

ARTÍCULOS ORIGINALES

Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen

Some risks during pregnancy related to periodontal disease and dental cavities in Yemen

Maribel de las Mercedes Bastarrechea Milián^I; Natividad M. Alfonso Betancourt^{II}; Maritza Oliva Pérez^{III}

^IEspecialista de I Grado en Estomatología General Integral. Auxiliar. Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

^{II}Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Bioestadística. Auxiliar. Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

^{III}Especialista de II Grado en Bioestadística. Auxiliar. Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

RESUMEN

Yemen es un país con grandes diferencias regionales en su estructura social, económica y de alfabetización, lo cual se demuestra en los índices de mortalidad materna, mortalidad infantil y morbilidad de los niños menores de 5 años y las existentes necesidades para el cuidado de salud de su población. Teniendo en cuenta esta situación nos propusimos valorar cómo influyen en el estado de salud bucal de la embarazada algunos riesgos biosociales identificados en la bibliografía. Para ello se realizó un estudio analítico transversal y fueron estudiadas todas las embarazadas encontradas en el Al Wahdah Teaching Hospital y en el policlínico de atención prenatal de Kormarzar, ambos situados en la ciudad de Adén, Yemen, durante un período de 8 meses. Las gestantes fueron clasificadas según nivel de riesgo (alto, moderado y bajo) y estos fueron relacionados con la presencia de caries dental y enfermedad periodontal.

Palabras clave: riesgos bucales en el embarazo, enfermedad periodontal y caries en el embarazo.

ABSTRACT

Yemen is a country with great regional differences in its social, economic and literacy structure, which is demonstrated in death mother mortality, children mortality of children aged younger than 5 and the present needs for health care of its population. Taking into account this situation our objective was to value how some biosocial risk factors identified in the bibliography may influence on the buccal health status in the pregnant. Thus, a cross-sectional analytical study was conducted and also all pregnant seen in the Al Wahdah Teaching Hospital and in prenatal care polyclinic in Kormazar, both located in Aden city, Yemen during 8 months. Pregnants were classified according the risk level (high, moderate and low) and these were related to presence of dental cavities and periodontal disease.

Key words: Pregnancy buccal risks, periodontal disease and pregnancy dental cavities.

INTRODUCCIÓN

Yemen es un país con una constitución y un gobierno, también es un país con grandes diferencias regionales en su estructura social, económica y de alfabetización. Estas diferencias influyen en el estado de salud y las necesidades para el cuidado de salud de su población. Aunque en los últimos años en el país ha ocurrido una reducción en la proporción del crecimiento anual de la población de 4,43 % en el periodo 1986-1994 (World Bank 1997) a 3,5 % en 2003, este crecimiento de la población es considerado como uno de los más altos del mundo.¹⁻³ La tasa de fecundidad muestra una disminución de 6,5 niños a 6,2 niños por cada mujer en edad fértil (Estudio de Salud Familiar de Yemen 2003);⁴ no obstante, Yemen sigue siendo el país con mayor índice de fecundidad en el Medio Oriente y la Región de África Norte, y se encuentra entre uno de los más altos del mundo. El estudio del Ministerio de Salud realizado en 1997,³⁻⁴ muestra que el analfabetismo en Yemen es 47 %, donde las mujeres con alto nivel de educación tienen un número más pequeño de hijos que las mujeres analfabetas, y es de 67,1 % entre las mujeres que contribuyen a la alta proporción de fecundidad existente. El porcentaje de matrícula del sexo femenino en el nivel primario, fue de 38 % en 1994 mientras que asciende a un 49 % en 2001. La educación de las mujeres es importante ya que esta se encuentra asociada con la política del uso de anticonceptivos y la reducción de la fecundidad, la mortalidad materna, la mortalidad infantil y morbilidad de los niños menores de 5 años. Todo lo anteriormente expuesto nos hace pensar que las condiciones socioeconómicas que existen en ese país influyen negativamente en la salud bucal de la gestante en la cual inciden además otros factores propios de su estado biológico.

Existe el consenso en la comunidad científica internacional que las poblaciones que tienen mayor riesgo de periodontopatías son las de bajo nivel socioeconómico o con

padres de bajo nivel educacional, las que no reciben atención estomatológica periódica (anual) o que no pueden acceder a los servicios de salud en general. Por otra parte las personas pueden tener un alto riesgo individual de padecer determinadas enfermedades aunque no presenten ninguno de los factores socioeconómicos expresados.⁵

La inexistencia de un proyecto de atención sistemática a la embarazada basado en el conocimiento de estos riesgos con un fin preventivo o al menos curativo, las diferencias sociales establecidas que impiden un buen desenvolvimiento de la atención estomatológica así como de una buena instrucción en materia de salud en la ciudad de Adén, Yemen, nos motivó a realizar esta investigación para estudiar en las gestantes los riesgos biológicos, psíquicos y sociales capaces de desencadenar caries, gingivitis y el agravamiento de la periodontitis, así como determinar la frecuencia de afectación por caries dental y enfermedad periodontal durante el embarazo, exponer la distribución de las embarazadas según riesgos bucales revisados e identificar los riesgos biológicos y sociales más frecuentes en relación con la presencia de caries dental o de enfermedad periodontal en un grupo de embarazadas.

MÉTODOS

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica para determinar los riesgos más frecuentes en la aparición de caries y enfermedad periodontal durante el embarazo.

Se realizó un estudio analítico transversal y fueron estudiadas todas las embarazadas encontradas en el hospital Al Wahdah Teaching Hospital y en el policlínico de atención prenatal de Kormarzar, ambos en la ciudad de Adén en Yemen, durante un período de 8 meses, lo cual constituyó un universo de 43 gestantes. Las gestantes fueron clasificadas según nivel de riesgo (alto, moderado y bajo) y estos fueron relacionados con la aparición o gravedad de las mencionadas enfermedades.

Se tuvieron en consideración solo los riesgos posibles de detectar de acuerdo con las condiciones existentes en el país. Estos fueron clasificados en dos categorías: presentes o no presentes usando predicciones aproximadas mediante un cuestionario (ver anexo). Se tomaron en consideración los siguientes aspectos:

Riesgos bucales

Dieta cariogénica: Sí (valores según cuestionario 2 ó 3), No (valores según cuestionario 0 ó 1)

Vómitos: Sí (valores según cuestionario 1 ó 2), No (valores según cuestionario 0)

pH: muy ácido (valor de 5 ó menos de 5), ácido (igual a 6) y no ácido (7 o más de 7)

Saliva: no riesgo (saliva abundante y fluida), mediano riesgo (abundante y viscosa o escasa y fluida) y alto riesgo (saliva viscosa y escasa).

Placa bacteriana según Loe and Silness:

0- no placa.

1- placa detectada con el explorador en el margen libre de la encía.

2- placa moderada, cuando se hace visible.

3- placa abundante.

Otros riesgos: hábito de fumar y diabetes.

El nivel de conocimiento se evaluó de la siguiente manera:

Excelente: cuando la evaluación adquirida mediante el cuestionario estaba entre 36 y 40 puntos.

Bueno: cuando los resultados se encontraban entre 32 y 35.

Deficiente: cuando los resultados estaban entre 24 y 31.

Muy deficiente: cuando los resultados estaban por debajo de 23 puntos.

El perfil familiar fue clasificado: funcional, cuando los resultados del cuestionario fueron menor de 5 y disfuncional, cuando los resultados del cuestionario fueron de 5 a 10.

La accesibilidad a los servicios dentales se valoró como: adecuado, cuando el resultado del cuestionario fueron menor de 4 e inadecuado, cuando el resultado del cuestionario fue de 4 a 5.

Se diagnosticaron las enfermedades bucales por los siguientes métodos:

Caries: mediante el dentigrama

Enfermedad periodontal según el índice de Rusel:

0- No existen signos de enfermedad

1- La inflamación no rodea completamente el diente

2- Gingivitis

6- Aparecen bolsas periodontales

8- Movilidad y migraciones de los dientes

RESULTADOS

Respecto a la frecuencia de caries en relación con algunos riesgos bucales se apreció que de 36 pacientes con dieta cariogénica, el 61 % presentó caries y el 38 % no la presentó. Sin embargo los vómitos no constituyeron un factor de riesgo importante ya que el 55 % de las pacientes que refirieron padecer de vómitos frecuentes presentó caries mientras que el 75 % de las que no los presentaron también padecían de caries. Las pacientes con pH muy ácido y ácido presentaron caries con un 75 % y 62 % respectivamente ([tabla 1](#)). En nuestro estudio el mayor por ciento de embarazadas presentó dieta cariogénica. De 36 pacientes con dieta cariogénica el 61 % presentó caries y el 38 % no la presentó.

Tabla 1. Frecuencia de caries en relación con algunos riesgos bucales

Factores de riesgo	Caries				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Dieta cariogénica:						
Sí	22	61	14	38	36	100
No	5	71	2	28	7	100
Vómitos:						
Sí	15	55	12	44	27	100
No	12	75	4	25	16	100
Saliva:						
No riesgo	6	46	7	53	13	100
Mediano riesgo	11	64	6	35	17	100
Alto riesgo	10	76	3	23	13	100
pH:						
Muy ácido	3	75	1	25	4	100
Ácido	23	62	14	37	37	100
No ácido	1	50	1	50	2	100

Al analizar la frecuencia de caries y gingivitis en relación con la placa dentobacteriana (PDB) ([tabla 2](#)) se demostró esta última como un importante factor de riesgo en relación con la caries dental y diferentes grados de enfermedad periodontal. En las embarazadas que presentaron índice de placa 2 se apreció un importante aumento en la presencia de caries (70 %).

Al relacionar el hábito de fumar, la frecuencia de caries y la enfermedad periodontal ([tabla 3](#)) se constató que la totalidad de las pacientes fumadoras presentaban caries y gingivitis grado II. Por su parte, al analizar la diabetes mellitus presente en sólo 3 gestantes, y la frecuencia de caries y gingivitis se comprobó que el 66 % de ellas presentó caries y el 100 presentó gingivitis grado II ([tabla 4](#)).

La frecuencia de caries y gingivitis con relación a los factores sociales reveló que todas las embarazadas estudiadas presentaron un nivel de conocimiento muy deficiente, mientras que la accesibilidad inadecuada a los servicios de salud y el perfil familiar disfuncional influyeron desfavorablemente en la salud bucal de las gestantes, como se aprecia en la [tabla 5](#).

DISCUSIÓN

La relación entre el embarazo y las caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora bucal, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos.^{6,7} En nuestro estudio el mayor por ciento de embarazadas presentó dieta cariogénica asociada a la presencia de caries, lo que está en concordancia con estudios anteriores, este es un importante factor a tener en cuenta durante el embarazo para la prevención de la caries. Sin embargo la variable vómitos no constituyó un factor de riesgo importante consideramos que esto es debido a que los vómitos se producen en un breve tiempo y de no ser muy frecuentes no constituyen un riesgo importante en la aparición de la caries de acuerdo a lo que plantea *Garbero*:⁸ "*la caries dental es el resultado de repetidos ataques de ácidos sobre el esmalte dentario y no de repetidos embarazos*"; este autor también plantea que el esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, o al cambio en el metabolismo de calcio que trae aparejado.

En cuanto a la saliva se pudo apreciar que mientras más aumentó el factor de riesgo teniendo en cuenta los parámetros estudiados (cantidad y viscosidad) aumentó también el número de caries, por ello es un importante factor de riesgo, al igual que el pH salival. Esto coincide con los criterios de *Savalini y Laine*^{7,9} que plantean que durante este periodo, la composición salival se ve alterada, disminuye el pH salival, su capacidad buffer, así como su función de regular los ácidos producidos por las bacterias.

Frecuencia de caries y gingivitis en relación con la placa dentobacteriana (PDB)

La tabla 2 muestra el importante factor de riesgo placa dentobacteriana y su relación con la caries dental y diferentes grados de enfermedad periodontal y cómo con el aumento en el índice de placa dentobacteriana se incrementó la gravedad de la enfermedad periodontal por lo que se hizo más evidente la repercusión de la placa en la aparición y severidad de los problemas periodontales, además el mayor por ciento de las embarazadas con índice de placa 2 tuvo mayor presencia de caries (70 %). Aunque no existe consenso general con relación a los factores que se consideran intervienen en su aparición hay tendencia a conceptuar que el embarazo por sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este periodo se relacionan con la presencia de la biopelícula, el cálculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal, así como factores hormonales, exagerando la respuesta a los irritantes locales.¹⁰

Para la aparición de la caries deben confluír otros factores como cambios en los modos y estilos de vida, la dieta cariogénica en alta frecuencia cobra un papel protagónico así como la deficiencia del cepillado por reflejo nauseoso frecuente en las embarazadas. Esto contribuye a la acumulación de placa dentobacteriana con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie del diente.^{11,12}

La presencia de placa dentobacteriana constituyó un riesgo importante en nuestro estudio por lo que se hace necesario que la oferta de los servicios odontológicos en el país objeto de estudio sea reemplazada por formas más adecuadas y eficaces, como plantean *Pazos y Valente*¹³ se debe considerar que es necesario incorporar a los sistemas de atención estomatológica acciones curativas, restaurativas y de rehabilitación que deberán soportarse con medidas de educación para la salud y prevención integral.

La tabla 3 muestra el hábito de fumar y la relación con la caries y la enfermedad periodontal y se observa que el hábito de fumar podría influir en la aparición de dichas enfermedades como reporta la bibliografía.^{7,12} Sin embargo, en las embarazadas no fumadoras se observó un incremento en el número de caries y un incremento también en cuanto a la gravedad de la enfermedad periodontal, hecho contradictorio que adjudicamos al tamaño de la muestra además de no ser un hábito importante en las mujeres de ese territorio.

La promoción de la salud es una de las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud, quien la define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.¹⁴ Este proceso deberá estar basado en el conocimiento previo de las pautas culturales y estilos de vida de la población objetivo. Si estas no son consideradas, los contenidos resultarán culturalmente irrelevantes y por lo tanto, el programa tendrá escasas posibilidades de éxito.¹⁵

El autocuidado de la salud es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud y que debe adquirirse desde niños, de ahí la importancia de un buen funcionamiento familiar.¹⁶ En el presente estudio, se evidenció la ausencia de programas de educación para la salud y de prácticas preventivas. Por su parte el funcionamiento de mecanismos de financiamiento y de seguros de salud en esa sociedad tienden a reforzar la relación inequitativa entre situación de salud y condición socioeconómica, puesto que termina desviando recursos hacia prestaciones y actividades de baja efectividad en el cuidado de la salud.^{17,18}

Los factores de riesgo bucales que más repercutieron en la aparición de caries dental fueron el pH oral y la saliva. La placa dentobacteriana constituyó un factor importante en la aparición y gravedad de la gingivitis. El nivel de conocimientos afectó en alto grado la aparición de caries y la gravedad de la gingivitis y los factores sociales como el perfil familiar y la accesibilidad a los servicios de salud influyeron más en la frecuencia de gingivitis que en la caries dental.

ANEXO

Cuestionario

Datos generales

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nivel educacional:

Universitario _____ Medio _____ Secundaria _____ Primaria _____ Analfabeto

0 0 1 2 3

Trimestre: Primero _____ Segundo _____ Tercero _____

Cantidad de caries cavitadas _____

Cantidad de placa (índice) _____

Gravedad de enfermedad periodontal.

Valor de IP

1 _____ 2 _____ 6 _____ 8 _____

Saliva

Sequedad bucal:

No _____ Ocasional _____ Frecuentemente _____

0 1 2

Viscosidad de la saliva:

No _____ Dudosa _____ Sí _____

0 1 2

Ph salival: _____

(5 o menos= 2; 6= 1; 7 o más= 0)

Vómitos

No _____ Ocasional _____ Frecuente _____

0 1 2

Ingestión de alimentos azucarados

No _____ Ocasional _____ 3 o 4 veces al día _____ Más de 4 veces _____

0 1 2 3

Diabetes

No _____ 0

Sí _____ 1

Antes del embarazo _____ 1

Durante el embarazo _____ 1

Antes y durante el embarazo _____ 2

Hábito de fumar

No _____ 0

Sí _____ 1

Antes del embarazo _____ 1

Durante el embarazo _____ 1

Antes y durante el embarazo _____ 2

Nivel de conocimiento sobre salud bucal

Excelente _____ Bueno _____ Deficiente _____ Muy deficiente _____

¿Cuántas veces se cepilla usted al día?:

0 _____ 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 o más _____

0 0 0 1 1

Su cepillo es de uso:

Individual _____ Familiar _____

1 0

¿Por qué cree usted que una persona puede tener caries dental durante el embarazo?

No cepillado correcto _____ 1

Comer alimentos dulces frecuentes en el día _____ 1

No usar flúor _____ 1

No revisión ni limpieza dental estomatológica periódica _____ 1

Porque es normal durante el periodo _____ 0

¿Cómo usted cree que puede evitar la caries dental en el embarazo?

Conociendo cómo cuidar sus dientes _____ 1

Revisarse periódicamente para detectar precozmente los problemas _____ 1

Cepillarse bien los dientes _____ 1

Usar hilo dental _____ 1

Usar pastas con flúor _____ 1

No comer dulces con frecuencia en el día _____ 1

Cepillarse después de cada comida _____ 1

Realizándose limpieza dental por el estomatólogo _____ 1

Visitas sistemáticas al estomatólogo _____ 1

Dieta equilibrada que incluya vegetales _____ 1

Es inevitable en este periodo _____ 0

¿Para usted qué significa que una persona pierda sus dientes?

Que se vea feo _____ 1

Que no pueda hablar bien _____ 1

Que no pueda masticar bien _____ 1

Que afecte su salud general _____ 1

¿Cómo usted cree que una persona podría llegar a tener los dientes más limpios:

Cepillándolos correctamente _____ 1

Usando hilo dental _____ 1

Usando enjuagatorios antisépticos _____ 1

Usando pastas con flúor _____ 1

Haciéndose limpiezas dentales con el estomatólogo _____ 1

No fumando _____ 1

No tomando demasiado té o café _____ 1

¿Qué usted cree le sucedería a una persona si logra mantener sus dientes más limpios?

No sentiría dolor _____ 1

Disminuiría la afectación por caries dental _____ 1

No perdería los dientes _____ 1

Evitaría el mal aliento _____ 1

Evitaría la enfermedad de las encías _____ 1

¿Cuándo visita usted a su estomatólogo?

Cuando tiene dolor _____ 0

Cuando tiene problema bucal _____ 0

2 veces al año para revisarse _____ 1

1 vez al año _____ 1

Casi nunca _____ 0

Cuando esta embarazada _____ 1

Ante un diente cariado durante el embarazo, ¿qué prefiere?

Extraerlo _____ 0

Conservarlo _____ 1

No realizar ningún tratamiento hasta finalizar el embarazo _____ 0

¿Cómo considera a los dientes en relación con la salud durante el embarazo?

Importantes _____ 1

De mediana importancia _____ 0

No importantes _____ 0

Perfil individual, familiar y comunitario

Tamaño de la familia (convivientes):

1 a 5 _____ 6 o más _____

0 1

Funcionamiento familiar (relaciones entre los convivientes):

Buenas _____ Malas _____

0 1

Ingresos familiares de los que dependen:

Personales y familiares _____ 0

Personales _____ 0

Familiares _____ 1

Otras fuentes _____ 1

No _____ 1

Calidad de la vivienda:

Buena (sin deterioro) _____ 0

Regular (con problemas de pintura o reparaciones menores) _____1

Mala _____ (reparaciones importantes) 1

Hacinamiento:

No _____ (menos de 3 personas por cuarto) 0

Sí _____ (más de 3 personas por cuarto) 1

Recreación:

Frecuente _____

Ocasional _____

No _____

Asistencia a servicios de salud (funcionamiento durante el embarazo)

¿Ha sido examinada por el estomatólogo?

Sí _____ 0

No _____ 1

¿Le han realizado limpieza dental y tratamiento?

Sí _____ 0

No _____ 1

Acceso a la consulta estomatológica:

Fácil _____ 0

Aceptable _____ 1

Difícil _____ 2

¿Ha recibido orientaciones sobre cómo evitar la caries dental y las enfermedades de las encías?

Sí _____ 0

No _____ 1

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mas BP. Comentarios y reflexiones acerca del sistema de salud en Yemen. Rev Cubana Hig y Epidemiol. 2005;43:2.
2. Gharama Al-Rae M, Mas BP. Estado de salud de la población en la República de Yemen. Rev Cubana de Salud Pública. 2006;32,4.
3. Panorama Yemen. [database on the Internet]. Yemen. [updated 2009 Jan 9; cited 2009 Feb 12]. Available from: <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/yemen.html>
4. Republic of Yemen. Ministry of Planning and international development. Poverty reduction strategy plan. 2003-2005.
5. McGraw J. Social and economical factor in relationship of periodontopathies. J Can Dent Assoc. 2002;68(3):165-9.
6. Villgran E. Count of salivary *Streptococci mutans* in pregnant women of the metropolitan region of Chile: Cross-Seccional Study. Rev Med Chile. 1999;127(2):165-70.
7. Salvalini E, Di Giorgio R, Curatola A, Mazzanti L, Pratto G. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(6):656-60.
8. Garbero I, Navarro A, Lescano C, Marañón G, editors. Programa Materno-Infanto Juvenil. Componente Salud Oral para el Primer Nivel de Atención. Sistema Provincial de Salud de San Miguel de Tucumán, [monografía en la Internet]. Argentina. 2002:22-23. [citado 9 feb 2008]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos904/salud-oral-embarazadas/salud-oral-embarazadas.shtml>
9. Laine M, Pienihakkinen K. Effect in relation to late pregnancy and postpartum. Acta Odontol Scand. 2000;58(1):8-10.
10. Martínez ML, Salazar CR, Sánchez G. Estrato Social y prevalencia de gingivitis en gestantes. Estado Yaracuy, Municipio San Felipe. Act Odont Vzlana. 2001, Vol 39(1):19-27.

11. Blagojevic D, Brkanic T, Stojic S. Oral health in pregnancy. Med Preg J. 2002;55(6):213-6.
12. Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. Aust Dent J. 2002;47(2):106-15.
13. Pazos HL, Valente AP. Morbilidad bucal y perfil de atención odontológica en prescolares y escolares del Área Programática del Hospital Parmenio Piñero. RAAO. 2001;2(XL):16-30.
14. OMS/Ministerio de Sanidad y Consumo. Sec Gral Técnica. Promoción de la Salud. Glosario. OMS, 1999.
15. Misraschi C, Saenz M. Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. Cuadernos Médicos Sociales. Santiago de Chile.1989;3(2):27-33.
16. Case A, Ferty A, Paxon C. From Cradle to Grave? The Lasting impact of childhood health and circumstance. NBER, working paper 9788, 2003.
17. Lynch J, Davey Smith G, Harper S, Hillemeir M, Ross N, Kaplan GA, Walfson M. Is income inequaty a determinant of population health? Part 1. A systematic review. The Mibank Orvately. 2004;82(1).
18. Sanchis IM. Manifestaciones bucales en el embarazo y consideraciones odontoestomatológicas. Medicina Bucal. 1995;59:23-5.

Recibido: 15 de mayo de 2009.

Aprobado: 23 de julio de 2009.

Dra. *Maribel Bastarrechea Milián*. Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. E-mail: maribel.milian@infomed.sld.cu

Tabla 2. Frecuencia de caries y gingivitis en relación con la placa dentobacteriana (PDB)

PDB	Caries				No gingivitis		Gingivitis				Periodontitis	
	Sí		No				Grado I		Grado II			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 n= 16	8	50	8	50	2	12	9	56	4	25	1	6
2 n= 23	16	70	7	30	0	0	4	17	19	83	0	0
3 n= 3	1	33	2	66	0	0	0	0	3	100	0	0
0 n= 1	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
Total N= 43	26	60	17	39	3	7	13	30	26	60	1	2

Tabla 3. Relación entre el hábito de fumar y la frecuencia de caries y enfermedad periodontal

Hábito de fumar	Caries				No gingivitis		Gingivitis				Periodontitis	
	Sí		No				Grado I		Grado II			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí n= 4	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0
No n= 39	23	59	16	41	3	8	12	31	23	59	1	2
Total N= 43	27	63	16	37	0	0	12	28	27	63	1	2

Tabla 4. Relación entre la diabetes mellitus y la frecuencia de caries y gingivitis

Diabetes mellitus	Caries				No gingivitis		Gingivitis				Periodontitis	
	Sí		No				Grado I		Grado II			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí n=3	2	66	1	33	0	0	0	0	3	100	0	0
No n=40	26	65	14	35	3	7	12	30	24	60	1	2
Total N=43	28	65	15	35	3	7	12	27	27	63	1	2

Tabla 5. Frecuencia de caries y gingivitis en relación a factores sociales

Factores de riesgo	Caries				No gingivitis		Gingivitis				Periodontitis	
	Sí		No				Grado I		Grado II			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento Muy malo n= 43	27	63	16	37	3	7	12	28	27	62	1	2
Perfil familiar Funcional n= 28	18	64	10	36	3	11	8	28	16	57	1	3
No Funcional n= 15	9	60	6	40	0	0	4	27	11	73	0	0
Accesibilidad Adecuada n= 24	13	54	11	46	2	8	9	37	13	54	0	0
Inadecuada n= 19	14	74	5	26	1	5	3	16	14	74	1	5