Descargado el: 30-10-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

# Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira

# Oral Health Status of disabled patients. Health Area of Spartacus, Palmira Municipality

Irma Aracelia Sueiro Sánchez[1] Ana Belquis Hernández Millán[1] Giselle Díaz Sosa[1] Elsie María Padilla Gómez[1] Claudia Díaz Sosa[2] Zenia Lisette Hernández Millán[2]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

**Cómo citar este artículo:**
Sueiro-Sánchez I, Hernández-Millán A, Díaz-Sosa G, Padilla-Gómez E, Díaz-Sosa C, Hernández-Millán Z. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Oct 30]; 14(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3233

## Resumen

**Fundamento:** las personas discapacitadas presentan condiciones que limitan sus posibilidades para desarrollar la vida cotidiana y por consiguiente requieren de una atención de salud integral; sin embargo se considera que a nivel mundial la mayoría de esta población no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos.
**Objetivo:** determinar el estado de salud bucal en pacientes discapacitados.
**Métodos:** estudio de serie de casos realizado de junio a septiembre de 2015, sobre 88 discapacitados que cumplieron con los criterios de inclusión. Se analizó: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, clasificación epidemiológica en cuanto a salud bucal, problemas de salud bucal, enfermedades crónicas, factores de riesgo, tratamientos realizados en atención primaria y secundaria.
**Resultados:** predominó el sexo masculino sobre el femenino y el grupo de edades de 35 a 59 años; prevalecieron los técnicos medios y los de nivel preuniversitario; el 38, 6 % poseía empleo. Fueron más numerosas las discapacidades mentales. El 72, 2 % padecía de hipertensión arterial. La clasificación epidemiológica del estado de salud bucal mostró que 54, 5 % estaban enfermos; 19, 3 % sanos con riesgo y 26,1 % deficientes discapacitados. Dentro de los factores de riesgo sobresalieron los antecedentes de caries y cepillado incorrecto. En atención primaria predominaron las restauraciones (47,7 % ) y en la atención secundaria la ortodoncia (13,6 %).
**Conclusiones:** la salud bucal en el grupo estudiado fue deficiente, lo que pudiera estar dado porque tanto pacientes como familiares dan más importancia a la condición física como discapacitado que a la salud bucal.

**Palabras clave:** salud bucal, personas con discapacidad, factores de riesgo

## Abstract

**Foundation:** Disbale people present conditions which limit their abilties to develop an everyday life and therefore require comprehensive health care; however it is considered that worldwide most of this population does not receive oral care according to their requirements.
**Objective:** To determine status of Oral Health in disabled patients.
**Methods:** A study of case series carried out from june to September 2015, about 88 disabled patients who achieved inclusion criteria. It was analyzed age, sex, scholarship, occupation, epidemiological classification regarding Oral Health, problems of Oral health, chronic diseases, risk factors, recieved treatments in primary and secundary health systems.
**Results:** Male sex prevailed over the female one and age group from 35 to 59 years old; They prevailed technicians and senior high school level;; 38% had an employment. Mental disabilities were more frequent. 72.2% suffered from arterial hypertension. Epidemiological classification of Oral Health State showed that 54.5% were sick.; 19.3% were healthy and 26.1% defficent disabled. Among the risk factors, antecedents of caries and incorrect brushing stood out. In Primary Care restaurations prevailed (47.7%) and in Secondary Health care Orthodontics( 13.6%).
**Conclusion:** There was a deficient oral health in the studied group, which could be given because both patients and relatives give more importance to the physical condition as disabled than to oral health.

**Key words:** oral health, disabled persons, risk factors

**Aprobado: 2016-11-11 15:50:29**

**Correspondencia:** Irma Aracelia Sueiro Sánchez. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. est5908@ucm.cfg.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

Las personas con necesidades especiales presentan condiciones médico-psíquicas de desarrollo o cognitivo, que limitan su capacidad para desarrollar su vida cotidiana y por consiguiente requieren de una atención de salud integral, integrada, 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.[1]

Si bien la Asamblea de las Naciones Unidas del 14 de enero de 1997 aprobó la Declaración de los Derechos de los Discapacitados, la odontología y estomatología organizada todavía no han asumido el problema en lo que a especialidad se refiere.[2]

La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, son los factores determinantes de soluciones extremas como las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención. A pesar de haberse reconocido el importante papel que representa la profesión dental en la rehabilitación de los discapacitados, no siempre son atendidos con agrado y muchos estomatólogos no se motivan a aceptarlos como pacientes, emitiendo criterios de remisión sin intentar atenderlos por la vía convencional.[3]

Aunque los tipos de discapacitados varían según los países, en todo el mundo parece estar aumentando el número de niños discapacitados.[4]

Habitualmente se observa en este grupo de pacientes una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo en edades muy precoces, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a los dientes. Existe en ellos predominio de dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, entre otras), odontalgias periódicas, exodoncias en lugar de tratamientos conservadores, pacientes muy jóvenes desdentados parcial o totalmente, mayor incidencia de maloclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidad dentarias. Las deficiencias y las discapacidades pueden acarrear enfermedades estomatológicas o aumentar las necesidades asistenciales al nivel bucal. El grado de deterioro dental y gingival en ocasiones implica tiempos prolongados de tratamiento. Como es obvio, todo esto lleva a afirmar que la salud bucal de los discapacitados es significativamente peor que la de los no discapacitados, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre.[5]

El 80 % de los discapacitados de todo el mundo se concentran en los países de rentas bajas, donde tienen más dificultades para superar las barreras, de acuerdo con la Se destaca que 65 millones de personas necesitan una silla de ruedas, a las que en los países pobres solo tienen acceso entre el 5 y el 15 % de la población. La discapacidad aleja también a muchos niños del colegio en las regiones más desfavorecidas. A nivel mundial, la cifra de personas que se considera discapacitada asciende a 650 más del 10 % de la población. En los países más avanzados, la media de desempleo de los discapacitados dobla a la de las personas sin discapacidad. Aunque muchos países poseen políticas sobre acceso para discapacitados, a menudo estas no se aplicaban.[6]

Se estima que el 10 % de la población Iberoamericana es discapacitada, en Italia 12 %, Alemania 13 % y España un 15 %. Estudios realizados revelan que el porcentaje de personas que padecen de una deficiencia física, mental o sensorial en Cuba es poco más del ocho por ciento, mientras que en naciones de América Latina y el Caribe llega hasta el 15 %.Cuba no figura entre los países con una tasa elevada de niños discapacitados, puesto que los programas de salud y atención a la mujer desde el inicio de su embarazo favorecen la detección precoz de cualquier anomalía. [7-11]

En Cuba se realiza el programa de atención a pacientes discapacitados, pero se han realizado pocos estudios, al igual que en la provincia y por supuesto el área de salud de Espartaco no queda exenta de este problema por lo el objetivo de este estudio fue determinar el estado de la salud bucal en pacientes discapacitados en Espartaco.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de serie de casos, durante el período de junio a septiembre de 2015, en pacientes discapacitados de Espartaco, Municipio Palmira. La muestra estuvo conformada por 88 pacientes con discapacidades que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: pacientes con discapacidad, congénitas o adquiridas, de cualquier edad que estuvieses de acuerdo en participar en el estudio o sus representantes autoricen el mismo.

Criterios de exclusión: pacientes con discapacidad y que no estén de acuerdo ellos o sus representantes en participar en el estudio.

Criterios de salida: pacientes con discapacidad que durante el estudio lo abandonasen voluntariamente o se trasladaran de provincia.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, tipo de discapacidad (producida por enfermedades crónicas degenerativas tales como diabetes, cardiopatía, nefropatías, discrasias sanguíneas y epilepsia; producida por enfermedades que provocan deficiencia motora: parapléjicos, cuadripléjicos, hemipléjicos, así como alguna otra enfermedad que los incapacite desde el punto de vista motor; deficiencia sensorial: ciegos, sordos, sordomudos; retraso mental: fronterizo, ligero, moderado, severo, profundo y afecciones mentales como esquizofrenia, autismo, entre otras), factores de riesgo, enfermedades crónicas asociadas, problemas de salud bucal, clasificación epidemiológica en cuanto a salud bucal(según Programa Nacional),[12] tratamientos realizados en atención primaria y secundaria.

La información se recogió a través de la historia clínica individual.

Para el análisis estadístico de los resultados se empleó el método matemático, una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Microsoft Word y los datos en Excel. Los resultados se presentan en tablas mediante números absolutos y porcentaje.

Aspectos éticos: se le comunicaron a la institución los objetivos y propósitos de la investigación para obtener el consentimiento, así como a los pacientes, representantes legales o tutores y padres que participaron en el estudio. La investigación fue aprobada por el Consejo científico.

## RESULTADOS

El 61,4 % de los discapacitados era del sexo masculino y el 54,5 % se ubicó en el grupo de edad de 35 a 59 años. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de la población de discapacitados según grupos de edades y sexo

| Edad | Sexo | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1-4 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** | **0** |
| 5-9 | 0 | 0 | 1 | 1,1 | **1** | **1,1** |
| 10-19 | 1 | 1,1 | 0 | 0 | **1** | **1,1** |
| 20-34 | 18 | 20,5 | 12 | 13,6 | **30** | **34,1** |
| 35-59 | 28 | 31,8 | 20 | 41,7 | **48** | **54,5** |
| 60-74 | 4 | 4,5 | 1 | 1,1 | **5** | **5,7** |
| 75 y más | 3 | 3,4 | 0 | 0 | **3** | **3,4** |
| **Total** | **54** | **61,4** | **34** | **38,6** | **88** | **100** |

Un total de 24 discapacitados para un 27,2 % son técnicos medios, seguido de 18 con nivel preuniversitario, lo que representa el 20,4 %; solo 4 (4, 5 %) no estaban escolarizados. (Tabla 2).

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

| Nivel educacional | No. | % |
|---|---|---|
| Primaria sin terminar | 9 | 10,2 |
| Primaria terminada | 17 | 19,3 |
| Secundaria terminada | 7 | 7,9 |
| Técnico medio | 24 | 27,2 |
| Preuniversitario | 18 | 20,4 |
| Universidad | 9 | 10,2 |
| Círculo infantil | 0 | 0 |
| Vías no formales | 0 | 0 |
| No escolarizado | 4 | 4,5 |
| **TOTAL** | **88** | **100** |

Al analizar la ocupación se evidenció que 38,6 % se encuentran empleados, seguidos de las amas de casa con el 31,8 % y tan solo 7 ,9 % fueron peritados. (Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de la población de discapacitados según ocupación

| Ocupación | No. | % |
|---|---|---|
| Ama de casa | 28 | 31,8 |
| Empleado | 34 | 38,6 |
| No empleado | 11 | 12,5 |
| Jubilado | 8 | 9,1 |
| Peritado | 7 | 7,9 |
| **TOTAL** | **88** | **100** |

El análisis de los tipos de discapacidad mostró que 35,2 % del total de pacientes se agruparon en las discapacidades que involucran las afecciones mentales como las esquizofrenias, autismo y retraso mental, en segundo lugar los pacientes discapacitados con enfermedades degenerativas crónicas con el 30,7 %. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Tipo de discapacidad en la población estudiada según grupo de edades

| Edad | Grupo 1 Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas | | Grupo 2 Pacientes con enfermedades que provocan deficiencia motora | | Grupo 3 Pacientes con deficiencia sensorial | | Grupo 4 Pacientes con retraso mental | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1-4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** | 0 | 0 |
| 5-9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,1 |
| 10-19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,1 | 0 | 0 |
| 20-34 | 2 | 2,3 | 2 | 2,3 | 3 | 3,4 | 12 | 13,6 |
| 35-59 | 18 | 20,4 | 9 | 10,2 | 7 | 7,9 | 15 | 17,0 |
| 60 -74 | 5 | 5,7 | 3 | 3,4 | 4 | 4,5 | 3 | 3,4 |
| 75 y más | 2 | 2,3 | 1 | 1,1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **27** | **30,7** | **15** | **17,0** | **15** | **17,0** | **31** | **35,2** |

La clasificación epidemiológica de enfermo se mostró con 48 pacientes para un 54,5 % y tan solo 17 (19,3 %) fue clasificado como paciente sano con riesgo. (Tabla 5).

**Tabla 5.** Clasificación epidemiológica de la salud bucal según grupos de edades

| Grupos de edades | Sanos con riesgos | | Enfermos | | Deficientes discapacitados | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 0-19 /n= 2 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 |
| 20-34 /n= 30 | 6 | 20 | 16 | 53,3 | 8 | 26,7 |
| 35-59 /n= 48 | 9 | 18,7 | 29 | 60,4 | 10 | 20,8 |
| 60-74 /n=5 | 0 | 0 | 1 | 20 | 4 | 80 |
| 75 y más/n=3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 100 |
| **Total /n=88** | **17** | **19,3** | **48** | **54,5** | **23** | **26,1** |

El mayor número de pacientes discapacitados padecía de hipertensión arterial con 64 para un 72,2 % y fundamentalmente en el grupo de 35 a 59 años, seguido de los pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo I y II con 49 lo que representa el 55,7 % de la población total, también en el mismo grupo etáreo. (Tabla 6).

**Tabla 6.** Enfermedades crónicas en la población de discapacitados según grupos de edades

| Grupo de edades | Enfermedades sistémicas | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Asma bronquial | | Hipertensión arterial | | Diabetes Mellitus (tipo I y II) | | Cardiopatías | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 20-34 | 5 | 5,7 | 16 | 18,2 | 11 | 22,4 | 4 | 4,5 |
| 35-59 | 14 | 15,9 | 39 | 44,3 | 31 | 35,2 | 16 | 18,2 |
| 60-74 | 2 | 2,3 | 6 | 6,8 | 5 | 5,7 | 3 | 3,4 |
| 75 y más | 2 | 2,3 | 3 | 3,4 | 2 | 2,3 | 2 | 2,3 |
| **Total (N=88)** | **23** | **26,1** | **64** | **72,2** | **49** | **55,7** | **25** | **28,4** |

Los factores de riesgo como antecedentes de caries y cepillado incorrecto se encontraron en todos los discapacitados estudiados con un 100 %. Otro hábito nocivo que más afectó a la población fue la dieta cariogénica con 78,4 %. (Tabla 7).

**Tabla 7.** Factores de riesgo que más afectan a los pacientes discapacitados

| Factores de riesgo | | No. | % |
|---|---|---|---|
| **Biológicos** | Antecedentes de caries | 88 | 100 |
| **Hábitos** | Cepillado incorrecto | 88 | 100 |
| | Dieta cariogénica | 69 | 78,4 |
| | Queilofagia del carrillo | 14 | 15,9 |
| | Bruxismo | 11 | 12,5 |
| | Tabaquismo | 26 | 29,5 |
| | Alcoholismo | 1 | 1,13 |
| | Onicofagia | 9 | 10,2 |
| | Ingestión de café | 54 | 61,4 |
| | Succión digital | 8 | 9,1 |
| | Lengua protráctil | 8 | 9,1 |

Los problemas de salud bucal de mayor prevalencia en los pacientes discapacitados fueron la caries dental que se encontró en 42 pacientes para un 47,7 % de la población, seguido por las periodontopatías y la disfunción masticatoria por desdentamiento para un 32,9 y 26,1 % respectivamente. La caries afectaron en un mayor porciento a los pacientes entre 35 y 59 años y las periodontopatías a los de 20 a 34 años. (Tabla 8).

**Tabla 8.** Problemas de salud bucal presentes en pacientes discapacitados

| ITEMS | Grupo de edades. | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-19 n=2 | | 20-34 n=30 | | 35-59 n=48 | | 60-74 n=5 | | Total n=88 | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Caries | 2 | 100 | 11 | 36,7 | 29 | 60,4 | 0 | 0 | **42** | **47,7** |
| Periodontopatías | 1 | 50 | 9 | 30 | 18 | 20,4 | 1 | 20 | **29** | **32,9** |
| Maloclusiones | 1 | 50 | 12 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | **13** | **14,8** |
| Disfunción masticatoria por desdentamiento | 0 | 0 | 8 | 26,7 | 10 | 20,8 | 5 | 100 | **23** | **26,1** |
| Pacientes con lesiones premalignas | 0 | 0 | 1 | 3,3 | 8 | 16,7 | 0 | 0 | **9** | **10,2** |

Respecto al tipo de tratamiento recibido en atención primaria prevalecieron las restauraciones, realizadas a 42 pacientes con un 47,7 %; seguido de la necesidad de prótesis con 18 para un 20,4 %. Se destacó que no existieron personas discapacitadas con necesidades de tratamiento en Cirugía Maxilofacial. (Tabla 9).

**Tabla 9.** Tipo tratamiento realizado en el nivel primario en pacientes discapacitados

| Tratamientos | Grupo de edades | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-19 | | 20-34 | | 35-59 | | 60-74 | | 75 y más | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Restauraciones | 2 | 100 | 11 | 36,7 | 29 | 60,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | **42** | **47,7** |
| TPR | 0 | 0 | 2 | 6,7 | 8 | 16,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | **10** | **11,4** |
| Exodoncias | 0 | 0 | 4 | 13,3 | 6 | 12,5 | 1 | 20 | 0 | 0 | **11** | **12,5** |
| Periodoncia | 1 | 50 | 5 | 16,7 | 7 | 14,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | **13** | **14,8** |
| Prótesis | 0 | 0 | 4 | 13,3 | 6 | 12,5 | 5 | 100 | 3 | 100 | **18** | **20,4** |
| Ortodoncia | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **1** | **1,1** |

Solamente necesitaron atención secundaria los grupos de edades de 20 a 34 y de 35 a 59 años, donde la ortodoncia se evidenció con un 13,6 %, seguido de la periodoncia para un 11,4 %. (Tabla 10).

**Tabla 10.** Tipo de tratamiento realizado en el nivel secundario en pacientes discapacitados

| Tratamientos | Grupo de edades | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20-34 | | 35-59 | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Periodoncia | 4 | 13,3 | 6 | 12,5 | **10** | **11,4** |
| Prótesis | 4 | 13,3 | 4 | 8,3 | **8** | **9,1** |
| Ortodoncia | 12 | 40 | 0 | 0 | **12** | **13,6** |
| Cirugía maxilofacial | 1 | 3,3 | 8 | 16,7 | **9** | **10,2** |

## DISCUSIÓN

La distribución de la población según edad y sexo en este estudio mostró predomino del sexo masculino sobre el femenino y el grupo de edad más representativo fue el de 35 a 59 años. Difieren investigaciones realizadas por la Hernández Millán A y colaboradores,[13] en cuanto al sexo donde el femenino estuvo por encima del masculino, pero se comportó similar respecto al grupo de edad donde los de 35 a 59 años estuvieron representados con un 27,02 %.

También hubo coincidencia con los resultados expuestos por Arce Morera y col,[14] 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, en que predominaron las personas mayores de 60 años con discapacidad físico-motora y mixta.

En relación con el nivel educacional los técnicos medio prevalecieron seguidos de preuniversitarios. Se evidenció, además, un 4,5 % de no escolarizados debido al tipo de discapacidad que presentan, ya que son pacientes con retraso mental severo.

Entre la bibliografía consultada se encontraron resultados diferentes en el estudio realizado por Hernández Millán A y colaboradores,[13] en pacientes discapacitados del área 7 donde predominaron los preuniversitarios en un 30,21 %. Se infiere por los autores que la mayoría que cursaron el técnico medio no continuaron los estudios debido a la discapacidad que presentaron y otros por no estar interesados.

Al analizar la ocupación, que evidenció que el 38,6 % se encuentran empleados, no se encontró nada similar en la bibliografía consultada. Esto pudiera estar dado por las oportunidades que brinda el sistema socialista de Cuba para este tipo de personas.

Según los tipos de discapacidad la mayoría en este estudio se agrupó en las que involucran las afecciones mentales como las esquizofrenias, autismo y retraso mental y en el grupo de edad de 35 a 59 años. Goerdt[15] en su análisis del tipo de discapacidad, mostró resultados diferentes a los hallados en este estudio, pues los jóvenes fueron los más afectados, en este caso por accidentes automovilísticos o actos vandálicos, diferencia que pudiera estar sustentada por el hecho de ser estudios realizados en contextos no similares. Difiere de los resultados obtenidos por Hernández Millán A y colaboradores,[13] donde la mayoría de los pacientes estaban afectados por enfermedades crónicas degenerativas y accidentes vasculares encefálicos que sufrieron dejándoles secuelas físico-motoras o mixtas, en su mayoría.

La clasificación epidemiológica de enfermo predominó sobre las demás. Difieren estos resultados del estudio realizado por Rodríguez Aparicio[16] donde sí se encontraron pacientes sanos y sanos con riesgo. 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. También predominaron los enfermos por 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. Según juicio de los autores, los pacientes también le restan importancia a la salud bucal.

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud, constituye el factor de riesgo más importante en el origen de enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y de la insuficiencia renal crónica. Referente a las enfermedades crónicas existe un predominio de pacientes con hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus. 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.[17]

Los factores de riesgo como antecedentes de caries y cepillado incorrecto se encontraron en todos los discapacitados estudiados. Similar fue el resultado obtenido por Hernández Millán A y colaboradores.[13]

En cuanto a los problemas de salud bucal predominaron las caries. Según estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud coincide con dicha investigación exponiendo que las caries dentales también aparecen en edades tempranas con la consecuente mortalidad dentaria.[7] Esto se debe a hábitos perjudiciales, agravados porque son pacientes de un área rural, a los que muchas veces se les dificulta acudir a la clínica estomatológica por la lejanía de esta con respecto a sus viviendas. Referente a las lesiones premalignas se remitieron al segundo nivel de atención por tener la mayoría más de un centímetro de diámetro y para la realización de estudio histopatológico, pero se le indicó al paciente que debería de acudir a consulta para evolución de la lesión y que además se controlaría mediante las visitas de terreno.

Respecto a las necesidades de atención primaria las restauraciones se presentaron en un mayor porcentaje, seguido de la necesidad de prótesis. Riesgo[18] obtuvo resultados diferentes ya que en su estudio las mayores necesidades estuvieron en la ortodoncia. Diferente también es lo obtenido por Hernández Millán A y colaboradores[13] donde la atención en periodoncia fue la predominante.

En atención secundaria los grupos de edades de 20 a 34 y de 35 a 59 años, y el servicio de ortodoncia fueron determinantes. En lo hallado por Núñez Antúnez[19] se determinó la atención en prótesis, en atención secundaria como su mayor necesidad.

La salud bucal en el grupo estudiado fue deficiente debido a que le dan más importancia a su condición física respecto a la salud bucal, no solo por los propios pacientes sino también por los padres o representantes de los mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gispert Abreu EA. Personas con necesidades especiales. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2011 [ cited 20 Jun 2012 ] ; 48 (1): [aprox. 2p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100001&lng=es.

2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

3. Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, Martínez Collado MA. Salud bucodental de los pacientes internados en el centro de atención a discapacitados psíquicos de Albacete. Rev Clin Med Fam [revista en Internet]. 2010 [ cited 20 Ene 2014 ] ; 3 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010001100006.

4. Morales MC. Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2012 [ cited 10 Ene 2013 ] ; 50 (1): [aprox. 6p]. Available from: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art22.asp.

5. Córdoba D, Portilla M, Arteaga G. Higiene oral de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva leve. Rev Univ Salud [revista en Internet]. 2010 [ cited 10 Ene 2013 ] ; 12 (1): [aprox. 13p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100005.

6. Bratos Calvo E. La enfermedad periodontal en un colectivo de pacientes minusválidos. Evaluación a doce años de un programa preventivo. Rev ROE. 1996 ; 1 (7): 515-22.

7. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2001 [ cited 7 Abr 2012 ] ; 38 (3): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300006&script=sci_arttext.

8. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. 2011. Ginebra: OMS; 2012.

9. World Health Survey. Geneva: World Health Organization; 2002. [ cited 9 Feb 2015 ] Available from: http://www.who.int/healthinfo/survey/en/.

10. Cobas Ruíz M, Zacca Peña E, Morales Calatayud F, Icart Pereira E, Jordán Hernández A, Valdés Sosa M. Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2010 [ cited 9 Feb 2015 ] ; 36 (4): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&

pid=S0864-34662010000400004.

11. Organización de de Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad [Internet]. Nueva York: ONU; 2010. [ cited 12 Feb 2015 ] Available from: http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=24&pid=787.

12. Rassi Hammani N, Sosa Rosales M. Sistema de vigilancia epidemiológica de la salud bucal. In: Sosa Rosales MC. Programa Nacional de Atención estomatológica integral a la población. La Habana: ECIMED; 2011. p. 153-74.

13. 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. Finlay [revista en Internet]. 2014 [ cited 24 Oct 2015 ] ; 4 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287.

14. 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): 45-51.

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

16. 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 [revista en Internet]. 2006 [ cited 15 Feb 2016 ] ; 43 (2): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200001.

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

18. Riesgo YC, Marino D, Rodríguez SC, Crespo MI, Laffita Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado “30 de Noviembre”. MEDISAN [revista en Internet]. 2010 [ cited 20 May 2014 ] ; 14 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100001.

19. Núñez L, Sanjurjo MC, González E, Rodríguez AR. Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2006 [ cited 20 Feb 2016 ] ; 43 (4): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400002.