

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MARIANA GRAJALES COELLO”**  
**POLICLÍNICO DOCENTE “JULIO ANTONIO MELLA”**



**PERIODONTOPATÍAS EN LA POBLACIÓN ADULTA PERTENECIENTE AL  
POLICLÍNICO “JULIO ANTONIO MELLA”, TACAJÓ.**

**LAURA LINA GAYLE PÉREZ**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER  
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

**Holguín, 2022**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MARIANA GRAJALES COELLO”**  
**POLICLÍNICO DOCENTE “JULIO ANTONIO MELLA”**



**PERIODONTOPATÍAS EN LA POBLACIÓN ADULTA PERTENECIENTE AL  
POLICLÍNICO “JULIO ANTONIO MELLA”.TACAJÓ.**

**Autora: Dra. Laura Lina Gayle Pérez**

**Doctora en Estomatología. Residente de Segundo Año en Estomatología  
General Integral**

**Tutora: Dra. Yanisia Swaby Cuao**

**Doctora en Estomatología. Especialista de Primer Grado en Estomatología  
General Integral**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER  
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

**Holguín, 2022**

## **PENSAMIENTO**

“Es porque somos todos diferentes, que cada uno de nosotros es especial. No fijen sus objetivos en razón de lo que otros consideran importante. Sólo nosotros mismos estamos en condiciones de elegir lo que es mejor para todos”.

F. Nietzsche

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme vencer los obstáculos y llegar a la meta para lograr mis sueños.

## **DEDICATORIA**

- A mis padres por su dedicación y amor en el proceso de crecimiento de mi vida, su guía incondicional en el camino elegido, por estar siempre a mi lado, brindándome ayuda, confianza y dedicación en todo momento.
- A mi tutora, por su entrega en el proceso investigativo de la especialización.
- A todos los pacientes que brindaron consentimiento informado para aportar en el estudio, porque sin ellos, no hubiese sido posible la realización de esta investigación.

## RESUMEN

Las periodontopatías son un proceso inmunoinflamatorio que afecta los tejidos de protección e inserción de los dientes, y se observa con más frecuencia después de los 35 años de edad.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir el comportamiento de las periodontopatías en la población adulta perteneciente al Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”, en el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2021. El universo de la investigación quedó constituido por 67 pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal que acudieron a la consulta de urgencias.

Se evidenció un predominio de pacientes con periodontopatías en los grupos de edad de 50 a 59 años con un 43,28% y del sexo femenino con un 28,36%. Se identificaron como factores de riesgo más frecuentes la higiene bucal deficiente, el tabaquismo y las restauraciones defectuosas. Se determinó que la Gingivitis con bolsas fue el criterio de severidad más frecuente, con mayor incidencia en el sexo femenino, afectando al 26,87%. La higiene deficiente predominó en los pacientes estudiados.

Se deberá aplicar una intervención educativa encaminada a elevar el nivel de conocimiento sobre las enfermedades periodontales en la población general.

**Palabras claves:** enfermedad periodontal, estudio descriptivo, población adulta

## ÍNDICE

CONTENIDOS		Pág
INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO		5
I.1	Antecedentes	6
I.2	Enfermedades periodontales	7
I.3	Etiología	10
I.4	Patogenia	11
I.5	Factores de riesgo	12
I.6	Diagnóstico	14
I.7	Tratamiento	15
I.8	Prevención	16
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO		17
II.1	Clasificación de la investigación	18
II.2	Universo	18
II.3	Variables	18
II.4	Obtención de la información	20
II.5	Técnicas y procedimientos	21
II.6	Aspectos éticos	21
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN		22
CONCLUSIONES		29
REOMENDACIONES		30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		31
ANEXOS		

## INTRODUCCIÓN

Las afecciones bucales se consideran un importante problema de salud por su alta prevalencia, por lo que impactan fuertemente las personas y la sociedad en términos de dolor, molestias, limitaciones y discapacidad social y funcional, así como, también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.<sup>1</sup>

La enfermedad periodontal en conjunto con la caries es una de las enfermedades mayormente comunes en la cavidad bucal. Las periodontopatías son un proceso inmunoinflamatorio que afecta los tejidos de protección e inserción de los dientes, y se observa con más frecuencia después de los 35 años de edad, pero su comienzo puede ser en edades más tempranas.<sup>2</sup>

La gingivitis crónica es la más común de las enfermedades del periodonto de protección, sus características son similares a las que presenta la inflamación en cualquier otra parte del organismo. Suele presentarse como cambio patológico único, primario a la aparición de otro proceso o sobreañadido a otras enfermedades. La periodontitis se define como el proceso inflamatorio crónico que afecta la unidad gingival y que se extiende al ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. Estas implican bolsas periodontales reales, pérdida de inserción clínica y destrucción ósea visible en las radiografías. Este padecimiento tiene un carácter cíclico, ya que presenta periodos de exacerbación y remisión. Se consideran las enfermedades más comunes entre las que afectan al periodonto de inserción y su prevalencia aumenta con la edad.<sup>3</sup>

La identificación de factores de riesgo es un paso obligatorio para la prevención primaria. El conocimiento de los mismos es esencial no solo para instaurar las medidas profilácticas oportunas desde el inicio en aquellos sujetos más susceptibles, sino para anticipar la evolución de los pacientes antes incluso, de iniciar cualquier medida terapéutica. Estos pueden ser de diferente naturaleza y estar vinculados con la edad, sexo, condiciones nutricionales y hormonales, alteraciones bucales, enfermedades sistémicas, contorno social, hábito de fumar, etc.<sup>4</sup> Los factores de riesgo directos son aquellos que se encuentran en íntimo contacto con las estructuras del periodonto, así enumeramos algunos: placa microbiana y microbiota subgingival, cálculo dental, impacción de alimentos, restauraciones defectuosas, restauraciones temporales, endodoncia y ortodoncia iatrógena, cepillado defectuoso, respiración bucal, maloclusiones, caries,



aparato protésica deficiente, frenillos e inserciones musculares no convenientes, disfunción oclusal y bruxismo entre otros.<sup>5</sup>

Estos factores al actuar en zonas aledañas al diente o directamente sobre el mismo, son capaces de iniciar o complicar su curso al propiciar entre otras cosas el entorno ecológico y la retención de microorganismos o generar fuerzas lesivas al periodonto.<sup>6</sup>

Los factores locales son por ejemplo obturaciones que retienen placa bacteriana o defectuosas, los factores sistémicos podrían ser diabetes, estrés, etc. Existen también otro tipo de condiciones como por ejemplo la edad, herencia, sexo. Los cambios de estilos de vida de la población actual han conllevado riesgos para la salud, que se han manifestado en un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a hábitos y costumbres, que no producen la enfermedad de forma inmediata, sino a través del tiempo.<sup>7</sup>

Las interacciones prolongadas que tienen algunos factores muchas veces quizás no demuestre rápidamente la relación de la enfermedad con estos factores, pero las funciones pueden ser razonablemente deducidas es de ahí donde se cree que el inicio de las enfermedades periodontales depende de la concurrencia de un grupo de factores personales que pueden no ser considerados dentro del contexto de la periodontitis, sin embargo, tienen importancia sobre ella.<sup>8,9</sup>

En España el 51,6 % tiene gingivitis y el 38 % periodontitis. En Colombia la enfermedad periodontal afecta alrededor del 50,2 % de los individuos.<sup>10</sup> Estudios epidemiológicos en Estados Unidos han sugerido un incremento de la prevalencia de periodontitis en poblaciones adultas en un 47 %.<sup>11</sup>

El Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y el Instituto Nacional para Investigaciones Dentales en México, informan que del 5 al 20 % de la población sufre de formas graves de periodontitis destructiva.<sup>12</sup> En Chile la literatura revisada refiere que el mal periodontal afecta cerca del 70 % de la población adulta, muestran con mayor frecuencia una elevada prevalencia de la enfermedad periodontal a partir de los 35 años.<sup>13</sup>

En Cuba la gingivitis se manifiestan a cualquier edad, frecuente en niños, afecta a adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 30 años de edad y rara en pacientes mayores de 50 años, en tanto la periodontitis aumenta su prevalencia con la edad hasta alcanzar cifras alrededor del 80 % a los 50 años.<sup>14</sup>

La periodontitis considerada un problema de salud, se comporta como indicador de riesgo que puede influir en una variedad de enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, neumonía, alteraciones durante el embarazo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la isquemia cerebro-vascular, entre otras. Lo que infiere que el inicio de la enfermedad periodontal depende de la presencia e interacción de múltiples factores etiológicos de riesgo.<sup>15</sup>

La justificación del estudio a nivel profesional radica en que durante las prácticas diarias se ha podido observar la gran incidencia de enfermedad periodontal en pacientes adultos y la poca información que tienen ellos sobre este tema, siendo un factor importante practicar acciones de carácter preventivo. Esta investigación se realiza para determinar cuál es el comportamiento de la enfermedad periodontal en pacientes adultos que acuden al servicio y en base a esto, implementar medidas de prevención y control de dicha enfermedad con la finalidad de beneficiar a los pacientes que la presentan.

**Problema científico:** ¿Cuál será el comportamiento de las periodontopatías en la población adulta perteneciente al Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”, del municipio Báguanos?

**Objetivo general:** Describir el comportamiento de las periodontopatías en la población adulta perteneciente al Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar los pacientes estudiados según grupos de edades y sexo.
- Identificar los factores de riesgo presentes.
- Determinar la severidad de la enfermedad periodontal.
- Definir la higiene bucal presente en los pacientes estudiados.

**Novedad científica:** Se considera que la novedad de la investigación está dada en brindar conocimientos actualizados sobre el comportamiento de las periodontopatías en la población adulta pertenecientes al área de salud de Tacajó ya que no existe ningún trabajo que brinde información sobre este tema.

**Aportes:** Desde el punto de vista metodológico ofrece información actualizada sobre las periodontopatías y su comportamiento, además aporta recursos de enseñanza en el proceso de aprendizaje, accesible y poco costoso que brinda una de las soluciones al problema identificado. Desde el punto de vista económico y social se obtendrán resultados al contribuir a la prevención de la enfermedad

periodontal y nos permitirá además obtener resultados científicos como publicaciones.

## CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

## CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

### Antecedentes

Barros Urquiza en un estudio realizado en Quito-Ecuador, evaluó a 600 individuos de 15 a 25 años de edad y encontraron una prevalencia de periodontitis agresiva de 1,66% y 3,66% para las formas localizada y generalizada respectivamente, así mismo la prevalencia para periodontitis crónica fue de 14,3%.<sup>2</sup>

Carranza en Madrid, reportó menor prevalencia de enfermedad periodontal 22,4% con profundidad al sondaje de 4 a 5 mm y con pérdida de inserción 4-6 mm en el 22,6% de los casos.<sup>6</sup>

Martínez y colaboradores en una investigación en la Universidad Internacional del Ecuador, reportaron alta prevalencia de periodontitis crónica entre 18,2% a 72% en adultos jóvenes, siendo los factores asociados significativamente, la edad, nivel socioeconómico, el hábito de fumar, y el cálculo supragingival.<sup>7</sup>

Moral de la Rubia y colaboradores estudiaron en una muestra nacional la severidad de la periodontitis reportando que el 61,5% de adultos mexicanos entre 18 a 79 años presentaron periodontitis. En el grupo de 18 años fue 21% distribuida en 10,9% leve; 9,9% moderada y 0,2% severa y en el grupo de 20 a 34 años presentó 40,8% de periodontitis distribuida en 11,2%, 27% y 2,6% para leve moderada y severa respectivamente. Los hombres tuvieron más prevalencia que las mujeres y hubo asociación con el nivel socioeconómico, los residentes de áreas rurales, así como el tabaquismo y la diabetes.<sup>8</sup>

Pérez Ayala y colaboradores en una investigación realizada en el Policlínico "Dr. Modesto Gómez Rubio", municipio San Juan y Martínez, Pinar del Río, reportaron que los pacientes que presentaban enfermedad periodontal eran fundamentalmente féminas y pertenecían a la población de entre 20-59 años de edad. El mayor número de enfermos tenía nivel educacional medio, higiene bucal deficiente y practicaban el hábito de fumar. El factor de riesgo que más afectó la población fue la presencia de placa dental bacteriana con 238 pacientes para un 88,4 %, se identificó el comportamiento de algunos factores de riesgo en la aparición de periodontopatías lo que posibilita hacer mayor énfasis en la prevención y el tratamiento periodontal primario.<sup>4</sup>

Villegas Rojas y colaboradores en Matanzas reportan que la enfermedad periodontal mostró una alta prevalencia en la población estudiada, resaltaron las

féminas en la edad de 61 y más años de edad en correspondencia con el envejecimiento poblacional actual. Predominó la gingivitis de tipo leve y la periodontitis moderada. Las zonas vestibulares de incisivos inferiores y molares superiores se afectaron por enfermedad periodontal.<sup>13</sup>

Paez González y colaboradores reportaron resultados obtenidos en pacientes del Policlínico "Pedro Díaz Coello" de Holguín, de los pacientes afectados con enfermedades periodontales 43 correspondieron al sexo femenino (53,7 %) y 37 al sexo masculino (46,2 %). El 61,3 % presentó gingivitis con predominio del grupo de 15 a 18 años de edad, con 29 pacientes para el 59,1 %, sin diferencia entre sexos. El resto de los pacientes presentó periodontitis con predominio del grupo de 35-59 años con 90,3 %. Los factores de riesgo significativos de enfermedad periodontal fueron la higiene bucal deficiente, caries dental, maloclusión y dientes perdidos no restituidos. La odontología iatrogénica y el tabaquismo no representaron factores de riesgo significativos.<sup>1</sup>

#### Bases teóricas

El periodonto es el sistema funcional compuesto por la encía, el cemento radicular, el ligamento periodontal, el hueso alveolar, el epitelio de unión y la cutícula dental. Comprende todos los tejidos de sostén y protección que amortiguan las cargas que reciben los dientes. El ligamento periodontal y la encía son tejidos blandos, mientras que el cemento y el hueso alveolar son tejidos duros por estar mineralizados. Todos estos componentes actúan como una entidad y tienen como función unir el diente al hueso de los maxilares mediante una articulación.<sup>15</sup>

Por enfermedades periodontales se entienden un conjunto de procesos inflamatorios que afectan al periodonto; es decir, al conjunto de tejidos que rodean al diente, causando la destrucción del hueso y provocando la pérdida de la dentición. Básicamente las enfermedades periodontales se dividen en gingivitis y periodontitis, teniendo a su vez, cada una de ellas, varias subclasificaciones con distinta gravedad.<sup>15</sup>

#### Gingivitis

La gingivitis es un cuadro inflamatorio muy común que afecta al periododonto de protección. Las encías presentan cambio de consistencia, textura y forma, aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños como el masticar o cepillarse los dientes.

No hay migración del epitelio de unión, no hay bolsas ni destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar.<sup>16</sup>

Entre los cuadros agudos de la Enfermedad Gingival tenemos las gingivitis específicas asociadas a microorganismos o al VIH / SIDA; la Gingivo Estomatitis Herpética Aguda (GEHA) ocasionada por virus. La Gingivitis Úlcero Necrozante Aguda (GUNA), ahora reclasificada junto con la Periodontitis Úlcero Necrozante Aguda (PUNA). Esta infección aguda se presenta preferentemente en adolescentes, y se atribuye a una resistencia menor del huésped por stress. Se desarrolla por la simbiosis de espiroquetas y bacilos fusiformes.<sup>17</sup>

En el caso de las Gingivitis crónicas existen varios tipos y clasificaciones todas con manifestaciones clínicas muy semejantes. En las Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades Gingivales y Periodontales cubanas las describen de acuerdo a su localización, extensión y aspecto anatomoclínico.<sup>17</sup>

Según 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.

Por la 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.

Según el 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.<sup>17</sup>

#### Gingivitis crónica edematosa

La encía se muestra lisa, brillante, adquiere una coloración rojo azulada y su consistencia es blanda, se borran los surcos interdentarios y el surco marginal. La forma biselada de la encía se torna redondeada. Si el proceso inflamatorio llega hasta la encía adherida se produce la pérdida del punteado gingival. Se presenta sangramiento al mínimo estímulo. Pueden aparecer bolsas virtuales a expensas del aumento de tamaño de la encía sin que se afecten los tejidos del periodonto de inserción. Generalmente este proceso es indoloro a no ser que se le sobreañada un proceso agudo. Igual ocurre en la gingivitis fibroedematosa y en la fibrosa.

#### Gingivitis crónica fibrosa

La encía es firme, de color normal o ligeramente más clara y de consistencia dura. Hay pérdida del biselado normal con aumento del volumen de la encía. No se

observa pérdida del punteado, en oportunidades puede existir reforzamiento del mismo. El sangramiento es menos marcado.

#### Gingivitis crónica fibroedematosa

Como hemos referido antes, la gingivitis crónica se presenta de dos formas extremas: fibrosa y edematosa, aunque las características de ambos procesos pueden aparecer combinados dando origen a la gingivitis fibroedematosa. Clínicamente podemos encontrar cambios clínicos de la gingivitis edematosa y la fibrosa. La encía puede estar blanda y no hipercoloreada o roja y de consistencia firme, el sangramiento no es abundante.

#### Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad infecciosa producida por bacterias que da lugar a una reacción inflamatoria alrededor de las encías con la destrucción de los tejidos suaves y los duros que sostienen a los dientes, pueden evolucionar hacia la destrucción del soporte óseo de los dientes.

En la literatura existen numerosas clasificaciones de las Periodontitis, en las Guías cubanas para estas enfermedades están especificadas como sigue.

- Periodontitis prepuberal
- Periodontitis juvenil: Localizada o Generalizada
- Periodontitis rápidamente progresiva
- Periodontitis crónica del adulto

Periodontitis prepuberal: Se presenta en niños durante o inmediatamente después de la erupción de los dientes temporales, su ocurrencia es rara y generalmente asociada a alteraciones genéticas, afecciones respiratorias, otitis media y defectos funcionales de neutrófilos y monocitos.<sup>17</sup>

Periodontitis juvenil: Localizada o Generalizada: Es una forma de periodontitis avanzada que se presenta en adolescentes y adultos jóvenes. Según su distribución en la boca puede ser localizada cuando afecta a primeros molares e incisivos o generalizada a la totalidad de los dientes. La magnitud de la destrucción periodontal en la mayoría de los casos no es proporcional a la cantidad de irritantes locales presentes, con frecuencia se presenta en varios miembros de una familia.

Periodontitis rápidamente progresiva: Es la más frecuente de las periodontitis de inicio precoz, se caracteriza por destrucción periodontal generalizada que afecta a toda la dentición, aparece en jóvenes entre 18 y 35 años. La progresión de la



enfermedad es rápida y cíclica, en los períodos de exacerbación los tejidos gingivales aparecen extremadamente inflamados, con proliferación de la encía marginal y sangramiento al menor estímulo. En los períodos de remisión la encía puede estar rosada y sin inflamación.<sup>18</sup>

Periodontitis crónica del adulto:

Es la forma más frecuente de Periodontitis en la población adulta. Se caracteriza por pérdida de inserción periodontal que se inicia alrededor de los 30 a 35 años de edad, puede afectar toda la dentadura o a un grupo de dientes, es de progresión lenta y puede presentarse en forma leve, moderada o severa.

De acuerdo con el grado de severidad se describen tres categorías: leve, moderada y avanzada.

- Leve: Donde hay progresión de un proceso inflamatorio dentro de los tejidos periodontales más profundos y en la cresta ósea alveolar, con ligera pérdida de hueso, la profundidad de la bolsa es de tres a cuatro milímetros.
- Moderada: Etapa que se distingue por la destrucción acentuada de las estructuras periodontales y una sensible pérdida del hueso de sostén, acompañada la mayoría de las veces de movilidad dentaria.
- Severa o Avanzada: En la cual se presenta una mayor destrucción del soporte óseo alveolar, existe un aumento de la movilidad del diente y se incrementa la probabilidad de que existan lesiones de furcación de dientes multirradiculares.

En relación con la severidad se considera que el 80% de la población está afectada por alguna forma de Periodontitis ligera o moderada y que de un 10 a un 20% presenta formas más severas de la enfermedad, en estos grupos de individuos se manifiestan factores de susceptibilidad individual para la Periodontitis y deben ser identificados de manera precoz.<sup>17</sup>

Estudios como el de Acosta y Andrade y colaboradores citan que la inflamación periodontal crónica afecta aproximadamente al 15% de la población adulta de manera moderada a severa y puede ser una causa originaria de pérdida de dientes.<sup>18, 19</sup>

Etiología de la Enfermedad Periodontal.

Si bien la Enfermedad Periodontal es multifactorial, ésta no se produce en ausencia de placa dentobacteriana, la película organizada, proliferante, enzimáticamente activa y potencialmente patogénica, está constituida por

agregación de microorganismos glucoprotéicos salivares, productos bacterianos, sales inorgánicas, células epiteliales decamadas, leucocitos y macrófagos.<sup>20</sup>

Esta placa dentobacteriana que se forma sobre nuestros dientes, al igual que el resto de las películas biológicas que hay en nuestra piel y nuestros intestinos, establece con nosotros una relación de simbiosis o de tipo comensal, relación en la que dos organismos diferentes viven juntos sin que ello sea necesariamente beneficioso para los dos o dañe al anfitrión. La inflamación de encías o la caries dental se producen cuando la placa se hace excesivamente gruesa o cuando se ve afectada por factores externos. Se estima que entre el 65 y el 80% de todas las infecciones crónicas que tratan los médicos en el mundo desarrollado se pueden atribuir a películas microbianas.<sup>20</sup>

La enfermedad periodontal se produce por bacterias específicas, en número adecuado para un huésped determinado que proporciona un microambiente propicio para la ruptura del equilibrio entre la virulencia de los microorganismos y la capacidad de respuesta del huésped.

Es bien sabido, que la presencia de placa es requisito fundamental para que se origine la inflamación gingival, y la eliminación de ésta es básica para la remisión de la afección, y por esta razón se hablaba de una teoría inespecífica, según la cual era más importante la presencia y permanencia en el tiempo de gran cantidad de placa y cálculo o tártaro que las bacterias que pudieran éstos contener, así, mientras más placa se había acumulado, más grave era la afección, pero esta teoría no explicaba por qué algunas personas portaban pequeñas cantidades de placa y tártaro y padecían de reabsorciones óseas y migraciones severas, en tanto otras personas, con mucha más cantidad de tártaro dental, eran relativamente sanos desde el punto de vista periodontal.<sup>21</sup>

Enumerar y describir las principales bacterias implicadas en la génesis de los diferentes tipos de periodontitis, no es cosa fácil, ya que la revisión de la extensa bibliografía sobre el tema, es a veces algo contradictoria, pero si se pueden obtener datos que permiten afirmar a un microorganismo como periodontopatógeno, aunque muchos autores prefieren llamarlos "posibles patógenos periodontales".<sup>22</sup>

### Patogenia

La patogenia de la enfermedad periodontal es un proceso complejo no totalmente esclarecido en el que interactúan numerosos factores modificadores de la

enfermedad en los diferentes individuos. Sin embargo se sabe que las defensas inmunológicas del hospedero y la presencia de ciertos elementos de las bacterias (lipopolisacáridos) del área subgingival, condicionados por los llamados factores de riesgo, son los responsables del inicio y evolución de la enfermedad. La respuesta del hospedero tiene dos vertientes una defensiva y otra destructiva. La defensiva neutraliza específicamente los inmunógenos de los microorganismos del surco gingival, además de activar el sistema inmunoinflamatorio como la fagocitosis y el sistema de complemento.<sup>23</sup>

La destructiva activa mecanismos enzimáticos y de otra índole que degradan la sustancia fundamental del tejido conectivo. El sistema inmunológico del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende y crece por debajo de la línea de las encías. Las toxinas de las bacterias y las enzimas del cuerpo que luchan contra la infección empiezan a destruir el hueso y los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar.<sup>24</sup>

Villa Ocampo en su estudio demuestra que la mayor prevalencia y severidad de la gingivitis y periodontitis están estrechamente asociadas con una mala higiene bucal de las poblaciones estudiadas y todos los estudios posteriores lo siguen confirmando.<sup>24</sup> Pardo Romero y colaboradores en su estudio asocian la higiene bucal deficiente con el origen y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales.<sup>25</sup> La mayoría de estas investigaciones la incluyen dentro de los principales factores de riesgo de las enfermedades periodontales.<sup>25,26</sup>

Factores de riesgo.

El inicio y progreso de las infecciones periodontales son claramente modificadas por factores o condiciones de riesgo locales y sistémicos. Estos factores de riesgo pueden ser biológicos, medioambientales, físicos y sociales entre otros. Además de otros riesgos innatos determinantes asociados con estas enfermedades como: factores genéticos o hereditarios, sexo, edad e inmunodeficiencias congénitas. Dentro de los factores de riesgos adquiridos y ambientales se han estudiado: la higiene bucal, estrés, el tabaquismo, nivel educacional y socioeconómico, medicamentos, malnutrición, enfermedades sistémicas, defectos inmuno adquiridos entre otros más.<sup>27</sup>

Factores genéticos. Se ha demostrado que algunas personas son más propensas que otras a sufrir de la enfermedad periodontal severa. Se plantea que hasta un 30 por ciento de la población puede ser genéticamente susceptible de desarrollar una

severa enfermedad periodontal. Otros investigadores señalan también que hasta un 50% pueden tener el riesgo genético de padecer Periodontitis grave.<sup>28,29</sup>

Con relación al sexo, la mayoría de las investigaciones afirman que las gingivitis son más comunes en el sexo femenino, lo atribuyen a las frecuentes variaciones hormonales, sobre todo durante la pubertad, el período menstrual y el embarazo. En este último, habitualmente, las encías aumentan de tamaño y se inflaman levemente dando lugar a la llamada "gingivitis del embarazo" generalmente muy frecuente en este periodo y sobretodo en el segundo trimestre.<sup>30</sup>

Pérez Hernández, en Pinar del Río en un estudio con pacientes afectados por enfermedades periodontales, encontró que el mayor número de afectados correspondieron al sexo femenino.<sup>31</sup>

Díaz Cárdenas y colaboradores, en un estudio realizado en Santa Clara, evidenciaron resultados similares a este estudio.<sup>32</sup>

La higiene bucal deficiente ha sido el factor más estudiado, ampliamente se ha demostrado que los individuos con higiene bucal deficiente tienen de 10 a 20 veces más probabilidad de riesgo para padecer Periodontitis a cualquier edad. También aumenta la presencia de cálculos en individuos que no reciben atención estomatológica regular y en diabéticos con mal control metabólico, lo que favorece la pérdida de inserción epitelial. Se ha confirmado en varias de estas investigaciones que una higiene bucal excelente reduce marcadamente el riesgo de todas las formas de enfermedad periodontal.

Algunos estudios se plantean que la aplicación de la técnica de cepillado convencional y la administración de enjuagues bucales, con gluconato de clorhexidina al 0,12 %, reduce la cantidad de placa, inhibe su formación y disminuye la severidad de la gingivitis.

El estrés ha sido estudiado en algunas investigaciones que revelan que puede hacer que el cuerpo tenga más dificultad en luchar contra las infecciones, entre ellas la enfermedad de las encías.<sup>33</sup>

El hábito de fumar también es considerado dentro de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de la periodontitis. El resultado de varias investigaciones confirma que el tabaco reduce el aporte sanguíneo a los tejidos de la encía disminuyendo la capacidad defensiva de los mismos frente a las bacterias. Este efecto guarda relación con el número de cigarrillos consumidos, siendo el efecto máximo por encima de un paquete al día.<sup>34</sup>

Toledo Pimental en La Habana reporta que los pacientes que practican el tabaquismo presentan mayor severidad de la afección periodontal.<sup>35</sup>

Los pacientes diabéticos son más susceptibles a la enfermedad periodontal y a menudo requieren más cuidado periodontal que los pacientes no diabéticos.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud y el progreso de la enfermedad. También se conoce que tener un factor de riesgo no implica estar enfermo, pero sí más susceptible y aumenta la probabilidad de enfermarse. El estudio de estos factores de riesgo nos permite identificar a individuos de alto o bajo riesgo de manera de poder prevenir y controlar la enfermedad.<sup>20, 33</sup>

#### Diagnóstico

Las enfermedades periodontales no suelen causar dolor o molestias intensas. El síntoma más frecuente es el sangrado espontáneo durante el cepillado dental; aunque en pacientes fumadores es menos evidente. También puede aparecer pus en la encía, mal sabor o mal aliento, enrojecimiento de las encías, retracción de las mismas y aspecto de diente más largo, aparición de espacios entre los dientes o cambios de posición de estos, hipersensibilidad a cambios térmicos (sobre todo al frío), dolor y movilidad de los dientes.

El diagnóstico de certeza solo lo puede realizar el dentista o el periodoncista (especialista en tratar los problemas de encías) mediante un medidor denominado sonda. Se evalúa si los tejidos periodontales se encuentran inflamados superficialmente (gingivitis) y si se ha producido una pérdida de los tejidos de soporte (periodontitis). Puede ser necesario, además, hacer radiografías para confirmar los hallazgos. Se puede complementar el diagnóstico mediante análisis microbiológicos (para identificar las bacterias patógenas), o mediante análisis genéticos (para evaluar la susceptibilidad del individuo ante la enfermedad).<sup>36</sup>

#### Señales de alerta:

- Sangrado espontáneo o enrojecimiento de las encías.
- Mal aliento.
- Hipersensibilidad al frío.
- Movilidad o separación del diente.
- Dientes más largos.
- Pérdida de dientes.<sup>37</sup>

## Tratamiento

En el tratamiento de las enfermedades periodontales, como es el caso de la gingivitis, es necesario limpiar las bacterias que se hayan acumulado mediante la eliminación de la placa dental y el cálculo dental (también llamado tártaro o sarro, que es la placa mineralizada). Este tratamiento, denominado profilaxis profesional (también detartraje o “limpieza de boca”), lo realizan los profesionales odontológicos: tanto el higienista dental, como el dentista o el periodoncista. Como medida preventiva, se deben cepillar los dientes y encías para mantenerlos limpios y saludables.

El tratamiento de la periodontitis se organiza en dos fases. En la primera fase, también llamada fase básica del tratamiento, se eliminarán las bacterias de las bolsas periodontales mediante un raspado y alisado radiculares (incorrectamente denominado curetaje), que supone limpiar las bacterias, la placa y el cálculo de las raíces de los dientes. En ocasiones esta fase del tratamiento es acompañada por el uso de antibióticos.<sup>38</sup>

Sin embargo, en enfermedades agresivas o avanzadas es necesario realizar una segunda fase de tratamiento, que consiste en acceder a esas bolsas periodontales profundas. Esta fase se denomina cirugía periodontal. En ocasiones, durante la cirugía periodontal también se pueden aplicar, de manera localizada, técnicas de regeneración del hueso perdido. Cuando el tratamiento activo termina, la enfermedad debe estar controlada.

Continúa la fase de mantenimiento, considerada la fase fundamental del tratamiento periodontal y la única manera de conseguir el control de la periodontitis a largo plazo. Las fases básica y quirúrgica son muy eficaces para controlar las bacterias y lograr la salud periodontal, pero estas bacterias tienden a recolonizar la bolsa periodontal desde otros reservorios bucales y si no se actúa de forma adecuada la enfermedad tiende a reaparecer tras algunos meses.<sup>38</sup>

Es importante destacar que el mantenimiento periodontal no es únicamente una profilaxis profesional, sino que se trata de una actuación médica individualizada adecuada a las necesidades de cada paciente. La frecuencia de mantenimiento se define para cada caso particular, pero suele oscilar de una visita cada 3 meses a una cada 6 meses.

El tratamiento consiste fundamentalmente en el control de los factores de riesgo y, en casos severos, una cirugía periodontal, cuyo objetivo primordial no es la

curación, sino la exégesis de las lesiones, por la cual se garantizará un buen mantenimiento posterior del periodonto ante los factores etiológicos.

#### Prevención

La prevención de una enfermedad común como la enfermedad periodontal es muy complicada a causa de su naturaleza multifactorial, que compromete la genética, el medioambiente, el nivel social y otros factores. Las acciones preventivas están dirigidas a detener el avance de las enfermedades gingivales y periodontales o a evitar su aparición en la población supuestamente sana o con riesgos.<sup>39</sup>

La mejor forma de prevenir la periodontitis es mantener una correcta higiene bucal para controlar los niveles de placa dental; personas predispuestas pueden desarrollar la enfermedad a pesar de una correcta higiene bucal. La higiene bucal personal se debe acompañar de consultas periódicas al dentista o periodoncista a fin de realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad. Es necesario entonces modificar los estilos de vida.<sup>40</sup>

## CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO



## CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir el comportamiento de la enfermedad periodontal en la población adulta comprendida entre 20 y 59 años de edad atendida en el Policlínico “Julio Antonio Mella” del municipio Báguanos en el período de mayo a diciembre de 2021.

### Universo y muestra

El universo y muestra de la investigación quedó constituido por 67 pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal que acudieron a la consulta de urgencias pertenecientes al área de salud antes mencionada, escogidos mediante un muestreo intencionado.

### Criterios de inclusión:

- Pacientes que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo I).
- Pacientes en edades comprendidas entre 20 y 59 años.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes que en algún momento recibieron tratamiento quirúrgico periodontal.

### Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Escala	Definición
Edad	Cualitativa ordinal	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años	Cantidad de años cumplidos reflejados en el formulario en el momento de la investigación.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo genérico.
Factores de riesgo	Cualitativa nominal politómica	-Higiene bucal deficiente. -Restauraciones defectuosas	-Cuando exista más de un 20 % de superficies teñidas. -Se considerarán aquellas en las que no se reprodujo adecuadamente el contorno de

		<p>-Prótesis inadecuadas</p> <p>-Diabetes Mellitus</p> <p>-Tabaquismo o</p>	<p>los dientes, ya sea por exceso o defecto, se omitió el contacto interdentario, presentó márgenes cervicales desbordantes o en defecto, detectables clínicamente.</p> <p>-Se tendrán en cuenta aquellas prótesis parciales de acrílico (mucosoportadas) que representen o pudieran representar una agresión a los tejidos periodontales.</p> <p>-Se considerarán aquellos pacientes diagnosticados por su médico de asistencia y que se encuentren dispensarizados como tal.</p> <p>-Se recogerá de acuerdo a lo que expresen los pacientes a través del interrogatorio con relación a la práctica de este hábito.</p>
Grado de severidad de la afección periodontal	Cualitativa ordinal	1. Gingivitis Leve.	Según índice de de Russel. Forma OMS revisado (I P-R). Hay una evidente zona de inflamación de la encía marginal que no rodea todo el diente.
		2. Gingivitis	Inflamación que rodea todo el diente completamente pero no hay alteración evidente de la adherencia epitelial.
		6. Gingivitis con formación de bolsas.	Hay ruptura de la adherencia epitelial con una bolsa periodontal, no hay interferencia en la función masticatoria normal, el diente esta

			firme y no ha migrado.
		8.Periodontitis	Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria. El diente puede presentar movilidad, haber migrado, puede ser depresible en su alveolo, con pérdida de la función masticatoria.
Higiene bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Eficiente	Menos del 20 % según índice de Love.
		Deficiente	Más del 20 % según índice de Love.

### **Obtención de la información**

La información necesaria para el desarrollo de esta investigación fue recogida en un modelo de recolección de la información confeccionado por la autora que se le llenó a cada paciente objeto de estudio (Anexo II). La recopilación de los datos se realizó únicamente por la autora del trabajo, evitando así el sesgo de observación.

Para examinar a estos pacientes se utilizó un paquete que contenía:

- Espejo bucal.
- Pinza para algodón.
- Explorador.
- Sonda periodontal tipo Williams.
- Aplicador.

El examen clínico de cada paciente se realizó en la consulta estomatológica, empleando el sillón dental. Después de obtenido los datos generales, anotando claramente la edad y sexo de cada paciente, se procedió a realizar el examen bucal donde se aplicó el índice periodontal de Rusell. Se comenzó el examen por el cuadrante superior derecho, luego el superior izquierdo seguido por el inferior izquierdo y por último el derecho inferior. Se observaron detalladamente las características clínicas presentes en la encía, se realizó el sondaje, se utilizó la solución antiséptica de gluconato de clorhexidina al 0,1 % para aplicar a la parte activa de la sonda periodontal de Williams que fue utilizada de un diente a otro, se registró el valor asignado al diente más afectado de cada paciente examinado siguiendo la escala de valores de dicho índice. Sólo se registró el valor asignado al

diente más gravemente afectado de cada paciente examinado. La clasificación del estado periodontal se realizó siguiendo los criterios de Russell, con este índice se puede determinar tanto la prevalencia como la gravedad de la enfermedad periodontal de una población.

Luego se aplicó el Índice de Análisis de Higiene Bucal según Love, que requiere de un tiempo de aproximadamente dos o tres minutos, utilizando tabletas reveladoras de placa dentobacteriana para reducir la subjetividad del observador, en este caso se usó Placdent. Una vez aplicada la tableta reveladora con la ayuda de un espejo bucal se observaron todas las superficies dentales según los criterios establecidos y se determinó el IAHB (Índice de Análisis de Higiene Bucal según Love).

Se calculó con la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de Love} = \frac{\text{Superficies teñidas}}{\text{Superficies examinadas}} \times 100$$

Se consideró deficiente cuando existió más del 20 % de superficies teñidas.

### **Técnicas y procedimientos**

Una vez obtenida la información primaria se creó una base de datos computarizada con el programa Excel y se confeccionaron las tablas.

El análisis de la información incluyó el cálculo del porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas. Se describió el contenido de cada tabla y se comparó con los de otros estudios sobre la base de un análisis inductivo-deductivo que permitió dar salida a los objetivos propuestos, emitir conclusiones y formular las recomendaciones.

La redacción del informe final, las tablas y gráficos se realizaron mediante el uso del editor de texto Word del Office para Windows, las referencias bibliográficas se acotaron según las normas de Vancouver 2015.

### **Aspectos éticos**

Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki. Antes de incluir a cada paciente en la investigación, se le explicó de forma detallada la importancia científica que representaba su participación, se le aclaró su derecho de abandonar el estudio si así lo deseaba y desde el punto de vista bioético se le garantizó la confidencialidad de la información obtenida. Se recogió por escrito la aprobación de cada paciente para formar parte de la investigación (Anexo I).

## CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1. Distribución de pacientes con periodontopatías según grupos de edades y sexo.**

Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	6	8,96	7	10,45	13	19,40
30-39	6	8,96	5	7,46	11	16,42
40-49	9	13,43	5	7,46	14	20,90
50-59	19	28,36	10	14,93	29	43,28
Total	40	59,70	27	40,30	67	100,00

Al analizar la distribución de pacientes con periodontopatías según grupos de edades y sexo (tabla 1), se evidenció un predominio del grupo de edad de 50 a 59 años (43,28 %) y del sexo femenino (59,70 %).

El deterioro del estado periodontal avanza con la edad, es una tendencia que también se cumple en este estudio. Los efectos de la enfermedad periodontal tienden a acumularse en el tiempo provocando una disminución de la respuesta del huésped frente a las infecciones bacterianas, como consecuencia de un debilitamiento del sistema inmune.

El sexo femenino fue el más afectado, este comportamiento se debe a una serie de cambios físicos, psicológicos y fisiológicos que ocurren a lo largo de la vida donde la mujer presenta más predisposición a la enfermedad periodontal, debido a los cambios hormonales (estrógeno) por los que pasa en diversas etapas dando como resultado una prevalencia mucho mayor en este género.

Los resultados de este estudio difieren con los obtenidos por Arévalo Vaca en Ecuador, donde existe un predominio del grupo de 40 a 49 años con un 23,63% y en cuanto al sexo, muestran un predominio del sexo masculino con 489 pacientes para un 54,21%.<sup>41</sup>

Pérez Hernández, en Pinar del Río en un estudio con pacientes afectados por enfermedades periodontales, encontró que 43 correspondieron al sexo femenino para el 53,7 % y 37 al sexo masculino para el 46,2 %, el grupo de edad que prevaleció fue el de 35-59 años con 37 pacientes para el 46,2 %.<sup>31</sup>

Díaz Cárdenas y colaboradores, en un estudio realizado en Santa Clara, evidenciaron que el grupo de 50 a 59 años fue el que más enfermos aportó con un 64,42% y el sexo femenino 25,96%; resultados similares a este estudio.<sup>32</sup>

Diferentes autores han demostrado que las periodontopatías comienzan a aparecer alrededor de los 20 años, aumentan con la edad y gran parte de la población está afectada por alguna forma de periodontitis ligera o moderada y algún porcentaje presenta formas más severas, observándose que la población masculina adulta tiene un alto grado de afectación.<sup>41-46</sup>

**Tabla 2. Distribución de pacientes con periodontopatías según factores de riesgo y grupos de edades.**

Factores de riesgo	20-29		30-39		40-49		50-59		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Higiene bucal deficiente	7	10,45	8	11,94	9	13,43	17	25,37	41	61,19
Tabaquismo	5	7,46	4	5,97	5	7,46	6	8,96	20	29,85
Restauraciones defectuosas	2	2,99	3	4,48	4	5,97	5	7,46	14	20,90
Diabetes Mellitus	0	0	1	1,49	1	1,49	2	2,99	3	4,48
Prótesis Inadecuadas	0	0	2	2,99	1	1,49	3	4,48	6	8,96

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes con periodontopatías según factores de riesgo y grupos de edades. Se comprobó que la higiene bucal deficiente estuvo presente en la mayor cantidad de pacientes (61,19 %) con un predominio en el grupo de edad de 50 a 59 años (25,37 %). Seguido por el tabaquismo, que afecta a un 29,85% de la población estudiada.

Consideramos que a medida que se incrementa la edad disminuye la buena higiene bucal, apareciendo en la mayoría de los pacientes abundantes restos y cálculos. La higiene bucal juega un importante papel porque la mayor prevalencia y severidad de la enfermedad se asocia estrechamente con una higiene bucal deficiente, lo cual lleva implícito el acúmulo de placa dentobacteriana y cálculo dental. Aunque la etiología de esta enfermedad es multicausal, los factores de tipo local son los que más frecuentemente lo originan, siendo la principal la flora

microbiana asociada a la placa dentobacteriana, la cual a través de la producción de enzimas activa el sistema inmunológico localmente, desencadenando un proceso inflamatorio crónico de larga evolución que contribuye a la destrucción del periodonto.

Pincay Pincay en un estudio realizado en Ecuador expone que la higiene bucal deficiente ejerce una mayor influencia en los grupos de edades de 50 a 59 años (321 pacientes) y 40 a 49 años (296 pacientes) con un 35,59% y 32,82% respectivamente.<sup>42</sup>

Gutiérrez y colaboradores en un estudio en Venezuela, reportan que puede observarse un predominio de la higiene bucal deficiente (544 pacientes) en el grupo de edad de 50 a 59 años, lo que representa un 60,31%.<sup>43</sup>

Horna Valle en Lima Perú, presenta los factores de riesgo asociados a periodontopatías según grupos de edad, donde también reportó como el factor de riesgo predominante la higiene bucal deficiente, presente en el 78,04 % de los individuos examinados. El resto de los factores de riesgo se comportaron de manera decreciente como sigue: las restauraciones defectuosas se presentaron en el 18,34 % de los examinados, la diabetes mellitus solo se detectó en el 5,3 % de la población objeto de estudio y en menor cuantía las prótesis inadaptadas para un 2,34 %.<sup>47</sup>

Toledo Pimental en La Habana reporta que dentro de los pacientes que practican el tabaquismo el grupo de edad más afectado por la enfermedad correspondió al de 50 a 54 y además presentan la mayor severidad de la afección.<sup>35</sup>

Díaz Cárdenas, expone que puede apreciarse de manera general que la higiene bucal deficiente obtiene el porcentaje más elevado con un 89,03 %, representado en 803 personas, seguido de las restauraciones defectuosas en 530 pacientes para un 58,75 %, siendo los mayores de 50 años los más afectados (58%).<sup>32</sup>

La higiene bucal es un factor importante en la aparición de la enfermedad periodontal ya que crea en la cavidad oral las condiciones necesarias para que los microorganismos patógenos y sus productos desencadenen reacciones químicas y biológicas en las estructuras periodontales enfermando las mismas.<sup>18,19, 24,25, 31,</sup>



**Tabla 3. Distribución de pacientes con periodontopatías según grado de severidad de la afección periodontal y sexo.**

Grado de severidad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
Gingivitis leve.	6	8,96	1	1,49	7	10,45
Gingivitis.	9	13,43	7	10,45	16	23,88
Gingivitis con bolsas.	18	26,87	14	20,90	32	47,76
Destrucción avanzada.	7	10,45	5	7,46	12	17,91
Total	40	59,70	27	40,30	67	100,00

Al analizar la distribución de pacientes con periodontopatías según grado de severidad y sexo (tabla 3), se observó un predominio de la Gingivitis con bolsas (47,76 %) en el total de los examinados y en el sexo femenino (26,87 %). Seguido de la Gingivitis (23,88%) afectando mayormente al sexo femenino (13,43%).

Existe un gran por ciento de pacientes afectados por la enfermedad periodontal predominando sus formas más severas; esto se debe en gran medida debido al cierre de las consultas por la situación epidemiológica que estaba atravesando el país, y estos pacientes han estado expuestos por más tiempo a factores de riesgo. Escalante Maron, en su investigación realizada en Perú, manifiesta que los estados más avanzados: gingivitis con formación de bolsa (137 pacientes) y destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria (44 pacientes), afectaron a las féminas en un 33,17 % y 10,65 % respectivamente. Se detectó además que la gingivitis fue la categoría que prevaleció con 203 personas afectadas para un 49,05 %.<sup>49</sup>

Lorenzo y colaboradores, en relación con la intensidad de la enfermedad periodontal según sexo, muestran que en el masculino prevaleció la gingivitis, observándose esta en 19 pacientes (18,10%), seguida de la gingivitis con bolsa en 13 pacientes (12,38%). En el femenino resultó ser más frecuente la gingivitis leve, 13 pacientes para un 12,38 % y la gingivitis, con 12 casos para un 11,43 %. De modo general predominó la gingivitis (29,52%).<sup>50</sup>

Concordando con el estudio realizado por Reyes Rojas en el Salvador donde muestra que en el masculino prevaleció en un mayor porcentaje la gingivitis, observándose esta en 19 pacientes (18,10%) seguida de la gingivitis con bolsa en 13 pacientes (12,38%).<sup>51</sup>

Tabera García y colaboradores en un estudio realizado en Baracoa, encontraron en el sexo masculino predominio de la destrucción avanzada y en el sexo femenino gingivitis leve y gingivitis, en ambos casos.<sup>52</sup> Vázquez Isla en un estudio realizado en Banes, municipio de la provincia de Holguín, presenta semejantes resultados.<sup>53</sup>

**Tabla 4. Distribución de pacientes con periodontopatías según grado de severidad de la afección periodontal e higiene bucal.**

Grado de Severidad	Deficiente		Eficiente		Total	
	No	%	No	%	No	%
Gingivitis leve.	5	7,46	2	2,99	7	10,45
Gingivitis.	9	13,43	7	10,45	16	23,88
Gingivitis con bolsas.	21	31,34	11	16,42	32	47,76
Destrucción avanzada.	6	8,96	6	8,96	12	17,91
Total	41	61,19	26	38,81	67	100,00

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes con periodontopatías según grado de severidad e higiene bucal, donde se evidenció que la higiene bucal deficiente está presente en el 61,19 % de los pacientes y solo el 38,81% presentaban una higiene bucal eficiente. En pacientes con gingivitis con bolsas el 31,34 % presentaban higiene bucal deficiente y en pacientes con gingivitis el 13,43%.

Pincay Pincay en un estudio en Ecuador, reportó que el 80 % de los pacientes tenían higiene deficiente y presentaban algún grado de periodontopatía, lo que demuestra que es común la presencia de una higiene bucal deficiente en pacientes portadores de periodontopatías.<sup>42</sup>

Díaz Cárdenas y colaboradores, en un estudio realizado en Villa Clara, reportaron que el 24,77 % con deficiente higiene bucal padecían gingivitis leve.<sup>32</sup>

Borrell Fuster y colaboradores en Cienfuegos, reportan que de un total de 105 pacientes examinados, 79 pacientes (75,23%) presentaron higiene bucal deficiente y que el mayor por ciento de afectados presentó gingivitis (22,86%).<sup>54</sup>

Los hábitos de higiene oral irregular o deficiente incrementan el avance de la enfermedad periodontal y su complejidad, junto con la necesidad de derivación y tratamiento por especialista, elevando significativamente los costos. La higiene bucal deficiente es un elemento crucial en el inicio y progresión de las periodontopatías. Una excelente higiene reduce marcadamente el riesgo de todas las formas de enfermedad periodontal.

## **CONCLUSIONES**

- Se evidenció un predominio de pacientes con periodontopatías en el grupo de edades de 50 a 59 años y del sexo femenino.
- Se identificaron como factores de riesgo más frecuentes la higiene bucal deficiente, el tabaquismo y las restauraciones defectuosas.
- Se determinó que la Gingivitis con bolsas fue el criterio de severidad más frecuente, con mayor incidencia en el sexo femenino.
- La higiene deficiente predominó en los pacientes estudiados.

## **RECOMENDACIONES**

-Aplicar una intervención educativa encaminada a elevar el nivel de conocimiento sobre las enfermedades periodontales en la población general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paez González Y, Tamayo Ortiz B, Batista Bonillo A, García Rodríguez YC, Guerrero Ricardo I. Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. ccm [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Ene 07] ; 19(2): 269-281. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812015000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200009&lng=es).
2. Barros Urquizo JC. Calidad de vida en pacientes adultos con periodontitis crónica. MS tesis. Quito: UCE, 2017.(citado 2021 Ene 10).Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10867>
3. González Díaz ME. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017.
4. Pérez-Ayala D, Pérez-Hernández Y. La influencia de algunos factores de riesgo en las periodontopatías. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 04]; 21(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcmhhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/785>
5. Valdiviezo Andrade, KM. Tratamiento y terapia periodontal básica en paciente de edad adulta. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología., 2019.(citado 2021 ene 12)Disponible en :<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40299>
6. Carranza F, Takey H, Newman M. Periodontología clínica. 9na ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2004.
7. Martínez AC, Martínez ME, Llerena, Peña Herrera MS. "Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados." *Dominio de las Ciencias* 3.1 (2017): 99-108. (citado 2021 ene 12)Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802912>
8. Moral de la Rubia J, Rodríguez Franco NI. Consistencia interna y estructura factorial del Perfil de Impacto de Salud Oral aplicado a la enfermedad periodontal en una muestra de población general de adultos mexicano. : Universitas Odontológica. [Internet]. 2017 [citado 2021 Nov 08]; 36(77). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6343687>
9. Colectivo de autores. Indicadores epidemiológicos. En: Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2013: p; 517 –570

10. Jara GA. Asociación entre el uso de hilo dental y enfermedad periodontal en adultos de los estados unidos de américa entre el 2019 al 2020. [Tesis]. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2020. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/655714/Jara.pdf?sequence=1>[citado 2021 Nov 08];
11. Banegas Encalada JD. Frecuencia de cepillado dental y auto percepción de la enfermedad periodontal en adultos de 18 a 45 años de la parroquia Yanuncay del cantón Cuenca, Ecuador 2017. [Tesis]. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/4776> [citado 2021 Nov 08];
12. Maya RJC, Sánchez LN, Posada LA, et al. Condición periodontal y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes adultos de una institución docencia-servicio. Rev Odont Mex. 2017;21(3):165-172. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72752> [citado 2021 Nov 08];
13. Villegas Rojas I M, Díaz Rivero A, Domínguez Fernández Y, Solís Cabrera BA, Tabares Alonso Y. Prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Nov 15] ; 40( 6 ): 1911-1930. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000601911&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000601911&lng=es).
14. Navarro Napóles J. Enfermedad periodontal en adolescentes. Rev. Med .Electrón. 2017 [citado 2021 oct. 04]; 39 (1): 15-23. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100003&lng=es)
15. Corella Sánchez R. Actividades específicas de la atención primaria periodontal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1989. p. 38-9.
16. Reyes Sigarreta M, Sánchez Santos L, Del Puerto Quintana C, Trujillo Merás M, Moreno Carbonell C, Cruz Acosta A. Determinantes del estado de salud. En: Toledo Curbelo. Fundamentos de salud Pública, La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004. pág. 174-356.
17. Colectivo de Autores. Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades Gingivales y Periodontales. [Internet]. Ciudad de La Habana; 2013 [citado 14 Abr 21]

Disponible

en:

<http://aps.sld.cu/bvs/materiales/%20guias%20estomatol/cap4.pdf>

18. Acosta J. Percepción de pacientes respecto a la enfermedad periodontal en la Clínica Estomatológica Docente “Julio Antonio Mella”, Guantánamo. [Internet]. 2020 jul-ago [Citado 15 nov 2021]; 99 (4): 349. Disponible en: [www.revinfcientifica.sld.cu](http://www.revinfcientifica.sld.cu)
19. Andrade E, Lorenzo S, Álvarez L, Fabruccini A, García MV, Mayol M, et al. Epidemiología de las Enfermedades Periodontales en el Uruguay. Pasado y presente. Odontoestomatología. [Internet]. 2017 nov [Citado 15 nov 2021]; 19 (30). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v19n30/1688-9339-ode-19-30-00014.pdf>
20. Eley, Soory, Manson. Periodoncia.6ªed. Barcelona. Elsevier; 2012.
21. Lindhe J, Lang N, Karring T. Peridontología Clínica e Implantología Odontológica. 4ª ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2015.
22. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Perimplant Diseases and Conditions. J Periodontol [Internet]. 2018 [Citado 15 nov 2021]; 89(Suppl 1):S74– S84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926944/>
23. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. J Periodontol. [Internet]. 2018 [Citado 15 nov 2021]; 89(Suppl 1):S17–S27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926958/>
24. Villa Ocampo P. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. RelbCi. [Internet]. 2015 [Citada 7 nov 2021]; 2(4). Disponible en: <http://www.reibci.org/publicados/2015/julio/0800108.pdf>
25. Pardo Romero FF, Hernández LJ. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. Rev. Salud Pública. [Internet]. 2018 [Citada 7 nov 2021]; 20 (2): 258-264. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.64654>
26. Martínez Martínez A, Llerena ME, Peñaherrera Manosalva M. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Dom. Cien.



- [Internet]. 2017 ene [Citado 15 nov 2021]; 3 (1): 99-108. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
27. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. [Internet]. 2018 [Citado 15 nov 2021]; 11. Disponible en: [https://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf)
28. Girano Castaños J, Robello Malatto J. Relación entre obesidad y enfermedad periodontal: revisión de la literatura. Horiz. Med. [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Nov 08] ; 20(3): e1081. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X202000300012&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X202000300012&lng=es)
29. Santos T, Ramos Cury P, Santos E, Vasconcelos R, Nunes Dos Santos J, Pedreira Ramalho LM. Association Between Severe Periodontitis and Obesity Degree: A Preliminary Study. Oral Health Prev Dent. Internet]. 2019 [citado 2021 Nov 08]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30968073/>
30. Lorenzo Erro SM. Epidemiología de la enfermedad periodontal en adultos uruguayos. Análisis de sus factores asociados individuales y contextuales. Estudio poblacional en Uruguay. [Tesis]. Uruguay: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Medicina; 2018. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30010> [citado 2021 Nov 08];
31. Pérez Hernández LY. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet]. 2011 [Citado 20 nov 2021]; 15(2). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/758>
32. Díaz Cárdenas Y, García Reguera O, Suárez Morales X, Valdez Sardiñas SA, Iglesias León D. Enfermedad periodontal en una población adulta del municipio de Encrucijada. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014 Sep [citado 2021 Nov 16] ; 18( 3 ): 107-114. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-3043201400030004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3043201400030004&lng=es)
33. Bascones Martínez A. Enfermedad periodontal necrosante como manifestación de una enfermedad sistémica. Anales de la Real Academia de

- Doctores de España. [Internet]. 2019 [Citado 15 nov 2021]; 4(3): 282-293. Disponible en: [https://www.radoctores.es/doc/03-BASCONES\\_enfermedad%20periodontal.pdf](https://www.radoctores.es/doc/03-BASCONES_enfermedad%20periodontal.pdf)
34. Campoverde Tomalà DD. Enfermedad Periodontal y Tabaquismo. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2020.[Citado 15 nov 2021]; Disponible en: [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48386/4/3182campoverdeDAYAN\\_A.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48386/4/3182campoverdeDAYAN_A.pdf)
35. Toledo Pimental B, González Díaz ME, Alfonso Tarraú MS, Pérez Carrillo A Rodríguez LinaresML.Tabaquismo y enfermedad periodontal.Rev Cub Med Mil. Ciudad de la Habana abr.-jun. 2021. [citado 2021 Dic 17]Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-114620110001000003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-114620110001000003&lng=es)
36. Yáñez Zambrano A, Alvarado Solórzano A. Consideraciones sobre la enfermedad periodontal y su control. Internet]. 2019 [Citado 15 nov 2021]. <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
37. Batista Bonillo A, García Rodríguez YC, Guerrero Ricardo I. Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. CCM [Internet]. 2015 [Citado 15 nov 2021]; 19 (2). Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-4381201300300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-4381201300300006)
38. Corte Hernández VI. Comparación del pH salival en pacientes con y sin enfermedad periodontal que acuden al centro odontológico integral de la Universidad de las Américas en el periodo septiembre – octubre del 2017 [Tesis]. Ecuador: Universidad de las Américas, Quito; 2018 Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/8439><http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2788254> [citado 2021 Nov 08];
39. Fajardo Puig ME, Rodríguez Reyes O, Rodríguez Bacallao A. Las hormonas sexuales femeninas y su relación con la enfermedad periodontal. MEDISAN [Internet]. 2017 Ene [citado 2021 Jul 07]; 21(1): 108-112. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000100013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100013&lng=es)

40. Alfonso Díaz Y, Alfonso Hernández L. Enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores del Policlínico Mártires del 9 de abril Rev Infor Científica. [Internet]. 2018 [Citado 2`nov 2021];. <http://www.cienciamayabeque2021.sld.cu/index.php/Fcvcm/Cienciamayabeque2021/paper/viewFile/111/79>.
41. Arévalo Vaca KM. Consumo de tabaco como factor predisponente de enfermedad periodontal en adultos de la clínica U.C.S.G semestre A-2018. [Tesis]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/11115/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-400.pdf> [citado 2021 Nov 08];\_
42. Pincay Pincay KS. Prevalencia de factores asociados a la enfermedad periodontal en adultos mayores. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48425/1/PINCAYkarla3311.pdf> [citado 2021 Nov 08];
43. Gutiérrez R, Dávila Barriojs L, Palacios M, Infante Johelsy S. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos en la clínica de periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el periodo 2009 – 2019 Acta odontológica venezolana. 57, N°. 2, 2019, págs. 7-8. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2019/2/art-4/> [citado 2021 Nov 30];
44. Tito Camones E. Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria (Padomi EsSalud) de la jurisdicción de Los Olivos – Lima, 2017. [Tesis]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2020. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV\\_f20abe8bb8ee666bb3a57a6b334c21477](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_f20abe8bb8ee666bb3a57a6b334c21477)
45. Chafloque Bellido BP. Prevalencia de enfermedades periodontales en pacientes adultos atendidos en la clínica de estomatología de la universidad señor de sipán durante el periodo 2015 – 2016. [Tesis]. Perú: Universidad Señor De Sipán; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5763/Chafloque>

- [%20Bellido%20Brenda%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y\\_\\_\\_\\_\\_](#) [citado 2021 Nov 08];
46. Hernández Bello ZG. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que acuden a la clínica odontológica iztacala del 1° de febrero de 2014 al 30 de enero de 2015. [Tesis]. México: Universidad de México; 2015. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2016/septiembre/0750160/0750160.pdf> [citado 2021 Nov 08];
47. Horna Valle PC. Prevalencia de la enfermedad periodontal y factores asociados en adultos jóvenes entre 18 - 24 años en Lima 2016. [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9015> [citado 2021 Nov 30];
48. Sánchez Artigas R, Sánchez Sánchez JR, Sigcho Romero CR, Expósito Lara A. Factores de riesgo de enfermedad periodontal. CCM. [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 16]; 25(1). Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3585/1892>
49. Escalante Maron MR. Relación de la enfermedad periodontal con la calidad de vida en adultos mayores de la Red de Salud Puno – 2020. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano De Puno; 2020. Disponible en: [http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/15300/Escalante\\_Maron\\_Mirian\\_Roxana.pdf?sequence=1&isAllowed=yç](http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/15300/Escalante_Maron_Mirian_Roxana.pdf?sequence=1&isAllowed=yç) [citado 2021 Nov 30];
50. Lorenzo S, Piccardo V, Alvarez F, Massa F, Alvarez R. Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país. Relevamiento Nacional 2010-2011. Odontoestomatología. [Internet] 2013 [Citado 15 nov 2021]; 15. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v15nspe/v15nspea05.pdf>
51. Reyes Rojas ZA. Prevalencia de alteraciones periodontales y necesidad De tratamiento asociado a factores sociodemográficos En pacientes que asisten al servicio público de salud de San miguel tepezontes”. [Tesis]. Salvador: Universidad De El Salvador; 2013 Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223393/17100384.pdf> [citado 2021 Nov 30];
52. Tabera García ME, Leiva Tabera Y, Castillo Pérez Y, Berdión Matos N, Osorio Rodríguez M. Comportamiento clínico-epidemiológico de las periodontopatías

en el municipio Baracoa, Guantánamo. Rev Infor Científica. [Internet]. 2018 [Citado 2`nov 2021]; 97 (2): 421-429. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551759247002/html/>

53. Vázquez Isla D, Pérez Hidalgo ME, Reyna Leyva AM, Méndez Danta I, Tamayo Chaveco S. Periodontopatías y algunos factores de riesgo en población adulta de la Policlínica César Fornet Fruto. [Internet]. 2016 may [Citada 7 nov 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300006)
54. Borrell Fuster BM, Navarro Machado VR, Hernández Millán AB, Fuster Cabrera BM, León Águila BJ. Relación entre enfermedad periodontal e higiene bucal. MediSur. [Internet] 2017 dic [Citado 15 nov 2021]; 15(6): 833-838. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180054696012.pdf>

## ANEXOS

### Anexo I. Acta de consentimiento.

Yo \_\_\_\_\_ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo analizar la enfermedad periodontal en la población mayor de 20 años perteneciente al Policlínico "Julio A. Mella" del municipio Báguanos.

Estoy dispuesto a participar en la entrevista clínica requerida en la investigación y a realizarme el examen clínico por la investigadora, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Estoy conforme con lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Nombre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

Dirección particular \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

## **Anexo II. Modelo de recolección de la información.**

### **Grupos de edades**

- 20-29 años ( )
- 30-39 años ( )
- 40-49 años ( )
- 50-59 años ( )

### **Sexo**

- Femenino ( )
- Masculino ( )

### **Factores de riesgo**

- Higiene bucal deficiente ( )
- Restauraciones defectuosas ( )
- Diabetes Mellitus ( )
- Tabaquismo ( )
- Prótesis Inadecuadas ( )

### **Criterios de severidad.**

- Gingivitis leve.
- Gingivitis.
- Gingivitis con bolsas.
- Destrucción avanzada.

### **Higiene bucal.**

- Deficiente ( )
- Eficiente ( )