

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIENFUEGOS.



Policlínico Universitario □ *Manuel Piti Fajardo* □

Municipio Cruces

Título: Comportamiento de factores de riesgo de gingivitis crónica en adultos.

Potrillo.El No, 2021 - 2023

Tesis para optar por el título de especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

*Autora: *Dra. Mercedes de la Caridad González León.*

*Tutor: **Dra. Mabdevys Fernández Sosa*

*Residente de 2^{do} año de la especialidad de E.G.I.

**Especialista de 1er Grado en E.G.I

Máster en Urgencias Estomatológicas.Profesor asistente.

“ Año 64 de la Revolución.”

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres Josué Andrés González Trimiño y Leticia León Gómez quienes me han apoyado cada día en mis estudios con su esfuerzo, dedicación y paciencia llenándome de consejos productivos para la vida, que cada día me daban aliento y fuerza para salir adelante, motivándome que todo se puede en esta vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi Universidad, gracias por haberme permitido formarme en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi especialidad en Estomatología General Integral.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños. Gracias a ellos, por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas.

Le doy gracias a mi tutor, quien con su conocimiento y su guía fue una pieza clave para que pudiera desarrollar esta investigación.

Resumen

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva en pacientes del consultorio 25 Consejo Popular de Potrerillo, El No en el período comprendido de octubre de 2021 a junio de 2023 para determinar:

¿En qué medida determinados factores de riesgo se relacionan con la aparición de la gingivitis crónica?

El universo estuvo constituido por 240 pacientes comprendidos en el grupo de edades de 35 a 59 años del cual se tomó como muestra no probabilística 120 pacientes con gingivitis crónica según Índice Periodontal de Russell que cumplieron con los criterios de inclusión. En nuestro trabajo encontramos como resultantes el predominio de personas del sexo femenino del total de la población además una cantidad valiosa de individuos con una higiene bucal deficiente y en gran cantidad personas con hábito de fumar y dieta cariogénica, la edad y sexo, incluyendo que muchos de ellos son diabéticos. Esta investigación nos permitió identificar los factores de riesgo que más inciden en la comunidad con el fin de establecer un mayor control de los mismos, con enfoque preventivo y así establecer programas de intervención para disminuir su incidencia.

Palabras claves: Gingivitis crónica, factores de riesgo.

Indice

Pág.

Resumen.....4

Introducción..... 6

Objetivos.....9

Marco teórico.....10

Material y método.....21

Análisis y discusión de los resultados31

Conclusiones37

Recomendaciones38

Referencias bibliográficas 39

Anexos

Introducción

Las primeras manifestaciones de esta enfermedad aparecen desde edades tempranas, alcanzando la gingivitis. ⁽⁴⁾

La gingivitis es la causa más común de las denominadas enfermedades periodontales. El sangrado de la encía no es una característica normal, pero su presencia es un signo clínico muy valorativo de Gingivitis Crónica que adquiere una connotación especial para el diagnóstico diferencial. Cuando el epitelio gingival se reduce y degenera no ofrece el mismo grado protector, y ante estímulos sencillos como el simple roce de la mucosa del carrillo, se provoca la ruptura de los capilares y la subsiguiente hemorragia que refieren los pacientes como espontánea. ⁽¹²⁾

Encuestas de salud bucal realizadas en Cuba y el mundo, confirman a partir de la adolescencia, un incremento de individuos afectados periodontalmente.

Diferentes investigaciones epidemiológicas han relacionado la prevalencia de la gingivitis crónica con una variedad de factores como: edad, sexo, nivel educacional y socioeconómico, distribución geográfica y lugar de residencia entre otros; y se ha demostrado que tales factores condicionan a la influencia de la Higiene Bucal. ⁽¹²⁾

Para determinar la Prevalencia y Gravedad de la Gingivitis Crónica se han empleado diversos instrumentos de medición denominados Índices, algunos de los cuales nos permiten conocer la situación de la enfermedad y otros factores de riesgo como la Higiene Bucal. En la gingivitis crónica se han reconocido varios factores de riesgo. Hoy se atribuye el riesgo mayor al Metabolismo microbiano de la placa dentobacteriana y a la microbiota del surco, al Tabaquismo y la Diabetes Mellitus. ⁽⁸⁾ La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituye el factor de riesgo más fuertemente asociado con el origen y la evolución ulterior de la gingivitis crónica perpetuándola en la medida que se mantenga el contacto de la encía con los acúmulos de placa y a su vez esta condición es el resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal.

Es de considerar que en los niños cuando se establecen métodos efectivos de control de la placa la gingivitis crónica remite con rapidez. Se necesita considerar además que el metabolismo microbiano y la microbiota del surco liberan metabolitos que actúan como antígenos que conduce a alteraciones inmunopatológicas. La susceptibilidad de la encía a este proceso salud enfermedad ocurre con frecuencia por convivir con la placa y otros factores de riesgo que propician su acumulación. ⁽⁹⁾

El Tabaquismo constituye un factor de riesgo fuertemente asociado a las gingivitis crónicas en primer lugar porque las manchas que sobre la superficie dentaria generan los productos de la combustión eliminan la lisura del esmalte y esa superficie áspera aumenta la posibilidad de formación de placa. En los fumadores existe también la tendencia a disminuir el flujo salival que ejerce similar acción. Entre otras alteraciones imputadas al tabaquismo está la disminución de los títulos de anticuerpos séricos y de la respuesta de los linfocitos T. ⁽¹⁰⁾

La Diabetes Mellitus es otro factor de riesgo muy asociado a la gingivitis crónica, con aumento 2 ó 3 veces de susceptibilidad, ya que hace disminuir la quimiotaxis polimorfonuclear y la síntesis de colágeno que trae como consecuencia una inhibición de la respuesta al tratamiento. En los diabéticos existe una menor capacidad de resistencia a las infecciones. Son riesgo también una serie de factores que favorecen la formación de placa y la microbiota del surco como son el sarro, el apiñamiento dentario, restauraciones deficientes, respiración bucal, presencia de caries y contactos dentarios deficientes, entre otros. ⁽¹¹⁾ Teniendo esto como base y la bibliografía consultada como un sólido fundamento, es que nos hemos motivado a la realización de este estudio, con el ánimo de que los resultados del mismo permitan profundizar nuestros conocimientos sobre la compleja etiología de las periodontopatías y puedan servirnos además para perfeccionar nuestro trabajo educativo en la comunidad.

Justificación del problema

La enfermedad periodontal es tan antigua como la humanidad y tiene el triste honor de ocupar el segundo lugar en los problemas de salud bucal. ^(1,2)

La gingivitis es la causa más común de las denominadas enfermedades periodontales, aquellas que afectan a los tejidos que rodean y sujetan a los dientes y constituyen una respuesta inflamatoria, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival, pérdida del tejido de adaptación del diente e incremento del fluido gingival. ⁽¹³⁾

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. ⁽¹⁴⁾ En la actualidad no contamos con investigaciones sobre el comportamiento de la gingivitis crónica influenciado por varios factores de riesgo en pacientes adultos en el Consejo Popular de Potrerillo, por tal motivo nos damos a la tarea de realizar este estudio que aportará un conocimiento actualizado de esta situación, así como sus principales requerimientos de salud y servirá de referencia en el futuro para elaborar estrategias de intervención que destinen recursos y programen acciones para el mejoramiento de la salud bucal.

Pregunta científica: ¿En qué medida la presencia de determinados factores de riesgos se relaciona con la aparición de gingivitis crónica en adultos de 35 a 59 años en el período de octubre de 2021 a junio de 2023?

Objetivo General

- Describir el comportamiento de los factores de riesgos en relación con la presencia de gingivitis crónica en adultos de 35 a 59 años del Consultorio 25 del Consejo Popular de Potrerillo, El No, en el período comprendido de octubre de 2021 a junio de 2023.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas de interés investigativo.
- 2- Relacionar los factores de riesgos con la presencia de gingivitis crónica en la muestra seleccionada.

Marco Teórico Conceptual

Las periodontopatías representan una de las afecciones más comunes del género humano en cualquiera de sus formas. Se denomina enfermedad periodontal o periodontopatías a todos los procesos patológicos que pueden sufrir los tejidos de sostén y revestimiento de los dientes. Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de naturaleza infecciosa, cuyo agente causal principal son los microorganismos presentes en la placa bacteriana ubicados en la región del surco gingivo-dentario.⁽²⁾

La gingivitis crónica es la causa más común de las denominadas enfermedades periodontales y se define como el proceso inflamatorio que afecta el periodonto de protección y altera las características normales de la encía, que en sentido general es de color rosa coral, con una superficie finamente nodular, y resiliente.^(12,13)

Tradicionalmente, la enfermedad periodontal se ha definido como todo proceso morboso que afecta a los tejidos que rodean o sostienen el diente, o sea, las alteraciones que modifican al periodonto, y pueden categorizarse en gingivitis y periodontitis.

Clasificación

La gingivitis crónica se clasifica de acuerdo a su localización, extensión y aspecto anatomoclínico

Localización: puede ser clasificada como Localizada si abarca un diente o grupo de dientes o Generalizada si afecta a todos los dientes en la cavidad bucal.

Extensión: puede afectar sólo a la encía marginal o papilar o extenderse desde la encía libre hasta la adherida. De acuerdo a estos criterios se clasifica en: Papilar, Marginal o Difusa, respectivamente.

Aspecto Anatomoclínico: se clasifica en: Edematosa, Fibrosa y Fibroedematosa. Para esta clasificación se exige el conocimiento de las características normales de la encía en cuanto a color, consistencia, contorno, tamaño y textura superficial.

Las bacterias que habitan la superficie dentaria causan la desinserción del epitelio y de las fibras del tejido gingival, y la posterior destrucción del tejido óseo de soporte del diente. Los mecanismos patogénicos involucrados son directos, a través de toxinas, enzimas u otros productos bacterianos; o indirectos, por la activación de una respuesta inflamatoria-inmunológica del huésped. Muchas de sus formas están asociadas con bacterias patógenas específicas que colonizan y residen en el espacio subgingival. Se ha podido constatar que la respuesta inflamatoria e inmunitaria del individuo, aunque defensiva, contribuye a la destrucción del tejido. ⁽¹⁶⁾ Además de las características clínicas, lo que distingue a una gingivitis es la presencia de rasgos histopatológicos diferenciales, inicialmente descritos por Egelberg o por otros autores como Page y Schroeder. Estos autores observaron que, en la realidad, cualquier encía aparentemente sana, con las características clínicas típicas de salud, presenta algún signo histológico peculiar. Aunque el aspecto sea el de una encía "clínicamente sana", histológicamente siempre podrán observarse signos típicos de un proceso inflamatorio de menor o mayor medida. El patrón histológico propio de la gingivitis fue definido por Page y Schroeder en 1976 como "lesión inicial", y posee ciertas peculiaridades.

Ante la presencia de organismos, va a tener lugar toda una cadena de acontecimientos en un intento del huésped por defenderse de la agresión que dichos microorganismos suponen. Esta circunstancia va a desencadenar una serie de cambios visibles a nivel microscópico, que son responsables en gran medida de los cambios macroscópicos que también tienen lugar. El acúmulo de placa actúa de factor desencadenante. Lo primero que debe ocurrir es que una cierta cantidad de placa se acumule en los tejidos, tras lo cual los intentos por defenderse del huésped serán los que originen toda la sintomatología. A nivel histológico puede observarse cambios vasculares y celulares, como la presencia de un infiltrado inflamatorio. ⁽¹²⁾

Cambios vasculares

Se puede apreciar un aumento sustancial del número de vasos y una dilatación de estos. Esta proliferación vascular, sumada al aumento de la permeabilidad originada como resultado de la acción de los primeros participantes de la respuesta inflamatoria, da lugar a un intercambio de fluidos entre la sangre y el tejido conectivo. El aumento del número de vasos es lo que le confiere el color

rojizo/amorado a la encía con gingivitis, ya que el epitelio deja transparente el tejido conectivo subyacente. De igual modo, el incremento vascular es el causante también de que la encía está sufriendo una reacción inflamatoria y sangre ante cualquier estímulo.⁽¹⁴⁾

Cambios celulares

Desde la sangre, impulsados también por la presencia de bacterias en el surco periodontal, empiezan a llegar leucocitos polimorfonucleares, macrófagos y otros mediadores de la inflamación, que en este momento, se hacen visibles en el análisis histológico de muestras tisulares, ya que pueden llegar a ocupar, junto con las bacterias y sus productos, hasta un 70% del volumen que debería ocupar el epitelio de unión en caso de no inflamación.

Infiltrado inflamatorio

Ocupa hasta un 5% del volumen del tejido conectivo. En él puede distinguirse leucocitos, monocitos, macrófagos y neutrófilos. Los componentes del fluido crevicular se consideran actualmente de gran ayuda para el diagnóstico del proceso inflamatorio, y se está desarrollando su empleo como técnica diagnóstica.

Correlación entre cambios clínicos e histopatológicos.

En la gingivitis crónica, la destrucción y reparación del tejido ocurren simultáneamente. Los irritantes locales persistentes lesionan el tejido, prolongan la inflamación y provocan permeabilidad vascular y exudación. Al mismo tiempo, sin embargo, se forman nuevas células conectivas, fibras colágenas, sustancia fundamental y vasos sanguíneos, en un continuo esfuerzo por reparar el daño de los tejidos. Esta interacción entre destrucción y reparación afecta el color, el tamaño, la forma, la consistencia y la textura superficial de la encía. El análisis clínico sistemático exige el examen ordenado de estos aspectos aunque los dos primeros signos de la inflamación gingival que preceden al establecimiento de la gingivitis son: el aumento del fluido gingival y la hemorragia del surco gingival al sondearse suavemente.⁽¹³⁾

Etiopatogenia

Acerca del papel de las bacterias y del huésped en la gingivitis, se ha llegado a la conclusión de que todo el proceso tiene lugar como consecuencia del intento del huésped de defenderse de la amenaza que suponen las bacterias de la placa.

Cronológicamente, lo primero que ocurre es que una inadecuada técnica de higiene oral permite la acumulación de placa sobre el surco gingival, ante lo cual el huésped va a responder con una capacidad mayor o menor, lo que le generará un cuadro de gingivitis más o menos llamativo.

La mera presencia de bacterias dispara los sistemas de alarma en el huésped y que a partir de este momento se pone en funcionamiento una batería de procedimientos defensivos que van de la respuesta más primitiva, la inflamatoria, a la respuesta más elaborada o específica. El huésped va activando diferentes sistemas de defensa para intentar eliminar a las bacterias. Estos sistemas de defensa son capaces de actuar independientemente y al mismo tiempo coordinarse e ir activándose unos a otros conforme van fracasando los más simples, para acabar dando lugar a la participación de los sistemas de respuesta más elaborados y más específicos.

La gingivitis se produce en el momento que intervienen los neutrófilos, antes de que progrese la penetración bacteriana y la lesión se cronifique. La actuación de los polimorfonucleares es posible gracias a la extravasación de células desde los vasos sanguíneos y a la expresión de moléculas de adhesión en las paredes de los vasos y la atracción desde los tejidos por parte de los factores quimiotácticos. Los PMN y otras células inflamatorias migrarán entonces, siguiendo un gradiente quimiotáctico, hasta los tejidos, donde pondrán en marcha diferentes mecanismos para intentar frenar a las bacterias y de este modo, podrá resolverse el cuadro. De no ser así, y siguiendo con el esquema de Offenbacher, el huésped reclutará a otras células y probará con otras estrategias, pero en caso de ser también insuficientes, la gingivitis dará lugar a lesiones avanzadas, más propias de la periodontitis.⁽¹³⁾

Se considera que la interacción entre las bacterias y la respuesta del huésped desempeña un papel importante, que puede ser defensivo o destructivo, lo que activa todo el proceso inflamatorio que intenta localizar y neutralizar los antígenos bacterianos que lo atacan. Se activa el sistema inmune gingival, principalmente el macrófago, junto a otros elementos activadores y moduladores como las interleuquinas, linfoquinas, citoquinas entre otros mediadores. En este proceso ocurre un desequilibrio en la remodelación del hueso alveolar, que a su vez consta de una fase de aposición y otra de reabsorción; pues aparecen sustancias activadoras de los osteoclastos como

las prostaglandinas E2, las interleuquinas 1B, entre otros, que activan la fase de reabsorción ósea. Una sobre estimulación de los osteoclastos por estos elementos al actuar por tiempo prolongado perpetúa el desequilibrio y contribuye a la destrucción ósea, causa fundamental de la pérdida del diente por esta enfermedad.^(2,15,16)

El aspecto anatomoclínico de la Gingivitis Crónica es representativo de los eventos que se suceden desde que el tejido gingival es agredido, emprende su defensa y consigue o no su recuperación. En la encía se produce la destrucción de sus estructuras cuando es agredida por el efecto nocivo que produce el metabolismo microbiano de la placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival, pero simultáneamente existe una respuesta orgánica para reparar los daños hísticos producidos, que comienza inmediatamente al suceder la agresión y se extiende en curso de su evolución. Los extremos de este proceso de agresión y defensa están representados por la destrucción de tejido por un lado y en el otro su reparación. El cuadro clínico edematoso identifica la destrucción y el fibroso la reparación. En realidad encontrar aisladamente estos dos extremos no es lo más frecuente en la clínica, porque patogénicamente aparece un equilibrio entre los cambios destructivos y los reparativos que definen las manifestaciones del cuadro clínico de la Gingivitis Crónica Fibroedematosa.

Desde hace más de cuatro décadas en nuestro país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades⁽¹⁶⁾. Sin embargo, ahora sabemos que no todas las personas y poblaciones tienen el mismo riesgo de desarrollar la enfermedad. Numerosos estudios epidemiológicos y experimentales han ayudado a reconocer condiciones o factores de riesgo, permitiendo una mejor comprensión de por qué unos individuos son más susceptibles que otros.⁽²⁰⁾ Entre estas condiciones o factores de riesgo encontramos la diabetes, el tabaco, los desórdenes genéticos, etc.

La Organización Mundial de la Salud presume que la diabetes mellitus está cercana a constituir una pandemia mundial y sobrepasará los 300 millones de

personas en el año 2025. El lado inverso de la relación entre enfermedad periodontal y diabetes mellitus es que constituye un factor de riesgo conocido de las enfermedades periodontales, por la microangiopatía de los vasos sanguíneos, la susceptibilidad aumentada a las infecciones y una menor resistencia a las mismas, lo que explica en gran medida la susceptibilidad del diabético a las periodontopatías, sobre todo en aquellos que mantienen un mal control metabólico, pues esto acelera la aparición de las complicaciones clásicas de la diabetes mellitus. ⁽¹⁶⁾

Al representar los individuos portadores de la enfermedad, un grupo especial requerirá medidas odontológicas preventivas y terapéuticas específicas, por lo que el estomatólogo debe conocer la etiopatofisiología de la diabetes y las periodontopatías, y ser capaz, además de tratar adecuadamente a estos pacientes, de combatir la aparición tardía de una complicación crónica a la cual no se le da la importancia que realmente tiene; esto influye directamente en el control metabólico de esta enfermedad y constituye un problema de salud mundial del que Cuba no está exenta. ⁽¹⁶⁾

El cigarro contiene sustancias potencialmente tóxicas y la nicotina es una de las que más daño causa, tanto al organismo en general como a los tejidos bucales en particular, pues altera la respuesta del huésped, lo cual se traduce con una disminución de la fagocitosis y quimiotaxia de leucocitos y polimorfonucleares, la reducción de la producción de anticuerpos y la disminución de la viabilidad de linfocitos. Hay mayor destrucción del periodonto en pacientes fumadores que en los no fumadores. ⁽¹⁷⁾

Para la estomatología, la salud periodontal constituye un “reto”. El éxito dependerá de la puesta en marcha de Estrategias en las comunidades lo cual sólo es posible con la participación activa de todos (la familia, trabajadores de la salud y sociales, organizaciones de masas, instituciones gubernamentales y políticas), de manera que puedan ser identificados los problemas y barreras presentes en su entorno social y se apliquen soluciones que les permitan cuidar y proteger su salud, así como desarrollar estilos de vida saludables en el momento actual, e incorporarlos a lo largo de toda su vida. ^(13,14)

Factores como el estrés también influyen en los trastornos gingivales. Como consecuencia del estrés existe un aumento en la liberación de glucocorticoides que disminuyen la normal respuesta inmune. Se producen alteraciones en los mecanismos humorales y celulares inmunitarios, decrece la actividad de los linfocitos y de los anticuerpos ante determinados antígenos, alterándose también la acción antiviral del interferón, a su vez aumenta la permeabilidad y tonicidad vaso motriz y disminuye la renovación del tejido conectivo. Es aceptado como los estímulos psicoemocionales actúan sobre el hipotálamo, se ha propuesto como primer mediador a una prostaglandina. Dos sistemas son activados como respuesta al estrés: la vía simpática del sistema nervioso vegetativo que libera catecolaminas, y el eje del hipotálamo hipofisiario suprarrenal con la liberación de corticosteroides. Recientes evidencias sugieren que la vía parasimpática puede también activarse como resultado del estrés.

Numerosos experimentos realizados en animales revelaron que el carácter físico de la dieta puede desempeñar algún papel en la acumulación de la placa y la aparición de gingivitis. Dietas blandas, de alimentos adecuados, pueden favorecer la formación de la placa y cálculos. Alimentos fibrosos y duros proporcionan una acción de limpieza superficial y estimulación que desemboca en menor cantidad de placa y gingivitis, incluso si la dieta es inadecuada desde el punto de vista nutritivo. Mediante sus efectos sobre las bacterias bucales, la composición de la dieta puede influir sobre la distribución relativa de los tipos de microorganismos, su actividad metabólica y su potencial patógeno, que a su vez afecta la aparición e intensidad de las enfermedades bucales. La consideración del papel de la nutrición en la flora bucal y de sus posibles derivaciones en las enfermedades bucales se halla en sus etapas primitivas. Las fuentes de nutrición de los microorganismos pueden ser endógenas o exógenas. Entre los factores exógenos, la influencia del contenido de azúcar en las dietas ha sido estudiada exhaustivamente; se ha demostrado que la cantidad y el tipo de carbohidratos de la dieta y la frecuencia de la ingesta ejercen influencia sobre el crecimiento bacteriano.

Son riesgo también una serie de factores que favorecen la formación de placa y la microbiota del surco como son el sarro, el apiñamiento dentario,

restauraciones deficientes, respiración bucal, presencia de caries y contactos dentarios deficientes, entre otros. Existen diferentes afecciones sistémicas como hemopatías, endocrinopatías, trastornos psicosomáticos, infección por VIH y estados funcionales en la mujer, que establecen condiciones biológicas en el hospedero favorables al agravamiento de cuadros preestablecidos de gingivitis crónica.

Diagnóstico

Se establece por una correcta anamnesis y un minucioso examen físico, basándose en las características clínicas de la encía, utilizando el sondaje que ayuda a estimular el sangrado, a detectar el componente inflamatorio de las bolsas; y descartando la posibilidad de pérdida ósea por los rayos X.^(12,14)

Pronóstico

En general el pronóstico de la gingivitis crónica es favorable siempre y cuando se halla establecido un diagnóstico y tratamiento adecuado, y en la medida que se logra una eficiente higiene bucal que impide la formación de placa dentobacteriana, salvo en aquellos en que alguna enfermedad de tipo general interfiera en su curso. También es de interés en el pronóstico la presencia de factores locales de difícil control como las malposiciones dentarias, impedimentos físicos o mentales y el comportamiento que ante la enfermedad y su tratamiento muestre el paciente.^(12,13)

Tratamiento

El tratamiento oportuno, por lo general, puede revertir los síntomas de la gingivitis y prevenir su progresión a una enfermedad más grave de las encías y pérdida de dientes.⁽²⁾

La promoción y prevención son prioridades en el control epidemiológico de la gingivitis crónica por lo que se requiere recurrir a la Educación para la Salud individual, en grupos sociales y masivamente en toda la comunidad. La motivación y las instrucciones de higiene oral son el primer punto que debemos contemplar en nuestro tratamiento. El control de placa por parte del paciente es imprescindible para el mantenimiento a largo plazo de los resultados del tratamiento.

El control mecánico es el método más eficaz de control de placa y gingivitis. No obstante, la incapacidad de la población adulta normal para ejecutar un adecuado cepillado dental ha conducido a la búsqueda de agentes quimioterapéuticos para mejorar el control de placa. Estos químicos, principalmente el triclosán y la clorhexidina, han sido usados como enjuagatorios o añadidos a dentífricos para evitar la formación de placa y el desarrollo de la gingivitis, pues poseen un amplio espectro antimicrobiano.^(3,19)

Otro paso importante del tratamiento es la eliminación de los factores de riesgo por orientaciones educativas sanitarias específicas de cada uno de ellos y control de tratamientos según corresponda por ejemplo: Tartrectomía, corrección de maloclusiones, control médico terapéutico de afecciones sistémicas.

La eliminación profesional de cálculo y placa por medio la profilaxis o tartrectomía, ya sea con instrumentos mecánicos, sónicos, ultrasónicos o manuales, es, por consiguiente, el siguiente paso de nuestra terapia, que debe ir acompañada de la eliminación de los factores retentivos de placa, para así evitar el acúmulo repetido en zonas puntuales de la encía. En caso de existir cierta cantidad de cálculo subgingival, deberá realizarse además raspado y alisado para asegurarnos de la eliminación completa de cualquier acúmulo de placa o cálculo.⁽¹⁴⁾

Como algunas de las sustancias químicas empleadas en el control de placa pueden tener indeseables efectos colaterales, como tinción de los dientes y alteraciones del gusto, se han insertado otras técnicas de la Medicina Natural y Tradicional para el tratamiento de la gingivitis crónica.

El uso de productos naturales en la prevención y tratamiento de las condiciones orales se ha incrementado recientemente y puede ser beneficiosa para comunidades urbanas y rurales con nivel socioeconómico bajo. Se han investigado agentes fitoterapéuticos con propiedades antimicrobianas y antiinflamatorias. El efecto antimicrobiano de un dentífrico que contiene *Aloe vera* ha sido demostrado en un estudio *in vitro*, en el cual este agente fitoterapéutico inhibió el crecimiento de diversos microorganismos orales como *S. mutans*, *S. sanguis*, *A. viscosus* y *C. albicans*. El único estudio disponible que evalúa los efectos clínicos del *Aloe vera* mostró una significativa reducción de gingivitis y la acumulación de placa después del uso de un enjuagatorio que

contenía este producto natural.⁽¹⁹⁾ La manzanilla tiene propiedades antiinflamatorias y se ha supuesto que disminuye la inflamación gingival. La salvia y la guayaba son famosos por disminuir el sangramiento gingival.⁽²⁰⁾

También se puede emplear como fitoterapia, colutorios o cremas con Caléndula, Llantén mayor, Manzanilla o Romerillo 3 veces al día.

Se pueden usar otras alternativas como la Acupuntura: E-2, E-44, Id-18, Vg-26, Pc-6, Ig-4; la homeopatía previa repertorización del paciente y la apiterapia con el uso de la tintura de propóleos al 5%, aplicada luego de retirar sarro y placa dentobacteriana. Para el Control de Placa Dentobacteriana se emplea también la tintura alcohólica de propóleos al 10% sobre la superficie de los dientes.⁽²¹⁾

Son conocidos los efectos biológicos de la radiación láser y dentro de ellos podemos mencionar su acción antiedematosa y antiinflamatoria, su efecto estimulador del metabolismo celular así como de la proliferación fibroblástica y su acción estimulante del sistema inmunitario como aumento en la producción de anticuerpos. En la estomatología los láseres más empleados son el de dióxido de carbono (CO₂), el de Helio-Neón (He-Ne), el de neodimio-itrinio-aluminio-garnet (Nd-YAG), el de rubí y el de argón.⁽³⁾

El Oleozón posee numerosas propiedades que lo hacen muy útil en el tratamiento de estas afecciones, como son entre otras: alto poder germicida, mejora la oxigenación de los tejidos y las propiedades reológicas de la sangre, ayuda a la regeneración tisular y a la cicatrización, estimula los sistemas antioxidantes en el organismo y regula la respuesta del sistema inmune.⁽¹⁸⁾

De esta forma, educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Es por eso que pensamos contribuir al desarrollo de este modelo con nuestra investigación.

Capítulo 2

Material y método

Caracterización de la Investigación

Se realizó un estudio descriptivo, observacional retrospectivo de porcentaje (medio) de corte transversal, para describir el comportamiento de los factores de riesgo en relación con la presencia de gingivitis crónica en adultos de 35 a 59 años pertenecientes consultorio 25 del Consejo Popular de Potrerillo, El No, en el período comprendido de octubre de 2021 a junio de 2023.

Universo de estudio: El universo de estudio estuvo constituido por 240 pacientes comprendidos en este grupo de edades.

Muestra: Se tomó como muestra no probabilística 80 pacientes que padecen gingivitis crónica según Índice Periodontal de Russell durante el período de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para la realización de este estudio se tendrán en cuenta las siguientes variables: comportamiento de gingivitis, sexo, deficiente higiene bucal, Diabetes Mellitus, hábito de fumar.

Los criterios de selección se basaron en los siguientes requisitos:

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes que acepten participar.
2. Estar comprendido en el grupo etáreo de 35 a 59 años de edad.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que consuman medicamentos que provoquen agrandamientos gingivales u otras alteraciones.
2. Mujeres embarazadas.
3. Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles excepto la diabetes mellitus.

Técnica y procedimientos de recolección de la información.

Se realizó el examen clínico de los pacientes en un sillón fijo de la consulta de estomatología del policlínico de Potrerillo; con apoyo de la luz artificial y set de clasificación (espejo bucal, pinza, explorador), teniendo en cuenta el previo consentimiento informado de los mismos (Anexo 1). Se aplicó el Índice Periodontal de Russell (IP) para buscar presencia de gingivitis crónica. Posteriormente se aplicó el índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S) para determinar higiene bucal deficiente. Ambos índices se recogieron en formularios tipos para su registro (Anexo 2) respectivamente.

La entrevista permitió la obtención de información de fuente primaria, amplia y abierta, en dependencia de la relación entrevistador- entrevistado. Para ello se definió por el entrevistador los objetivos de la entrevista y cuáles eran los aspectos relevantes sobre los que se pretendía obtener información. La entrevista aplicada fue cara a cara utilizando un cuestionario diseñado con el fin de recoger los factores de riesgo de la gingivitis crónica, los cuales fueron anotados en una planilla de vaciamiento (Anexo 2).

También conocido como INDICE PERIODONTAL DE RUSSELL, fue desarrollado en 1956 por Russell como una herramienta epidemiológica para comparar la prevalencia relativa de la enfermedad periodontal en diferentes poblaciones, aunque actualmente su uso ha disminuido. Es capaz de medir tanto la inflamación gingival como el grado de destrucción ósea.

Clasificación de la investigación:

Investigación Desarrollo x
Innovación

Descripción general: Se realizará un estudio descriptivo, de porcentaje %(medio) observacional ,correlacional de corte transversal, para describir el comportamiento de los factores de riesgo en relación con la presencia de gingivitis crónica en adultos de 35 a 59 años pertenecientes al Consejo Popular de El No, Potrerillo

Universo de estudio: El universo de estudio estará constituido por 240 pacientes comprendidos en este grupo de edades.

Muestra: Se tomará como muestra los 80 pacientes que presentaron gingivitis crónica en el Análisis de la Situación de Salud, que cumplan con los criterios de inclusión.

Para la realización de este estudio se tendrán en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, deficiente higiene bucal, Diabetes Mellitus, hábito de fumar, dieta cariogénica.

Los criterios de selección se basaron en los siguientes requisitos:

Criterios de Inclusión:

1. Se incluirán en la investigación a los pacientes del Consejo Popular El No-Potrerillo, entre 35 a 59 años previo consentimiento informado .
2. Estar apto mentalmente para cooperar con la encuesta.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que consuman medicamentos que provoquen agrandamientos gingivales u otras alteraciones.

2. Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles excepto la diabetes mellitus.

Métodos: La investigación estará basada en el *método universal* de la ciencia el Materialismo Dialéctico.

Los métodos estadísticos cumplen una función relevante, ya que contribuyen a determinar la muestra de sujetos a estudiar, tabular los datos empíricos obtenidos y establecer las generalizaciones apropiadas a partir de ellos. En esta investigación se utilizará la estadística descriptiva.

Métodos teóricos a utilizar:

1. Inductivo-deductivo: Su utilización permitirá durante la revisión bibliográfica, realizar inferencia y razonamientos lógicos acerca del objeto de estudio lo que posibilitará el establecimiento de conclusiones parciales y generales.
2. Analítico -sintético: Facilitará fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos.
3. Histórico-lógico: Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

Los métodos empíricos permitirán la obtención y elaboración de los datos empíricos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan a los fenómenos.

Los métodos empíricos que se usarán son:

- La observación
- La medición
- La entrevista.
- La encuesta.
- Revisión de documentos

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
-----------------	-------------	---------------	--------------------	------------------

Edad	Cuantitativa discreta	35-40 años 41-45 años 46-50 años 51-55 años 56-59 años	Según años cumplidos	Para hallar porcentaje según edad cronológica
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Para hallar porcentaje según Sexo
Higiene bucal deficiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí: cuando el puntaje obtenido es Regular: 1,3-3,0 y Mala: 3,1-6,0 No: cuando el puntaje obtenido es Bueno: 0,0-1,2	Según criterios del Índice de Higiene Bucal Simplificado de Greene y Vermillon (Anexo 6)	Para hallar porcentaje según higiene bucal
<u>Factores de riesgo</u> Diabetes Mellitus	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No	Según diagnóstico establecido por el médico de familia del consultorio	Para hallar porcentaje según factor de riesgo
Hábito de fumar	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí: cuando consume 1 o más cigarrillos al día No: cuando no refiere este hábito	Según cuestionario sobre factores de riesgo (Anexo 7)	
Dieta cariogénica	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí: cuando se ingieren 3 o más veces al día, entre comidas. No: cuando no se cumple lo anterior	Según frecuencia de ingestión, horario de consumo y tiempo de permanencia en la boca de alimentos blandos y de textura adhesiva.	

Técnicas y procedimientos

Sobre la obtención de la información: Se realizará el examen clínico de los pacientes en un sillón fijo de la consulta de estomatología del policlínico de Potrerillo; con apoyo de la luz artificial y set de clasificación (espejo bucal, pinza, explorador), teniendo en cuenta el previo consentimiento informado de los mismos (Anexo 1). Se aplicará el Índice Periodontal de Russell (IP) para buscar presencia de gingivitis crónica. Posteriormente se aplicará el índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S) para determinar higiene bucal deficiente. Ambos índices se recogerán en formularios tipos para su registro (Anexo 5 y 6) respectivamente.

La entrevista permitirá la obtención de información de fuente primaria, amplia y abierta, en dependencia de la relación entrevistador- entrevistado. Para ello se definirá por el entrevistador los objetivos de la entrevista y cuáles son los aspectos relevantes sobre los que se pretende obtener información. La entrevista a aplicar será cara a cara utilizando un cuestionario diseñado con el fin de recoger los factores de riesgo de la gingivitis crónica a los cuales se encuentran expuestos, los cuales serán anotados en una planilla de vaciamiento (Anexo 7).

INDICE DE RUSSELL:

También conocido como **INDICE PERIODONTAL DE RUSSELL**, fue desarrollado en 1956 por Russell como una herramienta epidemiológica para comparar la prevalencia relativa de la enfermedad periodontal en diferentes poblaciones, aunque actualmente su uso ha disminuido. Es capaz de medir tanto la inflamación gingival como el grado de destrucción ósea.

Como se basa en la detección de los signos más evidentes de la enfermedad, no es muy sensible y a veces no alcanza a estimar convenientemente sus estadios más tempranos, sin embargo porque esa detección es fácil en virtud de los criterios utilizados, hace que exista una menor variabilidad entre los examinadores y por tanto una mayor reproducibilidad.

Utiliza un espejo bucal, un explorador y una buena fuente de luz.

En este Índice se toman en consideración la inflamación, la formación de bolsa y la movilidad dentaria, asignándole un puntaje a los diferentes criterios. Se examinan todos los dientes de los individuos.

Pueden encontrarse diferencias entre estudios realizados en una misma población si se tiene en cuenta que algunos de los criterios son reversibles y además que se pueden producir pérdidas dentarias en esos individuos.

El puntaje IP de un individuo es el puntaje medio de todos los dientes examinados.

El puntaje IP de una población se puede calcular sumando todos los IP individuales y dividiéndolo entre el total de personas examinadas. Es un promedio.

PUNTAJE. CRITERIO. CRITERIO ADICIONAL CON RADIOGRAFÍA

0 Encía sana, sin evidencia de alteración. Apariencia radiográfica normal.

1 Gingivitis leve: área de inflamación en Apariencia radiográfica normal la encía libre, no circunscribe al diente.

2 Gingivitis: área de inflamación en toda Apariencia radiográfica normal encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial.

6 Gingivitis con formación de bolsa: ruptura pérdida ósea horizontal de la adherencia epitelial y evidencia de bolsa periodontal. No hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria.

8 Destrucción avanzada con pérdida de la pérdida ósea avanzada, la función masticatoria, bolsa profunda y superior a la mitad de la raíz movilidad evidente del diente.

INDICE DE HIGIENE BUCAL SIMPLIFICADO (IHB-S):

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el Índice de Higiene Bucal. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo

se adjudican puntajes a seis y no a doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar.

Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa dos de los principales factores de riesgo: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la Higiene Oral de una comunidad y sólo se requiere espejo y explorador.

Como el Índice de Detritus Simplificado (ID-S) y el Índice de Tártaro Simplificado (IT-S) se confeccionan ahora a base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3, y pese a ello se los sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los seis segmentos es $18/6=3$. El IHB-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

<u>DIENTE</u>	<u>SUPERFICIE</u>
16	vestibular
26	vestibular
46	lingual
36	lingual
11	vestibular
31	vestibular

Puntajes y criterios para el Índice de Detritus:

PUNTAJE	CRITERIO
0	Ausencia de detritus o pigmentación
1	Detritus blando que no cubran más de un tercio de la superficie dentaria en examen o presencia de pigmentación extrínseca sin detritus, cualquiera que sea la superficie cubierta.
2	Detritus blando que cubran más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.
3	Detritus blando que cubran más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta

Puntajes y criterios para el Índice de Tártaro:

PUNTAJE	CRITERIO
0	Ausencia de tártaro.
1	Tártaro supragingival que cubra no más de un tercio de la superficie dentaria en examen.
2	Tártaro supragingival que cubra más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta o presencia de puntos aislados con tártaro subgingival alrededor de las zonas gingivales de los dientes.
3	Tártaro supragingival que cubra más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta o banda continua y espesa de tártaro subgingival alrededor de las zonas gingivales de los diente.

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar.

Una vez recogido todos los datos, se procederá a analizar e interpretar la información con la ayuda de una PC personal Toshiba, con el programa Windows 7, colocando los datos en una ficha de vaciamiento mediante el

programa Excel del Office 2013, y serán procesados mediante el paquete estadístico computacional SPSS versión 12.0, que nos permite expresar la información en números absolutos y porcentuales, tanto para las variables cuantitativas como las cualitativa. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos para su mejor discusión e interpretación. Toda la investigación será expuesta en un informe final confeccionado en el procesador de texto Microsoft Word 2013.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tendrán en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas en la actualidad: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, por lo que se tendrá en cuenta siempre el consentimiento informado de cada paciente. Además se pretende desarrollar una buena relación médico – paciente, ofreciendo confianza, apoyo y tratando de causar el más mínimo daño, se solicita autorización y colaboración del paciente, como también se informará y se proporcionará las explicaciones pertinentes respecto al estudio, además se respetará las opiniones brindadas por ellos.(Anexo 1)

Capítulo 3

Análisis y discusión de los resultados

Tabla No.1: Distribución de los pacientes sanos y enfermos gingivales según IP de Russell en relación con el sexo, Consejo Popular Potrerillo, El No, de octubre 2021 a junio de 2023.

Sexo	sanos		Enfermos		Total	
	No	%	No	%	No	%
femenino	56	53.3	35	43.7	94	50.8
masculino	49	46.6	45	56.2	91	49.1
Total	105	100	80	100	185	100

Fuente: Formulario de datos

En la tabla 1 se presenta la distribución de los pacientes sanos y enfermos gingivales según sexo, donde se observa un predominio de los pacientes del sexo femenino representando un 50,8% del total de la población, resultaron enfermos de gingivitis crónica 80 pacientes que representan el 100 % del total de nuestro universo. Otras investigaciones realizadas como la de Pérez Barrero y un colectivo de autores⁽²²⁾ muestran resultados similares, no siendo así en un estudio realizado por Iglesias Berlanga⁽²³⁾ en una población adulta del municipio de Güines.

Tabla 2: Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con la higiene bucal deficiente. Potrerillo. El No, octubre de 2021 a junio de 2023.

Presencia de gingivitis	Presencia de higiene bucal deficiente					
	Si		No		Total	
	No	%	No	%	No	%
Leve	48	40.6	12	37.5	60	40
Moderada	70	59.3	20	62.5	90	60
Total	118	100	32	100	150	100

Fuente: Formulario de datos.

La tabla 2 muestra la relación entre la higiene bucal y la presencia de gingivitis crónica donde existió un predominio de pacientes con una deficiente higiene bucal representando el 100% del total que equivale a 118 pacientes, de ellos 70 presentan gingivitis moderada lo que reafirma la necesidad de desarrollar programas preventivos eficaces para la adquisición de costumbres correctas de salud bucal que promuevan cambios positivos en los modos y estilos de vida en áreas de la salud.

Tabla 3:Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con la presencia de la Diabetes Mellitus. Potrerillo. El No de octubre 2021- junio 2023.

Presencia de gingivitis	Diabetes Mellitus			
	Si		No	
	No	%	No	%
Leve	16	43,2	54	53,4
Moderada	21	56,8	47	46,6
Total	37	26,81	101	73,19

Fuente: Formulario de datos.

La tabla 3 muestra la relación existente entre la presencia o no de la diabetes mellitus y los enfermos de gingivitis crónica resultando 37 pacientes en total que representan el 26,81% del total de diabéticos ,de los cuales 21 tienen gingivitis moderada .En Cuba, más del 70% de la población adulta padece gingivitis o periodontitis.Los estudios de seguimiento demuestran una relación bidireccional entre diabetes y periodontitis con una destrucción del tejido periodontal más severa en pacientes diabéticos y un mal control de la glucemia en sujetos diabéticos con enfermedad periodontal refiere Mendiola Betancourt⁽²⁶⁾en un similar estudio. Suárez García⁽²⁷⁾ en un estudio equivalente menciona la importancia de prevenir la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos.

Tabla 4 Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con el hábito de fumar. Potrerillo. El No de octubre de 2021- junio de 2023.

Presencia de gingivitis	Hábito de fumar			
	Si		No	
	No	%	No	%
Leve	30	54.5	15	60
Moderada	25	45.4	10	40
Total	55	100	25	100

Fuente: Formulario de datos.

La tabla 4 muestra la distribución de los pacientes fumadores enfermos de gingivitis donde podemos observar que el 100% de la muestra refiere tener dicho hábito, el mayor porcentaje de personas se sitúa dentro de la gingivitis leve representando el 54.5%. En el mundo existe una elevada incidencia de personas fumadoras, que generalmente empiezan a serlo desde edades muy jóvenes -- especialmente en la adolescencia y adultez temprana --, de modo que los efectos del tabaco se ejercen con prontitud sobre las encías. En estudios recientes se asocia el hábito de fumar con la presencia de inflamación del periodonto y se afirma que la población tabaquista tiene 2,7 veces más posibilidades de enfermar que la no adicta al consumo de cigarrillos destaca Pérez Barrero⁽²⁸⁾ en un trabajo realizado en Santiago de Cuba donde encontró resultados semejantes a los expuestos anteriormente. De igual manera en un estudio realizado por Traviesas Herrera ⁽²⁹⁾ se destaca la necesidad de modificar el hábito de fumar en la población y la influencia real y evidente de este en la aparición de la enfermedad periodontal.

Tabla 5: Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con la presencia de la Dieta Cariogénica. Potrerillo. El No de octubre 2021- junio 2023.

Presencia de	Dieta Cariogénica
--------------	-------------------

	Si		No	
	No	%	No	%
Leve	10	76.9	5	25
Moderada	3	23.0	10	50
Total	13	100	20	100

La tabla 5 muestra la relación existente entre la presencia o no de la dieta cariogénica y los enfermos de gingivitis crónica resultando 33 pacientes en total que representan el 100% del total de pacientes con dieta cariogénica ,de los cuales 13 tienen gingivitis moderada .En Cuba, más del 70% de la población adulta padece gingivitis o periodontitis. Los estudios de seguimiento demuestran una relación bidireccional entre dieta cariogénica y periodontitis con una destrucción del tejido periodontal más severa en pacientes de una dieta cariogénica y un mal control de la azúcar en los alimentos con la enfermedad periodontal refiere Mendiola Betancourt⁽²⁶⁾en un similar estudio. Suárez García⁽²⁷⁾ en un estudio equivalente menciona la importancia de prevenir la enfermedad periodontal en pacientes con dieta cariogénica.

Conclusiones

La presencia de gingivitis crónica en adultos de 35 a 59 años de edad del Consultorio 25 del Consejo Popular de El No, Potrerillo si se relaciona con los factores de riesgos, los cuales tienen un papel significativo en la patogénesis de la gingivitis crónica. Hasta el momento son reconocidos como factores de riesgos en esta población, la deficiente higiene bucal, el tabaquismo, la dieta cariogénica, y la Diabetes mellitus.

Recomendaciones

Mejorar el nivel de conocimiento de la población con el objetivo de lograr educación y motivación en los pacientes.

- Enfatizar en los temas de tabaquismo e higiene bucal deficiente ya que son factores de riesgo modificables en la población objeto de estudio.
- Encaminar cada una de las actividades a elevar la cultura sanitaria de la población especialmente en pacientes con enfermedades sistémicas de base como la diabetes mellitus debido a la vulnerabilidad de padecer enfermedad periodontal.

Realizar estudios de intervención en la población estudiada.

Referencias Bibliográficas

- 1-Pérez Ayala D., Pérez Hernández Y. La influencia de algunos factores de riesgo en las periodontopatías. Rev Haban Cienc Méd. [Internet]. 2018 [citado 2022 Enero 15]; 21(2): 419-428. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_21num_2/rhcm06108.htm.
- 2- Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 1 Mar 2022];13(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en:<http://bus.sld.cu/revistas/san/vol13-1-09/sansu06109.html>
- 3- Carranza FA.periodontologia clínica de Glickman. Mexico:Nueva Editorial Interamericanas;1986.pp.325-413.
- 4- Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta Vidal ER. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños. Colegio “ Presidente Kennedy” . Venezuela. 2006. Rev Méd Electrón. [Internet]. 2019 [citado 24 Mar 2022]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242009000400007&script=sci_arttext
- 5- Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola Á, Torres Keiruz D, Lao Salas N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2022 Ene 27]; 45(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100006&lng=es
- 6- Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. Revista MEDISAN [Revista on-line]. 2019 [citado 20 Ene 2022]; 13(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm
- 7- Román R. y col. Factores de riesgo asociados a la enfermedad periodontal. Rev Mex Periodontol. [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 20]; VI (2): 62-66: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/periodontologia>

8-Aragonés AJ. La encía y la enfermedad periodontal [Internet]. Sao Paulo: Sociedad Brasileira de Periodontología; 2019 [citado 25 enero 2022] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:

http://www.fundacioncarraro.org/articulos_enc_y_enfer_perid.php

9-Ramírez JH, M.D., M.Sc. ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? Revista Colombia Médica, Vol. 38, No. 3, Jul./Sep. 2017, pp. 237-250. Disponible en:

<http://bioline.org.br/request/rc07038>

10- Herrera D, Rodríguez-Casanovas HJ, Herrera Pombo JL. Informe SEPA/FUNDACIÓN SED. DIABETES Y ENFERMEDADES PERIODONTALES. Disponible en: www.sepa.es www.sediabetes.org

11- Castro Santos do Canto de Noronha SI. Estudio de la influencia de los factores genéticos y microbiológicos en la progresión de la periodontitis [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016. Disponible en:

<http://eprints.ucm.es/37269.pdf>

12-Colectivo de autores: Guías prácticas clínicas de Estomatología. Capítulo 4 Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.195-260. Obtenido de «http://www.ecured.cu/index.php?title=Gingivitis_crónica&oldid=1679399»

13- Méndez González JA, Pérez Rodríguez OJ, Fors López MM. Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico “ Ángel A. Aballí ”. Rev. Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2018 Jun [citado 2022 Feb 17]; 44(2): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200002&lng=es

14- Matesanz Pérez P, Matos Cruz R, Bascones Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av Period Implantol Oral [Internet]. 2018 [citado 12 Febrero 2022]; 20(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100002&script=sci_arttext&tlng=en

15-Martínez Abreu J, Peña Ruiz T, Llanes Llanes E, Izarbe MI. Papel de los metabolitos reactivos del oxígeno en los peridontopatías. Rev méd electrón

[Internet]. 2017 [citado 27 Feb 2022];29(5):aprox. 8 p. Disponible en URL:<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/año%202007/vol5%202007/tema15.html>

16-Mendiola Betancourt Beatríz María. Relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes mellitus. AMC [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Dic 09] ; 19(2): 92-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200001&lng=es.

17-Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2017 [citado 1 Mar 2022];28(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S086403002009000300007&lng=es>

18-Nasco HN, Gispert AE, Ventura HMI, Pupo TRJ. Prevalencia de lesiones incipientes de caries dental en niños escolares. Revista Cubana de Estomatología [Revista on-line]. 2017 [citado 26 Enero 2022]; 45(2): [aprox. 3p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est06208.htm

19-Araújo de Oliveira SM; Carneiro Torresl T; da Silva Pereirall SL; de Lima Motal OM; Ximenes M. Effect of a dentifrice containing aloe vera on plaque and gingivitis control. A double-blind clinical study in humans J. Appl. Oral Sci. vol.16 no.4 Bauru July/Aug. 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572018000400012&lang=pt

20-Mendes Pannuti C; Pereira de Mattos J; Nini Ranoya P; Martins de Jesus A; Fraga Moreira Lotufo R; Romito A. Clinical effect of a herbal dentifrice on the control of plaque and gingivitis. A double-blind study Pesqui. Odontol. Bras. vol.17 no.4 SãoPaulo Oct./Dec. 2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-74912017000400004&lang=pt

21-Martínez Abreu J, Peña Ruiz T, Llanes Llanes E, Izarbe MI. Papel de los metabolitos reactivos del oxígeno en los peridontopatías. Rev méd electrón [Internet]. 2017 [citado 27 Feb 2022];29(5):aprox. 8 p. Disponible en URL:<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/año%202007/vol5%202007/tema15.html>

22-Castellanos González M, Cueto Hernández M, Boch MM, Méndez Castellanos CM, Méndez Garrido L, Castillo Fernández C. Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal. Rev. Finlay [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Feb 20]; 6(2): 134-149: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=rS2221-24342016000200006&lng=es.

23-Taboada-Aranza O y cols. Frecuencia y distribución de enfermedades periodontales asociadas a placa bacteriana en pacientes que acuden a una clínica universitaria. Revista ADM [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 20]; 75 (3): 147-152. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/adm/od-2018/pdf183>.

24-Mendiola Betancourt Beatriz María. Relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes mellitus. AMC [revista en la Internet]. 2016 Abr [citado 2021 Dic 09] ; 19(2): 92-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200001&lng=es.

25-Peña Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola Á, Torres Keiruz D, Lao Salas N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2022 Ene 27]; 45(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100006&lng=es

26- González Díaz ME. Colectivo de autores. Compendio de Periodoncia. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017..

27-Peña Sisto Maritza, Calzado da Silva Milagros, González Peña Milagros, Cordero García Sandra, Azahares Argüello Hernay. Patógenos periodontales y sus relaciones con enfermedades sistémicas. MEDISAN [revista en la Internet]. 2018 Jul [citado 2022 Ene 25]; 16(7): 1137-1148. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700014&lng=es.

28-Olivera García ML, Iglesias Berlanga IJ, Fernández Ramírez L, López Nistal LM. Enfermedad periodontal e higiene bucal en escolares. Rev Cienc Med La Habana [Internet]. 2016 [citado 5 Dic 2021]; 15(1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_1_09/hab12109.html

29- García Triana Bárbara Elena, Hibatulla Ali Ahlam, Grau León Ileana Bárbara. Respiración bucal y su relación con algunas afecciones bucales y médicas: mecanismos fisiopatológicos involucrados. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Abr [citado 2022 Ene 20]; 15(2): 200-212. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200008&lng=es.

30-Sánchez Pérez Iraisa, Pérez Martínez Elsy, Fernández-Britto José Emilio, Fuertes Rufin Liscarys. Mala salud oral y algunos factores de riesgos iatrogénicos en una población del municipio Plaza de la Revolución. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Dic 09]; 26(4):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000400005&lng=es.

31- León-Regal M, González-Otero L, González-Otero Z, de-Armas-García J, Urquiza-Hurtado A, Rodríguez-Caña G. Etiopatogenia de la microangiopatía diabética. Consideraciones bioquímicas y moleculares. Revista Finlay [Internet]. 2013 [citado 13 Ene 2022];3(4):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/242>

32- Suárez García EM, Villega Rojas I, Cabrera Cartaya J, Sánchez Alvarado Y. Prevención de enfermedades periodontales en pacientes diabéticos. Rev méd electrón [Internet]. 2016 [citado 13 Ene 2022];31(2):[aprox.10 p.]. Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema5.html>

33- Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2009 [citado 1 Mar 2022];28(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S086403002009000300007&lng=es>

34- Novaes J, Arthur B. Interrelación entre enfermedad periodontal y Diabetes Mellitus. Rev Fundac Juan José Carraro [Internet]. 2017 [citado 27 Feb 2022]

];15(31):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.portal.revitas.bus.br/transf.php2xsl=xsl/titles.xs/&xsl=http://caster>

35-Vila VG, Lockett MO. Evaluación de placa bacteriana y gingivitis en adolescentes. Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, 2016. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/cyt/2003/comunicaciones/03-medicas/M-030/pdf>

36- Carolina De Aguiar T, Valsecki Junior Aylton, Rocha Corrêa Da Silva S, Lopez Rosell F, Pereira Da Silva Tagliaferro E. Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil. Rev Cubana Estomatol. 2015 Oct-dic; 48(4): 341-351. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400005&lng=es

37- Nápoles García D, Nápoles Méndez D, Moráquez Perelló G, CanoGarcía VM, Montes de Oca García A. Estado de salud periodontal en embarazadas. Revista MEDISAN [Revista on-line]. 2015 [citado 12 Feb 2022]; 16(3): [aprox 8p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_3_12/san04312.htm

38-Díaz Valdés L, Sánchez Rodríguez L, Vilvey Pardo L. Afecciones bucales en el embarazo. Gaceta Médica Espirituana [Revista on-line]. 2015 [citado 18 Ene 2022]; 10(1): [aprox 7p.]. Disponible en:
[http://http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(1\)_01/p1.html](http://http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(1)_01/p1.html)

39-Fajardo López J.A. Algunos factores de riesgo en la enfermedad periodontal.[Artículo en Internet}.2016.En:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000100009&script=sci_arttext

40-Barbieri Petrelli G, Mateos Ramírez L, Bascones Martínez A. Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. Av Periodon Implantol. 2003; 15,2: 77-86.

41- Ysla R, Pareja M, Alván O, Carquin S, YaringañoN, Sakata S. Estrés y su implicancia en la enfermedad periodontal en escolares de 6 a 12 años.

KIRU.2015;10(2):133-9.

http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.6.pdf

42-Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Countin Marie G, Riverón Herrera F. Factores de riesgos asociados con la enfermedad periodontal en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2003 [citado 1 Mar 2022];40(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003475072003000100009&lng=es>

43-León-Regal M, González-Otero L, González-Otero Z, de-Armas-García J, Urquiza-Hurtado A, Rodríguez-Caña G. Etiopatogenia de la microangiopatía diabética. Consideraciones bioquímicas y moleculares. Revista Finlay [Internet]. 2013 [citado 13 Ene 2022];3(4):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/242>

44-Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2009 [citado 1 Mar 2022];28(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S086403002009000300007&lng=es>

45-Blanco Berta Lourdes, Alfonso Calderón Ernesto. Comportamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda: Departamento de estomatología de Conuco Viejo. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2022 Mar 03] ; 32(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300004&lng=es.