

Medicent Electrón. 2021 ene.-mar.;25(1)

Artículo Original

Algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar

Algorithm for an intersectoral and comprehensive dental care in preschool children

Tania Yanet Fleites Did^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1398-645x>

Elizabeth Martínez Fiallo¹ <https://orcid.org/0000-0003-2252-4836>

Estela de los Ángeles Gispert Abreu² <https://orcid.org/0000-0002-3427-4099>

Nubia Blanco Barbeito³ <https://orcid.org/0000-0002-0359-9157>

Sara Fé de la Mella Quintero⁴ <https://orcid.org/0000-0003-0906-0758>

¹Clínica Estomatológica Docente Mártires de Sagua. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.

²Escuela Nacional de Salud Pública. Habana. Cuba.

³Facultad Ciencias Médicas Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: taniayanetfd@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la atención estomatológica desde edades tempranas tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral de los niños, desde un enfoque biopsicosocial. Un algoritmo brinda la oportunidad de guía a la labor del profesional de la atención primaria.

Objetivo: desarrollar un algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en una población de 326 niños de grado preescolar de las escuelas primarias urbanas del municipio de Sagua la Grande, provincia de Villa Clara, en el período comprendido entre enero 2018 - junio 2019. Se emplearon métodos empíricos, estadísticos y técnicas cualitativas.

Resultados: según el diagnóstico epidemiológico, se encontraron 247 niños enfermos (75,8 %), seguido de los niños sanos con riesgo (79 para un 24,2%). Se diseñó el algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial según la Norma Cubana 9000-4, de 1999, el cual fue validado posteriormente.

Conclusiones: según los resultados del diagnóstico, se diseñó un algoritmo de atención estomatológica integral que vincula a diferentes sectores de la sociedad para la atención de los niños de grado preescolar, el cual fue validado por expertos como bastante adecuado.

DeCS: medicina oral; algoritmos.

ABSTRACT

Introduction: dental care since early ages has as a fundamental objective the integral development of children, from a biopsychosocial approach. An algorithm provides the opportunity to guide the work of the primary care professional.

Objective: to develop an algorithm for a comprehensive and intersectoral dental care in preschool children.

Methods: a cross-sectional descriptive study was carried out in a population of 326 preschool children from urban primary schools in Sagua la Grande municipality, Villa Clara province, between January 2018 and June 2019. Empirical, statistical and qualitative techniques were used.

Results: according to the epidemiological diagnosis, 247 sick children were found (75.8%), followed by healthy children at risk (79 for 24.2 %). The comprehensive and intersectoral dental care algorithm was designed according to Cuban Standard 9000-4, from 1999, which was subsequently validated.



Conclusions: according to the results of the diagnosis, a comprehensive dental care algorithm was designed linking different sectors of society for preschool children care, which was validated by experts as quite adequate.

MeSH: oral medicine; algorithms.

Recibido: 18/03/2020

Aprobado: 14/11/2020

INTRODUCCIÓN

A nivel de la cavidad bucal suelen aparecer enfermedades que constituyen un problema de salud, entre estas afecciones se pueden mencionar: las caries dentales, las enfermedades periodontales y las maloclusiones.⁽¹⁾

Como parte del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población⁽²⁾ se señaló la necesidad de evaluar el proceso salud enfermedad como forma de actualización e integración de los programas de atención de Estomatología en la atención primaria con un enfoque clínico-epidemiológico y social que responda a las necesidades identificadas en el análisis de la situación de salud de los individuos, la familia y la comunidad.

Existen incontables programas, planes, guías y proyectos de enfoque primario en la prevención e intercepción de enfermedades orales en niños, generalmente elaborados por las instituciones gubernamentales, los cuales no han logrado disminuir las incidencias y prevalencias de caries, gingivitis y maloclusiones.⁽³⁾

Los primeros años de la vida del niño son el momento donde la estimulación ejerce mayor influencia, de ahí la necesidad de preparar a la familia y los educadores para que sepan cómo estimularlos, ya que son los mediadores más importantes de su desarrollo.⁽⁴⁾

La atención estomatológica a la población infantil se garantiza en Cuba a través del estomatólogo según el área donde reside, y mediante la atención en las instituciones escolares de todos los niveles de enseñanza.⁽⁵⁾



Si bien es cierto que existe una estructura asistencial concebida para la atención de enfermedades bucales, se requiere de un espacio personalizado para el tratamiento combinado, interactivo, continuo, educativo y terapéutico como elemento común. Estas acciones son fundamentales para lograr una atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar con enfoque biopsicosocial, concebido de forma didáctica, lógica y explícita.

Básicamente, un algoritmo brinda la oportunidad de seleccionar aquello que es considerado como prioritario, y permite ordenar el pensamiento médico desde un primer paso, esto implica definir, con cierta precisión, un problema mediante claridad lógica y secuencialidad temporal.⁽⁶⁾

Hasta donde se ha podido investigar por los autores no existe evidencia del diseño de un algoritmo de atención estomatológica integral dirigido a niños de grado preescolar que vincula a diferentes sectores de la sociedad. El objetivo de esta investigación fue desarrollar un algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en escuelas primarias del municipio Sagua la Grande, de la provincia de Villa Clara, durante el período de enero de 2018 a junio de 2019. La población estuvo constituida por el total de niños de grado preescolar de las escuelas primarias urbanas del municipio (326). Se entregó una carta de presentación formal a la dirección de la escuela y se recibió la carta de aceptación para la realización de la investigación. Se trabajó con la población, previo consentimiento informado de padres o tutores de los niños.

En un primer momento, con el objetivo de identificar el diagnóstico epidemiológico de cada niño, se realizó el examen bucal mediante el método visual-táctil, secado con algodón, espejo y luz natural, antes de la merienda escolar. Los niños participaron con la presencia de padres o tutores y un representante de la escuela, para lograr un clima de confianza. La información obtenida se expuso en una ficha confeccionada al efecto.



En un segundo momento, se tuvieron en cuenta las herramientas de diseño de algoritmos, según el diagrama de flujo como alternativa.⁽⁷⁾

Sus características fundamentales son:

- -El flujo de los pasos es de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha
- Existe siempre un camino que permite llegar a una solución
- -Existe un único inicio del proceso
- -Existe uno o más puntos de fin para el proceso de flujo
- -Solamente emplea líneas de flujo horizontal o vertical.
- -Evita el cruce de líneas (usando los conectores)
- -Deben utilizarse los conectores solo cuando sea necesario
- -No tienen líneas de flujo sin conectar
- -El lenguaje es conciso y claro

Algunos de los símbolos utilizados fueron los siguientes:



Indica el inicio y el final



Indica la entrada y salida de datos



Proceso. Descripción de la actividad



Flujo. Indican la secuencia en que se realizan las operaciones

Entre las técnicas cualitativas se utilizó el *brainwriting* (escritura de ideas) con informantes clave,⁽⁸⁾ con el objetivo de emitir juicios y aportar ideas que tributaran al diseño del algoritmo.



Se tuvieron en cuenta varios criterios para la selección:

- Sector salud: grupos básicos de trabajo (GBT) de cada área de salud del municipio: estomatólogos, médico de la familia que cumple función de jefe del GBT, enfermero, pediatra, psicólogo, y el director municipal de salud.
- Sector educación: docentes de grado preescolar de las escuelas primarias urbanas del municipio, asesores de salud de cada institución a investigar y directivos de la educación preescolar.
- Sector comunitario: familias con niños preescolares.
- Sector cultura: director de cultura del municipio.
- Sector deporte: director de deporte del municipio.
- Sector gubernamental: presidente del Poder Popular del municipio, directivo del Poder Popular que atiende salud, gastronomía y directivo de la FMC.

Grupo nominal:⁽⁹⁾ Se realizó con un grupo de especialistas capaces de ofrecer, con un máximo de competencia, valoraciones conclusivas sobre el diseño del algoritmo.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Categoría científica: Doctor en Ciencias y Máster en Educación Superior o Educación Médica.
- Categorías docentes: Auxiliar o Titular.
- Categorías investigativas: Agregado, Auxiliar o Titular.
- Años de experiencia en la docencia: más de 10 años de experiencia en la docencia estomatológica.
- Especialista de II grado de Estomatología General Integral.
- Demostrada competencia en temas relacionados con el desarrollo de algoritmos.



Triangulación:⁽¹⁰⁾ Permitió integrar y contrastar toda la información obtenida en la observación, el *brainwriting* y el grupo nominal, para construir una visión global y exhaustiva de la experiencia y su posterior valoración cualitativa.

En un tercer momento se realizó la validación por criterios de expertos.⁽¹¹⁾ Una vez diseñado el algoritmo se sometió a evaluación por expertos los cuales ofrecieron recomendaciones de qué hacer para mejorarlo. Se realizó una preselección de 13 posibles expertos, a criterio de los investigadores, a los que se les envió por correo electrónico un cuestionario de autovaloración. Este permitió determinar el coeficiente de competencia (K) de cada uno. El cuestionario fue respondido finalmente por 11 posibles expertos. Para ello se elaboró una tabla patrón que posibilitó determinar el coeficiente de conocimiento acerca del problema (Kc) y el coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios de cada posible experto (Ka). La aplicación de la fórmula permitió obtener el coeficiente de competencia de cada posible experto, tras lo cual se seleccionaron 9 con un nivel de competencia entre medio y alto. Para la valoración del coeficiente de competencia se asumieron los siguientes rangos de clasificación: $0,8 \leq K \leq 1$ competencia alta, $0,5 \leq K < 0,8$ competencia media, y $K < 0,5$ competencia baja. Luego de obtener los resultados y de la elección de los expertos definitivos, se realizó la validación de criterio mediante la técnica Delphi, a partir del método de la comparación por pares. En este caso se da a cada experto una tabla de contingencia en la que se ubican los aspectos a evaluar y las categorías de: muy adecuado, bastante adecuado, adecuado, poco adecuado, e inadecuado. En ella se marca la que a juicio del experto mejor refleja o manifiesta el resultado objeto de evaluación. Asimismo, se ofreció una tabla adicional en la que cada experto podía dar su opinión acerca de qué incluiría y qué modificaría. Se realizaron dos rondas, con los señalamientos y recomendaciones de la primera ronda se efectuaron modificaciones a la propuesta.

Se realizó el procesamiento estadístico de los datos de la siguiente forma:

1. Confeccionar una distribución de frecuencia (tabulación) a partir de los datos originales o primarios para cada uno de los aspectos sometidos a consulta.



2. Agrupar los resultados en una sola tabla de doble entrada: en las filas se sitúan los aspectos sometidos a consideración y en las columnas cada una de las categorías evaluativas utilizadas. Estas categorías se ubican de modo descendente.
3. Determinar, sobre la base de la tabla anterior, la distribución de frecuencia acumulativa de cada fila.
4. Determinar, a partir de la tabla anterior, la distribución de frecuencias relativas acumulativas de cada fila y eliminar del proceso de análisis la última columna (en la que todas las frecuencias toman el valor de uno).
5. Calcular, sobre la base de las frecuencias del paso 4, los percentiles de la distribución normal estándar correspondientes a cada una de las frecuencias relativas acumulativas (que se consideran una aproximación de la probabilidad acumulativa).
6. Calcular la suma algebraica de todos los percentiles anteriores, y esa suma dividirla por el producto de la cantidad de aspectos sometidos a consulta y la cantidad de categorías evaluativas empleadas. A este valor resultante se le denominará N.
7. Determinar la media de los percentiles de cada categoría evaluativa (columnas) obtenidos en el paso 5.
8. Determinar la media de los percentiles de cada aspecto o indicador sometido a consulta (filas). A este promedio se le denominará P.
9. Obtener las diferencias N-P para cada aspecto o indicador analizado (filas). Estos valores se comparan con los puntos de corte y se determina en qué categoría evaluativa se encuentra cada aspecto sometido a consulta de los expertos.
10. Hacer las conclusiones sobre cada aspecto sometido a criterio de los expertos.

La valoración del algoritmo fue dada en la siguiente escala cualitativa:

Muy adecuado: Cuando el algoritmo responde a un problema objetivo, es pertinente, tiene una metodología adecuada y es factible su aplicación porque los recursos humanos se encuentran preparados y los materiales se encuentran disponible.



Bastante adecuado: Cuando el algoritmo responde a un problema objetivo, es pertinente, tiene una metodología adecuada y es factible su aplicación porque los recursos humanos se encuentran preparados, pero existen dificultades en la disponibilidad de los materiales.

Adecuado: Cuando el algoritmo responde a un problema objetivo, es pertinente, tiene una metodología adecuada y es factible su aplicación porque los recursos humanos se encuentran preparados pero no existe disponibilidad de los materiales.

Poco adecuado: Cuando el algoritmo responde a un problema objetivo, es pertinente, tiene una metodología adecuada y no es factible su aplicación.

Inadecuado: Cuando el algoritmo no responde a un problema objetivo y no es factible su aplicación.

Según la variable de diagnóstico epidemiológico se realizó la siguiente clasificación epidemiológica:⁽¹²⁾

- Sanos: Personas que después de haber sido examinadas clínicamente y conocer el medio en que viven y se desarrollan, no son portadoras de enfermedades agudas o crónicas en el aparato estomatognático, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, psíquicos o sociales que puedan alterar su estado de salud. Solo demanda de acciones educativas.
- Sanos con riesgo: Personas que clínicamente no son portadoras de ninguna enfermedad aguda o crónica en el aparato estomatognático al momento del examen clínico, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, que pueden alterar su estado de salud bucal; solo demandan de acciones educativas, preventivas y vigilancia epidemiológica.
- Enfermos: Personas que portan una enfermedad crónica o aguda en el aparato estomatognático debidamente diagnosticada, por lo que demanda prioritariamente de acciones curativas.
- Deficientes discapacitados: Personas que en el momento del examen clínico son portadoras de una afección crónica en el aparato estomatognático que lesiona la actividad



motora, sicológica y funcional, lo que genera invalidez temporal o definitiva, requiere vigilancia de las secuelas o rehabilitación.

A partir de la base de datos confeccionada con el paquete Microsoft Office Excel y *Statistical Packagefor Social Sciences* (SPSS), versión 15.0 con Sistema Operativo Windows 7, se obtuvieron las distribuciones de frecuencia y cruces de variables según sus diferentes atributos. Se aplicaron técnicas de la estadística descriptiva y se confeccionaron tablas y gráficos en los que se expresaron los valores de los atributos de las variables en frecuencias absolutas y porcentajes.

El estudio se llevó a cabo a través de las normas éticas internacionales para la investigación biomédica con sujetos humanos. Se informó sobre los objetivos del estudio, los beneficios y las actividades a participar. La investigación se realizó con previo consentimiento y los individuos fueron libres de abandonarla si lo estimaron conveniente. Se dio a conocer, además, que los datos obtenidos se publicarían solo con fines investigativos.

RESULTADOS

Se realizó una investigación con una población de estudio de 326 niños de grado preescolar de las escuelas primarias urbanas del municipio; para la recogida de la información se aplicaron diferentes métodos y técnicas que arrojaron los siguientes resultados. (Tabla 1)



Tabla 1. Diagnóstico epidemiológico en niños de grado preescolar.

Diagnóstico epidemiológico	Total	
	No.	%
Sanos con riesgo	79	24,2
Enfermos	247	75,8
Total	326	100

Fuente: Guía de observación.

Según el diagnóstico epidemiológico hubo 247 niños enfermos para un 75,8 %, seguido de los sanos con riesgo 79 (24,2 %), y no existieron pacientes sanos ni deficientes discapacitados.

Para la realización del algoritmo se seleccionó un grupo de informantes claves que fueron los representantes de cada sector involucrado del municipio. Se implementó la técnica *brainwriting*, la cual dio como resultado las siguientes regularidades:

- 85 % enfatizaron que las acciones tenían que verse de forma integral.
- 80 % de los informantes propusieron que debían aparecer las acciones de promoción específicas según diagnóstico epidemiológico.
- 70 % declararon que debían contextualizar las acciones a cada sector.
- 50 % expresó la necesidad de elevar el protagonismo dentro de los sectores.
- 30 % expresaron que se declararan las acciones de tratamiento en cada clasificación.
- 20 % expresaron que el algoritmo debía responder a las enfermedades bucales y no al diagnóstico epidemiológico.

Los 11 expertos que formaron el grupo nominal consideraron que los criterios a tener en cuenta en el algoritmo fueron los siguientes:

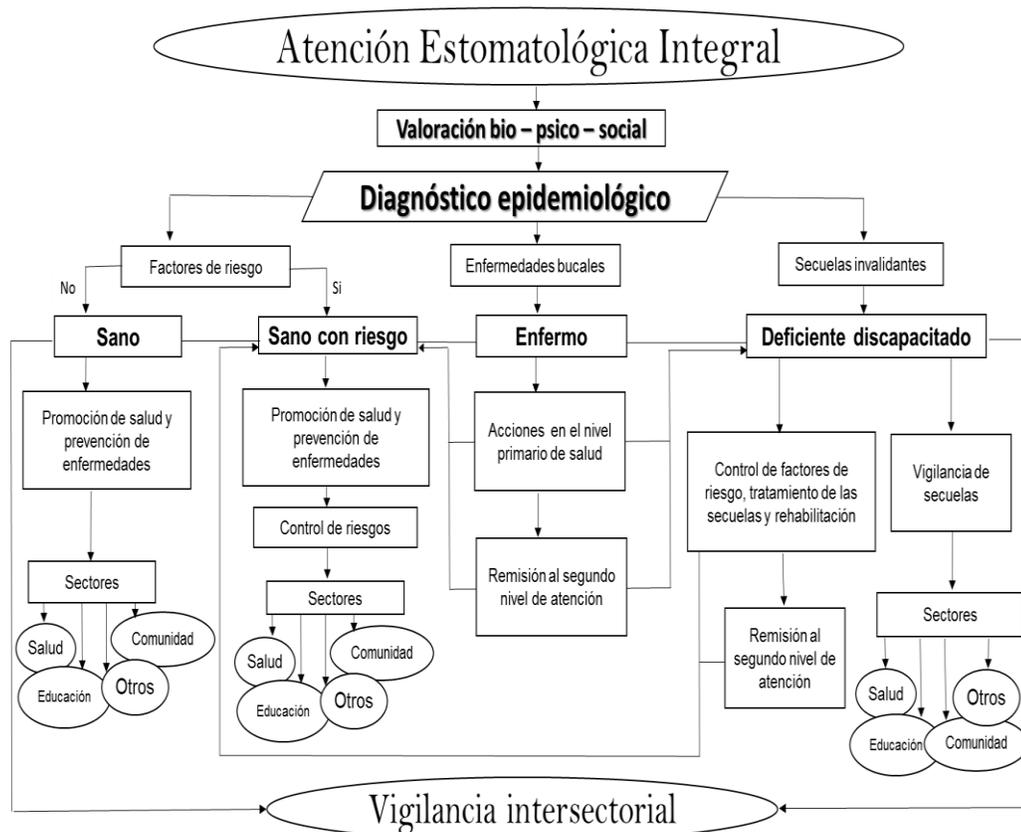
- Las acciones según diagnóstico epidemiológico.
- Contextualizar las acciones a cada sector.



- Las acciones tenían que verse de forma integral.
- Elevar el protagonismo dentro de los sectores involucrados.

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico epidemiológico se decidió diseñar el siguiente algoritmo:

Algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar.



Los objetivos del algoritmo fueron guiar la labor del profesional de la atención primaria para facilitar la toma de decisiones y la atención estomatológica integral en niños de grado preescolar y vincular todos los sectores de la sociedad para lograr una atención integral a los niños de grado preescolar.



El paciente acude a consulta, y es examinado clínicamente para conocer el medio en que viven y se desarrollan mediante la anamnesis y el examen físico, que no son portadores de enfermedades agudas o crónicas en el aparato estomatognático, y que no están sometidos a factores de riesgo biológicos, psíquicos o sociales que puedan alterar su estado de salud. Cuando su diagnóstico epidemiológico es sano, se le indicarán acciones de promoción y prevención.

Acciones para el paciente sano según sectores involucrados:

Sector comunitario: Familia:

- Garantizar que el niño sea examinado en la clínica estomatológica una vez al año.
- No infundir miedo a los tratamientos estomatológicos.
- Enseñar hábitos correctos de higiene bucal.
- Apoyar y controlar el cepillado dental, hasta que el niño adquiriera un adecuado control muscular.
- Velar por el cambio del cepillo dental cada vez que se encuentre en mal estado.
- Educar en el consumo de una dieta protectora, rica en frutas, vegetales, legumbres y pocos alimentos azucarados, y en caso de ingerirlos realizar un correcto cepillado.
- Evitar que el niño adquiriera hábitos bucales deformantes.
- Prevención de accidentes domésticos que causen traumatismos dentarios.
- Sector educación: las acciones van a estar dirigidas a los docentes y directivos.

Docentes:

- Conocer cuáles son los niños sanos.
- Enseñar y controlar la práctica de hábitos correctos de higiene bucal.
- Controlar el cepillado dental después de la ingestión de alimentos.



- Educar en el consumo de una dieta protectora, rica en frutas, vegetales, legumbres y pocos alimentos azucarados, y en caso de ingerirlos realizar un correcto cepillado después.
- Estimular a niños para convertirlos en promotores de salud.
- Garantizar el cumplimiento de los convenios Educación
- Salud.

Directivos:

- Lograr una infraestructura para realizar una correcta higiene bucal.
- Abasto de agua continuo y potable.
- Velar por que en la escuela no se consuman alimentos inadecuados para la salud bucal y no protectores del complejo bucal.

Sector salud:

- Realizar exámenes bucales periódicos.
- Garantizar un alto nivel de información sobre salud bucodental a niños y sectores involucrados.
- Aplicar medidas preventivas (aplicación quincenal de enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio).
- Vigilancia epidemiológica.

Sector deporte:

- Realización de ejercicios físicos que permitan el correcto desarrollo y tonificación de la musculatura facial y corporal a fin de prevenir o corregir la aparición de maloclusiones.
- Realización de ejercicios físicos que favorezcan a la adquisición de control muscular y que permitan la realización de un correcto cepillado dental.



Sector cultura:

- Promover la salud bucal a través de programas radiales y televisivos mediante: correctos hábitos alimentarios, higiene bucal, prácticas de ejercicios físicos, favorecer el autocuidado, la ayuda mutua y entornos saludables.

Sector gubernamental:

- Apoyar a los sectores involucrados para que se cumplan las acciones a realizar.
- Ofertar alimentos saludables y protectores del complejo bucal.
- Velar por que no se vendan alimentos cariogénicos y no protectores del complejo bucal.
- Coordinar con el sector de la informática la realización de videojuegos sobre salud bucal para móviles, tabletas y plataformas digitales.

En el caso de que el paciente no sea portador de ninguna enfermedad aguda o crónica en el aparato estomatognático al momento del examen clínico, pero están sometidos a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, que pueden alterar su estado de salud bucal, se realizarán las mismas medidas de promoción y prevención que al paciente sano, y se le adicionaran las siguientes:

Acciones para el paciente sano con riesgo según sectores involucrados:

Sector comunitario:

- Conocer los riesgos de las enfermedades bucales que presentan los niños, las causas que lo provocan y trabajar en su eliminación apoyándose en el estomatólogo.
- Acudir inmediatamente al estomatólogo si el niño presenta algún riesgo para prevenir o interceptar futuras enfermedades.



- Cumplir con las indicaciones orientadas por el estomatólogo.

Sector educación:

- Conocer los riesgos individuales de cada niño y trabajar junto con los sectores para su eliminación.

Sector salud:

- Exámenes periódicos anuales.
- Aplicar medidas profilácticas para cada riesgo en particular.
- Control de los riesgos específicos.
- Vigilancia epidemiológica.

Otros sectores:

- Realizar las acciones dirigidas al paciente sano.

Si después de haber sido examinado clínicamente, el paciente porta una enfermedad crónica o aguda en el aparato estomatognático debidamente diagnosticada, demandará prioritariamente acciones en el nivel primario de atención:

Acciones para el paciente enfermo según sectores involucrados:

- Exámenes periódicos anuales.
- Chequeo estomatológico completo.
- Establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Cuando las acciones que demande el paciente no puedan ser realizadas en el nivel primario de atención, este se remitirá al nivel secundario en la especialidad que así lo requiera.



Una vez saneado el paciente, este pasaría a ser sano con riesgo o deficiente discapacitado en el caso de que persista una secuela invalidante, entonces se le aplicarían las medidas de estos grupos independientemente.

Si el paciente presenta una afección crónica en el aparato estomatognático que lesiona la actividad motora, psicológica y funcional, lo que genera invalidez temporal o definitiva, siempre que requiera vigilancia de las secuelas o rehabilitación de esta, el diagnóstico epidemiológico será deficiente discapacitado. Su tratamiento incluirá control de factores de riesgo, tratamiento de las secuelas y rehabilitación de las funciones perdidas. Una vez concluido, el paciente recibirá lo mismos tratamientos que los pacientes del grupo sano con riesgo, aunque no pertenezca a dicho grupo. La vigilancia de las secuelas se realizará a este grupo por todos los sectores involucrados.

Independientemente del diagnóstico epidemiológico que el paciente presente, siempre se realizará vigilancia de las acciones por todos los sectores para lograr una atención integral a los niños de grado preescolar.

Se decidió realizar el algoritmo a partir del diagnóstico epidemiológico ya que este tiene como principio la valoración bio-psico-social del paciente y su relación con el ambiente, elemento imprescindible para la atención integral, los procesos de vigilancia y la solución definitiva de los problemas de salud.

El algoritmo fue sometido a la valoración por expertos según el método Delphi, y su valoración osciló entre las categorías de muy adecuado y bastante adecuado. (Gráfico 1).



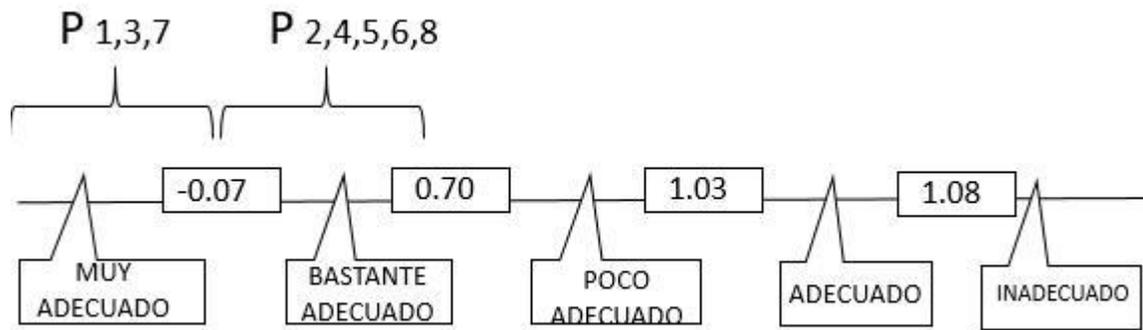


Gráfico 1. Resultados obtenidos según técnica Delphi para el algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar.

DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se muestra el diagnóstico epidemiológico de los niños de grado preescolar. Existió un predominio de los niños enfermos y no se encontró ningún niño sano ni deficiente discapacitado debido a que todos estaban sometidos a algún factor de riesgo o padecían alguna enfermedad bucal.

Estudios realizados por Planells y colaboradores ⁽¹³⁾ plantean que el mayor porcentaje de los pacientes que acuden a la consulta de Odontopediatría muestran afecciones bucales asociadas a la práctica de hábitos deformantes. Los resultados de este estudio coinciden con las investigaciones realizadas ⁽¹⁴⁾ en la que la mayoría de los niños en edades tempranas presentan algún tipo de afección bucal por lo que son diagnosticados epidemiológicamente como enfermos.

Sin dudas, estos resultados justifican la necesidad de un algoritmo de atención integral e intersectorial a niños de grado preescolar, ya que la niñez constituye un medio favorable para el trabajo de atención integral. En esta etapa deben primar las acciones de educación de salud bucodental, pues así se fomentan comportamientos positivos y no habrá que modificarlos en etapas posteriores de la vida, lo cual se convierte en un proceso más difícil y complejo.

La condición del componente bucal es fundamental en la calidad de vida y bienestar de cada sujeto.⁽¹⁵⁾ Las acciones para el cuidado de la salud bucal deben desarrollarse a lo largo del ciclo vital, y adaptarse a contextos y circunstancias diversas. Para incrementar los niveles de salud bucal hay que lograr que los profesionales de la salud, la población y los sectores de la sociedad asuman un comportamiento favorable a su mantenimiento o recuperación.⁽¹⁶⁾

Hasta donde se ha podido investigar no se han encontrado otros algoritmos que propongan acciones dirigidas a niños de grado preescolar de forma integral con la participación de varios sectores.

A partir del diagnóstico epidemiológico se propusieron acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, las cuales fueron realizadas por cada uno de los sectores de la sociedad.

Dicho algoritmo se evaluó por un grupo de expertos mediante la técnica Delphi y se tuvieron en cuenta 8 elementos. Los resultados oscilaron entre las categorías de muy adecuado y bastante adecuado.

En el algoritmo del presente estudio se partió del diagnóstico epidemiológico para el diseño de las acciones, mientras que los algoritmos propuesto por Pérez Ángel⁽¹⁷⁾ y Morell Rocha y colaboradores⁽¹⁸⁾ utilizaron el diagnóstico clínico de la enfermedad. En estos últimos se identifica una afección en grupos diferentes, pero no se trata al individuo desde un punto de vista biopsicosocial.

El presente algoritmo coincide con el propuesto por Pérez Ángel⁽¹⁷⁾ en proponer acciones que se llevarán a cabo, no solo por el estomatólogo, sino por el resto de los integrantes del sector salud. Además, en el presente algoritmo se vinculan otros sectores de la sociedad como: educación, comunidad y otros.

Los gobiernos toman acciones que ayudan a ganar en conciencia y responsabilidad ante los problemas de salud, pero es necesario que la población se involucre y adopte medidas en los hogares, la comunidad y demás sectores de la sociedad, sin lo cual resulta casi imposible obtener los éxitos esperados.



CONCLUSIONES

Según los resultados del diagnóstico, se diseñó un algoritmo de atención estomatológica integral que vincula a diferentes sectores de la sociedad para la atención de los niños de grado preescolar, el cual fue validado por expertos como bastante adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabrera C, Arancet MI, Martínez D, Cueto A, Espinoza S. Salud oral en población escolar urbana y rural. Int J Odontostomat [internet]. dic. 2015 [citado 8 mar. 2019];9(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0718381X2015000300001&lng=es>
2. Colectivo de autores. Introducción. En: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 1-16.
3. Brito Pérez K, Alfonso Pacheco CL. Necesidad de fortalecer el funcionamiento de las áreas de consejería en los servicios de atención estomatológica. Rev Méd Electrón [internet]. jun. 2015 [citado 10 feb. 2019];37(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242015000300011&lng=es
4. Siverio Gómez AM, León Lorenzo S, López Hurtado J, Burke Beltrán MT, Esteva Boronat M, Godoy Carbonell G, *et al.* Estudio sobre las particularidades del desarrollo del niño preescolar cubano. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995.
5. Colectivo de autores. Anexo 8. Organización de la atención a la población de 0 a 19 años, embarazadas y madres con niños menores de 1 año, para garantizar la salud bucal de la población infantil y adolescente. En: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p 176-95.
6. Díaz Gómez SM, Díaz Miralles M. Algoritmo de trabajo para el paciente con bruxismo. AMC [internet]. jul.-ago. 2017 [citado 26 feb. 2019];21(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400007



7. Manzano Peñaloza G. Análisis, diseño e implantación de algoritmos. Material de estudio [internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012 [citado 31 ene. 2019]. Disponible en:
http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/2012/informatica/1/analisis_diseno_algoritmos.pdf
8. Crespo Borges T. Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica. Lima: Editorial San Marcos; 2007.
9. Sosa Rosales MC, Barciela González-Longoria MC, Mojaiber de la Peña A. Anexo 1. Análisis de la situación de salud en las comunidades. «Componente bucal». Una guía para su ejecución. En: Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p 59-122.
10. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
11. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Concepción o elección del diseño de investigación. En: Metodología de la investigación. 5.^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010. p. 118-69.
12. Colectivo de autores. Manual para la confección de la historia clínica. Atención Primaria de Salud en Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
13. Planells del Pozo P, Martín Cuesta S, Echániz Valiente MR. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Prof Dent [internet]. 1997 [citado 31 mar. 2019];(20):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5857994>
14. Ramón Jiménez R, Castañeda Deroncelé M, Corona Carpio MH, Estrada Pereira GA, Quinzán Luna AM. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. MEDISAN [internet]. mayo 2016 [citado 10 oct. 2019];20(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500003
15. Barnetche MM, Cornejo LS. El componente bucal en las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención construidas por jóvenes en situación de encierro de la ciudad de Córdoba, Argentina. Odontoestomatología [internet]. ene.-jun. 2019 [citado 31 oct.



2019];XXI(33):[aprox. 14 p.]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479659730003>

16. Gispert Abreu EA, Castell-Florit Serrate P, Herrera Nordet M. Salud bucal poblacional y su producción intersectorial. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2015 [citado 29 abr. 2019];52(Supl. Esp.):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/807>

17. Pérez Ángel M. Algoritmo para una conducta integral en los pacientes con estomatitis aftosa recurrente [tesis]. Santa Clara: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara; 2007.

18. Morell Rocha A, Suárez Domínguez M, Pérez Ángel MM, Jover Broche R, Ruiz Díaz Y. Guía de Prácticas Clínicas para una conducta integral ante el síndrome del respirador bucal en la infancia [CD-ROM]. Santa Clara: III Encuentro Teórico Universalización y Sociedad; 2007.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Tania Yanet Fleites Did.

Curación de datos: Tania Yanet Fleites Did, Elizabeth Martínez Fiallo, Sara Fé de la Mella Quintero.

Análisis formal: Tania Yanet Fleites Did, Sara Fé de la Mella Quintero.

Investigación: Tania Yanet Fleites Did, Elizabeth Martínez Fiallo, Nubia Blanco Barbeito.

Metodología: Tania Yanet Fleites Did, Nubia Blanco Barbeito.

Visualización: Tania Yanet Fleites Did, Sara Fé de la Mella Quintero, Nubia Blanco Barbeito.

Redacción – borrador original: Tania Yanet Fleites Did, Elizabeth Martínez Fiallo, Estela de los Ángeles Gispert Abreu.



Redacción – revisión y edición: Tania Yanet Fleites Did, Estela de los Ángeles Gispert Abreu.

