



**Estilo de vida de pacientes con periodontitis que asisten a las clínicas de la
Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga**

Paula Andrea Vargas Merchán código: 20 571621416,

Anlly Yurani López Manrique - código: 20571625966,

Juan Felipe Castellanos Arango - código: 20571515045.

Universidad Antonio Nariño

Programa de pregrado

Facultad de Odontología

Bucaramanga, Colombia

2022

**Estilo de vida de pacientes con periodontitis que asisten a las clínicas de la
Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga**

**Paula Andrea Vargas Merchan, Anlly Yurani López Manrique, Juan Felipe
Castellanos Arango.**

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Odontólogo

Director (a):

Dra. Ana Lucía España Moreno

Codirector (a):

Dra. Silvia Rueda

Línea de Investigación:

Promoción y prevención

Universidad Antonio Nariño

Programa de pregrado

Facultad de Odontología

Bucaramanga, Colombia

2022

Tabla de contenido

1. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos	5
1.2.1 Objetivo General.....	5
1.2.2 Objetivos Específicos	5
1.3 Justificación.....	6
2. Marco teórico.....	7
2.1 Enfermedad periodontal	7
2.2 Etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal	8
2.3 Microbiología periodontal.....	8
2.4 Clasificación de la enfermedad periodontal	9
2.4.1 Gingivitis	9
2.4.2 Peridontitis.....	10
2.5 Epidemiología	10
2.6 Factores que influyen en la periodontitis	12
2.6.1 Biopelícula dental y microorganismos	14
2.6.2 Tabaquismo	14
2.6.3 Alcoholismo.....	15
2.6.4 Diabetes	15
2.6.5 Nivel socioeconómico y factor psicosocial	15
2.7 Parámetros para el diagnóstico de la periodontitis.....	16
2.7.1 Profundidad al sondaje	16
2.7.2 Nivel de Inserción Clínica (NIC):	17
2.7.3 Sangrado en el Sondaje (SS):	17
2.7.4 Línea Mucogingival (LMG):.....	18
2.8 Clasificación de la enfermedad periodontal	18
2.8.1 Clasificación de la periodontitis por estadios:	19
2.8.2 Clasificación de la periodontitis por grados:	19
2.9 Tratamiento	20
2.9.1 Fase sistémica:	20
2.9.2 Fase inicial	20
2.10 Promoción y prevención de la salud oral enfocada a la periodontitis	21
2.10.1 Técnicas de cepillado dento-gingival:	22
2.10.2 Elementos auxiliares de la limpieza interdental	23
2.11 Estilo de Vida.....	24
2.12 Instrumento FANTÁSTICO.....	25
3. Metodología	26
3.1 Tipo de estudio	26
3.2 Población.....	26

3.3	Muestra.....	26
3.4	Muestreo.....	27
3.5	Criterios de Selección del estudio	27
3.5.1	Criterios de Inclusión.....	27
3.5.2	Criterios de exclusión	27
3.6	Variables.....	28
3.6.1	Variables Sociodemográficas:	28
3.6.2	Variables relacionadas con el estado periodontal.....	30
3.6.3	Variables relacionadas con el estilo de vida.....	31
3.7	Análisis de datos.....	40
3.7.1	Análisis univariado	40
3.8	Procedimiento.....	40
3.9	Aspectos bioéticos.....	41
4.	Resultados	41
5.	Discusión	52
6.	Conclusiones	59
7.	Limitaciones y recomendaciones	60
8.	Cronograma.....	61
9.	Presupuesto.....	62
10.	Anexos	63
7.	Referencias Bibliográficas.....	70

Listado de Tablas

Tabla 1. Estilo de vida – Familia y amigos.....	44
Tabla 2. Estilo de vida – Actividad.....	45
Tabla 3. Estilo de vida – Nutrición	46
Tabla 4. Estilo de vida – Toxina	47
Tabla 5. Estilo de vida – Alcohol.....	48
Tabla 6. Estilo de vida – Sueño/Cinturón/Estrés	48
Tabla 7. Estilo de vida - Tipo de personalidad	49
Tabla 8. Estilo de vida – Interior	50
Tabla 9. Estilo de vida – Trabajo	51
Tabla 10. Total Fantástico.....	51
Tabla 11. Cronograma de actividades.....	61
Tabla 12. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).	62

Listado de figuras

Figura 1. *Indicadores de Enfermedad Periodontal por grupos de edad publicados en I .. 11*

Listado de gráficas

Gráfica 1. Edad	42
Gráfica 2. Sexo.....	42
Gráfica 3. Nivel de escolaridad.....	43
Gráfica 4. Estrato socioeconómico	44
Gráfica 5. Estado periodontal	52

Listado de anexos

Apéndice A Consentimiento informado de encuesta telefónica	63
Apéndice B Instrumento de recolección de datos	67

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación va dedicado en primer lugar a Dios que nos otorgó la capacidad y fuerza para desarrollar este proyecto, nos brindó claridad, sabiduría y jamás nos dejó desistir y, en segundo lugar, a nuestras familias por siempre brindarnos el apoyo y ser el principal cimiento para la construcción de un futuro profesional prometedor, por ser ejemplo de perseverancia y el motor que nos ha llevado a este lugar e impulsara nuestro andar hoy, mañana y siempre.

*Gracias por todo el amor,
tolerancia y
comprensión.*

Resumen

La periodontitis es definida como la inflamación de los tejidos de soporte del diente que llega a producir cambios destructivos de manera progresiva conduciendo a la pérdida del tejido óseo circúndate y el ligamento periodontal. En el territorio nacional, el ENSAB IV reportó que aproximadamente el 61.8% de la población total presentaba algún tipo de periodontitis y dado a que el estilo de vida es considerado un factor de riesgo para la patología en mención se desarrolla la presente investigación.

Objetivo: Determinar el estilo de vida de pacientes con presencia de periodontitis que asistieron a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en el cual se aplicó una encuesta vía telefónica a los pacientes que cumplan con los criterios de selección de estudio y hagan parte de este de manera voluntaria, donde se abordaran preguntas relacionadas con los factores sociodemográficos, estilo de vida basados en el cuestionario fantástico y clasificación de la periodontitis.

Conclusiones: De la totalidad de pacientes con periodontitis estudiados, prevaleció el género femenino edad adulta (entre los 27 y 59 años), con estudios completos de básica primaria y estratos socioeconómico 1 y 2. Se presentó con mayor frecuencia la peritonitis estadio II grado B en el 20% y un estilo de vida excelente en el 55% de los pacientes.

Abstrac

Periodontitis is defined as the inflammation of the supporting tissues of the tooth that progressively produces destructive changes built on the loss of the surrounding bone tissue and the periodontal ligament in the national territory, the ENSAB IV reported that approximately 61.8% of the total population presented some type of periodontitis and gave that lifestyle is considered a risk factor for the pathology in question, the present investigation is developed.

Objective: Determine the lifestyle of patients with the presence of periodontitis who attended a dental consultation at the clinic of the Antonio Nariño University, Bucaramanga, in the period of time between the years 2019 to 202

Methodology: A cross-sectional descriptive observational study was carried out, in which a telephone survey was applied to patients who met the study selection criteria and participated in it voluntarily, where questions related to sociodemographic factors were addressed, lifestyle based on the fantastic questionnaire and classification of periodontitis.

Conclusions: Of all the patients with periodontitis studied, the adult female gender (between 27 and 59 years) prevailed, with complete primary school studies and socioeconomic strata 1 and 2. Stage II grade B peritonitis occurred more frequently. in 20% and an excellent lifestyle in 55% of patients.

1. Introducción

En los últimos años, el interés por el estudio del estilo de vida de las personas y sus repercusiones sobre la salud general, ha tomado gran interés y esto se debe, a que, gran parte de la población a nivel mundial posee estilos de vida poco saludables, lo cual afecta de manera negativa su estado de salud y calidad de vida (Farhud, 2015). La Organización mundial de la Salud (OMS) asegura que la salud general y la bucal tienen factores de riesgo en común que se relacionan con el estilo de vida (OMS, 2020). Además, menciona las principales enfermedades que afectan la cavidad oral, dentro de las cuales se encuentran la caries dental, la gingivitis y la periodontitis crónica, que son enfermedades prevenibles y relacionadas con problemas en el autocuidado de la salud oral.

Desafortunadamente, es muy poco el énfasis que se le otorga a la motivación dirigida al paciente en consulta odontológica sobre la educación enfocada a mejorar y mantener la salud oral y general. Información que incluye el desarrollo de destrezas en técnicas de higiene oral y recomendaciones para el control del consumo de ciertos alimentos o sustancias dañinas (Albertsson, 2010). El no tener una higiene oral adecuada, o no realizar visitas preventivas con el odontólogo se ha asociado a la presencia de un mayor riesgo de padecer enfermedades bucales.

Al analizar la presencia de la periodontitis a nivel nacional, se logra identificar que el Ministerio de Salud y protección social de la república de Colombia en el año 2014 realizó el Estudio Nacional de Salud Bucal (MinSalud, 2014) en busca de establecer las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal. En comparación con el ENSAB III (1998), se observó

disminución de caries, pero un retroceso en el momento del diagnóstico de enfermedad periodontal como la periodontitis y la pérdida dental.

Por tal motivo se desarrolla el presente proyecto de investigación observacional descriptivo de corte transversal cuyo propósito fue en conocer el estilo de vida de pacientes con presencia de periodontitis que asistieron a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021, analizando en detalle su nivel socioeconómico, estilo de vida según el cuestionario fantástico y el diagnóstico periodontal preciso, gracias a la información recopilada de las historias clínicas que reposan en el archivo de la Universidad y de una encuesta telefónica aplicada por los investigadores.

La información documental contenida en la presente investigación se encuentra enfocada a describir las generalidades de la enfermedad periodontal, su etiopatogenia, microbiología y clasificación. Posteriormente se encuentra información orientada hacia la periodontitis, epidemiología a nivel mundial y nacional, los factores de riesgo que influyen en la aparición y permanencia de esta patología, los parámetros para el diagnóstico de esta, clasificación reciente, tratamiento y recomendaciones. Finalmente, el proyecto se enfoca en el estilo de vida y el instrumento fantástico, que consiste en una encuesta de 25 ítems diseñada para determinar el estilo de vida de los pacientes.

1.1 Planteamiento del problema

La salud de la cavidad oral es parte importante de la salud general del ser humano y se define como el “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”. El mantenimiento de la salud de los componentes del sistema estomatognático es fundamental para efectuar acciones básicas y esenciales, como la alimentación, comunicación, expresión de sentimientos, desarrollo de la sexualidad, además de su importancia desde el punto de vista biológico, estético y psicosocial (Hung, 2005).

En los últimos años, el interés por el estudio del estilo de vida de las personas y sus repercusiones sobre la salud general, ha tomado gran interés y esto se debe, a que, gran parte de la población a nivel mundial posee estilos de vida poco saludables, lo cual afecta de manera negativa su estado de salud y calidad de vida (Farhud, 2015). Así las cosas, el estilo de vida se puede definir como la forma en la que un individuo vive, la cual se ve influenciada por una serie de patrones de conducta como los culturales, económicos, sociodemográficos, medioambientales, genéticos, nivel educativo, entre otros (Guerrero, 2010).

La Organización mundial de la Salud (OMS) asegura que la salud general y la bucal tienen factores de riesgo en común que se relacionan con el estilo de vida (OMS, 2020). Además, menciona las principales enfermedades que afectan la cavidad oral, dentro de las cuales se encuentran la caries dental, la gingivitis y la periodontitis crónica, que son enfermedades prevenibles y relacionadas con problemas en el autocuidado de la salud oral.

En Colombia, las enfermedades periodontales (EP) son consideradas como enfermedades que más afectan la salud bucal de la población. El último Estudio Nacional de Salud Bucal en Colombia (ENSAB IV, 2014) reportó que aproximadamente el 61.8% de

la población total presentaba algún tipo de periodontitis. La periodontitis es considerada como un problema de salud pública porque no solo afecta la salud bucal, sino que, en la última década, ha sido sugerida como un indicador de riesgo que presuntamente influye en enfermedades sistémicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes Mellitus, la enfermedad cardiovascular, entre otras (Alvear, 2010).

Dicha situación representa un problema, pues su alto predominio en la comunidad repercute significativamente en la calidad de vida y ante la necesidad de tratamiento. A la fecha, no se ha logrado identificar el estilo de vida que poseen los pacientes que asisten a la clínica de la Universidad Antonio Nariño de Bucaramanga.

La periodontitis es definida como la inflamación de los tejidos de soporte del diente que llega a producir cambios destructivos de manera progresiva conduciendo a la pérdida del tejido ósea circúndate y el ligamento periodontal (Loesche, 2001), habitualmente se reconoce con una pérdida de inserción clínica interproximal de ≥ 3 mm presente en dos o más dientes no adyacentes. (Herrera y cols., 2018).

Dado que entre los factores de riesgo para las periodontitis se encuentra un mal estilo de vida (Nunn, 2003), reflejando así, la principal problemática de este proyecto de investigación, está relacionada con los diferentes riesgos a los que se enfrentan este tipo de pacientes, que, de no identificar y modificar su estilo de vida, es propenso empeorar su salud bucodental y general.

Por lo tanto, se planteó la siguiente pregunta para determinar los objetivos que se pretenden lograr con esta investigación:

¿Cuál es el estilo de vida de los pacientes con presencia de periodontitis que asisten a la clínica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre el 2019 a 2021?

1.2 **Objetivos**

1.2.1 Objetivo General

Determinar el estilo de vida de los pacientes con presencia de periodontitis estadio I, II, III y IV, que asistieron a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con periodontitis que asistieron a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021.
- Identificar el estilo de vida que tienen los pacientes con presencia de periodontitis atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021.
- Establecer la severidad de la periodontitis de los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021.

1.3 **Justificación**

Es claro que el estilo de vida puede influir en la salud general y también en el desarrollo de enfermedades bucales; por ende, la OMS sugiere que la promoción de la salud general y bucal sean integradas, pues ambas poseen factores de riesgo que se relacionan y pueden ser modificados como por ejemplo la dieta alta en azúcar, el consumo de alcohol y tabaquismo, que a su vez se asocian con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión (Baskaradoss, 2019; OMS, 2020). Así, los problemas de salud a los que se enfrentan las personas con periodontitis al no tener estilos de vida saludable, provienen principalmente desde el núcleo familiar y entorno social, ya que el cuidado de la salud bucal inicia desde los primeros años de vida, etapa en la cual es posible ayudar a prevenir la periodontitis con actividades de promoción y prevención temprana (Carvajal, 2016).

Adicionalmente, el fortalecimiento de los programas de salud pública mediante el uso de medidas que contribuyan a la prevención de enfermedades como la periodontitis y promoción de la salud oral y general es una situación urgente, dado que mejorar la salud oral en países en desarrollo representa un gran desafío y esto se debe a la ausencia de políticas que privilegien la salud oral (Contreras A, 2016)

Según lo anterior, de la presente investigación podrá realizar un aporte significativo a los pacientes que asisten a consulta odontología en la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, entes departamentales y comunidad en general, dado que los resultados de este estudio suministran información importante con la que se pueden tomar medidas

preventivas enfocadas en salud bucal y así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Por otro lado, la información recolectada también será de gran importancia para la facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño, pues arrojará resultados relacionados con el estado de salud oral de los pacientes y su estilo de vida, lo que permitirá tomar decisiones sobre la importancia de priorizar la odontología preventiva y promocional sobre la curativa que a su vez, lleven a generar los cambios necesarios en el quehacer profesional y en la relación de los odontólogos con otros profesionales de la salud, y sobre todo, cambios en la relación de los profesionales con la comunidad.

Finalmente, esta investigación ofrece un impacto positivo tanto a estudiantes del pregrado como al gremio odontológico en general, pues de acuerdo a la información recolectada, recalca la importancia que el estilo de vida tiene sobre la salud bucal y general, los profesionales de la salud oral podrán identificar la importancia de incluir dentro de su portafolio de servicios la atención preventiva y generar un engrane con los profesionales de la salud general con el propósito de adquirir una visión más amplia sobre los cuidados a para disminuir la prevalencia de la periodontitis y mejorar la condición de salud del individuo.

2. Marco teórico

2.1 Enfermedad periodontal

Se define como una patología inflamatoria, crónica de origen multifactorial, que tiene como factor etiológico primario una biopelícula de origen bacteriano, misma que se encuentra organizada en un nicho ecológico favorable para su crecimiento y desarrollo; unos factores adicionales de origen local y sistémico ocasionan la contaminación y destrucción

de los tejidos de soporte del diente como epitelio, tejido conectivo, ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento radicular, entre otros (Ridgeway, 2000).

2.2 Etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal

Durante la enfermedad periodontal se desarrollan una serie de situaciones de tipo biológico caracterizado por la presencia de inflamación crónica en los tejidos periodontales con presencia de sangrado al sondaje, bolsa periodontal, mayor profundidad al sondaje y pérdida de inserción clínica (Papapanou, 2017).

Este proceso inflamatorio propio de los tejidos del periodonto se origina como una consecuencia a la presencia de placa bacteriana, que no es más que un complejo biológico que puede contener hasta 800 especies microbianas diferentes (Paper, 2003; Kinane, 2017). En este orden de ideas, el origen del proceso infeccioso propio de la periodontitis se encuentra apoyado por la teoría de los complejos microbiológicos, misma que manifiesta que la presencia y asociación de las bacterias presentes en la cavidad oral contribuyen a la progresión de la enfermedad periodontal (Socransky, 2005)

2.3 Microbiología periodontal

Son propios de la enfermedad periodontal microorganismos como el *Treponema denticola*, *Porphyromonas gingivalis*, y *Tannerella forsythensis*, sumado el *Agregatibacter actinomycetemcomitans* con su poder de virulencia (Socransky, 2005), cuya presencia ocasiona una reacción de defensa por parte del sistema inmunológico del huésped, donde los primeros participantes de dicho proceso son los linfocitos polimorfonucleares (PMNs); no

obstante, en diversas ocasiones su actividad no es suficiente para detener la proliferación bacteriana, por lo que la respuesta inflamatoria suele prolongarse y así provocan daño en los tejidos de soporte del diente. Cuando se involucran las células de defensa, se genera una liberación de sustancias mediadoras del proceso inflamatorio como la Interleucina 1 beta (IL-1 β) que tiene poder quimiotáctico, favoreciendo la pérdida del tejido óseo y estimulando la liberación de metaloproteinasas; la IL-6 que se encargan de inducir la producción de anticuerpos en las células plasmáticas. Por otro lado, la Interleucina 17 (IL-17) regula la coordinación entre inmunidad natural y específica, la Proteína C reactiva (PCR) y Factor de Necrosis Tumoral Alfa (TNF- α) a su vez, favorecen la proliferación y diferenciación celular, la Prostaglandina E2 (PGE2) por su parte se encarga de la vasodilatación, aumento de la permeabilidad en los pequeños vasos y vénulas, permitiendo el paso de leucocitos (Amar, 2013). Por tanto, la enfermedad periodontal se constituye en una afección inflamatoria importante, que puede estar ligada a otras enfermedades de tipo sistémicas.

2.4 Clasificación de la enfermedad periodontal

2.4.1 Gingivitis

Patología periodontal caracterizada por la presencia de inflamación en los tejidos gingivales ocasionada por la presencia y acumulo de placa bacteriana y puede evolucionar a una periodontitis; enfermedad que destruye los tejidos de soporte del diente. Es una enfermedad que se puede prevenir al eliminar el estímulo o causal, puede estar acompañada

de inflamación que puede persistirse como una pseudobolsa y sangrado al sondaje. La profundidad al sondaje no supera los 3 mm y radiográficamente no se observe pérdida de tejido óseo (Botero, 2010).

2.4.2 Periodontitis

Se caracteriza por la inflamación de los tejidos de soporte del diente, formación de bolsa periodontal con una profundidad al sondaje superior a 4mm y presencia de sangrado al sondaje, pérdida de inserción y pérdida de la altura de la cresta ósea. También se puede apreciar movilidad, supuración, migración dental, dolor y pérdida de inserción (Botero, 2010; Smith, 2012). Esta enfermedad se puede clasificar de acuerdo a su severidad en Leve moderada y severa, la cual depende de la cantidad de placa blanda y calcificada y se determina según el nivel de inserción clínica, tomado como referencia la longitud radicular; y, según su extensión en Localizada-, menos del 30% de sitios afectados y Generalizada-, más del 30% de sitios afectados. (Botero, 2010; Smith, 2012).

2.5 Epidemiología

La OMS durante el pasar del tiempo ha realizado estudios enfocados en la situación bucal logrando identificar a nivel mundial que del 30 a 50% de las personas del grupo etario adulto pueden ser afectados por la periodontitis crónica, incrementando su prevalencia con el aumento de la población y la expectativa de vida (Marcenes, 2013). Incluso, en estudio realizado en España, México, Colombia, Brasil, Argentina y Chile la prevalencia de

periodontitis crónica es entre el 30% al 60% y la prevalencia de periodontitis agresiva está entre el 1% al 3% (Contreras, 2016).

Ahora bien, al analizar la presencia de la periodontitis a nivel nacional, se logra identificar que el Ministerio de Salud y protección social de la república de Colombia en el año 2014 realizó el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014) permitiendo entender la situación del país, cuyo enfoque estuvo a cargo de La Determinación Social de la Salud, una corriente Latinoamericana orientada hacia la salud colectiva y la medicina social, en busca de establecer las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal. En comparación con el ENSAB III (1998), se observó mejoría para caries, pero un retroceso en la enfermedad periodontal como la periodontitis y la pérdida dental.

EDAD (en años)	ENSAB III - 1998						ENSAB IV - 2014								
	Índice específico de extensión y severidad de la pérdida de inserción ESI					ICNTP (H.O, Detartraje, TTO Completo	Índice específico de extensión y severidad de la pérdida de inserción ESI					Clasificación de Periodontitis según PAGE y EKE, CDC-AAP			
	EXTENSION DE LA PERDIDA		SEVERIDAD DE LA PERDIDA				EXTENSION DE LA PERDIDA		SEVERIDAD DE LA PERDIDA						
	LOCALIZADA %	GENERALIZADA %	LEVE %	MODERADO %	SEVERO %		LOCALIZADA %	GENERALIZADA %	LEVE %	MODERADO %	SEVERO %	PERIODONTITIS AVANZADA %	PERIODONTITIS MODERADA %	PERIODONTITIS LEVE %	
15 a 19	31,4	1,4	31,0	1,7	0,1	*	-	-	-	-	-	-	-	-	
18	-	-	-	-	-	-	71,78	10,22	81,48	*	*	*	10,97	10,69	
20-24	35,2	1,8	34,3	2,5	0,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	
20 y 34	-	-	-	-	-	2,6	64,36	27,24	89,73	*	*	*	26,62	11,00	
35-39	54,0	11,8	51,7	11,8	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35 y 44	-	-	-	-	-	10,1	47,16	51,74	93,87	4,64	*	7,48	48,79	9,44	
45 y 64	-	-	-	-	-	-	18,41	80,92	79,54	16,69	*	20,35	62,53	*	
55-59	51,0	32,2	50,0	27,9	5,5	8,4	-	-	-	-	-	-	-	-	
65 y 79	-	-	-	-	-	-	*	93,16	53,13	33,87	12,73	25,99	63,99	*	
65 y más	44,3	46,3	56,1	27,1	7,3	7,9	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total población	42,0	8,0	41,1	7,7	1,2	92,4	44,02	51,57	85,16	8,59	1,84	10,62	43,46	7,72	

Figura 1. Indicadores de Enfermedad Periodontal por grupos de edad publicados en *el ENSAB III Y ENSAB IV, (Padilla, 2016)*

En la figura anterior, se realiza la comparación entre los resultados que arrojaron los indicadores de enfermedad periodontal del ENSAB III y ENSAB IV, donde se logra evidencia que la extensión de la pérdida localizada es casi el doble para los grupos de edad menores de 34 años, mientras que para los grupos de mayor edad esta pérdida fue menor; no obstante, si se analiza el indicador en el total de la población, en comparación con el estudio anterior, hubo un aumento del 2%. Dicha información, contrasta con la extensión de la pérdida generalizada que aumentó 6,5 veces, pasando del 8% al 51,6%. Con relación a la severidad de la pérdida en el total de la población, este valor se duplicó en el estudio del 2014 con respecto al estudio del 1998, mientras que los valores de los niveles moderado y severo tuvieron aumentos que no superaron el 1% (Padilla, 2016).

Finalmente, de acuerdo a la clasificación diagnóstica establecido por Page y Eke en el año 2007 (Page, 2007), la periodontitis moderada mostró una prevalencia del 43.46%, afectado a la población colombiana desde de los 18 años (Padilla, 2016).

2.6 Factores que influyen en la periodontitis

La Asociación Americana de Periodoncia (AAP), considera el factor de riesgo una característica propia del paciente, hábito o factor medioambiental que al ser corroborados por un estudio, indican que su presencia en el paciente aumenta la probabilidad de padecer de periodontitis y, si son eliminados, controlados y simplemente no existen, disminuye la posibilidad de ocasionar la enfermedad. Cuando dos o más factores de riesgo se encuentran presentes en una persona, puede generar daños en el sistema inmune y como es el caso de la

periodontitis, el estado de salud empeora notablemente debido a que el cuerpo no tiene la posibilidad de controlar la inflamación (Traviesas, 2012).

Los factores de riesgo se pueden clasificar de la siguiente manera: familiares, bacterianos, sistémicos, de estilo de vida o comportamiento, demográficos, económicos, genéticos e incluso, psicosociales y, a su vez, pueden ser modificables o determinantes. Los modificables son aquellos que pueden ser controlados y de esta forma reducir el riesgo o el avance de la enfermedad, por ejemplo, el tabaquismo. Los determinantes son inherentes al paciente, por lo cual no pueden ser controlados por ejemplo la genética (Peña, 2012).

De los estudios que reporta la literatura actual, dentro de los factores de riesgo propios de la periodontitis se destacan:

- Edad
- Género
- Raza
- Nivel socio-económico
- Biopelícula dental
- Microorganismos patógenos específicos
- Hábitos de fumar
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Osteoporosis
- Factores genéticos

- Factores psico-sociales (Borrell, 2005)

2.6.1 Biopelícula dental y microorganismos

Se ha demostrado, gracias a estudio clínicos, que los pacientes con un elevado nivel de placa bacteriana muestran una mayor progresión de la enfermedad periodontal después del tratamiento periodontal quirúrgico al ser comparados con pacientes no tratados (Nyman, 1977). Así mismos grupos de microorganismos patógenos específicos, agrupados bajo el título de “complejo rojo”, con fines de organización, tales como: *porphyromona gingivalis*, *treponema denticola* y *tanerella forsythensis* han sido relacionados con el diagnóstico clínico de Periodontitis.

2.6.2 Tabaquismo

Considerado que el principal factor es el riesgo ambiental y el segundo factor modificable más importante, después del control de placa, para el desarrollo de enfermedad periodontal. El continuo habito de fumar genera destrucción de los tejidos de soporte de los dientes, con evidente pérdida de la altura de la cresta ósea, aparición de bolsas periodontales, hasta finalmente llegar a la pérdida dental. La literatura indica que el tabaquismo es una factor de riesgo que aumenta considerablemente la aparición de enfermedad periodontal pues estos pacientes presentan una respuesta inflamatoria menor y vasoconstricción sistémica probocada por la nicotina. Los pacientes fumadores presentan una mayor incidencia de placa

y cálculos, ya que el hábito del tabaquismo favorece la mineralización de la placa bacteriana (Traviesas, 2011; Bergström, 2000).

2.6.3 Alcoholismo

Las personas alcohólicas presentan mayor riesgo ante el desarrollo y progresión de la periodontitis debido a la respuesta que tiene los tejidos periodontales ante la presencia de los microorganismos propios de esta patología, aumentando la profundidad al sondaje y la pérdida del nivel de inserción ósea (Bertos, 2009).

2.6.4 Diabetes Mellitus

En personas diabéticas, la enfermedad periodontal se presenta con mayor frecuencia y severidad en comparación a una persona que no la padece. La periodontitis es considerada un factor de riesgo modificable en paciente con diabetes controlada, pues un alto nivel de glucemia produce una inhibición de la producción de colágeno y osteoblastos, haciendo más lento el proceso de regeneración de los tejidos duros adyacentes a la pieza dental afectada (Smith, 2012).

2.6.5 Nivel socioeconómico y factor psicosocial

Diversas investigaciones han evidenciado diferencias importantes en el estado de la salud periodontal de los pacientes con nivel socioeconómico variado. (Borrell, 2004). Sumado a esto, el manejo de altos niveles de estrés o intolerancia al mismo, presentan

correlación con la presencia de periodontitis severa con características altamente destructivas. (Heitz-Mayfield, 2005)

2.7 Parámetros para el diagnóstico de la periodontitis

Las periodontopatías por lo general aparecen en los pacientes jóvenes en forma de gingivitis, la cual al no ser tratada de forma adecuada degenera en una afección más severa denominada periodontitis, donde hay pérdida de los niveles de inserción y compromiso del hueso alveolar (Smith, 2011). Existen ciertos parámetros clínicos para poder realizar un correcto diagnóstico periodontal, que serán detallados a continuación:

2.7.1 Profundidad al sondaje PS

Para entender este término es importante definir primero al surco, el cual es el espacio que se encuentra entre la superficie radicular de la pieza dentaria y la encía, ya que el estado de este espacio es el punto de partida para realizar un diagnóstico (Botero, 2010). El surco periodontal se encuentra entre la encía marginal y la superficie del diente y está limitado en su parte más apical por el epitelio de unión. Este espacio puede tener profundidades de 1 a 3 mm en ausencia de inflamación. Las profundidades de un saco periodontal son ≥ 4 mm evidenciando una destrucción del periodonto. De esta manera, un saco periodontal se considera como tal, cuando existe una profundidad al sondaje de ≥ 4 mm, debe tener sangramiento, inflamación asociada a placa bacteriana y una pérdida de inserción tanto clínica como radiográfica (Botero, 2010).

2.7.2 Nivel de Inserción Clínica (NIC):

Morfológicamente, se encuentra representado por las fibras de tejido conectivo gingivales que se insertan al cemento radicular a través de fibras de Sharpey. Ahora bien, el nivel de inserción clínica es la distancia existente entre el límite amelocementario (LAC) y la base del surco periodontal (Botero, 2010). Su análisis debe realizarse de manera individual en cada pieza dental pues el NIC depende de la longitud de la raíz de cada diente y de acuerdo a eso se establece el soporte periodontal de cada pieza dentaria (Botero, 2010).

Para obtener la medida de NIC se debe realizar lo siguiente:

- Si el margen gingival ha migrado hacia apical de la unión amelocementaria, ese espacio (correspondiente al margen) se debe sumarse a la PS.
- Si el margen gingival ha migrado hacia coronal de la unión amelocementaria, al margen se le resta la PS
- Si el margen gingival está al mismo nivel que la unión amelocementaria, el NIC será el mismo que la PS (Botero, 2010).

2.7.3 Sangrado en el Sondaje (SS):

La presencia del sangrado al sondaje da indicios de la presencia de una patología inflamatoria en el tejido conectivo subyacente al epitelio de unión. Este sangrado se genera en el momento en que la sonda periodontal se introduce, no obstante, variables externas como la manipulación del instrumento por el profesional de la salud y el diámetro del instrumento de medición pueden tener diferentes interpretaciones con relación a la presencia de sangrado (Botero, 2010).

2.7.4 Línea Mucogingival (LMG):

La encía queratinizada (EQ) es la distancia entre el margen gingival y la línea mucogingival y su longitud puede ser afectada por la recesión de la encía, la encía libre (EL) es la longitud entre la LMG y el fondo del surco y puede ser afectada por la pérdida de inserción (Botero, 2010).

2.8 Clasificación de la enfermedad periodontal

Gracias a la unión de la Academia americana de periodoncia (AAP), como la federación europea de periodoncia (EFP), se ha desarrollado un nuevo sistema de clasificación de las enfermedades periodontales (Herrera, 2018) el cual se adapta a los conocimientos científicos de la actualidad y pretende subsanar los problemas y limitaciones derivados de clasificaciones anteriores.

La nueva clasificación identificó que la periodontitis se debe clasificar mediante estadios y grados (Tonetti y cols. 2018). El estadio se encarga de describir la gravedad de la enfermedad desde su inicio y la complejidad del manejo de la misma, así mismo registra la distribución y extensión de la misma en boca; mientras que el grado se refiere a la progresión de la enfermedad, la probabilidad de obtener un buen o mal resultado posterior al tratamiento y el impacto que esta enfermedad representa para el estado de la salud general del paciente (Herrera, 2018).

2.8.1 Clasificación de la periodontitis por estadios:

- **Estadio I:** CAL de 1-2 mm, Pérdida ósea radiográfica en tercio coronal (< 15 %), sin pérdidas dentarias por razones periodontales, Profundidad de sondaje máxima \leq 4 mm, Pérdida ósea principalmente horizontal.
- **Estadio II:** CAL de 3-4 mm, Pérdida ósea radiográfica en Tercio coronal (15-33 %), Sin pérdidas dentarias por razones periodontales, Profundidad de sondaje máxima \leq 5 mm y Pérdida ósea principalmente horizontal
- **Estadio III:** CAL \geq 5 mm, Pérdida ósea radiográfica con Extensión a tercio medio, \leq 4 pérdidas dentarias por razones periodontales, Profundidad de sondaje 6-7 mm, Pérdida ósea vertical \geq 3 mm, Afectación de furca grado II o III, 21-28 dientes residual y Defecto de cresta moderado.
- **Estadio IV:** CAL \geq 8 mm, Pérdida ósea radiográfica con Extensión a tercio apical, \geq 5 pérdidas dentarias por razones periodontales, Profundidad de sondaje \geq 8 mm, Disfunción masticatoria, Trauma oclusal secundario; movilidad dentaria \geq 2, Colapso de mordida, migraciones, abanicamiento dentario, < 20 dientes residual, y defecto de cresta grave (Herrera, 2018).

2.8.2 Clasificación de la periodontitis por grados:

- **Grado A:** las Radiografías o evaluación periodontal en los 5 años anteriores No evidencia de pérdida de hueso/inserción, Pérdida ósea vs. edad < 0,25, evidencia de Grandes depósitos de biofilm con niveles bajos de destrucción, No fumador y paciente normal con/sin diabetes.

- **Grado B:** Radiografías o evaluación periodontal en los 5 años anteriores con Pérdida < 2 mm, Pérdida ósea vs. edad 0,25-1,0, Destrucción proporcional a los depósitos de biofilm, < 10 cig./día y HbA1c < 7 con diabetes.
- **Grado C:** Radiografías o evaluación periodontal en los 5 años anteriores con Pérdida \geq 2 mm, Pérdida ósea vs. edad > 1,0, El grado de destrucción supera las expectativas teniendo en cuenta los depósitos de biofilm; patrones clínicos específicos que sugieren periodos de progresión rápida y/o patología de aparición temprana... Por ejemplo, patrón molar-incisivo; falta de respuesta prevista a tratamientos de control bacteriano habituales, \geq 10 cig./día y HbA1c > 7 con diabetes (Herrera, 2018).

2.9 Tratamiento

El propósito del tratamiento se encuentra orientado a disminuir o eliminar la carga bacteriana y los factores de riesgo que contribuyen a la permanencia de la enfermedad; además se pretende mejorar las condiciones de los tejidos de inserción del diente. Este tratamiento cuenta con algunas fases (Benza, 2017):

2.9.1 Fase sistémica:

- Referencia de antecedentes médicos
- Interconsulta para tratar posibles factores de riesgo

2.9.2 Fase inicial

- Tratamiento de emergencia de acuerdo a la necesidad.

- Información dirigida al paciente sobre el proceso de la enfermedad.
- Instrucciones sobre higiene oral.
- Estudio, diagnóstico y tratamiento de alteraciones oclusales y mandibulares.
- Muestras bacterianas de bolsas periodontales.
- Tratamientos odontológicos previos según necesidad del paciente.
- Desbridamiento subgingival quirúrgico y no quirúrgico.
- Tratamiento antibiótico tanto local como sistémico.

2.10 Promoción y prevención de la salud oral enfocada a la periodontitis

Para prevenir la enfermedad periodontal, la primera línea por agotar es la prevención de la gingivitis, y esto solo es posible con la eliminación de la placa bacteriana bajo la encía. Para esto, es indispensable mantener buenos hábitos de autocuidado y asistir periódicamente a las visitas odontológicas o con el especialista en periodoncia (Rosales y cols, 2019). La higiene oral es la unión de un conjunto de prácticas habituales que un individuo efectúa para mantener y mejorar su salud a nivel bucal, dentro de las cuales es posible mencionar el cepillado dental, higiene y alimentación.

Existen varios métodos de cepillado dental; sin embargo, es necesario resaltar otros aspectos importantes:

- Frecuencia: después de las comidas y antes de acostarse, el más importante
- Duración: para cubrir los cuatro cuadrantes se necesitan aproximadamente tres minutos.

- Inicio: Los dientes temporales deben comenzar a higienizarse desde que brotan, primero los padres o familiares y después los niños y niñas asesorados por ellos. Durante toda la vida
- Aparatología: removible o fija debe tenerse muy en cuenta al practicarse la higiene bucal, retirándola para efectuar el cepillado y cepillándola a ella (Rosales y cols, 2019).

2.10.1 Técnicas de cepillado dento-gingival:

- Técnica de Stillman modificada: se debe dividir la boca en 6 zonas en ambos arcos dentarios: del canino hacia atrás, de canino a canino y de canino hacia atrás del lado contrario. Luego, se procede a realizar el cepillado de 10 a 20 veces tanto por las caras vestibulares como por las linguales, con el cepillo a 45° con relación al eje longitudinal del diente desplazando las cerdas desde la zona cervical del diente hacia oclusal/incisal. Se recomienda realizarla con cepillo duro o semiduro (Rosales y cols, 2019).
- Técnica de Bass: para esta técnica se sugiere el uso de cepillo de dientes con cerdas suaves pues se caracteriza por la posición intrasurcal del cepillo y el uso de otro tipo de cerdas puede ser traumático. caras vestibulares superiores y vestibulo-proximales se coloca la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal, con la punta hacia distal, las cerdas se colocan en el margen gingival, se establece un ángulo de 45 grados hacia apical, se ejerce presión vibratoria vertical en las cerdas para que estas sean introducidas en

el surco y nichos interdentes, se realizan aproximadamente 20 movimientos cortos transversales (Rosales y cols, 2019).

- Técnica de Charters: consiste en colocar las cerdas hacia la corona, en un ángulo de aproximadamente 45 grados con relación al eje longitudinal del diente y se mueve el cepillo con movimientos cortos circulares o transversales un masaje gingival, por lo que se sugiere realizar con cepillo de cerdas suaves en dientes intervenidos recientemente (Rosales y cols, 2019).

2.10.2 Elementos auxiliares de la limpieza interdental

Independientemente de la técnica empleada, un cepillo dental no retira el 100% de la acumulación de placa interdental, por eso, es necesario complementar el cepillado con un elemento más eficaz de limpieza interdental, dentro de los cuales cabe mencionar los relacionados a continuación (Rosales y cols, 2019):

- Hilo dental: Con un trozo de seda o hilo dental entre el pulgar y el índice se procede a pasarlo suavemente entre cada zona de contacto con un movimiento de sierra. Se debe apoyar el hilo sobre la superficie proximal de un diente y mover el hilo hasta la zona de contacto para luego regresar al surco, repitiendo este movimiento ascendente y descendente de 5 a 6 veces (Rosales y cols, 2019).

- Limpiadores interdetales: dentro de este tipo de aditamentos se pueden mencionar los cepillos unipenacho y los conos de goma para masaje gingival (Rosales y cols, 2019).
- Aparatos de irrigación bucal: elementos que dirigen un chorro de agua a alta presión por medio de una boquilla hacia las superficies dentales, eliminando bacterias y residuos que otros instrumentos no logran alcanzar (Rosales y cols, 2019).

2.11 Estilo de Vida

El modelo de vida se compone de comportamientos y de hábitos que hacen referencia a las costumbres, a lo cotidiano y a las emociones. Algunos comportamientos pueden ser factores protectores o promotores de la salud, o actuar como variables de riesgo de mortalidad prematura, de morbilidad y de discapacidad funcional. El estilo de vida puede convertirse en un factor de riesgo o en un factor protector para la salud. Como factor de riesgo se asocia a mayor presencia de enfermedad. Por ejemplo: el consumo de alimentos inadecuados, el tabaquismo, la falta de ejercicio, la adicción al alcohol y a otras sustancias (Alvear, 2010). El estilo de vida saludable involucra una serie de comportamientos y actitudes para mantener el cuerpo y la mente sana, por ende, se puede suponer que estos hábitos conllevan a un mayor bienestar para la persona, sin contar que las personas le reflejan a la sociedad como viven.

El objetivo de la promoción de la salud son modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables, por eso, es indispensable contar con modelos de promoción de la salud que promuevan la adopción de estilos de vida saludables; definidos como patrones de

comportamiento determinados por la relación entre características individuales, sociales y condiciones de vida (socioeconómicas y ambientales) (Villar, 2016).

Adicionalmente, la aplicación de instrumentos de medición fiables que permitan realizar una medición de los estilos de vida de las personas y que además contribuyan a mostrar objetivamente la modificación de estos después de una intervención sanitaria cobra gran importancia. En este contexto, en el año 1984, Wilson et al. proponen el uso de un cuestionario denominado FANTÁSTICO, con la finalidad de evaluar los estilos de vida de la población de una manera multidimensional (evaluando factores físicos, psicológicos y sociales), pero a la vez simple (Villar, 2016).

2.12 Instrumento FANTÁSTICO

Este cuestionario ha sido adaptado y validado a la lengua española en Brasil, México y Colombia, con buenos resultados de confiabilidad tanto en población adulta en general como en grupos poblacionales tales como trabajadores (administrativos, obreros, de la salud) y estudiantes (escolares o universitarios); debido a las dimensiones individuales y culturales de la definición de estilos de vida saludables, es necesario que el cuestionario FANTÁSTICO sea validado a nuestro contexto para poder convertirse en una herramienta fiable de evaluación y monitoreo de intervenciones (Villar, 2016).

El cuestionario «FANTÁSTICO» fue diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, y permite identificar y medir el estilo de vida de una población particular, contiene 25 ítems cerrados que explora nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida (Ramírez, 2012).

Después de respondido el cuestionario se toma la sumatoria del valor obtenido en cada ítem contestado por el participante y el resultado va desde excelente a el que debería mejorar, tomando como referencia para la clasificación la escala Likert: “Excelente” (41-50 puntos), “Muy bueno” (31-40 puntos), “Bueno” (21-30 puntos), "Regular" (11-20 puntos) y "Necesidad de mejora" (0-10 puntos) (Ramírez, 2012).

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

3.2 Población

Pacientes con presencia de periodontitis que asisten a la clínica de la Universidad Antonio Nariño.

3.3 Muestra

La muestra se conformó de 44 pacientes con presencia de periodontitis atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021 que cumplieron con los criterios de selección del estudio.

3.4 Muestreo

En la presente investigación de tipo descriptivo, se utilizó un muestreo intencional o por conveniencia, ya que los pacientes fueron seleccionados de acuerdo con la información contenida en las historias clínicas que se encontraban dentro de los parámetros establecidos en los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 Criterios de Selección del estudio

3.5.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga entre los años 2019 y 2021.
- Pacientes con diagnóstico de periodontitis.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que se nieguen a participar de manera voluntaria en el estudio.
- Pacientes en estado de embarazo.
- Pacientes con presencia de prótesis parciales o total.
- Pacientes con dientes rehabilitados por medio de coronas.
- Paciente con alguna condición psicomotora.

- Paciente cuyos datos personales en la historia clínica se encuentren incompletos o sean erróneos.
- Pacientes con historias clínicas incompletas o poco concluyentes.
- Pacientes sin periodontograma.
- Pacientes que hayan sido atendidos por particular o en otra institución después de la atención inicial en la UAN.

3.6 Variables

En este estudio se estableció como variable dependiente la clasificación de periodontitis y como variables independientes: el grupo etario, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y, por otro lado, el estilo de vida de los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UAN en los años 2019 a 2021.

3.6.1 Variables Sociodemográficas:

Grupo etario:

- Definición conceptual: etapa específica del ciclo vital humano determinada por la edad.
- Definición operativa: Edad del paciente con periodontitis que hace parte del estudio.
- Naturaleza: Cualitativa
- Escala de medición: Ordinal

- Valores que asume: de 18 a 26 años: Juventud (1); de 27 a 59 años: Adulthood (2); igual o superior a 60 años: Adulto mayor (3).

Sexo:

- Definición conceptual: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.
- Definición operativa: Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica dentro del estudio.
- Naturaleza: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal dicotómica
- Valores que asume: Masculino (1); Femenino (2)

Nivel de escolaridad:

- Definición conceptual: Período de tiempo en el que un individuo a la escuela para estudiar y aprende.
- Definición operativa: Mayor grado alcanzado por el paciente que hará parte del estudio.
- Naturaleza: Cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: No tiene (0), Primaria (1), Secundaria incompleta (2), Secundaria completa (3), Técnico (4), Tecnología (5), Universitario (6).

Estrato socioeconómico:

- Definición conceptual: clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.
 - Definición operativa: estratificación social a la que pertenece el paciente que hace parte del estudio
 - Naturaleza: Cualitativa
 - Escala de medición: Ordinal
 - Valores que asume: Estrato 1 (1), Estrato 2 (2), Estrato 3 (3), Estrato (4), Estrato 5 (5), Estrato 6 (6).

3.6.2 Variables relacionadas con el estado periodontal

Periodontitis (Herrera, 2018):

- Definición conceptual: inflamación de la encía se extiende al ligamento periodontal, tejido conectivo y hueso alveolar.
- Definición operativa: clasificación de la periodontitis que se le da a un paciente de acuerdo a su estado de salud periodontal.
- Naturaleza: Cualitativa
- Escala de medición: nominal politómica.
- Valores que asume: Estadio I grado A (1) y Estadio I grado B (2), Estadio I grado C (3), Estadio II grado A (4), Estadio II grado B (5), Estadio II grado C (6), Estadio III grado A (7), Estadio III grado B (8), Estadio III grado C (9), Estadio IV grado A (10), Estadio IV grado B (11) y Estadio IV grado C (12).

3.6.3 Variables relacionadas con el estilo de vida

Familia y amigos – Comunicación:

- Definición conceptual: acción consciente de intercambiar información entre dos o más participantes.
- Definición operativa: la comunicación con los demás es honesta, abierta y clara.
- Naturaleza: Cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Casi nunca (0), Algunas veces (1) y Casi siempre (2).

Familia y amigos – Afecto:

- Definición conceptual: la inclinación hacia a alguien o algo, especialmente de amor o cariño.
- Definición operativa: da y recibe afecto.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Casi nunca (0), Algunas veces (1) y Casi siempre (2).

Familia y amigos – Apoyo emocional:

- Definición conceptual: capacidad de cuidar, escuchando de manera empática y activa al otro.
- Definición operativa: obtiene el apoyo emocional que necesita.
- Naturaleza: Cualitativa

- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Casi nunca (0), Algunas veces (1) y Casi siempre (2).

Actividad – Ejercicio:

- Definición conceptual: movimiento corporal producido por los músculos que exija gasto de energía
- Definición operativa: se realiza ejercicio 30 minutos al día.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Nunca (0), 2 veces por semana (1) y 3 veces por semana (2).

Actividad – tiempo libre:

- Definición conceptual: Período en que no hay obligación de realizar ninguna actividad y se dedica a la diversión o al descanso.
- Definición operativa: relajación y disfrute del tiempo libre.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Casi nunca (0), Algunas veces (1) y Casi diario (2).

Nutrición - Equilibrio:

- Definición conceptual: conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales
- Definición operativa: se mantiene una alimentación equilibrada

- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Casi nunca (0), Algunas veces (1) y Casi siempre (2).

Nutrición - Desayuno:

- Definición conceptual: Alimento generalmente ligero que se toma a primera hora del día, por la mañana.
- Definición operativa: consumo del desayuno diario.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Casi nunca (0), Algunas veces (1) y Casi siempre (2).

Nutrición - Exceso:

- Definición conceptual: tendencia hacia el devore de gran cantidad de alimentos
- Definición operativa: consumo excesivo de azúcares, sal, grasas y comida basura.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Frecuentemente (0), Algunas veces (1) y Uso mínimo (2).

Nutrición - Peso:

- Definición conceptual: medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un ser.
- Definición operativa: se mantiene en un peso ideal.
- Naturaleza: cualitativa

- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Sobrepeso mayor a 8kg (0), Sobrepeso de 8kg (1) y Sobrepeso de 4 kg (2).

Toxinas - Tabaco:

- Definición conceptual: adicción al consumo de tabaco.
- Definición operativa: consumo de tabaco durante un año.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Cigarillos (0), Pipa (1) y Ninguno (2).

Toxinas – Sustancia nocivas:

- Definición conceptual: consumo excesivo de sustancias nocivas.
- Definición operativa: abuso de drogas prescritas o sin prescripción.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Frecuentemente (0), Algunas veces (1) y Rara vez o nunca (2).

Toxinas - bebidas:

- Definición conceptual: consumo excesivo bebidas.
- Definición operativa: consumo de café, té o refresco
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal

- Valores que asume: Mas de 6 al día (0), de 3 a 6 al día (1) y menos de 3 al día (2).

Alcohol - consumo:

- Definición conceptual: cantidad de bebida alcohólica que un ser humano logra consumir.
- Definición operativa: promedio del consumo del alcohol al día.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Mas de 2 bebidas (0), 2 bebidas (1) y menos de 2 bebidas (2).

Alcohol - conducir:

- Definición conceptual: llevar un vehículo de un sitio a otro.
- Definición operativa: conduce bajo los efectos del alcohol.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: Frecuentemente (0), rara vez (1) y Nunca (2).

Sueño

- Definición conceptual: designa tanto el acto de dormir como la actividad de la mente durante ese periodo de descanso.
- Definición operativa: duerme de 7 a 9 horas por la noche.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal

- Valores que asume: Casi nunca (0), algunas veces (1) y casi siempre (2).

Cinturón de seguridad

- Definición conceptual: es un arnés diseñado para sujetar y mantener en su asiento a un ocupante de un vehículo si ocurre un accidente
- Definición operativa: frecuencia del uso del cinturón de seguridad.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: algunas veces (0), la mayoría de las veces (1) y siempre (2).

Estrés

- Definición conceptual: sentimiento de tensión física o emocional.
- Definición operativa: presencias de episodios de estrés en el transcurso del año
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: 3 o más (0), 1 a 2 (1) y ninguno (2).

Tipo de personalidad – impaciencia

- Definición conceptual: persona que no puede soportar ni aceptar opiniones, ideas o pensamientos diferentes a los propios.
- Definición operativa: Presencia de intolerancia o sensación de urgencia.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal

- Valores que asume: casi siempre (0), algunas veces (1) y casi nunca (2).

Tipo de personalidad – agresividad

- Definición conceptual: conjunto de predisposiciones psicológicas que hace que ciertas personas tiendan a adoptar una actitud de ataque con facilidad
- Definición operativa: Presencia de episodios de agresividad o competitividad.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: casi siempre (0), algunas veces (1) y casi nunca (2).

Tipo de personalidad – ira

- Definición conceptual: episodios repentinos y repetidos de conductas impulsivas, agresivas y violentas, o arrebatos verbales agresivos
- Definición operativa: Presencia de sentimiento de ira y hostilidad.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: casi siempre (0), algunas veces (1) y casi nunca (2).

Interior-Positivismo

- Definición conceptual: es aquel que disuelve el negativismo, o sea, el rechazo y la oposición a todo lo que ocurre a tu alrededor.
- Definición operativa: piensa de manera positiva.
- Naturaleza: cualitativa

- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: casi nunca (0), algunas veces (1) y casi siempre (2).

Interior-Ansiedad

- Definición conceptual: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.
- Definición operativa: presencia de ansiedad y preocupación.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: casi siempre (0), algunas veces (1) y casi nunca (2).

Interior-Depresión

- Definición conceptual: trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas
- Definición operativa: presencia de sentimientos propios de un trastorno depresivo.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: casi siempre (0), algunas veces (1) y casi nunca (2).

Trabajo-Satisfacción

- Definición conceptual: se entiende cuando un trabajador se siente motivado, contento y dichoso con su trabajo.

- Definición operativa: Sentimiento de satisfacción con las tareas que desarrolla en su trabajo.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: casi nunca (0), algunas veces (1) y casi siempre (2).

Trabajo-relación

- Definición conceptual: vínculo contractual que surge entre el trabajador y el empleador cuando se juntan los elementos
- Definición operativa: mantener buena relación con las personas del entorno laboral
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal
- Valores que asume: casi nunca (0), algunas veces (1) y casi siempre (2).

Total-Fantástico

- Definición conceptual: resultado de una suma, generalmente.
- Definición operativa: sumatoria del resultado de cada ítem evaluado en el cuestionario.
- Naturaleza: cualitativa
- Escala de medición: Ordinal

- Valores que asume: “Excelente” (41–50 puntos), “Muy bueno” (31–40 puntos), “Bueno” (21–30 puntos), "Regular" (11–20 puntos) y "Necesidad de mejora" (0–10 puntos)

3.7 Análisis de datos

3.7.1 Análisis univariado

La totalidad de las variables son de naturaleza cualitativa, por ende, fueron analizadas por medio de porcentaje y frecuencia.

3.8 Procedimiento

Este proyecto de grado se realizó a partir de un estudio descriptivo, ya que está basado en el análisis del estilo de vida que tienen los pacientes que asistieron a las Clínicas Odontológicas de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021.

Primero se solicitó un permiso a la Decana de la Facultad de Odontología y Coordinador de las Clínicas Odontológicas de la sede de Bucaramanga para su autorización; una vez aprobado se revisaron las historias clínicas odontológicas de los pacientes que asistieron a consulta durante el periodo de tiempo mencionado, de las cuales se obtuvo la muestra final de acuerdo a los criterios de selección de estudio fijaron por los investigadores y con el propósito de establecer un contacto para la toma de registros.

Los pacientes fueron contactados por vía telefónica donde el investigador explicó el objetivo de proyecto y manifestó la importancia de su participación en él, siendo incluidos

aquellos pacientes que decidieron participar de manera voluntaria en el estudio mediante la socialización del consentimiento informado telefónico (Ver apéndice A). A estos pacientes, se les aplicó el instrumento de recolección de datos vía telefónica (Ver apéndice B), que contiene la información correspondiente a los datos sociodemográficos del paciente y la aplicación del cuestionario “fantástico” relacionado con el estilo de vida; finalmente, la información relacionada con la clasificación de la periodontitis se recopiló gracias al periodontograma.

Los datos obtenidos de la encuesta fueron transferidos al programa Microsoft Excel donde se analizaron y se obtuvieron resultados tablas y gráficas.

3.9 Aspectos bioéticos

De acuerdo con lo establecido en la resolución Numero 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud (MinSalud, 1993) la presente investigación es considerada sin riesgo. Por lo tanto, los estudiantes que realizaron este proyecto se comprometieron a realizar la lectura completa y el análisis adecuado a los periodontogramas anexos a las historias clínicas de los pacientes, además se realizó la explicación el instrumento Fantástico y los beneficios que genera esta investigación con relación a su estilo de vida.

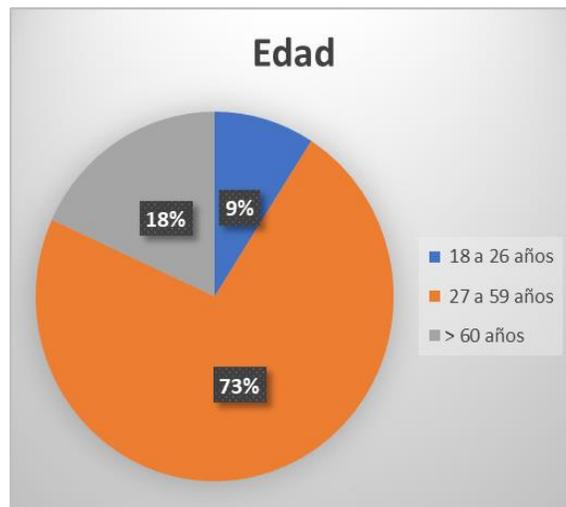
4. Resultados

Dentro de la presente investigación de tipo observacional descriptivo de corte transversal se recopiló información de pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, durante el periodo de tiempo comprendido

entre los años 2019 y 2021 con presencia de enfermedad periodontal y que además de cumplir con los criterios de selección del estudio participaron de manera consciente y voluntaria en el mismo. Se obtuvo una muestra de 44 pacientes que fueron encuestados vía telefónica, cuyas características sociodemográficas se describen a continuación.

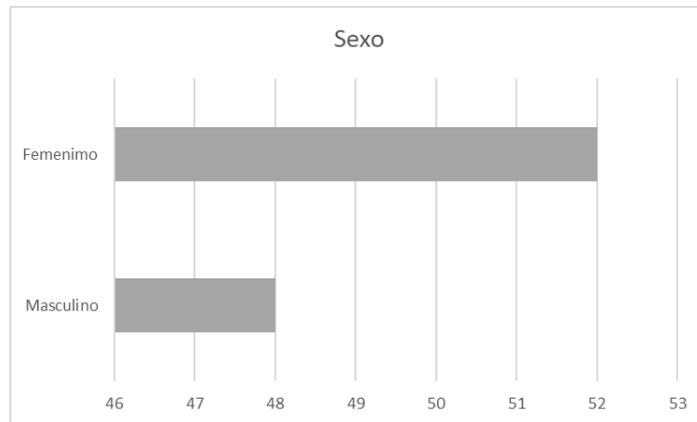
De los 44 pacientes que hicieron parte de la presente investigación, el 73% (n=32) poseen una edad que oscila entre los 27 a 59 años de edad, el 18% (n=8) una edad superior a los 60 años y el 9% (n=4) edades entre los 18 y 26 años (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Edad



Por otro lado; con relación a la variable sexo, el 52% (n=23) son de sexo femenino y el 48% (n=21) restante masculino (Ver gráfica 2).

Gráfica 2. Sexo



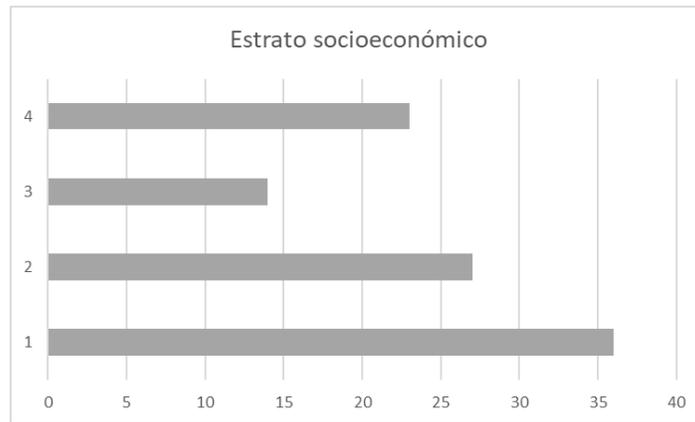
Al revisar el nivel de escolaridad en la muestra que hizo parte del estudio, se evidenció que el 27% (n=12) solo tiene la primaria, el 18% (n=8) cursaron incompleta la secundaria, otro 18% (n=8) culminaron la secundaria y otro 18% (n=8) son profesionales (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Nivel de escolaridad



Finalmente, la gran mayoría de las personas del presente proyecto pertenecen al estrato 1 (36% (n=16)), seguidos por los estratos 2, 4 y 3 con porcentajes de 27%, 23% y 14%, respectivamente (Ver gráfica 4).

Gráfica 4. Estrato socioeconómico



Ahora bien, tras la necesidad de conocer el estilo de vida de los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UAN, se aplicó el cuestionario fantástico, cuestionario que consta de 25 preguntas distribuidas en 9 categorías cuyo comportamiento fue interesante

Con relación a la categoría de Familia y amigos, se logró identificar que el 41% (n=18) de la población casi siempre tiene una buena comunicación, por otro lado; el 81% (n=36) del total de los pacientes casi siempre demuestran afecto y finalmente, el 75% (n=36) del total de los pacientes reciben apoyo emocional por parte de sus familiares y amistades (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Estilo de vida – Familia y amigos

Estilo de vida		
Familia y amigos		
Comunicación	#	%
Casi nunca	13	29,5
Algunas Veces	13	29,5
Casi siempre	18	41
TOTAL	44	100%
Afecto	#	%
Casi nunca	2	5
Algunas Veces	6	14
Casi siempre	36	81
TOTAL	44	100%
Apoyo emocional	#	%
Casi nunca	3	7
Algunas Veces	8	18
Casi siempre	33	75
TOTAL	44	100%

Al analizar las actividades que desarrollan los pacientes en pro de su bienestar físico y mental, se logró precisar que el 53% (n=23) de los pacientes realizan actividad física por lo menos 3 veces por semana, así mismo, un porcentaje de 48% (n=21) del total de los voluntarios aprovechan sus espacios libres casi a diario (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Estilo de vida – Actividad

Estilo de vida		
Actividad		
Ejercicio	#	%
Nunca	12	28
2 veces por semana	8	19
3 veces por semana	23	53
TOTAL	44	100%
Tiempo libre	#	%
Casi nunca	10	23

Algunas Veces	13	29
Casi diario	21	48
TOTAL	44	100%

Con relación al estado nutricional de los pacientes incluidos en el estudio, se evidenció un 57% (n=25) del total de los pacientes que consideran tener buena nutrición casi siempre; el 82% (n=36) desayuna casi siempre; el 64% (n=28) reporta un mínimo consumo excesivo de azúcares, sal, grasas y comida basura y finalmente, del total de paciente encuestados el 73% (n=32) presenta un sobre peso de 4kg o no se encuentra en sobrepeso (Ver tabla 3).

Tabla 3. Estilo de vida – Nutrición

Estilo de vida		
Nutrición		
Equilibrio	#	%
Casi nunca	4	9
Algunas Veces	15	34
Casi siempre	25	57
TOTAL	44	100%
Desayuno	#	%
Casi nunca	3	7
Algunas Veces	5	11
Casi siempre	36	82
TOTAL	44	100%
Exceso	#	%
Frecuentemente	4	9
Algunas Veces	12	27
Uso mínimo	28	64

TOTAL	44	100%
Peso	#	%
Sobrepeso mayor a 8kg	11	25
Sobrepeso de 8kg	1	2
Sobrepeso de 4kg	32	73
TOTAL	44	100%

Al detallar el consumo de tabaco y sustancias nocivas, se entiende que el 98% (n=43) de los pacientes no consume; mientras tanto, con relación al análisis del consumo de bebidas nocivas, el 65% (n=29) consume menos de 3 bebidas al día (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Estilo de vida – Toxina

Estilo de vida		
Toxina		
Tabaco	#	%
Cigarrillos	1	2
Pipa	0	0
Ninguno	43	98
TOTAL	44	100%
Sustancias nocivas	#	%
Frecuentemente	0	0
Algunas Veces	1	2
Rara vez o nunca	43	98
TOTAL	44	100%
Bebidas	#	%
Mas de 6 al día	3	7
3 a 6 al día	12	28
menos de 3 al día	29	65
TOTAL	44	100%

La categoría del cuestionario del estilo de vida que permite profundizar sobre la repercusión del alcohol en la vida del paciente arrojó que el 9% (n=42) consumo menos de

dos o ninguna bebida alcohólica al día, y no conduce mientras se encuentra bajo los efectos del alcohol (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Estilo de vida – Alcohol

Estilo de vida		
Alcohol		
Consumo	#	%
Mas de 2	2	4
2 bebidas	0	0
menos de 2	42	96
TOTAL	44	100%
Conducir	#	%
Frecuentemente	1	2
Algunas Veces	1	2
Rara vez o nunca	42	96
TOTAL	44	100%

Por otro lado, el 52% (n=23) de los pacientes casi siempre duerme entre 7 y 9 horas; el 66% (n=29) siempre usa el cinturón de seguridad cuando se encuentra dentro de un vehículo en movimiento y; el 39% (n=17) no ha presentado ningún episodio de estrés durante el último año (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Estilo de vida – Sueño/Cinturón/Estrés

Estilo de vida		
Sueño-Cinturón-Estrés		
Sueño	#	%
Casi nunca	6	14
Algunas Veces	15	34
Casi siempre	23	52
TOTAL	44	100%
Cinturón de seguridad	#	%

Algunas Veces	8	18
La mayoría de las veces	7	16
siempre	29	66
TOTAL	44	100%
Estrés	#	%
3 o mas	9	20
2 a 3	18	41
ninguno	17	39
TOTAL	44	100%

El tipo de personalidad de los pacientes incluidos en el presente estudio se puede analizar de acuerdo a la tabla que antecede, donde se evidencia que el 70% (n=31) no se identifican con la personalidad impaciente, por otra parte, el 14% (n=6) de los pacientes algunas veces se ha mostrado agresivo y el 2% (n=1) casi siempre siente ira (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Estilo de vida - Tipo de personalidad

Estilo de vida		
Tipo de Personalidad		
Impaciente	#	%
Casi siempre	3	7
Algunas Veces	10	23
Nunca	31	70
TOTAL	44	100%
Agresividad	#	%
Casi siempre	0	0
Algunas Veces	6	14
Nunca	38	86
TOTAL	44	100%
Ira	#	%
Casi siempre	1	2
Algunas Veces	9	20
Nunca	34	78
TOTAL	44	100%

Al revisar el sentimiento de positivismo, el 75% (n=33) manifestó sentirse así casi siempre, sin embargo, el 7% (n=3) casi siempre siente ansiedad y el 23% (n=10) algunas veces se ha sentido deprimido (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Estilo de vida – Interior

Estilo de vida		
Interior		
Positivismo	#	%
Casi nunca	2	5
Algunas Veces	9	20
Casi siempre	33	75
TOTAL	44	100%
Ansiedad	#	%
Casi siempre	3	7
Algunas Veces	21	48
Nunca	20	45
TOTAL	44	100%
Depresión	#	%
Casi siempre	0	0
Algunas Veces	10	23
Nunca	34	77
TOTAL	44	100%

Al revisar la satisfacción laboral, el 84% (n=37) casi siempre experimenta la satisfacción con las tareas que desempeña en su trabajo y de manera independiente, el 86% (n=38) casi siempre mantiene la buena relación en su entorno laboral tanto con compañeros como con directivas (Ver tabla 9).

Tabla 9. Estilo de vida – Trabajo

Estilo de vida		
Trabajo		
Satisfacción	#	%
Casi nunca	0	0
Algunas Veces	7	16
Casi siempre	37	84
TOTAL	44	100%
Relación laboral	#	%
Casi nunca	0	0
Algunas Veces	6	14
Casi siempre	38	86
TOTAL	44	100%

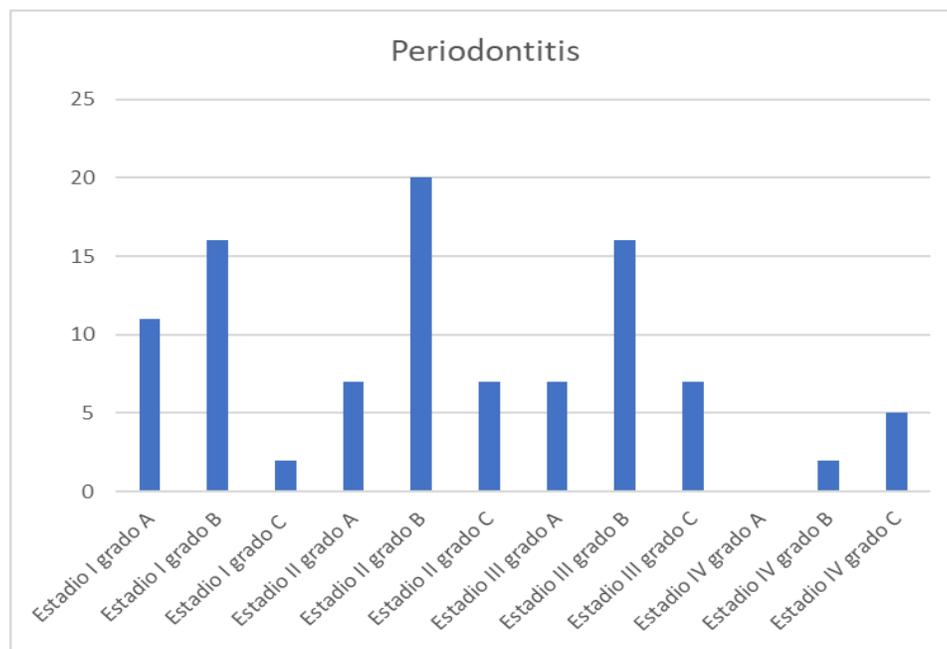
La sumatoria del total de la puntuación que cada paciente le asigno a las 25 preguntas distribuidas en 9 categorías del cuestionario fantástico, evidenció que el 55% (n=24) de los pacientes sacaron un resultado Excelente, el 41% (n=18) Muy bueno, y finalmente el 4% (n=2) resultado bueno, siendo las mejores puntuaciones del cuestionario que evaluó el estilo de vida (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Total Fantástico.

Total cuestionario fantástico		
Resultado	#	%
Excelente	24	55
Muy bueno	18	41
Bueno	2	4
Regular	0	0
Necesidad de mejora	0	0
TOTAL	44	100%

En el análisis de la periodontitis, que mide estado periodontal del paciente basado en la clasificación más reciente realizada por Herrera D en el año 2018, fue posible evidenciar que la clasificación Estadio II grado B se presentó con mayor frecuencia en el 20% (n=9) de los pacientes, seguida por la el Estadio I grado B y Estadio III grado B, cada una presente en el 16% (n=7) de los pacientes, tal como se muestra en la gráfica 1 relacionada a continuación (Ver gráfica 5).

Gráfica 5. Estado periodontal



5. Discusión

Algunos autores afirman que la prevalencia de la periodontitis a nivel mundial puede deberse al desinterés de las personas en lo relacionado a la promoción y prevención de la salud oral (Duque, 2011), sin embargo; dado que la periodontitis es una patología con factores de riesgo parcialmente modificables, resultó interesante analizar el estilo de vida de

44 pacientes atendidos en consulta odontológica dentro de la clínica de la Universidad Antonio Nariño entre los años 2019 y 2021 con diagnóstico de periodontitis.

De acuerdo a las características sociodemográficas, de los 44 pacientes el 73% reportaron edades entre los 25 y 59 años de edad; el 52% fueron mujeres; solo el 27% cursaron y finalizaron sus estudios de básica primaria y con relación al estrato socioeconómico el 63% pertenecen a los estratos uno y dos, resultados que presentan similitud con los reportados por De La Hoz y colaboradores en su estudio realizado durante el año 2021, en el cual se observó que el 65,8% de los encuestados tenía edad entre 18 y 44 años; 32,9% edades entre 45 y 65 años; el 76% de la población examinada fueron mujeres; la mayoría cursaron primaria; los estratos socioeconómicos uno y dos se reportaron con mayor frecuencia entre los participantes (De La Hoz , 2021).

De la misma manera, Muñoz y Rojas en su estudio realizado el mismo año, evidenciaron características sociodemográficas similares a las nuestras donde el 60% de los encuestados fueron mujeres con una edad promedio de 43,6 años; con escolaridad secundaria en el 33% y estrato socioeconómico dos en el 32,63% (Muñoz, 2021). Esto lleva a pensar que son las mujeres en edad adulta de estratos socioeconómicos 1 y 2 y con niveles educativos básicos, quienes asisten en su gran mayoría, a consulta odontológica de la Universidad Antonio Nariño y son diagnosticadas con periodontitis.

Al analizar de manera separa el comportamiento de los pacientes con periodontitis de acuerdo al género, como se ha expresado anteriormente, en la presente investigación predominó el género femenino y esto puede deberse a la relación que la patología tiene con la variabilidad hormonal propia de este género, donde el estrógeno y la progesterona ocasionan un efecto significativo en los tejidos blandos, lo cual puede llevar al aumento, la

prevalencia, incidencia y severidad de las gingivitis y periodontitis (Pazmino, 2015). No obstante, el ENSAB IV realizado en el 2014 en Colombia, demostró lo contrario. En este estudio para la condición de severidad moderada de periodontitis, los hombres presentan una proporción mayor, de tal forma que la proporción de mujeres es un 24 % inferior que la de los hombres, situación que no presenta similitud con los resultados de la presente investigación (MinSalud, 2014). Adicionalmente, con relación al estrato socioeconómico; el 52,52% de las personas pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 a 4 no presentaron periodontitis; el 8,22 % tenía periodontitis leve; el 35,17 % periodontitis moderada; y el 4,09 % presentaron periodontitis severa y, en el presente estudio predomina el estrato socioeconómico 1 y 2, debido a que en la clínica de la Universidad Antonio Nariño de Bucaramanga, se atienden a pacientes en estado de vulnerabilidad socioeconómica en su gran mayoría, lo que se puede considerar como un sesgo para el presente resultado. (MinSalud, 2014).

Ahora bien, para analizar de manera independiente la enfermedad periodontal, resulta interesante mencionar que, a nivel nacional, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia se registra un total de 49,5 millones de habitantes a 2021 (Ramírez, 2021). De esa cantidad de personas, se presenta una tasa importante de morbilidad periodontal reportado por el ENSAB IV, donde el 36,9% padece de algún grado de pérdida de inserción periodontal y aproximadamente de un 30 al 35 % de la pérdida dentaria es por enfermedad periodontal, de acuerdo a lo descrito en el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (MinSalud, 2014).

La enfermedad periodontal es considerada un problema de salud pública que afecta aproximadamente al 50% de la población mundial, pero lo realmente preocupante es que la

carga global de la periodontitis severa ha venido aumentando en las últimas 3 décadas hasta en un 67,7% de la población (Chen, 2021). En la presente investigación, se analizó la clasificación periodontal de los 44 pacientes que hicieron parte del estudio, identificando que la Periodontitis Estadio 2 Grado B se presentó con mayor frecuencia en el 20% de la muestra, seguida de la periodontitis estadio I grado B y periodontitis estadio III grado B con el 16% en cada una de las categorías, siendo el común denominador el Grado B, caracterizado por tratarse de una periodontitis de progresión moderada con pérdida de los tejidos de soporte del diente asociados a acumulo de placa y hábito de fumar o padecimiento de diabetes (Papapanou, 2018). Cabe resaltar que los resultados que arroja tanto el estudio global de la periodontitis severa (Chen, 2021) como el ENSAB IV (MinSalud, 2014), corresponden a la clasificación anterior, por lo que no es posible establecer una correcta relación entre ambos datos, dado que en el presente trabajo se utilizó la nueva clasificación establecida en el año 2018 la cual se está utilizando en el ámbito académico e investigativo de la salud oral y son muy pocas las publicaciones realizadas con esta clasificación (Herrera, 2018).

No obstante, en el estudio de Muñoz, si se realizó el análisis de la periodontitis con la nueva clasificación en la ciudad de Bucaramanga, mediante un estudio tipo observacional analítico de corte transversal y un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 95 pacientes que asistieron a las clínicas de posgrado de periodoncia de la Universidad Santo Tomás en el año 2020 y 2021, donde los resultados en cuanto al diagnóstico periodontal no presentan relación con los del presente proyecto de investigación, pues la enfermedad más prevalente fue la periodontitis estadio I grado A con un porcentaje de 42,11% de los participantes, seguida por la periodontitis estadio III grado A, con un

23,16%; por lo que se puede deducir que las características sociodemográficas de los individuos no repercute en todos los casos, en la presencia y evolución de la enfermedad periodontal, dado que esta presenta factores de riesgo modificables como lo son los factores de comportamiento o estilo de vida , sistémicos o microbianos (Muñoz, 2021).

El estilo de vida, como se expresó anteriormente, engloba los hábitos o formas de comportamiento humano, los cuales presentan relación con diversos factores de su entorno que pueden llegar a ser considerados como los responsables del desarrollo o duración de una enfermedad (Ysla, 2020). En este orden de ideas, dado que en los últimos años ha aumentado el interés por el estudio del estilo de vida de las personas y su influencia en la salud, se analizó el estilo de vida de los pacientes que participaron en el presente proyecto, mediante la aplicación del cuestionario FANTÁSTICO, que consta de 25 preguntas con puntuaciones de 0 a 2 (Wilson, 1984). En términos generales, de los 44 pacientes con periodontitis que participaron en la investigación, el 55% de los obtuvieron un resultado de estilo de vida “excelente”, seguido por el 41% con resultado “muy bueno” y finalizando con el 4% con resultado “bueno”, ningún paciente obtuvo la puntuación deseada (50 puntos), pero sí estuvieron muy cerca.

Al revisar cada una de las nueve categorías que conforman el cuestionario fantástico, se logra evidenciar que, en la categoría de familia y amigos, la gran mayoría de encuestados casi siempre tienen buena comunicación, reciben afecto y apoyo emocional por parte de sus allegados, lo cual es muy bueno pues la comunicación es un proceso ligado al desarrollo del hombre que surge a partir de una necesidad propia de la actividad colectiva, siendo considerada la relación familiar como una de las más importantes debido a su aporte en el enriquecimiento de la personalidad (Domínguez, 2009).

Con relación a la actividad física, aproximadamente el 50,5% de las personas realiza actividad física por lo menos 3 veces a la semana y aprovecha sus tiempos libres, lo cual trae efectos positivos tanto en la salud general como la oral, pues se ha demostrado que el aumento de la alfa-amilasa posterior a la realización de la actividad física contribuye a la inhibición de la formación de biofilm sobre la superficie dental (Juliá, 2014).

El aspecto nutricional también fue evaluado gracias al cuestionario fantástico, obteniendo como resultado que el 57% de la muestra mantiene una alimentación equilibrada; al menos el 82% desayuna todos los días; 64% no consume en exceso grasas, azúcares y/o comida chatarra y; la gran mayoría (73%) presenta sobrepeso de 4 kilogramos o no presenta sobrepeso, lo cual es positivo, pues la evidencia científica ha demostrado que existe una relación entre la obesidad y la profundidad al sondaje. Araúzo en el año 2016 realizó un estudio en Nuevo León, México, en el cual participaron 173 pacientes a quienes se les realizó un examen clínico para medir tanto la profundidad al sondaje como el índice de masa corporal; se evidenció que un 28,32% tenían algún lugar con profundidad de sondaje de 4 mm o más; en cuanto a la profundidad al sondaje (PS) se notificó un 17,92% con al menos un sitio de PS ≥ 4 mm y un 10,40% con PS 5-6mm (Araúzo, 2010). En cuanto al Índice corporal (IMC) un 52,38% se encuentra con IMC igual o mayor a 25, confirmando así la relación existente entre la periodontitis y el estado nutricional antropométrico; siendo este último un factor que predispone al desarrollo de la periodontitis en los pacientes evaluados (Araúzo, 2010). Para reforzar esta afirmación, Merello y Oliva en el 2012 realizaron un estudio en Chile, del cual concluyeron que la asociación entre la enfermedad periodontal y la obesidad se enmarca en parámetros inmunes y metabólicos, debido a que la obesidad puede aumentar la susceptibilidad del huésped a la enfermedad periodontal (Merello, 2012)

Ahora bien, al analizar el consumo de sustancias tóxicas para el organismo, el 98% de la población no fuma, ni consume sustancias nocivas; por otro lado, el 65% de las personas consume menos de tres veces al día sustancias como café o bebidas carbonatadas; y el 96% consume 2 o ninguna bebida alcohólica, lo cual es beneficioso para la salud general y oral, porque se ha demostrado que el tabaquismo y alcoholismo son considerados un factor de riesgo modificable de la enfermedad periodontal y, además, hace parte de la última clasificación (Herrera, 2018). Adicionalmente, Veses y colaboradores en su estudio realizado en el 2019 en la Universidad CEU Cardenal Herrera identificaron en pacientes consumidores de cafeína, alcohol y tabaco, el incremento de citoquinas como la interleuquina-1alfa, factor de necrosis tumoral alfa e interferón-gamma en la saliva, consideradas predisponentes a padecer enfermedades inflamatorias crónicas, periodontales o tumorales, en la cavidad oral (Dental, 2019).

Por otro lado, al analizar la conducta del sueño, se logró evidenciar que 52% de los pacientes duerme entre 7 y 9 horas diarias, lo cual se relaciona con la presencia de periodontitis, dado que la privación del sueño repercute en la aparición de perfiles hormonales desfavorables y la modulación de mecanismos inmunes e inflamatorios del hospedero (Grover, 2015).

Finalmente, las variables relacionadas con estado emocional del paciente arrojaron los siguientes resultados; el 61% de los pacientes ha sufrido al menos 2 episodios de estrés durante el año; sin embargo, al menos el 71,2% de los pacientes no ha sufrido otros sentimientos negativos como la ira, agresividad, ansiedad o depresión durante el último año; el 75% casi siempre se muestra positivo antes las situaciones y 85% manifiesta tener buenas relaciones laborales y sentirse satisfecho con el trabajo. Lo anteriormente expresado indica

que los pacientes cuentan con un muy buen estilo de vida emocional, pero, a pesar de esto, el estrés representó un factor diferencial que posiblemente, es la presunta causa asociada a la presencia de periodontitis; esta premisa es reforzada por el estudio de Barbieri en el 2003, en el cual se recopiló información científica derivada de estudios animales y humanos que establecen una relación estadísticamente significativa entre la presencia de estrés y la enfermedad periodontal mediante la presencia elevación de cortisol o variabilidad de la respuesta inmunológica ante el estrés (Barbieri, 2003).

6. Conclusiones

- Se concluye que el estilo de vida de los pacientes que hicieron parte del estudio fue “Excelente”, donde el 55% de los pacientes sacó una puntuación entre los 41 y 50.
- Con relación al análisis sociodemográfico, se identificaron, en su gran mayoría, pacientes de sexo femenino en edad adulta (entre los 27 y 59 años), con estudios completos de básica primaria y estratos socioeconómico 1 y 2, lo cual se debe a que la población atendida en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, son personas en estado de vulnerabilidad.
- De acuerdo a la clasificación periodontal del año 2018, se presentó con mayor frecuencia la periodontitis estadio II grado B en el 20% de la muestra estudiada, de acuerdo a la información obtenida del periodontograma, no obstante esta clasificación se mantiene hasta demorar lo contrario a través del análisis de características tales como la revisión indirecta de la pérdida ósea

versus la edad de paciente, la presencia de biofilm, consumo cigarrillos al día y el control de la hemoglobina glicosilada.

- Finalmente, con relación al estilo de vida analizado por medio de las nueve categorías que componen el cuestionario fantástico, se concluye que la gran mayoría de los pacientes tiene buenas relaciones interpersonales, realiza actividad física, poseen buenos hábitos nutricionales, no consume sustancias nocivas, no fuman, no consumen alcohol, duermen de 7 a 9 horas diarias, no han experimentado ansiedad, ira, agresividad, depresión, se sienten cómodos con su entorno laboral y se muestran positivos ante las situaciones cotidianas; no obstante, al menos el 61% de los pacientes ha experimentado más de dos episodios de estrés al año, lo que precisa una relación entre este comportamiento y la enfermedad periodontal, mismo que no fue posible comprobar estadísticamente debido al tamaño limitado de la muestra en la presente investigación.

7. Limitaciones y recomendaciones

Como limitaciones de este estudio se pueden mencionar el tamaño de la muestra bastante reducido debido al muestreo intencional, requiriendo pacientes atendidos a partir del año en el que fue publicada la nueva clasificación periodontal, es decir, el 2018. Por otro lado, la imposibilidad de realizar un análisis bivariado y obtener asociaciones y resultados más precisos, dado que no se contaba con un grupo comparativo.

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda reforzar los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en aquellos pacientes con

puntuaciones bajas en el cuestionario de estilo de vida, sobre todo aquellas variables tienen relación con la enfermedad periodontal.

Para investigaciones futuras resultaría interesante obtener una muestra mucho más amplia que permita obtener resultados más precisos y realizar análisis bivariados que permitan entender mucho más la relación entre la enfermedad periodontal y las características asociadas al estilo de vida y el nivel sociodemográfico.

También se sugiere evaluar variables derivadas de la nueva clasificación periodontal como lo es la frecuencia de cepillado, consumo de tabaco al día, niveles de glicemia.

A nivel institucional, es importante reforzar la calidad del dato en las historias clínicas, dado que la muestra se redijo debido a que la información personal del paciente estaba incompleta en el documento médico legal o el periodontograma estaba incompleto o presentaba errores.

8. Cronograma

Tabla 11. Cronograma de actividades

Tiempo (meses)			
Número	Actividad	Desde	Hasta
1	Solicitud de historias clínicas	28-09-2021	1-10-2021
2	Exclusión de pacientes de acuerdo a los criterios de selección del estudio	04-10-2021	2-11-2021
4	Llamada telefónica para obtención de la muestra definitiva	8-11-2021	16-11-2021
5	Aplicación del instrumento	07-02-2022	22-02-2022
6	Revisión de periodontogramas	01-03-2022	15-03-2021
7	Realización de la base de datos	05-04-2022	19-04/2022
8	Análisis de la base de datos	03-05-2022	10-05-2022
9	Construcción de resultados	10-05-2022	22-05-2022
10	Construcción de discusión y conclusiones	22-05-2022	01-06-2022

9. Presupuesto

Tabla 12. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).

Rubros	Fuentes		Total Personales
Externas			
Personal	0	0	0
Equipos	0	0	0
Software	0	0	0
Materiales	0	\$50.0000	\$50.0000
Salidas de campo	0	0	0
Material bibliográfico	0	\$50.000	\$50.0000
Publicaciones y patentes	0	0	0
Servicios técnicos	0	0	0
Viajes	0	0	0
construcciones	0	0	0
Administración	0	0	0
Total			100.0000
Elaborado por los autores			

10. Anexos

Apéndice A Consentimiento informado de encuesta telefónica

<p>Estilo de vida de pacientes con periodontitis que asisten a las clínicas de la</p> <p>Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga</p> <p>Trabajo de grado para optar el título de Odontólogo</p>	
Investigadores:	
Paula Andrea Vargas	318 2437947
Anlly Yurani López	313 3438388
Juan Felipe Castellanos	317 8151220
Director:	
Dra. Ana España	

Documento de consentimiento informado telefónico

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar -o no-, en la encuesta telefónica que hace parte de una investigación médica. Tome el tiempo que requiera para decidirse y escuche cuidadosamente lo expresado a continuación: Este estudio está siendo financiado por los autores del proyecto, Paula Andrea Vargas, Anlly Yurani López y Juan Felipe Castellanos; estudiantes de odontología de la Universidad Antonio Nariño, quienes responden por la presente investigación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

El objetivo de la investigación es conocer el de vida de pacientes con presencia de periodontitis que asistieron a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 a 2021.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Inicialmente se solicita el acceso a la información personal de los pacientes reportada en las historias clínicas, con el objetivo de establecer un contacto para la toma de registros. Los pacientes son contactados por vía telefónica, donde se explicará el objetivo de la investigación y la importancia de su participación en el proyecto. Aquellos pacientes que deseen participar, deberán dar respuesta a un cuestionario relacionado con su estado sociodemográfico y estilo de vida. Los datos se registran en una base de datos en Excel con las variables seleccionados, clasificando según el número de paciente para realizar su respectivo análisis de datos.

BENEFICIOS:

Con la participación del proyecto usted va a obtener un beneficio de conocer cómo se encuentra su estilo de vida según el cuestionario fantástico.

RIESGOS:

Este trabajo se acoge a la normatividad establecida en la Resolución N° 008430 de 1993, artículo 11, por el cual se considera una investigación sin riesgo.

Los datos de los pacientes serán totalmente confidenciales.

COSTOS:

Los costos de los elementos necesarios para la investigación son subsidiados por los investigadores. El participante no debe cancelar ningún valor con objetivos del estudio.

COMPENSACIONES:

No existen compensaciones por complicaciones inherentes a la condición clínica del sujeto ni remuneración económica por la participación en la investigación.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre (o el de su hijo/hija o familiar) no será conocido.

VOLUNTARIEDAD:

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, usted tiene el derecho a negar su participación o retirar su consentimiento 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 médica que merece.

PREGUNTAS:

Si tiene preguntas acerca de este proyecto de investigación puede realizarlas durante la llamada telefónica.

Declaración de consentimiento:

Al afirmar participar en el estudio usted acepta que ha entendido la información suministrada y por ende está de acuerdo con:

- Responder de manera consciente y verídica la encuesta relacionada con su estilo de vida, así como también la información sociodemográfica.
- Autoriza el uso de los resultados de la encuesta obtenidos durante el proceso para fines de investigación, educación y publicación en revistas científicas y/o de

información general, teniendo en cuenta que su identidad no será revelada durante este proceso.

¿Declara continuar de manera voluntaria con la encuesta telefónica relacionada con el estilo de vida? Si___ No___

Declaración del investigador:

Certificó que como investigador he explicado a la persona la información necesaria sobre la investigación titulada Estilo de vida de pacientes con periodontitis que asisten a las clínicas de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga” y que la persona ha entendido la naturaleza y propósito del estudio, así como los riesgos y beneficios asociados a la participación del mismo. Además, todas las preguntas que la persona ha realizado, fueron contestadas.

Nombre del Investigador: _____ Firma: _____

Cédula: _____

Firma del director del proyecto: _____

Apéndice B Instrumento de recolección de datos

INSTRUMENTO

Estilo de vida de pacientes con periodontitis que asisten a las clínicas de la Universidad

Antonio Nariño sede Bucaramanga

Paciente N° _____

1. Grupo etario: de 18 a 26 años: Juventud (1) ____; de 27 a 59 años: Adulthood (2) ____; igual o superior a 60 años: Adulto mayor (3) ____.

2. Sexo: Masculino (1) ____; Femenino (2) ____

3. Estrato Socioeconómico

¿Cuál es su estrato socioeconómico? (El que aparece en su recibo de servicios públicos)

1____ 2____ 3____ 4____ 5____ 6____

4. Nivel de escolaridad

Indique el máximo nivel de escolaridad alcanzado por usted

- ____ (1) Primaria
- ____ (2) Secundaria incompleta
- ____ (3) Secundaria completa
- ____ (4) Técnico
- ____ (5) Tecnología
- ____ (6) Universitario

5. Estilo de vida

		2	1	0	
Familia y amigos	La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
	Doy y recibo afecto	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>

	Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
Actividad	Ejercicio activo 30 minutos (p. ej.; correr, nadar, andar en bicicleta, caminar rápido)	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez o nunca	<input type="checkbox"/>
	Relajación y disfrute de tiempo libre	Casi diario	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
Nutrición	Alimentación equilibrada	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
	Desayuna diariamente	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
	Exceso de azúcar, sal, grasas animales o comidas basura	Uso mínimo	Algunas veces	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Peso ideal	Sobrepeso hasta 4kg	Sobre peso hasta 8kg	Más de 8kg	<input type="checkbox"/>
Tabaco, toxinas	Tabaquismo el año pasado	Ninguno	Solo pipa	Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
	Abuso de drogas: prescritas y sin prescribir	Rara vez o nunca	Algunas veces	Frecuente	<input type="checkbox"/>
	Café, té, refresco de cola	Menos de 3 al día	3 a 6 al día	Más de 6 al día	<input type="checkbox"/>
Alcohol	Promedio de consumo al día	Menos de 2 bebidas	2 bebidas	Más de 2 bebidas	<input type="checkbox"/>
	Bebe alcohol y conduce	Nunca	Rara vez	Frecuente	<input type="checkbox"/>
Sueño, cinturón de seguridad, estrés	Duerme de 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
	Con que frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de veces	Algunas veces	<input type="checkbox"/>
	Episodios de estrés importante el año pasado	Ninguno	1 a 2	3 o mas	<input type="checkbox"/>
Tipo de personalidad	Sensación de urgencia o impaciencia	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	<input type="checkbox"/>
	Competitividad y agresividad	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	<input type="checkbox"/>
	Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	<input type="checkbox"/>
Interior	Piensa de manera positiva	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
	Ansiedad, preocupación	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	<input type="checkbox"/>
	Depresión	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	<input type="checkbox"/>

Carrera (incluye trabajo, labores del hogar, estudiantes, etc.)	Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
	Buenas relaciones con quienes le rodean	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	<input type="checkbox"/>
Total					<input type="checkbox"/>

6. Periodontitis

Estadio I grado A (1) ____, Estadio I grado B (2) ____, Estadio I grado C (3) ____, Estadio II grado A (4) ____, Estadio II grado B (5) ____, Estadio II grado C (6) ____, Estadio III grado A (7) ____, Estadio III grado B (8) ____, Estadio III grado C (9) ____, Estadio IV grado A (10) ____, Estadio IV grado B (11) ____, y Estadio IV grado C (12) ____.

7. Referencias Bibliográficas

Amar, S. y Leeman, S. (2013). Mecanismos inmunológicos innatos periodontales relevantes para la obesidad. *Microbiología oral molecular*, 28 (5), 331–341. doi: 10.1111 / omi.12035

Alvear, Fanny Stella, Vélez, María Eugenia y Botero, Leticia. (2010). Factores de riesgo para las enfermedades periodontales. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 22 (1), 109-116. Obtenido el 4 de septiembre de 2021 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2010000200012&lng=en&tlng=es.

Araúzo, T. (2010). Enfermedad periodontal en relación a la obesidad. <http://cdigital.dgb.uanl.mx/>. Recuperado 15 de abril de 2022, de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080150566.PDF>

Barbieri Petrelli, G, Mateos Ramírez, L, & Bascones Martínez, (2003). Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 15(2), 77-86. Recuperado en 16 de abril de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852003000200004&lng=es&tlng=es.

Baskaradoss, J. K, Geevarghese, A, Al-Mthen, A, Al-Ghamdi, H, Al-Haudayris, R, Al-Obaidy, S & AlSaadi W. (2019), Influence of Lifestyle on Dental Health Behavior. *Journal of lifestyle medicine* [Internet], Disponible en: <https://doi.org/10.15280/jlm.2019.9.2.119> 5.

Benza B, Parreja M, (2017), Diagnóstico y tratamiento de la periodontitis agresiva, Odontoestomatología. Vol. XIX - Nº 30 – Noviembre x|

Bergström, J., Eliasson, S. y Dock, J. (2000). Un estudio prospectivo de 10 años sobre el tabaquismo y la salud periodontal. Revista de periodontología, 71 (8), 1338-1347. doi: 10.1902 / jop.2000.71.8.1338

Bertos N y cols, (2009). Efectos del alcohol en los tejidos de la cavidad oral, SEPA, Vol 19, No 2. [Internet], disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/19-2_08.pdf

Borrell, LN, Burt, BA, Vecinos, HW y Taylor, GW (2004). Factores sociales y periodontitis en la población anciana. Revista Estadounidense de Salud Pública, 94 (5), 748–754. doi: 10.2105 / ajph.94.5.748

Borrell, LN y Papapanou, PN (2005). Epidemiología analítica de la periodontitis. Revista de periodontología clínica, 32 (s6), 132-158. doi: 10.1111 / j.1600-051x.2005.00799.x

Botero J, Bedoya E. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Rev. Clin Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, V 3(2); 94-99, [internet], Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331028156007>

Carvajal, P. (2016). Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 9(2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001>

Chen, MX, Zhong, YJ, Dong, QQ, Wong, HM y Wen, YF (2021). Carga global, regional y nacional de la periodontitis grave, 1990–2019: un análisis del Estudio de carga

global de enfermedad 2019. *Journal of Clinical Periodontology*, 48(9), 1165–1188.
doi:10.1111/jcpe.13506

Contreras Rengifo, A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 193–202. doi:10.1016/j.piro.2016.07.003

De la Hoz R, Loaiza E, Arroyave I. (2021). Efecto del acceso al tratamiento de la periodontitis sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal. [Internet]. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/4263>.

Dental, R. G. (2019, 11 noviembre). Una investigación concluye que el alcohol, el tabaco y la cafeína aumentan el riesgo de periodontitis y cáncer oral. *Gaceta Dental*.
<https://gacetadental.com/2019/11/investigacion-concluye-alcohol-tabaco-cafeina-aumentan-riesgo-periodontitis-cancer-oral-92438/>

Domínguez, N., González, N., Vega Bonet, V., Pupo, Y., & Rodríguez, Y. (2009). Communication, Family and Couple Relationship from Preventive Health Standpoint. <http://www.cocmed.sld.cu>. Recuperado 14 de abril de 2022, de <http://www.cocmed.sld.cu/no132/ind132.htm>

Duque, A., Cuartas, C., Muñoz, C., Salazar, C., & Sánchez, Y. (2011). Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín. <http://www.scielo.org.co/>. Recuperado 14 de abril de 2022, de <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v24n2/v24n2a04.pdf>

Farhud DD (2015). Impacto del estilo de vida en la salud. *Revista iraní de salud pública*, 44 (11), 1442-1444

Grover, V., Malhotra, R., & Kaur, H. (2015, 26 junio). Exploring Association Between Sleep Deprivation and Chronic Periodontitis: A Pilot Study. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 19(3), 304–307.

Guerrero Montoya LR, León Salazar AR. (2010), Estilo de vida y salud. Educere [Internet], Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>

Heitz-Mayfield, LJA (2005). Progresión de la enfermedad: identificación de grupos e individuos de alto riesgo de periodontitis. *Revista de periodontología clínica*, 32 (s6), 196-209. doi: 10.1111 / j.1600-051x.2005.00803.x

Herrera D y cols. (2018). La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias, SEPA Sitio web: https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/09/Lecturas_Sepa_EST93_ok.pdf

Hung Ramos, J., Rivacoba Novoa, E., Espeso Nápoles, N., & Tan Suárez, N. (2014). Salud bucal en la población geriátrica. *Archivo Médico Camagüey*, 9(5). Recuperado de <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2930/1223>

Julià-Sánchez, S., Álvarez-Herms, J., Gatterer, H., Burtscher, M., Pagès, T., & Viscor, G. (2014). El pH salival aumenta después de los ejercicios de salto en hipoxia. *Ciencia y Deportes*, 29(6), 306–310. doi:10.1016/j.scispo.2013.12.004

Kinane, DF, Stathopoulou, PG y Papapanou, PN (2017). Enfermedades periodontales. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17038. doi: 10.1038 / nrdp.2017.38

Marcenes, W., Kassebaum, NJ, Bernabé, E., Flaxman, A., Naghavi, M., Lopez, A. y Murray, CJL (2013). Carga mundial de afecciones bucales en 1990-2010. *Revista de investigación dental*, 92 (7), 592–597. doi: 10.1177 / 0022034513490168

Merello L, M., & Oliva M, P. (2012). La Obesidad y su Relación con las Patologías Periodontales: una Revisión Narrativa. *International Journal of Odontostomatology*, 6(2), 235–239. doi:10.4067/s0718-381x2012000200019

Ministerio de Salud y protección social de la República de Colombia, Resolución 8430 (1993), [Internet], disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerios de Salud y protección Social. (2014). ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL (IV). Situación en Salud Bucal en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

Muñoz, J., & Rojas, O. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con periodontitis del posgrado de periodoncia de la Universidad Santo Tomás entre octubre de 2020 y septiembre de 2021. repository.usta.edu.co. Recuperado 14 de abril de 2022, de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/38715/2021Mu%C3%B1ozJoseph.pdf?sequence=5>

Nunn, ME (2003), Comprender la etiología de la periodontitis: una descripción general de los factores de riesgo periodontales. *Periodoncia* 2000, 32: 11-23. <https://doi.org/10.1046/j.0906-6713.2002.03202.x>

Nyman, S., Lindhe, J. y Rosling, B. (1977). Cirugía periodontal en denticiones infectadas con placa. *Revista de periodontología clínica*, 4 (4), 240–249. doi: 10.1111 / j.1600-051x.1977.tb01896.x

Oral health (2020) World Health Organization; [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/oral-health>

Page, RC y Eke, PI (2007). Definiciones de casos para su uso en la vigilancia poblacional de periodontitis. *Revista de periodontología*, 78 (7s), 1387-1399. doi: 10.1902 / jop.2007.060264

Padilla Bonza R, Barbosa Quintero S, (2016). Análisis de la racionalidad en documentos de salud bucal encuestas y etnografías publicadas en el ENSAB IV, Maestría en salud pública facultad de medicina - Universidad El Bosque, Bogotá Colombia.

Papapanou, PN y Susin, C. (2017). Epidemiología de la periodontitis: ¿la periodontitis es poco reconocida, sobrediagnosticada o ambas? *Periodoncia 2000*, 75 (1), 45–51. doi: 10.1111 / prd.12200

Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., ... Tonetti, M. S. (2018). Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*, 89, S173–S182. doi:10.1002/jper.17-0721

Pazmino, V.F.C., Assem, N.Z., Pellizzer, E.P., De Almeida, J.M., & Theodoro, L.H.. (2015). Influencia del estrógeno en la enfermedad periodontal: revisión de literatura. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 27(2), 75-78. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852015000200004>

Peña Sisto, M, Calzado da Silva, M, González Peña, M, Cordero García, S, & Azahares Argüello, H.. (2012). Patógenos periodontales y sus relaciones con enfermedades sistémicas. *MEDISAN*, 16(7), 1137-1148. Recuperado en 05 de septiembre de 2021, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700014&lng=es&tlng=es.

Position Paper. (2003). Diagnosis of Periodontal Diseases. *Journal of Periodontology*, 74(8), 1237–1247. doi:10.1902/jop.2003.74.8.1237

Ramírez, F. (2022, 21 febrero). ¿Cuántos habitantes tiene Colombia? DANE actualizó la cifra y hay menos de lo pensado. *Noticias Caracol*. <https://noticias.caracoltv.com/economia/cuantos-habitantes-tiene-colombia-dane-actualizo-la-cifra-y-hay-menos-de-lo-pensado#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20DANE,con%20el%20censo%20del%202005.&text=Otra%20cifra%20que%20se%20modific%C3%B3,trabajo%20u%20ocupadas%20en%20Colombia>.

Ramírez R, Agredo R, (2012), The Fantastic instrument's validity and reliability for measuring Colombian adults' life-style, *Rev. salud pública*. 14 (2): 226-237.

Ridgeway E. E. (2000). Periodontal disease: diagnosis and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12(3), 79–84. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2000.tb00171.x>

Rosales E, y cols, (2019). Prevención de enfermedades periodontales. Métodos mecánicos de control de placa dentobacteriana, Material de apoyo a la docencia, *Multimed. Revista Médica. Granma*.

Smith P, Retamal I, Cáceres M, Romero A, Silva D, Arancibia R, Martínez C. (2012). Diabetes y su impacto en el territorio periodontal. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, Vol. 5(2); 90-92 [internet]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0719-01072012000200008&script=sci_arttext

Socransky, SS y Haffajee, AD (2005). Ecología microbiana periodontal. *Periodoncia* 2000, 38 (1), 135-187. doi: 10.1111 / j.1600-0757.2005.00107.x

Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. (2018) Periodontitis case definition: Framework for staging and grading the individual periodontitis case. *Journal of Clinical Periodontology* 45, S149-S161.

Traviesas Herrera, Eladio Miguel, Rodríguez Ortega, Judy, Bordón Barrios, Daynin, Guerra Sevilla, Maria Elena, & Martínez Abreu, Judit. (2012). Condición periodontal en relación con la práctica del tabaquismo Boquerón Monagas, Venezuela 2009. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(1), 65-75. Recuperado en 05 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2012000100009&lng=es&tlng=es.

Villar López M, (2016). Análisis de la Confiabilidad del Test Fantástico para medir Estilos de Vida Saludables en Trabajadores Evaluados por el Programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (Essalud), *Pevista peruana de medicina integrativa*.2016;1(1):17-26.

Wilson D, Ciliska D, & Douglas M. (1984). Lifestyle Assessment: development and use of the FANTASTIC checklist. *Can. Fam Physician*, 30(1), pp.1527-1532

Ysla Cheé RE, Pareja Vásquez M, Porrás-Cerrón JC. R (2020)Estilo de vida y su impacto en la situación de salud general y bucal del adulto mayor de la Casa del adulto mayor de Chorrillos. *KIRU*; 17(4): 200-208. <https://doi.org/10.24265/kiru.2020.v17n4.4>

Familia y amigos – Comunicación; Familia y amigos – Afecto; Familia y amigos – Apoyo emocional; Actividad – Ejercicio;Actividad – tiempo libre; Nutrición –

Equilibrio; Nutrición - Desayuno ; Nutrición – Exceso; Nutrición – Peso; Toxinas – tabaco;Toxina -Sustancia nocivas; Toxinas – bebidas; Alcohol – consumo; Alcohol – conducir; Sueño -Cinturón de seguridad; Estrés : Tipo de personalidad – impaciencia; Tipo de personalidad – agresividad; Tipo de personalidad – ira; Interior-Positivismo; Interior-Ansiedad; Interior-Depresión; Trabajo-Satisfacción; Trabajo-relación; Total-Fantástico