

## MORBILIDAD CAUSADA POR LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD BUCAL EN PACIENTES HAITIANOS. MISION MILAGRO

*Dra. Yasmilda Leyva Labrador<sup>1</sup>, Dra. Nivia Sánchez Fernández<sup>1</sup>, Dr. Jorge Serrano Sánchez<sup>1</sup>, Dra. Marcia Colás Costá<sup>2</sup>, Dra. Elizabeth Rodríguez Trejo<sup>1</sup>, Dra. Deisy Suárez Zafra<sup>3</sup>, Dra. Yismay Baile Labrador.<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo transversal en 100 pacientes haitianos atendidos en la Misión Milagro para determinar la morbilidad causada por los principales problemas de salud bucal según la OMS, en el período septiembre-noviembre de 2005. Para identificar la morbilidad por caries dental se utiliza el índice de CPO-D para denticiones permanentes, el de CEO-D para denticiones temporales, examen clínico para diagnosticar la presencia de Periodontopatías y el Índice de Maloclusiones de la OMS para estas. Se realizan diagnósticos presuntivos para las lesiones mucosas. La población examinada presentó una mayor morbilidad por caries dental, seguida de las Periodontopatías, lo que coincide con la OMS.

*Palabras clave:* MORBILIDAD BUCAL/CARIES DENTAL/  
PERIODONTOPATÍAS/ MALOCUSIONES.

### INTRODUCCION

Los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) en salud sintetizan el consenso internacional en cuanto a los problemas cruciales que necesitan atención priorizada de gobiernos, organismos internacionales y sociedad en general, para cambiar la actual situación de inequidad del mundo. El cumplimiento de estos objetivos depende, en gran medida, de la voluntad

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructor.*

<sup>2</sup> *Especialista de II Grado en Periodoncia. Profesor Auxiliar.*

<sup>3</sup> *Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Instructor.*

<sup>4</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

política de los gobiernos, la participación activa de todas las instituciones y actores sociales y, de manera muy especial, del desarrollo de las capacidades de los recursos humanos para lograr estas metas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado especial atención a este tema y se esfuerza por movilizar sus recursos institucionales y humanos en dirección de las mencionadas metas en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud y los gobiernos nacionales a partir de sus prioridades.

Han ocurrido cambios en la realidad de los países de la región y en el entorno internacional que han movido el enfoque de la cooperación técnica desde mecanismos de asistencia técnica directa, hacia la prioridad de la movilización de recursos nacionales, subnacionales y a otros niveles combinados con la gestión del conocimiento científico y técnico.

Los países han desarrollado capacidades propias y muchos centros y redes trabajan de hecho para lograr estas metas en distintos escenarios en la región; por lo que existe un potencial enorme para fomentar la integración de estas capacidades en la dirección de los ODM en Salud. Los centros colaboradores de la OMS son una modalidad de cooperación técnica internacional valiosa pero los mecanismos actuales de institucionalización de su estatus no responden a la dinámica de las necesidades que plantean los países y los cambios mencionados y, en particular, al cumplimiento de los ODM en salud.<sup>1</sup>

Considerando la gravedad de la crisis social por la que atraviesa Haití y la prioridad que le asigna la OPS, los centros colaboradores y las instituciones de excelencia reafirman su disposición para trabajar en los problemas que requieren urgente intervención en esa hermana nación.

Debe conocerse que dado su estado de pobreza, más de 4 millones y medio de latinoamericanos y caribeños requieren de este servicio anualmente y no lo reciben, y más de medio millón pierde la visión cada año, muchas veces sin haber sido examinados nunca por un médico.<sup>2, 3</sup>

La ingente tarea de preservar y devolver la vista a no menos de 6 millones de latinoamericanos y caribeños y de formar 200 mil profesionales de la salud en 10 años no tiene precedentes en el mundo.<sup>4</sup>

El 30 de junio se habló de extender la Misión Milagro a los países del Caribe; 81 días después, el número de caribeños operados de la vista en nuestro país ascendía ya a 4 212.<sup>4,5</sup>

La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; con mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre comidas y ausencia de hábitos higiénicos. Afecta primordialmente a la primera edad, mientras que las periodontopatías se manifiestan principalmente en los adultos.

Siendo las afecciones bucales uno de los agentes causales de enfermedades oftalmológicas y de la pérdida de visión, nos propusimos realizar este estudio para conocer el estado de salud bucal en los pacientes haitianos que fueron atendidos en el Hospital General Docente Dr. Augustinho Neto del municipio Guantánamo en la Misión Milagros.

## **METODO**

Se realiza un estudio descriptivo transversal para determinar la morbilidad causada por los principales problemas de salud bucal, según la OMS, en pacientes haitianos atendidos en la Misión Milagro, provincia Guantánamo, durante el trimestre septiembre - noviembre de 2005. El universo de estudio está constituido por 385 pacientes, de los que se tomó una muestra de 100 pacientes, a los que se les pidió su consentimiento informado.

Los datos son obtenidos del examen estomatológico realizado a cada uno de ellos y vaciados en la historia clínica de salud bucal individual. Las variables analizadas son: edad, sexo, Índice de COP, caries dental, periodontopatía, maloclusión y lesiones mucosas.

Se realiza revisión de documentos, investigaciones, tesis de grado y maestría, bibliografía sobre el tema de los último 5 años, sitios web que abordan la temática referida, para el esclarecimiento, comparación y proyección de los resultados del estudio.

## RESULTADOS Y DISCUSION

En el estudio realizado predominó el sexo masculino con 61 pacientes para un 61.0 % con respecto al femenino (39 féminas) para un 39.0 % (Ver Tabla 1).

La caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población y sus efectos negativos se hacen más evidentes en la medida que la edad es creciente. En 1999, según el Ministerio de Salud, 95 % de la población colombiana de más de 20 años presentaba historia de caries dental. La situación de la caries es similar para los países latinoamericanos. Por ejemplo, en Perú para el año 2000 el índice de caries en población adolescente de 12 años fue 5.6, valor que es superior a la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud para el mismo año. Estos datos son similares a los encontrados para Colombia en el tercer estudio de salud bucal, en donde la población adolescente entre los 15 y 19 años presentó un índice COP de 5.4, pero a los 12 años fue de 2.3.

En los países subdesarrollados el aumento de la prevalencia de caries dental se debe a un aumento constante del consumo de hidratos de carbono, la incorporación irregular de programas de flúor cuando estos existen, y la carencia en la oferta a la población de programas preventivos e integrales en los servicios estomatológicos.

La morbilidad por caries en nuestro estudio prevaleció en el grupo etario de 35-39 años con el 57.1 %, encontrando en estos pacientes factores de riesgo como la higiene bucal deficiente y una dieta cariogénica. Estos resultados coinciden con los de Rauseaux M.<sup>6</sup>, donde la prevalencia por caries dental fué de un 73 %, y el factor de riesgo predominante fue la higiene bucal deficiente, similares resultados también obtuvo Delgado M.<sup>7</sup> en una investigación sobre el Estado de salud bucal en la población cubana.

Gómez S.<sup>8</sup> en un artículo publicado en Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria con el título de Epidemiología de la caries dental en Canarias, refiere que sólo un tercio, el 32.8 % de los escolares entre 7 y 12 años se cepillan 3 veces al día; otro tercio lo hace una vez, pero el 11.1 % no se cepilla, esto es un aspecto de la vigencia de malos hábitos de higiene oral que tiene el 22.2 %, seguido del 56.7 % de regulares.

Coincidimos con la doctora Cynthia Pine<sup>9</sup> de la Universidad de Dundee, Escocia que opina que el modo y estilo de vida en los países pobres, continúa siendo *la* determinante más influyente en el estado de salud de la población.

En cuanto al índice de COP-D según grupo de edad (Tabla 2), el índice más alto corresponde al grupo de edades de 60 y más (10.4 %) y el índice de COE más alto fue en el grupo de 5 a 9 años de edad con un valor de 1,5.

La morbilidad bucal por periodontopatías tuvo mayor prevalencia en los pacientes de 60 años o más, con 13 pacientes para un 65 %, seguido por el de 55-59 con 9 pacientes para un 52.9 %. Estos resultados no coinciden con un estudio de morbilidad realizado por Jiménez C.<sup>10</sup> donde los pacientes geriátricos fueron los más afectados por enfermedad periodontal.

En cuanto a la morbilidad bucal producida por maloclusiones, los pacientes de 5 a 14 años fueron afectados en su forma leve, en el 50 %, encontrándose presente en ellos hábitos deformantes como la succión digital y la deglución atípica, en el grupo de 5 a 9 años y en el de 10 a 14 la queilofagia y onicofagia. Estos resultados coinciden con el estudio de Moreno B.<sup>10</sup>, donde se corroboró la prevalencia de las maloclusiones en el 52.9 % de los casos, y el 75 % de estos practicaba algún hábito bucal deformante. Debemos destacar también, que en nuestro estudio constatamos un predominio de maxilares grandes en estos pacientes, aspecto característico de la raza negra, sin embargo fue muy frecuente la Macrodoncia, existiendo por tanto discrepancia hueso-diente-negativa para el correcto alineamiento.

La morbilidad por lesiones mucosas se comportó con un predominio en los pacientes de 60 años o más, siendo la estomatitis subprótesis la de mayor incidencia, con 18 pacientes afectados para un 45 %, encontrándose en ellos factores de riesgo tales como prótesis de más de 10 años de uso, prótesis desajustadas e higiene bucal deficiente, seguido de las leucoplasias, con un número de 3 pacientes para un 5 %, de los cuales 2 de ellos el 75 % fuman y consumen bebidas alcohólicas y el 100 % come comidas calientes y con abundante picante, aspecto que esta presente en el 87 % del universo de estudio. Sólo se reportó un caso de fibroma para un 1.1 %. No se registraron otras lesiones mucosas en esta población. Coincidimos con Gutierrez R.<sup>11</sup> quien refiere que la afección oral más frecuente en el paciente adulto mayor es la estomatitis subprotésica.

Según los estudios de FOLA La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población desfavorecidos y pobres, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Enfermedades

bucodentales como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa oral y los cánceres orofaríngeos, las relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los traumatismos dentofaciales son importantes problemas de la salud pública en todo el mundo.

Gestal O.<sup>13</sup> refiere el importante papel que tienen los factores sociocomportamentales y ambientales en la salud bucodental. Además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo guardan relación con el modo de vida (una dieta, nutrición e higiene bucodental deficientes, y el consumo de tabaco y alcohol) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucodental.

## CONCLUSIONES

En la población estudiada predominó el sexo masculino, el grupo de edad de 60 y más, los factores de riesgo que más inciden en esta población son la higiene bucal deficiente, las comidas calientes y picantes, el tabaquismo y las prótesis mal ajustadas. Los principales problemas de salud continúan siendo la caries dental y las periodontopatías, coincidiendo con la OMS.

## RECOMENDACIONES

Extender este estudio hacia las demás provincias del país, para conocer la morbilidad bucal de la población atendida en la Misión Milagro en Cuba.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Declaración de La Habana. Declaración del I Taller Internacional de Centros Colaboradores de la OMS e instituciones de excelencia científica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
2. Discurso pronunciado por el Presidente de la República de Cuba, Fidel Castro Ruz, en el acto por el Día Internacional de los Trabajadores, con las incorporaciones que le hizo al texto escrito mientras lo pronunciaba y algunos puntos añadidos. Plaza de la Revolución. Primero de Mayo de 2005. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

3. Discurso pronunciado en el acto de constitución del Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastre y Graves Epidemias "Henry Reeve" y graduación nacional de estudiantes de medicina, La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
4. Discurso pronunciado en el acto con motivo de la primera graduación de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Teatro "Carlos Marx", 20 de agosto de 2005. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
5. Discurso pronunciado en el acto conmemorativo del aniversario 40 del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, el 17 de octubre de 2002. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
6. Rousseaux SM. Aspectos principales de salud bucal en embarazadas. Policlínico Armando García. Santiago de Cuba. Febrero - Junio 2002. Trabajo para optar por el título de Especialista en 1er Grado en Estomatología General Integral. Santiago de Cuba; 2003.
7. Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Felipe Alfonso A. Estado de salud bucal en la población cubana, 1995. Rev. Cubana Estomatol 1999; 37(3): 217-29.
8. Gómez Santos G, Doreste Alonso JL, Sierra López A, Serra Majem LL. Epidemiología de la caries dental en los escolares de 7 y 12 años de Canarias. Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria. 1998; 14(Supl.1): 617-623.
9. Pine C. La salud oral de los jóvenes. Escocia: Universidad de Dundee; 2001.
10. Jiménez-Castellanos Ballesteros E, López M. La prótesis dental en gerodontología. En. Bullon Fernández P, Velasco Ortega E. Odonto estomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: JMIC; 1996.p.353-60.
11. Moreno Barrial Y; Betancourt Ponce J: Prevalencia de las maloclusiones en la dentición mixta ocasionadas por traumatismo en la dentición temporal. Revista Cubana Ortodoncia. 16 (1) 2001: 59 - 64.
12. Gutierrez Robledo LM. Afecciones orales. En: Anzula Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. Washintomg: Organización Panamericana de la salud; 1997.p.199-201.Publicación Científica NO. 546
13. Gestal Otero JJ. Caries y periodontopatías. E; Medicina Preventiva y salud publica.8 ed. Barcelona: Salvat; 1990.p.762-82.

**TABLA 1. EDAD Y SEXO**

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
5 - 9	-	-	2	100	2	2.0
10 - 14	1	50.0	1	50.0	2	2.0
15 - 19	4	80.0	1	20.0	5	5.0
20 - 24	1	33.3	2	66.6	3	3.0
25 - 29	3	50.0	3	50.0	6	6.0
30 - 34	3	60.0	2	40.0	5	5.0
35 - 39	5	71.4	2	28.6	7	7.0
40 - 44	6	66.6	3	33.3	9	9.0
45 - 49	5	45.4	6	54.5	11	11.0
50 - 54	9	69.2	4	30.8	13	13.0
55 - 59	11	64.7	6	35.3	17	17.0
60 y más	13	65.0	7	35.0	20	20.0
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>61.0</b>	<b>39</b>	<b>39.0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Fuente: Historia clínica de salud bucal individual.*

**TABLA 2. INDICE DE COP Y GRUPOS DE EDAD.**

GRUPO DE EDAD	EXAMINADOS	c	o	e	coe - d	C	O	P	COP - D
5 - 9	2	1	2		1.5				
10 - 14	2	1			0.5	2	3		2.5
15 - 19	5					7	5	2	2.8
20 - 24	3					6	5	5	5.3
25 - 29	6					13	7	8	4.6
30 - 34	5					5	5	10	4.0
35 - 39	7					15	8	11	4.8
40 - 44	9					10	6	27	4.7
45 - 49	11					16	21	31	6.1
50 - 54	13					22	17	52	7.0
55 - 59	17					33	26	87	8.6
60 y más	20					31	27	151	10.4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>0.04</b>	<b>160</b>	<b>130</b>	<b>514</b>	<b>8.1</b>

**TABLA 3. MORBILIDAD BUCAL POR CARIES DENTAL Y GRUPOS DE EDAD.**

GRUPO DE EDAD	EXAMINADOS	CARIES DENTAL	
		No.	%
5 - 9	2	1	50.0
10 - 14	2	1	50.0
15 - 19	5	2	40.0
20 - 24	3	1	33.3
25 - 29	6	3	50.0
30 - 34	5	1	20.0
35 - 39	7	4	57.1
40 - 44	9	4	44.4
45 - 49	11	5	45.4
50 - 54	13	4	30.7
55 - 59	17	8	47.1
60 y más	20	7	35.0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>41.0</b>

**TABLA 4. PERIODONTOPATIAS Y GRUPOS DE EDAD.**

GRUPO DE EDAD	EXAMEN	PERIODONTOPATIAS	
		NO.	%
30 - 34	5	1	20
35 - 39	7	1	14.2
40 - 44	9	3	33.3
45 - 49	11	2	18.1
50 - 54	13	6	46.1
55 - 59	17	9	52.9
60 y más	20	13	65.0
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>35</b>	<b>42.6</b>

**TABLA 5. MALOCLUSIONES Y GRUPOS DE EDAD.**

GRUPO DE EDAD	EXAMINADOS	MALOCLUSION LEVE		MALOCLUSION MODERADA O SEVERA	
		No.	%	No.	%
5 - 9	2	1	50	-	-
10 - 14	2	1	50	-	-
15 - 19	5	2	40	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>44.4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

*% obtenido en base a n=9*

**TABLA 6. LESIONES MUCOSAS Y GRUPOS DE EDAD.**

GRUPO DE EDAD	EXAMEN	ESTOMATITIS SUBPROTESIS		LEUCOPLASIA		FIBROMA	
		No.	%	No.	%	No.	%
15 - 19	5						
20 - 24	3						
25 - 29	6						
30 - 34	5			1	20.0		
35 - 39	7						
40 - 44	9	1	1.11			1	1.11
45 - 49	11	2	18.2				
50 - 54	13	2	15.4				
55 - 59	17	4	23.5	1	5.8		
60 y más	20	9	45.0	1	5.0		
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>18</b>	<b>18.7</b>	<b>3</b>	<b>3.2</b>	<b>1</b>	<b>1.1</b>

*% obtenido en base a n=96*