

## Situación de salud bucal de 30 familias de un consultorio médico de Bayamo, Granma

Corrales-Reyes, Ibraín Enrique<sup>1</sup>  
Reyes-Pérez, Juan José<sup>2</sup>  
Espinosa-Surós, Sahily Yadhien<sup>1</sup>  
Arévalo-Gálvez, Ana Karina<sup>1</sup>  
Alcolea-Rodríguez, José Rolando<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Clínica Estomatológica de Especialidades Manuel de Jesús Cedeño Infante. Bayamo, Cuba.

Correo electrónico: iecorralesr@infomed.sld.cu

<sup>2</sup>Universidad Técnica de Cotopaxi, campus La Maná. La Maná, Ecuador. Correo electrónico: jjreyesp1981@gmail.com

**Medios para la presentación:** computadora para presentar diapositivas de Power Point 97-2003.

### Resumen

**Introducción:** La salud bucal es un componente medular de la salud general y está condicionada por diversos factores por lo que conocer su estado en una determinada comunidad permite implementar estrategias para fortalecerla.

**Objetivo:** Caracterizar la situación de salud bucal de 30 familias de un consultorio médico de Bayamo en el 2016.

**Métodos:** Se realizó una investigación observacional, descriptiva de corte transversal con 30 familias compuestas por 66 pacientes. Se estudió todo el universo por lo que no se realizó ninguna técnica muestral.

**Resultados:** Predominaron los pacientes masculinos (51,52%) con edades comprendidas entre 40-59 años (73,33%) así como los del Grupo III-Enfermos (54/66). Los índices ceo-d y COP-D tuvieron valores de 0,60 y 14,36 respectivamente, en este último el grupo de edad  $\geq 60$  años fue el de mayor afectación con un índice de 21.83, a expensas del componente perdidos (19,17). La necesidad de tratamiento periodontal en la población fue del 64,29%, el 71,21% presentó algún tipo de desdentamiento, el 37,50% resultó afectada por maloclusión y el 30,30% presentó algún tipo de trastorno témporomandibular.

**Conclusiones:** Predominaron el sexo femenino, los pacientes  $\geq 60$  años así como los del Grupo III Enfermo. La morbimortalidad por caries dental fue alta y la necesidad de tratamiento periodontal así como las afectaciones por maloclusiones fueron elevadas. Más de la mitad de la población estudiada presenta algún tipo de desdentamiento. La prevalencia de trastornos de la ATM fue relativamente baja.

**Palabras clave:** análisis de situación de salud, enfermedades bucales, factores de riesgo, salud bucal, caries dental

## **INTRODUCCIÓN**

La salud bucal de la población cubana es garantizada por una red de unidades que conforman el subsistema de atención estomatológica y con la introducción del Modelo de Atención Primaria del “Médico y Enfermera de la Familia” en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se desarrolla la Atención Estomatológica Integral y se vinculan el Estomatólogo y el Médico de Familia en un equipo de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada en un área geográfica, ejecutando acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, docentes y de investigación.<sup>(1)</sup>

El estado de salud de las poblaciones y los factores que lo condicionan y determinan son factibles de conocerse a través de los registros estadísticos establecidos, de las encuestas realizadas en las poblaciones, investigaciones, entrevistas a líderes formales e informales, revisiones documentales y por monitoreo de la evolución de las enfermedades, los factores de riesgo y sus manifestaciones.<sup>(2)</sup> En lo concerniente a definiciones y enfoques conceptuales, inicialmente se consideró al diagnóstico de salud como un instrumento para conocer la realidad sanitaria, destinado a orientar la planificación y programación de las actividades en el campo de la salud y a satisfacer otros requisitos políticos y sociales. Actualmente, se vinculan los estudios de la situación de salud a la evolución epistemológica del proceso de salud-enfermedad, y ello sustenta la concepción del análisis, en definir la salud como “producto social”, aseverando que en cualquier concepto que se enuncie debe estar esta consideración. En este sentido, el Análisis de la Situación de Salud bucal (ASS) se erige como un poderoso instrumento científico metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas de salud comunitarios.<sup>(2-4)</sup>

Este instrumento de investigación de la Atención Primaria de Salud (APS) posibilita la aplicación de los métodos científico, epidemiológico y clínico garantizando una continuidad sistemática del aprendizaje.<sup>(5,6)</sup> A su vez, propicia una mejor caracterización del estado de salud bucal de la población y le permite al personal de la salud, tanto en el pregrado como en el postgrado: reflejar el comportamiento de los indicadores de salud bucal, intercambiar directamente con la comunidad mediante el empleo de técnicas cualitativas y profundizar en el fenómeno estudiado a través de las determinantes sociales de la salud, hasta llegar a su esencia.<sup>(6)</sup>

El análisis no es únicamente desde la arista de la identificación y priorización de los problemas que afectan a la población, sino que incluye los factores que condicionan cada situación, la explicación de las causas y efectos de estos, a la vez que considera las fuerzas que están a favor y en contra en cada evento, relacionándolas con las actitudes, los conocimientos, la estructura, el sistema, la voluntad política de los gobiernos locales así como los procedimientos y procesos, lo cual conlleva a las mejores soluciones.<sup>(7)</sup> Esta actividad es esencial en la prevención y control de enfermedades, los factores de riesgo y en la promoción de salud. Es, además, un instrumento muy útil para la planificación de los recursos del sistema, así como para la evaluación de la eficacia e impacto de los programas de prevención y control.<sup>(8)</sup> Ante esta realidad, el objetivo del presente estudio es caracterizar la situación de salud bucal de 30 familias de un consultorio médico de Bayamo en el 2016.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### ***I. TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y VARIABLES***

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia #37 del Reparto Roberto Reyes perteneciente a la Clínica de Especialidades

Estomatológicas “Manuel de Jesús Cedeño Infante” del municipio Bayamo, provincia Granma, Cuba en el año 2016.

La población estudiada se correspondió con las 30 familias compuestas por 66 personas y asignadas a los autores del presente estudio como parte del Análisis de la Situación de Salud Bucal que se realiza anualmente en la citada institución. Se estudió todo el universo por lo que no se utilizaron criterios de exclusión. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, clasificación epidemiológica, índice ceo-d, índice COP-D, necesidad de tratamiento periodontal, desdentamiento, rehabilitación protésica, maloclusiones y trastornos de la articulación témporomandibular (en lo adelante ATM). Se consideró la edad en años cumplidos y el sexo biológico. La clasificación epidemiológica se operacionalizó como sigue:<sup>(9)</sup>

**Grupo I - Sano o aparentemente sano:** son aquellas personas que después de haber sido examinadas clínicamente y conocer el medio en que viven y se desarrollan, no son portadoras de enfermedades agudas o crónicas en el aparato estomatognático, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, psíquicos y/o sociales que puedan alterar su estado de salud bucal. Sólo demanda de acciones educativas.

**Grupo II - Sano con riesgos:** son aquellas personas que clínicamente no son portadoras de ninguna enfermedad aguda o crónica en el aparato estomatognático al momento del examen clínico, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y/o sociales, que pueden alterar su estado de salud bucal, sólo demandan de acciones educativas, preventivas y vigilancia epidemiológica. Se consideran además de los factores de riesgos previstos para cada enfermedad, diagnósticos clínicos que no exigen de acciones curativas o rehabilitadoras.

**Grupo III – Enfermo:** son aquellas personas que después de haber sido examinada clínicamente, es portadora de una enfermedad crónica o aguda en el aparato estomatognático debidamente diagnosticada, por lo que demanda prioritariamente de acciones curativas.

**Grupo IV – Deficiente/Discapacitado:** son aquellas personas que en el momento del examen clínico son portadoras de una afección crónica en el aparato estomatognático que lesiona la actividad motora, psicológica y/o funcional generando invalidez temporal o definitiva, siempre que requiera vigilancia de las secuelas o rehabilitación de esta.

El índice ceo-d considera cariados a aquellos dientes temporales con cavidades patológicas o sellados temporales; obturados a los dientes temporales con restauraciones definitivas y extraídos a los dientes temporales extraídos o con indicación de extracción que no se corresponde con el período de exfoliación. El índice COP-D considera como cariados a aquellos dientes permanentes con cavidades patológicas o sellados temporales; obturados a los dientes permanentes con restauraciones definitivas; extraídos a los dientes permanentes ausentes por caries dental; extracciones indicadas a los dientes permanentes con indicación de extracción por caries dental y como perdidos a la sumatoria de extraídos y extracciones indicadas.

Para la necesidad de tratamiento periodontal se consideró presencia de signos y síntomas en los tejidos periodontales tales como: inflamación, sangramiento, consistencia, textura, cambios de color y posición así como pérdida de la morfología, de inserción del tejido conectivo y del hueso de soporte. Se consideraron desdentados aquellos pacientes con pérdidas dentarias donde se mantiene la brecha; rehabilitados a los desdentados portadores de prótesis; necesidad de rehabilitación a los desdentados no portadores de prótesis o con prótesis desajustadas.

Se consideró como maloclusión cuando no existió una relación de oclusión armónica y como trastornos de la ATM cuando existieran signos y síntomas como ruidos (chasquido, crepitación), dificultades o desviaciones a los movimientos mandibulares, dolor u otros que indiquen alteraciones funcionales de la articulación.

## II. PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

La información fue recogida y procesada mediante el empleo de la Historia de Salud Bucal Familiar (HSBF). Se realizó el interrogatorio y examen bucal a cada uno de los integrantes de las familias visitadas con: guantes, exploradores, depresores linguales, luz natural y artificial. Los datos obtenidos se exportaron a una base de datos (MS Excel, Microsoft Corp., USA). Se utilizó estadística descriptiva y se calcularon los índices ceo-d y COP-D.

## III. ASPECTOS ÉTICOS

Se cumplieron estrictamente los principios éticos establecidos en las normas para las investigaciones médicas en seres humanos. Se explicó a la población el objetivo del estudio y los autores respetaron en todo momento la privacidad de los datos que se obtuvieron. Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todos los pacientes y padres/tutores en el caso de los menores de edad ( $\leq 18$  años) que formaron parte de la investigación.

## RESULTADOS

En la **tabla 1** se distribuyen los 66 pacientes examinados según grupos de edades y sexo, dentro de los cuales 32 corresponden al sexo masculino (48,48%); el grupo de edad mayormente representado fue el de  $\geq 60$  años (23/66).

**Tabla 1.** Distribución de pacientes examinados según grupos de edades y sexo.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	n	%	n	%	n	%
0-19	6	46,15	7	53,85	13	19,70
20-39	9	60,00	6	40,00	15	22,73
40-59	4	26,67	11	73,33	15	22,73
$\geq 60$	13	56,52	10	43,48	23	34,85
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>48,48</b>	<b>34</b>	<b>51,52</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

En la **tabla 2** se distribuye la clasificación epidemiológica, observándose un predominio de pacientes pertenecientes al Grupo III-Enfermos (81,82%); el grupo de edad más afectado fue el de  $\geq 60$  años (15/54). El índice ceo-d según grupos de edades se muestra en la **tabla 3**. El componente cariados fue el más afectado con un índice de 0,40; el índice total fue de 0,60. El grupo de edades de 7 y más años fue el de mayor índice (1,50).

La distribución COP-D según grupo de edades se muestra en la **tabla 4**. Se examinaron 64 pacientes porque se excluyeron dos niños que no presentaban dentición permanente. Se muestra un índice total de 14,36, resultando el grupo de edad  $\geq 60$  años el de mayor afectación con un índice de 21,83, a expensas del componente perdidos (19,17). La necesidad de tratamiento periodontal según grupo de edades y sexo de

muestra en la **tabla 5**, en la cual se excluyen 10 pacientes: 9 por ser desdentados totales y 1 por presentar almohadillas gingivales. La afectación fue del 64,29% y las mayores representaciones fueron en los grupos de 40-59 años así como de  $\geq 60$  años (73,33%); el sexo más afectado fue el masculino (72,00%).

**Tabla 2.** Clasificación epidemiológica según grupos de edades.

Grupos de edades	Clasificación epidemiológica								Total	
	I		II		III		IV			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-19	0	0,00	2	15,38	11	84,62	0	0,00	13	19,70
20-39	0	0,00	1	6,67	14	93,33	0	0,00	15	22,73
40-59	0	0,00	0	0,00	14	93,33	1	6,67	15	22,73
$\geq 60$	0	0,00	1	4,35	15	65,22	7	30,43	23	34,85
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>4</b>	<b>6,06</b>	<b>54</b>	<b>81,82</b>	<b>8</b>	<b>12,12</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.** Índice ceo-d según grupos de edades.

ceo - d	Grupos de edades				Total	
	0-6		$\geq 7$			
	n	Índice	n	Índice	n	Índice
Cariados	0	0	2	1,00	2	0,40
Obturados	0	0	1	0,50	1	0,20
Extraídos	0	0	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,50</b>	<b>3</b>	<b>0,60</b>

**Tabla 4.** Índice COP-D según grupos de edades.

Grupos de edades	Examinados	COP-D										Total	
		Cariados		Obturados		Extraídos		Extracción indicada		Perdidos E+EI			
		n	Índice	n	Índice	n	Índice	n	Índice	n	Índice	n	Índice
0-19	11	14	1,27	28	2,55	2	0,18	0	0,00	2	0,18	44	4,00
20-39	15	26	1,73	76	5,07	32	2,13	4	0,27	36	2,40	138	9,20
40-59	15	32	2,13	78	5,2	123	8,2	2	0,13	125	8,33	235	15,67
$\geq 60$	23	25	1,09	36	1,57	434	18,87	7	0,30	441	19,17	502	21,83
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>97</b>	<b>1,52</b>	<b>218</b>	<b>3,41</b>	<b>591</b>	<b>9,23</b>	<b>13</b>	<b>0,20</b>	<b>604</b>	<b>9,44</b>	<b>919</b>	<b>14,36</b>

**Tabla 5.** Necesidad de tratamiento periodontal según grupos de edades y sexo.

Grupos de edades	Sexo						Total		
	Masculino			Femenino					
	Examinados	Afectados	%	Examinados	Afectados	%	Examinados	Afectados	%
0-19	5	3	60,00	7	2	28,57	12	5	41,67
20-39	9	7	77,78	6	4	66,67	15	11	73,33
40-59	4	3	75,00	10	6	60,00	14	9	64,29
$\geq 60$	7	5	71,43	8	6	75,00	15	11	73,33
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>72,00</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>58,06</b>	<b>56</b>	<b>36</b>	<b>64,29</b>

El 71,21% de la población presenta algún tipo de desdentamiento, el cual aumenta en relación con los grupos de edades, observándose en el grupo de 0-19 años un por ciento de 7,69%, y un salto cuantitativamente significativo en el grupo de 29-39 años (60,00%), de 40-59 (93,33%) y de 60 y más con un 100% de afectación. Del total de pacientes desdentados, sólo el 21,28% se encuentran rehabilitados y con necesidad de rehabilitación el 78,72% restante. (**Tabla 6**)

**Tabla 6.** Desdentamiento y rehabilitación estomatológica según grupos de edades.

Grupos de edades	Examinados	Desdentamiento y rehabilitación					
		Desdentados		Rehabilitados		Necesitan	
		n	%	n	%	n	%
0-19	13	1	7,69	0	0,00	1	100,00
20-39	15	9	60,00	4	44,44	5	55,56
40-59	15	14	93,33	4	28,57	10	71,43
≥60	23	23	100,00	2	8,70	21	91,30
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>47</b>	<b>71,21</b>	<b>10</b>	<b>21,28</b>	<b>37</b>	<b>78,72</b>

Las maloclusiones según grupo de edades y sexo se distribuyen en la **tabla 7**, en la cual se excluyeron 10 pacientes: 9 por ser desdentados totales y 1 por presentar almohadillas gingivales. Obsérvese que resultó afectado el 37,50% de la población, siendo el grupo de 0-19 años (58,33%) el de mayor prevalencia de maloclusiones y de ellos los del sexo masculino fueron los más afectados (3/4). En la **tabla 8** se distribuyen los trastornos de la ATM según grupo de edades y sexo. El 30,30% del total de examinados presentó algún tipo de trastorno témporomandibular. Resultaron mayormente afectados los pacientes de 0-19 años (56,52%).

**Tabla 7.** Prevalencia de maloclusiones según grupos de edades y sexo.

Grupos de edades	Sexo						Total		
	Masculino			Femenino			Exam inados	Afectad os	%
	Exami nados	Afecta dos	%	Exami nados	Afecta dos	%			
0-19	5	3	60,00	7	4	57,14	12	7	58,33
20-39	9	5	55,56	6	1	16,67	15	6	40,00
40-59	4	2	50,00	10	1	10,00	14	3	21,43
≥60	7	2	28,57	8	3	37,50	15	5	33,33
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>48,00</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>29,03</b>	<b>56</b>	<b>21</b>	<b>37,50</b>

**Tabla 8.** Prevalencia de trastornos de la ATM según grupos de edades y sexo.

Grupos de edades	Sexo						Total		
	Masculino			Femenino			Exam inados	Afectad os	%
	Exami nados	Afecta dos	%	Exami nados	Afecta dos	%			
0-19	6	0	0,00	7	1	14,29	13	1	7,69
20-39	9	3	33,33	6	2	33,33	15	5	33,33
40-59	4	0	0,00	11	1	9,09	15	1	6,67
≥60	13	9	69,23	10	4	40,00	23	13	56,52
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>37,50</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>23,53</b>	<b>66</b>	<b>20</b>	<b>30,30</b>

## CONCLUSIONES

Predominaron el sexo femenino, los pacientes  $\geq 60$  años así como los del Grupo III Enfermo. La morbilidad por caries dental fue alta y la necesidad de tratamiento periodontal y las afectaciones por maloclusiones fueron elevadas. Más de la mitad de la población estudiada presenta algún tipo de desdentamiento. La prevalencia de trastornos de la ATM fue relativamente baja.

Resulta necesario realizar proyectos de intervención en la comunidad estudiada en virtud de modificar positivamente sus conocimientos sobre las buenas prácticas de higiene bucal así como sus estilos de vida, lo que sin dudas posibilitará el resguardo de su salud.

## REFERENCIAS

1. Sosa MC, Mojáiber A, González MC, García M, Rojo M, Morgado DE, *et al.* Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
2. González G, Montero ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
3. Martínez J. Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque con relación a la salud bucal. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. 2014 Sep.-Oct. [cited 2017 Nov]; 36(5). Available from: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema15.htm>
4. Martínez J, Capote J, Bermúdez G, Martínez Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Medisur [revista en Internet]. 2014 [cited 2017 Nov]; 12(4): [aprox. 7 p.]. Available from: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2612>
5. Padilla E, Suárez L, Troya T, Martínez J. La evaluación médica en la atención primaria de salud. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. 2014. [cited 2017 Nov]; 36(2). Available from: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema13.htm>
6. Beovides J, Rifat Y, González R. El método clínico en la atención primaria de salud y el reordenamiento necesario de los servicios. Medicentro [revista en Internet]. 2012 [cited 2017 Nov]; 16(2). Available from: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1233>
7. Abreu JM, Gispert EA, Castell-Florit P, Llanes E, Morales DR, Sánchez O. Componente bucal y determinantes sociales en el análisis de la situación de salud. Rev Cub Estomatol [revista en Internet]. 2015 [cited 2017 Nov]; 52. Available from: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/798>
8. Trujillo B, Fernández R, Rojas C, Plasencia M. Software para el análisis de la situación de salud en Estomatología. Medicent Electrón [revista en Internet]. 2016 [cited 2017 Nov]; 20(2): 156-58. Available from: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1807>
9. Alcolea JR, León Z, Pérez DL, Reyes AL, Rosales M, Cabrera SL. Manual para la confección de la historia clínica en la atención primaria de salud en estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.