

ADHERENCIA A LA TERAPIA PERIODONTAL POR PACIENTES DEL POSGRADO DE PERIODONCIA EN LA IPS CLÍNICA CES. ESTUDIO TRANSVERSAL[¥]

ADHERENCE TO PERIODONTAL THERAPY FOR PATIENTS ATTENDING THE PERIODONTICS CLINIC Í IPS CESÍ. CROSS-SECTIONAL RESEARCH

Katherin Arango Alzate, residente del posgrado de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad CES
e-mail: karangoalzate@gmail.com

Lina Marcela Zuleta Echeverri, residente del posgrado de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad CES
e-mail: linazue@gmail.com

Nathalia Jaramillo Arias residente del posgrado de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad CES
e-mail: natyjara67@hotmail.com

María Paulina Ángel Palacio, Periodoncista, profesora Facultad de Odontología, Universidad CES.
e-mail: angelpauli2000@yahoo.com

Cecilia María Martínez Delgado, Odontóloga Epidemióloga. MDU. Profesora de pregrado y posgrado Universidad CES
e-mail: cmartinezd@ces.edu.co

¥ Artículo derivado de investigación de posgrado

GRUPO DE INVESTIGACIÓN: Ciencias básicas y clínicas en Odontología

LÍNEA: Epidemiología y Salud Pública

Resumen

Introducción: La periodontitis es considerada una enfermedad crónica no transmisible; por su carácter crónico, requiere que los pacientes acudan a revisiones periódicas cuando culmina su tratamiento para evitar recidivas. **Objetivo:** Identificar factores relacionados con los pacientes, el servicio y el clínico que pueden afectar la adherencia al mantenimiento periodontal de los pacientes de la IPS Clínica CES Sabaneta. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo de carácter descriptivo transversal, mediante encuesta semiestructurada, aplicada a los pacientes con historia de periodontitis que asistieron a terapia periodontal a la IPS Clínica CES Sabaneta. **Resultados:** Se entrevistaron 137 pacientes de ambos sexos entre 18 y 60 años; el sexo femenino predominó; por estrato socioeconómico el mayor porcentaje fue estrato medio y alto, así como las personas universitarias. La falta de información al paciente al terminar el tratamiento es el principal factor relacionado con la no continuidad al mantenimiento periodontal. **Conclusión:** La

información que el clínico brinde a los pacientes sobre la importancia de continuar en un programa de mantenimiento periodontal, podría mejorar la adherencia.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, enfermedad periodontal, ansiedad al tratamiento dental, adherencia a condiciones crónicas, no adherencia al tratamiento.

Abstract

Introduction: Periodontal disease is currently considered in the group of chronic noncommunicable diseases, because of its chronic nature; It requires that patients attend to periodic reviews when the disease is controlled to avoid relapses. **Objective:** To identify factors related to patients, the service and the clinician that may affect adherence to periodontal therapy treatment of users in the IPS Clínica CES in Sabaneta. **Materials and methods:** A quantitative cross-sectional descriptive study was conducted through a semi-structured survey, applied to patients with a history of periodontal disease that have attended periodontal therapy at the IPS Clínica CES in Sabaneta. **Results:** 137 patients of both sexes between 18 and 60 years were interviewed; the female sex predominated; for socioeconomic level the highest percentage were in middle to high status, as well as university students. The lack of information to the patient at the end of periodontal treatment is the main factor related to nonadherence to periodontal support therapy. **Conclusion:** The information that clinicians give to patients about the importance of continuing in a periodontal support therapy program could improve adherence.

Key words: treatment adherence, periodontal disease, dental anxiety, adherence for chronic conditions, non-adherence treatment

Introducción:

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria, multifactorial, predominantemente infecciosa que se relaciona con la placa bacteriana (1-3) , que es necesaria pero insuficiente para causar la progresión de la enfermedad(4). Sus características clínicas incluyen bolsas periodontales, pérdida de niveles de inserción, hueso alveolar, sangrado al sondaje, inflamación gingival, recesión gingival, incremento de movilidad, supuración y finalmente la pérdida dental. En algunos casos, la enfermedad pueden tener periodos de actividad continuos o intermitentes (5).

El objetivo de la terapia periodontal (TP), es detener la progresión de la enfermedad. Una vez se controla la progresión, el paciente continuará en un programa de mantenimiento periodontal. El tratamiento periodontal incluye una evaluación sistémica de la salud del paciente, una fase terapéutica relacionada con la causa en la cual se dan instrucciones de higiene oral, tratamiento como raspado y alisado radicular cerrado, una fase correctiva con procedimientos quirúrgicos periodontales (6,7) y una fase de mantenimiento

periodontal(MP) (8). La efectividad del tratamiento a largo plazo dependerá de la constancia del paciente con sus citas de mantenimiento. Cuando el paciente cumple con las indicaciones de higiene oral necesarias para que la TP sea exitosa, se puede lograr el objetivo de mantener por largos periodos de tiempo el estado de salud (9). El grado de cumplimiento de un paciente disminuye cuando el tiempo de tratamiento y la complejidad es mayor (10) .

Nyman en 1975 y 1977 demostró que las citas de MP deben realizarse con periodos mínimos de cada 3 meses (11). Diferentes autores han demostrado la importancia de los MP a través de los años (12. 17). Lindhe en 1984, demostró que el control de la higiene oral tiene una influencia decisiva en el resultado a largo plazo del TP (18). Diversos estudios longitudinales experimentales han demostrado que el MP es clave para el éxito de la terapia, permitiendo estabilidad en el tiempo de los resultados obtenidos durante la fase activa del tratamiento (11,14,19).

La adherencia a un tratamiento médico, odontológico o de cualquier rama de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (2004) (15) involucra tres componentes importantes: el paciente, el clínico y los servicios de salud. La adherencia requiere aceptación del paciente respecto a las indicaciones o recomendaciones dadas para su tratamiento, ya que los pacientes deben ser socios activos+ de los clínicos y lograr una buena comunicación entre ambos para obtener efectividad en la práctica clínica (20). El comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, la eficacia de la medicación, factores económicos y socioculturales (21) .

Un paciente que entiende la importancia del tratamiento y se informa sobre los procedimientos que requiere, presenta altos niveles de asistencia al MP o adherencia al tratamiento (22); entre las razones más comunes a la falta de adherencia se encuentran: falta de información, miedo al odontólogo y factores socioeconómicos; personas jóvenes y personas del sexo masculino son menos adherentes (10).

Durante los últimos años, debido a la importancia del MP, diferentes estudios se han enfocado en la identificación de los factores relacionados con la adherencia o la no adherencia (11,14,23. 27); el resultado de la adherencia de un paciente es la suma de una cantidad de variables, por esta razón la motivación juega un papel importante en el

MP. La motivación es un factor responsable de la iniciación, duración, dirección y fuerza de acción para alcanzar un objetivo específico (28).

ychli ska en el 2008 (29) definió dos factores esenciales para que la motivación se produzca: en primer lugar, el objetivo debe ser percibido como valioso; en segundo lugar, el objetivo debe ser alcanzable en la situación individual de cada persona. Llevando estos conceptos al tratamiento periodontal, evaluar la motivación del paciente debería ser un elemento del tratamiento periodontal en general, ya que podría aumentar los niveles de adherencia al MP (30). Es importante mencionar que el cumplimiento es una cuestión muy compleja y los resultados de los estudios individuales no se pueden generalizar.

Un estudio reciente realizado con los pacientes del posgrado de Periodoncia de la Universidad CES (primera fase de este estudio) concluyó que los principales factores relacionados con la no adherencia de los pacientes al MP son la falta de información al terminar el tratamiento sobre la necesidad de acudir a los MP (31).

El objetivo de este estudio fue identificar los factores relacionados con los pacientes, el servicio y el clínico que pueden afectar la adherencia al MP en la IPS CES Sabaneta.

Materiales y métodos

Aspectos éticos de la investigación:

Según la resolución N° 008430 del 04 de octubre 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se clasifica como una investigación sin riesgo, dado que no se realizan intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, prevaleciendo el respeto a la intimidad e integridad de los pacientes participantes. Adicionalmente se contó con la debida autorización de la administración de la IPS CES Sabaneta para el acceso a las historias clínicas.

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética institucional mediante acta N° 100 de abril de 2017.

Identificación de los participantes

Se realizó un estudio cuantitativo de carácter descriptivo transversal, mediante una encuesta semiestructurada, aplicada a los pacientes con historia de periodontitis crónica o agresiva, de ambos sexos y todas las edades, que asistieron a TP atendidos por residentes del posgrado de periodoncia en la IPS CES Sabaneta y que debieron continuar en un programa de MP.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, que fueron empalmados durante los años 2014 a 2016, que asistieron a TP en el posgrado de periodoncia y que dieron su consentimiento verbal para participar en la respectiva encuesta. Se excluyeron pacientes que fueron atendidos por procedimientos diferentes al tratamiento de la enfermedad periodontal.

Se utilizó un muestreo aleatorio simple, tomando como base una población total de 212 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, debido a la dependencia de la aceptación del paciente para participar en el estudio. Se realizó el cálculo del tamaño muestral con los siguientes parámetros estadísticos: confianza del 95%, error máximo permitido o tolerable del 5% y una prevalencia de adherencia aproximada del 40% según lo reportado por un estudio previo de Franco y cols (2016)(31) . La muestra definitiva fue de 137 pacientes.

Recolección de la información

Se diseñó una encuesta semiestructurada que contenía las variables del estudio (Tabla 1), la cual se aplicó de manera telefónica o presencial a los pacientes. Se realizó una prueba piloto con 5 pacientes asistentes a la IPS CES Sabaneta. Las encuestas fueron realizadas por 3 de las investigadoras principales, con previa discusión de un guión que contempló la presentación del encuestador, el motivo de la llamada y la solicitud de su participación brindando información clara y veraz, así como el consentimiento verbal de la persona encuestada para la participación en la investigación y la utilización de la información.

Procesamiento de los datos

A medida que se completó cada encuesta se fueron digitando los datos en el programa estadístico SPSS® vs. 21.0 para Windows (IBM Michigan Corp®). Se realizó limpieza y validación de la información recolectada y se procedió al análisis univariado y bivariado.

Control de sesgos

El sesgo de observación y de información se controló con la prueba piloto del instrumento y la estandarización de los encuestadores. El sesgo de selección se controló con la aleatorización de los pacientes participantes en la encuesta.

Análisis de la información

Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar sociodemográfica y clínicamente la población incluida en el estudio, utilizando las medidas de tendencia central y de dispersión para aquellas variables cuantitativas y las variables cualitativas, mediante frecuencias absolutas y relativas. En caso de distribución normal de las variables se utilizó estadística paramétrica, para la exploración de posibles relaciones entre los factores que tuviesen que ver con la adherencia al programa de mantenimiento.

Resultados

Análisis descriptivo

El total de personas encuestadas fue de 137, todas asistentes al programa de MP en la IPS Clínica CES (Sabaneta). Los pacientes se clasificaron en 5 grupos de la siguiente manera: (Tabla 1). Se observó un mayor porcentaje de mujeres consultantes, alta escolaridad en todos los pacientes y nivel socioeconómico medio alto.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Edad (años)	N°	%
18-25	2	1,4
26-35	8	5,7
36-45	13	9,3
46-54	39	27,9

> 55	78	55,7
Sexo	N°	%
Masculino	40	28,5
Femenino	100	72,5
Escolaridad		
Primaria completa	4	2,9
Primaria incompleta	5	3,6
Secundaria completa	46	32,9
Secundaria incompleta	16	11,4
Universitaria	69	49,2
Estrato socioeconómico		
Nivel 1	2	1,4
Nivel 2	15	10,7
Nivel 3	47	33,6
Nivel 4	45	32,1
Nivel 5	23	16,4
Nivel 6	8	5,7

En la ocupación de los encuestados los empleados ocuparon el más alto porcentaje (60%) y los desempleados el más bajo (2,1%).

La accesibilidad geográfica al servicio odontológico, una variable que puede relacionarse con la adherencia, indicó que el 69,3% (n=97) de las personas consultantes vivían cerca (menos de una hora de recorrido desde el hogar); entre una y dos horas de recorrido, el 14,3% (n=20) y más de dos horas el 16,4% (n=23). Al preguntar si era fácil llegar al sitio de atención el 82,1% (n=115) respondió afirmativamente.

Se indagó sobre si la lejanía era un motivo para no asistir a las citas; el 85,7% (n=120) de los encuestados respondieron negativamente, sin embargo, para el 12,1% (n=20) sí representó una limitación.

El temor a la odontología también puede afectar la adherencia al tratamiento; en el presente estudio se encontró que 97 de 140 encuestados (69,3%) refirieron no tener

temor a la odontología; el porcentaje restante contestó afirmativamente (30,7%; n=43). A quienes les da temor manifestaron como principales motivos, la anestesia, la fresa, abrir mucho la boca y el dolor. Sin embargo, todos respondieron que el temor no les impedía asistir a las citas programadas.

123 registros de 140 (47,1%) llevan más de 2 años en el programa de MP; el 8,6% (12) entre 6 meses y dos años y menos de 6 meses, el 2,1% (3).

El 83% (116) de los entrevistados le otorgó la máxima calificación (5) a la importancia de su tratamiento; 8,6% (n=12) calificaron con 4 dicha importancia, 5,7% (n=8) con 3, una sola persona calificó dicha importancia con 2 y el restante 2,9% (4) no respondió la pregunta. En resumen el 91,6% calificaron positivamente la importancia del tratamiento.

Hábitos higiénicos y motivaciones para ellos

La higiene bucodental es un tema de permanente discusión y la manera más apropiada para su ejecución es el cepillado dental, el uso del dentífrico y de la seda dental. Se preguntó a los encuestados sobre el uso del cepillo y el 100% respondió afirmativamente, en contraste, dicho uso no se relaciona con la frecuencia del cepillado; mientras que el 74,3% (n=104) dijo cepillarse tres veces diariamente, el 7,1% (n=10) dos veces y hasta una vez por día (0,7%; n=1). Llama la atención quienes respondieron 4 veces diariamente (16,4%; n=23).

Las motivaciones para el cepillado son varias, la de mayor frecuencia fue por higiene (81,4%; n=114); en menor frecuencia respuestas como **Ípor la enfermedadÍ**, **Ípor miedo al mal alientoÍ**, **Ípara que no se acumule la comida en los dientesÍ**, **Ípara remover impurezasÍ**, **Ípara cuidar y conservar los dientesÍ**; estas respuestas se constituyen en imaginarios que pueden o no posibilitar el éxito de las medidas de protección, en este caso para la periodontitis.

En cuanto al uso de la seda dental el 94% (n=131) respondió usarla, de ellos, el 32,1% (n=45) una vez al día, el 30,7% (n=43) dos veces diariamente, el 31,4% (n=44) tres o más veces al día. Las principales razones para su uso fueron: **Ímejor higieneÍ**, **Íterminar de limpiar los dientesÍ**, **Ípara evitar acúmulo de comidaÍ**, **Ípor tratamientoÍ**, **Ípor**

instrucciones del odontólogo. Entre quienes no usan la seda explicaron que se debe a ***Í molestias en la encía*** y ***Í dolor***.

Con frecuencia el clínico recomienda el uso de productos adicionales, marcas de cremas dentales para necesidades específicas y enjuagues. A esta pregunta respondieron afirmativamente 76 encuestados (54,3%) y explicaron que les recomendaron algunas marcas como Sensodyne, Parodontax, Colgate encías saludables, crema dental con flúor; el cepillado dental con cepillo suave, enhebradores, cepillos interdientales y enjuagues sin alcohol. El 28,6% manifestó no haber recibido recomendaciones y el 7,1% no recuerda que le hayan dado alguna instrucción especial.

Al terminar la TP, los pacientes deben acudir de manera periódica a revisión por especialista debido a la complejidad de la periodontitis. El 21,4% manifestó no recibir indicaciones de ingresar al programa MP. De igual manera, deben darse recomendaciones al paciente al término de su tratamiento; lo que más recuerdan los encuestados tiene que ver con las medidas higiénicas y con la periodicidad de ejecutarlas.

Una variable relacionada con la adherencia, es el cumplimiento de las citas recomendadas por el profesional. El 93,6% (n=131) manifestó asistir entre el 80 y 100% de las citas asignadas. Esta variable es muy importante al valorar la adherencia, por tanto puede decirse que la adherencia al programa es del 93,6%, considerándose excelente si se tiene en cuenta las condiciones culturales y de autocuidado de las personas; lo más interesante es que en el 44,2% (n=62) fue el clínico tratante quien llamó al paciente a recordar la cita; el 37,1% (n=52) informó que a veces y el 17,1% (n=24) manifestó que nunca fue llamado.

Se exploró si les habían informado cada cuánto debía asistir a cita con el periodoncista para el MP; el 24,3% (n=34) personas respondieron que nunca les informaron, 15% (n=21) 4 o más veces al año, 16,4% (n=23) tres veces y el restante porcentaje entre 1 y dos veces.

Se preguntó por el número de odontólogos tratantes, ya que la IPS CES Sabaneta es una institución docencia servicio, en la cual las cohortes de profesionales varían así como varía el tratamiento para cada paciente. Las respuestas más coincidentes son entre 2 y 5

profesionales (62,1%; n=87); no obstante hay respuestas de muchos odontólogos tratantes, lo cual depende del tiempo que el paciente lleve asistiendo a su tratamiento.

Muchas veces el paciente relata que el profesional tiene *mano dura*; es decir, es brusco; en este estudio el 98% (n=137) de los pacientes informó lo contrario, la mayoría tuvo *mano suave*. Igualmente se preguntó por la confianza que les merecía el odontólogo tratante; el 55% (n=77) les otorgó la máxima confianza (5); en cuanto a afinidad el 59,3% (n=83) calificó con 5 a sus profesionales. La valoración dada a su tratamiento fue calificada con el máximo valor por el 61,4% (n=86).

Es deber del profesional dar instrucciones al paciente sobre los cuidados posteriores a cada cita, estas deben ser claras, precisas y validadas con el paciente; el 50,7% (n=71) respondieron afirmativamente y de ellos el 60% (n=84) fueron claras y entendibles. No obstante queda un 40% de pacientes quienes refirieron instrucciones poco claras o no entendibles.

Se preguntó también por aspectos relacionados con el servicio, como la atención del personal de vigilancia, facturación, auxiliares y odontólogo tratante (Tabla 3).

Tabla 3. Calificación sobre recurso humano relacionado con el servicio

Calificación	5	4	3	2	1	SD	Total
Vigilancia	75	11	0	0	0	54	140
Facturación	69	14	2	1	0	54	140
Recepción	64	13	7	2	0	54	140
Auxiliares	76	10	0	0	0	54	140
Odontólogo tratante	82	4	0	0	0	54	140

Otros ítems que se relacionan con el servicio fueron: limpieza de la institución y comodidad de las instalaciones; en ambos el 100% los encuestados respondieron afirmativamente.

Con respecto a el tiempo para la asignación de citas, el 90% respondió que hasta tres días; sin embargo aunque el porcentaje es inferior, algunos encuestados manifestaron más de tres días y hasta un mes (4,3%) y más de un mes (3,6%). Ahora bien, cuando el

paciente llega al servicio para ser atendido, el 95% respondió que tardan menos de media hora; el restante 5% entre 30 y 60 minutos, indicador importante de los servicios de salud: oportunidad de las citas y oportunidad en la atención.

La accesibilidad económica medida como la posibilidad de pago de un tratamiento, el 67,8% de los encuestados respondieron que las tarifas fueron más baratas que si fuesen a un servicio privado o particular. Otros consideraron que las tarifas fueron superiores (3,6%) y algunos más semejantes a un tratamiento por especialista particular (26,4%).

El 94,3% de los pacientes recomendaría este servicio a otras personas, entre las razones que argumentan son: %buen servicio+, %confianza+, %buenos profesionales+, %calidad humana+. El 5,7% (n=6) respondió negativamente y sus principales razones fueron %no es un servicio económico+, %decepción+ y %porque pasa uno por varios manos+, razones entendibles y que deben ser valoradas por el servicio en términos de expectativas de los usuarios.

Análisis inferencial

Se exploraron relaciones bivariadas entre temor a la odontología y acceso al servicio, por ser variables que podrían afectar la adherencia; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, mediante prueba χ^2 ($p > 0,05$); tampoco con variables sociodemográficas como el nivel educativo, edad y estrato socioeconómico, que se reportan en varios estudios como variables desencadenantes de menor adherencia al tratamiento.

Discusión

La primera parte de este estudio, realizado por Franco y cols en 2016 (31) en la misma población de estudio, encontró que el 63,7% de los pacientes no eran adherentes al MP, por lo tanto, el presente estudio se propuso identificar los posibles factores relacionados con la falta de adherencia.

Son muchas las variables o factores que influyen los comportamientos adherentes en los pacientes(32); al respecto, Pac y cols en 2014(33), modificaron y validaron la escala de evaluación de motivación original de ychli scy para ser utilizada en la terapia

periodontal. Esta escala consiste en 14 preguntas de respuestas cerradas que evalúan parámetros como las prácticas de higiene oral, experiencias con el tratamiento, condiciones externas y distancia a recorrer, entre otras. En este estudio los pacientes encuestados respondieron preguntas sobre el acceso al servicio, distancia a recorrer, experiencias previas odontológicas, calidad de la atención y tiempos en la programación de citas, encontrando que estos factores, la capacidad económica, nivel educativo o temor no impidieron la asistencia al MP. La mayoría de los pacientes reportaron experiencia positiva en la atención, trato, tratamiento y oportunidad de acceder al servicio.

Respecto a la edad, nuestro estudio encontró, que a medida que avanza la edad aumenta el porcentaje de pacientes con periodontitis y que deben estar en MP. El IV Estudio Nacional de Salud Bucal en Colombia ENSAB-IV(34), reportó una mayor prevalencia de periodontitis (62,5%) entre los 45 y 64 años comparada con el grupo de edad de 18 años (10.97%)(34).

En nuestro estudio el porcentaje de mujeres fue más alto en comparación al de hombres (72,5% vs 28,5% respectivamente), esto no necesariamente significa que la enfermedad periodontal afecta más a mujeres, el ENSAB IV (34) reportó que un mayor porcentaje de mujeres (42.59%) presentan ausencia de periodontitis comparado con los hombres (33.59%); la mayor frecuencia de mujeres en la consulta puede explicarse porque ellas buscan con más frecuencia atención y tienen más conciencia de auto cuidado comparado con los hombres (35).

Los pacientes de este estudio mostraron prácticas de higiene bucal satisfactorias, sin embargo, por la naturaleza de la enfermedad, este resultado no exime a los pacientes de permanecer activos en el programa de MP. Resulta difícil establecer reglas generales de cuál es la frecuencia del MP, uno de los principales aspectos a considerar son la higiene bucal. En algunos estudios, se obtuvieron resultados positivos a largo plazo de la TP cuando los pacientes se revisaron en intervalos de 3 a 6 meses y se acompañaron de higiene bucal rigurosa (6). Estos intervalos pueden variar según el riesgo individual de cada paciente y de su habilidad y frecuencia de medidas higiénicas (36,37). El tratamiento no solo debe incluir una efectiva educación en higiene bucal, sino también explicar al paciente los factores de riesgo y la importancia de la adherencia al MP(38).

Respecto al miedo al odontólogo, se encontró que más de la mitad de los pacientes encuestados no le tienen miedo a la consulta; en otros estudios se ha encontrado que esta ansiedad puede tener serias repercusiones en términos de la salud bucal y se considerada una barrera en la consulta odontológica (39). Observamos en el presente estudio, que el miedo a la odontología no se constituyó en un impedimento para acudir a las citas.

Aproximadamente un tercio de los pacientes reportaron desconocimiento y falta de información sobre la asistencia al periodoncista después de culminada la fase de tratamiento; la falta de información puede conducir a la no adherencia; al respecto Umaki y cols en 2012 (40), reportaron que el 34% de los pacientes no vuelven a los MP porque no perciben su importancia. Adicionalmente, Kopp y cols (2017) sostienen que el éxito de la TP depende en gran medida de la adherencia del paciente al tratamiento y al MP a través de un método denominado entrevista motivacional que permite cambios del comportamiento en beneficio de la salud (41).

Conclusiones

La adherencia al mantenimiento periodontal en la IPS clínica CES Sabaneta es del 40%, por tanto, los esfuerzos para lograr superar esta cifra deben ser permanentes, especialmente cuando los pacientes relataron que la discontinuidad en la terapia se da por la pérdida de la comunicación con el clínico, la falta de información o cuando se hace el cambio de un residente por otro, lo que lleva a una desconexión entre las partes, propiciando ausencias al programa y pérdida del paciente, afectando los resultados logrados durante terapia periodontal.

Los resultados del presente estudio sugieren la creación de una clínica de mantenimiento donde se mantenga la comunicación con los pacientes aun cuando se dé el cambio de residentes con el fin de mantener los resultados del tratamiento a largo plazo.

Limitaciones del estudio

En la encuesta debió existir una pregunta enfocada a si el paciente se encontraba activo en un programa de MP y la principal motivación para ser adherente a un programa de

esta naturaleza, toda vez que los comportamientos son materia sensible que debe trabajarse de manera interdisciplinaria, por ejemplo, con profesionales de la psicología.

Agradecimientos

Agradecemos a los pacientes de la IPS Clínica CES Sabaneta por aceptar su participación en el estudio y responder de manera asertiva la encuesta.

A la IPS Clínica CES Sabaneta por apoyarnos en la realización del presente trabajo.

Conflictos de interés: Ninguno declarado

BIBLIOGRAFIA

1. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2013;62(1):59-94.
2. Berezow AB, Darveau RP. Microbial shift and periodontitis. *Periodontol* 2000. 2011;55(1):36-47.
3. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*. 1965;36:177-87.
4. Clark WB, Loe H. Mechanisms of initiation and progression of periodontal disease. *Periodontol* 2000. 1993;2:72-82.
5. Flemmig TF. Periodontitis. *Ann Periodontol*. 1999;4(1):32-7.
6. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, van der Velden U, Armitage G, et al. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 2015;42 Suppl 16:S5-11.
7. Jansson H, Wahlin Å, Johansson V, Åkerman S, Lundegren N, Isberg P-E, et al. Impact of periodontal disease experience on oral health-related quality of life. *J Periodontol*. 2014;85(3):438-45.
8. Lindhe J, Lang NP, Karring T, Berglundh T, editores. *Clinical periodontology and implant dentistry*. 5. ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008.
9. Wilson TG, Glover ME, Malik AK, Schoen JA, Dorsett D. Tooth loss in maintenance patients in a private periodontal practice. *J Periodontol*. 1987;58(4):231-5.
10. Garrido J. CJ, Muñoz R. LN, Oyarzún E. AI, Romero T. Control del hipertenso, un desafío no resuelto. *Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular*. *Rev Chil Cardiol*. 2013;32(2):85-96.
11. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1981;8(4):281-94.
12. Ramfjord SP, Nissle RR, Shick RA, Cooper H. Subgingival curettage versus surgical elimination of periodontal pockets. *J Periodontol*. 1968;39(3):167-75.
13. Lindhe J, Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1984;11(8):504-14.
14. Becker W, Becker BE, Berg LE. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. *J Periodontol*. 1984;55(9):505-9.
15. Badersten A, Nilvéus R, Egelberg J. Effect of non-surgical periodontal therapy. VI. Localization of sites with probing attachment loss. *J Clin Periodontol*. 1985;12(5):351-9.
16. Isidor F, Karring T. Long-term effect of surgical and non-surgical periodontal treatment. A 5-year clinical study. *J Periodontal Res*. 1986;21(5):462-72.
17. Knowles JW, Burgett FG, Nissle RR, Shick RA, Morrison EC, Ramfjord SP. Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. *J Periodontol*. 1979;50(5):225-33.
18. Lindhe J, Westfelt E, Nyman S, Socransky SS, Haffajee AD. Long-term effect of surgical/non-surgical treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1984;11(7):448-58.
19. Morrison E c, Ramfjord SP, Burgett FG, Nissle RR, Shick RA. The significance of gingivitis during the maintenance phase of periodontal treatment. *J Periodontol*. 1982;53(1):31-4.
20. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción. [Internet]; 2000 [citado 17 de junio de 2016]. Disponible en: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3176571>
21. Esmeralda Silva EG, Correa G, Orlando J. Adherencia al tratamiento.

- Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colomb.* 2005;30(4):258-73.
22. Lee CT, Huang HY, Sun TC, Karimbux N. Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2015;94(6):777-86.
23. Agrawal N, Jain R, Jain M, Agarwal K, Dubey A. Compliance with supportive periodontal therapy among patients with aggressive and chronic periodontitis. *J Oral Sci.* 2015;57(3):249-54.
24. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg Cardiol.* 2005;34(1):104-11.
25. Costa FO, Miranda Cota LO, Pereira Lages EJ, Vilela Câmara GC, Cortelli SC, Cortelli JR, et al. Oral impact on daily performance, personality traits, and compliance in periodontal maintenance therapy. *J Periodontol.* 2011;82(8):1146-54.
26. Cardaropoli D, Gaveglio L. Supportive periodontal therapy and dental implants: an analysis of patients compliance. *Clin Oral Implants Res.* 2012;23(12):1385-8.
27. Novaes AB, Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part 1. Risk of non-compliance in the first 5-year period. *J Periodontol.* 1999;70(6):679-82.
28. Dilley JA, Reuer JR, Colman V, Norman RK. From making pamphlets to making policies: results from a collaborative training to increase knowledge, motivation, and self-efficacy for achieving public health policy and systems change. *Health Promot Pract.* 2009;10(2 Suppl):138S-145S.
29. Zychli ski W, Zychli ska M. [The influence of personality attributes on functional results of ankle fractures treatment]. *Pol Merkur Lek Organ Pol Tow Lek.* 2008;25 Suppl 1:26-8.
30. Pac A, Oruba Z, Olszewska-Czy l, Chomyszyn-Gajewska M. The significance of motivation in periodontal treatment: validity and reliability of the motivation assessment scale among patients undergoing periodontal treatment. *Community Dent Health.* 2014;31(1):53-6.
31. Osorio A, García D, Franco C, Monsalve S. Factores relacionados con la no adherencia al mantenimiento periodontal de los pacientes del Posgrado de Periodoncia de la Clínica CES, Sabaneta. 2016 [Tesis de grado]
32. Delatola C, Adonogianaki E, Ioannidou E. Non-surgical and supportive periodontal therapy: predictors of compliance. *J Clin Periodontol.* 2014;41(8):791-6.
33. Pac A, Oruba Z, Olszewska-Czy l, Chomyszyn-Gajewska M. The significance of motivation in periodontal treatment: validity and reliability of the motivation assessment scale among patients undergoing periodontal treatment. *Community Dent Health.* 2014;31(1):53-6.
34. ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf [Internet]. [citado 12 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
35. Modin C, Abadji D, Adler L, Jansson L. Treatment compliance in patients with aggressive periodontitis - a retrospective case-control study. *Acta Odontol Scand.* 2017;75(2):94-9.
36. Trombelli L, Minenna L, Toselli L, Zaetta A, Checchi L, Checchi V, et al. Prognostic value of a simplified method for periodontal risk assessment during supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol.* 2017;44(1):51-7.
37. Westfelt E, Nyman S, Socransky S, Lindhe J. Significance of frequency of professional tooth cleaning for healing following periodontal surgery. *J Clin Periodontol.* 1983;10(2):148-56.
38. Agrawal N, Jain R, Jain M, Agarwal K, Dubey A. Compliance with supportive

periodontal therapy among patients with aggressive and chronic periodontitis. *J Oral Sci.* 2015;57(3):249-54.

39. Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent.* 2014;23(4):295-301.

40. Umaki TM, Umaki MR, Cobb CM. The psychology of patient compliance: a focused review of the literature. *J Periodontol.* 2012;83(4):395-400.

41. Kopp SL, Ramseier CA, Ratka-Krüger P, Woelber JP. Motivational Interviewing As an Adjunct to Periodontal Therapy-A Systematic Review. *Front Psychol.* 2017;8:279.