

Componentes y determinantes del estado de salud bucal en pacientes de un consultorio médico de la familia

Components and determining factors of the oral health state in patients from a family doctor´s office

Dra. Bárbara Olaydis Hechavarría Martínez,^I Dr. Leonardo Núñez Antúnez,^I Al. Leanne Bárbara Pons Hechavarría,^{II} Al. Nayra Ivonne Núñez Almarales^I y Al. Carlos Borges Llauger^I

^I Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Medicina No 1, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal de 1660 pacientes, quienes pertenecían al Consultorio Médico de la Familia No. 1 del Policlínico Universitario "Julián Grimau" de Santiago de Cuba, desde marzo del 2015 hasta igual periodo del 2016, con vistas a determinar el estado de salud bucal de esta población. Se realizó el examen bucal con el depresor lingual y la ayuda de la luz natural o artificial. También se desarrolló la lluvia de ideas como técnica cualitativa. La higiene bucal deficiente y la dieta cariogénica fueron los factores de riesgo que más incidieron en el aumento de la morbilidad bucal, lo cual demostró la necesidad de tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: salud general, higiene bucal, estilo de vida adecuado, atención primaria de salud.

ABSTRACT

An epidemiologic, descriptive and cross-sectional study of 1660 patients who belonged to the Family Doctor´s Office No. 1 of "Julián Grimau" University Polyclinic in Santiago de Cuba, was carried out from March, 2015 to the same period in 2016, aimed at determining the oral health state of this population. The oral exam with the lingual depressor and the help of natural or artificial light was carried out. The brainstorm as qualitative technique was also developed. The poor oral hygiene and the cariogenic diet were the risk factors that impacted the most in the increase of oral morbidity, which demonstrated the necessity of treatment for these patients.

Key words: general health, oral hygiene, appropriate lifestyle, primary health care.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años han abundado los debates, las polémicas, las divergencias y las convergencias de opinión acerca del vínculo de la epidemiología y la salud pública. Especialmente retardadora es la reiterada expresión que considera a esta disciplina como la ciencia básica de la salud pública, y en ese sentido, surge recientemente un criterio desafiante e inusual que reivindica a la política como esa ciencia básica. Sea ciencia básica o no son inobjetable sus usos para contribuir a elevar los niveles de salud y de bienestar de la población, entre ellos se considera primordial, el análisis de la situación de salud.¹

De igual manera en Cuba se propusieron definiciones que intentaron esclarecer esa concepción, por ejemplo... "el diagnóstico de salud es una categoría principal en el Sistema Nacional de Salud ya que tiene una connotación mucho más amplia que la sola noción de salud, pues implica conocer todos los problemas de salud, riesgos y necesidades reales identificados con fines preventivos y de promoción de salud así como las interrelaciones sociales en la comunidad y los recursos de salud disponibles. Es una categoría principal porque el diagnóstico de salud de la comunidad responde al concepto nuevo y social de lo que es salud...".^{2,3}

Para realizar este estudio los autores se apoyaron en el análisis de la situación de salud que representa un instrumento científico-metodológico-aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios.⁴

En Cuba, con el apoyo del organismo regional, un grupo multidisciplinario de estudios dirigidos por el profesor Rojas Ochoa diseñó y probó un sistema de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida, que resultó útil para revitalizar el análisis de esta situación de salud específicamente en el nivel local, aunque este sistema no se generalizó al agravarse la crisis económica y reorientarse las prioridades sanitarias.⁵ Al respecto, en esta misma década surge un nuevo instrumento para el análisis de la situación de salud: el diagnóstico de las necesidades educativas o diagnóstico educativo, que está esencialmente dirigido a determinar los factores relacionados con los comportamientos, actitudes y creencias asociadas al problema de salud, así como identificar los problemas educativos básicos.⁶

Resulta importante señalar, que en todos los momentos de la salud pública cubana, la planificación sanitaria ha partido de la identificación de los problemas de salud de la población.⁷

El análisis de la situación de salud es un proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación de la salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas y se establecen las prioridades para adoptar un plan de intervención con medidas específicas y a plazos determinados que permitan mejorar el estado de salud de la comunidad.⁸⁻¹⁰

Por tales motivos este estudio estuvo encaminado a interrelacionar el funcionamiento de los diferentes componentes y determinantes del estado de salud bucal de las familias que participaron en la investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal de 1660 pacientes, agrupados en 349 familias, quienes pertenecían al Consultorio Médico de la Familia No. 1 del reparto Sorribe, del área de salud correspondiente al Policlínico Universitario "Julián Grimau" del municipio de Santiago de Cuba, desde marzo del 2015 hasta igual periodo del 2016, con vistas a determinar el estado de salud bucal de esta población.

Previo a la realización de este estudio se solicitó la aprobación del Consejo de Dirección y el Consejo de Actividades Científicas del policlínico antes citado. Asimismo, para la recogida del dato primario se les explicó, tanto a los profesionales como a los pacientes, el objetivo que se perseguía a fin de obtener su consentimiento para ser encuestados, mediante la planilla confeccionada al efecto que cumplía con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, adoptadas por la Asamblea General Mundial de Edimburgo, Escocia, en octubre del 2001.¹⁰

Esta investigación tuvo momentos fundamentales, a saber:

- Asignación de la población
- Identificación de las necesidades y problemas de esta población
- Determinación de prioridades
- Elaboración de un plan de acción

Se excluyeron de este estudio aquellas personas que se encontraban fuera de la provincia o de la nación por cumplir misión internacionalista.

Para realizar el examen bucal a los pacientes se utilizó el depresor lingual y la luz natural o artificial, con lo cual se completó la Historia de Salud Bucal Familiar.

RESULTADOS

En este estudio (tabla 1) se encontró que 498 individuos tenían higiene bucal deficiente para 50,8 %, lo que se relaciona directamente con la aparición de enfermedades bucales, tales como caries dental y periodontopatías, las cuales ocasionan a largo o mediano plazo la pérdida del órgano dentario. También se hallaron 494 personas con dieta cariogénica para 40,3 %, además de un número elevado de fumadores (182 para 7,9 %).

Tabla 1. Pacientes según factores de riesgo

Factores de riesgo	No.	% *
Higiene bucal deficiente	498	50,8
Dieta cariogénica	494	40,3
Tabaquismo	182	7,9
Hábitos deformantes	66	16,3 **
Alcohólicos	20	1,2

* Porcentajes calculados sobre la base del total de la población

** Porcentaje calculado sobre la base del total de la población menor de 19 años

Como se muestra en la tabla 2, la enfermedad predominante fue la hipertensión arterial con 312 pacientes, a pesar de que por sí misma no suele provocar manifestaciones bucales, con excepción de las hemorragias, causadas por el aumento súbito de la presión arterial. La prevalencia de esta enfermedad se observó en la

población envejecida, de la cual hubo 162 afectados estomatológicamente. Asimismo, existieron 86 pacientes con diabetes mellitus (5,2 %), de ellos 42 afectados. Se encontraron 84 personas asmáticas, las cuales podían presentar períodos de agudización debido al humo de los carros y del cigarro, así como 50 con cardiopatías, de los cuales 28 también tenían afectación estomatológica.

Tabla 2. Población afectada por enfermedades sistémicas

Enfermedades sistémicas	Examinados	% *	Afectados estomatológicamente	
			No.	% **
Hipertensos	312	18,8	162	51,9
Diabéticos	86	5,2	42	48,8
Asmáticos	84	5,1	40	47,6
Cardiópatas	50	3,0	28	56,0

* Porcentajes calculados sobre la base del total de la población

** Porcentajes calculados sobre la base de la fila de examinados

Obsérvese en la tabla 3 que la afección más frecuente fue la caries dental con 423 pacientes para 25,8 %. Cabe señalar que existió correspondencia entre la cantidad de individuos afectados por esta enfermedad y quienes presentan higiene bucal deficiente. También se encontraron 227 personas con periodontopatías para 13,7 %. Existió un aumento en el número de pacientes mayores de 19 años con caries dental y periodontopatías; se debe tener en cuenta que estos afectados no pertenecían a ningún grupo priorizado por lo que no recibían atención diferenciada.

Tabla 3. Morbilidad bucal por grupos etarios

Problemas	Pacientes				Total	
	Menores de 19 años		Mayores de 19 años			
	No.	% *	No.	% *	No.	% **
Caries dental	94	22,2	329	77,8	423	25,4
Periodontopatía	35	15,4	192	84,6	227	13,7
Disfunción masticatoria			438	100,0	438	26,4
Maloclusión	174	82,9	36	17,1	210	12,7
Lesiones de la mucosa bucal	2	16,7	10	83,3	12	0,7
Lesiones malignas de la cavidad bucal			20	100,0	20	1,2

* Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes

** Porcentajes calculados sobre la base del total de la población

Se clasificó la población según los grupos de vigilancia y se hallaron 4 pacientes sanos menores de un año. Se encontraron 768 individuos enfermos, 538 sanos con riesgos y solo 280 deficientes discapacitados. El grupo etario más afectado fue el de 35-59 años con 172 personas sanas con riesgo, 318 enfermos y 82 deficientes discapacitados (tabla 4).

Tabla 4. Clasificación epidemiológica por grupo etario

Grupos etarios (en años)	No. de pacientes	I	%	II	%	III	%	IV	%
Menor de 1	12	4	4,8	4	0,7	4	0,5		
1-4	66	18	21,4	26	5,0	22	2,9		
5-9	76	16	19,0	28	5,2	12	1,6		
10-18	250	22	26,2	90	17,0	136	17,7	1	0,4
19-34	322	20	23,8	84	16,0	178	23,2	40	14,3
35-59	576	4	4,8	172	32,0	318	41,4	82	29,3
60-74	242			72	13,4	70	9,1	100	35,7
75 y más	116			40	7,4	20	2,6	56	20,0
Total	1660	84	100,0	538	96,7	768	99,0	280	99,7

En la tabla 5 se muestra que 846 pacientes (31,7 %) requirieron tratamiento conservador, 17,0 % de periodoncia y 32,8 % de prótesis.

Tabla 5. Pacientes según necesidad de tratamiento estomatológico

Necesidad de tratamiento	No.	%
Conservador	846	31,7
Prótesis	876	32,8
Periodoncia	454	17,0
Ortodoncia	420	15,7
Cirugía	72	2,7

DISCUSIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida en el mundo ha alcanzado los 66 años, a pesar de los retrocesos que existen en algunos países en desarrollo. Las repercusiones de estos datos sobre la población activa y los sistemas de protección social en los países desarrollados, así como el impacto en los recursos que las demandas del envejecimiento provocarán en estos países, llevan a un nuevo planteamiento para organizar el bienestar económico y social de las personas de la tercera edad.¹¹

También es necesario tratar de conservar la autoestima en este grupo, pues su pérdida puede afectar el bienestar, la salud y la calidad de vida, debido a que en esta etapa del ciclo vital aparecen una serie de aspectos normativos y otros, ante los cuales los ancianos resultan sensibles si carecen de un adecuado apoyo social.¹²

En este estudio un factor de riesgo importante fue la dieta cariogénica, puesto que 9,5 % de la población estuvo expuesta a ella, debido a que los hábitos dietéticos eran inadecuados, atribuible al alto consumo de alimentos ricos en azúcares y almidón, los cuales eran consumidos por los individuos y no se cepillaban los dientes.

Ahora bien, los medios de difusión masiva realizan una labor educativa continuada sobre la dieta balanceada y sus beneficios. La economía familiar continúa entre las principales preocupaciones de las familias y aunque el estado realiza esfuerzos, aún los precios de los productos agropecuarios fundamentalmente las frutas y vegetales son excesivamente elevados, razón por la cual muchas personas, aunque lo desean, no pueden incrementar su consumo; no obstante, se deben aumentar las actividades

educativas para modificar, en lo posible, estos hábitos y así lograr mejoría en la salud bucal.

Por otra parte, en algunos pacientes con hipertensión arterial que se administraban ciertos medicamentos contra esta enfermedad ocurrió la disminución del flujo salival, lo que propició la aparición de caries dental en unos y el agrandamiento gingival en otros.

Como se pudo apreciar, la mayoría de los integrantes de la serie estaban sanos pero con riesgo y un gran número se encontraba enfermo debido a que presentaban higiene bucal deficiente, bajo nivel de conocimientos sobre salud bucal, hábitos inadecuados y poca disponibilidad de materiales existentes. A pesar de las labores de promoción y prevención, no todos los pacientes estuvieron motivados hacia la práctica de una conducta saludable.

Un gran número de pacientes requirieron tratamiento conservador relacionado con la caries dental. Entre las acciones de promoción de salud y prevención que se realizaron para disminuir su incidencia se destacaron las dirigidas a la población para mejorar los hábitos dietéticos e higiénicos y las encaminadas a fortalecer la resistencia del esmalte del diente con la utilización del flúor.

El hábito de fumar tiene consecuencias para la salud, el entorno y la economía del individuo. El nivel de exposición al humo afecta tanto a los consumidores como a aquellos que son forzados a inhalar el humo del cigarro ambiental. Este hábito tiene relación directa con el cáncer bucal y las enfermedades periodontales, provoca lesiones orgánicas al fumador pasivo y activo; repercute directamente en el período de cicatrización de intervenciones quirúrgicas y en los mecanismos inmunitarios de defensa. Es adictivo debido a su principal componente que es la nicotina, la cual actúa sobre el sistema nervioso central y hace que el fumador sufra una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. Tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad.¹³

Por consiguiente, el hábito de fumar constituye una dependencia ampliamente difundida en el mundo; en la combustión del tabaco se producen miles de sustancias que a través del humo se transportan a los pulmones y actúan sobre diferentes órganos y sistemas, además de ser un vasoconstrictor por excelencia, lo cual favorece la aparición de enfermedades gingivales, de ahí que exista una estrecha relación entre este hábito y las enfermedades de las encías. Es un factor bien documentado que se relaciona con la severidad de la enfermedad periodontal y la respuesta al tratamiento.^{14,15}

Las personas con diabetes mellitus tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad 2 veces mayor que la población general; son propensas a las periodontopatías y, aunque esta afección por si sola no produce la enfermedad periodontal, puede modificar la reacción inflamatoria del periodonto y provocar el avance de la enfermedad periodontal ante la acción de irritantes locales. Del mismo modo los factores sépticos bucales pueden influir en la propia diabetes y elevar la glucosa en sangre por lo que la atención estomatológica de estos pacientes es fundamental. Pueden estar propensos a la caries dental debido a la xerostomía, por lo que se dificulta la autolimpieza de la cavidad bucal; por tanto, una mejoría en el cuidado de esta afección aumentaría la esperanza de vida de estas personas, lo cual a su vez provocaría una menor incidencia de complicaciones, puesto que la edad y la duración de esta enfermedad son los principales factores de riesgo no controlables.

Por todo lo anterior será necesario aplicar los conocimientos existentes o desarrollar tecnologías capaces de prevenir la aparición de la enfermedad y sus complicaciones.^{16,17}

De hecho, la diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica no trasmisible caracterizada por hiperglucemia, resultante de la alteración en la secreción de insulina, la acción de esta o ambas. La hiperglucemia crónica se asocia con el daño a largo plazo, la disfunción y la falla orgánica especialmente de ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Varios procesos patogénicos están involucrados en el desarrollo de esta afección, desde la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas con la consecuente deficiencia de insulina hasta las anomalías que provocan resistencia a la acción de esta.¹⁸

Las manifestaciones bucales de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus incluyen un espectro completo de alteraciones. Los signos y síntomas clínicos pueden estar relacionados con cambios salivales (xerostomía y aumento de los niveles de glucosa en la saliva serosa de la glándula parótida) y dentales, alteraciones periodontales y de la mucosa, infecciones oportunistas, aliento cetónico o diabético, alteración de la curación de las heridas, entre otras.¹⁷

Tanto la higiene bucal deficiente como la dieta cariogénica y las periodontopatías son factores directos en la aparición de la caries dental, y unidos a otros elementos pertenecientes a la organización de los servicios de salud conllevan a la pérdida dentaria con la consiguiente instalación de aparatos protésicos, los cuales sin el uso y cuidado adecuados junto al hábito de fumar y el alcoholismo pueden llevar hasta la muerte si no hay una intervención oportuna. Por todo ello es necesario influir en los conocimientos, actitudes y prácticas para mejorar la calidad de vida y reducir los factores de riesgo en la población.

La vigilancia epidemiológica es el seguimiento y recolección sistemática, análisis e interpretación de los estados de salud en el proceso de descripción y monitoreo de un evento de salud. Esta información resulta provechosa para planificar, aplicar y evaluar las intervenciones y los programas de salud pública.¹⁹

El objetivo de la atención a los grupos priorizados es elevar el nivel de salud bucal, de manera tal que se promueva salud y se puedan prevenir las enfermedades del complejo bucodental, así como garantizar su curación y total recuperación.²⁰ Para ello se requiere que los estomatólogos formen parte activa de los equipos multidisciplinarios que brindan atención a estas personas en cada área de salud o en hospitales.

La higiene bucal deficiente y la dieta cariogénica fueron los factores de riesgo que más incidieron en el aumento de la morbilidad bucal, lo cual mostró la necesidad de tratamiento a esta población. La serie estudiada se caracterizó por una vejez demográfica con prevalencia del sexo femenino. El principal problema de salud que afectó a la comunidad fue la higiene bucal deficiente.

Se recomendó fortalecer el nivel de educación sanitaria en la comunidad, a través de diferentes técnicas de educación para la salud en estrecha coordinación con los factores sociales y el médico de la familia, dirigidas fundamentalmente al control y eliminación de hábitos inadecuados y a elevar el nivel de conocimientos de la población sobre salud bucodental, con la participación de todos los individuos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zudaire M. Relación entre hábitos alimenticios y enfermedades periodontales. 2011. [citado 8 Abr 2015]. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/2011/10/27/204290.php
2. Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd. 2009 [citado 12 Abr 2015]; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300007
3. Argüelles LJ. Enfermedad bucal y su relación con enfermedades sistémicas. [citado 12 Abr 2015]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/ljarguello2/enfermedad-bucal-y-su-relacin-con-enfermedades-sistmicas>
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2011. p. 100.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2012. p. 89.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2013. p. 90.
7. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Temas de medicina general integral. T2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
8. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Centro de prensa de la OMS. 2016. [citado 8 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Estomatología General Integral a la población. La Habana: MINSAP; 2013.
10. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial. [citado 15 Sep 2015]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/helsinki.pdf>
11. Cordero A, Lekuona I, Galve E, Mazón P. Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol. 2012 [citado 8 Ene 2016]; 65(supl 1). Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/novedades-hipertension-arterial-diabetes-mellitus/articulo/90093456/>
12. Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Alfonso AF. Estado de salud bucal de la población cubana, 1995. Rev Cubana Estomatol. 1999 [citado 8 Ene 2016]; 36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071999000300005

13. Gazel Bonilla J. Manejo odontológico del paciente con enfermedades sistémicas. 2010. [citado 8 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.clinicadentalgazel.com/articulos/manejo-odontologico-del-paciente-con-enfermedades-sistemicas/>
14. Martínez Rosses C. Salud familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
15. Amita Blanco JJ, Bartolomé Villar B, Jiménez Martínez E, Saavedra Vallejo P. Problemas bucodentales en pacientes con diabetes mellitus. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
16. Beatón Ruiz B. Empeños por la vida. Periódico Trabajadores; 2013 Junio 3; Nac: 5 (1-2).
17. Laplace Pérez BN, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Alместoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM. 2013 [citado 15 Ene 2016]; 17(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es
18. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suarez E, Rodríguez Hernández Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. Rev Med Electrón. 2014 [citado 15 Ene 2016]; 36(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500006
19. González Gutiérrez A, Trasancos Delgado M, González Cordero A, Casanova Moreno MC. Comportamiento de la enfermedad periodontal en pacientes diabeticos. Policlínico "Pedro Borrás Astorga". Rev Ciencias Médicas. 2012 [citado 15 Ene 2016]; 16(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100018
20. Situación Mundial de la Diabetes Mellitus. 2013 [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: <http://heberprot-p.ciqb.edu.cu/index.php/es/2013-04-07-14-27-27/situacion-mundial>

Recibido: 29 de agosto de 2016.

Aprobado: 16 de marzo de 2017.

Bárbara Olaydis Hechavarría Martínez. Facultad de Estomatología, esquina Plácido s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: barbara.hechavarria@medired.scu.sld.cu