Artículos originales

Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos

Determining the Oral Health Status of Disabled Patients of the Area VII in Cienfuegos

Ana Belkys Hernández Millán[1] Irma Aracelia Sueiro Sánchez[1] Caridad Delfina Manresa Peñalver[2] Zenia Lissette Hernández Millán[3] Dania Lissette Hurtado Sánchez[4] Teresita de Jesús Barrio Pedraza[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Policlínico Manuel Fajardo, Palmira, Cienfuegos, Cuba
[3] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[4] Secundaria Básica Luis Pérez Lozano, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Hernández-Millán A, Sueiro-Sánchez I, Manresa-Peñalver C, Hernández-Millán Z, Hurtado-Sánchez D, Barrio-Pedraza T. Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 28]; 4(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287

Resumen

Fundamento: la discapacidad constituye una preocupación social, sin embargo, se cuenta con pocos estudios sobre el estado de salud bucal de los pacientes discapacitados.
Objetivo: determinar el estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII de la provincia Cienfuegos.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, del Área VII del municipio de Cienfuegos, en el periodo de enero-diciembre de 2013. Se estudiaron 192 discapacitados que acudieron a consulta estomatológica o fueron visitados en terreno. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de discapacidad, clasificación epidemiológica en cuanto al estado de salud bucal, enfermedades sistémicas, factores de riesgo a tener en cuenta para las enfermedades bucales, estado de salud bucal, periodontopatías, maloclusiones, lesiones premalignas, necesidad de prótesis total o parcial y necesidad de tratamiento en Atención Primaria o Secundaria. La información se recogió en historia clínica individual, planilla de clasificación de discapacidad. Los resultados se presentan en número y porcentaje.
Resultados: el género femenino fue el más afectado, y la edad más representativa la de 35-59 años, predominaron las enfermedades crónicas degenerativas, los enfermos en la clasificación epidemiológica según estado de salud bucal, la hipertensión arterial entre las enfermedades sistémicas. Antecedentes de caries fue el factor de riesgo más relevante, resultando la gingivitis crónica edematosa, con un mayor porcentaje.
Conclusiones: se determinó que la salud bucal en el grupo estudiado fue deficiente y existen dificultades por parte del Estomatólogo General Integral para tratar a estos pacientes a pesar de existir programas de atención a discapacitados.

Palabras clave: estado de salud, salud bucal, personas con discapacidad, atención dental para personas con discapacidad, cuba

Abstract

Background: disability is a social concern; however, there are few studies on the oral health status of disabled patients.
Objective: to determine the oral health status of disabled patients of the Area VII in Cienfuegos province.
Methods: a case series study was conducted in the Area VII of the municipality of Cienfuegos from January through December 2013. A total of 192 disabled patients who attended the dental clinic or received home visits were included. The variables analyzed were: age, sex, educational level, type of disability, epidemiological classification by oral health status, systemic diseases, risk factors for oral diseases, oral health, periodontal disease (gingivitis, periodontitis), malocclusions, premalignant lesions, need for total or partial denture and need for treatment in primary or secondary care. The information was collected from the medical records and the disability rating sheets. Results are expressed as numbers and percentages.
Results: women and patients aged 35-59 years were the most affected. Chronic degenerative diseases predominated, as well as patients in the epidemiological classification by oral health status and hypertension among systemic diseases. Having a history of cavities was the most significant risk factor; chronic edematous gingivitis was the most common, with a higher percentage.
Conclusions: the oral health in the study group was poor and it is difficult for the Comprehensive General Dentist to treat these patients despite the existence of care programs for the disabled.

Key words: health status, oral health, disabled persons, dental care for disabled, cuba

Recibido: 2014-05-22 10:41:29
Aprobado: 2014-10-13 14:42:37

Correspondencia: Ana Belkys Hernández Millán. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. anab@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La discapacidad puede considerarse como un fenómeno universal que se manifiesta en las personas en algún momento de su vida, sobre todo en la ancianidad; a pesar de lo cual todavía su definición no es obra terminada, coexisten diferentes maneras de enfocarla, y con frecuencia, no es aceptada por quien la padece y sus allegados. Muchas veces permanece oculta por problemas de mayor magnitud, como la pobreza, que impiden o retardan el diseño y la aplicación de estrategias que permitan a esta gran masa de personas desarrollar sus capacidades y alcanzar la verdadera inclusión social, a la cual todos los seres humanos tienen derecho, representan, un importante problema de desarrollo que a menudo se pasa por alto, y el logro de la igualdad de derechos y de acceso para esas personas tendrá una enorme repercusión en la situación social y económica de los países de todo el mundo.[1,2]

Las personas con necesidades especiales presentan condiciones médico-psíquicas de desarrollo o cognitivas, que limitan su capacidad para desarrollar su vida cotidiana y por consiguiente requieren de una atención de salud integrada y multidisciplinaria, que tenga en cuenta a su familia y a los diferentes sectores de la sociedad. Se considera que a nivel mundial la mayoría de la población con discapacidades no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos.[3]

La salud oral del paciente discapacitado, es un indicador de los cuidados odontológicos recibidos durante toda su vida. Al respecto, es claro que en estos momentos el estado y los servicios de salud vierten su tiempo y recursos en tratar de solucionar los problemas en este grupo de pacientes. La boca participa también en una de las etapas del desarrollo de la personalidad. La pérdida de los dientes anteriores, disminuye la autoconfianza por el solo hecho de no poder sonreír. De todos los pacientes especiales, sin lugar a dudas, los que mayores necesidades odontológicas demandan son las personas minusválidas. Se puede constatar que los minusválidos, en general, presentan una abundante patología oral, y una gran demanda de tratamiento, insatisfecho en la mayoría de los casos, debido a que se le extraen dientes más a menudo porque no son restaurables o porque el estomatólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la dificultad en el manejo de este tipo de pacientes. La atención médico-estomatológica a pacientes especiales con enfoque familiar y enfoque de riesgo, tiene como punto de partida el diagnóstico de salud familiar y el plan de acción y ejecución, que constituyen los elementos esenciales para ejecutar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación o readaptación social.[4-7]

En el 2003 el total de personas con discapacidad en Cuba, ascendió a 366 864 lo que se tradujo en una tasa de prevalencia en el país de 3,26 por cada 100 habitantes, en Cienfuegos la cifra fue de 3,84 por 100 habitantes.[1]

La determinación del estado de salud bucal de los pacientes discapacitados permitirá tener una idea real del problema en cuestión. La formación de un profesional totalmente preparado, con mayor nivel científico permitirá un mejor desempeño de este Estomatólogo General Integral que podrá dar una mayor atención estomatológica a este tipo de paciente. Para ello se trazó como objetivo: determinar el estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII de salud de la provincia de Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos en el Área VII del municipio de Cienfuegos, en el periodo de enero-diciembre de 2013.

Se analizaron 192 pacientes que acudieron a consulta estomatológica o fueron visitados en terreno y que cumplieron con los criterios de inclusión, pacientes con algún tipo de discapacidad y que estuvieran de acuerdo en participar o un representante que autorizara su participación, se excluyeron aquellos que se trasladaron a otra provincia, o no estuvieron de acuerdo en participar.

Se les comunicó a los pacientes y a sus familiares antes de comenzar la investigación e iniciar la recolección de la información la importancia del estudio; así como su utilidad desde el punto de vista práctico y científico, para obtener de ellos el consentimiento informado, además se le solicitó autorización a la Institución para la realización de dicha investigación.

Los pacientes fueron examinados en el sillón odontológico de la consulta, con buenas condiciones climatológicas y ambientales. Se utilizó como herramienta, el instrumental de

clasificación; los visitados en el terreno se examinaron con depresores linguales e instrumental de clasificación.

La información se recogió a través de planilla de evaluación del estudio de los discapacitados y de la historia clínica. Como principales variables se describieron: edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de discapacidad, clasificación epidemiológica en cuanto al estado de salud bucal: enfermedades sistémicas, factores de riesgo a tener en cuenta para las enfermedades bucales, estado de salud bucal en la cual se analiza COP-D, periodontopatías (gingivitis, periodontitis), maloclusiones, lesiones premalignas, necesidad de prótesis total o parcial y necesidad de tratamiento en atención primaria o secundaria.

Para la clasificación del tipo de discapacidad se tuvo en cuenta la utilizada por Tan Castañeda,[8] García Flores[9] en sus estudios sobre el tema, quedando distribuida en cuatro grupos:

- Grupo I: pacientes con enfermedades crónicas degenerativas (pacientes diabéticos, cardiópatas, nefrópatas, discrasias sanguíneas y epilépticos).
- Grupo II: pacientes con enfermedades que provocan pérdida motora (parapléjicos, cuadripléjicos, hemipléjicos, otros: se incluyeron en este grupo a aquellos pacientes que durante nuestra investigación tenían alguna otra patología que los incapacitara desde el punto de vista motor y requirieron consideraciones estomatológicas).
- Grupo III: pacientes con enfermedades que provocan pérdida sensorial (ciegos, sordos, sordomudos).
- Grupo IV: pacientes con retraso mental. Aquellas personas que presentaron desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje, y otras), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral. Según la clasificación cubana, los niveles de retraso mental son:

- Fronterizo (CI: 68-83).
- Ligero (CI: 52-67).
- Moderado (CI: 36-51).
- Severo (CI: 20-35).
- Profundo (CI: por debajo de 20)

La información se llevó a una base de datos y se procesaron en Microsoft Excel. Los resultados se expresaron en números totales y porcentajes mediante tablas y gráficos.

RESULTADOS

Se observa que el sexo femenino predominó sobre el masculino con 105 pacientes para un 54,59 % y el grupo de edad fue el 35-59 con 52 para un 27,08 %. No se encontraron pacientes menores de 1 año. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población de discapacitados según edad y sexo

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
1-4	1	0,52	1	0,52	**2**	**1,04**
5-9	3	1,56	0	0	**3**	**1,56**
10-19	6	3,13	4	2,08	**10**	**5,21**
20-34	15	7,81	21	10,94	**36**	**18,75**
35-59	40	20,83	52	27,08	**92**	**47,92**
60-74	18	9,38	20	10,42	**38**	**19,79**
75 y más	4	2,08	7	3,65	**11**	**5,61**
Total	**87**	**45,31**	**105**	**54,69**	**192**	**100**

El nivel educacional preuniversitario, fue el que prevaleció con un 30,21 % seguido de los pacientes con secundaria terminada con 36 para un 18,75 % según se muestra a continuación. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población de discapacitados según el nivel educacional

Nivel Educacional	No	%
Primaria sin terminar	12	6,25
Primaria terminada	25	13,02
Secundaria terminada	36	18,75
Técnico medio	23	11,98
Preuniversitario	58	30,21
Universidad	13	6,77
Círculo infantil	0	0
Vías no formales	0	0
No escolarizado	25	13,02
TOTAL	**192**	**100**

Entre las discapacidades, las del Grupo 1 prevalecieron sobre las demás, en este caso de 35-59 con 69 para un 35,94 %. La diabetes mellitus, la epilepsia y las cardiopatías fueron las enfermedades de mayor incidencia. En el Grupo II todos los casos (4 casos) eran cuadripléjicos. En el grupo de 10 a 19 años hubo 3 casos de parálisis cerebral infantil, los cuales presentaron alteraciones motoras, principalmente. En el Grupo IV los retrasados mentales ligeros y moderados se encontraron en mayor número que las otras alteraciones descritas. (Tabla 3).

Tabla 3. Tipo de discapacidad en la población estudiada según grupo de edades

Edad	Grupo 1 Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas (diabéticos, cardiópatas nefrópatas, discrasias sanguíneas epilépticos)		Grupo 2 Pacientes con enfermedades que provocan deficiencia motora (parapléjicos, cuadripléjicos, hemipléjicos. Otros: alguna otra patología que los incapacite desde el punto de vista motor).		Grupo 3 Pacientes con deficiencia sensorial (ciegos sordos sordomudos)		Grupo 4 Pacientes con retraso mental (fronterizo ligero moderado severo profundo y otras patologías mentales)	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1-4	1	0,52	1	0,52	0	0	0	0
5-9	1	0,52	0	0	0	0	3	1,56
10-19	7	3,65	1	0,52	0	0	5	2,60
20-34	21	10,94	0	0	1	0,52	15	7,81
35-59	69	35,94	1	0,52	2	1,04	7	3,65
60 -74	38	19,79	1	0,52	3	1,56	4	2,08
75 y más	9	4,69	2	1,04	0	0	0	0
Total	**146**	**76,05**	**6**	**3,12**	**6**	**3,12**	**34**	**17,71**

Se muestran las discapacidades que más incidieron en el deterioro del estado de salud bucal, donde en el Grupo I, la diabetes mellitus tanto tipo I como tipo II, fueron las más representativas con un total de 66 casos para un 34,37 % seguido de la epilepsia con 27 para un 14,06 %. (Gráfico 1).

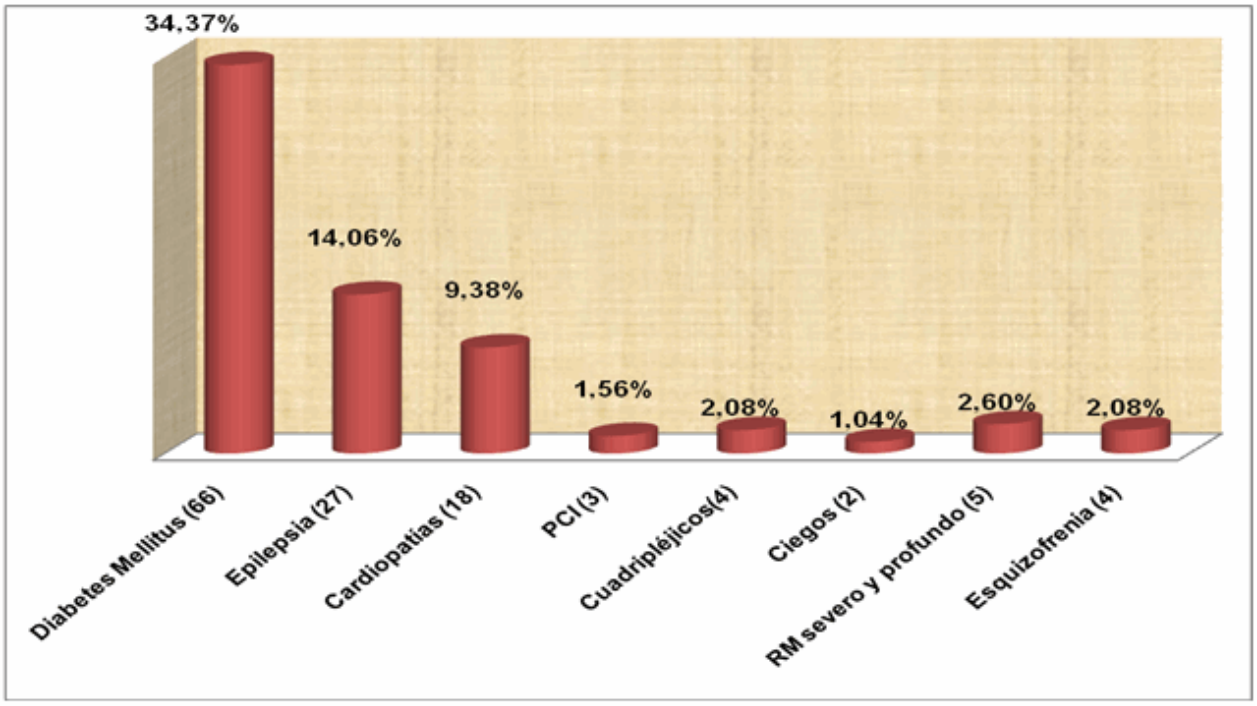

Gráfico 1. Discapacidades según tipo que más incidieron en el deterioro del estado de salud bucal de la población estudiada

La clasificación epidemiológica de enfermo, fue la que predominó con un total de 134 pacientes, que representó el 69,79 %. El grupo de 35-59 años fue el más significativo en los enfermos con 70 (36,46 %) y dentro de los deficientes discapacitados con 23 para un 11,98 %, deficiencia que estuvo dada por el tipo de discapacidad físico-motora y mixtas que imposibilitaban un correcto funcionamiento del sistema estomatognático. (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación epidemiológica de la población estudiada en cuanto a la salud bucal de los pacientes discapacitados

Grupos de edades	Sanos con riesgos		Enfermos		Deficientes discapacitados	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-19 /n= 15	3	1,56	12	6,25	0	0
20-34 /n= 36	1	0,52	32	16,67	1	0,52
35-59 /n= 92	1	0,52	70	36,46	23	11,98
60-74 /n=38	1	0,52	15	7,81	22	11,46
75 y más/n=11	1	0,52	5	2,60	5	2,60
Total /n=192	**7**	**3,64**	**134**	**69,79**	**51**	**26,56**

Se recoge que el mayor número de pacientes discapacitados padecía de hipertensión arterial con 57 para un 29,65 %, seguido del asma con 7 para un 3,64 %. De 0-19 años no hubo afectados por estas patologías. (Tabla 5).

Tabla 5. Enfermedades sistémicas en la población de discapacitados según grupo de edad

Grupo de edades	Enfermedades sistémicas							
	Asma bronquial		Hipertensión arterial		Fiebre reumática		Lupus eritematoso	
	No	%	No	%	No	%	No	%
20-34	2	1,04	1	0,52	0	0	1	0,52
35-59	5	2,60	29	15,10	1	0,52	1	0,52
60-74	0	0	21	10,90	0	0	0	0
75 y más	0	0	6	3,13	0	0	0	0
Total (N=192)	**7**	**3,64**	**57**	**29,65**	**1**	**0,52**	**2**	**1,04**

El factor de riesgo, antecedente de caries, fue el que prevaleció con un 80,73 % seguido del cepillado incorrecto con un 45,63 %. (Tabla 6).

Tabla 6. Factores de riesgo que más afectan en pacientes discapacitados

Factores de riesgo		No	%
Biológicos	Antecedentes de caries	155	80,73
	Cepillado incorrecto	88	45,83
	Dieta cariogénica	30	15,63
	Queilofagia del carrillo	1	0,52
	Bruxismo	4	2,08
Hábitos	Tabaquismo	30	15,63
	Alcoholismo	3	1,56
	Onicofagia	4	2,08
	Café	39	20,31
	Succión digital	2	1,04
	Lengua protáctil	1	0,52

Se muestran los problemas de salud bucal en pacientes discapacitados en la que la gingivitis crónica edematosa predominó con un 67,19 %, seguida de la necesidad de prótesis parcial con un 57,81 % es notable el índice COP-D con un valor de 15,21. (Tabla 7).

Tabla 7. Problemas de salud bucal presentes en población de pacientes discapacitados

Problemas de salud bucal	Grupo de edades										Total n=192	
	0-19 n=15		20-34 n=36		35-59 n=92		60-74 n=38		75 y más n=11			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COP – D	5,87		8,42		15,67		20,66		19,45		15,21	
Personas que conservan todos sus dientes	13	86,67	13	86,67	10	10,87	0	0	1	9,09	**37**	**19,27**
Pacientes que necesitan prótesis total	0	0	2	5,56	14	15,22	20	52,63	7	63,63	**44**	**22,92**
Pacientes que necesitan prótesis parcial	2	13,33	21	58,33	68	73,91	18	47,37	3	27,27	**111**	**57,81**
Pacientes con maloclusiones	5	33,33	16	44,44	13	14,13	0	0	1	9,09	**35**	**18,23**
Pacientes con gingivitis crónica edematosa	12	80,00	25	69,44	60	65,22	25	65,79	7	63,64	**129**	**67,19**
Pacientes con gingivitis crónica fibroedematosa	2	13,33	4	11,11	1	1,08	0	0	1	9,09	**8**	**4,17**
Pacientes con gingivitis crónica fibrosa	0	0	0	0	0	0	5	13,16	2	18,18	**7**	**3,64**
Pacientes con periodontitis crónica del adulto	0	0	6	16,67	10	10,87	8	21,05	0	0	**24**	**12,50**
Pacientes con lesiones premalignas (leucoplasia)	0	0	1	2,78	8	8,70	2	5,26	0	0	**11**	**5,73**

En el nivel básico de atención estomatológica en la Atención Primaria en periodoncia, estuvo por encima en el orden de necesidad con respecto a las demás con una cifra de 125 casos representando el 65,10 %, seguido de las restauraciones 33,33 % y las prótesis 32,29 %. Se debe resaltar que a pocos pacientes 4 para 2,08 % se les pueden realizar tratamientos de TPR debido su aprobación para realizar el procedimiento, el resto no cooperó para poder realizar este tipo de procedimiento.

Los casos de cirugía máxilofacial fueron de terceros molares, con clasificables para Atención Primaria teniendo en cuenta posición y ubicación en la mandíbula. (Tabla 8).

Tabla 8. Necesidad de tratamiento en el nivel primario en población en pacientes discapacitados

Tratamientos	Grupo de edades										Total	
	0-19		20-34		35-59		60-74		75 y más			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Restauraciones	9	4,69	10	5,21	25	13,02	16	8,33	4	2,08	**64**	**33,33**
TPR	2	1,04	1	0,52	1	0,52	0	0	0	0	**4**	**2,08**
Exodoncias	8	4,17	2	1,04	6	3,13	5	2,60	3	1,56	**24**	**12,50**
Periodoncia	12	6,25	29	15,10	61	31,67	25	13,02	8	4,17	**125**	**65,10**
Prótesis	1	0,52	5	2,60	32	16,67	20	10,42	4	2,08	**62**	**32,29**
Ortodoncia	2	1,04	6	3,13	2	1,04	0	0	0	0	**10**	**5,21**
Cirugía máxilofacial	1	0,52	2	1,04	6	3,13	0	0	0	0	**9**	**4,69**

En la necesidad de tratamiento en el segundo nivel de atención se destacó, que la prótesis fue el servicio más requerido con un total de 55 para el 28,65 %. Todas las lesiones premalignas en este caso encontradas fueron diagnosticadas de manera presuntiva, como la leucoplasias, la mayoría de origen traumático y con un periodo de evolución muy lenta pero un tamaño mayor de 1 cm. por lo que se decidió remisión al segundo nivel de cirugía, además la mayoría de estos pacientes coincidieron presentar trastornos psiquiátricos por lo que la atención en Atención Primaria se dificultó para contener el avance de la entidad patológica. (Tabla 9).

Tabla 9. Necesidad de tratamiento en el nivel secundario en población en pacientes discapacitados

Tratamientos	Grupo de edades										Total	
	0-19		20-34		35-59		60-74		75 y más			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Periodoncia	2	1,04	0	0	10	5,21	13	6,77	2	1,04	**27**	**14,06**
Prótesis	1	0,52	9	4,69	24	12,50	17	8,85	4	2,08	**55**	**28,65**
Ortodoncia	3	1,56	10	5,21	11	5,73	0	0	0	0	**24**	**12,50**
Cirugía máxilofacial	0	0	1	0,52	8	4,17	2	1,04	0	0	**11**	**5,73**

Si se realiza un análisis en general de los resultados obtenidos, se evidencia en la población discapacitada una deficitaria salud oral, baja percepción de riesgo de las enfermedades bucales debido a que claramente le dan más importancia a otras patologías, o que por sus discapacidades no interiorizan su condición, además que se debe intensificar el trabajo preventivo desde la Atención Primaria.

DISCUSIÓN

En este estudio en relación con los pacientes discapacitados, el sexo femenino predominó sobre el masculino, y el grupo de edad que prevaleció fue el de 35 a 59 años, siendo semejante al resultado obtenido por Goerdt,[7] donde los jóvenes fueron los más afectados. Difieren investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud además de otros estudiosos, planteando que el comportamiento de la discapacidad física según la edad, se debe a que los ancianos son más vulnerables a convertirse en pacientes discapacitados debido al desgaste fisiológico que estas personas sufren, y la consecuente pérdida parcial o total de sus habilidades,[8-10] también en los resultados expuestos por Arce Morera y col.[11] en su estudio titulado: Caracterización de personas con discapacidad física atendidas en el consultorio 3: Policlínico Dr. Tomas Romay en relación con la clasificación general de los discapacitados son las personas mayores de 60 años con discapacidad físicomotora y mixta los que prevalecieron sobre el resto.

Por su parte Goerdt[7] en su análisis del tipo de discapacidad, arrojó resultados diferentes a los hallados en este estudio, pues los jóvenes fueron los más afectados en este caso por accidentes automovilísticos o actos vandálicos; en la presente investigación la mayoría de los pacientes afectados se correspondieron con las edades de 35-59, la discapacidad estuvo dada por proceso de enfermedades crónicas degenerativas y accidentes vasculares encefálicos que sufrieron dejándolos con secuelas físico-motoras o mixtas, en su mayoría.

Entre la bibliografía consultada no se encontró ningún indicio de que se abordaran las discapacidades y el grado de escolaridad. Es importante destacar la presencia de solo 12 pacientes con enseñanza primaria sin terminar para un 6,25 %.

En relación con las enfermedades crónicas que agravan la salud oral, estos resultados coinciden con estudios realizados donde se describe que la diabetes mellitus es una enfermedad degenerativa crónica que presenta una serie de alteraciones en la respuesta de los tejidos periodontales a la placa bacteriana, provoca una mayor predisposición a padecer enfermedades periodontales más graves con pérdida de los tejidos de soporte, tienen una mayor tendencia a la hemorragia, a la pérdida de inserción y a la pérdida de soporte óseo. La hiperglucemia favorece el crecimiento de ciertos microorganismos a nivel periodontal y otras alteraciones al nivel vascular e inmunológico.[8]

En el caso de la epilepsia se presume que por lo general son pacientes conscientes de su enfermedad en su mayoría, por lo que se tornan aprehensivos ante los tratamientos estomatológicos, lo cual pudiera generar crisis epilépticas, por lo que no acuden habitualmente al consultorio deteriorándose así su salud bucal.

En algunos estudios realizados revelaron resultados similares donde exponen que los discapacitados en su mayoría son pacientes expuestos a muchos factores de riesgo, por lo cual desarrollan enfermedades bucales. Difieren estos resultados del estudio realizado por Rodríguez Aparicio[12] donde sí se encontraron pacientes sanos y sanos con riesgo. Se concluyó que estos resultados se debieron en parte a la falta de preocupación de los pacientes y familiares a cargo de estos, por mantener su salud bucal, y también por el abandono por parte del estomatólogo causado por la falta de colaboración del paciente.

Respecto a las enfermedades sistémicas coincide este estudio con lo expuesto por Roca y col.[13] donde el 29,65 % de la población adulta padece de hipertensión arterial. En esta investigación los resultados se debieron a la ingestión exagerada de alimentos ricos en carbohidratos, factor de riesgo edad, y el incorrecto cepillado dental, dado que muchos llevan una vida sedentaria y no pueden realizar ejercicios físicos. Las enfermedades sistémicas agravan aún más la salud bucal del individuo, ya que constituyen factores de riesgo generales para las patologías orales, y complica a la hora del manejo ante cualquier procedimiento estomatológico.

En el trabajo: Diagnóstico y estrategia de intervención para las afecciones buco-dentales en pacientes diabéticos tampoco coincide con este trabajo, ya que la deficiente higiene bucal con un 71,1 %, el consumo de alimentos azucarados entre comidas con un 60,7 % y el hábito de fumar con un 19,6 % fueron los identificados en dicho estudio. Se presume en este trabajo que los antecedentes de la presencia de caries, además de otros factores, está asociado al cepillado incorrecto y a la dieta cariogénica mantenida, haciéndolos susceptibles a seguir padeciendo de caries dentales.

Según estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud en lo relacionado con el estado de salud bucal, la enfermedad periodontal en ellos está ligada en su mayoría al consumo de medicamentos que sus patologías sistémicas requieren y los cuales tienen fuertes repercusiones en el periodonto.[10] Las caries dentales también aparecen en edades tempranas con la consecuente mortalidad dentaria lo que eleva el índice COP-D en estos pacientes.[9]

Es válido resaltar que aún existen barreras arquitectónicas que impiden la asistencia de muchos de estos pacientes a la clínica estomatológica, además existe resistencia y falta de cooperación por parte de ellos porque debido a sus trastornos mentales no pueden darle importancia a su estado de salud bucal; muchos facultativos a pesar del programa de atención priorizada, sienten temor al tratar este grupo de pacientes, la mayoría de las veces por falta de conocimiento en el manejo adecuado de ellos.

En la necesidad de tratamiento en la Atención Primaria, Riesgo[14] discrepa también sobre el particular, ya que sus mayores necesidades estuvieron, en la ortodoncia.

En lo hallado por Núñez Antúnez[15] se determinó la atención en prótesis, en Atención Secundaria como su mayor necesidad, por lo que coincide con este estudio, siendo también la especialidad de prótesis la más requerida en el segundo nivel.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se derivan varias interrogantes con las cuales permitirán realizarse estudios más profundos sobre el tema: ¿Qué otros factores pudieran estar incidiendo en el estado de salud bucal de los pacientes discapacitados? ¿Será necesario crear cursos de capacitación para los estomatólogos generales integrales que les permitan brindar una mejor atención a estos pacientes?.

La salud bucal en el grupo estudiado fue deficiente debido a que su condición física no les permite acercarse a recibir atención estomatológica, por la poca importancia que le dan a la salud bucal debido a sus otros problemas de salud y su discapacidad; además de la poca experiencia pese al conocimiento requerido por parte del facultativo, a la hora de tratar a estos pacientes, a pesar de existir programas de atención a discapacitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cobas M, Zacca E, Morales F, Icart E, Jordán A, Valdés M. Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(4):306-10

2. Organización de Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad [Internet]. Ginebra: Departamento de Información Pública; 2010 [citado 12 Ene 2014]. Disponible en: http://search.un.org/search?q=Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad&Submit=Buscar&as_sitesearch=http://www.un.org/spanish/disabilities&ie=utf8&oe=utf8&output=xml_no_dtd&client=UN_Website_Spanish&num=10&proxystylesheet=UN_Website_es

3. Gispert EA. Personas con necesidades especiales. Rev Cubana Estomatol. 2011;48(1):1-2

4. Svirsky JA, Nunley J, Dent CD, Yeatts D. Dental and medical considerations of patients with renal disease. J Calif Dent Assoc. 1998;26(10):763-70

5. Lucente JM. Prótesis ortopédica intraoral en la rehabilitación de un paciente con falta de función manual. Rev Asoc Odontol Argent. 1980;68(6):40

6. Bullón P, Portillo GM. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Editorial Laboratorio Norman; 1996

7. Goerdt A. Prevención de discapacidades y rehabilitación. Rev de la OMS. 1995;48(5):4

8. Tan N, Rodríguez A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol. 2001;38(3):181-91

9. García K, Suárez D, de la Huerta K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. Rev de Ciencias Médicas La Habana [revista en Internet]. 2013 [citado 20 May 2014];19(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh132n.pdf

10. Bayarre H, Fernández A, Trujillo O, Menéndez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del municipio Playa, 1996. Rev Cubana Salud Pública. 1999;25(1):30-8

11. Arce E, Castillo J, Venero L, Rodríguez Y. Caracterización de personas con discapacidad física atendidas en el consultorio 3: Policlínico ¨Dr. Tomas Romay¨. Año 2009. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010;26(1):10-6

12. Rodríguez A, Rodríguez OL, Castillo M. Análisis de la situación de salud bucal del Consultorio No. 27 del área Sur del municipio Güines. Rev Cubana Estomatol. 2006;43(2):1-14

13. Roca R, Varán V, Smith S, Paz E, Losada J, Pérez H, et al. Temas de Medicina Interna. 3ra. ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1985

14. Riesgo YC, Marino D, Rodríguez SC, Crespo MI, Laffita Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado «30 de Noviembre», 2010. MEDISAN. 2010;14(1):1-10

15. Núñez L, Sanjurjo MC, González E, Rodríguez AR. Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural. Rev Cubana Estomatol. 2006;43(4):1-10