

## INTERVENCIÓN DE SALUD BUCAL AL MENOR DE 19 AÑOS. POLICLINICO PLAZA DE LA REVOLUCIÓN. 2014

**Autor:** Rosa María González Ramos, Dra. En Estomatología. Especialista de II Grado en Administración de Salud y I Grado de Estomatología General Integral. Máster en Salud Pública y Salud Bucal Comunitaria. Profesora auxiliar del Dpto. Salud de la Facultad de Estomatología. Investigador agregado. Dirección Calle 20 No 403 e/ Dolores y Tejar Lawton La Habana. Cuba Teléfono 6904033 Correo: [rosam.glez@infomed.sld.cu](mailto:rosam.glez@infomed.sld.cu)

**Coautores:** Dra. MsC. Marlene Cabrera Velázquez, Lic. Idania Licea Jiménez, Dra. MsC. Sabrina Rodríguez Suarez

### RESUMEN

**Introducción:** Los proyectos de intervención son beneficiosos para que el individuo, la familia y la comunidad para que aprendan a cuidar su salud, desarrollando el auto cuidado. Para lograr la realización de las actividades y solución de los problemas es necesaria la intersectorialidad. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la intervención de salud bucal. **Material y Métodos:** se realizó una investigación de intervención, con un universo de 351 personas menores de 19 años, pertenecientes a los consultorios médicos del Policlínico Plaza de la Revolución. Las variables estudiadas fueron: la edad, sexo, clasificación epidemiológica, la presencia de las enfermedades bucales y factores de riesgo, se utilizó la historia clínica de salud bucal familiar e individual para la obtención de información, los resultados se muestran en los valores absolutos y el porcentaje. **Resultados:** antes de aplicar la intervención el 55,8 % estaban enfermo, seguido de la población sana con riesgo en un 27,3 %, el 7,12% están sano. Posterior a la aplicación de la estrategia los sanos con riesgo aumentan a 47,9%, disminuyendo los enfermos a 28,4 %. El 72,6 % están afectados por caries dental y el 50% por enfermedad periodontal disminuyendo a 48, 5% y 36,5 %. El 61,6 % tiene mala higiene bucal se reduce al 30,6%, el 92,9% consume dieta cariogénica disminuyendo a 49,9%. **Conclusiones:** Consideramos que la intervención fue satisfactoria ya que logra aumentar los conocimientos para

mantener una correcta salud bucal, se disminuyen los riesgos a enfermera así como las principales enfermedades bucales, elevando la población sana con riesgo.

**Palabras clave:** clasificación epidemiológica, intervención de salud, enfermedades bucales, hábitos perjudiciales, promoción de salud, prevención

## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo fundamental de la salud en Cuba es el desarrollo de la medicina comunitaria, que tiene como fin promover salud y prevenir enfermedades. De ahí la importancia de educar a la población sobre temas relacionados con las enfermedades bucales.<sup>1,2</sup>

El modelo de atención de estomatología, tiene como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, con la óptima utilización de los recursos disponibles y con la participación activa de las comunidades organizadas, en actividades orientadas hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades.<sup>3</sup>

Los proyectos de intervención son beneficiosos para que el individuo, la familia y la comunidad para que aprendan a cuidar su salud, desarrollando el auto cuidado y no solo acudan a los servicios cuando enferman. De esta forma se adelantan al problema con el propósito de ganarle tiempo a la enfermedad. Para lograr esto se involucra a la comunidad, utilizando la intersectorialidad para la realización de las actividades y solución de los problemas.<sup>4,5</sup>

En la etapa de la niñez se crean una serie de hábitos y conductas que influirán de manera significativa en la salud del individuo a lo largo de su vida. Por tal motivo, es este el momento más adecuado para fomentar actitudes y estilos de vida saludables. Pero además se hace necesario controlar las enfermedades bucales y los riesgos para logra que arriben a la abultes manteniendo la condición de sanos o sanos con riesgo.

Motivados por lo antes expuesto se decidió realizar un proyecto de intervención en salud esté trabajo tiene como objetivo evaluar el proyecto de intervención de salud bucal a los menores de 19 años, en una primera etapa se identificaron los conocimientos, factores de riesgo, enfermedades bucales y se diseñó la intervención, posterior a su aplicación en el tiempo previsto evaluamos los resultados alcanzados de la intervención.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio analítico, longitudinal y prospectivo de intervención a la población menores de 19 años del Policlínico Plaza de la Revolución en el período comprendido del 2012 al 2014.

El universo lo constituyeron la totalidad de la población comprendida en ese grupo de edad quedando conformado por 351 individuos. Perteneciente a los consultorios del Policlínico Plaza de la Revolución, que reciben atención en la Facultad de estomatología Raúl González Sánchez.

Se cumplieron los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas en la actualidad: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Se solicitó el consentimiento informado de los padres y maestros explicándoles los objetivos y las ventajas que recibirían. Los datos fueron custodiados por el investigador principal y se mantiene la confidencialidad de estos.

Las variables estudiadas fueron:

- edad agrupada por intervalos: Menores de 1 año, de 2 a 4 años, de 5 a 11 años, de 12 a 14 años y de 15 a 19 años
- Sexo: Femenino o Masculino.
- Clasificación epidemiológica: Sanos, Sanos con riesgo, Enfermos, Discapacitado deficiente.
- Enfermedades bucales: Caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión, cáncer bucal, disfunción masticatoria
- Factores de riesgo: mala higiene bucal, ingestión de dieta cariogénica, apiñamiento dentario, uso de aparatología de ortodoncia, anomalías del esmalte, la diabetes Mellitus, hábitos de fumar,
- Hábitos bucales deformantes: Uso de tete, biberón unicofagia, respirador bucal, Lengua protráctil, mordedura de objetos, quielofagia y hábitos posturales.

Todas las respuestas se operacionalizan como presentes, o ausentes comparándolas en antes y después de realizada la intervención.

La recolección de la información, la realizaron los autores del proyecto con los estudiantes que pertenecen a la cátedra de Salud Bucal Comunitaria del centro, utilizando como fuente primaria la historia clínica de salud bucal familiar y la

individual. Posterior a la primera etapa donde se identifican los problemas de salud, se diseñó la intervención educativa, brindando las herramientas indispensables para el autocuidado de la salud y cambiar actitudes dirigidas a la conservación de la salud y prevención de enfermedades.

Se impartió temas relacionados con los factores de riesgo a las enfermedades bucales tales como la caries dental, maloclusiones se emplearon las técnicas afectivo-participativas, mostrándoles diferentes ejemplos de técnicas y medios de enseñanza a utilizar en sus actividades de promoción con los niños. Los pacientes enfermos fueron remitidos y tratados en la clínica de infantil de la propia facultad.

Los responsables en cumplimentar la estrategia además de los líderes no formales de la comunidad, el equipo de salud de los consultorios, los maestros y directivos de la escuela, estudiantes y profesores pertenecientes a la cátedra de Salud Bucal Comunitaria de la facultad de Estomatología Raúl González Sánchez

Los resultados finales de la estrategia se fueron evaluando individualmente según las variables mostrándose de manera resumida en tablas diseñadas al efecto.

## RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la población por edad y sexo. 2014

| Grupo de edades  | sexo     |      |           |      |       |       |
|------------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
|                  | Femenino |      | Masculino |      | Total |       |
|                  | No       | %    | No        | %    | No    | %     |
| Menores de 1 año | 13       | 6,7  | 9         | 5,7  | 22    | 4,13  |
| 2 a 4 años       | 19       | 9,7  | 14        | 8,9  | 33    | 6,20  |
| 5 a 11 años      | 55       | 28,3 | 56        | 35,6 | 111   | 20,8  |
| 12 a 14 años     | 72       | 36,5 | 49        | 31,2 | 121   | 22,7  |
| 15 a 19 años     | 35       | 18,0 | 29        | 18,4 | 64    | 12,0  |
| Total            | 194      | 36,4 | 157       | 29,5 | 351   | 100,0 |

Los resultados que se muestra en la tabla 1, reflejan la distribución de la población, la edad más representada es de 12 a 14 años con el 22,7 % y el sexo femenino representa el 36,4 % mientras que el masculino es el 29,5%.

Tabla 2: Distribución de la población según clasificación epidemiológica antes y después de la estrategia. 2014

| Clasificación epidemiológica | Población |       |         |       |
|------------------------------|-----------|-------|---------|-------|
|                              | Antes     |       | Después |       |
|                              | No        | %     | No      | %     |
| Sano                         | 25        | 7,12  | 44      | 12,6  |
| Sano con riesgo              | 96        | 27,3  | 167     | 47,9  |
| Enfermo                      | 196       | 55,8  | 99      | 28,4  |
| Discapacitado deficiente     | 34        | 9,6   | 38      | 10,9  |
| Total                        | 351       | 100,0 | 348     | 100,0 |

La tabla 2 muestra el comportamiento de la clasificación epidemiológica, antes de aplicar la intervención el 55,8% están enfermo, seguido de la población sana con riesgo en un 27,3%, solo el 7,12% están sano y el 9,6 son discapacitado deficiente. Posterior a la aplicación de la estrategia, la población sana con riesgo aumenta a 47,9%, disminuyen los enfermos a 28,4%, los sanos y los discapacitados deficientes se incrementan a 12,6% y 10,9% respectivamente.

Tabla 3: Distribución de la población según la presencia de enfermedades bucales antes y después de la estrategia. 2014

| Enfermedades            | Población   |      |         |      |
|-------------------------|-------------|------|---------|------|
|                         | Antes n:230 |      | Después |      |
|                         | No          | %    | No      | %    |
| Caries dental           | 167         | 72,6 | 81      | 48,5 |
| Enfermedad periodontal  | 115         | 50   | 42      | 36,5 |
| Maloclusión             | 192         | 83,4 | 98      | 51,0 |
| Cáncer bucal            | 7           | 3,04 | 1       | 0,07 |
| Disfunción masticatoria | 29          | 12,6 | 9       | 2,6  |

Se aprecia en la tabla 3 el comportamiento de las enfermedades bucales anterior a la intervención el 72,6% están afectados por caries dental, el 50 % presentan las enfermedades periodontales, el 83,4 % tienen maloclusiones, en menor porcentaje el cáncer bucal y la disfunción masticatoria. Posterior a la intervención se reduce a 48,5% la población que presenta caries dental, el 36,5% los enfermos con periodontopatías y quedan 51,0% con maloclusiones.

Tabla 4: Distribución de la población según los factores de riesgo antes y después de la estrategia. 2014

| Factores de riesgo                | Población    |      |                |      |
|-----------------------------------|--------------|------|----------------|------|
|                                   | Antes n: 326 |      | Después n: 316 |      |
|                                   | No           | %    | No             | %    |
| Mala Higiene Bucal                | 201          | 61,6 | 97             | 30,6 |
| Ingestión de dieta cariogénica    | 303          | 92,9 | 155            | 49,9 |
| Apiñamiento dentario              | 199          | 61,0 | 98             | 31,0 |
| Uso de aparatología de ortodoncia | 71           | 21,7 | 85             | 26,8 |
| Recesión Gingival                 | 10           | 3,06 | 6              | 1,8  |
| Anomalías del esmalte             | 9            | 2,7  | 9              | 3,7  |
| Diabetes Mellitus                 | 7            | 2,14 | 10             | 3,16 |
| Hábito de fumar                   | 46           | 14,1 | 13             | 4,11 |
| Ingestión de bebidas alcohólicas  | 31           | 9,50 | 6              | 1,89 |
| Exposición a radiaciones solares  | 11           | 3,37 | 6              | 1,89 |

Se observa en la tabla 4, una reducción de los factores de riesgo después de aplicada la intervención el 61,6 % de los niños tenía mala higiene bucal y posterior a la intervención se reduce al 30,6%, con respecto a la dieta cariogénica el 92,9% la consumía y se reduce a 49,9% igual sucede con el apiñamiento dentario que de 61 niños que lo presentaban solo quedan 31% sin resolver, se incrementan la presencia de la aparatología de ortodoncia que a 26,8%.

Tabla 5: Distribución de la población según los hábitos bucales perjudiciales antes y después de la estrategia. 2014

| Hábitos bucales perjudiciales | Población    |      |                |      |
|-------------------------------|--------------|------|----------------|------|
|                               | Antes n: 326 |      | Después n: 316 |      |
|                               | No           | %    | No             | %    |
| Uso de biberón                | 97           | 29,7 | 19             | 6,0  |
| Uso del tete                  | 23           | 7,05 | 7              | 2,2  |
| Succión digital               | 106          | 32,5 | 21             | 6,6  |
| Lengua protráctil             | 99           | 30,3 | 14             | 4,4  |
| Respiración bucal             | 101          | 30,9 | 62             | 19,6 |
| Onicofagia                    | 186          | 57,0 | 56             | 17,7 |
| Quilofagia                    | 99           | 30,3 | 18             | 5,6  |
| Mordedura de objetos          | 193          | 59,2 | 26             | 8,2  |

|                    |     |      |    |      |
|--------------------|-----|------|----|------|
| Hábitos posturales | 103 | 31,5 | 44 | 13,9 |
|--------------------|-----|------|----|------|

La tabla 5 refleja el comportamiento de los hábitos bucales perjudiciales a la salud bucal, de 29,7% de los niños que usaban el biberón quedan solo el 6%, el uso del tete y la succión digital se disminuyen a 2,2% y 6,6% respectivamente. Otro hábito que disminuye es la mordedura de objetos del 59,2% a 8,2% posterior a la intervención.

## **DISCUSIÓN**

Para lograr cambios en el comportamiento de las enfermedades bucales es necesario implementar estrategias de intervención que tengan en cuenta la acción intersectorial, el papel activo del individuo para seleccionar caminos saludables y la acción comunitaria, con la estrategia de intervención aplicada se logro cambios importantes en los conocimientos sobre la importancia de mantener la salud bucal, el cambio positivo en la clasificación epidemiológica de la población menor de 19 años, se incrementa la población saneada y se controlan los riesgos que afectan la salud.

El comportamiento de las enfermedades bucales se reducen posterior a la intervención se disminuyen los pacientes con caries dental, al igual que los niños que presentan las maloclusiones ya que se inician los tratamientos en ortodoncia, las enfermedades de las encías se logran controlar.

Estudios realizados por diversos investigadores refieren la prevalencia de caries dental fue elevada, predominando el grupo de 9 a 12 años y otros plantean un elevado ascenso de la caries dental, específicamente en la infancia temprana, resultados similares a esta investigación.<sup>6,7</sup>

Se logra elevar la cantidad de niños que mejoran la calidad del cepillado dental mediante acciones educativas y control de la placa dentobacteriana ayudó considerablemente a reducir factores de riesgo a enfermar de caries dental y de enfermedad periodontal.

Sobre la dieta y los efectos sobre la salud, se considera que la alimentación correcta es uno de los factores principales en la prevención de enfermedades, en estas edades se consumen muchos alimentos ricos en carbohidratos y no existen las condiciones en las escuelas para realizar el cepillado dental una vez consumido estos, desconocen que esto constituye un factor de riesgo para la aparición de de la caries dental.

Al analizar el porcentaje de respuestas correctas antes y después de la intervención de los encuestados sobre los factores de riesgo a presentar enfermedades bucales y hábitos bucales deformantes, se percibieron que resultó relevante la diferencia en las respuestas.

Estudios de intervención realizados muestran resultados similares a la presente investigación, como son los obtenidos de la intervención educativa realizada a maestros que muestran resultados muy favorables después de aplicada la intervención, y la investigación sobre la Promoción de salud para la prevención de caries en escolares donde fueron satisfactorios los resultados obtenidos pues el 84% de los niños incrementó el nivel de información.<sup>6-9</sup>

Otros estudios coinciden en plantear la importancia de realizar labores de promoción de salud desde edades tempranas de la vida, fundamentalmente en la población infantil entre 6 y 12 años, pues se trata de una etapa larga en la que se producen importantes transformaciones, tales como el recambio dental y el gran desarrollo neuromuscular e intelectual.<sup>10,11</sup>

El control de los factores de riesgo a padecer de maloclusiones y del tratamiento precoz de las mismas desde edades tempranas con tratamientos apartológicos simples logra reducir la complejidad de esta patología aspectos que se logran al finalizar la intervención, ya que se disminuyen los hábitos perjudiciales y se tratan a los que presentan la enfermedad.

Varios autores muestran en sus estudios que el tratamiento de las maloclusiones en edades tempranas es eficiente y con resultados más estables que en edades más avanzadas a través de una escala de riesgo que permita dispensarizar a aquellos con alto riesgo de padecer maloclusiones y seguirlos con un tratamiento integral<sup>1,12-</sup>

14

Las variables objeto de estudio logran cambios importantes al comparar antes y después de aplicada la intervención lo que demuestra que los objetivos de la estrategia se cumplieron y que los resultados fueron positivos.

Con los resultados obtenidos de esta investigación se pone de manifiesto lo beneficioso que es para nuestra población infantil, la identificación de los principales factores de riesgo, elaborar programas educativos y preventivos, dirigidos a controlar y disminuir en buena medida la aparición de enfermedades bucales.

## CONCLUSIONES

La intervención fue satisfactoria ya que logra aumentar los conocimientos sobre las acciones para mantener una correcta salud bucal y prevenir enfermedades, se disminuyen los riesgos a enfermera así como las principales enfermedades bucales

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 493-515.
2. Rodríguez Méndez M. Representación social de la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Sep [citado 2013 Ene 14];25(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300007&lng=es)
3. OPS/OMS. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos, experiencias. Washington, D.C: OPS; 2008. (Publicación Científica No. 519).
4. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez" MEDISAN [Internet]. 2010;14(2). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_2\\_10/san14210.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_2_10/san14210.htm)
5. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. La intersectorialidad y el desarrollo de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 [citado: 9 mar 2011];33(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-4662009000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662009000100004&lng=es&nrm=iso)
6. Hernández Suárez AM, Espeso Nápoles N, Reyes Obediente F, Landrian Díaz CI. Promoción de salud para la prevención de caries en niños de 5 a 12 años. AMC [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Dic 28]; 13(6): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552009000600006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000600006&lng=es).
7. Márquez AJM, Naranjo DLF. Caracterización de la dieta y la salud oral de los estudiantes de básica primaria de escuelas y colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales en el año 2004 [serie en internet] 2004. [ citado 7dic.2006]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/dietasalud/dietasalud.shtml>
8. Díaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev Méd Electrón. [Seriada en línea] 2011;33(1). Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema08.htm>.
9. Barly Rodríguez LC, Rodríguez Jiménez ML, Díaz Couso Y, Zaldivar Silva, AB. Intervención educativa sobre la higiene bucal en escolares de nueve a once años de la escuela primaria Tony Alomá de Las Tunas. Rev Electron;35(2)abr.-jun. 2010.
10. Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo RA, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Aroche Arzuaga A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6 - 12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. MEDISAN [internet]. 2009 sep.-oct.[citado 6 dic. 2011];13(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

11. Jova Garcia A, Cabrera Llano S, Jiménez Mesa LM. Intervención educativa sobre caries dental. Escuela «Fabio Fuentes». Santa Clara, Villa Clara. Medicentro. Vol17, No 4, 2013 Disponible:  
<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1595/1297>
12. Bedoya N, Chacón A. Tratamiento temprano de maloclusiones clase II tratado con activador abierto elástico de Klammt (AAEK). Reporte de caso. Rev Estomat [serie en Internet]. 2009 [citado 12 Mar 2010]; 17(1): 23-29: [aprox. 8 p.]; Disponible en:  
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/>
13. Santiso Cepero A, Torres Ulloa M, Álvarez Curbelo M, Cubero González R, López Martín D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. MEDICIEGO 2010; 16(Supl.1) Disponible:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_supl1\\_10/rev/t-17.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/rev/t-17.html)
14. Santiso Cepero A, Mursulí Pereira M, Santiso Legón Y. Efecto de algunos factores de riesgo sobre la oclusión dentaria en escolares de 5 años de edad. MEDICIEGO 2011; 17(Supl.1) Disponible:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_supl1\\_%202011/articulos/t-4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/articulos/t-4.html)