

Análisis de la situación de salud bucal. Consultorio 22 del área centro de Camagüey

Analysis of oral health situation. Health clinics No. 22 of the Center area in Camagüey

Dra. Vivian Abay Debs; Dra. Sonia Pérez Álvarez Dr. Rolando Sánchez Martínez

Clínica Estomatológica Centro. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

En un estudio descriptivo, se realizó un análisis de la situación de salud en una población de 619 habitantes pertenecientes, al consultorio No 22 del área Centro en la ciudad de Camagüey durante el año 1999. Los resultados obtenidos reflejan que sobre esta población actúan factores de riesgo biológicos, ambientales, así como hábitos sobre los que no se realizó un adecuado control. El índice ced fue de 0.72 y el CPOD de 14.2. Existió predominio de los grupos III (enfermo) y IV (enfermo con secuelas) y se detectó un incremento de la morbilidad por enfermedades estomatológicas, excepto las enfermedades parodontales, las cuales disminuyen, por lo que el estado de salud bucal fue desfavorable. A partir de este análisis se identificaron y priorizaron los problemas sobre los cuales se deberá intervenir. El objetivo de este trabajo fue determinar el estado de salud bucal de la población objeto de estudio.

DeCS: SALUD BUCAL; ESTRATEGIAS LOCALES.

ABSTRACT

In a descriptive study, an analysis of health situation carried out in 619 inhabitants, belonging to health clinic No. 22 of the center area in Camagüey city during 1999. Results obtained reflected that these are biologic and environmental risk, as well as habits upon which an adequate control was not performed. The ced index was 0.72 and CPOD 14.2. There was

prevalence of groups III (sick) and IV (sick with sequelae) and increasing of morbidity due to dental diseases which decreased, therefore the oral health state was unfavorable. From this analysis on, problems were indentified and an intervention plan would be instituted.

DeCS: ORAL HEALTH; LOCAL ESTRATEGIES.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de la población es la categoría de la higiene social que expresa sintéticamente para un momento histórico concreto, el nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres, respecto a su salud en el plano físico, mental y social. ¹

En Cuba se entiende por salud, tanto en la teoría como en la práctica “ no sólo la ausencia de enfermedad, sino el bienestar espiritual y corporal del hombre, la garantía de su entorno”, y también se considera salud la educación que reciben los ciudadanos, la cultura el deporte, el derecho al trabajo, a la salud y a la dignidad humana; sin discriminación de géneros, ni de piel o creencias religiosas. ²

El análisis de la situación actual de salud constituye el conocimiento del estado de salud de una comunidad y de los factores que lo condicionan, de cuya precisión dependen la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. ³⁻⁵

El análisis de la situación de salud identifica los problemas de salud, establece prioridades para adoptar un plan de intervención con medidas específicas y a plazos determinados que permitan mejorar el estado de salud de la comunidad. ⁶

Teniendo en cuenta que el estado de salud bucal de las poblaciones estudiadas, en revisiones e investigaciones realizadas con distintas poblaciones y en diferentes áreas geográficas, ⁶ dista mucho de los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000, se realizó esta investigación. ^{7,8}

Sólo a través del análisis de la situación de salud con participación comunitaria es que logramos lo anterior entendiendo éste como un proceso mediante el cual los servicios de salud junto con la comunidad representada por el individuo, la familia y los sectores, organismos y organizaciones que la integran, realizan una descripción y explicación del perfil socio- epidemiológico de un área determinada, del comportamiento del proceso salud - enfermedad y las interrelaciones con el ambiente, y entre ellos. Es un diálogo comunidad - sector salud que permite una correcta visión integral de la situación de salud, que establece a partir de ella y de forma conjunta planes de acción para su modificación positiva.⁶

La participación comunitaria es una participación social basada en la descentralización y la intersectorialidad, modificando el papel de la población de objeto a sujeto.⁹⁻¹¹

MÉTODO

En un estudio descriptivo, el universo lo constituyó el consultorio 22 del área centro del municipio Camagüey con 619 habitantes, donde no existieron criterios de exclusión.

Los datos se obtuvieron en las viviendas de las familias objeto de estudio a través de la observación visual realizada y vaciada en el modelo de Historia de Salud Bucal Familiar. La encuesta de conocimientos sobre salud bucodental, se realizó a través de una técnica de grupo focal en tres grupos: 15 a 34 a 59 y mayores de 60.

A partir del análisis de esta situación de salud, se priorizaron los problemas sobre los cuales se deberá intervenir.

Para la identificación de los problemas se utilizó una técnica de grupo nominal con miembros de la comunidad, además del médico y de la enfermera de la familia, la prioridad se realizó por puntuación, teniendo en cuenta los criterios de tendencia, frecuencia, gravedad, vulnerabilidad disponibilidad de recursos para dar solución a los problemas y coherencia con la misión de los que planifican.

Los resultados obtenidos fueron procesados a través del método computarizado Microsoft Excel.

RESULTADOS

Fue encuestado el 99 % de la población. Existió predominio de los grupos III enfermo (20 %) y IV enfermo con secuelas (62,4 %), los pacientes de estos grupos aumentan con la edad y la mayor cantidad de pacientes están comprendidos en las edades entre 19 y 59 años y mayores de 60.

El índice CEOD y CPOD aumentan con la edad, la población de 60 y más años fue la de mayor índice (23,3). El 96 % de la población con las edades de 0-4 años fue primariamente sano. Sólo el 7 % de la población requiere de tratamiento parodontal, el 33 % de los examinados entre 12 y 14 años presenta maloclusión y el 32 % de la población requiere prótesis, los más necesitados son los de 60 y más años de los cuales el 78.5 % la requieren. El 0,65 % de la población estuvo afectada por lesiones de la mucosa bucal. (tabla 1)

Tabla 1. Estado de Salud de la Población

Indicadores.	0-4	5-11	12-14	15-18	19-34	35-59	60 y más	Total
Universo	27	63	13	36	160	180	140	619
Encuestados	27	63	13	36	156	178	140	613
	100	100	100	100	97	98	100	99
sanos	85	20,6	0	8.3	0	0	0	6,3
% sanos /riesgo	11	38	30,7	33	13,5	1,1	0	11
% enfermos	3,7	38	69,2	41,6	41,6	5	0	20
% enfermos con secuelas	0	3,1	0	16,6	44,8	92,6	100	62,4
% primaria mente sano	96	16.9	7.6	2.7	0	0	0	8.1
Índice CEOD	0.07	1						0.72
Índice CPOD		0.5	3.5	3.8	12	18.2	23.3	14.2
C	2	33	9	38	245	369	111	798
O	0	41	28	103	555	603	189	1519
P	0	14	9	32	408	2276	2977	5776
% necesidad tto parodontal			0	0	6.4	10.6	2.8	7
% afectado maloclusión		6.3	33	5.5				
% nec. prótesis				0	14.7	38.7	78.5	32.9
% lesiones mucosa					0	1.1	1.4	0.65
mortalidad por cáncer bucal								

Fuente: H.S.B.F.

En la morbilidad de las enfermedades del complejo bucodental existió un grupo de factores predisponentes o factores de riesgo, los de mayor incidencia fueron la higiene bucal deficiente, hábitos y dieta cariogénica, así como la existencia de caries anteriores. (tabla 2)

Tabla 2. Frecuencia de factores de riesgo según sexo y edad

Factores de riesgo	0-18		15-59		60 y más		Pob. Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Biológicos	20	14,3	78	23,3	25	17,8	123	20
Ambientales	2	1,4	11	3,3	2	1,4	15	2,4
Hábitos	38	27,3	135	40,4	14	10	187	30,5
Otros	-	-	2	0,6	20	14,2	22	3,6
Total	60	43	226	67,6	61	43,5	347	56,6

Fuente: H.S.B.F

En la encuesta de conocimiento sobre salud bucodental, según edad, la población de 15 a 34 años fue la mejor informada y la de 60 y más años la que menos conocimientos posee en educación para la salud, existió predominio en la categoría de bien. (tabla 3)

Tabla 3. Encuesta de conocimientos sobre salud bucodental según edad y sexo

Resultados	15-34		35-59		60 y más		Pob. Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	7	58%	5	42%	4	33%	16	44%
Regular	5	42%	4	33%	3	25%	12	33%
Mal	-	-	3	25%	5	42%	8	22%

Fuente: Técnica de grupo focal.

DISCUSIÓN

Los pacientes de los grupos III y IV aumentaron con la edad coincidiendo con las etapas de incremento de las afecciones bucales y con los factores de riesgo a que estuvo sometida la población. ^{13,14}

Los doctores *Calzadilla y Delgado* en su estudio sobre el estado de salud de la población cubana plantean igualmente un incremento del índice CPOD con la edad y el número de niños libres de caries fue inferior a los resultados nuestros. ⁷

Constituyó un factor prioritario la identificación de individuos susceptibles al riesgo, para ofrecerles protección individual, a ello debemos agregar la baja cobertura estomatológica que se da a la población entre los 19 y 59 años que no están comprendidas dentro de los grupos priorizados de atención estomatológica. ¹⁴

Con el conocimiento de la situación de salud descrito anteriormente, se procedió a la identificación de problemas a través de una técnica de grupo nominal, al final por puntaje se obtuvieron las prioridades asignadas a cada uno de los problemas identificados.

CONCLUSIONES

1. Existe un grupo de factores de riesgo sobre los que es necesario una actuación eficaz.
2. Alta morbilidad por caries dental y elevada mortalidad dentaria.
3. Existen dificultades de abastecimiento de recursos que requiere de una adecuada planificación y control.
4. Las actividades educativas se realizan de forma rutinaria, el equipo de salud no está motivado y por tanto el mensaje no llega a surtir el efecto deseado y no se logran modificaciones de actitudes y conductas de la población en relación con la salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Domínguez. BN, Aldereguía Henriquez J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990: 21.
2. Ministerio de Salud Pública. Atención primaria de salud. Sexto seminario internacional de atención primaria de salud. La Habana: MINSAP; 1997: p.5-10.

3. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992. p. 24.
4. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Diagnóstico de salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 1996;33(1):5-11.
5. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Rev Cubana Estomatol. 1995 ; 32(2):85-94
6. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Análisis de la situación de Salud en las Comunidades. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1998. p. 4-18.
7. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez, Sosa Rosales M, Felipe Alfonso A. Estado de salud bucal de la población cubana. Rev Cubana Estomatol.1999; 37(3): 217-29.
8. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,1992.p 5
9. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Municipios por la Salud. Estrategia en estomatología. La Habana: Ministerio de Salud Pública;1998. P.5-12.
10. Rodríguez Calzadilla A, Baly Baly M. Atención primaria en estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol. 1997;34 (1): 32.
11. Katzen Smith JY. La sabiduría del trabajo en equipo. México: CECSA. 1996; 8:146-59.
12. Oficina Internacional del Trabajo. Directrices para estudios en base a la técnica de grupos focales. Ginebra: FNDAP; 1994. P. 8-11.
13. Puentes Benítez M, Rodríguez Llanes R, Fernández Freijo MJ. Instrumento de medición de los resultados del trabajo del estomatólogo general integral. Rev Cubana Estomat.1998; 35(3): 86-91.
14. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo a la Promoción de Salud y a la prevención de enfermedades, modificar el estado de salud de la comunidad objeto de estudio. Rev Cubana Estomatol. 1997; 34(1):40-44.

Recibido: 8 de mayo de 2002

Aprobado: 12 de abril de 2003

Dra. Vivian Abay Debs Especialista de I Grado en Administración y Dirección de Salud.

Profesor Instructor Clínica Estomatológica Centro. Camagüey, Cuba.