

ESTADO DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN VILLA CLAREÑA.

Autor: Dra. Lianet Bermúdez Sánchez. Estomatóloga General Básica. Residente de segundo año de Estomatología General Integral. País: Cuba. Correo electrónico: javalos@.uclv.cu

Coautores: Dr. Lázaro Hurtado Aguilar, Dra. Meyrelys Rodríguez Ramos, Dra. Aracelia Linares Sarduy, Dra. Diamelis Días Fernández.

RESUMEN

Introducción: El conocimiento del estado de salud de la población proporciona una base sólida para estimar las necesidades de asistencia estomatológica. La aplicación de encuestas constituye una vía adecuada para proporcionar datos fiables acerca del estado de salud bucal de la población. Es por ellos que se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar el estado de salud bucal de la población villaclareña en el año 2015. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, entre enero y mayo de 2015. La población estuvo constituida por todos los individuos pertenecientes a las áreas de salud de Villa Clara. La muestra estuvo integrada por 150 personas. Los grupos de edades utilizados fueron los orientados por la OMS en el manual referido, incluyéndose 25 personas para cada uno de ellos. Resultados y conclusiones: Se describió el estado de salud de la población villaclareña. La estomatitis subprotésica fue afección de la mucosa bucal más frecuente. Las anomalías dent-máxilo-faciales presentaron un porcentaje significativo de alteraciones ligeras con mayor incidencia en el sexo masculino y en el grupo de edad de 15 años. El examen del estado periodontal reveló que porcentajes significativos de los sextantes presentaron cálculos y sangramiento, siendo el grupo más afectado el de 35-44 años. Una parte considerable de la muestra necesitaba prótesis y no tenía ninguna. La caries dental tuvo alta incidencia dentro de la muestra analizada.

Palabras clave: estado de salud bucal.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal debe ser considerada parte integrante de la salud general: un individuo no puede ser considerado completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las patologías bucales en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, sin embargo muestran una alta prevalencia afectando así la calidad de vida. Entre las enfermedades bucales de mayores índices de presentación, se alzan la caries dental y las periodontopatías, variando solo en su gravedad y prevalencia la cual también varía entre diversos grupos de edades siendo más alta en las poblaciones con situación económica desventajosa. En el caso de la caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia en el mundo (afecta del 95 al 99% de la población) y se reconoce como la principal causa de pérdida de dientes, lo que la convierte en un problema de salud pública a nivel comunitario. La misma comienza casi desde el principio de la vida, progresando con la edad y por ello la información sobre el estado actual proporciona datos sobre la historia la enfermedad anterior.¹

Los programas de prevención de las afecciones bucales han sido insertados paulatinamente y en correspondencia con la voluntad política de las organizaciones gubernamentales. En Cuba la Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades se ha ejecutado por más de 25 años. Desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en los niños de 2 a 5 años de edad en los Círculos Infantiles y en sus propios hogares. Además de la administración de flúor, a través de la fluorización de las pastas dentales, del agua potable, la leche, la sal de consumo y la aplicación de fluoruro tópico y en tabletas.³

La fluoruración de las aguas o de la sal de consumo humano ha demostrado ser una forma efectiva en la prevención del desarrollo de la caries dental. En Cuba se identificó la necesidad de implementar este método para lograr un mayor impacto y además por ser uno de los métodos más económicos utilizados hasta el momento. Es por ello que se iniciaron los estudios de factibilidad para implementar el Programa de Fluoruración de la Sal de Consumo Humano, el que garantiza la protección de toda la población con fluoruros. Así mismo se comenzaron a realizar actividades educativas con la población para crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos.

Se han fomentados los programas educativos para influir sobre los componentes cognitivo, conativo y afectivo y así cambiar la actitud de los individuos hacia el proceso salud-enfermedad. ²

A nivel de los servicios estomatológicos la promoción de salud se encuentra sustentada por la Consejería de Salud Bucal, cuyas acciones se extienden a toda la comunidad, como por ejemplo a las escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, hogares maternos y de anciano, casas de la cultura, y todos aquellos espacios en que sea necesario y oportuno informar y educar a la población. En estos escenarios se brinda información y conocimientos a la población sobre aspectos de interés, que promuevan cambios positivos en los modos y estilos de vida en aras de la salud.

Por otra parte, la mortalidad por cáncer, y específicamente por cáncer bucal ha sufrido un aumento dentro de la población mundial, no quedando Cuba exonerada de este fatal desenlace, es por ello que se han implementados programas como el diseñado por el Dr. Santana Garay, con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia del cáncer bucal a través de la detección precoz de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, de manera que pueda ser corregidas en estadios incipientes. Este programa se basa en un examen minucioso del complejo buco máxilo facial por parte del profesional y en la práctica del autoexamen de la cavidad oral por parte del paciente.

Todas las acciones de promoción y prevención que se ejecutan y las estrategias de trabajo están definidas y sustentadas por el estado de salud bucal y general de la población. El Diagnóstico de Salud permite la identificación de los problemas de salud estableciéndose las prioridades sobre las cuales se interviene y las estrategias a seguir. El conocimiento del estado de salud de la población proporciona una base sólida para estimar las necesidades de asistencia estomatológica. La aplicación de encuestas constituye una vía adecuada para proporcionar datos fiables acerca del estado de salud bucal de la población, que permitan el diseño e implementación de estrategias de intervención en las comunidades, para así modificar favorablemente dicho estado de salud bucal.

El objetivo del trabajo fue caracterizar el estado de salud bucal de la población villaclareña en el año 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, cumpliendo las indicaciones de la OMS presentada en el manual "Encuestas de Salud Buco dental. Métodos Básicos.", cuarta edición, del año 1997.

La población estuvo constituida por todos los individuos pertenecientes a las áreas de salud de Villa Clara. Para la selección de la muestra en primer lugar, se tomaron las 30 áreas de salud que pertenecen la provincia, se realizó un muestreo aleatorio simple y quedaron incluidas 5 áreas de salud, de los municipios de Santa Clara, Camajuaní, Placetas, Caibarién, Santo Domingo y Corralillo. Luego se seleccionaron 5 consultorios del médico de la familia, partiendo del listado de todas las áreas de salud del mismo y a través de un procedimiento en el que se utilizó la tabla de números aleatorios. Se seleccionaron 5 personas de cada grupo de edad en cada consultorio a partir de las historias familiares. Los grupos de edades utilizados fueron los orientados por la OMS en el manual referido, incluyéndose 25 personas para cada uno de ellos, para un total de 150 personas.

Las variables generales de esta investigación fueron: Edad y sexo, Nivel educacional, Situación laboral

La evaluación clínica se establecieron las siguientes variables: examen extra oral, estado de la ATM, condición de la mucosa oral, estado de la oclusión, estado periodontal, estado de la dentición y necesidades de rehabilitación protésica.

La información se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta. El examen clínico se realizó bajo luz natural, utilizando set de clasificación y sonda periodontal de la OMS.

Los datos recolectados fueron computados y procesados mediante el paquete de programas estadísticos SPSS, versión 20.0 para Windows. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizaron técnicas estadísticas acorde al diseño de un estudio descriptivo, las que incluyeron tablas de contingencia para demostrar asociaciones entre variables cualitativas, análisis porcentual.

Se obtuvo el consentimiento informado de sujetos que participaron en el estudio, informándoles previamente acerca de los objetivos de la investigación y respetando el derecho a la no participación en el estudio, sin que esto repercutiera negativamente

sobre ellos. La identidad de los participantes no será revelada en ningún momento del estudio y los resultados solo serán utilizados con fines científicos.

Resultados:

Tabla 1: Alteraciones de la mucosa bucal distribuidas según sexo y edad. Encuesta Nacional de Salud buco-dental. Villa Clara. Enero 2015-mayo 2015.

Condición de la mucosa	Edad																				Total					
	5-6				12				15				18				35-44						60-74			
	Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25		Subtotal: 25					
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Normal	11	44	14	56	11	44	13	52	15	60	10	40	10	40	15	60	8	32	14	56	8	32	13	52	142	94.7
Tumor maligno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leucoplasia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0.7
Estomatitis subprótesis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	8	3	2
Úlceras(aftosa, herpética, traumática)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.7
Gingivitis necrotizante aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Candidiasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	1	0.7

Abscesos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Otras condiciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4	0	0	0	0	2	1.3	
No se registra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	11	7.3	14		11		14		15		10		10		15		9		16		10		15		150	100

Fuente: Encuesta

Tabla 2: Alteraciones de la arcada dentaria inferior distribuidas según sexo y edad. Encuesta Nacional de Salud buco-dental. Villa Clara.

Arcada superior	Edad														Total			
	5-6				12				15				18					
	M		F		M		F		M		F		M		F			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Sin alteración	9	81.8	11	78.6	5	45.5	5	35.7	5	33.3	5	50	4	40	12	80	56	56
Ligera	2	18.1	1	7.1	6	54.5	7	46.6	9	60	4	40	5	50	3	20	37	37
Moderada o severa	0	0	2	14.2	0	0	2	13.3	1	6.6	1	10	1	10	0	0	7	7
Total	11	11	14	14	11	11	14	14	15	15	10	10	10	10	15	15	100	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 3: Alteraciones de la arcada dentaria superior distribuidas según sexo y edad. Encuesta Nacional de Salud buco-dental. Villa Clara.

Arcada superior	Edad														Total			
	5-6				12				15				18					
	M		F		M		F		M		F		M		F			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Sin alteración	9	81.8	11	78.6	5	45.5	5	35.7	5	33.3	5	50	4	40	12	80	56	56
Ligera	2	18.1	1	7.1	6	54.5	7	46.6	9	60	4	40	5	50	3	20	37	37
Moderada o severa	0	0	2	14.2	0	0	2	13.3	1	6.6	1	10	1	10	0	0	7	7
Total	11	11	14	14	11	11	14	14	15	15	10	10	10	10	15	15	100	100

Total	66	7.3	84	9.3	66	7.3	84	9.3	90	10	60	6.6	60	6.6	90	10	47	5.2	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----	----	-----	----	----	----	-----	----	-----	----	----	----	-----	-----

Fuente: Encuesta.

Tabla 5: Necesidad de prótesis superior distribuida según sexo y edad.

Necesidad de prótesis	Edad																Total	
	15				18				35-44				60-74					
	M		F		M		F		M		F		M		F			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
No necesita	15	100	9	90	9	90	15	100	4	44.4	2	12.5	0	0	0	0	54	54
Necesita y no tiene	0	0	1	10	1	10	0	0	5	55.5	13	81.3	7	70	7	46.6	34	34
Tiene adecuada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.3	3	30	4	26.6	8	8
Tiene inadecuada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	26.6	4	4
Total	15	15	10	10	10	10	15	15	9	9	16	16	10	10	15	15	100	100

Tabla 6: Relación de las caries coronarias y radicales según sexo y edad.

Ubicación de la Caries	Edad																Total: 150									
	5-6				12				15				18						35-44				60-74			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F							
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%						
Caries corona	5	20	4	16	11	44	14	56	15	60	10	40	10	40	14	56	9	36	16	64	10	40	15	60	133	88.6
Caries raíz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	18	15	30	10	20	16	33	50	33.3

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestran las condiciones de la mucosa bucal, siendo la más frecuente la estomatitis subprotésica con un 8%, que afectó principalmente al grupo de 60-74 años.

Los cánones de belleza varían según el momento histórico que se viva, sin embargo la estética siempre ha sido motivo de preocupación de los individuos. Para el ser humano

la comunicación y la sonrisa son la puerta de entrada a las relaciones humanas y el cuidado de la boca y la posición dentaria cobra especial importancia.⁴

Las anomalías dento-maxilo-faciales se recogieron en la encuesta de forma independiente para cada arcada dentaria, según se muestra en las tabla 2 y 3, las cuales fueron más marcadas que en la arcada inferior. Aunque el mayor porcentaje de la muestra no presentó alteraciones (56% para el inferior y 65% para el superior), se presentó un porcentaje significativo de alteraciones ligeras (37% en el inferior y 30% en el superior). La mayor incidencia se presentó en el sexo masculino en el grupo de edad de 15 años.

En Estados Unidos de Norteamérica, se publicaron dos estudios en la década de los 70 que sostenían que el 75% de los niños y jóvenes norteamericanos tienen cierto grado de desarmonía oclusal. De todos los niños, un 40% tienen irregularidades en el alineamiento dentario; el 17% tiene protrusión significativa de los incisivos superiores; el 20% tiene una relación molar de Clase II; mientras que el 5% tiene una relación molar de Clase III; el 4% tiene una mordida abierta anterior.⁵

En Venezuela se han realizado pocos estudios epidemiológicos. D'Escrivan de Saturno⁹ encontró que el 77% de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. De esta población, el 57,5% podía ser clasificada como maloclusión Clase I; el 12,3% eran Clase II División 1; el 3,6% constituían Clase II División 2 y el resto, 3,8% se diagnosticaron como Clase III.⁶ La prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias. Los restos esqueléticos encontrados indican que la prevalencia actual de la maloclusión es mayor que la de hace 1.000 años. También existen evidencias de que la maloclusión es mayor en los grupos urbanos que en los rurales.⁷

La “medición de los problemas periodontales” a través de indicadores, implica que los mismos deberán ser lo suficientemente representativos para que, según Chávez, puedan “registrar más que la presencia o ausencia de una dolencia del periodonto, dar una buena idea de la severidad de la dolencia en los individuos por ella afectados”.⁸

La enfermedad puede ser reversible en determinados estadios, lo cual hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados ya que la información puede variar entre

un estudio y otro. Los índices más comunes se enfocan a la identificación de señales objetivas más que al diagnóstico. El índice periodontal de la comunidad evalúa la presencia de signos clínicos de enfermedad periodontal. En la muestra estudiada se observó que un porcentaje significativo presentó signos de enfermedad periodontal. El 14.7% de los sextantes presentó cálculos, mientras que el 10.9% presentó sangramiento, siendo el grupo más afectado el de 35-44 años, lo cual está en consonancia con lo reportado en la literatura, pues en estas edades se percibe la acumulación del efecto de los factores locales que predisponen a la enfermedad periodontal y que han estado presentes durante los años vividos, las personas tienen poco cuidado de su higiene bucal debido a las tensiones que se generan en esta etapa de la vida, además las mujeres comienzan a experimentar cambios hormonales y esto también predispone a la aparición de procesos inflamatorios crónicos superficiales.

Durante muchos años se consideró la pérdida del órgano dentario como un proceso fisiológico parte del envejecimiento, en la actualidad esta concepción ha cambiado. La conservación de los dientes constituye un eje fundamental de la odontología moderna; aún así se observan aún tendencias dentro de la población a la extracción dentaria como medio para la eliminación de dolores dentales o molestias, quedando luego los pacientes deficientes discapacitados a lo que se le suma la dificultad para la confección de prótesis debido a déficit de recursos indispensables. En la tabla 5 se observa la necesidad de rehabilitación protésica en el maxilar, el cual estuvo más afectado que la mandíbula, aquí se ilustra que el 34% de la muestra necesitaba prótesis y no tenía ninguna, lo cual constituye un porcentaje significativo y un reto para el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la incidencia de caries dental, se muestra en la tabla 6 que el 88.6% de la población presentó caries dental en la corona dentaria, mientras que el 33.3% presentó caries de la raíz. Estos resultados constituyen un llamado a la atención del clínico, a insistir en la promoción, la prevención y la curación de los pacientes que acuden al servicio, así como los pacientes de la comunidad.

CONCLUSIONES

Se describió el estado de salud de la población villaclareña. Se obtuvieron los datos de las encuestas aplicadas en los municipios de Santa Clara, Camajuaní, Placetas, Santo Domingo y Corralillo. Se pudo constatar que dentro de las afecciones de la mucosa bucal, la más frecuente fue la estomatitis subprotésica. En cuanto a las anomalías dentomáxilo-faciales, se presentó un porcentaje significativo de alteraciones ligeras afectando mayormente a la mandíbula, con una mayor incidencia en el sexo masculino y en el grupo de edad de 15 años. El examen del estado periodontal reveló que porcentaje significativos de los sextantes presentaron cálculos y sangramiento, siendo el grupo más afectado el de 35-44 años. La disfunción masticatoria fue evaluada arrojando que una parte considerable de la muestra necesitaba prótesis y no tenía ninguna. La caries dental tanto en la corona como en la raíz tuvo alta incidencia dentro de la muestra analizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira. AG. Levantamento epidemiológico em saúde bucal cárie dental. Cracaturba. [en línea]2004 [fecha de acceso 6 de mayo 2006] URL disponible en:
<http://www.planeta.terra.com.br/saúde/argelonline/artigos/artrid/epi96.pdf>
2. Guías Prácticas Estomatológicas. Colectivo de autores. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2003.
3. OMS.- Los fluoruros y la salud bucodental. Ginebra, 1994.
4. Di Santi de Modano J. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2008.
5. Proffit W, Ackerman J. Rating the characteristics of maloclusión a systematic approach for planning treatment.. Am J Orthod 64:238,1973
6. D'Escrivan de Saturno L. Características de la oclusión de 3.630 escolares del área metropolitana de Caracas. Trabajo de ascenso. [Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela](#). Caracas; 1978.
7. Proffit W. Ortodoncia. Teoría y Práctica. 2ª. ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros S.A.; 1996
8. Colectivo de Autores. Temas de parodoncia II. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1991. P. 57-58, 146