

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
SERVICIOS MÉDICOS DEL MININT

Título: Factores de riesgos de la Gingivitis Crónica en pacientes de La Prisión Provincial de
Ciego de Ávila.

Tesis en opción a especialista de Estomatología General Integral

Autora: Dra. Ida Iris Estrada Alfonso

2015

UNIVERSIDAD DECIENCIAS MÉDICAS
CIEGODEÁVILA
SERVICIOS MÉDICOS DEL MININT

Título: Factores de riesgos de la Gingivitis Crónica en pacientes de La Prisión
Provincial de Ciego de Ávila.

Tesis en opción a especialista de Estomatología General Integral

Autora: Dra. Ida Iris Estrada Alfonso
Doctora en Estomatología
Residente de Estomatología General Integral

Tutora: Dra. Lilian Camacho Escalante
Especialista de Primer Grado en Periodontología
Profesor Asistente.

Asesora: Dra. Odalys Rodríguez Martín
Especialista en Bioestadística
Profesor asistente
Investigador agregado

2015

Agradecimientos

Quisiera agradecer a mi familia, en especial a mis padres que con su amor siempre han estado a mi lado.

Al Dr. Radamé Ojeda Mora quien fue el motor impulsor de este trabajo.

A mis tutores por su paciencia y comprensión, y todos los que de una forma u otra me han apoyado con consejos y ánimos.

Gracias.

RESUMEN

La Gingivitis Crónica es la Enfermedad Periodontal confinada a los tejidos que protegen al diente presentándose como un problema de salud bucal frecuente. El objetivo de la investigación fue identificar los factores de riesgo de la misma en pacientes reclusos en La Prisión Provincial de Ciego de Ávila. Se realizó un estudio analítico retrospectivo de casos y controles, se tomaron dos controles por cada caso, El universo de estudio estuvo constituido por 300 personas en edades comprendidas de 20 a 34 años con diagnóstico de Gingivitis en sus historias Clínicas. Para el cálculo de muestra se estimó una proporción de casos expuestos de 80% y controles del 60% con un nivel de confianza del 95 % calculándose los sujetos necesarios, quedando conformada la muestra por 63 casos y 126 controles, mediante el programa estadístico EPIDAT3.0 se calculó el tamaño de la muestra (Anexo 3). Se escogieron por muestreo simple aleatorio las 63 historias clínicas de los pacientes con Gingivitis que se incluyeron en el estudio. Se recogieron como variables: higiene bucal, tipo de Gingivitis, tabaquismo, Diabetes Mellitus, Cardiopatías y Estrés. Se detectó que existe un número elevado de pacientes con higiene bucal inadecuada, que la Gingivitis Crónica Fibroedematosa fue la de mayor frecuencia, en el caso de las enfermedades sistémicas no se arrojó relación con la Gingivitis. Contrario al tabaquismo y el estrés donde se evidenció, que estos factores influyen en la progresión y aparición de la enfermedad. Recomendamos seguir investigando para elevar el estado de salud de la población.

Palabras clave: factores de riesgo, Gingivitis crónica.

ÍNDICE

Introducción	1
Marco Teórico	5
Materiales y Métodos	11
Resultados y Discusión	16
Conclusiones	24
Recomendaciones	25
Referencias Bibliográficas	26
Anexo	

INTRODUCCIÓN

El término Enfermedad Periodontal (EP), se refiere a un conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan los tejidos de protección y de inserción del diente. Consiste en una reacción inmunoinflamatoria crónica del periodonto, que para su mejor estudio y comprensión se divide en Gingivitis y Periodontitis (1, 2, 5).

La Gingivitis Crónica es la Enfermedad Periodontal confinada a los tejidos que protegen al diente (periodonto de protección), y constituye una respuesta inflamatoria caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival, pérdida del tejido de adaptación del diente e incremento del fluido gingival; aparece sobre todo en la infancia y su prevalencia es considerable (3-7).

En el caso de la Periodontitis es una de las principales afecciones que sufren las personas adultas, siendo la forma crónica la más común. Esta compromete las estructuras de soporte dental y sin tratamiento oportuno puede causar la pérdida generalizada de los dientes y deteriorar la salud general debido a la asociación con enfermedades sistémicas (3, 8, 9).

Numerosos estudios epidemiológicos en distintos países del mundo han demostrado que las periodontopatías son universales, se cree que 900 millones de personas padecen enfermedad periodontal grave, sólo precedida por la caries dental, aunque hoy día 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 o sexo (3, 4,10).

Se considera que la Gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños en edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de Gingivitis, Periodontitis o ambas. Estudios realizados revelan que el 35 % de los niños de 3 años de edad y el 64% de los que cuentan con 5 años tienen Gingivitis, y la prevalencia y severidad aumenta con la edad (6, 3,11).

En países industrializados aproximadamente el 50 % de la población adulta tienen Gingivitis. Algunos autores plantean que en países subdesarrollados, en los que no

existen programas de educación para la salud ni preventivos, la totalidad de los individuos tienen Gingivitis en casi todas las áreas de la dentadura, sobre todo alrededor de aquellos entre los 14 años de edad. La distribución y gravedad alcanza el máximo antes de los 20 años y se mantiene más o menos igual toda la vida (5,11).

Investigaciones realizadas en Brasil, evalúan la Gingivitis por medio de la presencia de sangrado, han verificado que la misma tiene una prevalencia extremadamente alta. Este comportamiento fue confirmado por Kato Segundo *et al*, en 2004, que examinaron 104 individuos con edades diferentes en la localidad de Contagem, Minas Gerais, y verificaron que la prevalencia de sangrado en el sondeo fue el 98%. En Cuba se comporta con una alta prevalencia y moderada severidad (1, 4).

La principal causa de la Gingivitis Crónica son los microorganismos de la placa dentobacteriana. El contacto íntimo de los microorganismos que conforman la placa dentobacteriana y la microbiota subgingival que dispara los sistemas de alarma en el huésped y pone en funcionamiento una serie de procedimientos defensivos que van de la respuesta más primitiva, la inflamatoria, a la respuesta más elaborada o específica; comprometiendo el epitelio de la encía, el tejido conectivo subyacente y la adherencia epitelial (2, 12,13).

Además de estar formada por diversas bacterias, la placa dentobacteriana contiene también células descamadas, leucocitos y macrófagos dentro de una matriz proteico-polisacárido que constituye un nido sellado dentro de las cuales las bacterias intercambian nutrientes e información genética bajo los efectos de los mecanismos de defensa del huésped. Tanto la placa como las bacterias comienzan a acumularse a los 20 minutos de la ingestión de alimentos, que es el tiempo en el que se presenta la mayor actividad bacteriana (13,14).

Dentro de la patogenia de esta enfermedad intervienen además otros factores de riesgo que pueden modificar la vulnerabilidad o resistencia de un individuo a sufrir Enfermedad Periodontal como son: las condiciones del sistema inmune del paciente, estilo de vida (nutrición, drogas, hábitos), nivel cultural, características higiénico-

sanitarias, socioeconómicas e influencias ambientales, factores genéticos, enfermedades sistémicas y el estrés. Por todo esto podemos señalar que su curación así como su prevención ha sido y es difícil (7, 9,15).

En la provincia de Ciego de Ávila la situación no dista de la antes mencionada, ya que la población se encuentra expuesta a todos los factores de riesgo que pueden incidir en la aparición de la misma, en especial los pacientes que se encuentran internos en La Prisión Provincial, ocupando la enfermedad periodontal uno de los principales problemas de salud bucal, por estas razones nos hemos motivado a la realización de esta investigación como trabajo de terminación de la especialidad.

Problema Científico: ¿Cuáles son los factores de riesgos relacionados en el desarrollo y aparición de la Gingivitis Crónica en pacientes recluidos en el Centro Penitenciario de la Prisión Provincial de Ciego de Ávila?

Novedad Científica:

En la Prisión Provincial de Ciego de Ávila no constatan estudios anteriores de los factores de riesgo de la Gingivitis Crónica.

En el desarrollo de la investigación se pusieron en práctica diversos métodos tanto del nivel teórico como empírico (Observación directa durante todo el proceso de búsqueda de información) que fueron seleccionados y aplicados sobre la base de las exigencias del enfoque dialéctico materialista, cuyos métodos teórico son: Histórico-Lógico: Para estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia en la determinación de la evolución histórica de la Gingivitis Crónica y la laserterapia, Inducción y Deducción: Para establecer las generalizaciones que permitieron confirmar o rechazar empíricamente la hipótesis, Análisis y Síntesis: Analizar y penetrar en lo fundamental de lo observado, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema, en la caracterización y análisis del objeto y el campo de investigación, Abstracción científica: Para arribar a conceptos y generalizaciones; al igual que las técnicas de recogida de datos realizada mediante las Historias Clínicas.

Hipótesis:

Si se logran Identificar los factores de riesgo de la Gingivitis Crónica en los pacientes reclusos en la Prisión Provincial de Ciego de Ávila, se pudieran desarrollar acciones preventivas, elevando el estado de salud bucal de los mismos.

OBJETIVOS

General

Identificar los factores de riesgo de la Gingivitis Crónica en pacientes reclusos en la Prisión Provincial de Ciego de Ávila.

Específicos

1. Describir el tipo de Gingivitis Crónica presente en la muestra estudiada.
2. Evaluar la posible asociación entre factores de riesgo y la Gingivitis Crónica.

MARCO TEÓRICO

La Gingivitis Crónica es la enfermedad periodontal confinada a los tejidos que protegen al diente (periodonto de protección), que incluyen: encía, epitelio de unión y membrana de Nasmyth, y constituye una respuesta inflamatoria, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival, pérdida del tejido de adaptación del diente e incremento del fluido gingival; aparece en la infancia y su prevalencia es considerable (5,6,7,8).

Estas enfermedades están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano, constituyen el segundo problema de salud bucal a escala mundial y datan desde épocas muy remotas. Se trata de una reacción inmuno inflamatoria crónica del periodonto, que para su mejor estudio y comprensión se divide en Gingivitis y Periodontitis (5, 11, 6,12).

La principal causa de la Gingivitis Crónica son los microorganismos de la placa dentobacteriana. Cronológicamente, lo primero que ocurre es que una inadecuada técnica de higiene oral permite la acumulación de placa sobre el surco gingival, ante lo cual el huésped va a responder con una capacidad mayor o menor, que generaría un cuadro de Gingivitis más o menos llamativo.

El contacto íntimo de los microorganismos que conforman la placa dentobacteriana y la microbiota subgingival dispara los sistemas de alarma en el huésped lo que pone en funcionamiento una serie de procedimientos defensivos que van de la respuesta más primitiva, la inflamatoria, a la respuesta más elaborada o específica; comprometiendo el epitelio de la encía, el tejido conectivo subyacente y la adherencia epitelial (2,6,7,8,13,14).

Además de estar formada por diversas bacterias, la placa dentobacteriana contiene también células descamadas, leucocitos y macrófagos dentro de una matriz proteico-polisacárido que constituye un nido sellado dentro de las cuales las bacterias intercambian nutrientes e información genética bajo los efectos de los mecanismos de defensa del huésped. Tanto la placa como las bacterias comienzan a acumularse a los 20 minutos de la ingestión de alimentos, que es el tiempo en el que se presenta

la mayor actividad bacteriana (7,14,15).

Dentro de la patogenia de esta enfermedad intervienen además otros factores de riesgo como: las condiciones del sistema inmune del paciente, estrés, estilo de vida (nutrición, drogas, hábitos), nivel cultural, características higiénico-sanitarias, socioeconómicas e influencias ambientales y enfermedades sistémicas (endocrino metabólicas, hemolinfopoyéticas, psicósomáticas, SIDA, entre otras), así como los factores genéticos. Por todo esto, su curación y prevención ha sido y es difícil (8,16).

La Gingivitis crónica se clasifica según dientes afectados en:

- Localizada: cuando afecta a un diente o a un grupo de dientes determinado.
- Generalizada: cuando afecta a todos los dientes de la boca.

De acuerdo con las zonas de la encía afectadas en:

- Marginal
- Papilar
- Difusa

Atendiendo a las características histopatológicas en:

- Edematosa
- Fibrosa
- Fibroedematosa (3,16)

El cuadro clínico presente en esta afección se describe como la pérdida de la morfología gingival, que se localiza primeramente en la papila gingival y que puede llegar a tomar la encía marginal y en ocasiones la adherida. En algunos casos la encía aparece lisa, brillante, de consistencia blanda y de color rojo, sangrando con facilidad ante los estímulos mecánicos (Gingivitis Crónica Edematosa). En otro se observa una encía firme, con superficie finamente lobulada, de consistencia dura, de color rosado pálido y sin tendencia a sangrar (Gingivitis Crónica Fibrosa). En ocasiones este cuadro clínico es una combinación de ambos

procesos, sin llegar a predominar uno de los 2 (Gingivitis Crónica Fibroedematosa) (6, 3,16,17).

Además de las características clínicas, lo que distingue a una Gingivitis es la presencia de rasgos histopatológicos diferenciales, los cuales son responsables en gran medida de los cambios macroscópicos que también tienen lugar. Histopatológicamente, la inflamación crónica puede manifestarse en diversos grados y diversidad de características, e ir desde la congestión vascular, el edema con aumento de los espacios intercelulares e infiltrado mono nuclear, hasta la desintegración de la membrana basal, destrucción de fibras colágenas, neo vascularización, fibrosis y otros cambios irreversibles que indican un mayor daño de las estructuras tisulares, lo que se correlaciona con las manifestaciones clínicas que presenta el paciente.

En el caso de la Gingivitis Crónica, el tipo edematoso se caracteriza por cambios reversibles como fluido intercelular abundante, infiltración por linfocitos, células plasmáticas y monocitos, células inmuno competentes, de las cuales solo los linfocitos T pueden regresar a la circulación general por vía linfática, ingurgitación vascular y en algunos casos hasta neovascularización; mientras que en el caso de la fibroedematosa, se manifiestan también elementos histopatológicos de la forma fibrosa tales como: abundante proliferación de fibras de predominio colágeno y engrosamiento del epitelio, que denotan cambios crónicos de difícil reversión espontánea o por intervención terapéutica (6,16,18).

El tratamiento de la Gingivitis Crónica Edematosa y Fibroedematosa es variado y en ambas la educación sanitaria, el control de placa dentobacteriana y la eliminación de los factores de riesgo, son de obligado cumplimiento. Dentro de las alternativas terapéuticas que se utilizan en el abordaje de este proceso inmuno inflamatoria crónico se encuentra el uso de medicamentos cáusticos, astringentes, citostáticos y antisépticos, así como se incluyen la medicina natural y tradicional por sus reconocidos efectos biológicos en los procesos inflamatorios.

Diabetes Mellitus

Entre las enfermedades sistémicas que han sido asociadas con la Enfermedad Periodontal (EP) se encuentra la Diabetes Mellitus la cual se caracteriza por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y por una insensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de la insulina (19).

Constituye un factor de riesgo conocido de las EP por las microangiopatías de los vasos sanguíneos, que disminuyen el flujo sanguíneo, disminuye los nutrientes, oxígeno y defensa de la encía, caracterizándose por manifestaciones periodontales como abscesos a repetición, bolsas, movilidad, agrandamientos, pérdidas óseas y retraso en la cicatrización. A su vez la Periodontitis es una complicación de la Diabetes, de hecho, se le conoce como la sexta complicación de la Diabetes Mellitus (19-22).

La relación que se establece entre Diabetes Mellitus y Periodontitis es bidireccional resultando en una mayor severidad de la Periodontitis y una mayor dificultad para controlar los niveles de glucosa en sangre en pacientes diabéticos (20,21). Ambas enfermedades tienen factores genéticos, alteraciones microbiológicas e inmunológicas en común, la evidencia es que la glucemia se estabiliza después del tratamiento periodontal y la enfermedad periodontal desestabiliza la glucemia (22).

Enfermedad Cardiovascular

La Enfermedad Isquémica Cardíaca (EIC) y otras enfermedades cardiovasculares (ECV) de origen aterosclerótica son consideradas uno de los más grandes problemas de salud pública en muchos países (23).

El principal factor responsable por la mayoría de los casos de ECV es la aterosclerosis. La arterosclerosis es un proceso de causas multifactoriales constando de mecanismos de respuesta a la injuria, actividad inmunoinflamatoria, lipogénica e infecciosa (23-25).

La Enfermedad periodontal es capaz de predisponer a las personas a la ECV, dada la abundancia de bacterias Gram negativas y sus metabolitos, y las reacciones inmunes contra ellas. Hay evidencia que *Streptococcus sanguis*, *A.*

actinomyces comitans y Porphyromonas gingivalis inducen agregación plaquetaria, contribuyendo a la formación del trombo y subsiguiente Isquemia Miocárdial (24,25).

Tabaquismo.

El tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo que se asocia más frecuentemente con el desarrollo de periodontopatías inflamatorias e influye de un modo relevante en el curso y pronóstico de la enfermedad periodontal (26). En el mundo existe una alta incidencia de personas fumadoras, que generalmente inician el hábito de fumar desde edades muy tempranas, especialmente en la adolescencia y la adultez temprana, en los cuales aparecen los efectos del tabaco con prontitud en las encías. Estudios recientes asocian el hábito de fumar con la enfermedad periodontal, y evidencian que las personas fumadoras tienen 2,7 veces más riesgo de enfermar que las no fumadoras (27).

La cavidad bucal se afecta en toda su extensión, y es ahí donde se produce el primer contacto con el tabaco, que trae como resultado efectos negativos como halitosis, manchas extrínsecas de dientes y restauraciones, abrasión de superficies dentales, caries dental, estomatitis nicotínica, estados preneoplásicos y enfermedad periodontal (26,28).

El tabaquismo es un factor independiente y directo que acelera la pérdida ósea alrededor de los dientes por cuatro mecanismos:

- La nicotina produce una vasoconstricción de la micro circulación gingival, y como consecuencia se reduce el aporte de oxígeno, de células y de sustancias quimiotácticas en relación con la respuesta inflamatoria gingival.
- El humo del tabaco provoca una disminución de la inmunidad celular y humoral, en particular de la actividad quimiotáctica y fagocitaria de los leucocitos.
- El humo del tabaco debilita el potencial de óxido reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de las bacterias de la placa bacteriana y de la microbiota subgingival.
- La nicotina es el origen de problemas en el metabolismo de la síntesis del colágeno, de la secreción proteica y de la reproducción de los fibroblastos (27)

La morbilidad por enfermedad periodontal se incrementa con el aumento a la exposición del tabaco: a más cantidad de cigarros diarios y más tiempo fumando, más grave será la enfermedad periodontal.

Estrés.

Los estudios en torno al fenómeno del estrés, al análisis de sus causas, efectos y consecuencias, se han incrementado de manera significativa en las últimas décadas; gracias a los avances en el área médica y al acceso a nuevas tecnologías ha sido posible comprender mejor los eventos neurofisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se relacionan con la capacidad de adaptación de los seres vivos en situaciones de tensión, y a la vulnerabilidad y/o deterioro generado por la severidad y duración de las mismas (29,30).

Los investigadores han señalado que la alteración de la condición emocional (estrés) está muy relacionada con la inmunidad, la cual disminuye y desencadena procesos patológicos diversos.

Como consecuencia del estrés existe un aumento de los glucocorticoides que disminuyen la respuesta inmune normal. Se producen alteraciones en los mecanismos humorales y celulares inmunitarios, decrece la actividad de los linfocitos y de los anticuerpos ante determinados antígenos, alterándose también la acción antiviral del interferón, a su vez aumenta la permeabilidad y tonicidad vaso motriz y disminuye la renovación del tejido conectivo, afectando la respuesta inmunológica adecuada del huésped ante la Enfermedad Periodontal (30,31,32).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de casos y controles para identificar los factores de riesgo de la Gingivitis Crónica en pacientes recluidos en la Prisión Provincial de Ciego de Ávila, se tomaron dos controles por cada caso, con características similares para establecer una adecuada razón de productos cruzados y medir la asociación de los factores de riesgo.

El universo de estudio estuvo constituido por 300 personas en edades comprendidas entre 20 a 34 años recluidos en la Prisión con diagnóstico de Gingivitis en sus historias Clínicas. Para el cálculo de muestra se estimó una proporción de casos expuestos de 80% y de controles del 60% con un nivel de confianza del 95 % calculándose los sujetos necesarios, quedando conformada la muestra por 63 casos y 126 controles, mediante el programa estadístico EPIDAT3.0 se calculó el tamaño de la muestra (Anexo 3). Se escogieron por muestreo simple aleatorio las 63 Historias Clínicas de los pacientes con Gingivitis que se incluyeron en el estudio y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que desean participar en el estudio.
- Pacientes con Gingivitis Crónica Edematosa, Fibrosa y Fibroedematosa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Criterio de salida:
- Que una vez incluido en el estudio abandonen el penal.

Procedimientos

En la fase inicial de la investigación se revisó toda la información sobre el tema seleccionado recolectada en los centros de Información de Ciencias Médicas. La búsqueda de la literatura en formato electrónico se realizó en las bases de datos digitales de las revistas y otras publicaciones científicas que están disponibles y

accesibles por Internet en el portal de Infomed. Seguidamente se establecieron las coordinaciones necesarias con la dirección de la Prisión Provincial de Ciego de Ávila con el objetivo de obtener la autorización y el aval del Consejo Científico para realizar la investigación en esa institución. (Anexo 4)

Una vez seleccionados los pacientes para el estudio y haberse revisado sus historias clínicas se pudo obtener datos como sus hábitos y enfermedades, se realizó un cuestionario de vulnerabilidad al estrés para medir los niveles del mismo (Anexo 2) la cual fue evaluada por los psicólogos del centro. Todos los datos fueron recogidos por la autora de la investigación. Se tomaron como variables: higiene bucal, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, tabaquismo, Estrés y tipo de Gingivitis Crónica.

Criterios de diagnóstico y evaluación para el grado de inflamación gingival:

Se utilizaron los criterios establecidos en el Índice Gingival de Loe y Silness para su aplicación

Puntaje Criterios

- 0 Ausencia de inflamación: encía normal.
- 1 Inflamación leve: ligero cambio de color y escaso cambio de textura, sin sangrado al sondaje.
- 2 Inflamación moderada: enrojecimiento y aspecto brillante, edema e hipertrofia moderada, sangrado al sondaje.
- 3 Inflamación severa: marcado color rojo, edema e hipertrofia pronunciada, sangrado espontáneo, ulceraciones.

Para medir el Índice Gingival se pueden examinar todos los dientes o sólo los que se muestran a continuación

- ✓ Primer molar superior derecho.
- ✓ Incisivo lateral superior derecho.
- ✓ Primer premolar superior izquierdo.
- ✓ Primer molar inferior izquierdo.

- ✓ Incisivo lateral inferior izquierdo.
- ✓ Primer premolar inferior derecho.

Los sitios que se evaluaron en cada diente fueron los siguientes:

- Papila disto vestibular.
- Margen gingival vestibular.
- Papila mesio vestibular.
- Margen gingival lingual (de papila a papila).

El puntaje obtenido en cada diente se sumó y dividió entre el total de dientes examinados; este valor correspondió al índice general del individuo.

Se consideró la variable dependiente la presencia de Gingivitis y la variable independiente los factores de riesgo

Operacionalización de las Variables

variables	tipo	escala	descripción	indicadores
Higiene bucal	Cualitativa Nominal Dicotómica	Buena. Deficiente.	Se evaluará el porcentaje de placa dentobacteriana según los parámetros del Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y col. (2)	Número y % según categorías de pertenencia
Tipo de Gingivitis crónica	Cualitativa Nominal policotómica	Edematosa Fibroedematosa Fibrosa	Se determinará atendiendo a las características anatomoclínicas a través del examen intrabucal.	Número y % según categorías de pertenencia
Evaluación del estrés.	Cualitativa Nominal dicotómica	Presente Ausente	Se determinara de acuerdo al test (anexo 2)	Número y % según categorías de pertenencia

Hábito de fumar	Cualitativa Nominal dicotómica	Presente Ausente	Se determina según lo registrado en la historia clínica del paciente	Número y % según categorías de pertenencia
Diabetes Mellitus	Cualitativa Nominal dicotómica	Presente Ausente	Se determina según lo registrado en la historia clínica del paciente	Número y % según categorías de pertenencia
Cardiopatías	Cualitativa Nominal dicotómica	Presente Ausente	Se determina según lo registrado en la historia clínica del paciente	Número y % según categorías de pertenencia

Proceder estadístico

Toda la información se llevó a una base de datos confeccionada en el programa estadístico SPSS 18.0, resumida en frecuencias absolutas y porcentajes y presentadas en cuadros estadísticos.

Para medir la significación de la asociación se realizó un análisis Bivariado entre las variables explicativas o independientes y la variable de respuesta o dependiente, mediante la prueba de independencia Chi cuadrado de Pearson sin corrección de Yates se consideró un nivel de significación de 0,05 de probabilidad de cometer el error tipo 1.

Se empleó el programa Epidat 3.1 para datos agrupados.

Se plantearon las Hipótesis

Ho: Independencia. No existe asociación.

H1: No existe Independencia. Existe asociación.

Si $p < 0.05$ se rechazó la hipótesis nula de no asociación existiendo asociación estadística significativa entre el posible factor de riesgo y la Gingivitis y como medida de la intensidad de la asociación se empleó el Odds Ratio Razón de productos cruzados.

Interpretación del valor de Odds Ratio

OR=1 Factor de exposición no se considera un factor de riesgo de la enfermedad, el intervalo de confianza contiene al 1.

OR>1 Factor de exposición se consideró factor de riesgo de la enfermedad, el intervalo de confianza no contiene al 1 y su límite inferior debe ser mayor que uno.

OR<1 El factor de exposición se consideró un factor de protección de la enfermedad, el intervalo de confianza no contiene al 1 y su límite superior debe ser menor que 1.

Consideraciones Éticas

A todos los pacientes seleccionados para la investigación se les brindó información sobre las características y los objetivos que se perseguían en la misma, su importancia así como el aporte para el Ministerio del Interior en nuestro territorio y en especial al sistema de prisiones, en tal sentido le he solicitado a todos de forma individual el consentimiento, el cual quedó firmado en documento (Anexo1).

No sin antes haberle explicado que la información sería utilizada sólo con fines investigativos, garantizando la confiabilidad, cumpliendo los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que rigen las investigaciones biomédicas actualmente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Gingivitis Crónica es la Enfermedad Periodontal confinada a los tejidos que protegen al diente y constituye una respuesta inflamatoria causada por diversos factores de riesgos que de no ser tratados ayudan a la progresión de la misma.

Tabla 1:

Distribución de los pacientes según el tipo de Gingivitis Crónica en La Prisión Provincial de Ciego de Ávila año 2015.

Tipo de Gingivitis	Casos	%
Edematosa	26	41.3
Fibrosa	3	4.8
Fibroedematosa	34	53.9
Total	63	100

Como se aprecia, en estos casos existen un predominio de pacientes con Gingivitis Crónica del tipo Fibroedematosa con un 53.9%, seguida de la Edematosa con un 41.3 % y la fibrosa representando un 4.8%.

Plantea la Dra. Camacho Escalante en su trabajo de Tesis “La Intervención con láser terapéutico en pacientes portadores de Gingivitis Crónica”. Se encontró mayor frecuencia del tipo Fibroedematosa con el 59.2% que en la Edematosa con 40.8%. En la distribución por grupos de edad es el grupo de 21 a 25 años fue el más afectado por la Gingivitis Crónica con el 52.1%.

Con relación al tipo de Gingivitis en este grupo de edades fueron las Fibroedematosas las que ocuparon las mayores frecuencias con el 30.9%, en cambio las Edematosas ocuparon un 21.1%. En el grupo de 16 a 20 años de edad también la Fibroedematosa tuvo mayor frecuencia que la Edematosa ambas con

28.2% y 19.7% respectivamente. Este estudio presenta similitud con el nuestro.

Martínez y Col, en la distribución de la Gingivitis Crónica según edad, señalaron en sus resultados que el mayor por ciento de los pacientes con Gingivitis Crónica Edematosa tratados en su estudio, se encontraron entre 15 y 34 años de edad; esto se debe a que esta enfermedad empieza en edades tempranas y se va agravando a medida que avanza la misma. Por lo que en este estudio las mayores frecuencias se encontraron en el grupo de mayor edad. En este estudio no presentamos similitud con nuestro trabajo.

Pérez BR y Col, en su estudio sobre los principales factores de riesgo de la Gingivitis Crónica en pacientes de 15 a 34 años, también observaron un predominio de 56,0% en el grupo de 19 a 34 años. En el estudio realizado por Rubio G y Col, en mayores de 15 años de edad, la Gingivitis Crónica prevaleció y el grupo más afectado fue el de 25-34 años de edad. Sin especificar en los dos estudios que tipo tuvo mayor frecuencia. En este estudio no presentamos datos de asociación.

Tabla 2.

Distribución de los pacientes con Gingivitis Crónica según Higiene bucal en La Prisión Provincial de Ciego de Ávila año 2015

Higiene bucal	Casos	%	Controles	%	Total	%
Inadecuada	50	79.4	58	46	108	57.1
Adecuada	13	20.6	68	54	81	42.9
Total	63	100	126	100	189	100

Valor p 0.0000 factor de riesgo

En esta tabla se distribuyeron los pacientes según su higiene bucal. La misma muestra que existe un 79.4% que presentan higiene bucal inadecuada, mientras el 20.6 % se le catalogó una higiene adecuada, los controles mostraron un 46% con higiene inadecuada, así como al 54% con una buena higiene, para un total de 57.1%

de enfermos con higiene bucal incorrecta y un 42.9% de buena higiene. El procesamiento estadístico arrojó el valor de p menor que 0,05 por lo que en este caso sí existe asociación del factor con la enfermedad.

En un estudio realizado por MSc. Pérez Barrero BR, MSc. Duharte Garbey C, MSc. Perdomo Estrada C, MSc. Ferrer Mustelier A y Lic. Gan Caldero B. centraron su trabajo sobre el tema. "Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y Gingivitis Crónica en adolescentes Venezolanos de 15-18 años".

La mala higiene bucal primó en la casuística (54,7 %), pero fundamentalmente en el grupo de estudio (88,0 %). Aquí también hubo una relación lineal significativa entre higiene bucal y riesgo de padecer la enfermedad ($p < 0,05$). Este estudio muestra relación con el nuestro.

Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B y Paneque Gamboa MR en su estudio: "*Principales factores de riesgo de la Gingivitis Crónica en pacientes de 15 a 34 años*".

En nuestra casuística la mala higiene bucal se mostró elevada en 191 pacientes (84,9%), resultado similar se obtuvo en ambos grupos, con 89,3 % para el de estudio y 82,7% para el control. El riesgo relativo estimado fue de 1.75 con un intervalo de confianza de 95 %. Este trabajo presenta similitud con el nuestro.

Dra. González Díaz ME, Dra. Toledo Pimentel B y Dra. Nazco Ríos C, en su estudio: "Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados".

Se demostró una dependencia altamente significativa con una relación inversamente proporcional entre la higiene bucal y la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal. Este estudio presenta relación con el nuestro.

Tabla 3.

Distribución de los pacientes con Gingivitis Crónica según hábito de fumar en La Prisión Provincial de Ciego de Ávila año 2015.

Hábito de fumar	Casos	%	Controles	%	Total	%
Si	49	77.7	63	50	112	59.2
No	14	22.3	63	50	77	40.8
Total	63	100	126	100	189	100

Valor p 0.0002 factor de riesgo

Como se puede Observar en la tabla número 3 existe un predominio de personas fumadoras en el caso de los pacientes enfermos representando un 77.7%, quedando solo un 22.3% de pacientes sin el nocivo hábito, los controles por su parte mostraban un 50% de ambas condiciones para un total de 52.2% de pacientes fumadores. El valor de p fue menor que 0,05 existiendo asociación de este factor con la enfermedad.

Se toma como referencia un estudio realizado por los Doctores. Traviesas Herrera EM. y Dr. Rodríguez Llanes R, sobre: “Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatoria crónicas en adultos del municipio Guanajay.”

El estado periodontal de los fumadores atendiendo a los grupos de edades establecidos, se observa que no aparecen registros de la condición 0, ya que en la muestra de fumadores estudiadas no existieron hallazgos de personas sanas desde el punto de vista periodontal, por lo que no aparece esta condición en la tabla, es decir, todas las personas fumadoras tenían alguna manifestación de enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica, que cursaba desde una Gingivitis leve hasta personas con pérdida de la función masticatoria, como se evidencia en los grupos de 35-59 y 60 años. Presentamos en nuestro trabajo relación con el estudio.

Dra. González Díaz ME, Dra. Toledo Pimentel B y Dra. Nazco Ríos1C, en su estudio: Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados.

Arroja que de los 51 pacientes fumadores, solo 5 (9,8 %) eran sanos periodontalmente, el resto presentaba diversos grados de enfermedad periodontal.

Se encontró una diferencia altamente significativa a expensas de los fumadores encuestados. Presentamos en nuestro estudio relación con el trabajo.

Otro trabajo realizado por MSc. Pérez Barrero BR, MSc. Duharte Garbey C, MSc. Perdomo Estrada C, MSc. Ferrer Mustelie A y Lic. Gan Caldero B. sobre: "Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y Gingivitis Crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años".

El hábito de fumar se encontró en el 42,7 % de la serie, pero preponderantemente en el grupo de estudio (60,0 %). Ese factor de riesgo estuvo asociado significativamente con el riesgo de padecer la enfermedad ($p < 0,05$). Este estudio presenta relación con el nuestro.

Tabla 4

Distribución de los pacientes con Diabetes Mellitus en La Prisión Provincial de Ciego de Ávila año 2015.

Diabetes Mellitus	Casos	%	Controles	%	Total	%
Si	9	14.2	10	7.9	19	10.1
No	54	85.8	116	92.1	170	89.9
Total	63	100	126	100	189	100

Valor p 0.1712

En la distribución de los pacientes con Diabetes Mellitus podemos observar que en los casos presentan la enfermedad el 14.2% y en los controles el 7.9% para un 10.1% respecto al total de los pacientes estudiados. El procesamiento estadístico arrojó el valor de p mayor que 0,05 por lo que podemos apreciar que no existe asociación.

Tema como "Comportamiento de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. Policlínico Pedro Borrás Astorga". De los especialistas Dra. González Gutiérrez A,

Dra. Trasanco Delgado M, González Cordero AE, Casanova Moreno MC, refleja en el análisis efectuado sobre la prevalencia de la enfermedad periodontal en los pacientes diabéticos, y se determinó que la misma corresponde a una tasa o riesgo de padecer la patología de 68.1, lo mismo es decir, que de 135 pacientes estudiados 92 presentan la enfermedad periodontal. No se presenta asociación de este estudio con el nuestro.

Según el estudio realizado por los Especialistas Chilenos. Smith P, Retamal I, Cáceres M, Romero A, Silva D, Arancibia R, Martínez C Relacionado con la "Diabetes y su impacto en el territorio periodontal.

Se determinó la presencia de un pobre control de esta enfermedad, medida a través de los niveles plasmáticos de hemoglobina glicosilada (HbA1c), se asoció con mayor prevalencia, severidad y extensión de la enfermedad periodontal.

Se ha visto además que tanto los individuos diabéticos no insulino-dependientes como los insulino-dependientes presentan un riesgo incrementado para el desarrollo de enfermedad periodontal. Estos antecedentes han permitido proponer que el mal control metabólico de la diabetes es un factor importante que puede modular negativamente la evolución de la enfermedad periodontal. No coinciden los datos de nuestro estudio con lo planteado por los doctores.

Tabla 5: Distribución de los pacientes con Cardiopatías en La Prisión Provincial de Ciego de Ávila año 2015.

Cardiopatías	Casos	%	Controles	%	Total	%
Si	3	4.7	9	7.1	12	6.3
No	60	95.3	117	92.9	177	93.7
63	63	100	126	100	189	100

Valor p 0.5269

En la tabla 5 podemos apreciar que son cardiopatas el 4.7% de los casos, no presentando esta patología el 95.3%, en cuanto a los controles se evidencian un 7.1% y no lo padecen el 92.9 %, para un total de 6.3% cardiopatas. En cuanto al proceder estadístico reflejó el valor de p mayor que 0,05 por lo que no representa asociación.

Luis Delgado O, Echeverría García JJ, Berini Aytés L, Gay Escoda C, en su estudio sobre La Periodontitis como factor de riesgo en los pacientes con Cardiopatía Isquémica refleja que Según Ebersole y Cols. El nivel de CRP disminuye ante la presencia de Gingivitis y aumenta en el caso de la Periodontitis; en cambio el fibrinógeno aumenta tanto con la Gingivitis como con la Periodontitis. No presentamos relación de nuestro trabajo con lo antes planteado.

Tabla 6:

Distribución de los pacientes con presencia de estrés en La Prisión Provincial de Ciego de Ávila año 2015.

Estrés	Casos	%	Controles	%	Total	%
Si	34	53.9	31	24.6	65	34.3
No	29	46.1	95	75.4	124	65.7
Total	63	100	126	100	189	100

Valor p 0.0001factor de riesgo

En la tabla anterior se aprecia que el 53.9% de los pacientes presentan estrés y el 46.1% no lo padecían, mientras que en los controles muestran que el 24.6% de los pacientes se encuentran en estado de estrés y el 75,4% no lo presentan para un valor de 34,3% pacientes con estrés, el valor estadístico de la misma representa a p menor que 0,05 lo que representa asociación en este caso.

La Dra. Casanova Rivero, Dra. Lima Álvarez M, Dr. Casanova Rivero A, Dr. Santana Ramírez H. de La Clínica Estomatológica Provincial Docente en La Provincia Camagüey. En su estudio sobre *“Estrés y su Influencia Enfermedad Periodontal”*:

En los 55 pacientes estudiados se encontró que la enfermedad más frecuente fue la Gingivitis (50,9%), siguiendo en orden los individuos sanos (38,2%) y en un menor por ciento las Periodontitis con (10,9%). Esto confirma una vez más que la inflamación gingival es la forma más común de la enfermedad en pacientes menores de 45 años. Presentamos similitud en el estudio con lo antes planteado

Estudio como *“Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal”*. De los autores Barbieri Petrelli G, Mateos Ramírez L, Bascones Martínez. Hugoson y Cols 2002) Estudio de la relación entre algunos eventos negativos y factores psicológicos con respecto a la enfermedad periodontal en una población adulta, con edades comprendidas entre 60 y 80 años, en Suecia.

Observaciones clínicas y estudios epidemiológicos sugieren que experiencias negativas en la vida, especialmente aquellas manifestadas en forma de depresión, podrían contribuir a un aumento en la susceptibilidad a la enfermedad periodontal.

En este estudio se investigó la relación entre enfermedad periodontal, eventos desagradables en la vida y factores psicológicos. Estudio epidemiológico transversal realizado en 1993 en la ciudad de Jönköping (Suecia). Se seleccionaron 298 individuos dentados. Se registraron dientes existentes, índice de placa, índice gingival, profundidad de bolsa y hueso alveolar perdido. También se realizó un cuestionario sobre: estatus económico, acontecimientos vitales, factores psicológicos y factores de estrés.

Los resultados revelaron que, en adición a los bien documentados factores de riesgo periodontal como aumento de edad, higiene oral y tabaco; la pérdida de esposo/a (convirtiéndose en viudo/a), el tipo de personalidad y el control emocional también fueron asociados a enfermedad periodontal severa. En esta tabla coincidimos con los autores anteriores.

CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación practicada en el presente trabajo, donde se seleccionó un grupo de internos de La Prisión Provincial de Ciego de Ávila, con la finalidad de identificar los factores de riesgo de La Gingivitis Crónica. Se determinó que La Gingivitis Crónica Fibroedematosa fue el padecimiento de mayor frecuencia y predominio. Dentro de los factores de riesgos estudiados fueron la higiene bucal inadecuada, el hábito de fumar y el estrés los de mayor asociación con la enfermedad contrario de las Cardiopatías y La Diabetes Mellitus.

RECOMENDACIONES

- Continuar investigando sobre los factores de riesgo que pueden influir en el inicio y desarrollo de la Gingivitis Crónica.
- Proponer a los Servicios Médicos del MININT el incremento de trabajo profilácticos en la prisión provincial y resto de sus campamentos, para eliminar o disminuir los factores de riesgo que inciden en la proliferación de esta enfermedad.
- Proponer el incremento de supervisión por parte de los especialistas que inciden en estas instituciones, para incrementar la detección temprana de los padecimientos conocidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo MG, Sukekava F. Epidemiología de la enfermedad periodontal en América Latina. MedParod. [Internet]. 2008 [citado 9 Mayo 2011]; 13(28): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

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

2. Doncel Pérez C, Vidal Lima M, del Valle Portilla MC. Relación entre la higiene bucal y la Gingivitis en jóvenes. RevCubMed Mil. [Internet]. 2011 [citado 11 Ene 2011]; 40(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572011000100006&script=sci_arttext&tlng=es

3. Aragonés AJ. La encía y la enfermedad periodontal [Internet]. Brasil: Sociedad Brasileira de Periodontología; 2011 [citado 25 Jun 2011]. Disponible en: http://www.fundacioncarraro.org/articulos_enc_y_enfer_perid.php

4. Medina Seruto M, Gómez Mariño M, Quintero Ortiz E, Méndez Martínez MJ. Comportamiento de las enfermedades periodontales en adolescentes. Rev. ArchMedCamg [Internet]. 2009 [citado 13 Dic 2010]; 13(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000500002&script=sci_arttext&tlng=es

5. Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta Vidal ER. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y Gingivitis crónica en niños. Colegio “Presidente Kennedy”. Venezuela. 2006. Revméd electrón. [Internet]. 2009 jul.-ago. [citado 24 Mar 2012]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000400007&script=sci_arttext

6. Peña Ruiz T, Delgado Ramos A, Martínez Abreu Y. Nociones actuales sobre la flora microbiana del surco gingival. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2007 [citado 15 Ene 2011]; 44 (3): [aprox.11p.] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est12307.html

7. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la Gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 4 Jun 2011]; 13(1): [aprox.7p.] Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400006&script=sci_arttext&tln g=es
8. Murrieta Pruneda JF, Juárez-López LA, Linares-Vieyra C, Zurita-Murillo V, Meléndez Ocampo AF, Ávila-Martínez CR, et al. Prevalencia de Gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. Medigraphic [Internet]. 2008 [citado 7Feb 2011]; 65(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi085f.pdf>
9. Ardila Medina AM, Cristina Guzmán I. Agrupaciones familiares en Periodontitis crónica. RevArchMedCamag [Internet]. 2011 [citado 20 Feb 2015]; 15(6): [aprox. 5p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552011000600004&script=sci_arttext&tln g=pt
10. Rendón WL, Guzmán IC, Torres IX, Botero L. Tratamiento clínico de un paciente con Periodontitis avanzada generalizada en la facultad de la universidad de antioquia, medellín, reporte de un caso. RevFacOdontolUnivAntioq [Internet]. 2012 [citado 20 Feb 2014]; 24(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en:<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/12708/12231>
11. da Silva Pereira SL, Sá Silveira de Lima M, Nogueira da Costa F, Ximenes Carlos M, EsgaibKayatt F. Evaluación del efecto de un gel conteniendo extracto de aruera en el tratamiento de Gingivitis. Estudio clínico en humanos. ActOdont de Venez [Internet]. 2009 [citado 21May 2011]; 47 (4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/4/art8.asp>

12. Martínez Abreu J, Peña Ruiz T, Llanes Llanes E, Ilzarbe LM. Papel de los metabólicos reactivos del oxígeno en las periodontopatías. RevMédElectón [Internet]. 2007 [citado 2 Feb 2011]; 29 (5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema15.htm>
13. Pontelli Navarro V, Belucio Ruvierre D, Gutiérrez Motta B, Díaz-Serrano K. Gingivitis severa asociada a factor local en odontopediatría. Reporte de caso clínico. ActOdont de Venez [Internet]. 2010 [citado 10 Dic 2010]; 48 (2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art24.asp>
14. Díaz Caballero A, Vivas Reyes R, Puerta Llerena L, Ahumado Monterrosa M, Cabrales Salgado R, Herrera Herrera A, et al. Periodontitis, Porphyromonas gingivalis y su relación con la expresión de quorumsensing. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 16 May 2011]; 47(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400003&script=sci_arttext&tlng=en
15. Galaz Ramos J, Ramos Peña E, Tijerina González L. Riesgo de presencia de placa dentobacteriana asociado al control de higiene bucal en adolescentes. RESPYN [Internet]. 2009 [citado 2 Feb 2011]; 10(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2009/spn094f.pdf>
16. Matesanz Pérez P, Matos Cruz R, Bascones Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av en Period e Implant Oral [Internet]. 2008 [citado 12 Jul 2011]; 20 (1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100002&script=sci_arttext&tlng=en
17. Sosa EJ. Acupuntura Práctica Familiar. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. Informe sobre desarrollo de la docencia de pre y post-grado en MNT. La Habana: MINSAP; 1999.
18. Binaghi V, Aymerich S, Burlli M, Canga E. ¿Qué medidas preventivas aplicamos

en nuestra práctica diaria ante un paciente con riesgo de padecer enfermedad gíngivo - periodontal? MedParod [Internet]. 2011 [citado 9 May 2011]; 16(33):[aprox.8p.].Disponible

http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista33_art5.pdf

19. Hernán Ramírez J, Contreras A. ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? ColombMed [Internet]. 2007 [citado 10 Feb 2014]; 38 (3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/283/28338301/28338301.html>

20. Torres López de la C M, Díaz Álvarez M. La diabetes mellitus y su vinculación en la etiología y patogenia de la enfermedad periodontal. GacetMédEspirit [Internet]. 2007 [citado 10 Feb 2014]; 9(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)_22/p22.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_22/p22.html)

21. Torres López de la C M, López Nápoles D, Díaz Álvarez M. Enfermedad periodontal inflamatoria crónica en pacientes diabéticos. GacetMédEspirit [Internet]. 2009 [citado 13 Marz 2014]; 11(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(1\)_04/p4.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(1)_04/p4.html)

22. Peña Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola A, Torres Keiruz D, Lao Salas N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. RevCubEstom [Internet]. 2008 [citado 2 Abr 2014]; 45(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. Ardila Medina CM, Lafaurie Villamil GI. Asociación entre porphyromonagingivalis y proteína C reactiva en enfermedades sistémicas inflamatorias. RevCubMéd [Internet]. 2010 [citado 12 Dic 2014]; 22(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169965852010000100006&script=sci_arttext&tlng=es

24. Saba-Chujfi E, dos Santos-Pereira SA, SoaresDias LZ. Interrelación de las enfermedades periodontales con las enfermedades cardiovasculares y cerebro

- vasculares isquémicas. MédPeriod [Internet]. 2008 [citado 10 May 2014]; 13(28): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.fundacioncarraro.org/revista-2008-n28.php>
25. Padilla E C, Lobos G O, Jure O G, Matus F S, Descouvieres C C, Hasbún A S, et al. Aislamiento de bacterias periodontopáticas desde hemocultivos y ateromas obtenidos de pacientes con aterosclerosis y Periodontitis. RevMéd Chile [Internet]. 2007 [citado 21 Oct 2014]; 135(9): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000900004&script=sci_arttext
26. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. RevCubEstom [Internet]. 2011 [citado 2 Feb 2014]; 48(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000300009&script=sci_arttext
27. Traviesas Herrera EM, Echarry Cano O, Rosa Morales Aguiar D, Teresa Ilizástigui Ortueta Z, Rodríguez Ortega J. Intervención comunitaria intersectorial en adultos para disminuir el tabaquismo y las periodontopatías. Boquerón, Monagas, Venezuela. 2009. RevMedElect [Internet]. 2012 [citado 2 Abr 2014]; 34(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242012000200006&script=sci_arttext
28. Cables Fernández B, Cables Fernández D, Carracedo Pérez P, Fernández Peña I. Programa para la prevención de enfermedades periodontales por consumo del tabaco en adolescentes. CCM [Internet]. 2013 [citado 5 Abr 2014]; 1(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1511/390>
29. Núñez de Villavicencio, Fernando [y otros]. .Psicología de la Salud /La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001. 1t.;X,293p.:il
30. Treviño Flores AC. El rol de la Psicología en la Periodoncia. RevMédPeriod [Internet]. 2011 [citado 5 Abr 2014]; 2(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2011/mp112g.pdf>

31. Lourido Pérez H, Martínez Sánchez G, FleitasVigoa D, Fernández Becerra J. Ambiente redox salival: Comparación entre pacientes con enfermedad periodontal inflamatoria y pacientes periodontalmente sanos. Rev CM Pinar. [Internet]. 2009 [citado 5 Abr 2014]; 13(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en:<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/499/1064>
32. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suárez E, Iglesias López N, Ramos Ortega A. La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. Rev. Med. Electron [Internet]. 2014 [citado 5 Ene 2015]; 36(6): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600001&script=sci_arttext

ANEXO 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Título del trabajo: Factores de riesgos de la Gingivitis Crónica en pacientes de La Prisión Provincial de Ciego de Ávila.

Yo _____ paciente de la consulta Estomatológica de la Prisión Provincial de Ciego de Ávila, con número de Identidad _____ doy mi disposición a participar en la investigación de forma consciente y voluntaria. Para la misma he sido instruido por parte de la autora de esta, sobre las características y objetivos del estudio, siendo sincero y reconociendo educadamente la entrevista. Los datos personales no serán publicados.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: _____

Paciente

Firma: _____

Investigador

ANEXO 2

Cuestionario Vulnerabilidad al estrés.

En este modelo encontrará Ud. 15 temas en relación con hábitos y dificultades por las que pueden pasar la mayoría de las personas, en un tiempo u otro. Si Ud. responde con franqueza y sinceridad ayudará a comprender algún problema suyo.

Situación	siempre	Casi Siempre	Frecuente	Casi Nunca	nunca
1-Por lo menos 4 veces a la semana duermo 7 - 8 horas.	_____	_____	_____	_____	_____
2-En 50 km a la redonda poseo una familia en la que puedo confiar.	_____	_____	_____	_____	_____
3-Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta que puedo sudar.	_____	_____	_____	_____	_____

4-Fumo menos de media

cajetillas de cigarros

al día.

5-Tomo menos de 5 tragos

de bebidas alcohólicas

a la semana.

6-Tengo peso apropiado para

mi estatura.

7-Mis ingresos satisfacen

mis gastos fundamentales.

8-Asisto regularmente a

actividades sociales.

9-Tengo una red de amigos

y conocidos.

10-Tengo uno o más amigos
a quienes puedo contarles mis
problemas personales.

11-Converso regularmente sobre
problemas domésticos.

12-Por lo menos una vez a la
semana hago algo divertido

13-Soy capaz de organizar
racionalmente mi tiempo.

14-Tomo al menos 3 tazas de
café, té o refresco al día.

15-Durante el día me dedico a
mi mismo un rato tranquilo

ANEXO 3.

Tamaños de muestra y potencia para estudios de casos y controles independientes

Proporción de casos expuestos: 80.000%
Proporción de controles expuestos: 60.000%
OR esperado: 1.000
Controles por caso: 2
Nivel de confianza: 95.0%

Tamaño de muestra		Casos	Controles
Potencia (%)	Ji-cuadrado		
80.0	Sin corrección	63	126
	Corrección de Yates	71	142

APROBADO POR:

Director de la Institución: _____

Fecha: _____ *Firma y cuño:* _____

ANEXO 4

Autorización para realizar la investigación estomatológica

“Factores de riesgo de la Gingivitis Crónica en pacientes de La Prisión Provincial de Ciego de Ávila”.

Asunto: Autorización para realizar investigación estomatológica.

Por medio de la presente se autoriza a la Dra. Ida Iris Estrada Alfonso para realizar un estudio sobre Factores de riesgos que influyen en la aparición de la Gingivitis Crónica en La Prisión Provincial de ciego de Ávila, en el período de junio 2014 a junio del 2015.

Los datos personales obtenidos de las encuestas no serán publicados, el estudio y el tratamiento se realizará con el consentimiento informado de cada uno de los pacientes.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente, a los _____ días del mes de

_____ del año_____.

Jefe de la unidad

Investigador

ANEXO 5

[2] Tablas de contingencia. Higiene Bucal: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95.0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos		50	58
No expuestos		13	68
Total		63	126

Estimación	IC (95.0%)		
Proporción de casos expuestos	0.793651	-	-
Proporción de controles expuestos	0.460317	-	-
Odds ratio (Woolf)	4.509284	2.231202	9.113313
	2.246339	9.035264	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0.778235	0.551811	0.890270
Fracción atribuible poblacional	0.617647	0.363005	0.770494
Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p	
Sin corrección	19.0556	0.0000	
Corrección de Yates	17.7188	0.0000	
Prueba exacta de Fisher	Valor p		
Unilateral	0.0000		
Bilateral	0.0000		

[3] Tablas de contingencia. Hábito de fumar: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95.0%

Tabla

Casos	Controles	Total	
Expuestos	49	63	112
No expuestos	14	63	77
Total	63	126	189

Estimación	IC (95.0%)		
Proporción de casos expuestos		0.777778	-
Proporción de controles expuestos		0.500000	-
Odds ratio		3.500000	1.757251 6.971116
(Woolf)			
1.768173	6.916568	(Cornfield)	
Fracción atribuible en expuestos		0.714286	0.430929 0.856551
Fracción atribuible poblacional		0.555556	0.271717 0.728772

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	13.4233	0.0002
Corrección de Yates	12.2974	0.0005

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0.0002
Bilateral	0.0003

[4] Tablas de contingencia. Diabetes: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95.0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	9	10	19
No expuestos	54	116	170
Total	63	126	189

Estimación	IC (95.0%)		
Proporción de casos expuestos	0.142857	-	-
Proporción de controles expuestos	0.079365	-	-
Odds ratio (Woolf)	1.933333	0.742724	5.032524
	0.761579	4.913333	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0.482759	-0.346395	0.801293
Fracción atribuible poblacional	0.068966	-0.042517	0.168526

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	1.8724	0.1712
Corrección de Yates	1.2361	0.2662

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0.1339
Bilateral	0.2019

[5] Tablas de contingencia. Cardiopatía: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95.0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	3	9	12
No expuestos	60	117	177
Total	63	126	189

Estimación	IC (95.0%)		
Proporción de casos expuestos	0.047619	-	-
Proporción de controles expuestos	0.071429	-	-
Odds ratio (Woolf)	0.650000	0.169657	2.490322
	0.183830	2.317251	(Cornfield)
Fracción prevenida en expuestos	0.350000	-1.490322	0.830343
Fracción prevenida poblacional	0.023891	-0.050497	0.093011

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0.4004	0.5269
Corrección de Yates	0.1001	0.7517

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0.3878
Bilateral	0.7536

[6] Tablas de contingencia. Stres: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95.0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos		34	31
No expuestos		29	95
Total		63	126

Estimación	IC (95.0%)		
Proporción de casos expuestos	0.539683	-	-
Proporción de controles expuestos	0.246032	-	-
Odds ratio (Woolf)	3.592881	1.894199	6.814909
	1.900610	6.793965	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos	0.721672	0.472072	0.853263
Fracción atribuible poblacional	0.389474	0.187843	0.541046

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	16.0509	0.0001
Corrección de Yates	14.7759	0.0001

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0.0001
Bilateral	0.0001