

Institución: Policlínico Mártires del 9 de abril

Título: **Enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores del Policlínico Mártires del 9 de abril**

Temática 13: Envejecimiento Poblacional, como un reto para el Sistema Nacional de Salud y la Sociedad.

Autores:

¹Yanay Alfonso Díaz

²Lázaro Alfonso Hernández

¹Doctora en Estomatología. Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Policlínico Mártires del 9 de abril. San José de Las Lajas, Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: alfonsolazaro@infomed.sld.cu

²Especialista de I grado en Psicología de la Salud. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Investigador Agregado. Asistente. Policlínico Universitario "Rafael Echezarreta". San José de Las Lajas, Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: alfonsolazaro@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La enfermedad periodontal es tan antigua como la humanidad y ocupa el segundo lugar en los problemas de salud bucal.

Objetivo: Caracterizar la enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores pertenecientes al Policlínico Mártires del 9 de abril, Municipio San José las Lajas, Mayabeque.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal acerca de la enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores, en el período noviembre de 2019- febrero 2020. De 73 adultos mayores como universo, que fueron visitados en el terreno, se seleccionó una muestra de 57 pacientes por muestreo aleatorio simple. Para identificar factores de riesgo, se utilizó una planilla recopiladora de datos. Fueron utilizados los índices: de Russell (severidad de la enfermedad periodontal), de Loë (eficiencia del cepillado), simplificado de Green y

Vermillon (grado de higiene bucal); cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre higiene bucal.

Resultados: Presencia de periodontitis en el 47.4%, gingivitis 28.0%, periodontitis avanzada (19.3%), y sólo 3 sanos. Placa dentobacteriana (80.7%), sarro y dientes ausentes no restituidos (75.4). Deficiente higiene bucal (86.0%) y deficiencia del cepillado (84,2%), con bajo nivel de conocimientos (68.4%)

Conclusiones: Se identificó severidad de la enfermedad periodontal, con periodontitis, gingivitis y en menor medida periodontitis avanzada. Diferentes factores de riesgo con predominio de placa dentobacteriana, sarro y dientes ausentes no restituidos. Predominó una deficiente eficiencia del cepillado y un grado de higiene bucal deficiente, unido a un nivel bajo de conocimientos sobre enfermedad periodontal e higiene bucal en los adultos mayores.

Palabras clave: adulto mayor, enfermedad periodontal, higiene bucal.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal juega un importante rol en los seres humanos y cualquier alteración puede influir en el bienestar general de los individuos, sin embargo, las enfermedades bucales han sido menospreciadas como problema de Salud Pública por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su frecuencia es elevada, afectando a más del 95% de la población. En este sentido la enfermedad bucal constituye un gran problema para la atención de salud a causa de su elevada prevalencia, gran demanda e impacto sobre las personas y la sociedad en termino de dolor, limitación, discapacidad social y funcional, así como por sus repercusiones negativas sobre la calidad de vida de la población. ^(1,2)

Se incluyen en estas afecciones la enfermedad periodontal. Esta es tan antigua como la humanidad y tienen el triste honor de ocupar el segundo lugar en los problemas de salud bucal. ^(3,4,5)

Existen evidencias de la enfermedad periodontal desde la antigüedad. Se ha identificado en cuerpos embalsamados del antiguo Egipto. El papiro de Ebers contiene numerosas referencias a la enfermedad gingival y ofrece un buen número de recetas para fortalecer dientes y encías. Los trabajos médicos de la antigua China también abordan esta enfermedad y en ellos las inflamaciones gingivales se describen con todo detalle. Entre los antiguos griegos, Hipócrates de Cos, padre de la medicina moderna, explicó la etiología de la enfermedad periodontal. ^(6,7)

Desde los tiempos de Hipócrates se establece que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas, para lo cual es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones de las enfermedades más difundidas y peligrosas. Sin embargo, por muchos años la periodoncia fue como un conglomerado de técnicas terapéuticas, cuya finalidad era tratar de salvar los dientes cuando la enfermedad estaba avanzada, pero actualmente la preocupación fundamental es la prevención. Antes de emprender el estudio detallado de la enfermedad periodontal, es importante una perspectiva adecuada respecto al papel de la periodoncia en el ejercicio de la Odontología. ^(6,7)

Con el transcurso del tiempo el conocimiento de la gingivitis crónica ha sufrido grandes cambios y es hoy en día una de las enfermedades de mayor prevalencia entre los pacientes que asisten a los servicios estomatológicos. ^(8,9,10)

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La gingivitis afecta aproximadamente el 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes, son irreparables y que, en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez. ⁽¹¹⁾

Enfermedad periodontal es un término general que se refiere a todas aquellas enfermedades que involucran las estructuras de sostén del diente (periodonto); incluidos: encía, desmodonto, cemento y hueso alveolar. En las fases tempranas de esta enfermedad la inflamación se circunscribe a la encía (gingivitis) y luego se extiende a los tejidos de soporte subyacentes (periodontitis). Puede culminar con la completa destrucción del periodonto y la pérdida de los dientes. ^(8,9,12)

El proceso patogénico de la enfermedad periodontal es el resultado de la respuesta del huésped a la destrucción tisular inducida por las bacterias. Este proceso destructivo es iniciado por intermediación de las bacterias anaerobias, pero es expandido por las células del huésped. Es así que el organismo produce enzimas que destruyen los tejidos de soporte para permitir que estos se alejen de la lesión inicial. Ciertas condiciones presentan la suficiente evidencia científica para ser consideradas como factores de riesgo para la enfermedad periodontal: la genética, diabetes y el tabaquismo. ⁽¹³⁾

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varían en función de los factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años. ⁽¹¹⁾

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud por las posibilidades de padecer un acontecimiento en el plano de la enfermedad, lo que ofrece a la atención primaria de salud un nuevo instrumento para establecer prioridades y tomar decisiones. ⁽¹⁴⁾

En la época actual se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales. La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival están

fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de la gingivitis, la que puede evolucionar hacia la enfermedad periodontal, y que es más destructiva y crónica. ⁽¹¹⁾

Este hecho ha generado en algunos autores la concepción errónea de una relación de causa y efecto entre la placa y la gingivitis, introduciendo confusión acerca del papel de la higiene bucal (bacterias) como factor de riesgo predominante. Factores de riesgo como el tabaquismo, estrés, diabetes mellitus, bruxismo, prótesis mal ajustadas, factor socioeconómico, nivel de instrucción, dietas, estilo de vida. Y muchos otros, interactuando entre sí, se asocian con el origen y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales. ⁽¹¹⁾

La enfermedad periodontal por ser heterogénea y multifactorial se hace difícil de evaluar por su variabilidad en cuanto a su proceso, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución, pronóstico, alternativas de terapia para su evolución y control. ⁽¹¹⁾ Según Seijo, existe una estrecha relación entre las condiciones del periodonto y el grado de higiene bucal. ⁽¹⁵⁾

Se ha descrito que los países industrializados muestran una prevalencia y gravedad más baja de gingivitis crónica en contraste con las naciones subdesarrolladas y grupos socioeconómicos bajos, y que existe una mayor relación entre periodontitis y condiciones de vida pobre. ⁽¹⁶⁾

Se cree que 900 millones de personas padecen enfermedades periodontales graves, solo precedida por la caries dental. Actualmente se plantea que después de los 45 años asciende al primer lugar en cuanto a la pérdida dentaria antes de la vejez, presentando, además, alta prevalencia y variaciones en su gravedad sin distinción de raza ni sexo. ⁽¹⁷⁾

Un aspecto importante que dificulta el conocimiento de la situación periodontal en América Latina es el limitado número de trabajos epidemiológicos o, incluso, su limitada divulgación.

^(18, 19)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2009-2010 en Estados Unidos, informó que el 47% de la población adulta presentó periodontitis, porcentaje que en la población mayor de 60 años aumentó hasta el 64%. La periodontitis siempre es antecedida por la gingivitis; esta última se presenta en edades tempranas, afecta al periodonto superficial y se caracteriza por ser reversible con medidas de protección específicas. ⁽²³⁻²³⁾

Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de vida y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años. ⁽²⁴⁾

Durante los últimos años, se ha dado extraordinaria importancia a la prevención de enfermedades, no solo de aquellas que provocan la muerte, sino de las que representan una amenaza para el bienestar físico, psíquico y mental del individuo. Se destacan entre estas las relacionadas con la cavidad bucal, que comprometen la salud del diente y sus tejidos de protección y soporte. ⁽²⁵⁻²⁶⁾

En los últimos 40 años el estado de salud de la población cubana, particularmente la salud bucal, ha experimentado notables avances, como resultado de la alta prioridad que se ha brindado a aquellos aspectos básicos y determinantes en la calidad de vida de los ciudadanos. Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las primeras afecciones más comunes del ser humano. ^(6,27)

En el año 1986, se celebra en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, donde quedó definido que la promoción de salud implica proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella; para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio. ^(11,28-30)

Es meritorio destacar que la promoción de salud se apoya en un marco estratégico a través de la creación en su contexto de escenarios o entornos específicos, que han servido para

guiar el desarrollo de importantes propuestas internacionales de Salud Pública, como la de las «ciudades, municipios saludables» y «escuelas saludables» o «promotoras de salud»; estas propician la participación de la comunidad en la solución de los problemas de la población, articulando las acciones de promoción de la salud e integrando en ellas a los sectores institucionales con el objetivo de brindar bienestar.

Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, es la meta propuesta en el nuevo modelo de la atención estomatológica que responde al concepto de la Estomatología General Integral; esta coloca al hombre como un ser biopsicosocial, sobre el que influyen diferentes factores de riesgo que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de las enfermedades. ^(11,28-30)

El tratamiento de estas enfermedades consume importantes recursos humanos y materiales al sector salud, así como a otros sectores por las ausencias de los trabajadores. En otros países al ser la atención estomatológica eminentemente privada y de alto costo hace más difícil y costosa para los pacientes recibirlas, lo que se agrava aún más si se tiene en cuenta de que a pesar de existir tecnología capaz de promover salud y prevenir enfermedades, la estomatología continúa utilizando tecnología curativa, costosa y compleja. Hay evidencias de que el incremento de servicios estomatológicos especializados, de carácter predominantemente curativos, en la mayoría de los países, han sido incapaces de disminuir la alta prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales, generando necesidades ilimitadas de atención. ⁽¹¹⁾

Para el 2025 Cuba será el país más envejecido de América Latina, para el 2050 se convertirá en uno de los países más envejecidos del orbe, pues los éxitos alcanzados en el campo de la salud pública sitúan la esperanza de vida al nacer por encima de los 75 años de edad. El periodonto es el conjunto de tejidos que protegen y soportan a los dientes, los cuales están relacionados en su desarrollo, topografía y funciones. Cualquier afección de uno o varios de

los tejidos del periodonto se conoce con el nombre de periodontopatía. Se confirma un incremento de la prevalencia de la periodontitis leve y moderada en comparación con las formas más graves y avanzadas.

Existen estudios precedentes según la literatura consultada; sin embargo, específicamente en el Consejo Popular de Tapaste, no se refieren investigaciones anteriores en dicho tema, lo cual resulta novedoso desde el punto de vista práctico e investigativo.

Planteamiento del problema.

Se proyectó la presente investigación sobre enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores del Policlínico Mártires del 9 de abril, municipio San José de las Lajas, provincia Mayabeque. La autora en su práctica asistencial identificó alta frecuencia de periodontopatías en la población adulta mayor, desconocimiento de dicha enfermedad, así como de los factores de riesgo asociados. Lo anterior orientó a la misma, en la necesidad de realizar una investigación sobre de la enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores del Policlínico Mártires del 9 de abril del Consejo Popular de Tapaste, en el municipio San José de Las Lajas, provincia Mayabeque. Este permitió caracterizar esta enfermedad, y contribuirá a la disminución de la misma en dicha población. Sobre esta base se plantea el siguiente problema científico.

Problema Científico.

¿Qué características presenta la enfermedad periodontal y la higiene bucal en adultos mayores del policlínico Mártires del 9 de abril del municipio San José de las Lajas?

OBJETIVOS

Objetivo General:

_ Caracterizar la enfermedad periodontal y la higiene bucal en adultos mayores del policlínico Mártires del 9 de abril del municipio San José de las Lajas.

Objetivos Específicos:

_ Identificar la severidad de la enfermedad periodontal, los factores de riesgo y la eficiencia del cepillado en los adultos mayores.

_ Determinar el grado de higiene bucal en los gerontes de la muestra.

_ Identificar el nivel de conocimientos sobre enfermedad periodontal e higiene bucal en los adultos mayores.

DISEÑO METODOLÓGICO

Aspectos generales del estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal sobre enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores pertenecientes al Policlínico Mártires del 9 de abril, Municipio San José las Lajas, noviembre de 2019- febrero 2020.

Universo y Muestra.

De un universo constituido por 73 adultos mayores que fueron visitados en el terreno, se seleccionó una muestra de 57 pacientes por muestreo aleatorio simple, que cumplió los criterios de selección establecidos.

Criterios de inclusión:

- ❖ Adultos mayores que pertenecieran al Policlínico Mártires del 9 de abril.
- ❖ Pacientes de 60 y más años
- ❖ Adultos mayores de ambos sexos.
- ❖ Adultos mayores con dientes naturales
- ❖ Adultos mayores que dieron su consentimiento de participar en el estudio. (Anexo 1)

Criterios de exclusión.

- ❖ Adultos mayores desdentados totales.
- ❖ Adultos mayores con incapacidad para responder los cuestionarios o con diagnóstico de demencia.

Para la recolección de los datos se confeccionó una planilla recopiladora, en el que se registraron: datos aportados por los adultos mayores y familiares durante la visita.

El examen bucal se realizó en las propias viviendas, durante las visitas de terreno: en silla convencional, con luz natural, espejo plano, pinza de algodón, explorador y sonda periodontal de Glickman.

Para determinar la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal se utilizó el Índice periodontal de Russell. En él se utilizó una escala de valores para determinar la severidad de las periodontopatías según sus valores promedios:

Criterios Valores

Sano 0

Gingivitis 0.1- 1.5

Periodontitis 1.6- 3.9

Periodontitis avanzada 4- 8

La higiene bucal se comprobó según el Índice bucal simplificado de Green y Vermillon (IGB-S). Se sumó la puntuación para cada diente y se dividió entre el número de superficies analizadas, una vez establecido, se procedió a determinar el grado clínico de higiene bucal mediante los siguientes indicadores:

0-3: Higiene bucal eficiente.

4-6: higiene bucal deficiente.

Se aplicó un cuestionario con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos sobre higiene bucal. Dicho cuestionario se adaptó para adultos mayores a partir de estudios precedentes en las tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Periodoncia por la Dra.

Hernández Sevillano, en el municipio de Nueva Paz, provincia Mayabeque y la Dra Alfonso Díaz en su Tesis de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral en la propia provincia.

Técnicas de procesamiento de la información.

El método estadístico se empleó para la recogida, organización, presentación, análisis e interpretación de información aportada por los métodos empíricos. Una vez obtenido los datos de acuerdo al requerimiento de la investigación, se procesó la información a través del cálculo porcentual, y se expresaron en cada una de las tablas en valores absolutos y porcentos.

Aspectos éticos.

El estudio se realizó cumpliendo con la II Declaración de Helsinki y con la Legislación vigente en Cuba. Fue solicitado el consentimiento informado. Los sujetos de la investigación fueron informados de su entera libertad para participar en la misma y de abandonarla en cualquier momento y sin consecuencia alguna si así lo decidieran. Se explicó a los adultos mayores y familiares que la confidencialidad de los datos recogidos en los cuestionarios y la privacidad individual serían protegidas; y que los resultados de la investigación se harían públicos solamente para la comunidad científica.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Severidad de la enfermedad periodontal en adultos mayores

Severidad	No.	%
Sano	3	5.3
Gingivitis	16	28.0
Periodontitis	27	47.4
Periodontitis avanzada	11	19.3
Total	57	100

Fuente: Elaboración propia (Según IP de Russell)

La tabla muestra un predominio de la enfermedad periodontal en la muestra, con presencia de periodontitis en 27 adultos mayores (47.4%), seguida de la gingivitis (16 pacientes, 28.0%), y en menor medida 11 adultos mayores con periodontitis avanzada (19.3%). Sólo se identificaron 3 pacientes sanos.

Se consideró que la periodontitis es la forma predominante en el anciano, lo cual es comprensible si se tiene en cuenta que con la edad los factores que favorecen el inicio y progresión de esta enfermedad se van acumulando y la resistencia de los tejidos disminuye. ⁽³⁶⁾

Resultados similares, aunque en mayor proporción, se identificaron en adultos mayores de casas de abuelos de Pinar del Río, donde predominó la enfermedad leve

La enfermedad periodontal representa una de las patologías crónicas de mayor prevalencia en los ancianos que poseen dentición natural. ⁽³⁶⁾

En el presente estudio se mantuvo la tendencia al incremento de la prevalencia y la gravedad a medida que aumenta la edad, esto se comporta de forma similar a los reportes de la mayoría de los trabajos de prevalencia sobre la enfermedad periodontal inflamatoria (EPI) que a nivel nacional e internacional se informan. Se opina que este patrón de la enfermedad se debe a los cambios que se producen en edades avanzadas relacionados con la disminución de la cantidad de células en el tejido conectivo, aumento de la sustancia intercelular, descenso del consumo de oxígeno y de la vascularización, manifestándose una reducción de la altura ósea y osteoporosis. Si bien suele ser más común en ancianos, lo es únicamente por la frecuencia acumulativa sin que sea propiamente una enfermedad de la vejez. ⁽³⁶⁾

Tabla 2. Factores de riesgo de enfermedad periodontal

Factor de riesgo	No.	%
Placa dentobacteriana	46	80.7

Sarro	43	75.4
Caries dental	24	42.1
Maloclusiones	6	10.5
Dientes ausentes no restituidos	43	75.4
Empaquetamiento de alimentos	7	12.3
Tabaquismo	6	10.5
Diabetes Mellitus	11	19.3
Ingestión de medicamentos	14	24.6
Cardiopatías	6	10.5

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se evidencia que los diferentes factores de riesgo de enfermedad periodontal que se evaluaron fueron identificados en alguna medida. Predominaron los factores: presencia de placa dentobacteriana, sarro y dientes ausentes no restituidos. Debe destacarse también, aunque en menor medida, la presencia de caries dental. Los factores de riesgo significativos de enfermedad periodontal en pacientes de un consultorio en la provincia de Holguín en el 2015, resultan congruentes con los identificados en el presente estudio: la higiene bucal deficiente, caries dental, maloclusión y dientes perdidos no restituidos.⁽³⁷⁾

La Dra. Pérez Hernández en su estudio sobre salud periodontal en gerontes de casas de abuelos en Pinar del Río, encontró factores de riesgo directos similares: la higiene bucal deficiente (que se abordará en la tabla 4), dientes ausentes no restituidos y la caries dental. También identificó la Diabetes Mellitus, pero en mayor porcentaje, que en la presente investigación.

La tendencia de los ancianos es a tener un número mayor de dientes periodontalmente comprometidos, lo que conlleva en ocasiones a pérdidas dentarias.

La mayoría de las personas de más de 60 años consideran como normal la pérdida dentaria por su edad, cuando ambas no tienen que ir asociadas necesariamente, convirtiéndose la necesidad de rehabilitar estos pacientes en un factor, para garantizar una vejez con mayor calidad de vida y bienestar para el paciente. ⁽³⁶⁾

Clásicamente se había aceptado que la pérdida de inserción epitelial y hueso alveolar eran cambios periodontales relacionados con la edad, sin embargo, en la actualidad estas alteraciones no se corresponden con los fenómenos del envejecimiento propiamente dicho. El no reemplazo de dientes extraídos produce cambios que favorecen el inicio y desarrollo de la enfermedad periodontal. La pérdida de contigüidad de los dientes crea espacio por migración de los dientes adyacentes en ocasiones difíciles de solucionar por tratamientos protésicos. En los dientes antagonistas también se producen variaciones. ⁽³⁶⁾

Estos fenómenos propician desarmonías oclusales que pueden agravar la lesión periodontal pre-existente. También el no reemplazo de dientes ausentes crea hábitos de masticación unilateral generando periodontos débiles, se acumula PDB en la zona de hipofunción, además exceso de trabajo en el lado opuesto. Cúspides impelentes pueden propiciar el empaquetamiento de alimentos en dientes antagonistas. ⁽³⁶⁾

Otro factor de riesgo más relevante entre los evaluados lo constituye la caries dental. Muchos autores plantean que la caries dental contribuye a una mayor acumulación de PDB y brinda un medio ideal para la colonización bacteriana. Se encuentra una asociación positiva entre esta y la enfermedad periodontal. ⁽³⁷⁾

Tabla 3. Eficiencia del cepillado en adultos mayores

Eficiencia del cepillado	No.	%
Eficiente	9	15.8
Deficiente	48	84.2
Total	57	100

Fuente: Elaboración propia (índice de Loë)

A partir del índice de Loë, se identifica predominio de una deficiente eficiencia del cepillado por los adultos mayores de la muestra.

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. ⁽³⁶⁾

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. Numerosos autores plantean que la higiene bucal eficiente es la clave del éxito en el tratamiento de las enfermedades periodontales y que muchos fracasos pueden atribuirse a la higiene bucal inadecuada.

Tabla 4. Higiene bucal en adultos mayores

Higiene bucal	No.		%
Eficiente	8		14.0
Deficiente	49		86.0
Total	57		100

Fuente: Elaboración propia (IGB-S)

Predominó la higiene bucal deficiente en la muestra de adultos mayores. Esto resulta congruente con el principal factor de riesgo de enfermedad periodontal que también

identificó la Dra. Pérez Hernández en su estudio sobre salud periodontal en ancianos de casas de abuelos en Pinar del Río en el 2015. ⁽³⁶⁾

En los ancianos estudiados, la deficiente higiene bucal pudo estar relacionada con las limitantes físicas, muy frecuentes en este grupo de edad. ⁽³⁶⁾

Esta higiene bucal favorece el cúmulo de placa dentobacteriana y la proliferación de microorganismos diversos en su ecosistema, beneficiando el desarrollo de enfermedades bucales. En la ancianidad aún se encuentran personas que asumen, como una realidad asociada a los años de vida, la pérdida de sus piezas dentales por falta de información. La enfermedad periodontal crónica constituye una causa importante de la pérdida de los dientes. ⁽³⁶⁾

Tabla 5. Conocimientos sobre enfermedad periodontal e higiene bucal en adultos mayores

Nivel de conocimientos	No.	%
Alto	2	3.5
Medio	16	28.1
Bajo	39	68.4
Total	57	100

Fuente: Elaboración propia (Cuestionario)

En cuanto a los conocimientos sobre enfermedad periodontal e higiene bucal en los adultos mayores, predominó el nivel bajo, seguido del nivel medio. Solo dos adultos mayores presentaron un nivel alto de conocimientos.

Este resultado es congruente con los encontrados en un estudio en casas de abuelos de Pinar del Río en el 2015, donde se identificó un predominio de adultos mayores con inadecuado nivel de conocimientos sobre salud bucal. ⁽³⁶⁾

El nivel de instrucción, interactuando entre sí con otros factores de riesgo, se asocian con el origen y evolución de las enfermedades periodontales.⁽³⁸⁾

El nivel bajo de conocimientos identificado, orienta la realización de intervenciones educativas en esta población, que permita la prevención, el control y mejor tratamiento de la enfermedad periodontal en los adultos mayores.

CONCLUSIONES

- Se identificó severidad de la enfermedad periodontal en la muestra, con presencia de periodontitis, gingivitis y en menor medida periodontitis avanzada.
- Los diferentes factores de riesgo de enfermedad periodontal fueron identificados, con predominio de: presencia de placa dentobacteriana, sarro y dientes ausentes no restituidos.
- Se identificó predominio de una deficiente eficiencia del cepillado por los adultos mayores de la muestra.
- Se determinó predominio de un grado de higiene bucal deficiente.
- Predominó el nivel bajo de conocimientos sobre enfermedad periodontal e higiene bucal en los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

Los autores recomiendan:

- Realizar un plan de acción que incluya la necesaria intervención educativa y terapéutica para la atención de la enfermedad periodontal y la higiene bucal en los adultos mayores de la muestra y de toda la población del área de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Echeverría Martínez BO, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez MC, Carbonell Gonsalves C. Salud bucal en adolescencia. Policlínico Docente “30 de Noviembre” Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2013 Ene Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.ph?script=sciarttex&pid=S1029-30192013000100015&nrm=iso>.

[Citado 2017 Abr 29]; 17(1): [aprox.7 p.]

2-Colectivo de autores. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. La Habana: MINSAP; 2000. P. 1-22.

3- Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B y Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN [Internet]2009; 13 Disponible en:

-<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13109/san06109.htm> [Citado 2017 Abr 29]; 13(1): [aprox.9p.]

4-Navarro Nápoles J. Enfermedad periodontal en adolescentes. RevMéd Electrón [Internet]. 2017 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 39(1). Disponible en:

-<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2047/3264>

5-Medina Seruto M, Gómez Mariño M, Quintero Ortiz JE, et al. Comportamiento de las enfermedades periodontales en adolescentes. AMC [Internet]. 2014 [citado 12 Oct 2016];13(5): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2339/773>

6- Santana Fernández KA, Rodríguez Hung AM, Silva Colomé ME, Núñez Antúnez L, García Fajardo I. Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica "Camilo Torres Restrepo" MEDISAN vol.18 no.7 Santiago de Cuba jun.-jul. 2014

7- 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. 2003 [citado 20 Abr 2012]; 40 (1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072003000100009&script=sci_arttext

8-Carranza FA, Sznadjer NG. Compendio de Periodoncia. 5ta ed.Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000.p. 26–7.

9- MINSAP. Guías Prácticas Clínicas. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología; 2001

- 10-Traviesas Herrera EM, Rodríguez LLanes R, Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Plaza 2008. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/estomatologia_general_integral/estomatología_general_completo.pdf. [Consultada 8 febrero 2017].
- 11-Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
- 12-Caballero López D, Cruz Morales O, Del Rosario Limonta Vidal E. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en adolescentes. Colegio “Presidente Kennedy”. Venezuela. 2006. Revista Médica Electrónica 2009;31
- 13- Rodríguez Castro Y. Enfermedad Periodontal en niños y adolescentes. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016
- 14-González Naya G, Montero del Castillo M. Estomatología General Integral. Editorial Ciencias Médicas. L a Habana, 2013. p. 123-146.
- 15-Seijo Machado M, Bosch Pons MM, Castillo Betancourt EM, Espino Otero S, Quiñones Betancourt A. Higiene bucal y tabaquismo como factores de riesgo de enfermedad periodontal. Municipio Palmira, Cuba, enero a noviembre de 2007. MEDISUR [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/625> [Citado 2017 Ener 21]; 7(1): [aprox. 11 p.].
- 16-Bidopia Ríos D, Michael. Gooden D, Joseph Montero D, Segura Sardiñas O. Comportamiento de la enfermedad periodontal. Policlínico “Pedro del toro”. Correo Científico Medico de Holguín [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.coimedd.sld.cu/no93/n930ril.htm> [Citado 2017 Feb 20]; 9(3): [aprox.8p.]
- 17-Sukugawa F. Factores de riesgo para enfermedades gingivoperiodontales. [Internet] 2011. Disponible en: <http://www.webodontologia.com/odon-arti-fact-ries.asp> [Citado 2017 Feb. 20]

- 18- Llerena Noda VY, Toledo Pimentel BF, Veitia Cabarrocas F, Barreto Fiu EE, Gutiérrez Álvarez I, Sasigaing Barreras A. La enfermedad periodontal inflamatoria crónica en jóvenes de la Provincia de Villa Clara Acta Médica del Centro / Vol. 10 No. 3
16 <http://www.revactamedicacentro.sld.cu> 19
- 19-Araújo MG. Epidemiología de la enfermedad periodontal en América Latina. Rev Fundac Juan José Carraro. 2010; 15(31), 32-36.
- 20- Linares Vieyra C, Martínez de Jesús CI, González Guevara MB, Murrieta Pruneda JF, Morales Jaimes R. Prevalencia de gingivitis y su relación con factores de riesgo en niños. Segunda edición ampliada y corregida. 2017.
- 21-Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in the United States 2009 and 2010. J Dent Res 91:914-920, 2012.
- 22- Chiapinotto AF; Vargas-Ferreira F, Demarco FF, Oliveira BCF, Massoti SA. Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian schoolchildren. J Public Health Dent 73:9-17, 2013.
- 23 -Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A, Tsakos G. The impacts of gingivitis and calculus on Thai children's quality of life. J Clin Periodontol 39:834-843, 2012.
- 24-Pérez Barrero BR, Rodríguez Medianeja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa M.R. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años MEDISAN [Internet]. 2009. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol131099/san06109.htm> [Citado 2017 Abr 29]; 13(1):[aprox. 9 p].
- 25- Villegas Rojas IM, Herrada Soto Y, Reyes Martín B. Factores de riesgo de la gingivitis crónica en estudiantes de 15 a 18 años. Colón, 2013. Revista Médica Electrónica, Vol. 38, Núm. 3 (2016)
- 26 -Rubio Ríos G, Cruz Hernández I, Torres López de la CM. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Área Norte. Sancti Spíritus 2010. Gaceta Médica Espirituana [Internet].

2013 [citado 7 Oct 2015]; 15(1). Disponible en:

<http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/219/173>

27 -Callejas Martínez YM, González Heredia E, del Valle Llagostera G, Castañeda Deroncelé M. Estado de salud bucal en 5 consultorios del municipio Palma Soriano, Santiago de Cuba, 2006. Rev cubana Estomatol. 2006 [citado 25 Oct 2012]; 43 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_04_06/est01406.html

28- Ramos Hurtado I, Toledo Reyes L, Fé de la Mella Quintero S. Promoción de salud bucal en niños de un círculo infantil y una escuela primaria. Vol 19, No 2 (2015)

29-Organización Panamericana de la Salud. Marco regional conceptual. Iniciativa Escuelas promotoras de la salud. En: Escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción. 2003-2012. Washington, DC: OPS; 2003. p. 38-43.

30 -Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: MINSAP; 2011.

31-<http://www.clinicailzarbe.es/la-enfermedad-periodontal-concepto-causas-tratamiento/>
[consultado 13 dic 2017]

32- Anuthama K, Prasad H, Ramani P, Prenkumar P, Natesan A, Herald J. Sherlin HJ. Oral disease in children with DS: causes and prevention. Community practitioner [serial online] 2013 nov- Dic. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/1480/>. [consultado 2015 Ene 10]; 10(6). P. 713-722.

33-Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades aplicadas a Odontología y Estomatología. 3ra Edición. [Internet]. OMS:Washington, D.C. EEUU; p.12-24. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html> [Acceso 2017 Oct. 22]: [aprox. 35 p.].

34-World health Organization: Oral Health Surveys. Classification of periodontal diseases 4th edn. World Health Organization, Geneva; 2002. pp. 40-54.

35- Martínez de Jesús CI, González Guevara MB, Murrieta Pruneda JF, Morales Jaimes R. Prevalencia de gingivitis y su relación con factores de riesgo en niños Celia Linares Vieyra. Segunda edición, ampliada y corregida 2017

36- Pérez Hernández LY. Salud periodontal en gerontes de casas de abuelos en Pinar del Río *Rev. Ciencias Médicas. Marzo-abril; 2015; 19(2):195-205*

37- Paez González Y, Tamayo Ortiz B, Batista Bonillo A, García Rodríguez YC, Guerrero Ricardo I. Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. Correo Científico Médico. versión On-line ISSN 1560-4381ccm vol.19 no.2 Holguín abr.-jun; 2015

38- Pérez Hernández LY, Armas Cándano A, Fuentes Ayala E, Rosell Puentes F, Urrutia Díaz D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. *Rev Cienc Méd.* 2011[citado 3 sep 2014]; 15(2): 53-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200006&lng=es