

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE CIEGO DE AVILA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JOSE ASSEF YARA

TITULO: Comportamiento del estado de salud bucal general de la población del municipio Libertador del estado Carabobo.

Tesis en opción al título de Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral.

AUTOR: Ivon del Rosario Companioni.

AÑO 2016

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE CIEGO DE AVILA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JOSE ASSEF YARA

TITULO: Comportamiento del estado de salud bucal general de la población del municipio Libertador del estado Carabobo.

Tesis en opción al título de Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral.

AUTOR: Ivon del Rosario Companioni.

Estomatólogo General Básico.

Clínica Estomatológica Primero de Enero.

TUTOR: Marbelys León Rosado.

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

Profesor Instructor.

Clínica Estomatológica Primero de Enero.

AÑO 2016

AGRADECIMIENTOS

A todos los maestros que he tenido durante mi vida, pues cada uno ha contribuido a mi formación como profesional y de diversas maneras despertaron mi interés por las ciencias. De ellos con amor a la Dra. Ibeth Armas Peña y especialmente a la Dra. Marbelys León Rosado quien es mi tutora y es un digno ejemplo para las nuevas generaciones de estomatólogos.

A mis familiares, pues me han ofrecido su ayuda incondicionalmente y me han apoyado de las más disímiles maneras. A mis padres, que despertaron en mí el interés por el estudio y por mi superación personal. A mi hijo quien me inspira a asumir la vida con valor y coraje.

A los pacientes que participaron incondicionalmente en esta investigación y me abrieron las puertas de su intimidad para ofrecerme la información que aquí se muestra.

A usted, que se interesó por el tema y ahora lee mi tesis.

A todos muchas gracias...
La autora.

DEDICATORIA

Especialmente a mis padres, hermana, y a mi hijo por haber logrado en mi lo que soy hoy en día, por todo su amor y cariño, por su dedicación, por constituir mis ejemplos a seguir a lo largo de todos estos años, por su aliento constante y comprensión, en fin...por todo.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el período comprendido entre Marzo y Octubre del 2014 con el objetivo de determinar el comportamiento del estado de salud bucal general de la población del municipio Libertador del Estado Carabobo en Venezuela. La investigación consistió en la aplicación de la Encuesta de Salud Buco- Dental. Formularios OMS de Evaluación de la Salud Buco-Dental. 1997(modificado 2009). El universo estuvo constituido por el total de pacientes pertenecientes al municipio y la muestra por 150 pacientes escogidos de manera aleatoria, divididos en seis grupos de edades. Como resultados se obtuvo que los signos de alteración en la ATM fueron más frecuentes que los síntomas, fundamentalmente en la porción izquierda, la mayoría de la población estudiada no presentó ningún tipo de alteración de la mucosa bucal, predominó la oclusión normal y la aparición de maloclusiones fue más frecuente en la arcada superior, la afección gingival más frecuente fue la gingivitis leve, el Índice COP-D más elevado se presentó en el grupo de 60-74 años de edad.

INDICE

Contenido	Página
Introducción.....	1
Marco Teórico.....	5
Materiales y Métodos.....	12
Resultados y Discusión.....	20
Conclusiones.....	33
Recomendaciones.....	34
Referencias Bibliográficas.....	35
Anexos.....	-

INTRODUCCION

La promoción de salud y prevención de enfermedades se ha ejecutado por muchos años. Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional, las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyéndose en un reto de la Estomatología su extensión y logro.

Para ello se hace necesario que los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar los enfermos, sino fomentar la salud de las personas, que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la salud buco dental.

La vigilancia epidemiológica es una herramienta valiosa del sistema de salud que garantiza el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública, teniendo como elemento básico la disseminación de la información a los que necesitan conocerla para la toma de decisiones.

Sus objetivos son conservar la salud bucodental de la población, o sea, mantenerla sana y garantizarle atención estomatológica de por vida, incrementar la cobertura de la vigilancia con los recursos disponibles, al disminuir la prevalencia, severidad y la morbilidad de las enfermedades bucales y conservar el mayor número de dientes funcionales.

Dentro de sus fuentes de información se encuentran los estudios epidemiológicos que se basan en el método de salud bucal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se realizan cada 5 años. Las encuestas de salud son un método

fácil y sencillo de aplicar, que requiere poco personal e instrumentos para su realización.

Las encuestas básicas de salud bucodental se utilizan para recoger información sobre el estado de salud bucal y las necesidades de tratamiento de la población y para vigilar los cambios de los niveles de morbilidad o de las tendencias de ésta. Así se puede evaluar la idoneidad y efectividad de los servicios que se proporcionan y planear o modificar los servicios de salud bucodental y los programas de formación, según sea necesario. Las encuestas básicas de salud bucodental no están destinadas a acopiar información sobre los factores etiológicos que influyen en la distribución o la gravedad de las enfermedades, ni acerca de la efectividad clínica de los distintos procedimientos preventivos o terapéuticos. Sin embargo, la información obtenida en las encuestas básicas puede emplearse para vigilar aspectos de la efectividad de los servicios de asistencia bucodental.

En el año 1984 se realizó en Cuba, el primer estudio Nacional para establecer metas y evaluar la situación de salud bucal. Las metas propuestas fueron promulgadas teniendo en cuenta los principales problemas de salud en el área de la Odonto-Estomatología.

En el año 1998, además de encuestar una muestra representativa del país, también se estudió en una muestra significativa de cada provincia. Dicha encuesta incluyó nuevas secciones sobre evaluación de los trastornos extraorales, la mucosa, las opacidades e hipoplasias del esmalte, estado de la oclusión y necesidades de prótesis.

Después del estudio realizado en 1984 y a partir de los resultados obtenidos, se establecieron las metas nacionales de salud bucal a alcanzar por quinquenios hasta el año 2000, así como las acciones de salud a desarrollar para su consecución. Posteriormente, en los años 1989, 1995 y 1998 se llevaron a cabo

nuevas investigaciones, que hoy permiten comparar los resultados, a fin de conocer el avance obtenido nacionalmente en cada una de las metas y por lo tanto, la evolución del estado de salud de las poblaciones. (1)

A partir de este año se efectuaron estudios con vistas a evaluar la evolución de los resultados de estas metas de forma sistemática. Los indicadores y criterios que se describen son los de la OMS referidos en su publicación Encuesta de Salud Bucal. Métodos Básicos. Cuarta edición. 1997. Modificado 2009.(2)

En Venezuela, el cuadro de salud dominante tiene un carácter eminentemente curativo. Cuando debería tener entre sus principios fundamentales la salud de la población. Actualmente para mejorar la calidad de vida de las personas, se realizan acciones sociales, a partir de los principios de gratuidad y accesibilidad, con la colaboración internacionalista del gobierno cubano.

Basados en estas experiencias y debido al desconocimiento sobre el estado de salud bucal de la población en el municipio Libertador en el presente año, me propuse realizar esta investigación para conocer el estado de salud bucal de la población, con el objetivo de determinar de manera detallada el estado de salud del municipio y de esta forma trazar políticas, tomar decisiones, diseñar programas y crear estrategias de salud más efectivas o que puedan contribuir con más efectividad a elevar la calidad de vida y mejorar las condiciones de salud bucal de dicha población. De la misma manera se podrá elaborar un plan de acción para darle solución a los principales problemas detectados.

Problema Científico:

¿Cómo determinar el comportamiento de la salud bucal de la población del municipio Libertador del estado Carabobo?

Objetivo general de la investigación: Determinar el comportamiento del estado de salud bucal general de la población del municipio Libertador. Estado Carabobo. Venezuela. Durante el período comprendido entre Marzo y Octubre del 2014.

Objetivos Específicos:

- 1- Identificar la prevalencia de alteraciones de la articulación temporomandibular en la población de 12-74 años.
- 2- Describir las alteraciones de la mucosa bucal más frecuentes.
- 3- Determinar el índice de maloclusión en la población de 5 a 18 años.
- 4- Evaluar el estado de salud periodontal.
- 5- Identificar la prevalencia de caries dental.

Novedad Científica:

Esta investigación evalúa la situación de la salud bucal y las necesidades de tratamiento de colectividades y poblaciones, por tal razón define en gran medida la salud en la población, captura información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud bucal e intenta reflejar la situación sanitaria de la población.

El aporte práctico está dado porque mide la amplitud con la que se satisfacen las necesidades actuales de asistencia, la naturaleza y amplitud de los servicios de prevención, curación y restauración requerida y los recursos necesarios para establecer, mantener, ampliar o reducir un programa de asistencia sanitaria oral, incluyendo una estimación del número y el tipo de personal necesario.

La originalidad de la investigación está en que no se han encontrado en el estado Carabobo antecedentes de investigaciones relacionadas con el estado de salud bucal general de la población.

MARCO TEORICO

La salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico en que los factores conductuales o estilo de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos interactúan no solo para deteriorarla, sino también para incrementarla y preservarla. (3)

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de Salud Pública. (4)

Como parte indisoluble del Sistema Nacional de Salud Cubano y de su visión se encuentra la estrategia de Estomatología la cual ha alcanzado metas de salud bucal comparables a los países más desarrollados y recursos humanos con una alta preparación científica, que es reconocida internacionalmente. (3)

Con la finalidad de agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos dirigidos a mantener al hombre sano, y garantizar la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la ejecución de las acciones de salud bucal, se creó el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral (PAINE) que tiene como propósito incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando todos los elementos del sistema y la comunidad. Su fin es alcanzar un mejor estado de salud bucal y calidad en la atención a la población. (5)

A fin de lograr este propósito es necesaria la implementación de herramientas de evaluación epidemiológicas. La Epidemiología es la rama de la medicina cuya metodología de trabajo permite la investigación y conocimiento de causas, objetivos y condiciones de los problemas de salud que actúan sobre la comunidad permitiendo la solución y la evaluación de los mismos.(6)

Es en el año 1982 que la FDI (Federación Dental Internacional) a propuesta de la OMS (Organización Mundial de la Salud) comienza la introducción de un método para el estudio del estado de Salud Bucal de Comunidades y Países e introduce una serie de indicadores de salud bucal comparativos que permite evaluar el resultado de los diferentes programas preventivos, tecnologías, cobertura de salud y su impacto sobre la salud bucal de los individuos, teniendo en cuenta la importancia que para la salud general, la calidad de vida y la repercusión económica que sobre los estados poseen las afecciones estomatológicas, las cuales se caracterizan por una elevada prevalencia y una alta morbi-mortalidad. Estos indicadores son conocidos como Metas para la Salud Bucal, que se determinaran teniendo en cuenta el medio básico de la OMS en su primera versión y su cuestionario adjunto que incluye diferentes índices epidemiológicos. (7)

Las enfermedades más prevalentes a nivel mundial son la caries dental, las enfermedades de las encías y los tejidos de soportes del diente (periodontopatías), las maloclusiones, alteraciones de la ATM y en menor grado el cáncer bucal. (8)

La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.

Es una de las enfermedades de mayor prevalencia, afectando a más del 90% de la población. Se clasifica como una enfermedad transmisible e irreversible. Su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos de las poblaciones. (9)

La enfermedad periodontal por su parte ha sido considerada el segundo problema de salud bucal, la patología de esta enfermedad abarca tanto tejidos duros como blandos, su mayor índice de ataque ocurre aproximadamente a partir de los 35 años de edad, es de distribución universal, está presente en todas las latitudes y civilizaciones, no respeta sexo, edad, raza ni cultura, es de carácter acumulativo y destructivo. (10)

La gingivitis o inflamación de las encías, afecta aproximadamente al 80% de los niños en edad escolar y más de un 70% de la población adulta ha padecido o padece de algún tipo de estas enfermedades. (11)

Los trastornos de la oclusión se sitúan por debajo de la caries y la enfermedad periodontal en términos de la cantidad de personas afectadas. Una buena oclusión o oclusión normal es la condición esencial para que los dientes realicen en las mejores condiciones su función masticatoria. La oclusión dentaria es la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto a los del otro cuando se cierra desarrollando la mayor fuerza, ejerciendo la presión sobre los molares y quedando en posición normal los cóndilos de la mandíbula. (12).

La articulación temporomandibular (ATM) es una articulación bilateral del tipo diartrosis (libremente móvil) constituida por el cóndilo mandibular y la cavidad glenoidea del temporal conectados por una cápsula fibrosa y lubricados por el líquido sinovial. Estas superficies óseas están unidas por una cápsula y

ligamentos. Dividiendo esta articulación en dos compartimentos, está su menisco. Guardan íntima relación con esta articulación los músculos de la masticación y los submandibulares: supra e infrahiodeos. Los movimientos básicos de esta articulación son de rotación y traslación.(13)

La prevalencia de las enfermedades de la articulación temporomandibular es elevada, el 60% de la población mundial, presenta algún signo de alteración funcional del sistema, en las edades comprendidas entre los 15 y los 40 años de edad. Las entidades nosológicas que afectan la ATM tienen características propias, de ahí que querer establecer una clínica común es algo muy difícil. Su etiología es multifactorial. Son varios los factores que pueden desencadenar los trastornos de la ATM, como son: desarmonías oclusales, factores psicológicos, traumas extrínsecos y microtraumas, restauraciones dentarias, protésicas y de ortodoncia no funcionales, trastornos degenerativos, enfermedades neurológicas, enfermedades sépticas. (14)

Otras de las enfermedades que se presenta en la población es el cáncer bucal que se ha denominado como un proceso tumoral que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, apareciendo en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división. Fue Hipócrates (460-370 a.n.e) quién descubrió por primera vez el cáncer y definió su grave pronóstico.

El cáncer bucal constituye un gran problema de salud en todo el mundo. Si bien la mortalidad que éste produce no es tan elevada como la de otros tipos de cáncer, al menos provoca deformaciones cosméticas y funcionales, convirtiéndose en una agresión a la psiquis del paciente en el caso en que no de al traste con la vida de éste. La tasa bruta mundial de mortalidad por cáncer bucal es de 9.2 en el hombre y de 3.2 en la mujer x 100 000 habitantes. Se ha encontrado que la tasa de cáncer bucal es más alta en los blancos que en los negros. (15)

La prevalencia de estas enfermedades son expuestas también a través de las encuestas sobre salud bucodental que tienen además como función básica el proporcionar una idea de conjunto sobre salud y necesidades de tratamiento poblacional con el fin de vigilar la evolución de las tasas de morbilidad. Nos permiten conocer:

- la medida en que los servicios odontológicos existentes responden a las necesidades de la población.

- la naturaleza y cuantía de los servicios de prevención y restauración necesarios.

- los recursos necesarios para implantar, mantener, aumentar o reducir los programas de salud bucodental, estimando las necesidades cuantitativas y el tipo de personal requerido (16)

Para realizar una encuesta epidemiológica se necesitan índices como herramientas que permitan conocer la presencia de la enfermedad, su evolución, gravedad, necesidad de tratamiento, recursos, etc. (17)

Las encuestas de salud bucal son una herramienta indispensable para el conocimiento de los estados de salud de poblaciones, para el conocimiento de la incidencia y prevalencia de numerosas enfermedades que se encuentran presente en la actualidad. (18)

Estudios realizados por Yépez y colaboradores, señalan las encuestas de salud como la estrategia encaminada a desarrollar el potencial en el conocimiento de los estados de salud de individuos y poblaciones, que genera medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar. (19)

Peralta y Fujimoto señalan que es fundamental la participación permanente de la familia en las encuestas de salud bucal aplicadas a los menores de edad, para establecer así una mutua complementariedad.(20)

Navas y colaboradores, reafirman la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud bucal, con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para conocer estados de salud bucal de la población infantil. (21)

Evidencia lo expuesto anteriormente el estudio realizado en Chile por diferentes doctores en el año 2015 con el objetivo de conocer el estado de salud bucal de la población infantil en áreas urbanas y rurales y de esta establecer comparaciones. (22)

Igualmente en este año en Acapulco, México, se realizó una encuesta de salud cuyo objetivo fundamental fue orientar la dirección hacia donde deben encaminarse los esfuerzos y las acciones para el mejoramiento continuo en los servicios públicos de salud, con el fin de mejorar el estado de salud bucal de la población. (23)

De igual manera en España se han realizado numerosas encuestas, su primer estudio sobre prevalencia de enfermedades bucales fue en el año 1969 y fue publicado por Gimeno de Sande en 1971. (24) En el año 1983 el Ministerio de Sanidad y Consumo encargó a la OMS un informe sobre la salud bucodental. En 1990 se publicó el tercer estudio de ámbito nacional por Sicilia y cols. Finalmente en el 2002 se publica el quinto y último estudio epidemiológico. (25)

En Cuba En el año 1984 se realizó en Cuba, el primer estudio Nacional para establecer nuestras propias metas y evaluar la situación de salud bucal. Posteriormente en los años 1989, 1995 y 1998 se llevaron a cabo nuevas investigaciones. (1)

No se han encontrado estudios que reflejen de alguna manera el estado de salud bucal de la población venezolana, hecho que puede estar relacionado a que la misma tiene un carácter eminentemente curativo. Hasta el comienzo de la Misión Médica Cubana en este hermano país, la mayoría de las consultas estomatológicas pertenecían al sector privado de ahí su carácter curativo y no preventivo.

Con este trabajo pretendo conocer el estado de salud de la población del municipio Libertador del estado Carabobo y de esta manera orientar hacia donde debe dirigirse el trabajo de prevención y promoción de salud en estas personas con el objetivo de eliminar o reducir estados de salud desfavorables.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en la población del municipio Libertador del estado Carabobo para conocer el comportamiento del estado de salud bucal de dicha población, en el período comprendido desde Marzo - Octubre 2014.

El universo estuvo constituido por 3530 pacientes que pertenece al municipio Libertador del estado Carabobo.

La muestra estuvo compuesta por 150 pacientes pertenecientes a cinco consultorios del municipio, agrupados en seis grupos de edades (5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74.).

Para seleccionar la muestra se siguió la metodología establecida en el manual Encuesta de Salud Bucal confeccionado en el año 2009 por la Dirección de Estomatología del Ministerio de Salud Pública.

El muestreo se realizó básicamente en dos etapas:

Una primera etapa que consistió en la selección de 5 consultorios médicos y una segunda etapa donde se seleccionaron las 150 personas a ser encuestadas (30 por cada consultorio).

En la primera fase muestral se realizó una selección sistemática donde se estableció un orden predeterminado que incluyó todos los consultorios del médico de la familia del municipio, estratificados según área de salud.

De cada uno de los 5 consultorios escogidos se procedió a la selección de 30 personas por cada uno de los grupos de edades expuestos a continuación: 5 a 6 años, 12, 15, 18, 35 a 44 y 60 a 74 años.

Previamente se obtuvo de cada consultorio el listado de todas las personas correspondientes a las edades escogidas.

Para cada grupo de edad se realizó la selección de los 30 casos correspondientes por un muestreo sistemático.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes pertenecientes a los consultorios seleccionados.
- Pacientes con las edades requeridas.
- Pacientes que deseaban participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Personas que no estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.
- Personas que no pudieron ser contactadas por estar ausentes de su casa durante el período de realización de la encuesta.
- Personas con incapacidad de responder a las preguntas y que vivían solas.
- Pacientes con enfermedad en estadio terminal.

Los **métodos y técnicas** de investigación empleados fueron:

Del nivel teórico:

El método **histórico – lógico**: Estos métodos permiten unir el estudio de la estructura del objeto de investigación y la concepción de su historia, parte de una revisión exhaustiva de toda la evolución en el tiempo que han tenido los estudios sobre el estado de salud bucal del municipio Libertador del estado Carabobo.

El método lógico, para poder conocer el estado de salud bucal debe basarse en los datos que le proporciona el método histórico es decir la evolución de la misma, de manera que no constituya un simple razonamiento especulativo.

El método **analítico - sintético**: Estos procesos permitieron estudiar la trayectoria desde una base objetiva, con la identificación del estado de salud bucal, para medir la amplitud con la que se satisfacen las necesidades actuales de asistencia.

El **dialéctico - materialista**: durante toda la investigación dado su carácter científico.

El **deductivo- inductivo**: posibilita que a partir del conocimiento del estado de salud bucal de la población se podrá llegar a conclusiones y cumplir el objetivo propuesto.

Métodos empíricos:

Encuesta: dirigida a la población del municipio Libertador de Maracaibo para conocer el estado de salud bucal de dicha población. (Anexo 1)

Observación: para la evaluación clínica de los pacientes encuestados.

Revisión de documentos: revisión de la historia clínica para determinar estado de salud bucal de la población en estudio.

Métodos estadísticos.

Cumplen una función relevante ya que contribuyeron a determinar la muestra de sujetos a estudiar, tabular los datos empíricos obtenidos y establecer las generalizaciones apropiadas a partir de ellos.

Para cumplir los objetivos, las variables se introdujeron en una base de datos, se resumió la información calculando porcentajes.

Se utilizó una PC Pentium IV con ambiente XP y los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS para Windows 7.

El software que se emplearon fueron Microsoft Word, Microsoft Excel, Epiinfo. Los resultados obtenidos se expresaron en forma tabular para facilitar su análisis y comprensión.

Evaluación de los resultados finales:

Se realizó a través de todo el proceso de intervención, con la participación de la población seleccionada para el estudio, con la observación al final de cada una de las encuestas para verificar si el objetivo se había cumplido.

Procedimiento:

Se pidió la autorización para la realización de la investigación (Anexo 2), se coordinó con la dirección de cada uno de los CDI donde se encontraban los 5 consultorios a participar en la investigación, se acordó los sábados en la tarde como el día que iba a ocupar el estudio. Se destinó el local de rehabilitación de cada uno de los CDI para aplicar la encuesta.

La investigación se realizó en 10 sesiones de trabajo (2 sesiones por consultorio), con el objetivo de encuestar 15 pacientes por sesión con una duración de 2 horas. Se determinó el estado de salud bucal a través de la encuesta.

Principales variables a estudiar.

1-Edad

1.1 5-6

1.2 12

1.3 15

1.4 18

1.5 35-44

1.6 60-74

2- Sexo

2.1 Femenino

2.2 Masculino

3- Síntomas de alteración de la ATM izquierda y derecha.

3.1 No

3.1 Chasquido Articular

3.2 Dolor a la palpación muscular

3.3 Dificultad a los movimientos de apertura y cierre

3.4 Dolor espontáneo de la articulación

3.5 Dolor a la palpación de la articulación

3.6 Dolor al movimiento

3.7 No presenta

4- Signos de alteración de la ATM izquierda y derecha.

4.1 No

4.2 Chasquido audible

4.3 Contractura maseteriana

4.4 Reducción apertura oral (<30mm)

4.5 Reducción de la apertura a movimientos de lateralidad y propulsión (<8mm)

4.6 Desviación de la mandíbula a la apertura

4.7 No presenta

5-Tumor maligno.

5.1 Si

5.2 No

6-Leucoplasia.

6.1 Si

6.2 No

7-Estomatitis subprótesis.

7.1 Si

7.2 No

8- Úlceras.

8.1 Si

8.2 No

9-GUNA.

9.1 Si

9.2 No

10- Candidiasis.

10.1 Si

10.2 No

11- Abscesos.

11.1 Si

11.2 No

12-Otras

12.1 Cual

13-Índice de maloclusiones de la OMS en la arcada superior e inferior.

13.1Ligera: uno o más dientes girados, inclinados o con leve apiñamiento o espacio que interrumpe la alineación normal en la arcada superior. Puede ser tratada sin aparatología fija.

13.2Moderada o severa: anomalías esqueléticas y no esqueléticas complejas en la arcada superior. Es tratada con aparatología fija.

13.3 Sin alteración: ninguna anomalía en la arcada.

14- Estado periodontal

14.1 Sano: encía sana, sin evidencia de alteración. Coincide con un índice de Russel de 0 puntos.

14.2 Gingivitis leve: área de inflamación en la encía libre, no circunscribe al diente, apariencia radiográfica normal. Coincide con un Índice de Russel de 1 punto.

14.3 Gingivitis severa: área de inflamación en toda la encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial. Apariencia radiográfica normal. Coincide con un índice de Russel de 2 puntos.

14.4 Gingivitis con bolsa: ruptura de la adherencia epitelial y evidencia de bolsa paradontal. No hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria. Pérdida ósea horizontal. Coincide con un índice de Russel de 6 puntos.

14.5 Destrucción avanzada con pérdida de la función: destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad evidente. Pérdida ósea avanzada, superior a la mitad de la raíz del diente. Coincide con Índice de Russel de 8 puntos

14.6 No registra: Incluye los casos que no se le realizó Índice de Russel (portadores de prótesis total).

15-Índice CPO-D. Perdidos o indicado para extracción.

15.1 0-28

16- Índice CPO-D. Cariados.

16.1 0-140

17- Índice CPO-D. Obturado

17.1 0-140

18- Índice ceo-d. Cariados.

18.1 0-100

19- Índice ceo-d. Perdidos o indicado para extracción.

19.1 0-20

20- Índice ceo-d. Obturado.

20.1 0-100

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar: Con los datos recogidos en el cuestionario se elaboró una base de datos en Microsoft Excel.

Se calcularon porcentajes como medidas de resumen para variables cualitativas así como promedios para el caso de variables cuantitativas. Los parámetros fueron hallados de manera puntual y por intervalos de confianza utilizando el software de procesamiento estadístico EMUCO 1.0.

Ética del estudio:

La investigación se desarrolló con previo consentimiento de todo el personal encuestado. Se elaboró un documento de información para su inclusión en la investigación (Anexo 3) que fue presentado a cada uno de los participantes, explicándoles que su incorporación era totalmente voluntaria, pudiendo abandonar el estudio en el momento que lo quisieran. La aceptación de cada uno de ellos quedó plasmada en el documento de Consentimiento Informado (Anexo 4) mediante su nombre y firma. En el caso de los niños se contó con la aprobación de sus tutores legales. El instrumental estomatológico utilizado cumplía con el protocolo de esterilización establecido. Todo paciente encuestado que presentara alguna patología bucal fue remitido para recibir tratamiento ya fuera al nivel primario o secundario. Todo paciente recibió igual atención independientemente de querer o no participar en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 1. Pacientes según presencia o no de síntomas en la ATM y lado afectado. Comportamiento del estado de salud bucal general de la población del municipio Libertador del estado Carabobo. Marzo-Octubre 2014.

ATM	Presentan síntomas		No presentan síntomas	
	No	%	No	%
Derecha	16	12.8	109	87.2
Izquierda	16	12.8	109	87.2

Fuente: Encuesta

En la Tabla 1 y 2 se muestra la distribución de casos mayores de 12 años según afección de la articulación temporomandibular.

Nótese en la Tabla I que los síntomas de alteración en la ATM se comportaron de idéntica manera con 16 pacientes afectados para un 12.8%, 109 pacientes no presentaron síntomas en ninguna de las articulaciones por lo que el % es de 87.2. No existe criterio estadístico para afirmar que la existencia de síntomas a nivel de la ATM sea más frecuente en una de las dos articulaciones.

Tabla 2. Pacientes según presencia o no de signos en la ATM y lado afectado.

ATM	Presentan signos		No presentan signos	
	No	%	No	%
Derecha	22	17.6	103	82.4
Izquierda	19	15.2	106	84.8

En la tabla 2 se observa que los signos de alteración en la ATM se evidenciaron en la muestra con más frecuencia en la derecha (22 pacientes afectados) que en

la izquierda (19 casos) para un 17.6% y 15.2% respectivamente. Sin embargo no se puede afirmar que en la población este comportamiento sea similar. Sí se puede decir que un alto porcentaje de la población no presentó signos de alteración de la ATM tanto izquierda como derecha. Tampoco se puede determinar el predominio a nivel poblacional de los signos sobre los síntomas.

Los desórdenes de la ATM fueron reconocidos desde los tiempos de Hipócrates pero adquirieron importancia a principio de 1930. En 1955 se utilizó por primera vez el término de síndrome de dolor disfunción de la ATM aunque también es utilizado el término síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular, pues estructuras vecinas a la articulación (músculos y sistema dentario) hacen más amplio dicho término. También es conocido como síndrome dolor disfunción miofacial. (25, 26)

El reconocimiento temprano de un trastorno en la ATM permite realizar un tratamiento acertado para devolver la armonía al sistema masticatorio y favorecer un adecuado desarrollo. El tratamiento descansa en tres principios básicos: correcta identificación de la enfermedad, identificación del agente causal y eliminación del agente etiológico y del daño provocado, y será determinado por el médico o dentista basándose en la edad, estado general de salud e historia médica del paciente, grado de avance de la enfermedad, la tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias, expectativas para la trayectoria de la enfermedad, y opinión o preferencia. (27, 28)

El síndrome de dolor disfunción de la ATM, a pesar de tener una alta incidencia a nivel mundial (el 60% de la población mundial presenta algún síntoma o signo de afección), en esta investigación la mayoría de los pacientes no presentaron evidencias de afección en ninguna de las articulaciones. (29)

Se han realizado varios estudios donde diferentes autores plantean que, con mayor frecuencia se daña la articulación derecha más que la izquierda, esto se

debe a que la mayoría de los pacientes tienen mayores pérdidas dentarias en la boca en dicha hemiarcada. Estos resultados concuerdan por los obtenidos por Franks (1967) que plantea que la disfunción ocurría con más frecuencia en el lado de mayores pérdidas dentarias, y en consecuencia, en el opuesto de masticación preferida. (30).

Tabla 3. Pacientes según tipo de alteración de la mucosa.

Alteración de la mucosa	Numero	%
Úlcera	8	5.3
Estomatitis Subprotesis	7	4.7
Abceso	4	2.7
Leucoplasia	1	0.7
Candidiasis	1	0.7
Tumor	0	0
GUNA	0	0
Otras	0	0

En la Tabla 3 se muestra la distribución de pacientes según afectación de la mucosa bucal presente. En cuanto a la condición de la mucosa bucal, 129 pacientes de la muestra estudiada no presentaron ningún tipo de alteración, este resultado es algo llamativo, pues es bien sabido que las alteraciones de la mucosa son mucho más frecuentes que las encontradas en el estudio.

Las alteraciones de la mucosa encontradas con mayor frecuencia en la muestra fueron las úlceras bucales con 8 pacientes afectados que representa un 5.3 %, las estomatitis subprótesis con 7 pacientes para un 4.7%, los abscesos con 4 pacientes con 2.7% y 1 paciente con leucoplasia y candidiasis respectivamente que representa un 0.7 %. Mediante estos resultados se pudo

observar que la probabilidad de aparición de estas lesiones en nuestra población es mayor que la de los tumores malignos y la GUNA, aunque no se puede determinar precisamente cual es la más frecuente.

Las úlceras constituyen una de las más frecuentes urgencias en Estomatología, es una forma de ulceración que afecta a la mucosa bucal, dolorosa, con pérdida de la continuidad del epitelio, de presentación frecuente, variable en forma, número y tamaño. La ocurrencia de esta afección es considerada por varios investigadores como alta, aportando cifras de un 5 a un 66% con una media de 20%, variando entre distintos tipos de población. Aunque se presenta en ambos sexos, las mujeres generalmente son más susceptibles que los hombres. Ninguna edad está exenta de ella, por lo general es más frecuente en jóvenes.

La estomatitis subprótesis es una zona de enrojecimiento localizado correspondiente al uso de una prótesis no ajustada que lesiona la mucosa bucal. Los abscesos pueden ser agudos (se caracteriza por la presencia de colección purulenta iniciada a nivel de los tejidos periapicales de un diente) o crónicos (proceso inflamatorio crónico de poca virulencia y larga duración en el que existe una invasión de microorganismos al periápice que se localiza en el hueso alveolar periapical, donde ocurre lisis de tejido y aparece la presencia de pus limitada por una fibrosis, que puede acompañarse de un proceso fistuloso y drenar en forma continua o intermitente). (5)

La leucoplasia es una mancha o placa blanquecina que constituye la expresión de una alteración de la queratinización y que clínica o histológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida. Las manchas son blanquecinas, blanco grisácea o blanco amarillenta, de superficie lisa, agrietada o rugosa, con sus bordes bien limitados o poco precisos. Es considerada una lesión premaligna de la cavidad bucal. Afecta mayormente a los hombres por estar más expuestos a los factores de riesgo.

La candidiasis se manifiesta en forma de placas blancas, blandas, ligeramente elevadas, adheridas a la mucosa bucal, preferentemente en la región vestibular y lengua, pero también en paladar, encías y piso de boca, que al ser raspadas deja una superficie eritematosa, sangrante y dolorosa. En casos graves puede involucrar toda la boca.

Debido a la habitual alta prevalencia del cáncer bucal es necesaria la realización de un correcto examen bucal, el propósito fundamental es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables. (31,32, 33)

El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes. Los pacientes con lesiones traumáticas sospechosas deben ser remitidos al especialista para su diagnóstico y tratamiento. Para el examen de la boca existe una técnica descrita para el examen de PDPCB que divide la boca en 8 pasos, facilitando la inspección sistemática, debiendo comenzar por los labios, siguiendo por los carrillos, paladar duro y blando, base de la lengua y lengua móvil en sus caras dorsal y ventral, suelo de la boca, encía, dientes y cadenas ganglionares. (15, 17, 34)

Tabla 4. Personas de 5 a 18 años según Índice de maloclusión de la OMS en la arcada superior.

Índice de maloclusión de la OMS	Numero	%
Normal	61	61
Ligera	22	22
Moderada o Severa	17	17
Total	100	100

En tabla 4 se aprecia claramente el comportamiento de las maloclusiones al aplicar el Índice de la OMS en la arcada superior, a través del cual se pudo apreciar un predominio de la oclusión normal con un 61%. Las maloclusiones ligeras en la muestra predominaron con 22 pacientes sobre las moderadas o severas con 17, pero no se puede inferir que en la población se comporten de la misma manera porque no existe criterio estadístico que lo sustente.

Tabla 5. Personas de 5 a 18 años según Índice de maloclusión en la arcada inferior.

Índice de maloclusion de la OMS	Numero	%
Normal	70	70
Ligera	18	18
Moderada o Severa	12	12
Total	100	100

En la tabla 5 se observa el comportamiento de las maloclusiones en la arcada inferior, donde se pudo apreciar un predominio de la oclusión normal con un 70%. Las maloclusiones ligeras en la muestra predominaron con 18 pacientes sobre las moderadas o severas con 12, pero tampoco se puede inferir tal comportamiento a la población.

La maloclusión es una entidad difícil de definir, ya que la percepción individual de lo que constituye una maloclusión, difiere mucho entre las personas y las culturas. Existen varios problemas para medir la oclusión como son las diferentes percepciones culturales de lo que constituye una maloclusión, diferentes percepciones de maloclusión entre los ortodoncistas y los estomatólogos y las dificultades en lograr un adecuado grado de consistencia en el uso de Índices de Maloclusión. Las complejidades de la maloclusión han llevado a los investigadores

a pensar que la maloclusión funcional es prácticamente imposible de medir con propósitos epidemiológicos.

El índice de maloclusiones de la OMS evalúa de manera general la presencia de maloclusiones a partir de tres criterios: oclusión normal, maloclusión leve y maloclusión moderada o severa.

Los trastornos de la oclusión se comienzan a manifestar en las primeras etapas de la vida, de ahí que su tratamiento en estos períodos, sean eficientes y con resultados más estables que en etapas posteriores.

Según diferentes estudios el comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35% a 75%, con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, contribuyendo a la maloclusión aproximadamente de 40% a 85%.

El resultado obtenido de las maloclusiones ligeras, moderadas y severas son similar y comparable con los obtenidos por Peters cuando aplicó similar cuestionario en Tailandia. (35, 12)

Iglesias Parada, estudió las maloclusiones, también teniendo en cuenta el criterio de severidad. La distribución de las mismas fue la siguiente: el 54% de ellas fueron ligeras, el 37% moderadas y el 9% severas coincidiendo los resultados donde se observó un orden decreciente de aparición de las maloclusiones según aumentaba su severidad. (36)

Tabla 6. Pacientes según categorías del índice de Rusell.

Índice de Rusell.	Numero	%
Sano	74	50.7
Gingivitis leve	60	41.1
Gingivitis severa	8	5.5
Formación de bolsa	3	2.1
Movilidad con pérdida de la función	1	0.7
Total	146	100.0

En cuanto a las condiciones periodontales se pudo observar que 74 pacientes de la muestra escogida, se encontraban sanos desde el punto de vista periodontal que representan un 50.7%, el 41.1% de la muestra presentaba gingivitis leve. Estos datos resultaron ser los de mayor significación, y basándonos en los criterios estadísticos, en la población se comporta de la misma manera, es decir que existe semejante prevalencia de la población sana como la que presenta gingivitis leve. El 5.5% de la muestra presentó gingivitis severa, el 2,1% gingivitis con bolsa y solamente 1 paciente presentó destrucción avanzada con pérdida de la función.

El índice parodontal de Russell, forma OMS revisado (IP- R), fue desarrollado en 1956 por Russell como una herramienta epidemiológica para comparar la prevalencia relativa de la enfermedad parodontal en diferentes poblaciones, aunque actualmente su uso ha disminuido. Es capaz de medir tanto la inflamación gingival como el grado de destrucción ósea.

En este índice se toman en consideración la inflamación, la formación de bolsa y la movilidad dentaria, asignándole un puntaje a los diferentes criterios. Con este índice se puede determinar rápidamente tanto la prevalencia como la gravedad de las periodontopatías de una población, ha sido muy utilizado en Cuba.

Teniendo en cuenta que este índice registra la condición del diente más afectado, estos datos mostraron que las afecciones presentes decrecen en la medida que aumenta la gravedad, elemento positivo que demostró el correcto trabajo en el estado parodontal. La enfermedad parodontal tiene muchos factores de riesgo que influyen en su aparición, además de su severidad, por lo que es necesario encaminar las acciones de promoción y prevención a controlar dichos factores.

La presencia de placa dentobacteriana y cálculo son los factores de riesgo más abundantes. El Instituto de Investigaciones Odontológicas de Zulia Maracaibo, autores Cubanos como Rodríguez y Hernández, SotresBorghlli de Rosario, Argentina, Toledo de Brasil, Parfitt de Inglaterra y Russell, reportan estadísticas, donde la acumulación de placa por deficiente higiene bucal está fuertemente asociada con la enfermedad gingival establecida, comportándose esta como un importante factor de riesgo de la misma, por lo que se reporta una relación significativa entre higiene oral e inflamación gingival. (37, 38)

El Dr. Joany Duque de Estrada, Dr. Amado Rodríguez, Dra. Gisela Countin Marie y Dra. Flora Reverón Herrera y los estudios clásicos de Løe (1965), también reportan una relación significativa entre higiene oral e inflamación gingival, basándose sobre observaciones de la enfermedad periodontal en Estados Unidos y en todo el mundo. Russell afirma que la enfermedad gingival raras veces aparece en ausencia de placa y cálculos. Todas estas investigaciones encuentran una estrecha relación entre la gingivitis y la higiene bucal.

Estos resultados son similares a los reportados en Inglaterra, Brasil, Rosario Argentina y los comunicados por la OMS.

La prevalencia de la gingivitis en esta investigación fue aproximadamente de un 49%, estos resultados son superiores a los encontradas por otros autores del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social donde un 45% de la población en

Caracas, Venezuela, estaba afectada, (39) e inferiores a los de Cuba que reportan un 52% en la evaluación del año 2006.(43, 37).Otros estudios en un grupo mixto en Escocia, reporta afectación en el 68% por gingivitis, también Dutta, estudia un grupo mixto en Calcuta (India) y en un grupo de 1424 encontró prevalencia de la gingivitis de un 69,8%. (40).

Tabla 7. Dientes cariados, obturados y perdidos e índice ceo-d en la población de 5 a 6 años.

Afección	Cantidad
Dientes cariados	18
Dientes obturados	17
Dientes perdidos	2
Índice ceo-d	1.5

En cuanto al Índice ceo-d, el dato de mayor connotación resultó ser la cantidad de caries encontradas con 18 en una muestra de 25 pacientes, seguido por las obturaciones con 17 y 2 dientes perdidos para un índice de 1,5. Estos resultados son alarmantes si se tiene en cuenta que en esta edad, aun no debe haber comenzado en la mayoría de los casos, el período de dentición mixta y que éste índice solamente tiene en cuenta los dientes temporales, por lo tanto las afecciones fueron encontradas en los mismos.

Los resultados obtenidos denotan primeramente, un bajo nivel de educación para la salud de la familia, donde tiende a subvalorarse el papel de la dentición

temporal, por no saber las graves consecuencias que puede traer para los pequeños su pérdida prematura.

Desde el punto de vista epidemiológico el índice que más se utiliza para expresar la prevalencia de caries es el índice ceo-d, que fue desarrollado por Gruebbel durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en 1944. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Diversos autores reportan que estos dientes son susceptibles a la caries dental, considerada la misma como una enfermedad multifactorial, iniciada tras la erupción dental, que en todas las épocas y particularmente, en todo el mundo, muestra una enorme desproporción en su magnitud, respecto a todas las posibles alteraciones de la salud bucal que puede ocasionar.

Tal es el caso de García L, Pertersen PE, Pitts y Fraiz FC de países con un desarrollo económico y social coherente con Venezuela (Colombia, Tailandia, Gran Bretaña y Brasil) que evalúan y analizan las actitudes y creencias acerca de las prácticas cotidianas en la salud oral y el papel de la dentición temporal, donde se le resta importancia de su conservación sana, los vínculos en edades tempranas con la actividad curativa en estomatología y sus riesgos.

Consideramos que la familia, las instituciones sanitarias y la escuela, responsables de la salud y tratamiento de los niños, no están priorizando como está indicada esta edad. (12, 41, 42,43)

Tabla 8. Dientes cariados, obturados y perdidos e índice CPO-D según grupos de edades.

Grupo de edades	Dientes cariados	Dientes obturados	Dientes perdidos	Índice CPO-D
12	24	34	0	2.3
15	28	52	17	3.8
18	18	107	9	5.4
35-44	48	163	120	13.2
60-74	21	70	395	19.4
Total	139	426	541	8.8

En la tabla 8 quedó reflejado el estado de la dentición permanente en los diferentes grupos de edades, donde se pudo observar que a medida que aumenta la edad, aumenta el valor del índice, lo que se considera como un comportamiento natural de la enfermedad por caries dental, que provoca que se arribe a la tercera década de vida con la pérdida dentaria provocada en edades más tempranas.

En el grupo de edades de 35-44 años se presentó la mayor cantidad de caries y obturaciones, con 48 y 163 respectivamente, el mayor número de extracciones se presentó en el grupo de edades de 60-74 años con 395, lo que trae consigo que el valor más elevado del Índice CPO-D también se encontró en este grupo, cifra

bastante elevada que denota la insuficiente labor realizada de promoción, prevención y curación. En los grupos de 12, 15, 18 y 35-44, el componente más representativo fueron las obturaciones, lo que denota una orientación hacia la actividad curativa, aunque si seguimos el desarrollo natural de la enfermedad, también encontramos fallas en las actividades de promoción y prevención.

Desde el punto de vista epidemiológico, el índice que más se utiliza para expresar la prevalencia de caries es el CPO-D que fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se consideran sólo 28 dientes.

Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El Índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. El valor que alcanzó dicho índice en nuestro estudio a la edad de 12 años fue de 2,3, no coincidiendo con resultados obtenidos en otros países en el año 2006 que encontraron un índice CPO-D menor o igual que 2. (44)

Las caries son ocasionadas por un grupo de microorganismos que se encuentran presentes en la cavidad bucal y se encargan de convertir los alimentos, especialmente los azúcares y almidones, en ácidos que al unirse con las bacterias y detritus de alimentos forman la placa dentobacteriana. Esta crea orificios en los dientes dando lugar a las caries. Una vez diagnosticada la caries se puede eliminar el material cariado para reemplazarlo con material reconstructivo, si no se trata a tiempo, puede producir la muerte de las estructuras internas y la pérdida final del diente. (45)

CONCLUSIONES

- No fue significativa la presencia de síntomas y signos en la ATM.
- Las alteraciones de la mucosa bucal más frecuentemente encontradas fueron las aftas bucales y la estomatitis subprótesis.
- Existió un predominio de la oclusión normal.
- En cuanto al estado de salud periodontal hubo predominio de la gingivitis leve.
- El Índice COP-D más elevado se presentó en el grupo de 60-74 años de edad.

RECOMENDACIONES

-Realizar nuevos estudios donde se explore la temática de nuestra investigación en una muestra mayor de la población.

-Reforzar el trabajo de promoción, prevención y curación sobre la salud bucodental, priorizando las actividades encaminadas a la gingivitis leve.

-Realizar un plan de acción que permita dar solución a los problemas de salud bucal de la población, reforzando acciones de promoción y prevención de enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1-Ministerio de salud bucal. Área de asistencia médica y social. Dirección de Estomatología. Manual Encuesta de Salud Bucal. Proyecto Nacional. La Habana, Cuba. Julio 2012.

2-Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. Rev. Cubana Estomatol. 2001; 39(2):90-110.

3-Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. MINSAP 2011

4-Chávez Mario M. Estomatología Social, 1972. Ediciones Revolucionarias.

5-Colectivo de autores. Guías Prácticas. MINSAP. IV ed. Ciudad de la Habana 2014.

6-Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A, González Ramos R, Gil Ojeda E. Programa Nacional de Estomatología Integral a la Población.[Serie en Internet].Ciudad de la Habana, Cuba; Febrero 2002 [citado 6 de junio del 2011] Disponible en:
<http://aps.sld.cu/bvs/programa/otros/estomatología/pogramanaciona.pdf>.

7-Carranza FA. Periodontología Clínica de Glickman. Epidemiología de la enfermedad gingival y periodontal. Editorial Pueblo y Educación. 1983 pp 314-348. [Serie en Internet].Ciudad de la Habana, Cuba; Abril 2011 [citado 10 de marzo del 2012] Disponible en:
<http://aps.sld.cu/bvs/programa/otros/estomatología/pogramanaciona.pdf>.

8-Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios, cálculo dental, gingivitis intensa y periodontitis avanzada. Epidemiología bucal. El Cuadro 5 y el Gráfico 1

informan sobre el número de piezas. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/epidemiologia.htm> - 30k -sep2011.

9-Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Estado de Salud Bucal de la Población, 1995. Rev. Cubana Estomatol 1999; 37(3):217-29.

10-Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A. Factores de riesgo en la predilección de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev. Cubana Estomatol 2001; 39(2):11. [Serie en Internet]. Ciudad de la Habana, Cuba; junio 2010 [citado 18 de diciembre del 2011] Disponible en:
<http://aps.sld.cu/bvs/programa/otros/estomatología/pogramanaciona.pdf>.

11-Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Epidemiología de la enfermedad periodontal. La gingivitis se define como la inflamación de la encía con las características de cambio de Disponible
http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev7/maritza_osorio.pdf -sep2012.

12-García L, Estrada J. Prevalencia de enfermedades bucodentales y análisis de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en salud oral en escolares. Rev. Federal Odontol Colon 2000; 197 [Fecha de acceso 2011/04/04]. URL disponible en: <http://www.encolombia.com/foc5819700perfil.htm>.

13-Baker SR. Malignant Neoplasmas of the oral cavity in :Cummings CH, ed. Otolaryngology head on neck surgery. 2da ed. St. Luis: Mosby year Buk; 2010 pp. 1248-1305. [citado 21 de abril del 2012] Disponible en:
<http://aps.sld.cu/bvs/programa/otros/estomatología/pogramanaciona.pdf>.

14-García-Fajardo Palacios, C; Cacho Casado, A; Fonte Trigo, A; Pérez -Varela, J C. La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares.

RCOE v.12 n.1-2 Madrid ene.-jun. 2011 [Sitio en Internet] MEDLINE. Hallado en <http://www.lasermedia.com>. Obtenida: 15 junio 2011.

15-Sociedad americana del cáncer. Hechos acerca del cáncer bucal. [Sitio en Internet] MEDLINE. Hallado en <http://www.lasermedia.com>. Obtenida: 15 junio 2011.

16-Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, CasalsPeidró E. Servicios públicos de salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA 2012 [Disponible en http://www.infomed.es/sespo/libro_legislacion.pdf]. Barcelona: SESPO, 2012. Ed. nº2.

17-Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. Rev. Cubana Estomatol. 2001; 39(2):90-110.

18-Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo 2002. Síntesis de Resultados. Santiago de Chile, 2011. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2011/sintesisiscensal.pdf>

19-Yépez Zambrano MA, et al. Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral. Fase I. Hospital de Nazareth. Bogotá, D.C., 2010. Disponible en: <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/sonrisa.pdf>. Fecha de consulta: 07/12/2010.

20-Peralta E MV, Fujimoto GG. La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI. Organización de Estados Americanos (OEA). Chile. 1998. Disponible en: <http://www.worldbank.org/children/crianca/docs/publi1.pdf>. Fecha de consulta: 04/02/2005.

21-Navas R, et al. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *Interciencia* 2002;27(11):631-4.

22-Consuelo Cabrera; María Ignacia Arancet; Danitza Martínez; Alfredo Cueto, Sebastian Espinoza. *Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural*.2015. [Disponible en *International journal of odontostomatology* versión On-line ISSN 0718-381X. *Int. JOdontostomat.* vol.9 no.3 Temuco dic. 2015 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000300001> *Int. J. Odontostomat.*, 9(3):341-348, 2015.

23-Salvador Reyes-Fernández, Sergio Paredes-Solís, José Legorreta-Soberanis, Norma Samanta Romero-Castro, Miguel Flores Moreno, Neil Andersson. Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. 2015. [citado 2016 Mar 01]; 113(5): 411-418. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000500006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.411>.

24-Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2010. [www.msc.es, acceso enero 2005]: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

25-WHO. Actualizaciones epidemiológicas periódicas [Disponible en <http://www.whocollab.od.mahse/index.html>]. Consulta: Agosto-2011

26-Trastornos de la ATM, <http://www.secom.org>, 27 de noviembre de 2011.

27-Trastornos de la ATM, <http://es.wikipedia.org>, 23 de agosto de 2011.

28-Symptoms of mandibular dysfunction. *Acta Odontol Scand* 1984, 42(3):227-82.

29-Marimón Torres, María E. Medicina Bucal I, Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2013.

30-Okenson JP. Oclusión y afectaciones Temporomandibulares. 3 ed., Mosby, España, 1995.

31-Droukas B, Lindee C, Carlsson G. Relationship between occlusal factors and signs and symptoms of mandibular dysfunction. Acta Odontol Scand 1984, 42(3):227-82

32-ChiarottiBoero S. El derecho humano a la salud. [Serie en Internet]. Google: [aprox.5. Disponible en: <http://www.cajpe.org.pe/rij/bases/doctrina/clad1.htm...> Jun- 2010. Obtenida: 15 junio 2011.

33-MINSAP. Afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. En: MINSAP. Guías prácticas de estomatología .La Habana:Ed. Ciencias Médicas;2003 Pp 476-477.

34-Mallo Pérez L, Rodríguez Baciera G, Lafuente U. Pesquisaje de lesiones premalignas de la cavidad bucal. [Sitio en Internet] Google Hallado en <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php>. Obtenida: 19 junio 2011.

35-Madiedo Camargo, JF. Evaluación de estado de Salud Bucal de la población de la provincia. 2013

36-Petersen P. The World oral health report 2003;31 (Supl. 1):3.

37-Iglesias Parada IM. La salud oral en la dentición primaria. Avances en Odontoestomatología, versión impresa ISSN 0213-1285 AvOdontoestomatol v.19

n.1 Madrid ene.-feb. 2003 [Sitio en Internet] MEDLINE. Hallado en <http://www.lasermedia.com>. Obtenida: 21 junio 2011.

38-Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 14: 1 de Julio- Diciembre de 2001.

39-Carranza, F.A. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica de Odontología General. Periodontología Clínica de Glickman. Edit. Pueblo y Educación. Pág. 298, 1983.

40-Instituto de Investigaciones Odontológicas: forma OMS revisada. Encuestas de Salud Oral. Facultad de Odontología, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.2000.

41-Bascones A.: Tratado de Odontología Tomo III 1ª ed. Editorial Trigo S. A .Madrid, 2014.

42-Carranza, F.A. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica de Odontología General. PeriodontologíaClínica de Glickman. Edit. Pueblo y Educación.Pág.298, 1983.

43-Petersen PE, Oral health status and oral health behaviour of urban and rural school children in southern Thailandia.Int Dent J 2001; 51(2):95-102.

44-Fraiz FC,. Study of the factors associated whit dental caries in childern who recive early dental care. PesquiOdontol Bras 2001;15(3):201-7.

45-Pitts NB, The dental caries experince of 5 years old children in Great Britain. 2005-6.

46-Caries dentales.Causa, incidencia y factores de riesgo. [Sitio en Internet] Google. Hallado en <http://www.christushealth.org/DrTango/encyclopedia/viewarticle.asp?request=1055&exte...25/01/2006> Obtenida: 21 abril 2014.

47-Caries dentales. Tratamiento. [Sitio en Internet] Google Hallado en <http://www.christushealth.org/DrTango/encyclopedia/viewarticle.asp?request=1055&exte...25/01/2006> Obtenida: 11 mayo 2011.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de Salud Buco – Dental. Formularios OMS de Evaluación de la Salud Buco – Dental. 1997 (Modificado) Año 2009.

Estado: _____ Municipio: _____ Encuestador: _____

Fecha: _____ Encuesta No. [/] [/] [/] [/]

Área de Salud: _____ CMF . _____

Información General:

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad en Años:

Sexo: (M=1, F=2)

Nivel Educativo:

1. Primaria sin termina
2. Primaria terminada
3. Secundaria terminada
4. Técnico Medio terminado
5. Pre Universitario
6. Universitario

7. Incapacitado Mental
8. Círculo Infantil
9. Vías no Formales
10. Edad Pre escolar no Institucionalizado
11. No escolarizado

Situación Laboral:

1. Estudiante
2. Obrero
3. Técnico o Profesional
4. Ama de casa
5. Jubilado
6. Cuentapropista
7. Desocupado
8. Otros: _____
9. No se registra

Evaluación Clínica:

Examen Extra oral:

Examen de la ATM

0. Apariencia Extra oral normal
1. Anomalías en piel y mucosas en cabeza y cuello.
2. Nódulos Linfáticos agrandados
3. Asimetría facial
9. No se registra

- A
Síntomas (A)
0. No
 1. Chasquido Articular
 2. Dolor palpación muscular
 3. Dificultad Movimiento de apertura y cierre
 4. Dolor espontáneo Art
 5. Dolor palpación Art
 6. Dolor al movimiento
 9. No presenta

- B
Signos (B)
0. No
 1. Chasquido, sonido audible
 2. Contracturamasetérica
 3. Reducción apertura oral (<30mm)
 4. Reducción apertura a movimientos de lateralidad y propulsión (<8mm)
 5. Desviación de la mandíbula a apertura
 9. No presenta

Movilidad Dentaria

0. No presenta
1. En ocasiones
2. Siempre
9. No se registra

Interferencias

0. No presenta
1. En propulsión
2. En lateralidad
3. En PMI
9. No se registra

Desgaste dentario

0. No presenta
1. En el 1/3 incisal
2. En el 1/3 medio
3. Tres tercios de corona
9. No se registra

Síntomas		Signos	
D	I	D	I

Examen Intraoral: Mucosa Oral: (diagnóstico presuntivo, excepto el cáncer bucal)

Condición: ____

- 0 – Normal
- 1 – Tumor Maligno (Cáncer Oral)
- 2 – Leucoplasia
- 3 – Estomatitis Subprótesis
- 4 – Ulceras (aftosa, herpética, traumática)
- 5 – Gingivitis necrotizante aguda
- 6 – Candidiasis
- 7 – Absesos
- 8 – Otras Condiciones: _____

Anomalías dentofaciales: Oclusión

Índice de Estética Dental (DAI) (12 a 18 años)

1. **Dentición** (S) []+[] (I) * 6 = []

Cantidad de incisivos, caninos y premolares que faltan.

2. **Apiñamiento en los segmentos incisales:**

[] * 1 = []

- 0 = no hay segmentos apiñados
- 1 = un segmento apiñado
- 2 = dos segmentos apiñados

3. **Espacio en los segmentos incisales:**

[] * 1 = [] 0 = no hay segmentos espaciados

1 = un segmento espaciado

2 = dos segmentos espaciados

4. **Diastema en la línea media dado en milímetros**

[] * 3 = []

5. **Irregularidad anterior en el maxilar (S) y en la mandíbula (I), dado en milímetros** (S)[] * 1 +

(I)[] * 1 = []

Índice de maloclusiones(5 a 18 años)

- 0 – Sin alteración S
- 1 - Ligera
- 2 – Moderada o Severa I
- 9 – No se registra

6. **Overjet anterior en el maxilar (S) y en la mandíbula (I), dado en milímetros** (S)[] * 2

+ (I)[] * 4 = []

7. **Mordida abierta anterior vertical, dada en milímetros** [] * 4 = []

8. **Relación molar anteroposterior; mayor desviación de lo normal, ya sea derecha o izquierda:**

[] * 3 = []

0 = normal

1 = media cúspide (mesial o distal)

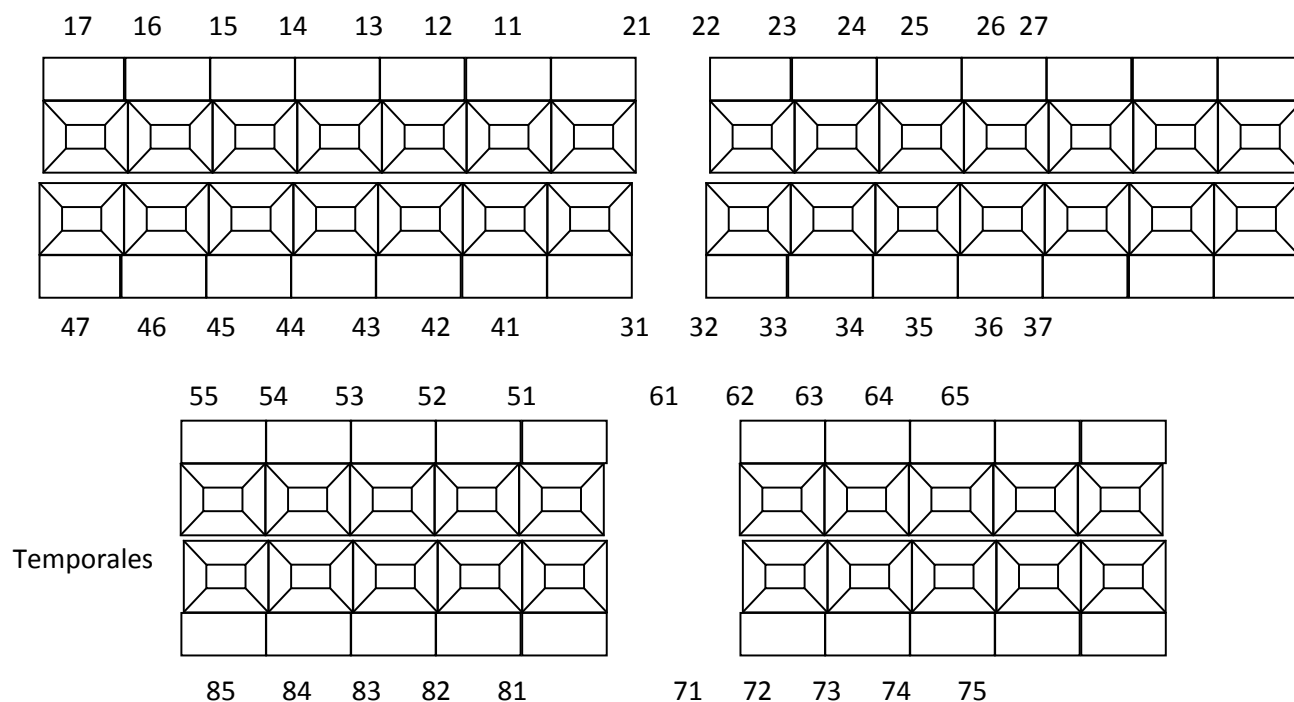
2 = una cúspide completa o más (mesial o distal)

Cálculo: suma [] + 13 = []

Clasificación: []

- 1) ≤ 25 : oclusión normal
- 2) 26 – 30: maloclusión definitiva
- 3) 31-35: maloclusión severa
- 4) ≥ 36 : maloclusión muy severa
- 9) no se registra

Dentograma Permanente



Estado de la Dentición: TEMPORALES

PERMANENTES

Código	Total Dientes	Total Superficies	Código	Total Dientes	Total Superficies
A – Sano			0- Sano		
B – Cariado			1- Cariado		
C – Obturado con Recidiva			2- Obturado con recidiva		
D – Obturado			3- Obturado		
E – Extraído por Caries			4- Extraído por Caries		
F – Extracción Indicada			5- Extraído por otra razón		
F. a) Por caries			6 - Extracción indicada		
F. b) Por otra razón			6.1- Extracindic por Caries		
G – Puente, corona o implante			6.2 – Extracindic por Period		
T – Trauma			6.3 Extracindic por otra razón		
9 – No se registra			7 – Puente, corona o implante		
			8 – No brotado		
			T – Trauma		
			9 – No se registra		

CARIES: Por ciento de Dientes con Caries en la Corona: _____ en la Raíz: _____

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
C														
Raíz														

	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
C														
Raíz														

ÍNDICE DE CARIES RADICULAR

VERIA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERIA

R-N: recesión gingival presente, superficie radicular sana.
 R-D: recesión gingival presente, superficie radicular cariada.
 R-F: recesión gingival presente, superficie radicular obturada.
 No R: sin recesión gingival en la superficie, sin caries radicular,
 sin obturación radicular. -----
 M: perdido -----

Total Superficies: _____
 Total Superficies: _____
 Total Superficies: _____
 Total Superficies: _____
 Total dientes: _____

Anexo 2. Consentimiento Informado de los jefes de ASIC.

Yo _____ jefe del CDI _____, con número de identidad _____ he sido informado por parte de la autora de esta investigación sobre las características y objetivos de este estudio y la autorización para realizar el mismo en dicha institución.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma _____

(Jefe de ASIC)

Fecha _____

Anexo 3. Consentimiento informado del personal que se incluya en la investigación.

Libertador ____ de _____ de 2014.

Por medio de este documento usted expondrá que fue informado de su participación en la investigación y que ha comprendido el propósito de la misma, por lo que decidió sin ninguna objeción ser incluido.

Nombre (s) y Apellidos: _____

Firma: _____