

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA**

**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**

**MODIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE  
UN CONSULTORIO DE LA CLÍNICA "INPE"**

**AUTORES:**

**Dr. JAIME A. DIEZ BETANCOURT**

PROFESOR ASISTENTE. DPTO. INTEGRAL, FAC. ESTOMATOLOGÍA.

Dirección: Calle 13 # 905 e/ 6 y 8, Vedado, Plaza de la Revolución

Teléfono: 8 30 98 37

**DRA. ALINA ALEA CARDERO**

PROFESORA ASISTENTE. DPTO. INTEGRAL, FAC. ESTOMATOLOGÍA.

Dirección: Calle 43 esquina 41, Reparto Kohly, Playa

Teléfono: 203 07 93

**DRA. BRISMAYDA GARCÍA GONZÁLEZ**

INSTRUCTORA. DPTO. ORTODONCIA, FAC. ESTOMATOLOGÍA.

Dirección: Bruzón 65 apartamento 9 e/ Ayestarán y Almendares, Plaza

## RESUMEN

Se realizó un estudio de la situación de salud bucal en los años 1998 y 2000, de los habitantes pertenecientes al Consultorio 10 de la policlínica "Puentes Grandes", quienes reciben atención en la Clínica Estomatológica "INPE". Estadísticamente, la población examinada en el año 1998 no sufrió cambios significativos con respecto a la examinada en el año 2000. Se pudo determinar que, los factores de riesgo predominantes en dicha población son el tabaquismo y la ingestión de alimentos azucarados, los cuales tuvieron un incremento en el año 2000; se mejoró la higiene bucal deficiente y, los hábitos deformantes tuvieron igual comportamiento. También se pudo establecer que, hubo una disminución en la prevalencia de la caries dental, de la enfermedad periodontal y de las maloclusiones. Se encontró un ligero aumento de aquellas lesiones de la cavidad bucal en el año 2000 relacionadas con el incremento del tabaquismo en este período, y se verificó que, en sentido general ha mejorado el estado de salud bucal de la población estudiada.

**Palabras Clave:** Salud bucal; factores de riesgo; enfermedades de la boca; estudios de cohortes; odontología comunitaria.

## INTRODUCCIÓN

La salud no es solamente un problema del ámbito científico - técnico sino, también, un problema social; es por ello que, ha ocurrido un cambio radical al analizarse el problema salud-enfermedad, no sólo por parte de los profesionales de la salud. (1)

La interpretación de la salud, la enfermedad y la muerte misma, debe realizarse sobre la base del análisis de los factores socio-biológicos de naturaleza compleja y variada que constituyen riesgos, y que influyen o determinan una condición de salud-enfermedad mediante la interacción del hombre con ese medio variable en el proceso de adaptación. (1)

El estado de salud de una población podría definirse como la situación del bienestar social, biológico y psíquico, condicionado por el grado de equilibrio con el medio natural y social en donde se encuentra el conjunto de personas que componen la sociedad. (2,3)

Antes del triunfo de la Revolución, la medicina en Cuba tenía un carácter mercantilista, curativo esencialmente, por lo cual se atendía la enfermedad en sí misma, basándose en el modelo de atención tradicional, el cual enfocaba la salud de las personas desde posiciones biológicas, separando al hombre de su medio social. (4,5,6,7).

La salud pública evolucionó progresivamente, lográndose la accesibilidad de la población a los servicios, y desarrollándose la función profiláctica eminentemente social, no solo orientada a la prevención de enfermedades con medidas sociales e individuales (8), sino al fortalecimiento y desarrollo de la salud teniendo en cuenta los aspectos psicosociales y ambientales. (9,10,11)

La estrategia para lograr esta meta es la atención primaria de salud (A.P.S), la cual quedó definida en la conferencia de Alma Atá como "Asistencia Sanitaria Esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación". La A.P.S. forma parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud, del cual constituye la función central, y su núcleo principal representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria. (12)

Para profundizar en este concepto, es de suma importancia realizar estudios en la comunidad, cuyo principal objetivo es producir un cambio general a nivel poblacional. La comunidad propuesta para participar como grupo de intervención debe ser representativa de la población en donde se aplicarán los resultados obtenidos. La comunidad debe ser informada de los objetivos de la experiencia por razones de ética, y porque con ello se conseguirá una mayor cooperación en la investigación. (13,14)

En nuestro país, se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, superar deficiencias y establecer estrategias para alcanzar un desarrollo integral que genere el fomento de una vida saludable.

El fomento de la salud consiste en el proceso social que se orienta hacia la calidad de la vida y consecuentemente de la salud, que conlleva mejorar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos y comunidades, a reducir riesgos y tratar enfermedades. Para lograr este desarrollo y poder llevar adelante el fomento de la salud integral, se hace necesario - como premisa fundamental - identificar el estado de salud de las poblaciones y los factores que lo condicionan y determinan, para poder intervenir sobre ellos y obtener incrementos de sus niveles y grados de satisfacción. (15)

En 1984, surge el modelo del médico de la familia como una nueva concepción de la medicina, la cual propició la aparición del estomatólogo general integral, existiendo una estrecha vinculación entre este, el médico y la enfermera de la familia en el ámbito de la comunidad, del consultorio, de la policlínica u hospital, y de la clínica estomatológica del área de salud, en donde se desarrollan numerosas actividades de educación y prevención de afecciones bucales. (16)

Esta atención se fundamenta en el concepto de la medicina integral, considerando la unidad de los aspectos preventivos, curativos, biológicos y sociales, así como las consideraciones del medio ambiente que están en interrelación con el individuo y su colectividad. Esta atención integral está encargada de dar respuesta a las necesidades de salud de toda la población.

En 1992, se aprobó el programa nacional de atención estomatológica integral a la población, el cual agrupa acciones de salud que garantizan la sistematicidad, uniformidad e integridad en la planificación, organización y control de las acciones de salud y tiene por objetivo incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, considerando la interrelación existente entre los factores

determinantes, con el fin de alcanzar mayor eficiencia y grado de satisfacción, en correspondencia con las necesidades de salud bucal de la población, mediante la ejecución de acciones integrales de atención estomatológica, y alcanzar, como objetivo general, cambios positivos en el medio social e higiénico sanitario del individuo, la familia y la comunidad, desarrollar la atención estomatológica integral, basadas en las acciones de promoción, prevención, curación, y rehabilitación, y desarrollar la producción de conocimientos mediante ejecución de investigaciones y la educación permanente. (17)

Uno de los pilares que sustentan este programa es el análisis de la situación de salud bucal, el cual representa un instrumento científico metodológico, útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios.

El diagnóstico de salud de la población se hace muy complejo por ser multifactorial, por ello, es necesario identificar el comportamiento de los componentes de salud, los determinantes o factores de riesgo y causalidad de estos. Se considera que, el diagnóstico de salud bucal establece el punto de partida para lograr una estrecha interrelación y coordinación de actividades con el grupo básico de trabajo, y los médicos de la familia correspondientes. (18)

Mediante el análisis de la situación de salud bucal conocemos el estado de esta en una comunidad y los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. Dicho análisis se basa en un examen de los hallazgos con enfoque clínico-epidemiológico y social, para la identificación de los problemas de salud. (19)

Son variados los elementos o factores determinantes que pueden influir en el estado de salud bucal, condicionándolo o modificándolo, y así son por tanto los indicadores utilizados para la medición. Entre ellos, pueden señalarse el medio físico, social, factores de riesgo, recursos, servicios y morbilidad. (20)

Al realizar el análisis de la situación de salud bucal, en el nivel primario de atención el estomatólogo general integral identifica los problemas de salud y los factores condicionantes para una mejor organización de su trabajo, y divide a la población en grupos de vigilancia epidemiológica, según el estado de salud bucal individual. Dicha vigilancia no se limita al aspecto médico de los problemas, sino que, integra diferentes tipos de información demográfica, social y económica del suceso de salud y condiciones asociadas, así como datos relacionados con el sistema de salud y la opinión de la población sobre su salud y los servicios que recibe. (21, 22)

Por la importancia que tiene, es de sumo interés hacer una evaluación de la modificación de la situación de salud y cómo se han comportado su desarrollo, factibilidad o dificultades en su ejecución.

Basándonos en este aspecto tan importante dentro de la labor del estomatólogo general integral, nos propusimos realizar este trabajo en un área de salud de nuestra comunidad, comparando la situación existente en el año 1998 con la del año 2000. Los objetivos específicos trazados fueron identificar los factores de riesgo de las enfermedades bucales en el estado de salud de las familias objeto de estudio, y determinar la prevalencia de la caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones, y lesiones de la mucosa bucal.

## **PACIENTES Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo de la situación de salud del Consultorio 10 de la policlínica “Puentes Grandes”, perteneciente a la clínica Estomatológica “INPE”, durante el año 2000.

El universo de trabajo tuvo muy poca variación: en el año 1998 se estudiaron 813 pacientes con 230 familias encuestadas, en el año 2000 fueron 803 pacientes, también de 230 familias.

Unidades de observación: El individuo, la familia y la comunidad.

La historia de salud bucal familiar sirvió como fuente de información.

Se utilizó el interrogatorio y el examen visual de la boca, con luz artificial o natural, en las propias viviendas o en el consultorio médico.

El instrumental y materiales utilizados fueron:

- Depresores linguales
- Torundas de gasa
- Espejo bucal
- Lápiz

La prueba de significación estadística utilizada fue la de independencia basada en el estadígrafo chi-cuadrado. El nivel de significación escogido fue 0.05.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En la tabla 1 aparecen los grupos priorizados en la población examinada. En estas variables se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. Las poblaciones de 5-18 años y de madres con niños de menos de un año aumentaron ligeramente, y disminuyeron las embarazadas, adultos jóvenes, e individuos geriátricos. Estos grupos se mantienen en estrecha vigilancia para garantizar su estado de salud bucal.

**Tabla 1**  
**Distribución de la población examinada según grupos priorizados.**

	1998		2000	
	Examinados		Examinados	
	No.	%	No.	%
<b>0 – 4</b>	41	5,0	41	<b>5,1</b>
<b>5 –18</b>	103	12,7	106	<b>13,2</b>
<b>Embarazadas</b>	7	0,9	4	<b>0,5</b>
<b>Madre – niño &lt; 1 año</b>	4	0,5	8	<b>0,99</b>
<b>Adulto joven (15 – 25)</b>	30	3,7	28	<b>3,5</b>
<b>Retraso mental</b>	1	0,1	1	<b>0,1</b>
<b>60 +</b>	106	13,0	91	<b>11,3</b>
<b>Totales</b>	<b>292</b>	<b>35,9</b>	<b>281</b>	<b>35.0</b>

**Fuente:** HSBF

La tabla 2 muestra los factores de riesgo. Se encontraron influencias significativas de las variables del tabaquismo y la ingestión de alimentos azucarados dentro del estilo de vida. En el año 2000 hubo un incremento de ambos hábitos en relación con el año 1998, a pesar de la labor del estomatólogo en la comunidad y en la clínica, y las campañas realizadas por el Estado para la erradicación de estos hábitos nocivos.

El tabaquismo y la ingestión de alimentos azucarados son hábitos muy arraigados en la población cubana; este es un problema histórico, cultural y social, que por su trascendencia para la salud debe tener prioridad para el trabajo futuro del estomatólogo general en esta población, aunque sabemos lo difícil que resulta cambiar hábitos en el individuo o en la comunidad. Otro detalle importante a tener en cuenta en esta tabla es que, la higiene bucal deficiente disminuyó considerablemente en el año 2000, siendo esto un logro importante, resultado de un trabajo sostenido durante varios años. Los hábitos deformantes tuvieron un comportamiento similar.

**Tabla 2**  
**Distribución de la población examinada según factores de riesgo.**

	1998		2000	
	No.	%	No.	%
<b>Tabaquismo</b>	110	13.5	163	20.0
<b>Alimentos Azucarados</b>	537	66.0	649	79.8
<b>Higiene bucal deficiente</b>	405	40.8	286	35.2
<b>Hábitos deformantes</b>	19	2.2	20	2.5

**Fuente: HSBF**

La tabla 3 muestra la distribución de las enfermedades no transmisibles que con más frecuencia aparecen en la población del Consultorio 10.

Se puede constatar que, en el año 2000 se mantuvo la misma incidencia, no existiendo variaciones significativas, o sea, que en nuestra comunidad seguimos enfrentando como enfermedades crónicas no transmisibles la Hipertensión Arterial, la Diabetes y las Cardiopatías, encontrándose que, en el año 2000 hubo un ligero incremento en la cantidad de pacientes con Hipertensión Arterial y Cardiopatías.

Estos pacientes se encuentran dispensarizados; a ellos se les presta toda la atención posible - preventiva, curativa y de rehabilitación - en estrecha coordinación con el medico de la familia, con el propósito de mantenerlos en el grupo de Sanos con Riesgo.

**Tabla 3**

**Distribución de la población examinada según enfermedades crónicas no transmisibles.**

	1998		2000	
	No.	%	No.	%
<b>Diabetes Mellitus</b>	31	3.8	31	3.9
<b>Hipertensión arterial</b>	90	11.1	93	11.6
<b>Cardiopatías</b>	30	3.7	38	4.7
<b>Epilepsia</b>	2	0.2	2	2.2
<b>Nefropatías</b>	20	2.5	20	2.5
<b>Neoplasias</b>	3	0.4	3	0.4
<b>Enf. hematol.</b>	3	0.4	3	0.37
<b>Totales</b>	179	22.0	190	23.7

En las tablas 4 y 5, donde se relacionan las enfermedades bucales en los años 1998 y 2000, se aprecia que, se logró una mejoría en el estado de salud bucal de la población examinada, sin embargo, es muy importante destacar que hubo un incremento en las lesiones de la mucosa oral, el cual, aunque no fue significativo sí guarda relación con el incremento del tabaquismo en este período. En las variables de caries, maloclusión y disfunción masticatoria se comprobó un cambio positivo,

lográndose una disminución en el año 2000. Se encontró además que, en las edades de 35 a 59 años fue mayor la prevalencia de estas afecciones bucales.

**Tabla 4**

**Distribución de los pacientes con enfermedades bucales en el año 1998, según grupos de edades.**

	<b>Enfermedades bucales</b>									
	<b>Caries</b>		<b>Periodonto- patías</b>		<b>Mal- oclusiones</b>		<b>Lesiones de mucosa oral</b>		<b>Disfunción masticatoria</b>	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>0 – 4</b>	10	24.4			1	2.4				
<b>5 –11</b>	20	37.0	2	3.7	9	16.7				
<b>12-18</b>	43	87.7	5	10.2	20	40.8				
<b>19-34</b>	95	40.4	49	20.8	7	3.0			43	18.3
<b>35- 59</b>	294	89.6	146	44.5			2	0.6	233	71.0
<b>60 +</b>	43	40.6	40	37.7			1	0.9	70	66.0
<b>Totales</b>	505	62.1	242	29.8	37	4.5	3	0.4	346	42.5

Fuente: HSBF

**Tabla 5**

**Distribución de los pacientes con enfermedades bucales en el año 2000, según grupos de edades.**

	<b>Enfermedades bucales</b>									
	<b>Caries</b>		<b>Periodonto- patías</b>		<b>Mal- oclusiones</b>		<b>Lesiones de mucosa oral</b>		<b>Disfunción masticatoria</b>	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
<b>0 - 4</b>										
<b>5 –11</b>	4	7.5	2	3.8	19	35.8				
<b>12-18</b>	11	20.8	3	5.7	12	22.6				
<b>19-34</b>	83	34.4	39	16.2					32	13.3

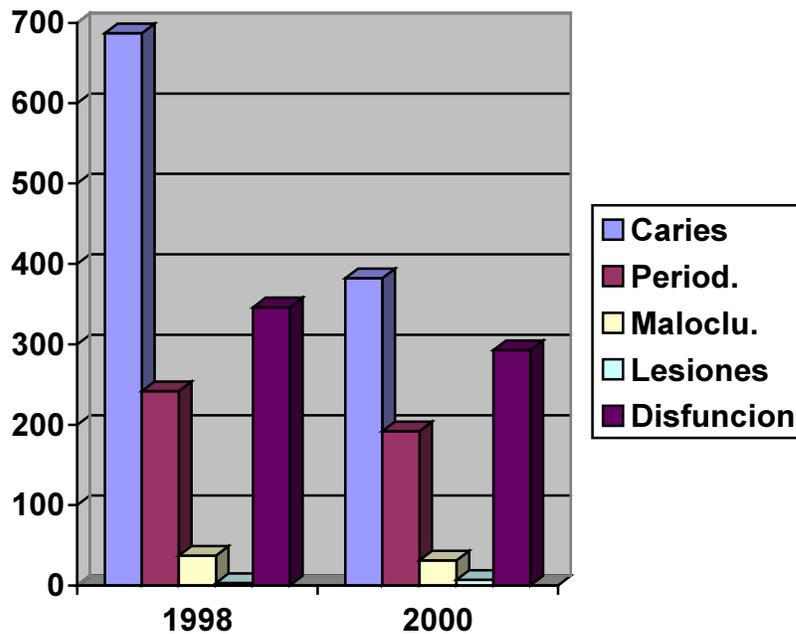
<b>35- 59</b>	247	76.2	116	32.8			5	1.5	197	60.8
<b>60 +</b>	29	31.9	32	35.2			2	2.2	64	70.3
<b>Total</b>	382	47.6	192	23.9	31	3.9	7	0.9	293	36.5

**Fuente:** HSBF

Las figuras 1 y 2 ilustran el comportamiento de las enfermedades bucales y los factores de riesgo que inciden en estas, tanto en el año 1998 como en el 2000. Se observa claramente la disminución de las enfermedades bucales, dando claramente la idea de que, en sentido general, la situación de la salud bucal mejoró en esta población en el año 2000, así como los factores de riesgo que la condicionan.

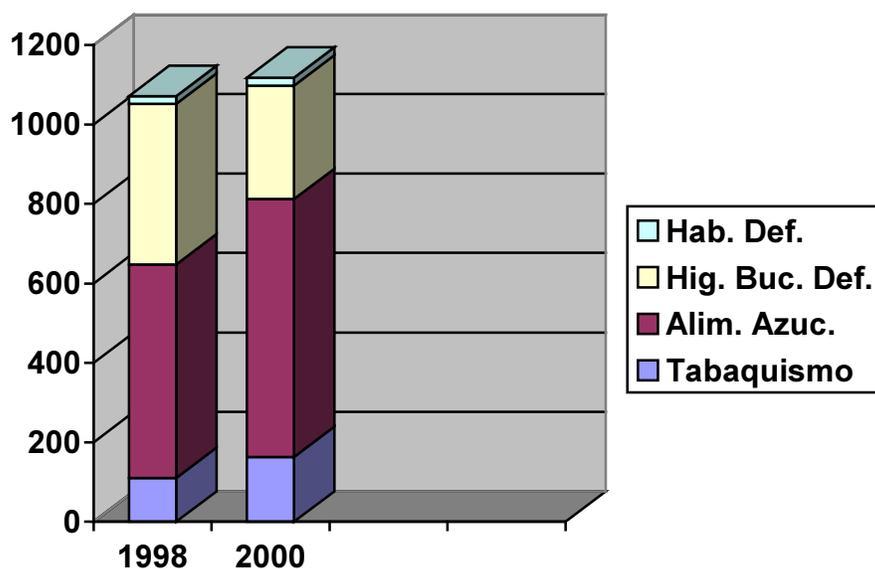
**Figura 1**

Distribución de los pacientes con enfermedades bucales en los años 1998 y 2000.



**Figura 2**

Distribución de la población examinada en los años 1998 y 2000, según factores de riesgo.



## CONCLUSIONES

- En la población objeto de estudio, los niveles de salud bucal mejoraron significativamente, en sentido general, en el año 2000 en comparación con el año 1998.
- Los factores de riesgo predominantes en la población fueron el tabaquismo y la ingestión de alimentos azucarados, los cuales se incrementaron en comparación con el año 1998.
- En el año 2000 se encontró un aumento de las lesiones bucales, en relación estrecha con el hábito del tabaquismo.
- En el año 2000 disminuyó la prevalencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones, lo cual es de gran importancia.
- Se debe resaltar la labor del Estomatólogo General, quien, junto con su equipo de trabajo, fue determinante en estos resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Verdecia Fernández F. Sociedad y Salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1986. Pp. 1-6.
- 2) San Martín H. Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. Barcelona: Masson; 1986. Pp. 1.
- 3) Nissinen A, Hasen, H. Influencia del Modo de Vida. Ginebra: OMS; 1994.
- 4) MINSAP. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985. Pp. 24-40.
- 5) Colectivo de Autores. Estomatología en la Comunidad. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1979. Pp. 2-30.

- 6) Colectivo de Autores. Teoría y Administración de la Salud Pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982. Pp. 20-50, 121.
- 7) Delgado Méndez L, Alfonso Felipe A, Rodríguez Calzadilla A, Lesa Molina J. Evaluación de los servicios estomatológicos. Experiencia Cubana. Rev Cubana Estomat 1990; 27: 148-151.
- 8) Delgado Méndez L. La Atención Primaria en Estomatología en Cuba. Rev Cubana Estomat 1985; 3: 22-24.
- 9) Molina Laza y Colaboradores. Salud Dental en 43 Áreas de Salud de Cuba. Rev Cubana Estomat 1985; 4: 93-105.
- 10) Narey Ramos B, Aldereguía Henríquez J. Medicina Social y Salud Pública de Cuba. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990. Pp. 127.
- 11) Colectivo de Autores. Programa de Atención Estomatológica al Adulto. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1986. Pp. 22-23.
- 12) López Bermejo MA, González Sanz A. López Ruiz Del Árbol J. Atención primaria de salud en Odontoestomatología. Rev Iberoamericana Ortodoncia 1993;12(1):16.
- 13) Cortina Greu P, Llopis González A. Estudios Experimentales en la Comunidad. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8va ed. Barcelona: Editorial Salvat; 1990. Pp. 137-140.
- 14) Gálvez Vargas R, Delgado Rodríguez M. Ecología y salud Humana. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8va ed. Barcelona: Editorial Salvat; 1990. Pp. 131-132.
- 15) Chones, M. Odontología Sanitaria. Washington: Publicaciones Científicas de la Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- 16) OMS. Unidad de Salud Bucal. Consultas informales entre la OMS y representantes de la industria en protección de equipos dentales sobre el control de infección e higiene en los servicios de atención médica bucal. Segunda Parte. Rev Cubana Estomat. 1990; 27: 128-136.
- 17) Colectivo de Autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992. Pp. 10-28.
- 18) Calzadilla A. Diagnóstico de Salud Bucal. Rev Cubana Estom 1996; 33(1): 5-11.
- 19) Valdés, M E, Jiménez, T. Diagnóstico de Salud Bucal Familiar. Rev Cubana Estomat 1991; 20 (3): 120-131.
- 20) Organización Mundial de la Salud. Sistemas Alternativos de Atención Bucodental. Serie Inf. Tec. 750. Ginebra: OMS; 1987.
- 21) Batista Moliner R. El Médico de la Familia en la Vigilancia de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(2): 63-77.
- 22) Benítez Puente M, Rodríguez Llanes R, González MJ. Instrumentos de Medición de los Resultados del Trabajo en Estomatología General Integral. Rev Cubana Estomat 1998; 35(3):86-91.