placa		
Si	75	60,48
No	38	30,65
No reporta	11	8,87
Pérdida ósea		
Pérdida ósea en 1 molar permanente	19	15,32
Pérdida ósea en incisivos inferiores permanentes	2	1,61
Pérdida ósea en ambos (incisivos y 1 molares)	30	24,19
No presenta pérdida ósea	2	1,61
No reporta	71	57,26
Forma de pérdida ósea		
Vertical	0	0
Angular	21	16,94
Horizontal	31	25,00
No presenta	8	6,45
No reporta	64	51,61

Tabla 5.a *Parámetros periodontales*

Localización de la pérdida ósea		
Cara distal del 2 premolar	3	2,42
Cara mesial del 2 molar	8	6,45
Bilateral	40	32,26
No presenta	9	7,26
No reporta	64	51,61
Bolsas periodontales		
Si	9	7,26
No	115	92,74
Vestíbulo versión dental		
Si	5	4,03
No	119	95,07
Diagnóstico periodontal		
Periodontitis agresiva generalizada	2	1,61
Periodontitis agresiva localizada	1	0,81
Ninguno	121	97,58
Tratamiento recibido		
Terapia antibiótica	1	0,81
Terapia mecánica	41	33,06
Ambas	0	0
Ninguna	82	66,13

Se establece que tres pacientes de género masculino presentaron periodontitis agresiva y a su vez que un pacientes de 14 presento periodontitis agresiva generalizada y que dos pacientes de 16 años de edad presentan los dos clases de periodontitis agresiva. (Tabla 6).

Tabla 6. *Relación de diagnóstico periodontal y aspectos sociodemográficos*

Variable	Periodontitis agresiva generalizada	Periodontitis agresiva localizada	Ninguna	Total	P*
Género					0,498
Femenino	0	0	58(100%)	58(100%)	
Masculino	<u>2</u> (3,0%)	<u>1</u> (1,5%)	63(95,5%)	66(100%)	
Edad					0,708
13 años	0	0	12(100%)	12(100%)	
14 años	<u>1</u> (6,25%)	0	15(93,75%)	16(100%)	
15 años	0	0	28(100%)	28(100%)	
16 años	<u>1</u> (2,5%)	<u>1</u> (2,5%)	38(95%)	40(100%)	
17 años	0	0	28(100%)	28(100%)	

Al relacionar los datos de higiene oral con el diagnóstico de periodontitis, se establece que las personas que presentan la enfermedad no hacen uso de seda dental, realizan cepillado dos veces al día y dos de ellos usan crema dental (Tabla 7).

Tabla 7. *Relación entre medidas de higiene y diagnóstico periodontal*

Variable	Periodontitis agresiva generalizada	Periodontitis agresiva localizada	Ninguna	Total	P*
Uso de seda dental					1,00
Diario	0	0	0	0	
Semanal	0	0	19(100%)	19(100%)	
Mensual	0	0	2(100%)	2(100%)	
Cuando hay molestias	0	0	1(100%)	1(100%)	
Nunca	<u>2</u> (2,17%)	<u>1</u> (1,09%)	89(96,74%)	92(100%)	0,67
Número de cepillado					
Una vez al día	0	0	14(100%)	14(100%)	
Dos veces al día	<u>2</u> (3,33%)	<u>1</u> (1,67%)	57(95%)	60(100%)	
Tres o más veces al día	0	0	48(100%)	48(100%)	
Nunca	0	0	2(100%)	2(100%)	0,39
Uso de dentífrico					
Si	<u>1</u> (0,95%)	<u>1</u> (0,95)	103 (98,1%)	105(100%)	
No	<u>1</u> (5,26%)	0	18(94,75%)	19(100%)	0,44
Uso de palillos					
Si	<u>1</u> (4,55%)	0	21(95,45%)	22(100%)	
No	<u>1</u> (0,98%)	<u>1</u> (0,98%)	100(98,04%)	102(100%)	

El estudio no refiere la presencia de algún factor local (1,00) pero uno presenta compromiso sistémico (0,13) (tabla 8).

Tabla 8. *Relación entre los factores sistémicos/locales y diagnóstico de periodontitis*

Variable	Periodontitis agresiva generalizada	Periodontitis agresiva localizada	Ninguna	Total	P*
Factores locales					1,00
Coronas o prótesis fijas desadaptadas	0	0	0	0	
Restauraciones interproximales desadaptadas	0	0	34(100%)	34(100%)	
Análisis de ortodoncia	0	0	9(100%)	9(100%)	
Análisis de rehabilitación oral	0	0	9(100%)	9(100%)	
Factores retentivos	0	0	0	0	
Higiene oral	0	0	2(100%)	2(100%)	
Ninguno	<u>2</u> (2,86%)	<u>1</u> (1,43%)	67(95,71%)	70(100%)	0,13
Diagnóstico sistémico					
Sano	<u>1</u> (0,85%)	<u>1</u> (0,85%)	116(98,31%)	118(100%)	
Patológico	<u>1</u> (16,67%)	0	5(83,33%)	6(100%)	

De las tres historias con diagnóstico de PA se puede determinar que solo una presenta datos de índice de placa bacteriana. La pérdida ósea se localizaba en el primer molar permanente (0,1) de forma angular y horizontal de (0,6); bilateral (0,37) y uno con presencia de vestíbulo versión (0,11) (tabla 9).

Tabla 9. *Relación entre los parámetros periodontales y el diagnóstico de periodontitis*

Variable	Periodontitis agresiva generalizada	Periodontitis agresiva localizada	Ninguna	Total	P*
Índice de placa bacteriana					0,06
0-0,9	0	0	32(100%)	32(100%)	
1-1,9	<u>1</u> (1,61%)	0	61(98,39)	62(100%)	
2-3	0	0	19(100%)	19(100%)	
No reporta	<u>1</u> (9,09%)	<u>1</u> (9,09%)	9(81,82%)	11(100%)	

Pérdida ósea					0,12
Pérdida ósea en 1 molar permanente	<u>1</u> (5,26%)	<u>1</u> (5,26%)	17(89,47%)	19(100%)	
Pérdida ósea en incisivos inferiores permanentes	0	0	2(100%)	2(100%)	
Pérdida ósea en ambos (incisivos y 1 molares)	<u>1</u> (33,3%)	0	29(96,67%)	30(100%)	
No presenta pérdida ósea	0	0	2(100%)	2(100%)	
No reporta	0	0	71(100%)	71(100%)	
Forma de pérdida ósea					0,67
Vertical	0	0	0	0	
Angular	0	<u>1</u> (4,76%)	20(95,24%)	21(100%)	
Horizontal	<u>2</u> (6,45%)	0	29(93,55%)	31(100%)	
No presenta	0	0	8(100%)	8(100%)	
No reporta	0	0	64(100%)	64(100%)	
Localización de la pérdida ósea					0,37
Cara distal del 2 premolar	0	0	3(100%)	3(100%)	
Cara mesial del 2 molar	0	0	8(100%)	8(100%)	
Bilateral	<u>2</u> (5,0%)	<u>1</u> (2,5%)	37(92,50%)	39(100%)	
No presenta	0	0	9(100%)	9(100%)	
No reporta	0	0	64(100%)	64(100%)	
Bolsas periodontales					0,00
Si	<u>2</u> (22,2%)	<u>1</u> (11,1%)	6(66,6%)	9(100%)	
No	0	0	115(100%)	115(100%)	
Vestíbulo versión dental					0,11
Si	<u>1</u> (20%)	0	4(80%)	5(100%)	
No	<u>1</u> (0,84%)	<u>1</u> (0,84%)	117(98,32%)	119(100%)	

6. Discusión.

La periodontitis agresiva (PA) es una forma de enfermedad periodontal de rápido progreso que ocurre especialmente en niños y adultos jóvenes. (21).

Este tipo de periodontitis, es provocada por distintos microorganismos y factores asociados que de una u otra manera conlleva como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y hueso alveolar, donde posee características con presencia de bolsas periodontales, recesión, pérdida ósea evidente, con respecto a la salud general de los pacientes es de sano y el reporte de antecedentes odontológicos familiar permite evidenciar susceptibilidad a la enfermedad. Además es importante señalar que los factores locales normalmente no corresponden con la gravedad de la enfermedad (12, 21).

El presente estudio retrospectivo fue desarrollado con un universo de 580 historias clínicas diligenciadas y aprobadas en las clínicas de pregrado de la universidad Santo Tomas entre 2010 y el 2015, de las cuales fueron seleccionadas 124 por cumplir los criterios de inclusión, con el fin de determinar y establecer la prevalencia de periodontitis agresiva en jóvenes de 13 a 17 años de edad, que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás en Floridablanca, Santander.

Donde se encontró una frecuencia diagnostica registrada en las historias clínicas (2,4%), aparentemente muy baja. Albandar y col (30) evaluaron en un estudio similar la presencia de periodontitis agresiva en 199 estudiantes entre los 12 y 25 años donde encontraron una prevalencia relativamente alta de 28,8% de la población estudiada sufría la enfermedad. Martu S y col, evaluaron el estado periodontal en un grupo de 170 pacientes relacionado con los factores locales existentes y los factores sistémicos, se identificó prevalencia de periodontitis agresiva en el 5,8% de la población siendo factores predisponentes de importancia la existencia de maloclusion dental y el estrés. Shilpa S y Navnita S, realizaron un estudio que estimaba la prevalencia de PA en 500 pacientes en edades de 13 a 60 años de edad, 8 casos confirmados (5 hombres y 3 mujeres) reportando que 1,6% presentaban la enfermedad (31), el valor publicado se acerca más al obtenido en el presente estudio, sin embargo queda la posibilidad de existencia de subregistro en el diagnóstico de patología periodontal realizado a los pacientes que asisten a la clínica odontológica de la Universidad.

Duque A, estudió la prevalencia de individuos de 15 a 19 años de edad, con bolsas superficiales de 8.8 y de bolsas profundas de 0,7%; También se estimó la pérdida de inserción de 0-3, 4-5, 6-8, 9-11 y 12 mm (9). En el presente estudio se encontró que de 124 pacientes el 7, 26 % presentaban bolsa periodontal y pérdida de inserción 4 y 5 mm.

Kumar C y col, con índices de placa, sondaje y radiografías encontraron que los pacientes entre 13-20 años presentaban mayor prevalencia de periodontitis agresiva localizada y que entre 21-30 años se presentaba con más frecuencia la periodontitis agresiva generalizada, siendo el diagnóstico más frecuente en los hombres y la pérdida ósea de manera vertical o angular (32). No se puede afirmar nada en cuanto a prevalencia de PA por sexo en los resultados del estudio presente por no ser los datos cuantitativamente significativos

Eres G y col, mediante radiografías, hábitos de higiene y exámenes clínicos completos, investigaron la prevalencia de la PA estudiantes de 13 a 19 años, la cual fue 0,6% con mayor tendencia en hombres (31). Radiográficamente se observó una Pérdida ósea en ambos (incisivos y

1 molares) y una pérdida ósea en el primer molar permanente de 0,12%, una forma de pérdida ósea angular y horizontal de 0,67% y una localización bilateral de 0,37 %.

En esta investigación se observó que la mayoría de las historias clínicas presentaban una interpretación inadecuada de las radiografías panorámicas, presentando en algunas historias clínicas un mal diagnóstico y tratamiento.

Pérez B, habla de que la característica principal de la PA es su rápida progresión. Los pacientes están sistémicamente sanos y la cantidad de irritantes locales no corresponde a la severidad de destrucción del periodonto. Afirma que a través de los años se han reportado diferentes prevalencias entre 0,8% y 26%, asociándolas con grupos étnicos (33). Al igual que el presente estudio, la población estudiada se encontraba en rangos muy similares de edad, algunos de ellos también valoraron medidas de higiene oral, pérdida ósea mediante radiografías y los casos encontrados fueron más comunes en el género masculino y con aumento a medida que avanza la edad.

Al tener una prevalencia baja de diagnóstico de PA, no fue posible determinar con exactitud la relación de ésta patología con los diferentes factores de riesgo. Los valores de significancia estadística para cada variable fueron superiores a 0,05. Pero a pesar de esto, ciertas características fueron comunes entre los casos como la edad, el género, medidas de higiene, ausencia de factores locales, forma y localización de pérdida ósea, por lo que se sugiere una relación entre ellas.

Resulta muy importante enfatizar en que la ausencia de consignación de datos referentes a salud, higiene, hábitos, historia familiar de salud general y dental, no permiten afirmar que hay presencia de PA en un número mayor de pacientes del que se encuentra diagnosticado. Sin embargo los datos hallados si dejan clara la existencia de diagnóstico errado y la posibilidad de subregistro diagnóstico de PA.

Concentraciones altas de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* acompañado en casos de *Porphyromona gingivalis* son característica de la microbiota presente en la PA. Razón por la cual, Pérez en su publicación acerca de clasificación y características clínicas de la PA insiste en la importancia de realizar examen microbiológico y sanguíneo antes de emitir diagnóstico periodontal (33). Por lo demás sostiene que puede existir la duda de si se enfrenta el profesional a otro tipo de periodontitis con características muy similares a las de PA. En el caso de los pacientes atendidos en el periodo de estudio, no se encuentra este tipo de ayuda diagnóstica lo que nuevamente deja incógnitas respecto al estado de salud periodontal de los pacientes.

6.1. Conclusiones

6.1.1 La prevalencia de periodontitis agresiva encontrada en las historias clínicas de jóvenes de 13 a 17 años resultó baja teniendo en cuenta el diagnóstico periodontal consignado. Sin embargo cerca de la mitad de las historias incluidas en el estudio que tenían anexada la radiografía panorámica dejó ver en su análisis presencia de pérdida ósea que cumple el patrón descrito en la literatura como indicativo de la presencia de enfermedad. También las historias que poseen anexo el periodontograma reflejan presencia de bolsas periodontales que no fueron tenidas en cuenta al momento de realizar diagnóstico.

6.1.2. No se lograron describir datos sociodemográficos relacionados con nivel de educación ni estrato por no estar consignados en las historias, dejando inconclusas características generales predisponentes de sufrir Periodontitis Agresiva.

6.1.3. La frecuencia de diagnóstico de periodontitis agresiva en las clínicas de odontología en periodo comprendido entre 2010 y 2015 señala un 0.4% de pacientes con periodontitis agresiva por año.

6.1.4. Las características relacionadas con los hábitos de autocuidado bucal señalan que los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la universidad Santo Tomas reportan uso de seda dental bajo, se cepillan con una frecuencia de dos veces al día, reportan el uso de palillos de madera para retirar los residuos de alimentos a nivel interproximal. Sin embargo los niveles de biofilm encontrados se pueden considerar como factor de riesgo específico de la enfermedad.

6.1.5. Dentro de las ayudas diagnosticas se encontró un inadecuado manejo de la elaboración y diagnóstico de las historias clínicas (anexos radiográficos, periodontograma y factores de riesgo). Estableciendo una incongruencia entre los datos almacenados de la historia clínica y el diagnóstico definitivo.

6.2. Recomendaciones

- Es necesario socializar los datos obtenidos en este estudio para sensibilizar a docentes y estudiantes de clínicas sobre la importancia que reviste el desarrollo de la historia clínica desde el momento de consignar todos los datos hasta la interpretación de los mismos.
- Se recomienda que el diligenciamiento de las historias clínicas de la Universidad Santo Tomás, sea más específico y cuidadoso en la descripción de hallazgos periodontales y radiográficos.
- Se requiere mayor control por parte de docentes y personal de archivo en el manejo de las historias clínicas para mantener las ayudas diagnosticas tipo exámenes y radiografía anexos, de manera que sirvan de aporte para estudios de investigación retrospectivos

7. Referencias bibliográficas.

- (1) Salud. md. Tercer estudio nacional de la salud bucal. Colombia ;; 1999.
- (2) Salud Md. Cuarto Estudio Nacionalde Salud Bucal. Bogota: Ministerio de Salud; 2014.
- (3) Mayorga I LGCACDBAAM. Microflora subgingival en periodontitis cronica y agresiva en Bogota, Colombia:un acercamiento epidemiologico. scielo. 2007; marzo; 27.
- (4) C. GAA. Prevalencia de la Pérdida de Inserción Clínica en Adolescentes de Colegios Públicos de Medellin-Colombia. clinica de periodoncia, implantologia y rehabilitacion oral. 2008; 1.(1.): p. 23-26.
- (5) MA.SantamariaMM. EE. Periodoncia e implantologia Barcelona, España.: oceano.
- (6) C. GMTBN. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. scielo. 2002; septiembre; 39(3).
- (7) A. CRB. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores geneticos. Av Periodon Implantol. 2005; Abril.; 17,(2.).
- (8) Albandar J TE. Global Epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. periodontology 2000. 2002; 29: p. 153-176.
- (9) Duque A MMRJ. Prevalencia de pérdida de inserción periodontal en adolescentes de 15-19 años en medellín, colombia. repositorio dijital institucional CES [online]. 2013, [fech de acceso 10 de abril de 2015]. URL disponible en <http://hdl.handle.net/10946/1785..>
- (10) Umanos ddsys. Enfermedad de las encias o enfermedad periodontal. instituto nacional deinvestigacion en salud dental y craneofacial; 2013.
- (11) Armitage.G. Diagnostico y calesclasificacion de enfermedades periodont. periodontology 2000. 2005; 9.
- (12) Perez.B. Periodontitis agresiva: diagnostico y tratamiento. Acta odontologica venezolana. 2009; 47(4).
- (13) Botero.J bE. determinantes del diagnostico periodontal. Clin. Periodoncia Implantol. 2010; 3(2).
- (14) Nacional FdosdBdlu. Guia de atencion en periodoncia. universidad nacional, Bogota; 2013
- (15) L L. Enfermedad Periodontal. In karring LL. Periodontologia clinica e implantologia odontologica. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009. p. 407- 408.
- (16) Peña.M PLDATDLN. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistemicas. scielo. 2008 marzo; 45(1).
- (17). Bascones.A FE. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Av Periodon Implantol. 2005; 17(3): p. 147-156.

- (18) A. M. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. colombia medica. 2008; 39(1).
- (19) Gligena. P BMCL. Salud bucal y habitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jovenes drogodependientes en recuperacion. 2012 julio.
- (20) Garza.M.. indice de enfermedad periodontal en adultos de 20 a 74 años en el estado de nuevo Leon, Mexico. 2009 noviembre.
- (21) Neira Beltrán R. Periodontitis agresiva. 2008, Lima-Perú.
- (22) Faria.R BABA. Nuevos metodos de diagnostico en periodoncia. metodos bioquimicos. periodontol implantol. 2001; 13(1).
- (23) Bullon.P. diagnostico por el laboratorio de las enfermedades periodontales y periimplantarias. periodonton implantol. 2004; 16(1).
- (24) Lindhe.J KTLN. periodontologia clinica e implantologica. 4th ed. Buenos Aires: panamericana.
- (25) Oseointegracion sedpy. diagnostico y tratamiento periodontal ; españa. p. 28.
- (26)OMG, Temas de la salud, genero. Reposito digital institucional [online].2016.[fecha de acceso 16 de enero del 2017]. URL. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es>.
- (27) OMG, Temas de la salud, ciclo de vida. Reposito digital institucional [online].2016.[fecha de acceso 16 de enero del 2017]. URL. Disponible en: http://www.who.int/elena/life_course/es/.
- (28)M.J.Aguilar Agudelo,Periodoncia para higienistas dentales,periodoncia, 2003, 13(3).
- (29) Salud ind. enfermedad de las encias o enfermedad periodontal. In ; 2013.
- (30) Albandar JM, Muranga MB, Rams TE. Prevalence of aggressive periodontitis in school attendees in Uganda. Journal of Clinical Periodontology 2002 September;29(9):823-831
- (31) Ereş G, Saribay A, Akkaya M. Periodontal treatment needs and prevalence of localized aggressive periodontitis in a young Turkish population. Journal of periodontology 2009 Jun;80(6):940-944.
- (32) Kumar C, Altamash M, Qamruddin S. Prevalence of Aggressive Periodontitis in Karachi Sample. Pakistan Oral & Dental Journal 2010 December;30(2):172-175.
- (33) Perez B. Periodontitis agresiva: clasificación, características clínicas y etiopatogenia. Acto odontológica venezolana 2008 ; 47(3).

Apéndices

A. Operalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVEL OPERATIVO
Genero.	Categoría taxonómica que ubica entre la familia.	Género o sexo referido en la tarjeta de identidad o pre cedula.	Cualitativo	Nominal.	Femenino.(1) Masculino.(2)
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Años cumplidos, estipulados según la fecha de nacimiento escrita en la tarjea de identidad o pre cedula.	Cuantitativo	Razón. Discreta.	13 años.(1) 14 años.(2) 15 años.(3) 16 años.(4) 17 años.(5)
Año y período en el que aprobó la historia clínica.	Tiempo en el que se realizó el diligenciamiento de la historia clínica.	Se podrá tomar de la historia diligenciada.	Cualitativo	Nominal	a.2010, I periodo (1) b.2010 II periodo (2) c. .2011, I periodo (3) d. 2011, II periodo (4) e. 2012, I periodo (5) f. 2012 .II periodo (6) d.2013, I periodo (7) e. 2013. II periodo (8) f. 2014, I periodo (9) g. 2014. II periodo (10) h .2015, I periodo (11) i.2015, II periodo (12)
Diagnostico periodontal.	Periodontitis agresiva: Común en personas menores de 35 años, caracterizada por perdida de tejido periodontal y rápida	Se observara en el anexo de periodoncia de la historia clínica.	Cualitativo	Nominal	Periodontitis agresiva generalizada (1) Periodontitis agresiva localizada (2) Ninguno (3)
Índice de placa bacteriana	Refiere la cantidad de placa bacteriana que presenta el individuo.	Se analizara el índice según las áreas pigmentadas.	Cualitativo	Nominal	0 - 0.9 (1) 1 – 1.9 (2) 2 – 3(3) No reporta (4)
Índice de placa de riesgo	Indica si se encuentra en riesgo o no.	Se determinara el riesgo dependiendo del porcentaje de las zonas pigmentadas.	Cualitativo	Nominal. Dicotómico.	Si (1) No (2) No reporta (3)

Radiografía panorámica	Son rayos X bidimensionales que nos permite visualizar las estructuras de tejido duro que se encuentran en el tercio medio e inferior de la cara.	Se determinara si hay pérdida ósea, localización, forma de tejidos duros.	Cualitativo	Nominal. Dicotómico.	Si (1) No (2)
Pérdida ósea	Es la disminución de la densidad del hueso.	Por medio de la radiografía panorámica se determinara la zona donde presenta pérdida ósea.	Cualitativo	Nominal	Pérdida ósea en 1 molar permanente (1) Pérdida ósea en incisivos inferiores permanentes (2) Pérdida ósea en ambos (incisivos y 1 molares) (3) No presenta pérdida ósea (4) No reporta (5)
Forma de la pérdida ósea	Aspecto en que se pierde el hueso.	Se describirá la forma de pérdida ósea que presente en la radiografía panorámica.	Cualitativo	Nominal	Vertical (1) Angular (2) Horizontal (3) No presenta (4) No reporta (5)
Localización de la pérdida ósea	Zona donde se ha perdido hueso.	Se establecerá la ubicación de la pérdida ósea de acuerdo a la radiografía panorámica.	Cualitativo	Nominal	Cara distal del 2 premolar (1) Cara mesial del 2 molar (2) Bilateral (3) No presenta (4) No reporta (5)
Bolsas periodontales	Es la profundización patológica del surco gingival.	Mediante el periodontograma se determinara si presenta bolsa periodontal o no.	Cualitativo	Nominal. Dicotómico.	Si (1) No (2)
Profundidad de la bolsa periodontal	Nivel de profundidad de la bolsa.	En el periodontograma se expresara en “mm” la profundidad que presenta la bolsa.	Cualitativo	Nominal	
Vestíbulo versión dental	Movimiento de solo la corona, sin desplazamiento apical cambiando la inclinación del eje del diente hacia vestibular.	En la radiografía panorámica se podrá diagnosticar si presenta inclinación.	Cualitativo	Nominal. Dicotómico.	Si (1) No (2)

Uso de seda dental	<i>Eliminar la placa que hay entre los dientes, en zonas a las que el cepillo de dientes no llega, y ayuda a prevenir la enfermedad de las encías y la caries dental.</i>	Se tomara de los datos que fueron reportados por el paciente durante se diligencio la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Diario (1) Semanal (2) Mensual (3) Cuando molestias.(4) Nunca (5)
Enjuague bucal	Solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.				hay
Cepillado dental	Método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas de caries dentales o de encías.	Se tomara de los datos que fueron reportados por el paciente durante se diligencio la historia clínica	Cuantitativo	Ordinal.	Una vez al día (1) Dos veces al día(2) Tres o más veces al día.(3) Nunca (4)
Palillos de madera	Elemento que ayuda a eliminar restos de alimentos que quedan entre los dientes.	En medidas de higiene oral se determinara si el paciente utiliza este elemento.	Cualitativo	Nominal. Dicotómico.	Si (1) No (2)
Enjuague bucal.	Solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.	Se tomara de los datos que fueron reportados por el paciente durante se diligencio la historia clínica	Cualitativo	Nominal. Dicotómico.	Si No

Factores locales	Diversas causas que ayudan a desarrollar patologías periodontales.	Mediante el odontograma, la radiografía panorámica y medidas de higiene oral se podrá determinar si el paciente presenta algún factor que favorezca el desarrollo de enfermedades periodontales.	Cualitativo	Nominal.	Coronas o prótesis fijas desadaptadas (1) Restauraciones interproximales desadaptadas (2) Análisis de ortodoncias (3) Análisis de rehabilitación oral. (4) Factores retentivos (5) Higiene oral (6) Ninguno (7)
Tratamiento recibido en periodoncia	Procedimiento que se realiza en el paciente con enfermedades periodontales.	Si recibió tratamiento farmacéutico (antibiótico) o mecánico.	Cualitativo	Nominal	Terapia antibiótica Terapia mecánica Ambas Ninguna
Enfermedades sistémicas:	Enfermedad que afecta más de un órgano vital.	Se tomara de los datos que fueron reportados por el paciente durante se diligencio la historia clínica	Cualitativo	Nominal Dicotómico.	Sano (1) Patológico (2)

B. Instrumento

Numero de historia: # _ _ _

1. Genero:
 - A. Femenino (1)
 - B. Masculino (2)
2. edad del paciente:
 - A. 13 años (1)
 - B. 14 años (2)
 - C. 15 años (3)
 - D. 16 años (4)
 - E. 17 años (5)
3. Año y período de aprobación de la historia clínica
 - A. 2010, I periodo (1)
 - B. 2010, II periodo (2)
 - C. 2011, I periodo (3)
 - D. 2011, II periodo (4)
 - E. 2012, I periodo (5)
 - F. 2012, II periodo (6)
 - G. 2013, I periodo (7)
 - H. 2013, II periodo (8)
 - I. 2014, I periodo (9)
 - J. 2014, II periodo (10)
 - K. 2015, I periodo (11)
 - L. 2015, II periodo (12)

4. Diagnostico periodontal:
 - A. Periodontitis agresiva generalizada (1)
 - B. Periodontitis agresiva localizada (2)
 - C. Ninguno (3)
5. Índice de placa bacteriana:
 - A. 0 - 0.9 (1)
 - B. 1 – 1.9 (2)
 - C. 2 – 3(3)
 - D. No reporta (4)
6. Índice de placa bacteriana de riesgo.
 - A. Si (1)
 - B. No (2)
 - C. No reporta (3)
7. Presenta radiografía panorámica
 - A. Si (1)
 - B. No (2)
8. Presenta pérdida ósea
 - A. Pérdida ósea en 1 molar permanente (1)
 - B. Pérdida ósea en incisivos inferiores permanentes (2)
 - C. Pérdida ósea en ambos (incisivos y 1 molares) (3)
 - D. No presenta pérdida ósea (4)
 - E. No reporta (5)
9. Forma de la perdida pérdida ósea
 - A. Vertical (1)
 - B. Angular (2)
 - C. Horizontal (3)
 - D. No presenta (4)
 - E. No reporta (5)
10. La pérdida ósea está localizada en
 - A. Cara distal del 2 premolar (1)
 - B. Cara mesial del 2 molar (2)
 - C. Bilateral (3)
 - D. No presenta (4)
 - E. No reporta (5)
11. Bolsas periodontales
 - A. Si (1)
 - B. No (2)
12. Profundidad de la bolsa periodontal.

13. Presenta vestíbulo versión en incisivos superiores

14. Si (1)

15. No (2)

16. Cuantas veces usa seda dental

a. Diario (1)

b. Semanal (2)

c. Mensual (3)

d. Cuando hay molestias.(4)

e. Nunca (5)

f. No reporta (6)

17. Cuantas veces se cepilla.

a. Una vez al día (1)

b. Dos veces al día (2)

c. Tres o más veces al día. (3)

d. Nunca (4)

18. Uso de dentífrico.

A. Si (1)

B. No (2)

C. Otros (3)

19. Uso de palillos u otros objetos.

A. Si (1)

B. No (2)

20. Cual

21. Uso de enjuagues bucales

A. Si (1)

B. No (2)

22. En el paciente se encontró factores como

A. Coronas o prótesis fijas desadaptadas (1)

B. Restauraciones interproximales desadaptadas (2)

C. Análisis de ortodoncias (3)

D. Análisis de rehabilitación oral. (4)

E. Factores retentivos (5)

F. Higiene oral (6)

G. Ninguno (7)

23. Tratamiento recibida

- A. Terapia antibiótica
- B. Terapia mecánica
- C. Ambas
- D. Ninguna

24. Estado sistémico

- A. Sano (1)
- B. Patológico (2)

25. Cual patología presenta.
