

Cumplimiento de los propósitos de salud bucal para el 2015 en pobladores de un consultorio médico

Fulfillment of the purposes of oral health by 2015 for residents of a doctor´s office

Dra. Tania Cutiño Matos,^I Dra. Melba Alina Borges Toirac,^I Dra. Ana Caridad López Vantour,^{II} Dra. Ana María Quinzán Luna^{II} y Dra. Cristina Perdomo Estrada^{III}

^I Policlínico Docente "José Martí Pérez", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva y transversal con vistas a describir el cumplimiento de los propósitos de salud bucal para el 2015 en 224 pobladores de ambos sexos, pertenecientes al consultorio médico No. 46 del área de salud "José Martí Pérez" de Santiago de Cuba, desde agosto del 2013 hasta diciembre del 2014. Los datos de interés fueron plasmados en una planilla confeccionada al efecto. Se utilizaron variables cualitativas, cuantitativas y medidas de resumen como el porcentaje y el índice. Estos propósitos solo se cumplieron en los jóvenes de 18 años que mantenían todos sus dientes y en la población sana periodontalmente.

Palabras clave: salud bucal, propósito de salud bucal, proyección, meta, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional investigation aimed at describing the fulfillment of the purposes of oral health by 2015 in 224 residents of both sexes, belonging to the doctor´s office N° 46 of "José Martí Pérez" health area in Santiago de Cuba, was carried out from August, 2013 to December, 2014. The data of interest were written in a form made to this purpose. Qualitative, quantitative variables and summary measures were used as the percentage and index. These purposes were only fulfilled in the 18 years adolescents who had all their teeth and in the periodontally healthy population.

Key words: oral health, purpose of oral health, projection, aim, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o

paladar hendido, afecciones periodontales (de las encías), caries dental, pérdida de dientes, así como otras enfermedades que afectan la cavidad bucal. Estas enfermedades, aunque han existido a lo largo de toda la historia, tienen una mayor frecuencia en la actualidad.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término salud en 1945 no solo como la ausencia de enfermedades sino también como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, la salud bucal consiste en la armonía o normalidad de los dientes y de todas aquellas estructuras adyacentes intrabucales y extrabucales, la cual adquiere significación plena cuando se acompaña, en grado razonable, de la salud general del individuo.³ A partir de su propuesta alcanzar "salud para todos en el 2000", y como resultado del planteamiento hecho por los países participantes en la conferencia de Alma Atá en 1978, la Federación Dental Internacional (FDI) estableció en 1982 metas de salud bucal.⁴

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral tiene como finalidad, agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos, dirigidos a mantener al hombre sano, definidas en las Proyecciones de la Salud Pública Cubana para el 2015.⁵

De hecho, en 1984 se realizó un estudio epidemiológico en Cuba, a partir de cuyos resultados se establecieron las metas nacionales de salud bucal por quinquenios hasta el año 2000, así como las actividades y acciones de salud que se debían desarrollar para su consecución.⁶

Para el 2015 se establecieron 3 propósitos, a fin de mejorar la salud bucal de la población cubana:⁴

1. Disminuir la prevalencia de caries dental en la población cubana en 40 %, para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:
 - Porcentaje de niños con índice de dientes temporales cariados, obturados y extraídos más índice de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos (coe-d + COP-D=0) a la edad de 5-6 años debe ser 75,0.
 - Índice de COP-D a los 12 años de edad debe ser de 1,1.
 - 95 % de la población de 18 años deben conservar todos sus dientes.
 - El promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de edad debe ser de 3,9.
 - El promedio de dientes perdidos en la población de 60-75 años de edad debe ser de 14.

2. Incrementar el porcentaje de la población sin enfermedades gingivales y periodontales en 15,0 %.

El indicador establecido fue:

- Porcentaje de la población sin enfermedad gingival y periodontal debe ser de 75,0.

3. Aumentar el porcentaje de la población infantil y adolescente sin maloclusión en 12,0 %.

Indicador:

- El porcentaje de la población infantil y adolescente sin maloclusiones debe ser de 74,8.

En el análisis de la situación de salud del área perteneciente al distrito "José Martí Pérez" se encontró que sus pobladores presentaban una elevada prevalencia de caries, periodontopatías y maloclusiones, lo cual pudo influir de forma directa en el incumplimiento de los propósitos e indicadores de salud bucal propuestos para el

2015 en dicha área; razón que motivó a realizar este trabajo, con el objetivo de describir el cumplimiento de esos propósitos en el consultorio No. 46.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y transversal, con la finalidad de describir el cumplimiento de los propósitos de salud bucal para el 2015 en el consultorio No. 46 del área de salud "José Martí Pérez". La población estuvo constituida por el total de pacientes de ambos sexos pertenecientes a dicho consultorio, cuyas edades se correspondían con las planteadas en cada propósito.

- 5-6 años ----- 4
- 12 años----- 8
- 18 años----- 3
- 35-44 años-----105
- 60-75años----- 104
- Total-----224

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad: se tuvieron en cuenta los grupos etarios citados en los propósitos.
- Estado de la dentición: se utilizó el índice de COP-D y coe-d, desarrollado por Klein, Palmer y Knutson. ⁷ En esta variable se incluyeron los indicadores enunciados para el propósito 1. Se consideró:
 - Niños con coe- d + COP-D=0
 - Niños con coe-d + COP-D> 0
- Enfermedad gingival o periodontal: se evaluó como presente o ausente, mediante el índice periodontal de Russell. ⁷
- Maloclusión: considerada como cualquier desviación de la oclusión normal. Se tuvo en cuenta la clasificación sindrómica de Moyers ⁸ en presente y ausente.
- Higiene bucal: se evaluó en eficiente y deficiente según el índice de Love. ⁹
- Dieta cariogénica: se obtuvo mediante el interrogatorio a pacientes y/o familiares. Se evaluó de la siguiente forma:
 - Consume dieta cariogénica: cuando al interrogatorio se confirmó la ingestión de alimentos azucarados, dulces y otros, entre comidas y en grandes cantidades.
 - No consume dieta cariogénica: cuando al interrogatorio se confirmó que la ingestión de dulces y azúcares se realizaba como postre después de las comidas.
- Apiñamiento dentario: se consideró en presente o ausente, cuando clínicamente uno o varios dientes no se ubicaron correctamente en la arcada en sentido mesiodistal, por lo que se perdían las relaciones de contacto y se quedaban superpuestos en sentido horizontal.

Se tuvo en cuenta:

- Presente: cuando al examen clínico bucal se observó dicha anomalía
- Ausente: cuando al examen clínico bucal los dientes se encontraron correctamente alineados en sentido mesiodistal en sus relaciones de contacto.

- Experiencia anterior a caries: se consideró presente o ausente:
 - Tiene experiencia anterior a caries: cuando al examen clínico bucal se confirmó la presencia de caries u obturaciones realizadas, así como la existencia de coronas.
 - No tiene experiencia anterior a caries: cuando al examen clínico bucal se confirmó que nunca había tenido caries y, por tanto, todos sus dientes conservaban su integridad.

- Empaquetamiento de alimentos: se constató su presencia o no mediante el examen bucal, cuando se observó o no la acuñación forzada de alimentos.

Se consideró:

- Presente: cuando al examen clínico bucal se observó empaquetamiento de alimento en el periodonto en sectores interproximales, o el paciente lo refirió al interrogatorio.
 - Ausente: cuando al examen clínico y el interrogatorio no se confirmó el empaquetamiento de alimento entre los dientes o en superficies dentales, vestibulares o linguales.
- Dientes ausentes no reemplazados: se evaluó como presente o ausente mediante el examen bucal, cuando algún diente no se encontraba en la cavidad bucal ni estaba reemplazado por prótesis.
 - Obturaciones defectuosas: se constató su presencia mediante el examen bucal. Se evaluó como presente y ausente.

En este acápite se recogieron las obturaciones defectuosas por los márgenes desbordantes o cabos superficiales expuestos de las cavidades terapéuticas y los contactos interproximales inadecuados, puesto que proporcionan los lugares ideales para la acumulación de placa dentobacteriana que conlleva a multiplicación de bacterias. Se consideró:

- Presente: cuando al examen bucal se constató la presencia de márgenes desbordantes, cabos superficiales expuestos y contactos proximales inadecuados.
 - Ausente: cuando al examen bucal las obturaciones estaban correctamente realizadas.
- Deglución atípica: se evaluó como presente y ausente; su presencia se constató mediante el examen bucal.
 - Presente: cuando se indicó al paciente tragar y apoyó la lengua en las caras palatinas de los incisivos superiores.
 - Ausente: cuando apoyó la punta de la lengua en el paladar duro, detrás de los incisivos superiores.
 - Succión del pulgar: se evaluó como presente o ausente mediante el interrogatorio a pacientes y/o familiares.
 - Presente: cuando al interrogatorio se confirmó la práctica del hábito.
 - Ausente: al interrogatorio el paciente o el familiar negó la práctica del hábito.
 - Respiración bucal: se valoró como presente y ausente mediante el interrogatorio y el examen bucal.
 - Presente: cuando se observó al examen físico y el paciente refirió que respiraba por la boca.
 - Ausente: cuando el paciente refirió que respiraba por la nariz y no se pudo confirmar lo contrario mediante la observación.

- Tabaquismo: se evaluó en presente o ausente mediante el interrogatorio a pacientes y/o familiares. Se consideró a aquellos individuos que fumaban uno o más cigarrillos diarios.

La información recogida mediante el interrogatorio y el examen clínico se plasmó en una planilla de recolección de datos confeccionada al efecto. El examen clínico se llevó a cabo con luz natural, se utilizó un espejo bucal y un explorador. Como medidas de resumen se usaron el porcentaje y el índice.

RESULTADOS

El promedio de dientes cariados, obturados y perdidos en la dentición temporal y permanente de los niños de 5-6 años fue igual a cero en 50,0 % de estos.

Se halló un índice de COP-D a los 12 años de 1,25.

En la serie 100,0 % de los jóvenes de 18 años conservaban todos los dientes.

Se encontró que el promedio de dientes perdidos en los grupos de 35-44 y 60-75 años de edad fue de 4,95 y 23,0, respectivamente.

De los pacientes examinados, 22,3 % presentaron afección periodontal.

Al mismo tiempo, 26,6 % de los niños y jóvenes menores de 18 años tuvieron maloclusiones.

El factor de riesgo que prevaleció en este estudio fue la dieta cariogénica, seguido de la experiencia anterior a caries y la higiene bucal deficiente.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran el incumplimiento del indicador número 1 en la serie estudiada. Al analizar los factores de riesgo presentes en este grupo etario se observó que la dieta cariogénica estuvo presente en tres cuartas partes de la población; hecho que pudiera estar relacionado con la aparición de caries a tan temprana edad. Este resultado es semejante al obtenido en 1995 por Delgado *et al*,¹⁰ quienes encontraron 43,6 % de pacientes sanos, cuando la meta en aquel momento era lograr 46,5 %.

Estudios similares realizados en el 2000 por Palma *et al*¹¹ en Camagüey, hallaron un sobrecumplimiento de la meta con 30,0 %, lo cual superó lo planteado en ese año.

De igual manera, en otro estudio nacional realizado en el 2010 se encontró que 71,0 % de los niños de 5-6 años estaban libres de caries, lo cual indicó el cumplimiento del indicador propuesto para ese periodo (70,0 %).¹²

Por otro lado, el índice de COP-D a los 12 años encontrado en la población estudiada no cumplió con el indicador propuesto (1,1). Al evaluar los componentes de dicho índice, cabe decir que con un promedio de 0,87 prevaleció el componente obturado, ello demostró que se realizaba actividad curativa con los afectados; sin embargo, todavía es insuficiente la promoción y prevención si se tiene en cuenta el resultado del indicador. Este resultado se diferencia del que obtuvieron Sánchez *et al*, en el 2011, pues en el Centro Universitario Municipal "Julio Antonio Mella" de Guantánamo, donde la meta específica para esa área era obtener un COP-D de 1- 2,9, se obtuvo 2,3 a los 12 años.³

En Cuba, el índice COP-D a los 12 años ha disminuido desde el planteamiento de las primeras metas; en 1984 se determinó que era de 4,37 y ya en 1989 se logró reducir a 2,93. La disminución del dicho índice continuó y en 1998 llegó a ser de 1,62.¹³

Al respecto, en el estudio de la Dirección Nacional de Estomatología¹² realizado en el 2010, se notificó un índice de COP-D a los 12 años de 1,38, cifra que superó el valor propuesto (1,2), por lo cual no fue posible que se cumpliera en ese momento.

El propósito indicado con respecto a la conservación de todos los dientes se sobrecumplió en los jóvenes de 18 años que fueron examinados. Este resultado difiere del que obtuvieron Delgado *et al*¹⁰ en su serie, donde solo 67,0 % de los jóvenes cubanos de esa edad conservaron todos sus dientes, cuando la meta en aquel momento era de 85,0 %. Igualmente, no coincide con 73,0 % encontrado por Palma *et al*¹¹ en el centro de Camagüey, durante el 2002.

Un estudio nacional realizado en el 2010 mostró que 91,2 % de los jóvenes de 18 años incluidos conservaban todos sus dientes, cuando el propósito para esa ocasión era de 93,0 %.¹²

En esta casuística, el promedio de dientes perdidos en las edades de 35-44 y 60-75 años no cumplió con el indicador planificado.

A pesar de que estos resultados fueron inferiores a los alcanzados nacionalmente en 1995 (8,9 de 35-44 años; 28,0 de 60-75) y 1998 (6,3 de 35-44 y 24,1 de 60-75 años)¹⁰; en ese periodo las 2 metas se cumplieron, a excepción del promedio de dientes perdidos de 60-75 años en 1995, que debió ser de 25,8 y se obtuvo un promedio de 28. En un estudio nacional realizado en el 2010 este indicador no se cumplió, pues el promedio de dientes perdidos fue de 4,6 para 35-44 años y 16,9 para 60-75, cuando la cifra propuesta fue de 4,5 y 15,5 para cada grupo etario, respectivamente.¹²

En este estudio más de las tres cuartas partes del total de la población examinada se encontraba libre de periodontopatías; por tanto, se cumplió el indicador y prevalecieron las personas con gingivitis en el grupo de 35-44 años. Estos resultados son inferiores a los obtenidos en investigaciones realizadas a escala nacional y provincial, donde 52,0 y 29,9 %, respectivamente mostraron algún grado de afectación.¹⁰ También se demostró, al igual que en otros estudios, que la gravedad de la afección periodontal aumenta con la edad.¹⁴

Cabe destacar que en el estudio efectuado en el 2010, 69,8 % de la población no presentaban afectación periodontal; sin embargo, no se cumplió el indicador debido a que el propósito de población sana periodontalmente era de 70,0 %.¹²

En cuanto al indicador establecido para el tercer propósito, aunque en este estudio se obtuvo 73,3 %, los autores consideran que para el 2015 se puede cumplir con este indicador, puesto que durante la realización del examen bucal se tuvieron en cuenta los pacientes que tenían tratamiento ortodóncico casi concluido; es por ello que se puede inferir que dichos pacientes aumentarán el porcentaje de niños y adolescentes sin maloclusión o con oclusión compensada.

Los resultados citados anteriormente coinciden con los de Rojas *et al*,¹⁵ quienes hallaron en su investigación 73,3 % de maloclusión con prevalencia de la clase I, seguida de la clase II.

Por otra parte, el factor de riesgo que prevaleció en esta serie fue la dieta cariogénica, a expensas de los grupos etarios de 18 y 35-44 años, lo cual demostró que todavía existen en la población hábitos higiénicos inadecuados.

En orden de frecuencia, el segundo factor de riesgo fue la experiencia anterior a caries. En tal sentido, el estudio realizado por Rojas ¹⁶ corroboró que 92,1 % de los pacientes con caries tratadas al año ya presentaban lesiones cariosas, de ahí la importancia de tener en cuenta dicho factor.

Actualmente se enfatiza en la conveniencia de actuar con enfoque preventivo de riesgo y garantizar que cada persona reciba el tratamiento preventivo que necesita, lo cual guiará a una prevención más eficiente y menos costosa. ¹⁷

En este estudio se halló un incumplimiento de los indicadores del propósito 1 en las edades de 5-6 y 12 años, a diferencia del grupo de 18 años donde el valor obtenido estuvo por encima de lo previsto. Se confirmó que el porcentaje de personas libres de enfermedad gingival y periodontal superó el indicador establecido, lo cual no ocurrió así con la población infantil y adolescente sin maloclusión. Además, el factor de riesgo predominante fue la dieta cariogénica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardentey García J, Silva Contreras AM, Pulido Valladares Y, Arencibia García E, Martínez Cabrera M. Caracterización de la salud bucal en la adolescencia temprana en un área de salud. Rev Ciencias Médicas. 2011 [citado 12 May 2013]; 15(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300003
2. Gispert Abreu EA, Bécquer Águila JL. Nuevo paradigma para la salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 2011 [citado 5 Jun 2013]; 48(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400001
3. Sánchez Fernández NE, De Jesús L, Rodríguez Rodríguez AE. Cumplimiento de las metas del milenio. Cum Julio A. Mella. Primer trimestre 2011. Su interrelación con los valores de la profesión. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2011 [citado 5 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/fjr.htm>
4. González Naya G, Montero del Castillo ME. Sistemas de salud y sistemas de salud cubano. Organización de los servicios estomatológicos. En: Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 27-8.
5. Sosa M, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, Santana J. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: DAMPSA, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Cuba, Ministerio de Salud Pública; 2013. p. 566.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992- 2000. Rev Cubana Med Gen Integr. 1992; 8 (1): 217-7.
7. Sosa Rosales MC, Quintero Marín ME, Méndez Piña A, Guillaume Ramírez V, Criado M, Echarry Cano O. Indicadores epidemiológicos. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 530-8.

8. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 1992.
9. Del valle M C. Temas de Periodoncia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991. p. 91-100.
10. Delgado L, Rodríguez A, Sosa M, Alfonso A. Estado de la salud bucal en la población cubana 1995. Rev Cubana Estomatol. 1999; 37(3): 217-29.
11. Palma López M, Abay Debs V, Sánchez Martínez R. Comportamiento de las metas de salud bucal para el año 2000 en el área centro de Camagüey. AMC. 2002 [citado 5 Jun 2013]; 6(3). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6n3/572.htm>
12. Ministerio de Salud pública, Área de Asistencia Médica y Social, Medicamentos y Tecnologías, Departamento Nacional de Estomatología, Sosa Rosales M. Consideraciones sobre Estomatología y la situación del estado de salud bucal en Cuba. La Habana: MINSAP; 2009.
13. Borroto Chao R. Evolución del Estado de Salud Bucal de la población cubana desde el año 1984 hasta 1998, según cumplimiento de las metas de Salud Bucal para el 2000. [citado 15 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/esbparte3.pdf>
14. Mayán Reina G, de Beche Riambau E, Sosa Rodríguez I, Parejo Maden D, Morales Morán L. Gingivitis crónica y la higiene bucal en adolescentes de la secundaria básica "Raúl González Diego". Rev haban cienc med. 2012 [citado 14 Abr 2013]; 11(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_11_4_12/rhcm08412.htm
15. Rojas G, Brito J, Díaz J, Soto S, Alcedo C, Quirós O, *et al.* Tipos de maloclusiones más frecuentes en los pacientes del diplomado de ortodoncia interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008. Rev Latinoam Ortod Odontoped. 2010.
16. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cub Med Mil. 2012 [citado 20 Dic 2012]; 41(4).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008
17. Nasco Hidal N, Gisper Abreu EA, Roche Martinez A, Alfaro Mon M, Pupo Tigüero RJ. Factores de riesgo en lesiones incipientes de caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol. 2013 [citado 20 Dic 2012]; 50(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000200002

Recibido: 23 de enero de 2016.

Aprobado: 21 de febrero de 2016.

Tania Cutiño Matos. Policlínico Docente "José Martí Pérez", bloque L, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba.

Correo electrónico: melba.borges@medired.scu.sld.cu