

CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez".

Situación de Salud Bucal de 20 familias pertenecientes al Policlínico Docente Plaza. 2014

Oral Health's situation of 20 families from Plaza Polyclinic. 2014

Diego A. Ochoa González

Doctor en Estomatología. Especialista Segundo Grado en Administración de Salud.
Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor e Investigador auxiliar.
dochoa@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los análisis de situación de salud diagnostican problemas de salud e identifican las causas, conjuntamente con la comunidad, para darle solución a los mismos. Además contribuyen a la formación de los estudiantes de Estomatología y otros profesionales de la salud en las instituciones docentes.

Objetivo: identificar factores de riesgo asociados a las principales enfermedades bucales de 20 familias pertenecientes al Policlínico Docente Plaza.

Material y Métodos: se efectuó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal en un consultorio del policlínico Plaza, donde se identificaron las enfermedades bucales más prevalentes y las posibles causas. Se utilizaron fuentes de información primaria y secundaria, se aplicó el índice de Higiene Bucal Simplificado y el índice COP – D. Para la identificación de los problemas se utilizó el método cuantitativo de indicadores y el cualitativo de consenso Asamblea Comunitaria.

Resultados: como principales enfermedades bucales se identifican las caries dentales (36.0%), y las periodontopatías (25.3%). Y los principales riesgos asociadas a estas, la higiene bucal deficiente (62.8%), la educación para la salud deficiente (52.6%), el tabaquismo (41.0%) y la dieta cariogénica (26.9%). Se consideró la trascendencia social del problema teniendo en cuenta la necesidad de la población.

Conclusiones: Los factores de riesgo que más prevalecen en la población estudiada son la higiene bucal y la deficiente educación para la salud deficientes, el tabaquismo y la dieta cariogénica como posibles causas de las caries y periodontopatías, principales enfermedades identificadas.

Palabras clave: enfermedades bucales, factores de riesgo, salud bucal, caries dentales, dieta cariogénica, tabaquismo, análisis de situación de salud.

ABSTRACT

Introduction: The health situation analyses enable the problem diagnosis and the explanation of its causes in order to provide solutions to them, together with the community. Furthermore they contribute to the training of stomatology students and another professional of health in educational institutions.

Objective: To identify risk factors associated with major oral diseases in 20 families belonging to the Plaza Teaching Polyclinic.

Materials and Methods: Descriptive observational cross-sectional study was conducted in a clinic associated to the Polyclinic Plaza, where the most prevalent oral disease and possible causes were identified. Primary and secondary sources of information were used, we also apply the Simplified Oral Hygiene index and COP - D index. In order to identify the problems we utilize the quantitative method of indicators and the qualitative of consensus, Community Assembly.

Results: The main oral diseases identified are caries (36.0%), and periodontopathies (25.3%), and the main risks associated to these are, poor oral hygiene (62.8%), inefficient health education (52.6%), tobacco smoking (41.0%) and a cariogenic diet (26.9%). The social significance of this problem was taken into account considering the need of the population.

Conclusions: The major risk factors in the studied population are the oral hygiene and an inefficient health education and tobacco smoking and a cariogenic diet like possible causes of caries and periodontopathies, as main identified diseases.

Keywords: oral diseases, risk factors, oral health, dental caries, cariogenic diet, tobacco smoking, health situation analysis.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de salud es tema imprescindible en la formación de los estomatólogos y otros profesionales de la salud que tiene a su cargo la salud de una comunidad y requieren una valiosa y útil herramienta para la identificación y solución de problemas en el primer nivel de atención. El mismo ha fortalecido los enfoques, donde la familia y la comunidad son también consideradas en la evaluación del proceso salud en un proceso interactivo. En esta dirección y dada su importancia, la Salud Pública le ha dado primacía a la Atención Primaria de Salud (APS).¹

El ASS, como herramienta, resulta indispensable para el establecimiento de estrategias, pues permite identificar diferencias tanto entre las poblaciones y los grupos, como al interior de estos y así focalizar mejor las intervenciones que conduzcan a un mayor éxito en la prestación de servicios.^{2,3}

En 1937, como respuesta a la política sanitaria regional, dirigida a controlar la malaria, se creó la Unidad Sanitaria de Marianao, donde se inició el desarrollo de relaciones intersectoriales y comunitarias con el análisis cada 3 meses de la situación de salud a partir del trabajo epidemiológico.⁴

Posteriormente con la implantación de la medicina comunitaria en 1973 se incorporó una nueva "corriente" relacionada con el análisis de la situación de salud relativa a los estudios de morbilidad.⁴

Estos aspectos han hecho avanzar los análisis de situación de salud, sobre todo después de la puesta en marcha, en 1984, del Programa de Atención Integral a la Familia, pero aún existen deficiencias, comprobadas por estudios y controles realizados, que impiden su correcta aplicación.⁵⁻⁶

Desde 1995 al definirse mejor los objetivos que se persiguen, se aboga por una mayor participación de la población, así como realizar un análisis crítico de los componentes sociohistóricos y sociodemográficos, de los riesgos. Con el propósito de identificar sus interrelaciones y explicar los daños de la salud mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social. Se debe tener en cuenta el componente bucal que ejecuta el estomatólogo a él vinculado.⁷

El ASS es un instrumento de trabajo imprescindible en la atención primaria de salud y constituye, además, un contenido elemental en los programas de formación de profesionales de las Ciencias Médicas.⁸⁻⁹

En el contexto actual, a nivel comunitario se realiza anualmente en todas las Áreas de Salud del país, por los médicos y enfermeras de la familia. En Estomatología al nivel comunitario se realiza por los estomatólogos que tengan dos o menos consultorios, incluye a los que aún atiendan escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo y hogares de ancianos, donde la fuente de información fundamental es la Historia de Salud Bucal Familiar (HSBF). El análisis se realiza conjuntamente con el médico de la familia.¹⁰

En los que tienen más de dos consultorios la periodicidad establecida es también la misma, aunque sea diferente la obtención de la información, donde se establece la ejecución de un muestreo y encuesta.¹⁰

En relación con la docencia, en medicina desde 1986, la asignatura Teoría y Administración de Salud comienza a impartir este procedimiento epidemiológico, y lo introduce en su programa en el curso 1987-88.

En la enseñanza de Estomatología la inserción del tema se realiza desde el comienzo del Plan de Estudios C, en el curso académico 1991-92, a través de las asignaturas de Estomatología Integral en 3^{ro}, 4^{to}. y 5^{to}. años de la carrera.

OBJETIVO

El presente trabajo se realiza con el objetivo de identificar los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales de 20 familias pertenecientes al policlínico Docente Plaza.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal en el período comprendido entre mayo y junio de 2014.

Se escogieron 20 familias de un universo de 362 familias, integradas por 1 134 personas por muestreo simple aleatorio. En la recogida de la información trabajó un dúo de estudiantes. El área seleccionada se encuentra ubicada en la calle Almendares, todas pertenecientes al consultorio 5, circunscripción 3, del Policlínico Docente

"Plaza", ubicada en el barrio capitalino El Vedado, perteneciente al municipio habanero Plaza de La Revolución.

Se incluyeron en el estudio a todas las personas residentes permanentes en las viviendas visitadas y se excluyeron a los residentes temporales.

Se hizo el examen bucal al total de la población estudiada en el terreno haciendo uso de la luz solar o artificial, guantes, exploradores y depresores linguales para determinar la presencia de caries, periodontopatías y anomalías dentofaciales, por la alta prevalencia de estas enfermedades bucales. Como método de medición de la caries se tuvo en cuenta hallar cavitación en los dientes examinados. Para las periodontopatías se consideró observar inflamación, sangramiento de las encías o pérdida de inserción del tejido conectivo y del hueso alrededor del diente. En el caso de las anomalías dentofaciales se tuvo en cuenta observar alteración de la dentición, la articulación temporo-mandibular, estructuras craneofaciales, neuromusculares y otros tejidos blandos, que dieran lugar a un problema funcional o psicosocial.

Además se utilizó la Historia de Salud Bucal Familiar y los aportes brindados por la enfermera y el médico en la realización del estudio.

Las variables de estudio fueron los grupos de edades siguientes: menores de 1 año, de 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 20 a 34, 35 a 59, 60 a 74, así como de 75 años y más. También se tuvo en cuenta: el sexo, la presencia o no de sarro dental, la existencia de malformaciones como las hipoplasias del esmalte, discapacidad física y mental, dieta cariogénica (consumo de azúcares solos o combinados con leche, pan, almidones y cereales, jugos de frutas ácidas, ingeridos casi diariamente, con una frecuencia de ingestión de tres o más veces al día), el funcionamiento familiar (según el apgar familiar), la presencia de *Diabetes mellitus* compensada o no. También se consideró el abuso excesivo del tabaquismo y el alcoholismo, el estrés, el hábito de consumo de alimentos calientes y el nivel de conocimiento de educación para la salud mediante preguntas realizadas en la entrevista, la presencia de bruxismo que es la acción de apretar o rechinar los dientes sin propósito funcionales, prótesis defectuosas. Además se observó la existencia de hábitos deformantes como la onicofagia (acción de morderse las uñas), la queilofagia (acción de morderse los carrillos), la succión del pulgar u otros dedos (introducción de dedos en la cavidad bucal), la respiración bucal y el empuje o protracción lingual. Igualmente se registró la presencia de recesión gingival o la ausencia del primer molar.

Posteriormente los factores de riesgo identificados son agrupados por Determinantes del Estado de Salud de la Población: Modo, Condiciones y Estilos de la Vida (son factores susceptibles de modificarse y lograr cambios positivos en los hábitos de vida de la población, a través de la ampliación de sus conocimientos), Medio Ambiente, Biogenéticos y Organización de los Servicios de Salud.

Como medidas de estadística para el resumen de la información se utilizaron el número y porcentaje, además de los índices de Higiene Bucal Simplificado i se evaluó la presencia de placa dentobacteriana y cálculo supragingival¹⁰ y el índice COP-D, promedio utilizado para comparar. Es la sumatoria de dientes cariados, obturados y perdidos de cada examinado, (incluyendo las extracciones indicadas) dividida entre el total de examinados.¹⁰

Para la identificación de los problemas de salud se utilizó el método de indicadores que permite detectar problemas al comparar estándares previamente definidos para cada indicador, con los que encontramos en la realidad.¹⁰ Para recoger las necesidades sentidas de la población se utilizó una técnica cualitativa, la búsqueda de consenso que recoge opiniones, la Asamblea Comunitaria,¹⁰ técnica que aprovecha

las reuniones de circunscripción o el Consejo Popular, donde el representante de salud debe tener un punto en el orden del día y solicitará a los participantes que expresen los problemas de salud que perciben en la comunidad. Participan también los presidentes del Comité de Defensa de La Revolución, Consejo Popular y Federación Mujeres Cubanas del área estudiada.

Para preservar los principios éticos de la investigación, por tratarse de un estudio de acción directa, se explicó a la población el objetivo del estudio y la confidencialidad de la información, y se pidió por escrito el consentimiento informado para participar en la investigación.

RESULTADOS

Las construcciones del área son antiguas, conjugándose las viviendas monoplantas y biplantas. Es una zona con servicio de acueducto que incluye su cloración y funciona de manera estable, disfrutan además de alcantarillado, gas y teléfono, recolectores en el área para los desechos sólidos, y una red vial asfaltada con aceras.

En la vecindad se localizan áreas verdes con parques, centros educacionales, culturales, de deporte y recreación, cuenta además con servicios comerciales.

La tabla 1 refleja la distribución de la población por edad y sexo, donde 55,1% corresponde a las féminas y 44,8 %, a los hombres, la población es mayormente adulta, la edad de 35 a 59 años representa el mayor.

Tabla 1. Población según grupos de edad y sexo

Grupo de edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 1 año	0	0	1	2.3	1	1.3
1 – 4 años	1	2.8	1	2.3	2	2.6
5 – 9 años	3	8.5	2	4.6	5	6.4
10 –18 años	7	20	5	11.6	12	15.3
19 – 34 años	6	17.1	7	16.2	13	16.6
35 – 59 años	11	31.4	17	39.5	28	35.8
60 – 74 años	6	17.1	6	13.9	12	15.3
75 años y más	1	2.8	4	9.3	5	6.4
Total	35	44.8	43	55.1	78	100

Tabla 2. Factores de riesgo en la población estudiada

De los factores de riesgo de las enfermedades identificadas, se destacan la higiene bucal deficiente, 62.8 %, insuficiente educación para la salud, 52.6 %, la presencia del tabaquismo, 41.0%, y la dieta cariogénica, 26.9 %. (Tabla 2)

Entre los hábitos deformantes, 8.9%, se identificaron fundamentalmente a la onicofagia con tres casos y la queilofagia con dos y en menor escala a la succión digital y la respiración bucal con uno, respectivamente.

Tabla 2. Factores de riesgo en la población estudiada

Factores de riesgo	Población afectada		Factores de riesgo	Población afectada	
	No.	%		No.	%
Estrés	14	17.9	Dificultades con el servicio prótesis dental	2	2.6
Discapacitados	3	3.9	Prótesis no funcionales	8	10.2
Sarro dental	18	23.0	Hábitos deformantes	7	8.9
Hipoplasias del esmalte	1	1.3	Higiene bucal deficiente	49	62.8
Dieta cariogénica	21	26.9	Recesión gingival	12	15.4
Tabaquismo	32	41.0	Ausencia del 1er molar	18	23.0
Alcoholismo	2	2.6	<i>Diabetes Mellitus</i>	5	6.4
Familia disfuncional	8	10.2	Bruxismo	2	2.6
Educación para la salud deficiente	41	52.6	Consumo alimentos calientes	7	8.9

Se aprecia en la Tabla 3, 36.0% con presencia de caries dental, siendo la edad de 19 a 34 años la más representada en 61.5%, seguida de la enfermedad periodontal, 25.3%, donde la población de 10 a 18 años son los más afectados, 41.6%, pero fundamentalmente por gingivitis, fase primaria de las periodontopatías. El mayor porcentaje de anomalías dentofaciales se encuentra en el grupo de 10-18 años, aunque algunas de las identificadas no llevan tratamiento porque no producen inconvenientes funcionales o estéticos, ni causan dificultades en la relación del individuo o en su función masticatoria.

Tabla 3. Enfermedades bucales según edad

Grupo de Edades	Caries dental		Enfermedad periodontal		Anomalías dentofaciales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1- 4 años	0	0	0	0.0	0	0.0
5-9 años	1	20.0	1	20.0	1	20.0
10-18 años	2	16.6	5	41.6	5	41.6
19-34 años	8	61.5	2	15.4	1	7.6
35-59 años	14	50.0	8	28.5	3	10.7
60-74 años	1	8.3	2	16.6	1	8.3
75 años y más	1	20.0	1	20.0	0	0.0
Total	27	36.0	19	25.3	12	15.4

Los resultados del comportamiento del índice COP-D por edades, muestran que existen 317 dientes perdidos sobre todo en pacientes con 60-74 años de edad.

El porcentaje de individuos entre 35-59 años con más de 20 dientes en la boca es bajo, solo cinco y en el caso de los mayores de 60 solo conservan más de 20 dientes en su boca dos individuos.

En la edad de 5 a 9 años el índice es de 1.2 dientes afectados por caries, mientras en la edad de 10 a 18 años es de 1.1; es superior en los grupos de población entre los 35-59 años y a medida que aumentan los años se observa como este índice va aumentando y siempre a expensas de los dientes perdidos. (Tabla 4)

Tabla 4. Índice de COP- D por grupos de edades

Grupo de Edad	C	O	P	COP
5-9	1	4	1	1.2
10-18	2	9	3	1.1
19-34	8	22	6	2.8
35-59	14	46	79	5.0
60-74	1	18	184	16.9
≥ 75	1	14	76	18.2
Total	27	101	317	5.9

A continuación se exponen los factores de riesgo identificados y agrupados por Determinantes del Estado de Salud de la Población.

Modo, condiciones y estilos de la vida

Estrés, sarro dental, dieta cariogénica, tabaquismo, alcoholismo, bajo nivel de educación para la salud, prótesis no funcionales, hábitos deformantes, higiene bucal deficiente, consumo de alimentos calientes.

Medioambiente

Familias disfuncionales

Biogenéticos

Bruxismo, hipoplasias del esmalte, recesión gingival, ausencia del 1er molar, discapacitados y *Diabetes mellitus*.

Organización de los servicios de salud

Dificultades en el servicio de prótesis dentales, coincidencia del horario laboral con el de trabajo de la clínica, planteamiento realizado por la población como una necesidad sentida en la Asamblea Comunitaria.

DISCUSIÓN

La población estudiada se clasificó en cuanto a grupos de edades y sexo, según el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. De forma general, la población es adulta, y se observó una tendencia al envejecimiento, valor que corresponde con los estudios realizados en el país, provocado fundamentalmente por el aumento de las expectativas de vida.⁵ También se constató que los grupos de edades que corresponden con el sector infantil tienen valores bajos, producto de la disminución de la natalidad.

El análisis del funcionamiento familiar aportó que la mayoría de las familias es funcional, lo que favorece el enfrentamiento de los problemas comunitarios por ser familias más receptivas a los mensajes de Educación para la Salud.

En correspondencia con el estado de las viviendas, predominó el buen estado constructivo, y la buena higiene al igual que se plantea en estudios anteriores, existe una adecuada disposición de residuales líquidos y sólidos, se mantienen limpias las calles; recordemos que los factores ambientales pueden alterar la susceptibilidad del individuo a padecer enfermedades.

En relación con la presencia de enfermedades bucales a pesar de los importantes cambios acontecidos en la Estomatología revolucionaria, sigue siendo elevada la morbilidad, de la caries dental, las periodontopatías y las anomalías dentofaciales.

La caries dental enfermedad multifactorial, se observó con la mayor prevalencia en la población estudiada, siendo el grupo de edad más afectado el de 19-34 años. La higiene bucal predominante es regular, por no cumplirse con la forma y frecuencia correcta del cepillado. Está demostrada la firme asociación entre esta enfermedad y la higiene bucal.¹¹⁻¹²

El inicio de la caries dental guarda relación con los microorganismos y su retención en las superficies dentarias durante un tiempo suficiente, que permita a los productos metabólicos (ácidos) alcanzar una concentración elevada por aporte excesivo de azúcares en la alimentación.¹²

En la distribución porcentual de los factores de riesgo identificados, sobresalen la higiene bucal y la educación para la salud deficientes, fundamentalmente cuando están asociados a una dieta cariogénica. Las deficiencias de la higiene bucal se traducen en mayor acumulación de placa dentobacteriana, que facilita el riesgo a caries dental.¹¹

Se identificó un índice COP-D total de 5.9, lo cual es elevado, pues las metas de la OMS para 2015 establecen 4.6. En relación con estas metas tampoco se cumple con el porcentaje de población infantil sin anomalías dentofaciales ya que hay solo 63.6%, mientras el valor de la proyección es de mayor o igual a 75%, como se refleja en el estado de salud bucal de la población en Cienfuegos, (Congreso Internacional de Estomatología).

En cuanto al COP-D por edades aumenta a medida que aumentan los años y generalmente es a expensas de los dientes perdidos por caries, sobre todo en pacientes mayores de 60 años de edad, reflejo del proceso de envejecimiento cuando hay hábitos alimentarios inadecuados, cepillado bucal incorrecto, baja concurrencia a la consulta estomatológica, propiciado por el bajo nivel de educación sanitaria.

En relación con el porcentaje de individuos con más de 20 dientes en la boca entre los 35-59 años, se evidenció que es bajo y en el caso de los mayores de 60 años también, siendo este resultado similar a estudios anteriormente realizados.⁹

En relación con la enfermedad periodontal a punto de partida de la microbiota del surco, se consideran como responsables de esta patología el estrés, el tabaquismo y la *Diabetes mellitus* entre los factores identificados, pues existe una fuerte correlación entre la gingivitis, la periodontitis y ellos.¹³ Se debe resaltar que la higiene bucal deficiente propicia la acción de factores asociados a esta enfermedad y también identificados en este estudio como la edad avanzada, el sarro y en menor escala el bruxismo y el medio familiar disfuncional.

Es importante destacar el papel de la *Diabetes mellitus* en la aparición de las periodontopatías, porque provoca rigidez de los vasos sanguíneos como consecuencia de la hiperglucemia, lo que disminuye la quimiotaxis polimorfonuclear, la difusión del oxígeno a los tejidos, la eliminación de los residuos metabólicos y la síntesis del colágeno.¹³

El estrés sostenido y el tabaquismo además asociados al hábito de ingerir alimentos demasiados calientes, factores todos identificados, están relacionados con la aparición de lesiones malignas.¹⁴

Entre los hábitos deformantes se identificaron fundamentalmente la onicofagia y la queilofagia, y en menor escala, la succión digital y la respiración bucal que surge cuando por una insuficiencia nasal orgánica o funcional este mecanismo se interrumpe, la respiración bucal aparece como alternativa.¹⁵

Respecto a la necesidad sentida de servicios de prótesis en horario extra-laboral, la instauración de un servicio deslizando, del que ya se tienen experiencia en otros servicios, daría respuesta a esta solicitud.

Como limitaciones del estudio, se señala el método de medición de las periodontopatías utilizado, basado en observar en los diferentes sextantes la presencia de cálculos o restauraciones desbordantes o inflamación, sangramiento de las encías o recesión gingival, por pérdida de inserción del tejido conectivo y del hueso alrededor del diente. No se evaluó presencia y profundidad de bolsas por limitaciones de sondas periodontales.

CONCLUSIONES

La población estudiada pertenece a una comunidad urbana donde predomina el sexo femenino y la edad comprendida entre los 35 a 59 años de edad. Los factores de riesgo que más prevalecen son la higiene bucal y la educación para la salud deficientes, el tabaquismo y la dieta cariogénica como posibles causas de las caries y periodontopatías, principales enfermedades identificadas.

RECOMENDACIONES

Realizar una intervención educativa sobre los factores de riesgos identificados como posibles causas en la población estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa F. La muy necesaria renovación de la Atención Primaria de Salud. Rev. Cubana de S. Pública [Internet]. 2009 Dic; 35(4):1-2. [Citado 2015 Ene 31]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
2. Díaz Bernal, Presno Labrador. Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Abr.-Jun; 29(2): 228-33. [Citado 2015 Ene 31]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_2_13/mgi14213.htm
3. Artilles Visbal L, Alfonso Rodríguez A. Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
4. Sosa Lorenzo I, Rodríguez Salvá A, Abreu González I, Guerra Chang M, Lefevre P, De Vos P. Percepción sobre el análisis de situación de salud en un Consejo Popular de Centro Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 Ago 49(2): 183-90. [Citado 2015 Mayo 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200005&lng=es
5. Segredo Pérez AM, Díaz Bernal Z, López Puig P, Gómez de Haz H. Sensibilidad de género en el análisis de la situación de salud del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Jun; 41(2): 268-89. [Citado 2015 Mayo 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200008&lng=es
6. Velázquez Pupo A, Rodríguez Reyes H, Sánchez Hernández E, Duconger Danger M, Benítez Sánchez E. Análisis de la situación de salud en una comunidad especial. MEDISAN [Internet]. 2010;14 (2): [aprox. 1 p.]. [Citado 2010 Abr 5]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200020&lang=pt
7. Minsap. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011.
8. García Pérez RP, Nolla Cao N, Rivera Michelena N, Bringas Sosa Y. Propuesta de estrategia docente del Módulo Análisis de la Situación de Salud de la especialidad de Medicina General Integral para venezolanos. Educ Med Super [Internet]. 2012 Jun 26; (2): 216-29. [Citado 2015 Mayo 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200005&lng=es
9. Martínez Abreu J, Capote Femenias J, Bermúdez Ferrer G, Martínez García Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Medisur [Internet]. 2014 Ago;12(4): 562-9. [Citado 2015 Mayo 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000400002&lng=es
10. Minsap. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2013.

11. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2012 Dic; 41(4): 379-84. [Citado 2015 Jul 29]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008&lng=es
12. Hernandez Marín CA, Gonzalez Fortes B, Yero Mier I, Rivadeneira Obregon AM. Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. Area Norte Sancti Spiritus. 2010. Gac Med Espirit [Internet]. 2013 Abr; 15(1): 3-9. [Citado 2015 Jul 29]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100002&lng=es
13. Traviesas Herrera EM, Márquez D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 Jul-Sep 48(3): [aprox. 11 p.]. [Citado 2015 Feb 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072011000300009&script=sci_arttext
14. Minsap. Dirección General de Estomatología: Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986.
15. González Ramos RM, Ochoa González DA, Silva Fors Cy Cruz Ledesma I. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Rev haban cienc méd [Internet]. 2012;11(4): [aprox. 6 p.]. [Citado 10 May 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_11_4_12/rhcm06412.htm

Recibido: 14 de julio de 2015.

Aprobado: 14 de mayo de 2016.