

Multimed 2018; 22 (4)

JULIO-AGOSTO

ARTICULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
POLICLÍNICO RENÉ VALLEJO ORTIZ. MANZANILLO**

**Higiene bucal y tabaquismo asociados a la enfermedad
periodontal. 2016**

**Oral hygiene and smoking associated with periodontal disease.
2016**

**Dr.C. Eduardo Gutiérrez Santisteban, Est. 4º Estomatol. Lisandra Delgado
Lyons, MsC. At. Com. Salud Bucal Luis Armando Martínez Barreiro, MsC. Des.
Soc. Loc. Maydolis Guerrero Viltres.**

Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: en la actualidad, la epidemiología tiene un nuevo enfoque con relación al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad periodontal, y se han identificado los factores de riesgo que inciden en el desarrollo y progreso de esta.

Objetivos: determinar la asociación de la higiene bucal y el tabaquismo en la salud periodontal de los pacientes del policlínico docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo en el año 2016.

Método: se realizó un estudio del tipo analítico transversal. El universo se conformó con 82 pacientes que se distribuyeron en dos grupos: uno de estudio y otro de control. Se investigó la asociación entre la higiene bucal y el tabaquismo con la salud periodontal empleando las pruebas de chi-cuadrado X² con un nivel de confianza del 95 % y el odds ratio (OR).

Resultados: se obtuvo que el grupo de edad que predominó fue de 35 a 40 años (35,4 %), el nivel educacional preuniversitario (32,9 %). Se comprobó que existe asociación entre el tabaquismo y la higiene bucal con la enfermedad periodontal; el cálculo OR indica que el tabaquismo constituye un factor de riesgo, la probabilidad de enfermarse de este grupo es de 5,87 veces. Se empleó el programa SPSS V 20.

Conclusiones: el grupo de edad que predominó fue de 35 a 40 años y el nivel de escolaridad fue el preuniversitario. El tabaquismo y la higiene bucal tienen asociación con la salud periodontal.

Palabras clave: higiene bucal, tabaquismo, enfermedades periodontales, fumar.

ABSTRACT

Introduction: currently, epidemiology has a new approach to the diagnosis and prognosis of periodontal disease, and have identified risk factors that affect the development and progress of this.

Objective: to determine the association of oral hygiene and smoking in the periodontal health of the patients of the René Vallejo Ortiz teaching polyclinic in Manzanillo in 2016.

Method: A cross-sectional analytical study was carried out in the Rene Vallejo Ortiz teaching polyclinic of Manzanillo in 2016. The universe was made up of 82 patients who were divided into two groups: one study and one control group. The association between oral hygiene and smoking with periodontal health was investigated using the X² chi-square tests with a confidence level of 95 % and Odds ratio (OR).

Results: it was obtained that the age group that predominated was 35 to 40 years old (35.4 %), the pre-university educational level (32.9 %). It was proved that there is an association between smoking and oral hygiene with periodontal disease; the OR calculation indicates that smoking is a risk factor, the probability of getting sick from this group is 5.87 times. The SPSS V 20 program was used.

Conclusions: the age group that predominated was 35 to 40 years old and the level of schooling was pre-university. Smoking and oral hygiene are associated with periodontal health.

Key words: oral hygiene, tobacco use disorder, periodontal diseases, smoking.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la epidemiología tiene un nuevo enfoque en relación con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad periodontal, y se han identificado los factores de riesgo que inciden en el desarrollo y progreso de esta. ¹

Los factores de riesgo pueden ser modificables e inmodificables. Los modificables pueden ser intervenidos o controlados para reducir el riesgo de iniciación o progresión de las enfermedades periodontales. Por ejemplo: los factores de comportamiento o estilo de vida, como el tabaquismo, los niveles de bacterias patógenas específicas y la diabetes mellitus. Los no modificables o determinantes son generalmente intrínsecos al individuo por lo que no son controlables, por ejemplo: las características genéticas, la agregación familiar, entre otras. ²

La cavidad bucal se afecta en toda su extensión y es donde se produce el primer contacto con el tabaco. Esto 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. ³

Por tanto, el cuidado bucal es la clave para la prevención y para el éxito del tratamiento de la gingivitis ya que muchos de los fracasos del control de la enfermedad periodontal pueden atribuirse a la higiene deficiente.

Científicamente se ha comprobado que el fumador tiene de cinco a seis veces más posibilidad de desarrollar enfermedad periodontal y como consecuencia, la destrucción ósea, por lo que la retracción gingival es más significativa. ^{4,5}

Investigaciones recientes en Cuba demuestran que existe relación proporcional entre la edad y la enfermedad periodontal, la cual fue más grave entre los fumadores fuertes, destacándose el deterioro de la higiene bucal con una relación directamente proporcional al incremento de la enfermedad periodontal y la intensidad del hábito. Además, las lesiones benignas, premalignas y malignas, y resultaron más frecuentes en pacientes cuyo hábito fue más intenso. ⁶

Dada las magnitudes del problema que afecta a gran cantidad de poblaciones se hace necesario reforzar las políticas dirigidas a disminuir el impacto de los factores de riesgo asociados con los procesos de enfermedad periodontal, principalmente en edades tempranas, y a actuar en el conjunto hábitos relacionados con esta enfermedad, entre ellos el tabaco, el alcohol, la higiene oral y la dieta. ⁷

Al realizarse el examen clínico de los pacientes del Policlínico Docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo se pudo apreciar una gran afectación del periodonto tanto de inserción como de protección, una mala higiene bucal y elevado número de pacientes fumadores.

Además, dichos trabajadores son más propensos a enfermar debido a la ocupación que realizan, influyen la edad y la ocupación.

De ahí que se plantea el siguiente problema científico: ¿cómo influyen la higiene bucal y el tabaquismo en la salud periodontal de los pacientes del Policlínico Docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo en el año 2016?

Ello demuestra que, a pesar de las acciones de educación para la salud que se realizan en todas las unidades del sistema nacional de salud, no siempre se cumplen los requisitos de calidad indispensables para modificar las actitudes y conductas de la población con respecto a la salud bucal.

Es por ello que se declara como objetivo determinar la asociación de la higiene bucal y el tabaquismo en la salud periodontal de los pacientes del Policlínico Docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo en el año 2016.

MÉTODOS

Se realizó un estudio del tipo analítico transversal en los pacientes del Policlínico Docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo en el año 2016.

Para la realización de la investigación se determinó como universo de estudio 82 pacientes del Policlínico Docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo en el año 2016, para lo cual se empleó el muestreo aleatorio simple. Todos formaron parte del estudio.

Los pobladores se distribuyeron en dos grupos: el grupo de estudio conformado por 41 pacientes con enfermedad periodontal (casos), mientras que el grupo control estuvo formado por 41 pacientes sin enfermedad periodontal (controles). Ambos grupos cumplieron con los siguientes criterios: de inclusión (pacientes del Policlínico Docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo y que estuvieran de acuerdo a participar en la investigación); de exclusión: pacientes con enfermedades sistémicas que influyan en la salud periodontal.

Para la realización del estudio se tuvo en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas. El proyecto de investigación que le dio salida a la presente investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité de Ética.

La recogida de los datos se realizó a través del examen físico intraoral y la planilla de recolección de datos que permitió determinar el Índice Periodontal de Russel (IP-R) donde solo se registra el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. La clasificación del estado periodontal se realizó por los criterios de Russell.

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

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

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

Se registra la calificación 2 cuando el signo más grave que se encuentre es la inflamación gingival y rodea completamente algún diente, sin embargo, cuando esa inflamación no rodea completamente al diente, la calificación es 1. Si no existen signos de inflamación periodontal marcamos 0 para ese individuo. 8

Para evaluar la higiene bucal se empleó el Índice de Love (IHBL). Para detectar la placa se utilizan sustancias reveladoras tales como las tabletas de plac-dent. Se le indicó al paciente triturarla con las superficies oclusales y con la lengua expandir por todas las superficies dentales y después se le orientó enjuagar. Con la ayuda del espejo se comprobaron las caras de los dientes que se colorean por las sustancias reveladoras registrándose con un punto de color rojo en el diagrama del formulario. Los dientes ausentes se indican en el diagrama con una línea horizontal azul. Los dientes que no han sido manchados se señalaron con un punto azul. Se empleó los criterios de evaluación siguiente: eficiente (hasta el 20 % de las superficies teñidas) y deficiente (más del 20 % de las superficies teñidas).

La enfermedad periodontal se determinó de la manera siguiente: sí (se corresponde a los criterios del Índice de Russell: 1, 2, 6 y 8); no (se corresponde al criterio del Índice de Russell: 0).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las medidas de resumen que se utilizaron fueron las frecuencias absolutas y los porcentos. Las técnicas estadísticas para identificar la asociación entre los factores de riesgo y la enfermedad periodontal fue chi-cuadrado (X²) con un nivel de confiabilidad del 95 %, donde $p < 0,05$.⁹

Para las variables cuya asociación con las enfermedades resulte ser significativamente diferente de cero se obtuvo el *odds ratio* (razón de productos cruzados, OR), con el propósito de cuantificar el grado de la asociación y poder obtener la probabilidad de riesgo de enfermar en presencia de los factores de riesgo considerados. Se empleó el programa SPSS V. 20.

RESULTADOS

En la tabla 1, se puede observar que el grupo de edad que predominó fue de 35 a 40 años con 29 pacientes para un 35,4 % del total.

Tabla 1. Distribución de los grupos estudio y control según grupos de edades. Policlínico docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo. 2016.

| Grupos de edades (años) | Enfermedad Periodontal | | | | | |
|-------------------------|------------------------|------|--------------------|------|-------|-------|
| | Si (Grupo estudio) | | No (Grupo control) | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 20-24 | 7 | 41,2 | 10 | 58,8 | 17 | 20,7 |
| 25-29 | 8 | 61,5 | 5 | 38,5 | 13 | 15,9 |
| 30-34 | 11 | 47,8 | 12 | 52,2 | 23 | 28,0 |
| 35-40 | 15 | 51,7 | 14 | 48,3 | 29 | 35,4 |
| Total | 41 | 50,0 | 41 | 50,0 | 82 | 100,0 |

En relación con el nivel educacional (tabla 2), se obtuvo que el nivel educacional preuniversitario fue el que más incidió con 27 pacientes para un 32,9 % del total.

Tabla 2. Distribución de los grupos estudio y control según nivel educacional. Policlínico docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo. 2016.

| Nivel educacional | Enfermedad Periodontal | | | | | |
|-------------------------|------------------------|------|--------------------|------|-------|-------|
| | Si (Grupo estudio) | | No (Grupo control) | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Secundaria terminada | 11 | 68,8 | 5 | 31,3 | 16 | 19,5 |
| Técnico Medio terminado | 12 | 63,2 | 7 | 36,8 | 19 | 23,2 |
| Preuniversitario | 10 | 37,0 | 17 | 63,0 | 27 | 32,9 |
| Universitario | 8 | 40,0 | 12 | 60,0 | 20 | 24,4 |
| Total | 41 | 50,0 | 41 | 50,0 | 82 | 100,0 |

En la tabla 3, se muestra que entre el tabaquismo y la enfermedad periodontal existe asociación entre estas variables, ya que se obtuvo que se debe rechazar la hipótesis nula, debido a que chi-cuadrado calculado (X^2_c) es mayor que chi-cuadrado tabulado ($X^2_t=1,96$). El cálculo del *odds ratio* (OR) indica que el tabaquismo constituye un factor de riesgo ya que la probabilidad de enfermarse es de 5,87 veces.

Tabla 3. Asociación del tabaquismo con la salud periodontal. Policlínico docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo. 2016.

| Tabaquismo | Enfermedad Periodontal | | | | | |
|-----------------|------------------------|-------------|--------------------|--------------------------|-------|-------|
| | Si(Grupo estudio) | | No (Grupo control) | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sí | 30 | 69,8 | 13 | 30,2 | 43 | 52,4 |
| No | 11 | 28,2 | 28 | 71,8 | 39 | 47,6 |
| Total | 41 | 50,0 | 41 | 50,0 | 82 | 100,0 |
| $X^2_c = 14,22$ | | $p < 0,005$ | | <i>odds ratio</i> = 5,87 | | |

En la tabla 4, se muestra que entre la higiene bucal y la enfermedad periodontal existe asociación entre estas variables, ya que se obtuvo que se debe rechazar la hipótesis nula, debido a que chi-cuadrado calculado (X^2_c) es mayor que chi-cuadrado tabulado ($X^2_t=1,96$).

Tabla 4. Asociación de la higiene bucal con la salud periodontal. Policlínico docente René Vallejo Ortiz de Manzanillo. 2016.

| Higiene bucal | Enfermedad Periodontal | | | | | |
|-----------------|------------------------|------|--------------------|------|-------|-------|
| | Si (Grupo estudio) | | No (Grupo control) | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Eficiente | 19 | 33,3 | 38 | 66,7 | 57 | 69,5 |
| Deficiente | 22 | 88,0 | 3 | 12,0 | 25 | 30,5 |
| Total | 41 | 50,0 | 41 | 50,0 | 82 | 100,0 |
| $X^2_c = 20,76$ | | | $p=0,95$ | | | |

DISCUSIÓN

Estos resultados se comportan similar a los estudios de González Gutiérrez quien refleja el análisis por grupo de edades de la población estudiada que presenta una tendencia proporcional al incremento de la edad observándose que el grupo más afectado es el de 51 a 59 años representado por una tasa de 76,7 %. ¹⁰

Santana ¹¹ en su investigación primó los grupos de 40-49 años (9,4 %) y 50-59 (9,9 %). La destrucción avanzada sobresalió en las edades de 50-59 años, con 42 pacientes, para 10,1%.

Lorenzo ¹² al comparar por grupos de edad, observó que la distribución de las condiciones examinadas varía con la edad, entre ellas se destaca que en el grupo 15 a 24, el porcentaje de individuos sanos es diferente que en el resto de las edades, cercano al 30 %, casi el doble del existente en la población. En los individuos de 35 a 44, casi el 50 % de los sextantes está excluido y la proporción de bolsas entre 4 y 6 mm es considerablemente mayor que en el grupo de los adultos mayores; estos últimos a su vez, tiene alta proporción de sextantes excluidos: 89,2 %.

González, al observar que los pacientes con escolaridad primaria y secundaria presentaron mayor riesgo de padecer la enfermedad periodontal con una tasa de 88.8 % y 87.5 %; respectivamente. ¹⁰

Santana concluye que la enfermedad periodontal era más significativa en personas menos educadas y con más bajos ingresos. ¹¹

En los adolescentes ya existe evidencia de destrucción de tejidos periodontales, medida mediante la pérdida del nivel de inserción clínico, y esta destrucción aumenta de forma considerable en la población adulta y adulta mayor, es responsable en gran medida de la pérdida de dientes. Sus principales indicadores de riesgo son la edad, el género, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, el acceso a la salud y el tabaquismo. ¹²

El análisis de razones de disparidad mostró asociación entre la higiene oral y la severidad de caries (OR=3,3) y enfermedad periodontal (OR=2,9). ¹¹

Por la relación existente con enfermedades crónicas no transmisibles y por compartir factores de riesgo comunes con ellas, y dado que a pesar de los esfuerzos del abordaje individual existe aún una alta prevalencia de estas enfermedades, el abordaje debería enfocarse hacia el fortalecimiento del nivel primario de salud, trabajo interdisciplinario e intersectorial, promoviendo estilos de vida saludables, hábitos de higiene oral, consejería antitabáquica y dietética, y detección precoz de la enfermedad. ¹³

Es por lo tanto desde este momento y de manera transversal donde el equipo de salud del nivel primario de atención tiene el desafío de realizar el abordaje de las enfermedades periodontales con un enfoque en la salud pública desde tempranas edades, entendiendo que hay factores de riesgo comunes entre las enfermedades crónicas y las enfermedades orales; en efecto, la evidencia avala la asociación entre la periodontitis y algunas importantes enfermedades crónicas no transmisibles. De esta manera, poner el foco sobre el control de la enfermedad periodontal en el nivel primario de atención podría potencialmente reducir las tasas de enfermedad cardiovascular y diabetes, reduciendo el gasto asociado a estos problemas de salud en su conjunto.

CONCLUSIONES

El grupo de edad que predominó fue de 35 a 40 años y el nivel de escolaridad fue el preuniversitario. El tabaquismo y la higiene bucal tienen asociación con la salud periodontal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teng YTA, Taylor GW, Scannapieco F, Kinane DF, Curtis M, Bet JD, et al. Periodontal Health and Systemic disorder. J Can Den Assoc [Internet]. 2002 [citado 20 Feb 2017]; 68(3):188 – 92. <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-68/issue-3/188.pdf>.

2. Alvear FE, Vélez ME, Botero L. Factores de riesgo para las enfermedades periodontales. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2010 [citado 20 Abr 2016]; 22(1). Disponible en:
<http://aprendeonline.udea.co/revistas/index.php/odont/article/view/2680/6981>.
3. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D, Guerra Sevilla ME, Martínez Abreu J. Condición periodontal en relación con la práctica del tabaquismo Boquerón Monagas, Venezuela. Rev haban cienc méd [Internet]. 2012 [citado 12 Sep 2016]; 11(1): 65-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000100009&script=sci_arttext&lng=pt.
4. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguelles D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de la enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 [citado 13 Dic 2016]; 48(3):257-67. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300009.
5. Cuba Díaz Y, García Saborit V, Rodríguez Guerra Y, Gómez Mariño M, Saborit Casanovas V. El tabaquismo como factor de riesgo de enfermedades bucales. Rev Fund Juan José Carraro [Internet]. 2010 [citado 06 Sep 2016]; 32:20-9. Disponible en:
http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista32_art3.pdf.
6. Sazigaín Barrera A, González Díaz ME, Blanco Balbeito N, Machado Rodríguez R. Comportamiento de la enfermedad periodontal y lesiones de la mucosa bucal en pacientes fumadores. Medicentro [Internet]. 2010 [citado 30 Sep 2016]; 14(4 Supl 1). Disponible en:
<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/215/309>.
7. Jaritzon Meneses-Gómez E, Garcillán Izquierdo MR, Bratos Calvo E. Salud periodontal y hábitos en un grupo de mayores de la Comunidad de Madrid. Av Periodon Implantol [Internet]. 2013 [citado 12 Sep 2016]; 25(2):75-81. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v25n2/original1.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Índice periodontal de Russell forma OMS revisado (IP- R). [Internet]. [citado 18 Mar 2017]. Disponible en:
http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indice%20periodontal%20de%20Russell_forma%20OMS.pdf.

9. Pita Fernández S, Pértega Díaz S. Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado. Metodología de la investigación. Atención primaria en la red. Fisterra.com [Internet]. 2004 [citado 24 Mar 2017]. Disponible en:

<https://www.fisterra.com/mbe/investiga/chi/chi.asp>.

10. González Gutiérrez A, Trasancos Delgado M, González Cordero AE, Casanova Moreno MC. Comportamiento de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. Policlínico «Pedro Borrás Astorga». Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Feb [citado 24 Mar 2017]; 16(1): 169-80. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100018&lng=es.

11. 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 [Internet]. 2014 Jul [citado 24 Mar 2017]; 18(7): 915-22. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700005&lng=es.

12. Lorenzo S, Piccardo V, Álvarez F, Massa F, Álvarez R. Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país: Relevamiento Nacional 2010-2011. Odontoestomatología [Internet]. 2013 Jun [citado 24 Mar 2017]; 15(spe): 35-46. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200005&lng=es.

13. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2016 Ago [citado 24 Mar 2017]; 9(2): 177-83. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000200016&lng=es.

Recibido: 26 de abril de 2018.

Aprobado: 19 de mayo 2018

Eduardo Gutiérrez Santisteban. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley.
Manzanillo. Granma, Cuba. E-mail: egutierrez@ucm.grm.sld.cu