

Medicentro 2001; 5(1)

**POLICLÍNICO “CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN”
SANTA CLARA, VILLA CLARA.**

ARTÍCULO ORIGINAL

Intervención de salud bucal en un área de salud

Por:

Dra. Ada Broche Pombo¹, Dra. María del Carmen Machado Rodríguez², Dra. María Elena Rey Ávila³, Dra. Deisy Duarte Conyedo⁴, Dra. Xiomara Suárez Morales⁵ y Dra. Yadelkis Morfa Cabrera⁶

1. Estomatóloga General. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Instructora. Cátedra Atención Estomatológica Integral. ISCM-VC.
2. Estomatóloga. General. Hospital Militar “Manuel Fajardo”. Instructora. Cátedra Atención Estomatológica Integral ISCM-VC.
3. Estomatóloga General. Policlínico “José Ramón León Acosta”. Instructora. Cátedra Atención Estomatológica Integral. ISCM-VC
4. Especialista de I Grado en Administración de Salud. Facultad de Estomatología. Asistente. ISCM-VC.
5. Estomatóloga General. Policlínico “XX Aniversario”. Instructora. Cátedra Atención Estomatológica. Integral. ISCM-VC.
6. Estomatóloga General. Policlínico “Fructuoso Rodríguez”. Santo Domingo. Villa Clara.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo a una muestra de 20 familias con 72 individuos pertenecientes al consultorio 31-4 del Policlínico “Chiqui Gómez Lubián” en la ciudad de Santa Clara, en el período comprendido entre enero y mayo de 1999, con la finalidad de analizar la eficiencia y eficacia de la atención estomatológica integral brindada a las familias asignadas por el método de vigilancia epidemiológica y estado de salud bucal. Se realizaron acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades al 100% de los pacientes. La mayoría de la población fue saneada, y se incrementó el número de sanos.

Descriptor DeCS: salud bucal, vigilancia epidemiológica, atención odontológica integral

SUMMARY

A prospective descriptive study was carried out in a sample of 20 families with 72 individuals from the medical office 31-4 of the polyclinic “Chiqui Gómez Lubian” in Santa Clara city during January-May, 1999 to analyze efficiency and efficacy of all-around stomatological care of these families using the epidemiological surveillance and oral status method. Health and prevention promotion activities were carried out 100 % of the families. Most of the population was treated and the number of healthy individuals increased.

Subject headings: oral health, population surveillance, comprehensive dental care

INTRODUCCIÓN

La salud bucal, como parte integral y determinante de la salud general del hombre, nos obliga - cada vez con más rigor y nivel científico-, a la búsqueda de diferentes vías y métodos para el análisis de la situación del estado de salud de la población, mediante la determinación de indicadores medibles. Pero no se trata sólo de la obtención fría de un resultado, sino además, de una labor sistemática y planificada, encaminada a la modificación positiva de todos aquellos factores que alejan de la salud a la comunidad, la familia y el individuo¹⁻³.

En la actualidad, el estomatólogo de la familia ocupa un lugar relevante en la atención a la salud de la población; su función como guardián implica un desempeño dirigido fundamentalmente a la observación y actualización de cualquier fenómeno y suceso que atente contra el bienestar de la comunidad^{4,5}.

La vigilancia del estado de salud bucal es un método de observación y control dinámico de las personas sanas y enfermas que padecen determinadas afecciones. Es un complejo de medidas educativas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas dirigidas a detectar las formas precoces de las enfermedades, estudiar y eliminar las causas que favorecen o determinan su origen, y así contribuir a disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria⁶⁻⁸.

La vigilancia epidemiológica constituye un factor principal en la atención estomatológica de las personas durante toda su vida. Su desarrollo posibilita elevar la calidad de la atención, fortalecer el trabajo para la prevención de las enfermedades bucales y ampliar la cobertura de forma sistemática, al incorporar periódicamente nuevos contingentes de población a la observación y el control⁹.

Es importante partir del análisis de la situación de salud desde el aspecto de los problemas que integran diferentes tipos de información demográfica, social y económica del suceso de salud, y condiciones asociadas, así como datos relacionados con el sistema de salud y servicios que recibe.

Por lo tanto, esta actividad resulta esencial en el proceso de prevención y control de enfermedades, factores de riesgo y en la promoción de salud; es un instrumento muy útil para la planificación de recursos del sistema, así como para la evaluación de la eficacia y el impacto de los programas de prevención y control¹⁰.

Con nuestro trabajo pretendemos analizar la eficiencia y eficacia de la estrategia de intervención en la atención estomatológica integral.

MÉTODOS

Para la confección de este trabajo se realizó un estudio descriptivo prospectivo, y se seleccionó al azar una muestra de 20 familias, con un total de 72 individuos que pertenecen al consultorio 31-4 del policlínico comunitario "Chiqui Gómez" de Santa Clara, sobre los que se aplicó el método de intervención y evaluación del estado de salud bucal, en el período de tiempo comprendido entre enero y mayo de 1999.

Se llevaron a cabo las diferentes etapas del método de vigilancia mediante:

- Examen de la cavidad bucal, diagnóstico clínico y epidemiológico, tratamiento integral y sistemático de las familias en estudio.
- Atención sanitaria sistemática de la población examinada y control de los factores de riesgo.
- Evaluación del grado de satisfacción y el nivel de conocimientos sobre la salud bucal.
- Empleo del método de observación para el examen del complejo bucal, mediante la utilización de espejo bucal plano, pinza y explorador.
- La información obtenida fue recogida en la Historia de Salud Bucal Familiar, Encuesta de Salud Bucal de la OMS y la Historia Clínica Individual de Estomatología.
- Se aplicó la encuesta de nivel de conocimientos sobre salud bucal al 50% de los pacientes mayores de 12 años, y encuesta de satisfacción al 50 % de los mayores de 15 años.
- Los pacientes fueron distribuidos según clasificación epidemiológica en: sano, sano con riesgo, enfermo y enfermo con secuela.
- Para el análisis estadístico se utilizó la distribución de frecuencias, por cientos y aplicación de X^2 para las variables seleccionadas.

RESULTADOS

Durante la aplicación de las estrategias de intervención en la vigilancia de salud bucal, se realizaron actividades de promoción y prevención al 100% de los pacientes bajo vigilancia y control; no se comportó de igual manera la rehabilitación y curación por la falta de recursos materiales y la inasistencia a consulta (tabla 1)

Tabla 1 Análisis de la atención primaria brindada a la población según grupos de edades antes de la intervención y después de la misma.

Grupo de edades	Educación para la Salud				Aplicación de laca flúor				Examen PDCB				Operatoria				Exodoncia				Endodoncia				Ortodoncia preventiva				Peridoncia preventiva				Prótesis			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%						
0-4	2	2,8	2	2,8	1	1,4	1	1,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
5-11	6	8,3	6	8,3	6	8,3	6	8,3	0	0	0	0	5	6,9	5	6,9	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,1	3	4,1	0	0	0	0	0	0		
12-14	7	9,7	7	9,7	7	9,7	7	9,7	0	0	0	0	7	9,7	7	9,7	1	1,4	1	1,4	0	0	0	0	2	2,8	2	2,8	2	2,8	2	2,8	0	0	0	0
15-18	5	6,9	5	6,9	0	0	0	0	5	6,9	5	6,9	2	2,8	2	2,8	2	2,8	2	2,8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,4	1	1,4	1	1,4	0	0
19-34	18	2,5	18	2,5	0	0	0	0	18	2,5	18	2,5	12	16,7	11	15,2	4	5,6	3	4,2	0	0	0	0	0	0	0	3	4,1	3	4,1	4	5,5	0	0	
35-59	25	34,8	25	34,8	1	1,4	1	1,4	25	34,8	25	34,8	19	26,3	17	23,6	9	12,5	7	9,7	1	1,4	1	1,4	0	0	0	0	5	6,9	5	6,9	6	8,3	0	0
60 y +	9	12,5	9	12,5	0	0	0	0	9	12,5	9	12,5	1	1,4	1	1,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,8	1	1,4		
Total	72	100,0	72	100,0	15	20,8	15	20,8	57	79,2	57	79,2	46	63,8	43	59,7	16	22,3	13	18,1	1	1,4	1	1,4	5	6,9	5	6,9	11	15,2	11	15,2	13	18,1	1	1,4

Fuente: Historia Clínica Familiar
Historia Clínica Individual

PDCB: Programa de detección del cáncer bucal.

Analizando los factores de riesgo que afectaron y afectan a nuestra población según grupos de edades, pudimos comprobar que el hábito de ingerir alimentos azucarados fue el que menos variación sufrió, y se mantiene con un 36,1 %, seguido del hábito de fumar con 23,6%; sólo pudo ser eliminado en su totalidad el factor de riesgo “obturaciones deficientes” (tabla 2)

Tabla 2 Comportamiento de los factores de riesgo según grupos de edades, antes de la intervención y después de la misma.

Factores de riesgos		GRUPO DE EDADES															
		0-18				19-59				60 y +				Total			
		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Biológicos	Maloclusiones	5	6,9	3	4,1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6,9	3	4,1
	Antecedentes de caries	14	19,4	0	0	31	43	3	4,1	1	1,4	0	0	46	63,8	3	4,1
	Hipotonía muscular	1	1,4	0	0	1	1,4	1	1,4	8	11,1	8	11,1	10	13,9	9	12,5
	Tamaño de la lengua	2	2,8	2	2,8	1	1,4	1	1,4	4	5,5	4	5,5	7	9,7	7	9,7
Hábitos	Alimentación	19	26,4	11	15,3	15	20,8	12	16,7	4	5,5	3	4,1	38	52,7	26	36,1
	Hábito de fumar	1	1,4	0	0	15	20,8	13	18,1	4	5,5	4	5,5	20	27,7	17	23,6
	Deficiente higiene bucal	12	16,7	1	1,4	18	25	5	6,9	5	6,9	1	1,4	35	48,6	7	9,7
	Succión digital	0	0	0	0	1	1,4	0	0	0	0	0	0	1	1,4	0	0
	Respiración bucal	2	2,8	1	1,4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,8	1	1,4
	Onicofagia	1	1,4	0	0	1	1,4	0	0	0	0	0	0	2	2,8	0	0
Otros	Prótesis desajustadas	0	0	0	0	6	8,3	6	8,3	4	5,5	3	4,2	10	13,8	9	12,5
	Obturaciones deficientes	0	0	0	0	5	6,9	0	0	0	0	0	0	5	6,9	0	0

Fuente: Historia Clínica Familiar
Historia Clínica Individual

Al analizar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de la población objeto de estudio, pudimos observar que existió una variación de un 36,6 % a un 86,7 % de regular a bien. Esto demuestra que con el trabajo de vigilancia en salud y con el cumplimiento de las actividades estratégicas logramos mejorar el nivel de conocimientos de la población sobre cultura sanitaria. Se observó una relación altamente significativa entre los grupos de edades y las categorías correspondientes (tabla 3).

Tabla 3 Nivel de conocimientos de la población sobre salud bucal, según grupos de edades.

Grupos de edades	CALIFICACIÓN											
	Bueno				Regular				Malo			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
15-18	1	3,3	3	10	2	6,6	0	0	0	0	0	0
19-34	4	13,4	9	30	3	10	0	0	2	6,6	0	0
35-59	4	13,4	12	40	5	16,7	1	3,3	4	13,4	0	0
60 y +	1	3,3	2	6,7	1	3,3	2	6,7	3	10	1	3,3
TOTAL	10	33,4	26	86,7	11	36,6	3	10	9	30	1	3,3

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal.
p < 0,05

Se investigó el grado de satisfacción de la población mediante encuesta realizada, y se encontró que antes de la intervención solamente el 50% estaba satisfecho; luego de un trabajo eficiente y eficaz con la población se logró elevar la satisfacción a un 86,6 %. Existió una relación significativa entre el grupo de edades y el grado de satisfacción (tabla 4).

Tabla 4 Nivel de satisfacción de la población según grupos de edades, antes de la intervención y después de la misma.

Grupos de edades	Calificación											
	Satisfecho				Moderadamente satisfecho				Insatisfecho			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
15-18	2	6,6	3	10	1	3,3	0	0	0	0	0	0
19-34	7	23,4	9	30	2	6,6	0	0	0	0	0	0
35-59	5	16,7	11	36,6	6	20,1	2	6,7	2	6,6	0	0
60 y +	1	3,3	3	10	4	13,4	2	6,7	0	0	0	0
Total	15	50	26	86,6	13	43,4	4	13,6	2	6,6	0	0

Fuente: Encuesta de satisfacción con los servicios de salud brindados.
p < 0,05

Después de la intervención de la salud en nuestra población se comprobó un mejoramiento del comportamiento del estado de salud bucal, producido por el saneamiento. En nuestro trabajo se obtuvo un aumento de los pacientes sanos de 4,2 % a 5,6 %, así como de los sanos con riesgo de 18,1 % a 45,9%, y disminuyeron los pacientes enfermos de un 74,9 % a 47,1 %, los cuales se mantuvieron en este grupo por no haberse realizado la rehabilitación protésica debido a la falta de recursos materiales (tabla 5).

Al analizar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de la población objeto de estudio, pudimos observar que existió una variación de un 36,6 % a un 86,7 % de regular a bien. Esto demuestra que con el trabajo de vigilancia en salud y con el cumplimiento de las actividades estratégicas logramos mejorar el nivel de conocimientos de la población

sobre cultura sanitaria. Se observó una relación altamente significativa entre los grupos de edades y las categorías correspondientes (tabla 3).

Tabla 3 Nivel de conocimientos de la población sobre salud bucal, según grupos de edades.

Grupos de edades	CALIFICACIÓN											
	Bueno				Regular				Malo			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
15-18	1	3,3	3	10	2	6,6	0	0	0	0	0	0
19-34	4	13,4	9	30	3	10	0	0	2	6,6	0	0
35-59	4	13,4	12	40	5	16,7	1	3,3	4	13,4	0	0
60 y +	1	3,3	2	6,7	1	3,3	2	6,7	3	10	1	3,3
TOTAL	10	33,4	26	86,7	11	36,6	3	10	9	30	1	3,3

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud bucal.
 $p < 0,05$

Se investigó el grado de satisfacción de la población mediante encuesta realizada, y se encontró que antes de la intervención solamente el 50% estaba satisfecho; luego de un trabajo eficiente y eficaz con la población se logró elevar la satisfacción a un 86,6 %. Existió una relación significativa entre el grupo de edades y el grado de satisfacción (tabla 4).

Tabla 4 Nivel de satisfacción de la población según grupos de edades, antes de la intervención y después de la misma.

Grupos de edades	Calificación											
	Satisfecho				Moderadamente satisfecho				Insatisfecho			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
15-18	2	6,6	3	10	1	3,3	0	0	0	0	0	0
19-34	7	23,4	9	30	2	6,6	0	0	0	0	0	0
35-59	5	16,7	11	36,6	6	20,1	2	6,7	2	6,6	0	0
60 y +	1	3,3	3	10	4	13,4	2	6,7	0	0	0	0
Total	15	50	26	86,6	13	43,4	4	13,6	2	6,6	0	0

Fuente: Encuesta de satisfacción con los servicios de salud brindados.
 $p < 0,05$

Después de la intervención de la salud en nuestra población se comprobó un mejoramiento del comportamiento del estado de salud bucal, producido por el saneamiento. En nuestro trabajo se obtuvo un aumento de los pacientes sanos de 4,2 % a 5,6 %, así como de los sanos con riesgo de 18,1 % a 45,9%, y disminuyeron los pacientes enfermos de un 74,9 % a 47,1 %, los cuales se mantuvieron en este grupo por no haberse realizado la rehabilitación protésica debido a la falta de recursos materiales (tabla 5).

Tabla 5 Clasificación epidemiológica de la población por grupos de edades.

Grupos de edades	Sano				Sano con riesgo				Enfermo				Enfermo con secuela			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0-4	2	2,8	2	2,8	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0
5-11	1	1,4	1	1,4	0	0	4	5,6	5	6,9	1	1,4	0	0	0	0
12-14	0	0	0	0	0	0	5	6,9	7	9,7	2	2,8	0	0	0	0
15-18	0	0	0	0	2	2,8	2	2,8	3	4,2	3	4,2	0	0	0	0
19-34	0	0	1	1,4	5	6,9	12	16,7	13	18,1	5	6,9	0	0	0	0
35-59	0	0	0	0	4	5,6	6	8,3	21	29,1	19	26,2	0	0	0	0
60 y +	0	0	0	0	2	2,8	4	5,6	5	6,9	4	5,6	2	2,8	1	1,4
Total	3	4,2	4	5,6	13	18,1	33	45,9	54	74,9	34	47,1	2	2,8	1	1,4

Fuente : Historia Clínica Familiar.
Historia Clínica Individual.

DISCUSIÓN

Existe una influencia directa entre el modo y estilo de vida y los problemas de salud¹¹. En la salud bucal y su relación con los factores de riesgo existió un predominio del hábito de ingerir alimentos azucarados, seguido por el hábito de fumar. Estos resultados se corresponden, de forma similar, con los obtenidos en otros trabajos investigativos¹².

La educación para la salud bucal se comportó como la primera necesidad que fue satisfecha en un 100%, resultados similares a los obtenidos en otras investigaciones de intervención en salud bucal^{12,13}, aunque el examen del PDCB y aplicación de laca flúor obtuvieron menor cifra en comparación con la bibliografía citada anteriormente, donde se alcanzó un 100 %.

Con la aplicación de estrategias de intervención se logró la eficiencia en la atención estomatológica integral a la población objeto de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Calvo S. El análisis de la situación de salud. Su historicidad en los servicios. Rev Cubana Salud Pública 1997;(1-2):47-54
2. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa de atención estomatológica integral a la población. La Habana. [s.n.]; 1992.
3. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Análisis de la situación de salud en las comunidades, componente bucal: una guía para su ejecución. MINSAP. Ciudad de La Habana : [s.n.]; 1998.
4. Batista Moliner R. El médico de la familia en la vigilancia de la salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(1):63-77.
5. Meriño R. La salud bucodental de los ancianos. La veracidad, mitos y posibilidades. Bol Of Sanit Panam 1994;116(5):419-425.

6. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Método de observación y control. Rev Cubana Estomatol 1995;32(1):9-15
7. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud bucal de la población cubana. 1992-2000. La Habana: [s.n.]; 1992.
8. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Actualización de la carpeta metodológica. Dirección Nacional de Estomatología. La Habana : [s.n.]; 1998.
9. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. Cuba 1999. Área de asistencia médica y social : MINSAP. La Habana : [s.n.]; 1999.
10. Martínez Calvo S. Sugerencia para la confección del diagnóstico de salud. La Habana, Facultad de Salud Pública : La Habana : [s.n.]; 1998.
11. Aulikk Nissinen, Hannu Hausen. La influencia del modo de vida. Rev Salud Mundial 1996; 47(1); 41.
12. Rodríguez Calzadilla A, Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol 1997;34(1):40-49.
13. Monteagudo Pérez M, Cabrera Llano SC, Morales Abreu RE, Hernández Gutiérrez M, Ramos Hurtado I. Intervención de salud bucal en un área de salud. Rev Medicentro electrónica 1999;3(1). URL disponible en <http://www.vcl.sld.cu/medicentro>.