

ARTÍCULOS ORIGINALES

Atención primaria de ortodoncia en dos consultorios del área oeste del municipio Camagüey

Primary care of Orthodontics in two Family Physician Health Clinics of the West area of Camagüey municipality

Dra. CM. Esperanza Romero Zaldívar; Dra. Magda Lima Álvarez; Dra. Nelia Espeso Nápoles; Dr. Ricardo Pérez Cedrón; Dra. Ana Altunaga Carbonell

Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención en niños en dos consultorios del área Oeste de Camagüey con el objetivo de elevar la calidad de la atención primaria de Ortodoncia y modificar el estado de salud bucal de la población infantil. El universo estuvo constituido por 190 niños que fueron encuestados e interconsultados, el 69 % estaba afectado por maloclusiones y de éstos el 45,03 % necesitó tratamiento de atención primaria; los hábitos bucales deformantes se encontraron en número considerable. Recibieron tratamientos activos 27 niños en los que predominaron la disfunción neuromuscular y el resalte aumentado. Se obtuvieron siete altas y disminuyó la severidad de las alteraciones de los pacientes aún con tratamiento. Se logró un cambio favorable en el estado de salud de la población con diferencia significativa.

DeCS: ORTODONCIA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ABSTRACT

An interventionist study in children from two Family Physician health clinics of the West area of Camagüey city was carried out with the aim of increasing the quality of primary state of the pediatric population. The universe was composed of 190 children who were surveyed and interconsulted, the 69 % was affected by malocclusions and out of them, the 45, 03 % required primary care treatment, deformant oral habits were found in a considerable number. Twenty seven children received active treatment in whom neuromuscular dysfunction and augmented protuberance prevailed. Seven discharges were obtained and the severity of disorders of patients still under treatment decreased. It was achieved a favorable change in the health state of population with significant difference.

DeCS: ORTHODONTICS; PRIMARY HEALTH CARE

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud en Cuba establece tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, que se diferencian por la complejidad de los servicios que prestan, el volumen de población requerido para ser factible y el tipo de unidades de servicio con que cuenta. La atención primaria es el núcleo básico del sistema y sus acciones tienen como marco el área de salud para la identificación, prevención y solución de los principales problemas de la población afectada. ¹

El modelo de atención primaria de estomatología contempla dentro de sus objetivos disminuir la morbilidad de las enfermedades estomatológicas, fundamentalmente las caries dentales, periodontopatías y maloclusiones. ²

El reconocimiento temprano de las maloclusiones está en manos de los estomatólogos generales, por lo que deben familiarizarse con las condiciones que puedan interferir en el crecimiento y desarrollo y el establecimiento de una oclusión normal, tales como la pérdida temprana de los molares temporales, el pasaje aéreo inadecuado o los hábitos bucales deformantes.³⁻⁵ Aunque el tratamiento temprano no resuelve todo el potencial de problemas

ortodóncicos, con la identificación de los mismos es posible redirigir el crecimiento y mejorar las relaciones oclusales, lo que permite obtener resultados que a veces son inalcanzables después de la erupción de todos los dientes permanentes y el cese del crecimiento.⁶⁻⁹

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral establece el desarrollo sistemático de la interconsulta con los especialistas, y a través de la misma, realizar actividades de prevención e intercepción de hábitos bucales deformantes y maloclusiones,² pero no siempre se cumple con el rigor necesario. Lo antes expuesto motivó la realización de esta investigación con el objetivo de elevar la calidad de la atención primaria de Ortodoncia y mejorar la situación de salud de la población infantil de dos consultorios del área Oeste de la ciudad de Camagüey.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención, el universo estuvo constituido por 190 niños de 5 a 16 años, de los consultorios 18 y 36 del área Oeste de la ciudad de Camagüey que pertenecen a la Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró, desde noviembre de 1998 hasta enero de 2001.

Los estomatólogos de los consultorios recibieron un entrenamiento en la atención primaria de Ortodoncia y se estableció la interconsulta con una frecuencia de 4 h semanales.

Los niños se citaron en la clínica para realizarles el examen clínico en un sillón dental y con un set de clasificación.

Se elaboró un formulario y su instructivo para recoger los datos generales y del examen clínico.

La oclusión se clasificó en normal o compensada y maloclusión de acuerdo con los parámetros establecidos en los libros de texto, y los hábitos bucales se diagnosticaron mediante el examen clínico y el interrogatorio.¹⁰ Se incluyeron en la atención primaria los niños que presentaron disfunción neuromuscular, hábitos bucales deformantes, necesidad de mantener la longitud de los arcos dentarios y maloclusiones de Clase I de Angle sin discrepancia hueso-diente o con discrepancia hueso-diente que no requirieran movimientos dentarios en masa para la corrección de la maloclusión.

Se determinó que 59 niños de los 131 afectados correspondían a la atención primaria y de ellos se conformó una muestra de 27 a través del muestreo simple aleatorio, para recibir tratamientos activos según los requerimientos de cada paciente.

A los niños seleccionados se les confeccionó la historia clínica de atención primaria de Ortodoncia para el estudio y diagnóstico por los estomatólogos de los consultorios con la orientación del especialista, así como las consiguientes acciones requeridas. Para la eliminación de los hábitos bucales deformantes se utilizaron métodos de educación para la salud y comunicación.¹¹

A los dos años de iniciada la intervención se observaron y compararon los cambios clínicos. Se procesaron los datos mediante el sistema estadístico Microstat y se obtuvieron resultados de estadística descriptiva e inferencial mediante tablas de contingencia en las que se aplicaron test de Chi cuadrado y test de proporciones de hipótesis.

RESULTADOS

De los 190 niños estudiados el 69 % presentó maloclusiones. Al relacionar el tipo de oclusión con los grupos de edades se detectó que los de 8 a 10 años fueron los más afectados por las maloclusiones con un 80,6 %, seguidos por el grupo de 11 a 13 años con un 71,66 % con diferencia significativa ($p=5.765e-3$) (Tabla 1).

Tabla 1. Población estudiada según grupos de edades y tipos de oclusión

Grupos de edades	Tipos de oclusión					
	Normal o compensada		Maloclusión		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5-7	21	51,21	20	48,79	41	100
8-10	13	19,4	54	80,6	67	100
11-13	17	28,33	43	71,66	60	100
14-16	8	36,37	14	63,63	22	100
Total	59	31	131	69	190	100

Fuente: Formulario

$p=5,765 e-3$

Se observó dependencia estadística entre el sexo y el tipo de oclusión, el sexo masculino predominó; pero el femenino fue el más afectado por maloclusiones con un 78,31 % ($p=0,006$). El 45,03 % de los niños requirió tratamiento de atención primaria (Tabla 2).

Tabla 2. Población estudiada según sexo y tipo de oclusión

Sexo	Tipos de oclusión				Total
	Normal o compensada		Maloclusión		
	N	%	N	%	
Masculino	41	38,32	66	61,68	107
Femenino	18	21,69	65	78,31	83
Total	59	31	131	69	190

Fuente: Formulario

$p= 0,006$

Al relacionar los hábitos bucales deformantes con el tipo de oclusión se constató que estaban presentes en el 84,38 % de los niños con maloclusiones y el 15,62 % de los niños con oclusión normal o compensada al inicio del estudio. A los dos años de iniciada la intervención se logró reducir el número de niños afectados tanto con oclusión normal o compensada como con maloclusión. Hubo dependencia estadística entre hábitos bucales deformantes y maloclusiones tanto al inicio ($p =1,982e-10$) como al final del estudio ($p = 8,496e-10$) (Tabla 3).

Tabla 3. Hábitos bucales deformantes según tipo de oclusión al inicio y final

Hábitos	Tipos de oclusión				Total	
	Normal o compensada		Maloclusión		No.	%
	No.	%	No.	%		
Inicio						
si	20	15,6	108	84,4	128	100
no	39	62,9	23	37,1	62	100
Final						
si	14	13,3	91	86,7	105	100
no	48	56,5	37	43,5	85	100

Fuente: Formulario p = 1.982 e-10 p = 8,496 e-10

Se trataron 27 niños en los que la disfunción neuromuscular y el resalte aumentado fueron las características clínicas más frecuentes, seguidas por la discrepancia hueso-diente y el apiñamiento. Se logró la reducción del resalte de un 51, 85 % a un 33, 33 %; y la disfunción neuromuscular de un 70, 37 % a un 48, 14 %.(Tabla 4)

Tabla 4. Características clínicas de los pacientes tratados al inicio y a los dos años de la intervención

Características clínicas	Inicio No.	%	Final No.	%
Resalte aumentado	14	51,85	9	33,33
Sobrepase aumentado	4	14,81	2	7,40
Mordida abierta	1	3,70	1	3,70
Mordida cruzada anterior simple	1	3,70	0	0,00
Mordida cruzada posterior	2	7,40	2	7,40
Apiñamiento	9	33,33	7	33,33
Discrepancia hueso-diente	10	37,03	8	29,62
Disfunción neuromuscular	19	70,37	13	48,14
Pérdida dental prematura	3	11,11	2	7,40

Fuente: Formulario

Nota: n=27

Con respecto a la situación de los consultorios en la atención primaria disminuyeron de 128 a 105 los niños con hábitos bucales deformantes, se

trataron 27, de los cuales siete recibieron el alta ortodónica y 20 continuaron su tratamiento (Tabla 5).

Tabla 5. Situación en la atención primaria de los consultorios al inicio y final

Situación	Inicio	Final
	No.	No.
Hábitos deformantes	128	105
Maloclusiones Atención primaria	59	52
En tratamiento	4	20
Altas	-	7
Sin iniciar tratamiento	55	32

Fuente: Formulario

p= 3,167

Hubo diferencia estadística significativa en las maloclusiones en el inicio y final del estudio ($p=3,187e-3$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en relación con la edad se explican porque el período de dentición mixta es muy proclive a la aparición de las anomalías de la oclusión y está sujeta a modificaciones que requieren un control periódico que permita prevenir e interceptar las alteraciones que puedan presentarse.⁶ Fernández Torres et al⁴ plantean una prevalencia de 53,33 %, mientras que Santiso Cepero et al¹² establecen un 36,92 % en las mismas edades, ambas inferiores a la encontrada en esta investigación. Los resultados obtenidos con relación al sexo difieren de los hallados en el área de salud de Florencia, Ciego de Ávila.¹³

La presencia de hábitos bucales deformantes en un número considerable de niños coincidió con lo planteado en otros estudios,^{5,6} lo que constituye un factor de riesgo para el desarrollo y agravamiento de las maloclusiones y aunque se logró reducir la cantidad de afectados es necesario continuar la labor educativa en esa población.

Santiso Cepero ¹² plantea el 29, 54 % de necesidad de atención primaria en el área de salud de Venezuela ¹² y el 68 % en el de Florencia, ¹³ los resultados de este estudio tuvieron valores intermedios entre los dos anteriores.

La disfunción neuromuscular fue la característica clínica que más se presentó, pero no existió la cooperación necesaria en la realización de la mioterapia a pesar de sus beneficios en el mejoramiento del tono muscular, la corrección de hábitos deformantes y el mantenimiento de los resultados del tratamiento.¹⁴

Fernández Torres ⁶ encuentra el 75, 82 % con alteración del sistema neuromuscular que logra disminuir a un 58, 60 %, inferior a lo logrado en este estudio. El resalte aumentado y otras características clínicas en los que aún no se habían logrado los parámetros normales disminuyeron la severidad.

Los resultados obtenidos evidencian la efectividad del trabajo comunitario a través de la interconsulta, pues se obtuvo un cambio favorable en el estado de salud de la población infantil, por lo que es necesario que en todos los servicios estomatológicos se desarrolle en la forma establecida por el nivel nacional la interconsulta con la especialidad de Ortodoncia para dar respuesta a las necesidades de la población infantil.

CONCLUSIONES

La atención comunitaria mediante la interconsulta elevó la calidad de la atención primaria de Ortodoncia, se lograron cambios significativos en la situación de salud de ambos consultorios. Más de las dos terceras partes de los niños presentaban maloclusiones, el grupo de edades de 8 a 10 y el sexo femenino fueron los más afectados. Algo menos de la mitad de los niños afectados por maloclusiones requirieron tratamiento de atención primaria. Un número considerable de niños presentó hábitos bucales deformantes, específicamente los afectados por maloclusiones. Se logró su reducción tanto en los pacientes con oclusión normal o compensada como en los de maloclusión. Recibió tratamiento de atención primaria de Ortodoncia aproximadamente la mitad de los que los pacientes, las características clínicas más observadas fueron la disfunción neuromuscular y el resalte aumentado, las que mostraron reducción a los dos años de la intervención. Se obtuvieron siete altas y las características clínicas en las que aún no se habían logrado los parámetros normales disminuyeron la severidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Domínguez N, Aldereguía Henriques J. Higiene social y organización de la salud pública. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1987. p. 144-8.
2. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Rev Cubana Estomatol 1995;32(2):85-94.
3. Santiso Cepero A, Díaz Brito RJ, García Alonso N, Blanco Céspedes AM. Estudio de la dentición temporal en niños de cinco años de edad. Rev Cubana Ortod 1995;10(2):122-7.
4. Fernández Torres C, Acosta Coutin A. Estado actual de la atención a escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997;12(2):91-5.
5. Sorhegui Rodríguez A, Rigol González AE, González Navarro M, Martín Mendecochea L. Digitupuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. Rev Cubana Ortod 1998;13(2):107-11.
6. Fernández Torrez C. Resultados del control de factores de riesgo de anomalías dentofaciales. Rev Cubana Ortod 2000;15(1):33-8.
7. Gómez Ávila R, Arias Araluce MM, López Méndez Y, González Valdés D. Disyunción maxilar rápida con tornillo Hyrax modificado. Rev Cubana Ortod 1999;14(1):27-31.
8. González Valdés D, González Fernández M, Marín Manso G. Prevalencia de diastemas en la dentición temporal. Rev Cubana Ortod 1999;14(1):22-6.
9. Pérez Varela H, Ramos Morales C, Domínguez Fleites LM. Tratamiento precoz de interferencias oclusales que provocan laterognatismo en niños de edades tempranas. Rev Cubana Ortod 1998;13(2):84-9.
10. Mayoral J, Mayoral G, Mayoral P. Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986. p. 173-7, 189-96.
11. Díaz Gómez SM. El estomatólogo: comunidad y educación para la salud. Camagüey: Proim; 1998. p. 22-4.
12. Santiso Cepero A, Díaz Brito RJ, González Pérez A. Diagnóstico ortodóntico del área de salud Venezuela, Ciego de Avila. Rev Cubana Ortod 1996;11(1):22-5.
13. Santiso Cepero A, Díaz Camacho E, Martínez Domínguez AA, Díaz Brito RJ. Diagnóstico ortodóntico en niños del área de salud Florencia. Rev Cubana Ortod 1997;12(2):96-101.

14. Benkert KK. The effectiveness of orofacial myofunctional therapy in improving dental occlusion. Int J Orofacial Myology 1997;33:35-46.

Recibido: 23 de junio de 2003

Aceptado: 4 de abril de 2004

Dra. CM. Esperanza Romero Zaldívar. Especialista de II Grado en Ortodoncia
Profesor Titular. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de
Estomatología. Camagüey. Cuba. erz@finlay.cmw.sld.cu