

Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal

Paola Villa Ocampo

Unidad Académica de Medicina área de postgrado
Universidad Autónoma de Nayarit
Tepic, Nay. México
13708258@uan.edu.mx

Abstract— Periodontal disease is a multifactorial inflammatory process, causes the loss of tooth-supporting structure. It's considered approximately 48% of the adult population is affected by this pathology; however this prevalence varies according to the cultural, social, economic and political. In the last decade has been evident an increase in periodontal disease and is attributed this increase to the population is increasingly aging, and to the bidirectional relation that more prevalent diseases of the actuality. Within the social conception of health and through public health is possible to describe the social panorama of periodontal diseases from a public health professional perspective, it allows us to analyze this process from the influence of socioeconomic determinants in diverse dimensions.

Keywords — *Periodontal disease, social determinants of health, public health, systemic diseases.*

Resumen— La enfermedad periodontal es un proceso inflamatorio multifactorial, ocasiona la pérdida de estructura de soporte del diente. Se considera que aproximadamente 48% de la población mundial adulta se encuentra afectada por esta patología; sin embargo esta prevalencia varía según las condiciones culturales, sociales, económicas y políticas. En la última década se ha notado un aumento de las enfermedades periodontales y se atribuye este aumento a la población que cada vez está más envejecida, y a la relación bidireccional que tiene con las enfermedades más prevalentes de la actualidad. Dentro de la concepción social de la salud y a través de la salud pública es posible describir el panorama social de las enfermedades periodontales desde una perspectiva salubrista, pues nos permite analizar este proceso a partir de la influencia de los determinantes socioeconómicos en diversas dimensiones.

Palabras claves— *Enfermedad periodontal, determinantes sociales de la salud, salud pública, enfermedades sistémicas.*

I. INTRODUCCIÓN

La salud, es un término que con el paso del tiempo ha tenido grandes cambios, por lo que se considera un concepto muy dinámico. Durante la década de los 50's se presumía que salud era solamente la ausencia de la enfermedad, sin embargo hoy en día se sabe que es algo más complejo. Mundialmente la definición más aceptada de salud es la que define la OMS (organización mundial de la salud) como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" la cita fue adoptada por la conferencia sanitaria internacional, celebrada en Nueva York en 1946, esta definición no ha sido modificada desde 1948 (1).

Aunque la definición de salud no ha cambiado, el concepto de salud se ha analizado desde distintas perspectivas, por ejemplo, la organización panamericana de la salud (OPS) aporta que la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona, el lugar en donde nacemos, crecemos, vivimos y trabajamos, refleja la calidad y duración de nuestras vidas. Gracias a esta forma de ver la salud la OMS y la OPS establecieron que al concepto de salud lo integran otros componentes como la biología, la ecología, la sociología, la economía, la cultura, la experiencia de cada uno y el valor que damos a nuestra vida (2).

Con todo y que la salud y enfermedad son conceptos muy amplios y complejos se han definido muchas veces por diversos autores. Diego Gracia afirma en su definición "el concepto de salud es tan inseparable del de enfermedad que no puede ser definido con exclusión de éste. Los seres humanos

adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad. De ahí que la salud haya sólido definirse de modo negativo, como ausencia de enfermedad" (3).

Lydia Feito menciona varias características que definen salud "de la salud tendremos que decir, como notas que le son propias, que es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción) (4).

Al hablar de salud se habla de salud individual y de salud poblacional, pero para comprender esta idea se es necesario comprender que es la salud pública, pues ella está encaminada a la mejora de la salud de la población pero sin dejar de ver al individuo como tal. Al igual que todos los términos y definiciones, el de salud pública también va cambiando y evolucionando históricamente pues responden a cambios conceptuales y sociopolíticos (5).

Dentro de la salud pública una de las definiciones más aceptadas es la de Winslow que define a la salud pública como, la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas, educar al individuo en cuanto a los principios de higiene personal, organizar servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación (6).

Ahora bien el término de salud bucodental ha sido definido cómo ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, defectos congénitos como labio leporino, enfermedades periodontales, caries dental y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal (1, 7) como son las manifestaciones bucodentales relacionadas con el VIH/SIDA, todos ellos importantes problemas de salud pública en todo el mundo (7) que tienen efectos considerables, tanto individuales como colectivos, desde el punto de vista del dolor y el sufrimiento que causan y de la pérdida de capacidad funcional y de calidad de vida que traen consigo.(8)

Al igual que el concepto de salud general, la salud bucodental también precisa de la asociación con los factores socioeconómicos, ambientales, y estilos de vida, y es necesario verla de una manera holística en donde intervienen tanto de forma positiva como negativa estos elementos y no solo como la ausencia de enfermedad (9). Dentro de la concepción social de la salud revisten gran importancia los determinantes sociales de la salud (DSS) en la población; por lo tanto el ejercicio de la Salud pública es una pieza clave para ofrecer mejores medidas de atención, la OMS establece que salud pública son las acciones colectivas e individuales del estado y la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población (5).

En el área de la odontología, la salud pública trabaja identificando grupos y/o subgrupos poblacionales que se encuentren en situación de riesgo, al identificarlos se puede mejorar la eficacia de las campañas preventivas, se puede adoptar mejores estrategias específicas, trabajar en la participación de la ciudadanía para disminuir la carga mundial de morbilidad oral, que está estrechamente influida por factores de riesgo basados en el comportamiento en la salud oral (10).

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal, en adelante (EP) es una enfermedad inflamatoria multifactorial, que tiene como etiología primaria las bacterias (11), y después el daño tisular ampliado por condiciones médicas, los factores ambientales y los antecedentes genéticos. Las EP son todas las alteraciones de cualquier

origen que atacan los tejidos del periodonto (conjunto de estructuras tisulares que protegen y soportan los dientes) (12), formado por encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar (13).

La EP es considerada la segunda de las dos enfermedades bucales más prevalentes en la población mundial que afecta la cavidad bucal del ser humano, seguida por la caries dental (14, 15). Entre las EP se encuentran la gingivitis (GV) y la periodontitis (PO) dos conceptos ampliamente estudiados en la literatura como son su etiología infecciosa y su respuesta de tipo crónico por parte del huésped (11). Su división básica se refiere a la GV cuando se encuentra afectada solamente la encía; y la PO, cuando los tejidos suaves y estructuras de soporte de los dientes están lesionados. Tanto la caries dental como la GV y PO moderada o severa se incrementa con la edad (16, 17).

La GV se caracteriza por la inflamación de la encía sin afectación del ligamento periodontal, cemento o hueso alveolar, está asociada a la placa bacteriana dental y se caracteriza por presentar una encía enrojecida, edematosa y con sangrado de las encías durante el cepillado, hilo dental o incluso espontánea (18). También intervienen ciertas implicaciones sistémicas que ocasionan deformidades a la anatomía de la encía (19, 20). Cuando una gingivitis no es tratada, da lugar a lesiones avanzadas propias de la PO (18).

La periodontitis (PO) se caracteriza principalmente por cambios inflamatorios de los tejidos circundantes al diente (21), si esta no se trata, progresa de tal manera que en su forma más severa hay una pérdida masiva de las estructuras del soporte del diente que conduce a la pérdida del mismo (21-24). La PO puede evolucionar episódicamente, siguiendo desde una forma inicial a una avanzada, tener un carácter crónico o agresivo y ser localizada o generalizada (25).

III. EPIDEMIOLOGIA

Desde el punto de vista epidemiológico la EP tiene una gran trascendencia, tanto por los daños que produce como por la prevalencia en la población general. De acuerdo con la OMS alrededor del 15% de los adultos en todo el mundo tienen enfermedad periodontal avanzada (profundidad de bolsa periodontal de 6 mm o más) (16). Pero según diversos estudios las EP afectan al 48% de la población adulta, prevalencia que varía según las condiciones culturales, sociales, económicas y políticas (26).

Las EP son consideradas como un tema de gran importancia en la odontología y en la salud pública, pues aparte de ser la principal causa de pérdida de dientes en adultos (aproximadamente un 35% de todas las extracciones dentarias) (27), aproximadamente 3 de cada 4 adultos de más de 35 años se ven afectados, pues su comienzo puede presentarse desde edades tempranas (28).

En todo el mundo, varios países han llevado a cabo estudios poblacionales identificando y demostrando que la EP es factor de riesgo para el estado de salud en general tanto de hombre y mujeres en todas las edades de la vida. Se ha demostrado implicaciones clínicas en muchas enfermedades sistémicas y/o autoinmunes y viceversa (29, 30).

En Estados Unidos la EP en etapa inicial (GV), afecta el 75 % de los adultos y en sus formas más avanzadas (PO) afecta al 30 % en su forma severa, y un 10 % en su forma avanzada (31, 32).

En otros países como España las EP son muy prevalentes con resultados similares al de los países desarrollados; en el grupo poblacional de 15 años, un 25% tiene manifestaciones de cálculo dental; en el grupo de 35-44 años, un 25% tiene bolsas moderadas o severas, y el porcentaje de las mismas en el grupo 65-74 años subía a un 38%. En cuanto a la pérdida de inserción en España se ha observado que la población entre 35-44 años, más de un 7% tienen pérdida de inserción > 6 mm, mientras que en el grupo de 65-74 años este porcentaje sube al 31% (33).

En Alemania el 40- 45% de los adultos tienen una bolsa de 4-5 mm y un 15-14% de más de 5 mm y consideran que a pesar del tratamiento correcto de la periodontitis que incluye las revisiones periódicas

en intervalos trimestrales o semestrales. aproximadamente el 10% de los enfermos siguen sufriendo pérdidas de inserción y de piezas dentales; los molares son los más afectados y como en todos los casos la pérdida prematura de las piezas dentales como consecuencia de la Po depende de su progresión (34).

En México un alto porcentaje de la población carece de los servicios básicos de salud, por ese motivo, la salud oral no es percibida como una necesidad básica para la gran mayoría de los mexicanos (32). A nivel nacional la tendencia al 2011 fueron de 658,412 casos de GV con una incidencia del 602.83 por 100,000 habitantes con lo que ocupó el segundo lugar de las veinte principales causas de enfermedades no transmisibles (35).

Los resultados de la fase permanente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) muestran que un gran porcentaje 82.9% de los adolescentes entre 10 a 14 años de edad que acuden a los servicios de salud tienen un periodonto inflamado (GV), este porcentaje se va reduciendo hasta cercanos los 25 años de edad en esta edad aproximadamente 53% de la población tienen PO y el porcentaje va aumentando con la edad (16, 23).

IV. FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La PO puede explicarse no sólo por la presencia de bacterias específicas (Pg) y los factores ambientales (tabaco, estrés), sino también por factores genéticos y epigenéticos que modelan la susceptibilidad o resistencia del hospedador a través de varios polimorfismos de padecer la EP; se ha demostrado en estudios de asociación genética una fuerte asociación entre un polimorfismo y la periodontitis crónica y agresiva, como es el caso del polimorfismo rs1800629 TNF (Factor de Necrosis Tumoral) (36).

Dentro de las variables sociodemográficas y socioeconómicas, se han observado diferencias significativas en cuanto a la prevalencia con la edad y el grado escolaridad; los varones presentan mayor promedio de severidad que las mujeres, referente a al grado escolar a mayor nivel educativo menor severidad y extensión de PO; Un bajo nivel de ingresos se ve relacionado con mayor severidad y prevalencia de PO (15). Relacionado a los estilos de vida y ambientales el hábito de fumar tabaco es un factor de riesgo importante para el desarrollo de PO en adultos, el estrés físico y mental es considerado una causa de enfermedad muy frecuente en los tejidos orales como son la disfunción de la articulación temporomandibular (37) y al disminuir las defensas inmunológicas de nuestro organismo influye en la gravedad de las EP (38).

En las etapas de la pubertad, menstruación, embarazo y menopausia de la mujer, es necesario tomar medidas preventivas para el cuidado de las encías, muchas mujeres hasta no presentar un trastorno periodontal de fase avanzada perciben la necesidad de atención. En estas etapas en la vida de la mujer existen muchos cambios hormonales, la presencia de placa dental y los cambios endocrinos en la pubertad se asocian a la prevalencia de GV desde una temprana edad, debido al aumento de la circulación sanguínea en los tejidos gingivales, y durante la menstruación aumento el exudado gingival de aproximadamente un 75% de las mujeres en la fase de ovulación; en el embarazo la encía también sufre cambios sobre todo en el tercer mes llamada "gingivitis del embarazo", en la menopausia el déficit de estrógeno puede inducir a que disminuya la queratinización del epitelio, altera el mantenimiento del colágeno del tejido conectivo de la encía, del ligamento periodontal y el hueso alveolar, favoreciendo el desarrollo de la PO.(39, 40)

La gran mayoría de estudios sobre EP son resultado de un enorme interés por expresar cuantitativamente las variables de estudio que se relacionan con los eventos epidemiológicos, entendiendo a la salud y a la EP como un fenómeno poblacional (15).

V. ENFERMEDAD PERIODONTAL Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

Las EP han sido muy estudiadas por su enorme relación con la salud, demostrando que se pueden presentar como una manifestación de trastornos sistémicos e influyen en la etiología de diversas enfermedades generales; comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más importantes de la actualidad, como enfermedades cardiovasculares, reumáticas, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, etc. (26).

En las enfermedades cardiovasculares la EP se asocia por que se cree que la infección de tejidos periodontales puede actuar como coadyuvante en el desarrollo de enfermedades con mayor prevalencia como la arterioesclerosis, el infarto del miocardio, la hipertensión arterial, y los accidentes cerebrovasculares (41). Se ha asociado que la formación de placas de ateroma causantes del síndrome coronario agudo, en los pacientes con enfermedad periodontal aguda o PO, lo cual podría explicarse ya que cuando existe inflamación periodontal y al entrar en contacto las bacterias con el torrente sanguíneo tras diversos procedimientos dentarios como el cepillado, se puede producir bacteriemia y ocasionar enfermedad coronaria (42).

Un estudio de cohortes realizado de 1997- 2010 en Taiwán utilizó una base de datos hospitalaria que incluía 1 millón de personas mayores de 20 años, divididas en dos cohortes una de estudio, diagnosticados con PO y una de comparación; seguidos hasta su diagnóstico de cáncer, muerte, o pérdida del seguro; los resultados indicaron que la cohorte de PO mostraron un mayor riesgo de desarrollar cáncer oral (43).

En el caso de la artritis reumatoide (AR) y la PO crónica y agresiva que son dos enfermedades inflamatorias crónicas caracterizadas por una desregulación de la respuesta inflamatoria e inmune se ha sugerido que la infección de Pg, bacterias específicas en boca responsables de la PO podría acelerar el proceso destructivo de la AR. (44).

En la diabetes mellitus, una enfermedad metabólica multifactorial caracterizada por hiperglucemia crónica; los estudios actuales muestran cómo un bajo control glicémico ayuda a que progrese la enfermedad periodontal, de igual manera un buen tratamiento periodontal ayuda en el control glicémico de la diabetes demostrando que las une un lazo bidireccional; un mal control glicémico puede llevar al edentulismo (falta de piezas dentales) del paciente y a su vez problemas relacionados con la alimentación (45, 46).

La relación de la enfermedad periodontal con la obesidad es un tema relativamente reciente. En el 2013 datos más recientes muestran que el 71.3% de los adultos mexicanos padece esta condición, con una prevalencia ligeramente elevada en las mujeres. Por grupo de edad la obesidad es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida (47). Se ha relacionado que en las personas obesas conforme aumentan en edad son más frecuentemente las necesidades de realizarse extracciones dentales a causa de movilidad, llegando a la edad madura con maxilares desdentados, ocasionando problemas a lo largo de la vida como mal oclusiones, problemas de estética, digestivos y de autoestima (48).

Como describimos existe una marcada asociación entre la PO y algunas enfermedades sistémicas por lo que la atención del paciente debe ser multidisciplinaria y precisa de un criterio amplio en prevención de enfermedades y de los riesgos que conllevan.

VI. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En la última década se ha notado un aumento de las EP en un 50% y se atribuye este aumento a la población que cada vez está más envejecida, debido a la transición demográfica que se vive en México y a que ante un dolor de diente la primer opción ya no son las extracciones dentales, gracias a los avances en rehabilitación, por lo que se alarga la vida dental en boca y se puede observar mayor prevalencia de EP (49). Se dice que el principal reto a enfrentar en el futuro es la transición demográfica y

epidemiológica ya que se estima que para el año 2050 habrá un porcentaje mayor de población adultos jóvenes y adultos mayores (61.9%) que niños (16.8%), este cambio en la pirámide poblacional modificara la demanda de enfermedades trayendo consigo implicaciones en los sistemas de salud y en el sector privado; cuando antes la demanda se encontraba en problemas de neumonía o en etapas neonatales, ahora es notorio y será aún más la demanda por enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, enfermedades cardiovasculares y AR (50).

En México, el envejecimiento de la población representa un enorme desafío para el sector salud y uno de los componentes relevantes de la atención a este grupo de edad es la salud bucodental (51); Por lo general, los adultos mayores tienen bastantes problemas bucales por ejemplo: dientes fracturados, caries, prótesis antiguas y descuidadas, encías inflamadas, problemas de la articulación temporomandibular, manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas o de consumo de fármacos, etc. Sin embargo, en México los servicios de salud bucodental públicos son limitados. Siendo entonces, la única alternativa los servicios privados, que cada día son más costosos. Para la atención de estos pacientes se precisa de un conocimiento amplio de aspectos biológicos, psicológicos y sociales y de abordarlos de una manera inter y transdisciplinaria (51, 52). Es evidente la repercusión del sistema estomatognático y el estado de salud general en la calidad de vida del paciente aunado a ello que el proceso de envejecimiento genera importantes cambios en los estilos de vida de la población (53).

VII. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

La visión biológica que se expresa de la enfermedad ha dado paso a nuevas interpretaciones que transforman la forma de ver, de atender y de vivir la enfermedad en un hecho social, actualmente los problemas de salud oral se estudian desde el análisis de los problemas sociales que inciden directa e indirectamente sobre ella; las EP sobre todo la PO no siempre es tratada como una patología que impacta gravemente en la salud, tanto por los sistemas de salud pública, como en la práctica privada (9).

Puesto que el hombre por naturaleza es un ser social la salud del individuo se desarrolla en sociedad, las enfermedades de los colectivos se estudian a través de la epidemiología (54, 55); Sin embargo existen dos perspectivas dentro de la epidemiología: la tradicional o clásica que no ha logrado explicar el proceso salud-enfermedad; se basa en concepciones biológicas, ahistoricas e individualizantes de la enfermedad basadas en prácticas curativistas- preventivistas, separando lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo social y lo individual de lo colectivo, dentro de un sistema hegemónico; y la epidemiología crítica que por otro lado trata de aclarar los procesos de salud-enfermedad analizando el carácter eminentemente social de la humanidad ya que en función de la interacción y convivencia en sociedad y de los procesos que van ocurriendo en el paso de los años van a determinar los distintos perfiles de salud y de enfermedad que dan la diferenciación y caracterización a cada grupo social (55).

Para lograr que la EP se trate como una verdadera enfermedad inflamatoria crónica, es necesario identificar el contexto actual y plantear una visión estratégica que permita entre otras cuestiones, visualizar algunos problemas desde un contexto social, así como con los indicadores que propician y que de alguna u otra manera nos explican la morbilidad, como serían la pobreza, la educación, la nutrición y estilos de vida.

Citamos una frase de Rojas Alcayaga y cols. "La boca es una parte integrante no sólo de un cuerpo físico, sino también de una imagen corporal o dicho en otros términos, de un cuerpo representado a nivel psíquico. Es así que posee un significado psíquico único en relación con otras partes del cuerpo. Debido a las experiencias primarias que la boca permite en el desarrollo humano, es que en ella están representados sentimientos íntimamente ligados a la identidad del sí mismo " (56). Las personas afectadas generalmente no están sensibilizadas con la enfermedad periodontal, en ocasiones desconocen el término y desconocen que padecen alguna de las etapas de EP. La World Dental Federation (FDI), en

su documento del 2012 titulado "visión 2020 de la FDI" nos dice: -La salud bucodental ha sido considerada durante décadas como un tema que no merecía figurar entre las prioridades de las agendas de los gobiernos y las organizaciones internacionales- y señalan puntualmente que puede deberse a que las enfermedades orales afectan la morbilidad y no la mortalidad; pese a esto en los últimos años se ha visto mayor concienciación de que la salud oral constituye una parte integral de la salud general (57).

La boca desarrolla un papel importante en la apariencia del ser humano y en el intercambio social, el deterioro de los tejidos periodontales, dientes y demás estructuras del sistema estomatognático, afecta la armonía psíquica de las personas, impidiendo mantener un nivel saludable de autoestima trayendo con frecuencia problemas de convivencia y/o falta de integración en sus núcleos sociales(58); Sin embargo en la práctica odontológica se refleja una actitud de desinterés, muchas actitudes y comportamientos se suman y esto hace tan frecuente que existan personas de todas las edades que jamás hayan visitado al dentista, un factor que es muy mencionado es que asocian la odontología como algo costoso difícil de acceder, desconociendo los graves problemas de salud que conlleva y es difícil percibir que la sociedad vive mostrando una boca enferma día a día (39).

Por otro lado tenemos el mercado que condiciona la enseñanza de la odontología y no los programas educativos, la educación en salud oral no es algo que se enseñe en la escuela o centros de salud, sino que es una información que recibes día a día con bombardeos comerciales, que priorizan lo estético, lo blanco y lo extravagante con la buena salud oral. El papel del odontólogo ha sido descuidado, y se deja de lado el compromiso social que tienen para educar, concienciar y fomentar el auto cuidado personal y ejercer un rol en la sociedad. Desafortunadamente el modelo de desarrollo se basa en el beneficio económico y se percibe las medidas preventivas como una amenaza para sus altos intereses, el fenómeno de la comercialización, tecnología e investigaciones en nuevos materiales dentales es aún más remunerado que el de la promoción a la salud y atención primaria. Los servicios de atención bucodental representan una industria importante que genera una facturación considerable. Según la OMS es la cuarta enfermedad más cara de tratar en el mundo (57).

VIII. PERIODONTIS Y DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

En los grupos sociales más desfavorecidos la carga de enfermedades bucodentales es más alta, y las influencias sociales, económicas, comportamentales y ambientales tienen gran importancia ya que van a definir las pautas de morbilidad bucodental en las distintas áreas geográficas que serán un reflejo de los diferentes perfiles de riesgo y la efectividad de los programas preventivos de atención bucodental (10).

La pobreza es uno de los problemas más graves que ha enfrentado y enfrenta la humanidad, en todo el mundo existen grupos poblacionales más desfavorecidos que no tienen acceso a una atención de salud permanente, tanto en países en desarrollo como en los desarrollados, la falta de empleos, el no tener un sustento para su vida cotidiana, trae consigo el descuido de la salud oral (8).

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) Se considera que se encuentran en pobreza extrema las personas que tienen tres o más carencias sociales (ej. carencias educativas, económicas, de vivienda) y perciben un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo, que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes (59) que es de \$1,264.92 MN (moneda nacional) per cápita mensuales (60) en México las personas que viven en pobreza extrema tienen en promedio 3.7 carencias (59).

La situación de pobreza, se ha incrementado en los últimos años como consecuencia del modelo económico excluyente para acceder algún servicio de salud, de acuerdo con las cifras más recientes del (Coneval), en el periodo de 2008 a 2012 el número de personas que viven en pobreza pasó de 48.8 a 53.3 millones de personas, y en situación de pobreza extrema 11.5 millones al 2012). Según los datos por municipios alrededor de un 75% o más de la población Mexicana vive en condición de pobreza (59).

Como vemos más del 50% de los mexicanos enfrentan barreras económicas, que reflejan desigualdades e inequidades para acceder a los servicios de salud tanto públicos como privados, y más porque que los tratamientos odontológicos son considerados en su mayoría como estéticos y no como una necesidad de salud, así que los gastos de bolsillo aumentan en este sentido en la mayoría de la población preocupada por mejorar su salud oral, que teniendo necesidades básicas de sobrevivencia como alimentación, aseo, vestimenta dejan de lado los gastos de salud hasta que no se consideran de urgencia y se convierten en gastos catastróficos para las familias mexicanas (58).

En la estomatología las diferencias que existen entre el nivel socioeconómico genera tratamientos diferentes, por lo tanto no existe una postura ética sobre las necesidades en salud bucal de la población que no puede pagar; entonces la odontología se convierte al parecer en un bien de consumo, en donde se ofrece prevención a los pobres y tratamientos a los ricos (15).

Sin embargo no solo existen barreras económicas, también hay barreras culturales como las que se reflejan en las diferentes percepciones del proceso salud-enfermedad, de lo que es normal, de los riesgos, de los servicios profesionales que brindan el personal capacitado en salud, entre otros; la mayoría de las personas en situación de pobreza no han terminado la educación básica, y esto provoca falta de valor, de cuidados y de conciencia sobre la salud y la vida, por lo tanto se considera que las causas o determinantes de las enfermedades se encuentran en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre (60).

Como se describió con antelación un nivel educativo bajo es un factor de riesgo de padecer PO. El nivel educativo de los padres se relaciona también con la salud bucal de sus hijos así como función nivel educativo se ha asociado en las mujeres embarazadas como mayor riesgo de enfermedades periodontales (61). Es un hecho que para disminuir las desigualdades e inequidades en salud es necesario tener en cuenta la gran gama de diferencias entre los grupos sociales promoviendo la atención primaria de la salud (APS) pero desde una perspectiva comunitaria y la construcción de un nuevo orden social incorporando tanto la sensibilización de los estudiantes y profesionistas de Odontología y otras áreas de la salud como la sensibilización social de los nuevos cambios y retos que como humanidad se va a emprender.(54) Y comprender la situación de salud bucal desde una perspectiva holística para construir bienestar y calidad de vida a través de indicadores económicos y sociales (62).

IX. CONCLUSION

Por muchos años se pensó que las periodontopatías eran solo de origen bacteriano, con el tiempo se ha comprobado que estas patologías son de origen multifactorial, y se acepta el concepto de factor de riesgo y se le da entonces un gran valor a la influencia que tiene el entorno social sobre los individuos.

El comportamiento epidemiológico de las EP resulta de un proceso dinámico que se produce en todos los ámbitos de la vida social, las diferentes clases sociales generan procesos tanto protectores como destructores de la salud, pues cada grupo socioeconómico tiene un propio patrón de vida, que va a determinar la relación con su medio ambiente, así como las condiciones genéticas y fisiológicas que los caracterizan.

La prevención y atención de las periodontopatías incrementan progresivamente los procesos protectores para la salud general de la población, sobre todo de los grupos sociales más vulnerables, y están relacionadas con las políticas económicas y sociales por medio de los cuales se produce la distribución de la riqueza nacional y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

REFERENCIAS

1. OMS. Salud Bucodental 2007 [citado 2013 Junio]. Disponible de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.

2. OPS. Medio ambiente y seguridad humana. Salud en las Américas. 2012.
3. Guillen DG. Fundamentos de bioética. Madrid 1989.
4. Grande LF. La definición de salud *Diálogo Filosófico*. 1996;64(34):61-84.
5. Sarmiento J. Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2013;17(2):151-61.
6. Frenk J. La salud de la población. hacia una nueva salud pública. 2 ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2003. 164 p.
7. Petersen E, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan S, Ndiaye C. Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2014;83(9).
8. Rojas HL, Lara CL, Lara VL. Oodontología social: desigualdad social y salud *Revista científica In Crescendo*. 2012;3(1):139-51.
9. Castellanos JB, Rico LV, Sánchez JF. Higiene oral en enfermedad periodontal: consideraciones históricas, clínicas y educativas. *Acta Odontológica Colombiana*. 2012;1(1).
10. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Day SE, Ndiaye C. Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. *World Health Organization*. 2013:173.
11. Castellanos JB, Rico LV, Sánchez JF. Higiene oral en enfermedad periodontal: consideraciones históricas, clínicas y educativas. *Acta Odontológica Colombiana*. 2012;1(1).
12. J L, editor. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. 4ta ed: Panamericana; 2005.
13. Rojas E, Fernández F. *Manual de higiene bucal*. 1ª, editor. Madrid: Madrid; 2009.
14. Crespo R, Bascones A. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*. 2005;17:69-77.
15. Botello NR, Espinosa AF, Castro II MA. Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. *Revista Odontológica Mexicana*. 2011;15(1):31-9.
16. SIVEPAD. *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales*. 2012; Disponible de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf.
17. Susin C, Haas AN, Albandar JM. Epidemiology and demographics of aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*. 2014;65(1):27-45. Epub 2014/04/18.
18. Martínez AB. *Tratado de Odontología* Madrid: Avances Medico- Dentales; 2000.
19. Liébana J, Castillo A, Alvarez M. Periodontal diseases: microbiological considerations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2004. Disponible de: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv9suppl_i_p82.pdf.
20. Williams RC. Periodontal Disease. *New England Journal of Medicine*. 1990;322(6):373-82.
21. Salazar E. Empleo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como coadyuvante en el tratamiento de la enfermedad periodontal. *Acta Odontologica Venezolana*. 2007;47.
22. AAP. New research supports assessing risk, preventive treatment for periodontal disease. *American Academy of Periodontology* [Internet]. 2013. Disponible de: http://www.perio.org/consumer/tooth_loss_risk_assessment.
23. Martínez B, Ruiz F. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Av Periodontoloy Implantology*. 2005:147-56. Epub Abril 2008.
24. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(23):2205-19.
25. Slots J. Terapia antimicrobiana periodontal. *Periodontology 2000 C*. 2000:312. Epub 2003.

26. Cuesta YR, González JP, Muñoz IC, Sánchez MA. Nivel de información de los médicos acerca de la asociación entre periodontitis y algunas enfermedades sistémicas. 2012; 16:[1693-703 pp.]. Disponible de: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v16n6/amc06612.pdf>.
27. Enriquez MG. Índice de enfermedad periodontal en adultos de 20 a 74 años en el edo. d Nuevo Leon Mexico. Mexico: Universidad de Granada; 2009.
28. Herrera ET, Llanes RR. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay Revista Cubana Estomatologica. 2007;45:1-3.
29. Yamada H, Nakajima T, Domon H, Honda T, Yamazaki K. Endoplasmic reticulum stress response and bone loss in experimental periodontitis in mice. Journal of periodontal research. 2014. Epub 2014/09/17.
30. Xie Y, Xiong X, Elkind-Hirsch KE, Pridjian G, Maney P, Delarosa RL, et al. Prepregnancy obesity and periodontitis among pregnant females with and without gestational diabetes mellitus. Journal of periodontology. 2014;85(7):890-8. Epub 2013/12/21.
31. Gloria GC, Irene E, Fernando MA, Ninfa HH, Arturo IM, Carlo MS. Necesidades de tratamiento periodontal en adultos de la región rural Mixteca del Estado de Puebla, México. Revista de Salud Pública. 2010;12:647-57.
32. Gutiérrez AV, Calvo JCL. Análisis comparativo del índice periodontal comunitario en estudiantes de diversas licenciaturas universitarias. ADM. 2010;4:171-76.
33. SEPA. Examen periodontal basico. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. 2010;2.
34. Folwaczny M, Glas J, Török H, Mende M, Folwaczny C. Lack of association between the TNF alpha G - 308 A promoter polymorphism and periodontal disease. 2004 [citado 2013; 31. Disponible de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15142214>.
35. SEGOB. Información Epidemiológica de Morbilidad Anuario 2011. Mexico: 2011.
36. M Ricci, Garoia F, Tabarroni C, Marchisio O, Barone A, Genovesi A, et al. Association between genetic risk score and periodontitis onset and progression: A pilot study. Biología Oral. 2011;56:1499-505. Epub ELSEIVER.
37. Padovani S, Martín EP, Cantón AP, Ortega MR. Determinantes sociales de la salud y sistema de gestión de la calidad en servicios estomatológicos. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014;13:757-68.
38. Margarita AN. Incidencia de enfermedad periodontal en individuos de tasa etaria entre 18 y 28 años, en batallones militares [Tesis de grado]. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito; 2013.
39. Sintés JA. La salud de la mujer pasa por las encías. España: SEPE; 2012 [updated 4 noviembre 2014]; 5-12]. Disponible de: <http://www.clinicaalcaraz.com/uploads/ficheros/paginas/descargas/201310/descargas-cte-3-es.pdf>.
40. Linares SG. El periodonto y la mujer: Una relación para toda la vida. Revista odontológica Sanmarquina. 2002;1(10):55-6.
41. Herrera C, Arcos J. Relación entre la enfermedad periodontal (ep) y la enfermedad cardiovascular (ecv): una revisión de tema. Revista Estomatología y Salud. 2012;20(2):45-52.
42. Castellano EF, Fernandez CR, Domínguez IM. Relación entre enfermedad periodontal y cardiovascular. RevIsta gaceta dental. 2013;245 (6):130-6
43. Wen BW, Tsai CS, Lin CL, Chang YJ, Lee CF, Hsu CH, et al. Cancer risk among gingivitis and periodontitis patients: a nationwide cohort study. QJM : monthly journal of the Association of Physicians. 2014;107(4):283-90. Epub 2013/12/18.
44. Cuéllar H, Victoria M, María I, Hernández A. Etiopathogenic correlation between periodontitis and rheumatoid arthritis. Revista Cubana de Reumatología. 2013;15(1).
45. Galvis M, Montoya Y, Saldarriaga A. Diabetes y enfermedad periodontal: hacia un modelo clínico bidireccional. Revista Nacional de Odontología. 2012;8(14).
46. Bustamante Cabrera G. Diabetes Y Enfermedad Periodontal. Revista de Actualización Clínica Investiga. 2013;30:1562-6.

47. Barquera S, Hernández-Barrera IC-N, Pedroza-Tobías A, Rivera-Dommarco JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. 2013;55(2):151-60.
48. Araúzo T. Enfermedad periodontal en relación a la obesidad: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2010.
49. Hughes F. Periodontitis - the new caries? British dental journal. 2014;217(8):387. Epub 2014/10/25.
50. Morales PK, Cortés CC. La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular. Gaceta Medica De Mexico. 2012;148(6):518-24.
51. González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Revista Cubana de Estomatología. 2013;50:284-91.
52. García SS. El envejecimiento de la población y la salud bucodental: Un reto para los servicios de salud en México. Revista Odontológica Mexicana. 2009;13(3):1-2.
53. Olmedo LV, Barrios LO, Velazquez AC, Bahena AC, Peña CG, García SS. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Seguro Soc. 2014;53(4):448-56.
54. Reissner CD. Odontología, Universidad y Sociedad. Rev de Salud Pública del Paraguay. 2013;3(2):29-38.
55. Romero RR. Reflexiones acerca de las determinaciones sociales del proceso salud- enfermedad. Revista Especializada en ciencias de la salud. 2009;12(1-2):31-6.
56. Alcayaga R, Launert M. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Avances en Odontostomatología. 2004;20(5):239,45.
57. FDI. Visión 2020 de la FDI. 2012.
58. Loredo SP, Argüelles JC. Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. Rev Biom Medwave. 2012;12(7):1-8.
59. CONEVAL. Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2012. México: Gobierno del Estado, 2012.
60. CONEVAL. Líneas de bienestar y canasta alimentaria. Medición de la pobreza [Internet]. 2014. Disponible de: <http://web.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>.
61. Boillot A, El Halabi B, Batty GD, Rangé H, Czernichow S. Education as a Predictor of Chronic Periodontitis: A Systematic Review with Meta-Analysis Population-Based Studies. Plos One. 2011;6(7).
62. Agudelo A, Martínez E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev Gerenc Polit Salud. 2009;8(16):91-105.