

ESTADO DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION. SANTIAGO DE CUBA .2015

Autor: Dra. Nuria Rosa Mediaceja Alvarez, Profesor Auxiliar, Máster en Atención Primaria de Salud, Especialista II Grado en Administración, Dirección Provincial de Salud. Santiago de Cuba, nuriam@medired.scu.sld.cu

Coautores: Dra. Rafaela Junco Oliva, Dra. María Eugenia Matos Galano, Dra. Zulmira Puente Perpiñán, Dra. Cristina Perdomo Estrada.

RESUMEN

Introducción: El conocimiento del estado de salud de la población proporciona una base sólida para estimar las necesidades actuales y futuras de asistencia estomatológica. **Objetivo:** Se realizó esta investigación con el objetivo de determinar el estado de salud bucal de la población en la provincia Santiago de Cuba en el 2015. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, la muestra estuvo constituida por 150 personas estratificadas por grupos de edades, con 25 en cada grupo. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron : edad, sexo, situación laboral, condición de la mucosa oral, estado de la oclusión, estado periodontal, estado de la dentición permanente así como necesidades de rehabilitación protésica .Para la recolección de la información se utilizó la encuesta de salud bucodental de la Organización Mundial de la Salud modificada del 2003. **Resultados:** En la población estudiada existió un predominio del sexo femenino, el 95,4% no presentó lesiones en la mucosa bucal, el 17,8% de los segmentos estaban afectados, el COP-D a los 12 años es de 1,08. **Conclusiones:** El promedio de segmentos afectados fue mayor en el grupo de 60-74 años con predominio en el sexo femenino, el mayor índice COP –D fue en el grupo de 60 – 74 años a expensas del componente perdido por lo que es el grupo que mayor necesidad de prótesis presentó.

Palabras clave: estado de salud bucal, índice COP-D.

INTRODUCCION

El grado de desarrollo por sí solo no es determinante cuando existe un sistema social que prioriza la atención a la salud y el bienestar del hombre, tal como ocurre

en Cuba y otros países con modelos de salud parecidos al nuestro, donde el ejercicio de la práctica estomatológica está orientado a la comunidad y es eminentemente preventivo curativo. ¹

Con la introducción del EGI en la atención primaria se logra salir de los límites estrechos de la institución de salud, visitando a la familia en su propio medio social lo que permite conocer determinados aspectos como: condiciones higiénico-sanitarias y factores socio-económicos en que viven los individuos, estilos de vida, hábitos, creencias, nivel de educación para la salud así como el grado de satisfacción con la atención estomatológica que tiene esa comunidad y vincula al estomatólogo y médico de familia responsabilizado con la atención de una población delimitada por un área geográfica, ejecutando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación ²

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas. Su práctica puede considerarse de carácter social y adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas. En primer lugar, porque reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes del estado de salud y, por ende, de la salud bucal. De otra parte, ofrece enfoques y estrategias para los diferentes individuos y las comunidades, a través de programas de educación, estrategias de información y comunicación, y acciones de atención primaria en salud.³

El estado de salud de la población es la categoría de la higiene social que expresa sintéticamente para un momento histórico concreto, el nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres, respecto a su salud en el plano físico, mental y social. ⁴

En nuestros días, la literatura internacional referida a la atención primaria de salud, otorga una importancia estratégica al estudio del estado de salud de la población mediante el análisis de la situación de salud (ASIS) y considera a éste como el instrumento capaz de facilitar, tanto el conocimiento de los problemas de salud de las comunidades, como las intervenciones necesarias para su solución. ⁵

El análisis de la situación de salud de la comunidad, tiene sus raíces en el llamado "cuadro de salud" de los epidemiólogos que se realizaba a inicios de la década de los sesenta, con el desarrollo de los primeros programas de salud elaborados por el MINSAP, fue utilizado por Serenko y Ermakov en el año 1976.⁶ El conocimiento de la

situación de salud bucal de la población, es una actividad necesaria en la APS, que tiene como propósito identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud bucal de la población, así como los problemas bucodentales que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución, y se concibe como un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación.⁷

El adecuado estado de la salud bucal permite mantener funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto. Un indicador de la salud bucal es el índice de caries dental (CPO -D). Siendo ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos para estimar la magnitud de problemas de salud bucal.^{8,9}

La educación para la salud constituye no solo una parte indispensable de la práctica dental preventiva, sino el medio para disminuir el costo de la ignorancia en beneficio de los pacientes y toda la sociedad. Es preciso incrementar a todos los grupos de estudio a los servicios sanitarios que brinda el Sistema Nacional de Salud a través de las actividades de prevención y promoción, a fin de que las generaciones futuras lleguen a los 60 años, conscientes de que las enfermedades no son procesos inevitables del envejecimiento, por lo que en la medida en que se perciban más acciones y beneficios, habrá más resultados positivos en la conducta saludable de toda la población.⁹

Debido a la importancia que en nuestro país tiene la integralidad en la labor asistencial y con el objetivo de dominar lo relacionado con el estado de salud de nuestra población, los factores que están influyendo en el mismo, así como sus necesidades de tratamiento, se realiza esta investigación, con el fin de organizar y planificar las acciones de salud para trazar las líneas de trabajo. El objetivo propuesto es determinar el estado de salud bucal de la población en la provincia de Santiago de Cuba. 2015.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, para determinar el estado de salud bucal de la provincia Santiago de Cuba, en el 2015.

Se seleccionaron 5 consultorios del médico de la familia, a partir de la lista de todas las áreas de salud del mismo, mediante un procedimiento en el que se utilizó la tabla de números aleatorios, se ubicaron en listado todos las personas comprendidas en las edades: 5-6, 12, 15, 18,35-44 y 60 – 74 años cumplidos, seleccionándose 25 personas al azar por cada grupo de edad, de un universo de 725 habitantes, hasta conformar una muestra de 150 personas.

Las variables generales que se tuvieron en cuenta en esta investigación fueron: edad, sexo y situación laboral. Para la evaluación clínica se establecieron las variables: condición de la mucosa oral, estado de la oclusión, estado periodontal, índice COP-D y necesidades de rehabilitación protésica

Para la obtención de la información se aplicó un interrogatorio para determinar las variables socio-demográficas y un examen clínico para conocer las variables bucodentales.

La información se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta, teniendo en cuenta la referida en el manual. El examen clínico se realizó bajo luz natural, utilizando espejo de boca plano, explorador doble, sonda periodontal de la OMS, regla milimetrada y pie de Rey.

La encuesta fue aplicada por una especialista de Administración y tres especialistas de Estomatología General Integral previamente adiestrados y calibrados.

La información obtenida fue procesada en una computadora Pentium IV, a través del procesador estadístico SPSS para Windows. Los resultados se exponen en las cuales fueron elaboradas a través de las aplicaciones Excel y Word de Microsoft Office de 2007. Como medidas resumen se utilizaron, por ciento, promedio e índice.

RESULTADOS

Mediante la aplicación de encuestas básicas, es posible proporcionar datos de base fiables para realizar estrategias de intervención en la comunidad.

En el estudio se examinaron 150 personas, con prevalencia del sexo femenino con 63,3%, el 59,3% estuvo representado por estudiantes.

Tabla 1. Distribución de personas examinadas según presencia o no de lesión en la mucosa bucal según edad. Santiago de Cuba .2015

Grupos de edad	Pacientes sin lesión en mucosa bucal		Pacientes con lesión en mucosa bucal	
	No	%	No.	%
5-6 años	25	16,7	0	0,0
12 años	25	16,7	0	0,0
15 años	23	15,3	2	1,3
18 años	25	16,7	0	0,0
35-44 años	24	16,0	1	0,7
60-74 años	21	14,0	4	2,6
Total	143	95,4	7	4,6

Fuente: Encuesta de salud bucal de la OMS

Del total de examinados el 4,6 % presenta lesión en la mucosa bucal (Tabla 1) con mayor prevalencia en el grupo de 60 – 74 años , la leucoplasia fue la lesión que prevaleció con más del 50% de las lesiones.

Tabla 2. Distribución de personas examinadas según alteraciones de la oclusión.

Alteraciones	5-6 años		12 años		15 años		18 años		Total	
	No.	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Sin alteración	24	24	18	18	16	16	18	18	76	76,0
Maloclusion Arcada Superior	1	1	2	2	5	5	4	4	12	12,0
Maloclusion Arcada Inferior			1	1	2	2	2	2	5	5,0
Maloclusion Ambas Arcadas			4	1	2	2	1	1	7	7,0

Fuente: Encuesta de salud bucal de la OMS

La Tabla 2 refleja que el 76,0% de los niños y adolescentes no presentan alteración de la oclusión, del 24 % que presenta alguna alteración la arcada superior es la más afectada con 12%, y la forma ligera es la que más prevalece en ambas arcadas.

Tabla 3. Condición de los segmentos de los examinados según edad.

Grupos	Segmentos	Segmentos	Segmentos	Sextantes
--------	-----------	-----------	-----------	-----------

de edades Años	presentes		sanos		afectados		excluidos	
	No.		No.	%	No.	%	No.	%
5-6	68		68	100,0	0	0,0	0	0
12	149		122	81,8	27	4,8	0	0,0
15	150		138	92,0	13	2,0	0	0,0
18	150		129	86,0	21	3,4	0	0,0
35-44	118		90	76,3	28	23,7	32	4,0
60-74	41		19	46,3	22	53,7	109	13,0
Total	676		555	82,1	121	17,8	141	17,0

Fuente: Encuesta de salud bucal de la OMS

La Tabla 3, refleja la afectación periodontal la cual refleja que se encuentran presentes 676 segmentos para un 82,7 % de estos, el 82,1 % de los se encuentran sanos, el 17,8% está afectado, con mayor afectación en el grupo 64-70 años con 53,7 %, seguido del grupo de 35-44 años con 23,7%, el 17,0 % de los segmentos se encuentra excluido y el 9,1% no se encuentra presente.

La necesidad de prótesis está reflejada en la Tabla 4, la de mayor requerimiento es la prótesis parcial en ambas arcadas con 14% en la superior y 20% inferior, los gerontes tuvieron mayor necesidad de rehabilitación con prótesis total , el grupo de adolescente no requirió de rehabilitación protésica.

Tabla 4. Población que necesita prótesis, según edad

NECESIDAD DE PRÓTESIS Y TIPO	15		18		35-44		60 – 74		Total		
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Superior	Prótesis Parcial	0	0,0	0	0,0	8	32	6	24	14	14,0
	Prótesis Total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	52	13	13,0
	Prótesis Fija	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inferior	Prótesis Parcial	0	0,0	0	0,0	5	24	14	56	20	20,0
	Prótesis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	32	8	8,0

Total											
Prótesis Fija	0	0,0	0	0.0	1	4	0	0,0	1	1,0	

Fuente: Encuesta de salud bucal de la OMS

La Tabla 5 muestra el estado de la dentición permanente según grupos de edades, hasta los 15 años se comporta adecuadamente, el grupo de 12 años cumple con el índice de acuerdo a la proyección del año 2015, se muestra incremento en el grupo de 18 años con un índice de 5,4 a expensas de los tratamientos culminados, a partir de los 35 años existe un incremento a expensas de los dientes perdidos , con 12,5 y 23 , en las edades de 35-44 y 60-74 años respectivamente , con predominio de los dientes perdidos y obturados

Tabla 5. Índice COP-D según edad y componentes

Grupos de edades	Cariados(C)		Perdidos(P)		Obturados(O)		Índice COP_D
	No.	P	No.	P	No.	P	
5 – 6 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
12 años	11	0,4	3	0,1	13	0,5	1,08
15 años	16	0,6	6	0,2	47	1,9	2,7
18 años	13	0,5	1	0,04	122	4,9	5,4
35-44 años	37	1,4	142	5,6	134	5,3	12,5
60-74 años	32	1.3	451	18,0	93	3,7	23,0

Fuente: Encuesta de salud bucal de la OMS

DISCUSIÓN

En la población examinada existe un predominio del sexo femenino en la mayoría de los grupos; solo en el de 6-11 años primó el sexo masculino, el mayor porcentaje corresponde a los estudiantes, debemos tener en cuenta que 4 de los grupos de edades se encuentran comprendidos entre los 5 y 18 años, edades incluidas en el sistema educacional.

Las lesiones de la mucosa bucal se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de 60 – 74 años (2,6%), siendo la estomatitis subprótesis la lesión que se presentó con mayor frecuencia representando más del 50 % de las lesiones. La mayor cantidad de afecciones en la mucosa bucal están asociadas con el uso de prótesis desajustadas, resultado que concuerda con la investigación realizada por Sotomayor Tamayo y colaboradores donde las afecciones de mayor prevalencia en relación con el desajuste del aparato protésico resultaron el épulis y la estomatitis subprótesis.¹⁰

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental. Las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, a parte de producir alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas a cada momento.¹¹

El mayor porcentaje de los menores examinados no presentaron alteraciones de la oclusión, lo que no constituye un problema de salud, nuestros resultados coinciden con estudio realizado en escolares de Galicia, en el que se observa un 13,9% de maloclusión ligera⁽¹²⁾, la cual predomina y no la severa, no así se corresponden nuestros resultados con los de estudio realizado en Perú donde el 85.6% de la población presentaba maloclusiones,¹³ considerándose un problema.

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las primeras afecciones más comunes del ser humano. El estado periodontal se determinó mediante el índice periodontal comunitario (IPC), evaluando sus cinco categorías. Los resultados obtenidos se corresponden con lo planteado en la bibliografía, donde se refiere que a partir de la pubertad se produce un descenso de la gingivitis, para dar paso a un aumento de las periodontitis y pérdidas dentarias con el avance de la edad, según reflejaron nuestros resultados. La enfermedad periodontal, si bien suele ser más común en los ancianos, lo es únicamente por la frecuencia acumulada, sin que sea propiamente una enfermedad de la vejez.¹⁴ En nuestros resultados de forma general el promedio de segmentos con sangramiento y cálculos es mayor que el de bolsas periodontales, lo que evidencia menor severidad de la

enfermedad. En países desarrollados, alrededor del 50 % de la población adulta está afectada por este proceso morboso.

La necesidad de prótesis esta reflejada la importancia de la recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el adulto y principalmente el anciano ya que repercute de manera significativa en su calidad de vida.

Una de las características fundamentales del envejecimiento es precisamente la pérdida dentaria, Las consecuencias de esta pérdida dental son graves, pues limitan la gama de alimentos a ser consumidos, producen alteraciones en la estética facial, así como tienen un gran impacto en la autoestima y la fonética. Se ha observado que las personas desdentadas ingieren dietas con un bajo aporte de nutrientes y pueden presentar carencias nutricionales con mayor frecuencia que las personas dentadas.¹⁵

El Ministerio de Salud Pública ha trazado, entre sus líneas principales de desarrollo, la priorización en la atención gerontológica que permita resolver las necesidades de estos pacientes geriátricos desdentados totales o parciales por medio de las prótesis.¹⁶

Al evaluar el comportamiento del índice COP-D, se observan valores favorables en las edades infantiles, en el grupo de 18 años predominan los tratamientos culminados, se disminuyen las perdidas dentarias con 96% de este grupo conservan todos los dientes. No existiendo el mismo comportamiento en los adultos, con un índice de 12,5 en 35-44 años y 23 en el grupo de 60 – 74 a expensas de los dientes perdidos, resultados que se corresponden con la literatura,¹⁵ que plantea que las pérdidas dentarias aumentan con la edad, ya sea en forma parcial o total siendo la consecuencia directa, producida por malos cuidados a través de la vida.

Los datos de estudios realizados en escolares acerca de la demanda de atención odontológica en los servicios de salud en México indicaron que la caries se trata de un padecimiento que afecta alrededor del 70 % en escolares de secundaria y que ocasiona ausentismo escolar, dolor y pérdida prematura de dientes. Lo cual ocasiona después de los 15 años el 38% de la pérdida dental.¹⁶

El presente estudio confirmó lo observado en otras investigaciones² en relación con la edad y la experiencia de caries dental en la dentición permanente: a mayor edad,

mayor presencia de caries, lo que permite más tiempo de exposición a los factores de riesgo. Algunos datos epidemiológicos recientes sobre caries dental muestran una importante mejoría en la salud bucal de niños de Latinoamérica y del Caribe. A pesar de que la salud bucodental ha experimentado una notable mejoría en nuestro medio, ¹⁶ la caries es la enfermedad dental más prevalente durante la infancia y continúa siendo la causa principal de pérdidas de dientes en la edad adulta. La lucha frente a esta enfermedad depende en gran medida de factores sociales, de comportamiento y de los estilos de vida.

Podemos concluir que en la población estudiada predominó el sexo femenino, y en su mayor porcentaje estudiantes, las lesiones de la mucosa bucal y las alteraciones de la oclusión no constituyeron un problema de salud. El COP-D presentó valores favorables hasta los 15 años, lo cual no se comportó de igual forma en los adultos, con predominio del componente perdido, la prótesis parcial fue la que mayor necesidad presentó. Los segmentos afectados predominaron en las edades adultas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bjornhedin KM, et al. Buena dentadura sin dentistas. Foro Mundial de Salud, 1996.
- 2) Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Ciudad de La Habana; 2002. pp. 26-34).
- 3) De la Fuente HJ. Una Odontología 1. latinoamericana, ¿quimera? Revista Odontológica Mexicana 2007; 11(1):53-54.
- 4) Ramos Domínguez. BN, Aldereguía Henríquez J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990: 21.
- 5) San Martín H, Martín SC, Carrasco JL. Epidemiología, Teoría, investigación y práctica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos 1990:411-28.
- 6) Muñoz R, Hevia X, Hernández O. El análisis de la situación de salud en la comunidad. Rev Habanera Cienc Med. 2003;2(6):2.
- 7) Martínez S, Gómez H. Análisis de la situación de salud. Temas de Medicina General Integral. Vol 1, Cap. 6. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 281-6.
- 8) Ramos BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud.
- 9) Petersen E. The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. Rev. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2003; 31 (suppl 1): 3-23.
- 10) Sotomayor Tamayo J. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. Odontología Sanmarquina 2002;1(10):17-22
- 11) Machuca C, Martínez F. Tratamiento de las mordidas cruzadas posteriores con Quad Hélix. Ortod Esp 1998;38: 174-8.
- 12) Lorenzo V, Smyth E, Hervada X, Fernández R, Alonso JM, Amigo M, González-Zaera J, Montes A, Taracido M, Cerdá T. La salud bucodental en los escolares gallegos. 1995. Rev Esp Salud Pública 1998;72:539-46

- 13) -. Del Castillo A, Mattos-Vela M, Del Castillo R, Castillo-Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. (Spanish). Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública [serial onthe Internet]. (2011, Jan), [cited April 13, 2015]; 28(1): 87-91. Available from: MedicLatina.
- 14) Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermería [revista en la Internet]. 2005.
- 15) Malagón Cruz Y, Guevara González A. Enfoques de la situación del adulto mayor [monografía en internet]. s/l: s/n; 2004.
- 16) Moreno GA, Carreón J, Alvear G, López S, Vega L. Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México. Rev mex Pediatr 2001;68(6):228-233.