

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION NACIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**Estado de Salud Bucal
Evaluación de la Situación en Cuba.
Año 1984-1998**

Autores: Dra. Maritza Sosa Rosales
Dr. Armando Mojáiber de la Peña
Dra. Grisel Zacca González

Ciudad de la Habana, Cuba, Agosto de 1999

INTRODUCCION:

El Sistema Nacional de Salud Cubano

El estado y gobierno cubano a través de su Ley 41, aprobada en Julio de 1983, garantiza la Salud a toda la población, teniendo como premisa que la “salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado”, siendo el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un Sistema de Salud, que tiene como características el ser único, integral y regionalizado.

Se define entonces como la Misión del MINSAP: es el Organismo Rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la Política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública, el desarrollo de las Ciencias Médicas y la Industria Médico Farmacéutica; siendo sus Principios Rectores los siguientes:

- ◆ Carácter estatal y social de la medicina
- ◆ Accesibilidad y gratuidad de los Servicios
- ◆ Orientación profiláctica
- ◆ Participación comunitaria e intersectorialidad
- ◆ Colaboración internacional
- ◆ Centralización normativa y descentralización ejecutiva
- ◆ Aplicación adecuada de los adelantos de la Ciencia y la Técnica

Para el cumplimiento de esta Misión el país ha hecho grandes esfuerzos garantizando el presupuesto requerido. El gasto por habitante y el porcentaje del Producto Interno Bruto dedicado a la Salud se han incrementado sistemáticamente, en 1998 representó el 5.5%, mientras que en América Latina fue tan sólo el 2.5, y a pesar de las limitaciones impuestas por el bloqueo el SNS ha continuado mejorando sus indicadores de salud, comparables hoy incluso con países desarrollados.

Estos logros han sido posibles entre otros factores, por el potencial humano que dispone el SNS, su principal recurso, así como la participación de la comunidad y la interacción de todos los sectores del país. En este sentido es nuestra

responsabilidad utilizar los recursos humanos y materiales con mayor eficiencia y eficacia y es en este contexto que nuestro Organismo se plantea como su Visión para los próximos años los siguientes propósitos:

- ◆ Aumentar la calidad de la atención médica
- ◆ Incrementar el nivel de satisfacción de la población
- ◆ Aumentar la eficiencia económica del Sistema
- ◆ Mejorar los Indicadores de Salud
- ◆ Mejorar la atención al Hombre.

Componentes del Sistema Nacional de Salud:

Los componentes del SNS son:

- Promoción de Salud
- Atención Médica Preventiva, Curativa y de Rehabilitación
- Asistencia a ancianos, impedidos físicos y mentales y otros minusválidos
- Control Higiénico – Epidemiológico
- Formación, Especialización y Educación Continuada de Profesionales y Técnicos
- Investigación y desarrollo de las Ciencias Médicas
- Información Científico – Técnica
- Aseguramiento de suministros no médicos y mantenimiento del Sistema
- Aseguramiento Tecnológico, Médico y Electromedicina
- Producción, Distribución y Comercialización de medicamentos y equipos médicos.

Estos componentes se integran en áreas que conforman el MINSAP, las cuales son:

- Asistencia Médica
- Higiene y Epidemiología
- Docencia e Investigación
- Industria Médico Farmacéutica
- Economía y Servicios

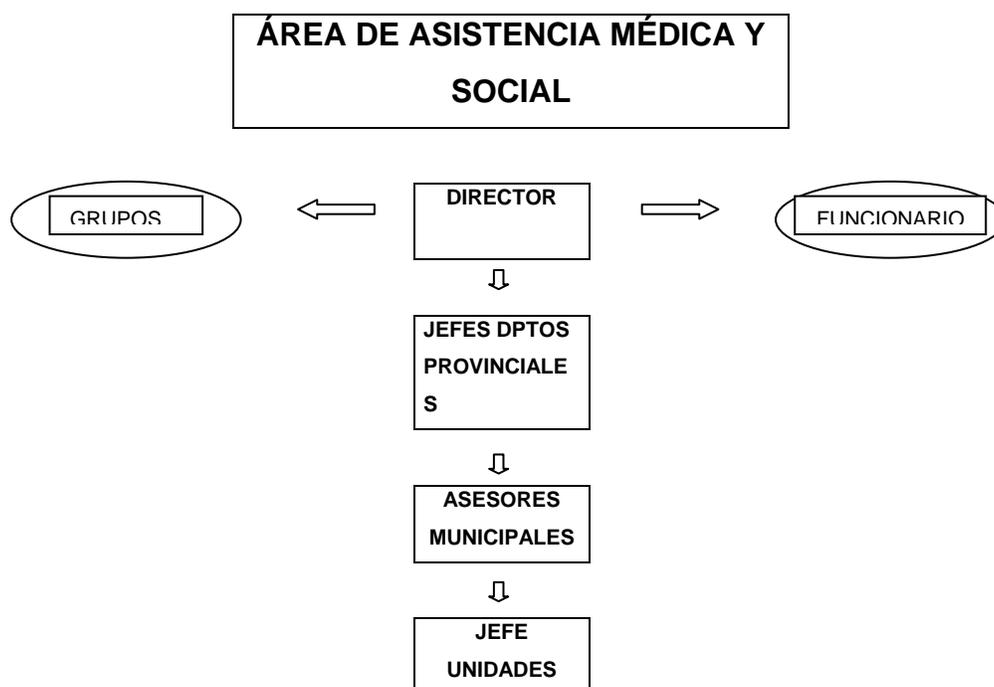
Así mismo, la red de Servicios del SNS está integrada por Hospitales, Policlínicos, Clínicas y Servicios de Estomatología, Hogares Maternos, Hogares de Ancianos y Bancos de Sangre. Además dispone de una red de Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología; Institutos de Ciencias Médicas y Facultades y otras unidades que posibilitan la ejecución de sus acciones.

Es en esta red donde se integran las funciones básicas del SNS: la asistencia, la docencia, la investigación y la producción, a través de Programas y Estrategias, siendo una de ellas la Estomatología.

Estrategia Estomatología.

Como parte indisoluble del SNS y de su visión se encuentra la Estrategia Estomatología la cual ha alcanzado metas de salud bucal comparables a los países más desarrollados y recursos humanos con una alta preparación científica, la que es reconocida internacionalmente.

La estructura que posibilita la ejecución y control de la atención estomatológica en Cuba se muestra en el siguiente esquema:



siendo las unidades en que se brinda la atención, las Clínicas Estomatológicas, los Departamentos en Policlínicos y Hospitales (Clínico Quirúrgicos, Pediátricos, Generales) y Servicios en Centros Escolares, Laborales y Sociales.

Con la introducción del Modelo de Atención Primaria del “Médico y Enfermera de la Familia” en el SNS, se desarrolla la Atención Estomatológica Integral y se vincula el Estomatólogo y el Médico de Familia en un equipo de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada en un área geográfica, ejecutando acciones de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación sobre ella, priorizando al niño hasta los 18 años, a la gestante y madre de niños menores de 1 año, retrasados mentales e impedidos físicos y mayores de 60 años.

Estas acciones se integran en un Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población.

Actualmente constituye un reto para la Estomatología cubana consolidar los avances, vencer las amenazas, superar las debilidades e innovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral que fomente una vida saludable.

Metas de Salud Bucodental.

La Federación Dental Internacional (FDI), estableció en 1982, las metas de Salud Bucal a partir de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de alcanzar en el año 2000 Salud Para Todos.

Cada país, a partir de sus características y posibilidades, estableció sus propias metas y definió las acciones necesarias a ejecutar para lograrlas.

En 1984, nuestro país realizó un estudio epidemiológico de carácter nacional, a partir de cuyos resultados se establecieron las Metas Nacionales de Salud Bucal a alcanzar por quinquenios hasta el año 2000 (Cuadros No. 1 y 2), así como las actividades y acciones de salud a desarrollar para su consecución. Posteriormente en los años 1989 y 1995 se llevaron a cabo nuevas investigaciones, así como en el año 1998, las que nos permiten comparar los resultados de los mismos, a fin de conocer el avance obtenido en cada una de las Metas Nacionalmente y por tanto la evolución del Estado de Salud de las poblaciones.

Cuadro No. 1: Metas de Salud Bucal a alcanzar en el año 2000 propuestas por la FDI

Meta 1: El 50% de los niños de 5 y 6 años de edad estarán libres de Caries
(CPO + CEO = 0)

Meta 2: El índice CPO-D en la población de 12 años de edad, será igual o menor a 3 (CPO-D \leq 3)

Meta 3: El 85% de la población de 18 años mantendrá todos los dientes en boca (P=0)

Meta 4: Disminuir en un 75% el promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de edad.

Meta 5: Disminuir en un 25% el promedio de dientes perdidos en la población de 65 y más años de edad.

Cuadro No. 2: Metas de Salud Bucal a alcanzar por quinquenios hasta el año 2000 en Cuba.

Metas propuestas por Cuba	AÑOS			
	1984	1990	1995	2000
1. 50% de los niños sanos de 5-6 años sanos	28.9	33.0	40.5	50.0
2. CPO-D \leq 3 a los 12 años	4.4	3.8	3.0	2.0
3. 85% de la población de 18 años conservan todos sus dientes.	35.8	46.5	62.6	85.0
4. Disminuir en un 50% el promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años	12.6	11.3	9.4	6.3
5. Disminuir en un 15% el promedio de dientes perdidos en la población de 65 y más años de edad.	28.4	27.3	25.8	24.1

Fuente: Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP

Es importante destacar que en nuestro país desde hace más de tres décadas, se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar,

que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la salud y prevención de enfermedades.

OBJETIVOS:

General: Evaluar el estado de cumplimiento de las Metas de Salud Bucal para el año 2000, a partir de las investigaciones realizadas en 1984, 1989, 1995, 1998.

Específicos:

1. Comparar los resultados obtenidos en las investigaciones de Salud Bucal realizadas en 1984, 1989, 1995, 1998.
2. Establecer nuevas metas a alcanzar en el año 2005.
3. Proponer acciones de salud pertinentes para alcanzar las metas trazadas para el año 2005.

METODO:

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, cumpliendo las indicaciones de la OMS en su Manual “Encuestas de Salud Buco Dental. Métodos Básicos”, cuarta edición, del año 1997.

Universo de Población y Muestra:

El universo lo constituye toda la población que reside en la República de Cuba. La selección de la muestra se realizó en las 16 áreas de salud en las que habían sido ejecutadas las anteriores investigaciones, y que a su vez habían sido seleccionadas por un muestreo estratificado bietápico y aleatorio (Anexo 1). Los grupos de edades determinados fueron los que orientó la OMS en el Manual antes referido, seleccionándose 400 personas para cada uno de ellos. Las personas se seleccionaron al azar utilizando la tabla de números aleatorios, a partir de los listados de todos los habitantes de cada una de las áreas de salud, según sexo, al tener en cuenta también esta variable.

Las edades estudiadas fueron: 5, 12, 15, 18, 35-44 y 65 y más; y en total se examinaron 2397 personas.

Variables de estudio:

Las variables demográficas se tuvieron en cuenta en la investigación son edad, sexo y nivel educacional, mientras que las variables bucodentales fueron examen extra oral, estado de la ATM, condición de la mucosa oral, estado de la oclusión, estado periodontal, estado de la dentición y necesidades de rehabilitación protésica.

Operacionalización de las variables de estudio:

- ◆ Edad: en años, correspondiente al último cumpleaños, según reporta el encuestado.
- ◆ Sexo: según lo reporta el encuestado.
- ◆ Ocupación: según lo reporta la persona encuestada, clasificándose en estudiante, obrero, técnico o profesional, ama de casa, jubilado y no registrado.

- ◆ Ubicación geográfica: se clasifica en urbana, rural, semiurbana, o no registrada, según criterio del Comité Estatal de Estadística.
- ◆ Examen extra oral: incluye el examen general de cabeza y cuello, clasificándose en:
 - aparición extraoral normal: aquellas personas que no tienen ninguna alteración de su cabeza y cuello.
 - anomalías en piel y mucosas: aquellas personas en que se detecto úlceras, inflamaciones, erosiones o cualquier desviación de lo normal de las estructuras examinadas.
 - nódulos linfáticos agrandados: se registraron aquellos en que al examen de los grupos y cadenas linfáticas de cabeza y cuello se encontraron algún ganglio aumentado de volumen.
- ◆ Evaluación de la articulación temporomandibular: Se examinaron ambas articulaciones detectándose la presencia de los siguientes síntomas o signos:

Síntomas

0. No. Ausencia de síntomas.
1. Chasquido articular. Se registra el referido por el paciente.
2. Dolor a la palpación. Se palparon los músculos maceteros y temporales de ambos lados. Este signo se evaluó por presión unilateral firme de los dos dedos, ejercida dos veces sobre la parte más voluminosa del músculo. Sólo se registró si la palpación provocaba espontáneamente un reflejo de evitación.
3. Dificultad al movimiento de apertura y cierre. Se registro la dificultad para abrir y cerrar la boca una o más veces por semana.

Signos

1. Chasquido, sonido audible: el chasquido se evaluó directamente por la presencia de un ruido agudo audible o por palpación de las articulaciones temporomandibulares.
2. Contractura maseteriana: se registró cuando a la palpación del músculo se detectó su contracción.
3. Reducción de la apertura bucal menor de 30 mm: se midió por la distancia entre las puntas de los incisivos centrales de los maxilares y de los incisivos de la mandíbula. Como orientación general en un adulto, la movilidad de la

mandíbula se consideró reducida si el sujeto era incapaz de abrirla hasta una anchura de dos dedos.

◆ Condición de la mucosa oral

En cada individuo se efectuó un examen de la mucosa oral y de los tejidos blandos bucales y peribucales. El examen fue completo y sistemático y siguió el siguiente orden:

- a) Mucosa y surcos labiales (superior e inferior)
- b) Parte labial de las comisuras y la mucosa labial (derecha e izquierda)
- c) Lengua (superficie dorsal y ventral, y bordes)
- d) Suelo de la boca
- e) Paladar duro y blando
- f) Bordes alveolares y encías (superiores e inferiores)

Los criterios y las claves utilizados fueron:

0. Normal: se registró en esta clasificación todas las personas que no tenían ningún síntoma de alteración y enfermedad y no refirieron tenerla.
1. Tumor maligno (Cáncer Oral): en esta clasificación se registraron todos los pacientes que en el momento del examen refirieron tener un Cáncer Oral diagnosticado y confirmado, además aquellos que mostraron clínicamente alguna neoplasia, aún sin diagnosticar.
2. Leucoplasia: mancha o placa blanquecina y que clínica o histológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida, que aparece en la mucosa bucal por diferentes causas y que se considera premaligna pues de no atenderse puede degenerar en una neoplasia. Es de alta incidencia en la población y de fácil detección por lo que se recomienda su búsqueda activa por estomatólogos y médicos para su rápido tratamiento y eliminación de los factores de riesgo. Es una entidad que evidencia presencia de factores de riesgo para el Cáncer Bucal, así como falta de educación para la salud. Su detección oportuna expresa efectividad del sistema.
3. Liquefación Plano: se registró en este grupo los pacientes que refirieron tener diagnosticado la enfermedad y aquellos que tenían al examen clínico las lesiones características definidas por: líneas filamentosas, radiantes, blancas o

grises, aterciopeladas, que se cruzan en un patrón reticular y que lo más común es que sean bilaterales en la mucosa vestibular.

4. Ulceras (aftosas, herpéticas, traumática): se registraron en este grupo todos los pacientes que presentaran Ulceras en cualquier región de la boca.
5. Gingivitis Ulcero Necrotizante Aguda (GUNA): se registraron en esta clasificación todos los pacientes que tuviesen la enfermedad, cuyas características se explican a continuación. Este estado inflamatorio involucra primordialmente el margen gingival libre, la cresta gingival y las papilas interdentes. En raras ocasiones se extiende al paladar blando. Se caracteriza por la generación de una encía hiperémica, dolorosa, con erosiones de las papilas interdentes como efectuados con sacabocados de corte nítido. Los restos ulcerados de las papilas y de la encía libre sangran al tocarlos y por lo general se cubren con una pseudomembrana gris necrótica. Puede extenderse por todos los márgenes gingivales y presentar un olor fétido típico sumamente desagradable.
6. Candidiasis: se incluyeron como personas con esta enfermedad los que tuviesen las características que a continuación se describen. Se caracteriza por la aparición 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. En casos graves puede involucrar toda la boca.
7. Abscesos: se registraron todas las personas que en el momento del examen tuviesen alguno, independientemente de su origen pulpar o periodontal, clínicamente evidente.
8. Otras condiciones: se registraron aquí todas las alteraciones detectadas y que no pertenecían a las clasificaciones anteriores.
9. No se registra

Se registró la localización principal de la lesión en la mucosa oral:

0. Borde Bermellón
 1. Comisuras
 2. Labios
 3. Surcos

4. Mucosa bucal
5. Suelo de la boca
6. Lengua
7. Paladar duro y/o blando
8. Reborde / gingivo alveolar
9. No se registra

◆ Opacidad / hipoplasia del esmalte

Se utilizó el índice de desarrollo de defectos del esmalte (DDE) modificado. Las anomalías del esmalte se clasificaron en tres tipos, basándose en su aspecto. Varían en amplitud, localización en la superficie de los dientes y distribución dentro de la dentadura.

Los criterios y claves utilizados fueron los siguientes:

0. Normal
1. Opacidad demarcada. Es un esmalte de espesor normal y de superficie intacta, se observa una alteración de la translucidez del esmalte, de grado variable. Queda delimitado respecto al esmalte adyacente normal por un borde neto y claro, y puede ser blanca o de color crema, amarillo o pardo.
2. Opacidad difusa. Comprende la alteración de la translucidez del esmalte, de grado variable y de aspecto blanco. No existe límite neto con el esmalte normal adyacente y la opacidad puede ser lineal o irregular o de distribución confluyente.
3. Hipoplasia. Es un defecto que afecta a la superficie del esmalte y que se asocia con una disminución localizada del espesor del esmalte. Puede presentarse en forma de a) hoyos: únicos o múltiples, planos o profundos, dispersos o dispuestos en filas horizontales a través de la superficie dental; b) surcos: únicos o múltiples, estrechos o anchos (2 mm como máximo); c) ausencia parcial o total de esmalte en una superficie considerable de la dentina. El esmalte afectado puede ser translúcido u opaco.
4. Otros defectos: Cualquier alteración que no pueda ser clasificada fácilmente en alguna de las tres anteriores.
8. Las tres condiciones.

9. No se registra.

Al examen se registraron 10 dientes indicadores, sólo en las superficies bucales y fueron codificados según las condiciones descritas.

◆ Fluorosis dental

El examinador tomó nota del tipo de distribución de cualquier defecto y decidió si era típico de la fluorosis. El registro se basó en los dos dientes más afectados. Si los dos dientes no estaban afectados por igual se registró el grado correspondiente al menos afectado de ambos.

Los criterios utilizados fueron los del índice de Dean y son:

0. Normal. La superficie del esmalte es suave, brillante y habitualmente de color blanco – crema pálido.
1. Dudosa. El esmalte muestra ligeras alteraciones de la translucidez del esmalte normal, que pueden variar entre algunos puntos blancos y manchas dispersas.
2. Muy leve. Pequeñas zonas, blancas como el papel y opacas, dispersas irregularmente en el diente, pero que afectan a menos del 25% de la superficie dental y labial.
3. Leve. La opacidad blanca del esmalte es mayor que la correspondiente a la clave 2, pero que afectan a menos del 50% de la superficie.
4. Moderada. Las superficies del esmalte de los dientes muestran un desgaste marcado; además, el tinte pardo es con frecuencia una característica que afea al individuo.
5. Severa. La superficie del esmalte está muy afectada y la hipoplasia es tan marcada que puede afectarse la forma general del diente. Se presentan zonas excavadas o gastadas y se halla un extendido tinte pardo; los dientes presentan a menudo un aspecto corroído.
8. Excluida (por ejemplo, un diente con corona)
9. No se registran.

◆ Índice Periodontal de la comunidad (IPC)

Sextantes. La boca está dividida en sextantes definidos por los dientes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 y 44-48. Sólo se examinó el sextante si tenía dos o más dientes en los que no estaba indicada la extracción.

Dientes indicadores. Para los adultos de 20 años o más, los dientes que se examinaron fueron: 17/16, 11, 26/27, 47/46, 31, 36/37.

En los individuos de menos de 20 años sólo se examinaron seis dientes indicadores: 16, 11, 26, 36, 31, 46. Al examinarse los niños menores de 15 años no se registraron las bolsas, sólo se consideró la hemorragia y los cálculos.

Examen y registro. Se exploró el diente indicador o todos los dientes que quedaban en un sextante cuando no había diente indicador, registrando la puntuación máxima en la casilla apropiada. Las claves fueron:

0. Normal

1. Sangramiento. Hemorragia, observada directamente o utilizando el espejo bucal después de la exploración.
2. Cálculos. Cálculo observado durante la exploración con la sonda, pero es visible toda la banda negra de la sonda.
3. Bolsa de 4-5 mm. Margen gingival dentro de la banda negra de la sonda.
4. Bolsa de 6 mm o más. La banda negra de la sonda no es visible.
5. Sextante excluido. Existen menos de dos dientes.
6. No registrado.

◆ Estado de la oclusión.

Se examinó la oclusión sólo en los menores de 15 años. Los criterios y claves utilizados fueron:

0. Sin alteración.

1. Ligera. Maloclusión que puede ser tratada sin necesidad de aparatología fija.
2. Moderada o severa. Maloclusión que es tratada por aparatología fija.
9. No se registra

◆ Estado de la dentición.

Se utilizaron letras y números para registrar el estado de la dentición, en dependencia de si era temporal o permanente respectivamente.

Criterios para el diagnóstico en dientes temporales.

- A) Sano. No muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries que preceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable. Así una corona que presenta los siguientes

defectos, en ausencia de otros criterios positivos, debe codificarse como sana: manchas blancas o yesosas; manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con una sonda IPC metálica; Fosas o fisuras teñidas en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración del esmalte, ni ablandamiento del suelo o las paredes detectable con una sonda; zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa; lesiones que, basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual/táctil. Parecen deberse a la abrasión.

- B) Cariado. Se registra la presencia de caries, también se incluyó el diente con una obturación temporal o un diente que está obturado pero también cariado. En caso de dudas, la caries se registró como no presente.
- C) Obturado con recidiva. Se consideró cuando un diente estaba obturado y presentaba una zona cariada asociada.
- D) Obturado. Una o más obturaciones permanentes en buen estado.
- E) Extraído por caries. Se incluyeron dientes que habían sido extraídos por presencia de caries. Sólo se empleó si el sujeto presentaba una zona cariada asociada.
- F) Extracción indicada. Diente que se indica para extraer por caries, maloclusión u otra condición que lo haga incurable.
- G) Puente, Corona o implante. Se incluyó en esta clave el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, es decir, un soporte de puente.
- T) Trauma. Se clasificó una corona como fracturada cuando faltaba una parte de su superficie como resultado de un traumatismo y no hay signos de caries.
- 9) No se registra. Se utilizó para cualquier diente brotado que por algún motivo no se pudo examinar (por ejemplo, presencia de bandas ortodóncicas, hipoplasia intensa, etc.).

Crterios para el diagnóstico en dientes permanentes

- 0. Sano. Idem a temporales
- 1. Cariado. Idem a temporales
- 2. Obturado con recidiva. Idem a temporales

3. Obturado. Idem a temporales
4. Extraído por caries. Se incluyeron dientes que habían sido extraídos por presencia de caries.
5. Extraído por otra razón. Incluyó los dientes ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodóncicos, periodontales, traumatismo, etc.
6. Extracción indicada. Diente que se indica para extraer por caries, maloclusión, u otra periodontopatía, trauma o cualquier condición que lo haga incurable.
7. Puente, corona o implante. Se incluye en esta clave en el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, es decir, un soporte de puente o que presenta un implante.
8. No brotado. Se limitó a los dientes permanentes y se utilizó para un espacio dental en el que hay un diente permanente sin brotar, pero en ausencia de diente primario. No se incluyeron los dientes ausentes congénitamente o por traumatismos, etc.

T. Trauma. Idem a temporales

9. No se registra. Se utilizó para cualquier diente permanente brotado que por algún motivo no se pudo examinar (por ejemplo, presencia de bandas ortodóncicas, hipoplasia intensa, etc.)

◆ Estado de la prótesis

Necesidad de prótesis

0. No necesita
1. Necesita y no tiene. Se registró el individuo que teniendo necesidad de prótesis no tenía ninguna.
2. Tiene adecuada. Presencia de cualquier tipo de prótesis en boca y que se encontraba en buen estado.
3. Tiene inadecuada. Se registró a las personas que teniendo prótesis esta se encontraba en mal estado ya sea por desajuste, fractura, entre otros.

10. No se registra

Tipo de prótesis

0. No posee
1. Prótesis parcial. Se registró su presencia según arcada. Incluía la sustitución de sólo un número limitado de dientes.

2. Prótesis total. Se registra su presencia según arcada. Se utiliza cuando sustituía a todos los dientes.
3. Prótesis fija. Incluye coronas, espigas, puentes fijos, etc.
4. No se registra.

Obtención de la Información:

A las personas seleccionadas se les practicó un interrogatorio para determinar las variables demográficas y un examen clínico para conocer las variables bucodentales.

La información se recogió en una encuesta confeccionada a partir de la que aparecía en el Manual, haciéndole algunas modificaciones acorde a nuestras características y necesidades (Anexo 2). El examen clínico se realizó bajo luz natural, utilizando espejo de boca plano, explorador doble No. 5 y sonda periodontal de la OMS.

La encuesta fue aplicada por un grupo de profesionales y técnicos previamente adiestrados y calibrados. La concordancia entre los examinadores según el índice de kappa (K) fue de 0.9, por lo que se considera buena. El intervalo de confianza fue de un 95%.

Procesamiento de la Información y análisis estadístico:

La información obtenida se procesó de EPIINFO 6 de 1995 y Fox Plus 2.00 del 1987 y se elaboraron tablas y gráficos a través de las aplicaciones EXCEL y POWER POINT del Microsoft Office de 1997, para su presentación.

Se calculó la media y la desviación estándar para Índice CPO-D y CPO-S, dientes funcionales y perdidos, segmentos afectados periodontalmente, lesiones en el esmalte. Se obtuvieron frecuencias para el resto de las variables estudiadas.