

Enfermedades gingivales en la población de 19 a 34 años

Gingival diseases in the population aged 19 to 34 years

- ¹ Maritza Madam O’Farrill  <https://orcid.org/0000-0002-9205-6970>
MSc. Facultad de ciencias médicas Mayabeque, Clínica Estomatológica Andrés Ortiz Junco. Cuba
maritzamo@infomed.sld.cu
- ² Adainy Martínez González  <https://orcid.org/...>
Dra. Facultad de ciencias médicas Maya beque, Clínica Estomatológica Andrés Ortiz Junco. Cuba
Adainy9809@nauta.cu
- ³ Indira Tejada Ramos  <https://orcid.org/...>
Dra. Facultad de ciencias médicas Mayabeque, Clínica Estomatológica Andrés Ortiz Junco. Cuba
indiratejedaramos@gmail.com
- ⁴ Verónica Gabriela López Ullauri  <https://orcid.org/0000-0001-6505-5166>
Magister en Gerencia de Instituciones de Salud, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
veronicag.lopez@epoch.edu.ec



Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Enviado: 15/01/2024

Revisado: 16/02/2024

Aceptado: 01/04/2024

Publicado: 20/04/2024

DOI: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v7i2.3002>

Cítese: O’Farrill, M. M., Martínez González, A., Tejada Ramos, I., & López Ullauri, V. G. (2024). Enfermedades gingivales en la población de 19 a 34 años. Anatomía Digital, 7(2), 78-110. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v7i2.3002>



ANATOMÍA DIGITAL, es una Revista Electrónica, Trimestral, que se publicará en soporte electrónico tiene como misión contribuir a la formación de profesionales competentes con visión humanística y crítica que sean capaces de exponer sus resultados investigativos y científicos en la misma medida que se promueva mediante su intervención cambios positivos en la sociedad. <https://anatomiadigital.org>
La revista es editada por la Editorial Ciencia Digital (Editorial de prestigio registrada en la Cámara Ecuatoriana de Libro con No de Afiliación 663) www.celibro.org.ec

Esta revista está protegida bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 International. Copia de la licencia: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Palabras claves:

gingivitis,
enfermedad
gingival, 19 a 34
años, factor de
riesgo

Resumen

Introducción: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal de octubre del 2021 a noviembre 2023.

Objetivo: caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico de la población de 19 a 34 años que presentan enfermedades gingivales. **Metodología** El universo estuvo constituido por el total de la población de dicho grupo de edad del Consultorio del Médico de la Familia No. 13 perteneciente al municipio de Batabanó, provincia Mayabeque, y se seleccionó una muestra de 40 pacientes mediante muestreo aleatorio simple. Se confeccionó una planilla de recolección de datos La información fue recogida en planilla recolectora de datos Planilla de recolección de datos (Anexo 1) la cual se llenó después de realizada el examen bucal a los pacientes en la clínica Estomatológica, utilizando luz artificial, con el instrumental de diagnóstico esterilizados (espejo, explorador bucal, pinza para algodón y uso de sonda periodontal) para descartar la presencia o no de bolsas periodontales. En dicha planilla quedaron plasmada de forma organizada todas las variables comprendidas en el estudio los fueron analizados y procesados de forma estadística, volcándose los resultados en tablas y gráficos. El análisis estadístico se realizó utilizando las tablas de contingencia a través de la dócima X^2 y en los casos que se alcanzó diferencias significativas se aplicó la dócima de comparación Múltiple de Duncan: **Resultados:** El grupo de edades más frecuente resultó ser el de 29 a 34 años (40%) , el sexo femenino (57.5 %) , predominaron los pacientes con presencia de alguna bolsa periodontal valor 6 (27.5%) , de la población estudiada un 80% presenta una higiene bucal deficiente, el factor de riesgo que predomina es la mala higiene bucal con un 80%, y el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo es bajo con un 40%. **Conclusiones:** Predomino el grupo de edad de 29 a 34 años, el sexo femenino y la condición grado 6. La mayor parte de la población estudiada presenta una higiene bucal deficiente. El factor de riesgo que predomino fue la higiene bucal deficiente. La población estudiada presenta un bajo nivel de conocimiento. **Área de estudio general** Clínica Estomatológica Batabano **Área de estudio específico:** Consulta estomatológica Tipo de estudio: artículo original

Keywords:

gingivitis, gingival disease, 19 to 34 years, risk factor

Abstract

Introduction: A cross-sectional descriptive observational study was carried out from October 2021 to November 2023. Objective: to characterize the clinical-epidemiological behavior of the population aged 19 to 34 years who present with gingival diseases. Methodology The universe was made up of the total population of the mentioned age group of the Family Doctor's Office No. 13 belonging to the municipality of Batabanó, Mayabeque province, and a sample of 40 patients was selected through simple random sampling. A data collection form was created. The information was collected in a data collection form. data collection form (Annex 1) which was filled out after the oral examination was performed on the patients in the dental clinic, using artificial light, with sterilized diagnostic instruments (mirror, oral explorer, cotton tweezers and use of periodontal probe) to rule out the presence or absence of periodontal pockets. In this form, all the variables included in the study were captured in an organized manner, they were analyzed and processed statistically, turning the results into tables and graphs. The statistical analysis was carried out using the contingency tables through the X2 test and in cases where significant differences were reached, Duncan's Multiple Comparison Test was applied: Results: The most frequent age group turned out to be 29 to 34 years old (40%), female (57.5%), patients with the presence of a periodontal pocket value 6 (27.5%) predominated, of the population studied a 80% have poor oral hygiene, the predominant risk factor is poor oral hygiene with 80%, and the level of knowledge about risk factors is low with 40%. Conclusions: The age group of 29 to 34 years, female sex and grade 6 condition predominated. Most of the population studied has poor oral hygiene. The predominant risk factor was poor oral hygiene. The population studied has a low level of knowledge. General study area Batabano Stomatological Clinic Specific study area: consultation Type of study: original article

1. Introducción

La Estomatología es la rama de la Ciencias Médicas que se dedica no solo al estudio de los dientes, sino también del conjunto de tejidos y órganos vecinos de estos. Se ha descrito que, dentro de las enfermedades bucales, las periodontopatías, ocupan el segundo lugar en la jerarquización de las enfermedades bucales, superadas solamente por las caries dentales.¹

Las enfermedades bucales son consideradas problemas de salud pública por su alta prevalencia en todas las regiones del mundo. La enfermedad periodontal aparece como la más común de las enfermedades encontradas en los cuerpos embalsamados de los egipcios de hace 4000 años. Muchos de los conocimientos actuales sobre la Medicina Egipcia provienen de los papiros de Ebers y Edwin Smith. Los papiros de Ebers contienen muchas referencias de la enfermedad gingival.²

Las enfermedades periodontales han existido a lo largo de toda la historia y a partir de la década del 50 se comienza a estudiar la relación del nivel sociocultural con la enfermedad periodontal, y estudios realizados en 1956 expresan que la gravedad de la afección aumenta en los grupos socioeconómicos más bajos.³

La microbiota del surco gingival y la placa dentobacteriana están fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de gingivitis, la que puede evolucionar hacia la periodontitis y ser más destructiva y crónica.⁴

La gíngiva es una fibromucosa formada por tejido conectivo denso con una cubierta de epitelio escamoso queratinizado que cubre los procesos alveolares y rodea a los dientes; tiene un color rosa pálido y forma un sellado alrededor del diente que protege al hueso y tejidos de soporte. La gingivitis, es la inflamación de la encía producida por bacterias localizadas en el margen gingival y la causa más común es la inducida por placa bacteriana (biofilm) de origen infeccioso.⁵

La inflamación gingival es causada por los efectos a largo plazo de los depósitos de la placa dentobacteriana, denominada biophill y formada por diversas bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos dentro de una matriz proteico-polisacárido que constituye un nido sellado dentro de las cuales las bacterias intercambian nutrientes e información genética bajo los efectos de los mecanismos de defensa del huésped.⁵

La enfermedad gingival se considera la segunda alteración bucodental en cuanto a morbilidad, pues afecta a más de 3 cuartas partes de la población. La gingivitis es un proceso inflamatorio que comienza en la niñez temprana, aproximadamente a los 5 años de edad, con prevalencias de 2 a 34 % en niños de 2 años y de 18 a 38 % en niños de 3 años, y se incrementa gradualmente hasta alcanzar su punto más alto en la pubertad.⁶

Las enfermedades periodontales se encuentran entre las dolencias más frecuentes que afectan a los adolescentes y a los jóvenes. La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los pacientes jóvenes.⁷

Diversos estudios estiman la magnitud de la gingivitis en población joven, oscila en un rango entre 43 y 86 %.⁸⁻¹⁰ Algunos estudios utilizan índices que evalúan la condición periodontal general; sin embargo, se pueden separar obteniendo prevalencias con base a indicadores de gingivitis y periodontitis.¹¹⁻¹⁴

Las primeras manifestaciones clínicas que aparecen desde edades tempranas se conforman durante la adolescencia, adquiriendo la gingivitis una condición de proceso crónico inmunoinflamatoria reversible de los tejidos del periodonto de protección que presenta una alta prevalencia a nivel mundial.¹⁵

Generalmente la inflamación de los tejidos se encuentra presente en todas las formas de enfermedad gingival. El examen periodontal periódico es indispensable para evaluar la respuesta inflamatoria en relación al nivel de higiene bucal y a factores de riesgo lo que los hace esencial para mantener la salud periodontal; la forma más común de enfermedad periodontal es la gingivitis crónica, constituyendo un verdadero problema de salud.^{16,17}

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de estas enfermedades suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida.¹⁷

La etiología de la enfermedad periodontal es compleja, se conjugan factores locales y sistémicos. No obstante, en la actualidad se tiene la certeza de que la gingivitis y periodontitis son infecciones inducidas por biopelículas constituidas por microorganismos bacterianos que colonizan el surco gingival, provocando una respuesta inmunoinflamatoria cuyos componentes inmunológicos son los responsables de la mayoría de los daños observados a nivel periodontal. Todo este proceso comienza afectando el periodonto de protección en forma de gingivitis crónica.¹⁸

Los factores de riesgo determinan perfiles específicos de morbi-mortalidad en las distintas colectividades como resultado de que sus integrantes compartan la exposición a determinados factores, según el esquema causal explicativo predominante. Algunas publicaciones señalan entre los factores de riesgo más estrechamente asociados al origen y evolución ulterior de la enfermedad periodontal, a los microorganismos de la microbiota del surco gingival y la placa dentobacteriana (PDB). En el mundo estomatológico es de todos conocido que la PDB está fuertemente relacionada con el origen y evolución de la caries dental. Según nuestras concepciones actuales, su

influencia sobre el proceso patogénico de la enfermedad periodontal es controvertida y cuestionada.¹⁸

Todo parece haber comenzado en la década de los años sesenta, cuando Harold Löe, un prestigioso investigador europeo radicado en los Estados Unidos, realizó la siguiente experiencia: Seleccionó un pequeño grupo de estudiantes y los conminó a abandonar la higiene bucal durante 15 días aproximadamente, lo que propició el acumulo de la PDB sobre sus dientes y encías. Esta acumulación de PDB “ocasionó” la aparición de un enrojecimiento en la encía marginal alrededor de casi todos los dientes presentes, al que denominó “gingivitis marginal”. Pasado ese tiempo, hizo retomar al grupo la higiene bucal acostumbrada y observó que el enrojecimiento desaparecía a las 24 – 48 horas, concluyendo que la PDB era la causa de la gingivitis. No hizo referencia a la esencia biocelular y biomolecular del fenómeno observado clínicamente, ni a la presencia de los microorganismos del surco gingival que guardan una relación más estrecha con la encía marginal.¹⁸

La publicación que se derivó de esta experiencia resultó muy atractiva para los odontólogos y periodontólogos de la época y circuló rápidamente por el mundo de la periodoncia, acompañándonos hasta nuestros días. La difusión de los resultados de esta experiencia ha generado numerosas confusiones respecto a la no diferenciación del papel de la PDB y de la microbiota del surco gingival en la patogenia de la caries dental y la gingivitis inmunoinflamatoria crónica respectivamente. El hecho de no diferenciar las verdaderas relaciones entre la PDB y la microbiota del surco gingival, ni el papel de cada una en el contexto de la higiene bucal, reduce el problema de la gingivitis a la presencia de la PDB, y la solución, a su eliminación mediante el cepillado dental. Esta observación había sido hecha antes por Green y Vermillon en su índice de higiene bucal, ellos se plantearon el problema con la misma óptica reduccionista, llegando a idénticas conclusiones.¹⁸

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad periodontal, representa un problema de salud pública, es bien sabido que la gingivitis es un tipo de enfermedad presente en todo el mundo y que afecta a un gran porcentaje de la población. Algunos estudios han demostrado una prevalencia entre 43- 86 % en pacientes jóvenes.¹⁹

Comité de Expertos de la OMS la señalan como una de las afecciones más comunes del género humano. No hay países ni territorios libres de ellas, afectan a ambos sexos indistintamente, a cualquier edad, raza, condición económica y social. Estudios describen que más del 80 % de la población adulta ha padecido gingivitis, periodontitis o ambas.²⁰⁻²⁴

La periodoncia moderna enfoca los problemas gingivales bajo un prisma nuevo, el de los llamados factores de riesgo, para el inicio y progresión de la enfermedad. Se ha

hablado durante todos estos años de la función de los factores directos como iniciadores de estas enfermedades, y cómo los sistémicos (indirectos), han agravado o modificado el papel de los anteriores, oponiéndose a ellos la respuesta defensiva del huésped.²⁵

Es importante tratar la enfermedad gingival de forma temprana pues puede evolucionar hacia la periodontitis la cual es la principal causa de pérdida dental en adultos, por consiguiente, la ausencia de órganos dentarios afecta la función del sistema estomatognático; además, puede ser factor de riesgo de múltiples afecciones locales y sistémicas.²⁶

El predominio de gingivitis en los países desarrollados es aproximadamente de 73 % y más del 50 % de la población de Europa sufre algún tipo de enfermedad periodontal; los adultos mayores son quienes presentan un riesgo del 70 al 80 % de severidad.²⁷

Estudios epidemiológicos, clínicos e histológicos indican que existe una tendencia relacionada con la edad para el desarrollo de la gingivitis. Es así que se ha reportado que la severidad de la gingivitis es menos extensa en niños que en adultos con similares cantidades de placa bacteriana. La pubertad parece tener importantes consecuencias en la composición de la placa bacteriana. Los cambios hormonales entre el período prepuberal y el puberal facilitan cambios en la microflora subgingivales.²⁸

En España después de analizar la situación de salud bucal de niños y adolescentes de Navarra, se informó que sólo 2 de cada 10 escolares tiene encías completamente sanas, sin sangrado ni cálculo acumulado entre los dientes. En Cali, Colombia, el 53% de los niños de 5 a 13 años presentó esta enfermedad. Otros estudios muestran prevalencia de 32% en niños de 6 a 12 años de la República Democrática de Lao.²⁹

En Venezuela, debido a que se cuenta con una política de los servicios de salud inadecuada, donde los programas de promoción de salud y prevención de enfermedades no alcanza una cultura nacional, añadido al escaso nivel de conocimiento sobre hábitos dietéticos adecuados y factores de riesgo que acrecientan la presencia de la gingivitis, los reportes de estudios nacionales y regionales corroboran que las alteraciones periodontales progresan a medida que avanza la edad. Al respecto, el estudio para la Planificación Integral de la Odontología informa que "la salud periodontal está seriamente alterada, el 45% de la población entre 7 y 14 años presenta algún signo de esta patología.

Países industrializados, muestran una prevalencia más baja de enfermedad periodontal en mujeres que en hombres, sin embargo, estas diferencias tienden a desaparecer y a ser contrarias en países subdesarrollados, lo que indica que son las condiciones socioeconómicas y culturales en estos casos las que están determinando estas diferencias y no el sexo.²⁹

La distribución geográfica de la enfermedad también presenta una distribución de mayor prevalencia y gravedad en países africanos y latinoamericanos que cuando se compara con poblaciones de Estados Unidos, donde las condiciones socioeconómicas tienden a explicar mejor esas diferencias. En América Latina las condiciones de vida de esas personas, el poco acceso a los servicios estomatológicos, los estilos de vida inadecuados, deben condicionar altos niveles de enfermedad.²⁹

Algunos estudios²⁹ estiman la magnitud de la gingivitis en población joven, entre 43 % y 86 %, utilizan índices que evalúan la condición periodontal general; sin embargo, se pueden separar obteniendo prevalencias con base a indicadores de gingivitis y periodontitis. Estudios realizados en México²⁹ reportan una prevalencia de 49,9% en población de 20 a 34 años de edad. Estudios nacionales de salud bucal en España, México, Colombia, Brasil, Argentina y Chile reportan una prevalencia que oscila entre 30 al 60 %.³⁰

Dentro del perfil epidemiológico de salud bucal en México, publicado en 2018, se establece que hay una asociación positiva entre la enfermedad periodontal, los depósitos de placa bacteriana y la edad, entendida ésta como el tiempo de exposición al riesgo.³¹

En Latinoamérica se encontró un 24,9% de prevalencia de EAR en adolescentes masculinos. Una investigación brasileña en 4 895 pacientes atendidos en clínica odontológica evidenció que el 3,3% padecía úlceras aftosas orales, de los cuales 47,2% sufrían de EAR.³²

Numerosos estudios realizados mundialmente han evidenciado el carácter común y la alta prevalencia de la enfermedad periodontal desde la infancia. Cuando se muestran los resultados de estudios epidemiológicos realizados en Cuba y en países capitalistas siempre hay que considerar que en Cuba la atención estomatológica es gratuita, a ella tiene acceso toda la población sin distinción de clase.

Sin embargo, en los países con economía de mercado la odontología / estomatología tiene un carácter mercantil, elitista y lucrativa, a ella solo pueden acceder las personas que tienen suficientes recursos económicos para pagar su alto precio, o sea los pobres y las personas que están por debajo del nivel de pobreza no tiene derecho a recibir atención estomatológica, por esta razón no aparecen incluidos en los estudios epidemiológicos.³²

En Cuba los datos de la última Encuesta Nacional de Salud Bucal revelan que a la edad de 5 años el 10% de los niños cubanos se encuentran afectados por enfermedad periodontal. A los 12 años la cifra de afectados alcanza un 42%, mientras que en las edades de 15 y 18 años se encuentran afectados 44% y 48% respectivamente. Se

observa un incremento de manera general de la prevalencia y severidad de la enfermedad con la edad.³³

En un estudio realizado en Cuba mostró que el grupo de edad con EAR más representado fue el de 15 a 24 años para un 51,3%.³³

Otros estudios realizados en Cuba han demostrado que la gingivitis afecta aproximadamente a 80% de los niños de edad escolar, y más de 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas.³⁴

En Cuba, la gingivitis crónica, es la forma más común de enfermedad gingival, se encuentra casi siempre presente en todas sus formas, comienza en edades tempranas de la vida a partir de los cinco años con el cambio dentario, continúa hasta la pubertad, donde hace mayor prevalencia producto de los cambios hormonales de esta etapa, luego decrece gradualmente hasta aproximadamente los 35 años, que es cuando hay un aumento de la prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva, convirtiéndose en la primera causa de pérdida dentaria. En general su prevalencia se mantiene alta durante toda la vida con cifras del 90,1 %.²⁷

En estudios cubanos el grupo de edad de 65 años es el que mayor prevalencia de periodontitis presenta mientras que la gingivitis prevalece en el grupo de 25-34 años. Los resultados de estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en adultos jóvenes son irreparables y que en la tercera edad destruye gran parte de la dentadura natural al privar a muchas personas de sus dientes durante la vejez y del 60 al 100 % de los ancianos con dentición natural necesitan alguna forma de tratamiento periodontal por lo que urge diagnosticarlas y tratarlas de forma adecuada.³⁵

La mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías), y entre los adultos es común la piorrea en sus fases iniciales. Entre el 5 % y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes. Santiago et en su estudio planteó que en Cuba la prevalencia de la periodontitis se encuentra entre el 60 y 90 % de la población y en el mundo en un 93,2 %.³⁵

En los últimos años, ha quedado patente que la periodontitis se relaciona con otras áreas de la medicina, y es la causa de la aparición de enfermedades sistémicas de gran interés social, pues cada día se demuestra más la relación de la salud bucodental con la salud en general.³⁶

El estomatólogo general integral está encargado durante el examen bucal de identificar los signos evidentes de algún grado de inflamación gingival de todos los pacientes haciendo énfasis en los pacientes diabéticos o con presencia de enfermedades crónicas,

así como en los fumadores en los que puede encontrar dientes manchados, mala higiene, encías irritadas, manchas y lesiones en la mucosa bucal convirtiéndolo en la primera línea de prevención y tratamiento.³⁶

La alta frecuencia de pacientes mayores de 19 a 34 años con enfermedades gingivales sometidos a múltiples factores de riesgo que acuden a consultas de Estomatología General Integral en el municipio Batabanó, provincia Mayabeque.

A pesar de los avances científicos-técnicos alcanzados en la esfera de la salud, las periodontopatías constituyen un problema de salud de especial relevancia en la actualidad, siendo considerada la segunda causa de motivo de consulta en los servicios de estomatología.

Por la importancia que tiene las enfermedades gingivales y teniendo en cuenta que en Batabanó no se cuenta con estudios al respecto, ha servido de motivación para realizar el presente estudio, para determinar el estado gingival y factores de riesgo en un grupo poblacional de 19 a 34 años pertenecientes al municipio de Batabanó.

Resulta de vital importancia las evaluaciones periódicas de los tejidos periodontales como parte de la atención estomatológica integral a la población y enfatizar en el grupo básico de trabajo donde deben realizar de educación para la salud donde se informe a la población sobre temas como los factores de riesgo, las causas y consecuencias de las enfermedades gingivales fin de evitar alteraciones más complejas como la periodontitis las que llevan tratamientos más dolorosos, prolongados y a la vez más costosos para el país

2. Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo, para determinar el estado gingival y factores de riesgo en un grupo poblacional de 19 a 34 años pertenecientes al municipio de Batabanó Provincia Mayabeque en el período correspondiente entre el mes de octubre del 2021 a noviembre de El universo está integrado por los 432 pacientes de 19 a 34 años del Consultorio No 13 se utilizaron las variables edad, sexo, higiene bucal, prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal y factores de riesgos A cada paciente se citó a la clínica estomatológica y en dicha visita se les realizó un interrogatorio para recoger los datos generales y de interés, así como de la Historia Clínica, los cuales se anotaron en una planilla recolectora de datos (Anexo 2) confeccionada para tales fines, y el nivel de conocimiento se obtuvo de la encuesta de nivel de conocimiento confeccionada para el estudio (Anexo 3). Además, se le realizó el examen clínico bucal para completar los datos de las enfermedades bucales y el índice Periodontal de Rusell Forma OMS revisado (IP-R) (Anexo 4). También se determinó el Índice de Love (Anexo 1) para evaluar la eficiencia de

cepillado. Para el procesamiento de la información se empleó una computadora Pentium IV con Windows XP, los textos se procesaron con Microsoft Word 2013 y las tablas y los gráficos se realizaron con Microsoft Excel 2013.

Las tablas se presentaron en correspondencia con los objetivos, para realizar un mejor análisis y discusión de los resultados obtenidos en la investigación.

Se utilizó como medida resumen el porcentaje tanto para las variables cualitativas como para las cuantitativas.

Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

El análisis estadístico de los porcentajes, se realizó utilizando la tabla de contingencia a través de la d²cima X^2 (Steel and Torrie 1988). 37

En los casos en que se alcanzaron diferencias significativas (P0.05, P0.01 ó P0.001) se aplicó la d²cima de Duncan. Se utilizó el software estadístico InfoStat (V1.0) (2001), para el procesamiento de la información

3. Resultados

Al analizar la distribución porcentual de pacientes según edad y sexo no se encontró relación significativa entre estos factores, se evidencia que el grupo de edades más frecuente resultó ser el de 29 a 34 años con un 40% seguido del de 24 a 28 años con un 35 % y con las menores cifras el de las edades comprendidas de 19 a 23 años con un 25% aunque sin diferencias significativas. En cuanto al sexo tampoco se encontraron diferencias significativas entre ellos aunque predominó el sexo femenino con un 57.5 % con respecto al masculino que se presentó con un 42.5 %.

Estos resultados coinciden con otro autor⁷⁴ en un estudio realizado en México que expone al grupo de 20 a 29 años con el 2.3% de la población, aunque en menor por ciento y difieren con otras investigaciones también del mismo autor³⁸ donde se reporta que los grupos de mayor predominio son de 30 a 35 años para un 25%. En cuanto a sexo los datos coinciden con el mismo autor³⁸ que en sus resultados predominan las féminas con un con un 72% mientras que los hombres reflejan un 28%.

Según criterios de la autora, estos resultados pudieran atribuirse a que las mujeres por tener una mayor preocupación por su estética y por su salud bucal, acuden a consulta con mayor frecuencia que los hombre, además la presencia de un mayor número de mujeres es favorable debido al papel que ejerce en el seno de la familia lo que ayuda a crear desde edades tempranas, conductas, hábitos y costumbres favorecedoras de salud, las cuales deben ser cumplidas por los miembros del grupo familiar, además ejercen un papel importante en el correcto mantenimiento de la salud, tanto general como bucal.

Para el alcance de una educación para la salud en periodoncia se reconoce el papel de la familia, si en su seno donde el individuo vive, crece y se desarrolla, y de la que asume los comportamientos socioculturales.

Tabla 1 Presencia y gravedad de la gingivitis según edad.

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
19-23	6	15.0	4	10.0	10	25.0
24-28	8	20.0	6	15.0	14	35.0
29-34	9	22.5	7	17.5	16	40.0
EE y Sign			±5.9 NS			±7.4 NS
Total	23	57.5	17	42.5	40	100.0
EE y Sign			±7.9 NS			

Leyenda: NS: no significativo $P > 0.05$

Como describe la tabla 1 en n la población estudiada un 80% presenta una higiene bucal deficiente representado por 32 pacientes con diferencias altamente significativas del grupo con eficiente higiene bucal con solo el 20%. Con respecto a los grupos de edad el grupo de edad más afectado fue el de 29-34 años sin diferencias significativas de los otros dos grupos.

Coincide con los resultados obtenidos en el estudio realizado en Ciudad Habana³⁹ donde obtuvo que el 86.7%, de pacientes afectados tenían una higiene bucal deficiente, otros autores⁴⁰ obtienen un 62.5% de examinados con higiene bucal deficiente resultado este similar al obtenido en el estudio. Similar resultado fue obtenido en un estudio realizado en Holguín⁴¹ donde la gingivitis predominó en los pacientes con higiene bucal deficiente.

Resultados semejantes fueron obtenidos por otros autores^{42, 43} en cuanto a que los pacientes con higiene deficiente presentaban algún grado de periodontopatías, lo que demuestra que es común la presencia de una higiene bucal deficiente en pacientes portadores de periodontopatías.

Es criterio de la autora que esta asociación entre la higiene bucal deficiente y la enfermedad periodontal se a la acumulación de bacterias causadas por la deficiente limpieza de la cavidad bucal lo que inicia y agrava la enfermedad periodontal, al no ser eliminado el factor irritante. La higiene bucal deficiente continúa siendo un elemento crucial en el inicio y progresión de las periodontopatías. Hoy se atribuye mayor riesgo al metabolismo microbiano de la placa dentobacteriana y la microbiota del surco

gingival y a su vez esta condición es el resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal. La higiene bucal eficiente es la clave del éxito

Tabla 2. Presencia y gravedad de la gingivitis según sexo. Guines.2021

Grupos de edades (años)	Higiene Bucal				Total	
	Eficiente		Deficiente		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
19-23	3	7.5	7	17.5	10	25.0
24-28	2	5.0	12	30.0	14	35.0
29-34	3	7.5	13	32.5	16	40.0
EE y Sign	±5.9 NS				±7.4 NS	
Total	8	20.0 b	32	80.0 a	40	100
EE y Sign	±7.9 ***					

Leyenda: NS: no significativo: P>0.05

NS P>0.05

Como se evidencia en la tabla 2 al analizar la severidad de la enfermedad observa un predominio del valor 6 con 11 pacientes para un 27.5%, los valores 1, 2 y 8 mostraron 8 pacientes en cada uno de ellos para un 20% y con las menores cifras están el valor 0 con 5 pacientes para un 12.5% sin diferencias significativas entre ellas. El grupo que muestra mayor afectación en el grado 8 (movilidad, migración patológica y pérdida de la función) es el de 29 a 34 años con 4 pacientes afectados. Hubo un predominio de 11 pacientes afectados con grado 6 (presencia de bolsa periodontal) y 5 pacientes no presentan signos de inflamación periodontal.

En este estudio se encontró que 27 pacientes padecen de gingivitis en sus diferentes estadios representando el 67.5% mientras que 8 pacientes padecen de periodontitis para un 20%. Los datos encontrados en esta investigación confirman que la enfermedad periodontal en individuos de 19-34 años es prevalente, sin embargo, hay que señalar que la mayoría se encuentra en los estadios más tempranos de la enfermedad periodontal.

En un estudio realizado en el año 2018 ⁴⁴ obtuvo en su muestra, como la más frecuente, la gingivitis (41.7%), coincidiendo con los resultados de la investigación, aunque en un porcentaje menor. Similar resultado obtuvo en un estudio realizado en Holguín ^{45, 46}.

En cuanto al estado de salud periodontal los resultados guardan relación con los estudios realizados en Cuba ⁴⁷ que plantean para estas edades, una alta prevalencia de la enfermedad periodontal, como los valores obtenidos en las investigaciones realizadas en el año 2018 ⁴⁸. Respecto a la gravedad la mayoría de los estudios informan que predomina la gingivitis, lo que coincide con los resultados obtenidos en la investigación.

Otro estudio realizado en Cuba⁴⁹, revela que el 55.8% de los sujetos encuestados presentan gingivitis con bolsa y casos de movilidad dentaria, clasificándose estos según el índice de Rusell en las categorías 6 y 8, resultados estos que difieren con los obtenidos en el presente estudio.

En opinión de la autora estos resultados pudieran atribuirse que la gingivitis con bolsas avanzadas fue más frecuente en la investigación porque es una población que una parte todavía se encuentra estudiando y la otra parte es trabajadora, que asiste a nuestro servicio de atención primaria cuando tiene sintomatología. A pesar de ser una población urbana con un servicio de fácil acceso debemos insistir en las actividades comunitarias para lograr la asistencia periódica a nuestras consultas.

Es importante que esta información sea tomada en cuenta por los sectores que están involucrados en salud oral, y más aún a quienes dirigen las políticas de salud pública para que incorporen en las directrices en el primer nivel de atención la detección y prevención de la enfermedad periodontal. Es importante la detección temprana para evitar los estadios severos que tendrían un impacto a nivel económico y en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 3: prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal y grupos de edades. Año 2023

Gravedad de la enfermedad periodontal	Grupos de edades(años)						Total	
	19-23		24-28		29-34		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Valor 0	2	5.0	2	5.0	1	2.5	5	12.5
Valor 1	3	7.5	2	5.0	3	7.5	8	20.0
Valor 2	2	5.0	4	10.0	2	5.0	8	20.0
Valor 6	2	5.0	3	7.5	6	15.0	11	27.5
Valor 8	1	2.5	3	7.5	4	10.0	8	20.0
EE y Sign	±3.9 NS						±6.3 NS	
Total	10	25.0	14	35.0	16	40.0	40	100.0
EE y Sign	±7.4 NS							

Leyenda: NS: no significativo: P>0.05

En la tabla 3 se observa que para el factor de riesgo dientes perdidos no restituidos, se encontraron diferencias significativas, que muestra que el grupo de edad más frecuente fue 29-34 años, seguido del grupo de 24-28 años.

La tabla muestra que el factor de riesgo que predomina es la mala higiene bucal con 32 pacientes para un 80%, seguido están los dientes perdidos no restituidos para un 67.5% y el menos afectado es la diabetes mellitus con 6 pacientes para un 15%, se puede

apreciar que de los 35 pacientes afectados por enfermedad periodontal 32 mantienen una higiene bucal deficiente.

En un estudio realizado en Sancti Spíritus ⁴⁹ en el año 2020 se obtuvo que el 54.7% presenta una mala higiene bucal resultado similar al nuestro dónde se obtuvo un 80%.

Según un grupo de autores cubanos ⁵⁰, el tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo que con mayor frecuencia se asocia con el desarrollo de periodontopatías inflamatorias e influye de un modo relevante en el curso, pronóstico y severidad de la enfermedad periodontal siendo estos resultados semejantes a los obtenidos en el presente estudio ya que el tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo presentes en la población estudiada.

Al analizar la gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes con diabetes mellitus, en un estudio realizado en el 2019 ^{51,52} encontraron similares resultados al encontrar que el 41 % y 35,3 % respectivamente de los pacientes diabéticos registraron destrucción avanzada. Estos resultados coincidieron con los obtenidos en la presente investigación a pesar de que los datos son mayores.

Según criterio de la autora la higiene bucal un elemento crucial en el inicio y progresión de la periodontopatías. Hoy se atribuye mayor riesgo al metabolismo microbiano de la placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival y a su vez esta condición es el resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal. El hábito de fumar en sus diferentes intensidades constituye uno de los factores de riesgo que más incide en las periodontopatías, en la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros.

Tabla 4: factores de riesgo de las enfermedades periodontales presentes. Año 2023.

Factores de riesgo	Grupos de Edades (años)						EE y Sign	Total	
	19-23		24-28		29-34			No	%
	No	%	No	%	No	%			
Mala higiene bucal	7	17.5	10	25.0	15	37.5	±7.0 NS	32	80.0 a
Tabaquismo	7	17.5	6	15.0	5	15.5	±5.6 NS	18	45.0 b
Diabetes mellitus	1	2.5	3	7.5	2	5.0	±3.4 NS	6	15.0 c
Estrés	3	7.5	4	10.0	8	20.0	±5.2 NS	15	37.5 b
Dientes perdidos no restituidos	4	10.0 c	9	22.5 b	14	35.0 a	±6.6 *	27	67.5 a
Hábitos lesivos(morder objetos , queilofagia)	2	5.0	4	10.0	6	15.0	±4.7 NS	12	30.0 b

onicofagia

EE y Sign ±7.9 ***

Leyenda: NS: no significativo: $P > 0.05$ *: significativo: $P < 0.05$ ***: significativo: $P < 0.001$

El nivel de conocimiento que predomina en la población de estudio sobre los factores de riesgo de la enfermedad periodontal es bajo con 16 pacientes para un 40% y 11 pacientes tienen alto nivel de conocimiento alto para un 27.5%.

En estudio realizado en el 2018 ⁵³ concluye que el grado de conocimiento sobre enfermedad periodontal en adultos jóvenes fue medio, resultado este que difiere de los obtenidos en el presente estudio.

Estudio realizado en Matanzas, Cuba ⁵⁴ determinó que el nivel de conocimiento sobre enfermedades gingivales y periodontales en pacientes de 20 a 40 años es malo con un 65.5% resultado este que coincide con el presente estudio, aunque con un mayor por ciento.

Según criterio de la autora la población tiene poco conocimiento acerca de los factores de riesgo de las enfermedades gingivales, lo cual puede deberse a que han recibido menos información sobre este tema en comparación con otros como el de la caries dental. Se debe educar a la población teniendo en cuenta las enfermedades más frecuentes; las caries y las periodontopatías y sus principales causantes son la placa dentobacteriana, producto de una deficiente higiene bucal, así como disímiles factores de riesgo, por este motivo las actividades educativas deben estar encaminadas a promover cambios en los estilos de vida y en las actitudes como son la importancia de la forma eficaz del cepillado dentario y del uso del hilo dental.

Gráfico 1: Distribución porcentual de pacientes según nivel de conocimientos de los factores de riesgo de las enfermedades gingivales. Municipio Batabanó. Año 2023



Fuente: Tabla 1

4. Conclusiones

- El grupo de edad de 29 a 34 años fue el más numeroso en el estudio realizado, existiendo un predominio del sexo femenino.
- La mayor parte de la población estudiada presenta una higiene bucal deficiente siendo el índice de eficiencia del cepillado mayor de 20.
- La condición grado 6 gingivitis con formación de bolsas periodontales predominó en los individuos examinados, siendo el grupo de edad de 29 a 34 años el de mayor afectación en el grado 8 (movilidad, migración patológica y pérdida de la función).
- Los factores de riesgo de la enfermedad periodontal que predominaron fue la mala higiene bucal y los dientes perdidos no restituidos.
- La población estudiada presenta un bajo nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo de la enfermedad periodontal.

5. Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

6. Declaración de contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron significativamente en la elaboración del artículo.

7. Costos de financiamiento

La presente investigación fue financiada en su totalidad con fondos propios de los autores.

8. Referencias bibliográficas

1. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2018. México: Dirección General de Epidemiología; 2018.

2. Carranza FA. Periodontología Clínica de Glickman. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación; 2018.
3. Paz Latorge EI. Los factores de riesgo periodontales 2018. <http://www.monografias.com/consulta/2020/>.
4. Pulido Rozo M, González Martínez F, Rivas Muñoz F. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2017 [citado 12 Sep 2021];13(5): 844-52. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000500013&lng=en
5. Fernández-Corrales Y, Calzado-Salomón R, Cabrera-Zamora S, Martínez-Suárez H. Eficacia y seguridad de la tintura de Salvia officinalis L en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa. MULTIMED [Internet]. 2017 [citado 10 Abr 2020]; 20(5). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/383>
6. Rodríguez Albuja MJ, Pablo Jaramillo J. Efectividad de un programa educativo en mujeres adolescentes con gingivitis. Medisan [Internet]. 2017 [citado 25 Feb 2020];21(7):850-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n7/san11217>.
7. Llerena Noda VY, Toledo Pimentel BF, Veitia Cabarrocas F, Barreto Fiu EE, Gutiérrez Álvarez I, Sasigaing Barreras A. La enfermedad periodontal inflamatoria crónica en jóvenes de la Provincia de Villa Clara. Acta Médica del Centro [Internet]. 2016 [citado 26 Feb 2020];10(3):19-26. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/681/811>
8. Mayán Reina G, de Beche Riambau E, Sosa Rodríguez I, Parejo Maden D, Morales Morán L. Gingivitis crónica y la higiene bucal en adolescentes de la secundaria básica "Raúl González Diego". Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018;11(4):484-95.
9. Murrieta-Pruneda JF, Juárez-López L A, Linares-Vieyra C, Zurita-Murillo V, MeléndezOcampo AF, Ávila-Martínez CR, et al. Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018;65(5):367-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
10. Ababneh KT, Hwajj Z, Khader Y. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study.

BMC Oral Health. [En línea]2019 Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/14726831/12/1>

11. Gesser H, Peres MA, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. Rev Saúde Pública. 2019;35(3):289-93.
12. Wawrzyn-Sobczak K, Kozłowska M, Stokowska W, Karczewski JK. The evaluation of parodontium in medical students of the Medical University of Białystok according to CPITN index. Rocz Akad Med Białymst. 2018;50(1):156-9.
13. Umoh AO, Azodo CC. Prevalence of gingivitis and periodontitis in an adult male population in Nigeria. Niger J Basic Clin Sci. 2019;9(1):65-9.
14. Rodríguez CA, Delgado ML. Programa Nacional de Atención Estomatológica Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FA, Darby IB. Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. Gerodontology. 2018;29(2):220-8.
15. Pérez Barrero BR, Duharte Garbey C, Perdomo Estrada C, Ferrer Mustelier A, Caldero B. Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. Medisan [Internet]. 2019 [citado 10 Dic 2021];15(9):1-7. Ortodoncia y periodoncia , dos especialidades que van de la man <https://www.periodonciauruguay.com/wp-content/uploads-2018/04>
16. Integral a la Población. La Habana: Editora Ciencias Médicas; 2018
17. Blanco Bertha L, Alfonso Calderón E. Comportamiento de la gingivitis. Departamento de Estomatología de Conuco Viejo. Rev Med Electrón [Internet]. 2017 [citado 30 Nov 2021];32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000300004&script=sci_arttext
18. Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FA, Darby IB. Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. Gerodontology. 2017 [citado 2021 nov 29];29(2):220-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072003000100009&script=sci_arttext
19. Salinas Abatte SS. Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes adolescentes atendidos durante diciembre del 2018 en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. [Tesis de Especialista]. Ecuador: Universidad Nacional de Guayaquil. Facultad de Odontología; 2019 [citado 2020 enero 12]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40313/1/SALINASshirley.pdf>

20. Loredó S, Cruz M, Cazamayor L, Montero A. Comportamiento de la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Jovellanos. Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 [citado 01 Abr 2021];41(1):78-89. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/>
21. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Higiene y Epidemiología para estudiantes de Estomatología. Tomo II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
22. Vara Delgado A, Sosa González R, Alayón Recio CS, Ayala Sotolongo N, Moreno Capote G, Alayón Recio VC. Uso de la manzanilla en el tratamiento de las enfermedades periodontales. Arch med Camagüey [Internet]. 2019 [citado 01 Abr 2021];23(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
23. Gonzáles M, Toledo B, Sarduy L, Morales D, Rosa H, Veitia F, et al. Compendio de Periodoncia. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
24. Rodríguez A, Arcia L, Moreno O, Medina A, Rojas L. Eficacia y seguridad de la tintura de manzanilla en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa. Multimed [Internet]. 2016 [citado 01 Abr 2021];20(5):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul165h.pdf>
25. Paz Latorge EI. Los factores de riesgo periodontales. <<http://www.monografias.com> [consulta: 2018].
26. Peña-Sisto M, Peña-Sisto L, Díaz-Felizola A, Torres-Keiruz D, LaoSalas N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol. 2018; 45 (1): 1-9
27. Rodríguez-Moreno A, Arcia-Cruz L, Moreno-Diéguez O, Andrés-Medina A, RojasPérez L. Eficacia y seguridad de la tintura de manzanilla en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa. MULTIMED [Internet]. 2017 [citado 10 Abr 2020]; 20(5). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/391>
28. Castro-Rodríguez Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2018 [citado 26 Feb 2020];1(1):36-8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v11n1/0719-0107-piro-11-01-00036.pdf>
29. Morffi Serrano Y. Repercusión social y económica de las periodontopatías en la población. CCM. 2018 Jun; 19(2): 326-8.
30. Romero-Castro NS, Paredes-Solís S, Legorreta-Soberanis J, Reyes-Fernández S, Flores Moreno M, Andersson N. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en

- estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 26 Feb 2020];53(2):916. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v53n2/est02216.pdf>
31. Contreras Rengifo Adolfo. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2016 Ago [citado 2020 Feb 25]; 9(2): 193-202. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072016000200018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>.
 32. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2019. México: Dirección General de Epidemiología; 2019.
 33. MonteiroLourençoQueiroz SI, Amarante da Silva MV, Costa de Medeiros AM, Teixeira de Oliveira P, de Vasconcelos Gurgel BC, Dantas da Silveira EJ. Recurrent aphthous ulceration: an epidemiological study of etiological factors, treatment and differential diagnosis. An Bras Dermatol.2018 [citado 23/01/2021];93(3):341-346. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20186228>
 34. Troya Borjes E, Martínez Abreu J, Padilla Suárez E, Iglesias López N, Ramos Ortega A. La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. Rev Med Electron. 2020[citado 08/03/2021] 36(6):20-32.Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201400060001
 35. Ministerio de Salud Pública. Guías Prácticas de Estomatología. En: Enfermedades gingivales y periodontales. La Habana: MINSAP, 2019:34-123.
 36. Cardentey J. Empleo de la medicina natural y tradicional en el tratamiento estomatológico. Arch Med Camagüey [Internet]. May-Jun 2020 [citado 02 Abr 2022];19(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300010&lng=es
 37. Steel, R. G. and Torrie I. H. 1988 Bioestadística principios y procedimientos. McGraw-Hill. Interamericana. Mexico S. A. 740 pp
 38. Suárez Sayas Y, Pernio Rey J. Análisis del Estado de Salud Bucal de la población, una necesidad en la atención primaria. [Artículo en línea]. Universidad Médica Villa Clara. Clínica Estomatológica “Celia Sánchez”, 2019. <<http://www.bus.sld.cu> > [Consulta 20/02/20].
 39. Caballero Pupo LM. Prevalencia y factores de riesgo de las periontopatías en pacientes adultos del policlínico Rubén Batista Rubio de Cacocum. 2019

40. Del Toro Chang K. Periodontopatías en adultos jóvenes del área de salud Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín. Trabajo para optar por el título de Master en Salud Bucal Comunitaria 2018-2019. FCM Holguín.
41. Pérez Hernández LY, De Armas Cándano A, Fuentes Ayala, E, Rosell Puentes F, Urrutia Díaz D. Prevalencia de la enfermedad periodontal y los factores de riesgo asociados. Policlínico “Pedro Borrás”, Pinar del Río Rev Ciencias Méd Pinar del Río, Citado 7 de enero del 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>
42. Doncel Pérez C. Vidal Lima M, Del Valle Portilla MC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev Cub Med. Citado 24 de sep el 2018, Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf>
43. Reyes Guerra M, Ilisastígui Ortueta ZT. Periodontitis: su relación con la higiene bucal y el hábito de Fumar. XV Congreso Nacional de Estomatología General; 2020 nov 19. Ciudad Habana: Palacio de Convenciones.
44. Oliveira del Rio JA, Macías-Velásquez ZA, Mendoza-Castro AM.
45. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. Dom. Cien. [Internet]. 2017 Oct [citado 08/04/2021]; 3(4):250-263. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/674/pdf>
46. Peña Rosell A, Capote Femenías J L, Jover Capote N. principales observaciones en la gingivitis crónica fibroedematosa. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2019 Feb [citado 2022 Feb 01]; 41(1): 54-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100054&lng=es
47. Pérez-Ayala O, Vigo-Pérez Y, Vizcay-Herrezuelo N, Gutiérrez-Torres D, Duarte-Lisimón J. tratamiento de gingivitis crónica edematosa y fibroedematosa. MEDISAN [revista en Internet]. 2019 [citado 1 Feb 2022]; 23 (6) :[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2898>
48. Caballero Pupo LM. Prevalencia y factores de riesgo de las periontopatías en pacientes adultos del policlínico Rubén Batista Rubio de Cacocum. 2019
49. Rojas Escobar R. Enfermedad periodontal en consultorio # 23 de la Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín .2019– 2020. [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Estomatología General Integral]. 2020. Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”, Holguín.

50. García Vázquez M, Badillo Barba. Manifestaciones bucales en pacientes con diabetes mellitus. Odontología (citado 21/07/2019) Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulosphp>
51. Rubio Ríos G, Cruz Fernández I, Torres López. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 19 años, Área Norte. Sancti Spíritus 2020. Gac Méd Espirit.
52. Castellanos González M, Cueto Hernández M, Boch M, Méndez Castellanos C, Méndez Garrido L. Efectos fisiológicos del tabaquismo como factor de riesgo de la enfermedad periodontal. Rev Finlay, 2019;43(5):1-6.
53. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet] 2019, [citado 27 feb 2020];9(2): 203-207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2019.07.004>
54. Torres López M, López Nápoles D, Díaz Álvarez M. Enfermedad periodontal inflamatoria crónica en pacientes diabéticos. Hospital Docente Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus 2018-2019. GME [Internet] 2019 [citado 22 ago 2020] 11(1): 41-47. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php>

ANEXOS:

ANEXO 1

Índice de Love (Índice de higiene bucal)

Se realiza en un tiempo aproximado de 3 minutos, es de gran ayuda en a educación del paciente

Se utiliza sustancia reveladora de PDB

Como unidad se toma la superficie total de cada cara de diente

Se califica

3.1 ____ Si la superficie está limpia

3.2 ____ Si la superficie está sucia o sea coloreada

No se tienen en cuenta ni los terceros molares ni las cara oclusales

Método

- Usar sustancia reveladora
- Con ayuda de espejo valorar las superficies según criterios establecidos o sea las superficies que aparecen coloreadas (no se tienen en cuenta las caras oclusales)
- Contar cantidad de superficies coloreadas y anotar e número de puntos obtenidos
- Dividir el total de puntos obtenidos entre el total de superficies examinadas (número de dientes presentes por 4)
- Multiplicar el resultado por 100

$$IAHB = \frac{\text{No de superficies manchadas}}{\text{No de superficies examinadas}} \times 100$$

7	6	5	4	3	2	1

1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2

PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre y Apellidos: _____ 1. Edad(años): _____

www.anatomiadigital.org

- 19-23
- 24-28
- 29-34. Sexo:

2.1 F _____

2.2 M _____

3-Prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal

3.3 _____ Valor 0

3.4 _____ Valor 1

3.5 _____ Valor 2

3.6 _____ Valor 6

3.7 _____ Valor 8

4-Factores de Riesgo presentes

- Mala higiene bucal
- Tabaquismo
- Diabetes mellitus
- Estrés
- Dientes pedidos no restituidos
- Hábitos lesivos(morder objetos , queilofagia onicofagia)

5-Nivel de conocimiento

55. Bueno

56. Regular

57. Malo

Para medir nivel de conocimiento se le realizaran las siguientes preguntas:

ANEXO 3

ENCUESTA PARA MEDIR NIVEL DE CONOCIMIENTOS

1. Cree usted que las personas, aunque no tengan dolor, ni se sientan nada deben visitar al Estomatólogo:

- 1,1. _____ Si
1,2. _____ No
1,3. _____ No sabe

2. Cada que tiempo usted lo visitaría para mantener una adecuada salud bucal:

2.1. _____ Una vez al año

- 2.2. ____ Cada 2 años
- 2.3. ____ Cada 3 años
- 2.4. ____ Cuando me duele algo
- 2.5. ____ Otra. Cual: _____

3. De los siguientes aspectos cual usted cree que sea beneficioso para su salud bucal

- 3,1 ____ . Comer caramelos
- 3,2 ____ . Cepillarse 4 veces al día
- 3,3 ____ . Ingerir alimentos ricos en proteína y minerales
- 3,4 ____ . No lavarse los dientes ante de acostarse
- 3,5 ____ . Comer alimentos muy calientes y condimentados.
- 3,6 ____ . Morder objetos con los dientes por ejemplo abrir botellas
- 3,7 ____ . Apretar los dientes al dormir
- 3,8 ____ . Cepillarse los dientes solo al levantarse
- 3,9 ____ . Acudir al estomatólogo ante cualquier molestia en la boca
- 3,10 ____ . No cepillarse la lengua al realizar el cepillado bucal

4. Que hábitos cree usted que afectan los dientes y los tejidos bucales. (No lea la lista de opciones, marque con una “X” las respuestas que del encuestado).

- 4.1) ____ Comerse las uñas (Onicofagia)
- 4.2) ____ Morderse los carrillos (Queilofagia)
- 4.3) ____ Chuparse el dedo (Succión Digital)
- 4.4) ____ Fumar
- 4.5) ____ Comer alimentos dulces
- 4.6) ____ Comer frutas y vegetales
- 4.7) ____ Morder palillos con los dientes
- 4.8) ____ Dormir con la boca abierta
- 4.9) ____ Masticar por un solo lado
- 4.10) ____ Otros. Cual: _____

5. ¿Conoce usted a dónde debe dirigirse si se siente algún dolor o molestia o algún signo de alarma en su boca?

- 5.1) ____ Consultorio médico (Médico de Familia)
- 5.2) ____ Clínica Estomatológica (Estomatología)
- 5.3) ____ Hospital
- 5.4) ____ Cuerpo de Guardia de Estomatología
- 5.5) ____ No conoce

Clave: Valor total 100 puntos. Se desglosará de la siguiente manera

Pregunta 1: Valor 10 puntos si marca 5,1

0 puntos si marca cualquiera de las demás opciones

Pregunta 2: Valor 10 puntos 2 puntos por cada respuesta correcta

Debe marcar 2.1 y 2.4. y considerar correcta la 2,5 en dependencia de la valoración que se haga si pone otra respuesta aceptable

Pregunta 3: Valor 30 puntos. Se darán 3 puntos por cada respuesta correcta.

Debe marcar 3,2; 3.3; 3.9

Pregunta 4: Valor 30 puntos. Se darán 3 puntos por cada respuesta correcta

Debe marcar 4.1;4.2;4.3;4.4;4.5;4.7;4.8;4.9

En la 4.10 valorar cualquier otro habito que ponga y se considere perjudicial para la salud bucal

Pregunta 5: Valor 20 puntos 4 puntos por cada respuesta correcta

Debe marcar 5.2 y 5.4

Según obtenga en la encuesta

Bueno: si obtiene de 100 a 80 puntos.

Regular: si obtiene de 79 a 70 puntos.

Malo: si obtiene menos de 70 puntos.

ANEXO 4**ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSELL FORMA OMS REVISADO (IP- R)**

Es una variante más sencilla del índice periodontal de Russell. En el IP-R solo se registra el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. La clasificación del estado periodontal se realiza siguiendo los criterios de Russell.

Con este índice se puede determinar rápidamente tanto la prevalencia como la gravedad de las periodontopatías de una población, ha sido muy usado en Cuba.

La calificación de 8 se asigna cuando se observa algún diente que posee movilidad, migración patológica y pérdida de la función.

El valor 6 se aplica cuando la mayor gravedad está dada por la presencia de alguna bolsa periodontal.

Se registra la calificación 2 cuando el signo más grave que se encuentre es la inflamación gingival y rodea completamente algún diente, sin embargo, cuando esa inflamación no rodea completamente al diente, la calificación es 1. Si no existen signos de inflamación periodontal se marca 0 para ese individuo.

TABLA 1

Distribución porcentual de pacientes según nivel de conocimientos de los factores de riesgo de las enfermedades gingivales.

Nivel de conocimiento	No	%
Alto	11	27.5
Medio	13	32.5
Bajo	16	40
Total	40	100

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ estoy de acuerdo con participar en el estudio
“Enfermedades gingivales en la población de 19 a 34 años. Batabanó.2021-2023”.

Se me ha explicado claramente que la participación es voluntaria y que los datos relativos a los pacientes que se incluyan en este estudio se manejarán de manera discreta y se mantendrá la confidencialidad de los resultados los que serán utilizados solo con fines científicos y docentes.

Por tanto, al firmar este documento a los __ días del mes de _____ del año _____ hago patente mi aprobación de formar parte del estudio.

Nombre y firma del encuestado: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Nombre Firma del Testigo: _____

ANEXO 6

**APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA DE LA
CLINICA ESTOMATOLÓGICA DE BATABANÓ**

Por medio de la presente se solicitará autorización para la realización de la investigación titulada: “ **Enfermedades gingivales en la población de 19 a 34 años. Batabanó. 2021-2023**” que se llevará a cabo por el departamento de estomatología de la clínica estomatológica de Batabanó por la Dra. Adainy Martínez González y las Dra. Katyleidis Pérez Acosta.

Sin más,

Director de lá Clínica

ANEXO 7

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MAYABEQUE

DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

AVAL DEL CONSEJO CIENTIFICO

Siendo las _____ del día ____ de _____ del 20__ se reúne el Consejo Científico Municipal con el fin de analizar el trabajo titulado: _____

_____ de la (el) _____

quien opta por el _____

El trabajo de investigaciones titula:

Estando Presentes:

Después de analizado el trabajo de investigación se evalúa como:

_____ Aprobado

_____ Desaprobado.

_____ Aprobado con recomendaciones

Para que así conste firmamos:

Presidente del CC

Secretario(a) del CC

Jefe del Dpto de DI

ANEXO 8

Planilla de recolección de datos

1.- Datos generales:

Nombre y Apellidos _____

Escuela: _____

Edad: ___12 ___13 ___14 ___15

Sexo: ___ Femenino ___ Masculino

Presencia y gravedad de la Gingivitis:

Sano ___

Gingivitis leve ___

Gingivitis moderada ___

Gingivitis severa ___

Tipo de gingivitis: ___ Edematosa ___ Fibrosa ___ Fibroedematosa

Tipo de tratamiento ortodóncico: ___ Técnica Fija ___ Técnica Removible

Eficiencia del Cepillado: ___ eficiente ___ deficiente

Tiempo transcurrido con el tratamiento ortodóncico:

___ De 1 a 6 meses ___ de 7 a 12 meses ___ De 12 a más

El artículo que se publica es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Anatomía Digital**.



El artículo queda en propiedad de la revista y, por tanto, su publicación parcial y/o total en otro medio tiene que ser autorizado por el director de la **Revista Anatomía Digital**.



Indexaciones

