

## Articulación del Estomatólogo General Integral con el médico y la enfermera de la familia

TAMARA TORRES FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, RENE JOSÉ ALFARO TORRES<sup>2</sup>, ARLETYS ORDÁS GONZÁLEZ<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Escuela Latinoamericana de Medicina, Dirección de Formación del Profesional, La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana "Victoria de Girón", Estudiante de cuarto año de Estomatología, Alumno Ayudante de Maxilofacia, La Habana. Cuba.

### RESUMEN

**Objetivo:** determinar el estado de salud de la población de 20 familias, del Consultorio Médico de Familia No. 10 perteneciente al Policlínico docente de Playa.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el período de septiembre a diciembre del 2017, el que se logró a través de las actividades de terreno realizadas a una población de 71 individuos, 36 femeninos y 35 masculinos agrupados en 20 familia seleccionadas al azar y con la participación de un estudiante de estomatología. Como técnica de análisis estadístico se empleó la distribución de frecuencia, el cálculo porcentual y la Prueba Chi cuadrado.

**Resultados:** en la clínica Estomatológica se completaron las historias clínicas individuales. La Atención Primaria, exhibe un amplio contenido de atención estomatológica, por el estrecho vínculo entre la salud bucal, las enfermedades crónicas y la calidad de vida de los individuos, mostrando una ineludible vinculación del estomatólogo con el médico y la enfermera de la familia, al nivel de la comunidad, dando respuesta a los cambios demográficos y de la situación de salud, que tiene una tendencia acelerada al envejecimiento de la población y al predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como primeras causas de morbilidad, con su participación directa en la elaboración y ejecución del plan de acción comunitario.

**Conclusiones:** la atención estomatológica presenta un amplio contenido de Atención Primaria de Salud, por el estrecho vínculo entre la salud bucal y la calidad de vida de los individuos; existe una estrecha vinculación del estomatólogo general integral con el médico y la enfermera de la familia, al nivel de la comunidad y del consultorio.

**Palabras clave:** atención estomatológica; salud bucal; enfermedades crónicas.

### INTRODUCCIÓN

El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud. La tarea consiste, en primer término, en el estudio de la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas y culturas, teniendo en cuenta plenamente la condición al mismo tiempo biológica, social y personal del hombre. Ello significa analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integradas en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica (1).

Cuando los valores hegemónicos privilegian la vida y llevan al establecimiento de condiciones que favorecen la salud, la salud pública se fortalece y mejora. De ahí que las sociedades más solidarias, con mayor disposición para la sociabilidad y la asociación, con niveles más altos de confianza entre sus miembros y organizaciones, y por tanto con un mayor nivel de cooperación, favorecen el desarrollo del espíritu cívico y de valoración de los bienes comunes y, por consiguiente, propician el desarrollo de los recursos

humanos, la protección del ambiente y una mejor utilización del capital artificial, tanto financiero como tecnológico. Son sociedades en las que el desarrollo humano sostenible tiene mayores probabilidades de producirse con más equidad, bienestar y salud de todos (2).

En los últimos años se ha comenzado, a escala internacional, una fuerte tendencia a cambiar el enfoque biomédico por uno biopsicosocial, ejemplo de ello son Venezuela, Brasil, Ecuador, entre otros (3,4). En el caso de Cuba se viene desarrollando desde hace años, en el que contamos con alguna experiencia, que nos permite afirmar que la salud no se adquiere en los sistemas de salud, sino en el medio en el cual el individuo está inserto.

La participación comunitaria es decisiva para crear un clima de conciencia social sobre los problemas de salud y partiendo de estas premisas, la Atención Primaria de Salud (APS) tiene como objetivo la prevención de las enfermedades, así como alcanzar mejores niveles de salud y calidad de vida en la población y rehabilitarla cuando sea necesario, con una elevada preparación científica, humanista, ética y solidaria, sustentada en recursos humanos calificados, a un costo razonable, y teniendo en cuenta los elementos de la cultura del lugar donde se inserta para cumplir funciones de atención

médica integral, educativa, investigativa y gerencial, para contribuir al desarrollo humano. Lleva implícita la salud individual y social, el ambiente saludable, la ruta individual de la salud y las políticas de salud (5). Por tanto, resulta muy difícil separar la salud de la esencia del hombre, y lograr identificar esa esencia es una tarea definitiva en estos tiempos, donde las malas condiciones ambientales y los inadecuados estilos de vida son, entre otros, muchos de los aspectos que deben enfrentarse, lo cual motivó la realización de este estudio, tomando la comunidad como escenario y dentro de ella a la familia y se hace necesaria una constante actualización de los principales elementos a valorar, lo que lleva al planteamiento del problema científico que expresa que: "se desconocían los datos actualizados del estado de salud de las familias del Consultorio No. 10, del área de Salud del Policlínico Docente de Playa, por lo que se realizó este trabajo con participación de la atención estomatológica".

**Objetivo General:**

Determinar el estado de salud de la población de 20 familias asignadas, correspondientes al Consultorio Médico de Familia No. 10 que pertenece al Policlínico Docente de Playa, en el periodo de los meses de septiembre a diciembre del 2017.

**Objetivos Específicos:**

- Caracterizar socio demográficamente la comunidad objeto de estudio.
- Identificar los factores de riesgo que influyen en la salud de la población seleccionada.
- Evaluar la participación de la atención estomatológica en la atención integral de salud.
- Elaborar un plan de acción comunitario.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal entre los meses de septiembre a diciembre del año 2017, con actividades de terreno en una población de 20 familias (muestra), que fueron seleccionadas al azar, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia (CMF) No. 10, ubicado en: Ave. 31, No. 6812, entre 68 y 70, municipio Playa. Se utilizaron los determinantes sociales del estado de salud de la población para la descripción y análisis de la situación de salud-enfermedad (6,7).

Para la obtención de los datos, la enfermera y el médico de familia suministraron las historias de salud familiar e individual. Se realizaron labores en el terreno por un estudiante de estomatología, donde se explicó a la comunidad seleccionada la finalidad del trabajo y se efectuó la solicitud del Consentimiento Informado. Se recogieron datos personales mediante el intercambio con la comunidad, utilizando la entrevista y la observación directa de las viviendas y de las personas estudiadas. Se realizó el examen clínico en las viviendas visitadas y se confeccionó la Historia de Salud Bucal Familiar (HSBF) de cada familia. El criterio de caries se consideró en aquellos casos en que

fueran clínicamente visibles restauraciones desplazadas y extracciones indicadas por pérdida de la corona dentaria.

Como técnica de análisis estadístico se empleó el cálculo porcentual y la prueba estadística Chi cuadrado. En la clínica estomatológica se completaron las historias clínicas individuales.

Para la clasificación se conformó una encuesta teniendo como base la Encuesta de Conocimientos de Salud bucodental, reflejada en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población (PNAEIP) (8).

Para la identificación de problemas se utilizó la Técnica de informantes claves y la Lluvia de ideas y para la priorización de los mismos la Matriz de priorización (9). Para su aplicación se escogieron los problemas calificados anteriormente como los más importantes y se le otorgó a cada uno un valor entre cero y dos, utilizando los criterios de: (A) Tendencia, (B) Frecuencia, (C) Gravedad, (D) Disponibilidad de Recursos, (E) Vulnerabilidad y (F) Coherencia, con la misión del que planifica. La puntuación mayor, es decir, dos puntos; se le otorgó a: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel y coherencia con la misión de los planificadores. Los otros valores, es decir uno y cero; se le otorgaron a los que cumplían los requisitos en parte o no los cumplían, respectivamente. Los valores obtenidos se sumaron y finalmente se obtuvo la puntuación promedio que se colocó en la matriz confeccionada, quedando ubicados los problemas por orden de prioridad.

## **RESULTADOS**

El universo poblacional lo integran 71 personas, pertenecientes a 20 núcleos familiares del Consultorio Médico No. 10 del Policlínico Docente de Playa.

La población se clasificó en cuanto a grupos de edad y sexo, según el PNAEIP (10). De la muestra analizada, 36 fueron del sexo femenino y 35 del masculino, el grupo más numeroso entre ambos sexos es el de 60 y más años (26 pacientes), superando a la población infantil, o sea, es una población envejecida, lo que coincide con los estudios demográficos más recientes de la población cubana (11).

En la tabla 1 se muestra un mayor porcentaje de familias nucleares (70%), y una población donde predominan las familias funcionales (65%), lo que favorece el desarrollo de la investigación y las actividades encaminadas a la promoción y prevención en salud.

Por su parte la tabla 2 muestra el porcentaje de individuos según grupos priorizados establecidos del PNAEIP. El grupo más numeroso resultó el de los pacientes con enfermedades crónicas, seguidos por la población geriátrica, lo que coincide con la bibliografía revisada sobre Cuba y países desarrollados. (11-13).

En la a tabla 3 se observa la distribución de la población por grupos epidemiológicos, con mayor por ciento entre los enfermos (43,7%). El grupo etario con más factores de

riesgo fue el de 35 a 59 y el mayor número de enfermos y discapacitados, entre los 60 y más, coincidiendo con la literatura revisada sobre el comportamiento de estas variables en países con sistemas de salud bien establecidos orientados hacia la APS (12,13).

**Tabla 1.** Distribución de la familia según su estructura y funcionamiento.

<b>Familias</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
Nucleares	14	70
Extensas	6	30
Ampliadas	0	0
Funcionales	13	65
No funcionales	7	35

**Fuente:** Historia de Salud Familiar

La tabla 4 muestra el predominio de las caries dentales (31%) y la disfunción masticatoria (11,3%). Ambas enfermedades se asocian a la mala higiene bucal y al modo y estilo de vida, condiciones unidas a factores de riesgos y enfermedades crónicas no transmisibles (14).

La tabla 5 muestra que la Hipertensión Arterial (HTA) es la enfermedad crónica más frecuente, afectando al 25,4% de la muestra, coincidiendo con la literatura. Revisada sobre el comportamiento de esta enfermedad en países desarrollados donde el modo y estilo de vida representa un problema de salud identificado como la causa principal de las enfermedades crónicas más frecuentes (12).

La tabla 6 muestra que estadísticamente no es significativa la relación entre las enfermedades bucales y las crónicas no transmisibles, según los grupos etarios, los autores coincidimos en que este resultado está relacionado con el tamaño de la muestra por lo que este estudio debe hacerse extensivo a un grupo poblacional más amplio.

La aplicación de la Encuesta de Salud Buco-Dental establecida en el PNAEIP determinó un alto nivel de conocimiento de la población sobre Educación para la salud. Los problemas identificados en el estudio fueron relacionados con el estilo de vida y ambientales. Al establecer el orden de prioridad, aplicando la Matriz de priorización, se definieron como Más importantes:

- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Predominio de pacientes con HTA.
- Un elevado número de pacientes con Caries dentales.
- Pacientes con disfunción masticatoria.
- Higiene bucal deficiente.
- Predominio de pacientes con riesgos para la salud.

A su vez, los Menos importantes fueron:

- Población envejecida.
- Demora en la recogida de desechos sólido.

A partir de los resultados obtenidos se aplicó la matriz de intervención en la población estudiada:

Problema No. 1: Predominio de pacientes con HTA. (Enfermedades Crónicas no transmisibles).

Título: Conozco mi enfermedad y me preparo para vivir feliz.

1- Planificar ciclos de Charlas educativas acerca de los siguientes temas:

- Importancia del control sistemático de la tensión arterial para evitar complicaciones futuras.
- Higiene personal y Enfermedades crónicas.
- Como vivir con HTA y Diabetes Mellitus.

Problema No. 2: Predominio de personas con factores de riesgo. Población en vías de envejecer.

Título: Modificando mi estilo de vida.

1- Crear clubes de adolescentes y Adulto Mayor donde se planifiquen actividades como:

- Charlas educativas relacionadas con la importancia de una dieta saludable y la realización de ejercicios físicos, el Alcoholismo y la familia y el hábito de fumar y el cáncer.
- Eventos deportivos de ajedrez, dominó y caminatas con grupos de riesgo.
- Declaración de casas libre de humo y de alcohol.

Problema No. 3: Higiene bucal deficiente.

Título: Yo cuido mis dientes.

1- Brindar educación para la salud a toda la población de forma individual en las consultas y colectiva, mediante entrevistas, demostraciones y exposiciones sobre la enfermedad, importancia de la higiene bucal y el cepillado dental.

2- Prevenir y controlar placas dentobacterianas, con la aplicación de fluoruros en las escuelas.

3- Coordinar consultas para tratamiento de las caries dentales en las Clínica Estomatológicas.

Problema No. 4: Demora en la recogida de desechos sólidos. Presencia de microvertederos.

Título: Mi comunidad limpia y bonita.

1- Establecer coordinaciones con comunales (Trabajo Intersectorial del CMF).

2- Realizar actividades de limpieza coordinadas con las organizaciones de masas (CDR, FMC).

3- Realizar actividad de promoción para la salud y declarar las áreas limpias y bonitas al concluir las actividades de limpieza.

Entre los factores de riesgo ambientales se identificó la presencia de micro vertederos, por demora en la recogida de los desechos sólidos. Se evidenció un considerable porcentaje de la población con malos hábitos de higiene bucal y la clasificación epidemiológica demostró un elevado número de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, destacándose la Hipertensión arterial.

**Tabla 2.** Distribución de la familia según su estructura y funcionamiento.

Grupos priorizados	No. individuos	%
Menor de 19 años.	17	23,9
Embarazadas.	3	4,2
Madres con hijos menores de 1 año.	2	2,8
Niños y adolescentes identificados con riesgo.	5	7,0
Población geriátrica.	26	36,6
Discapacitados físicos y mentales.	2	2,8
Personas con lesiones pre malignas o malignas.	1	1,4
Personas con enfermedades crónicas notificadas.	31	43,7
Trabajadores del MINED-MINSAP.	5	7,0

Fuente: Historia de Salud Familiar

**Tabla 3.** Distribución de la familia según su estructura y funcionamiento.

Grupo de edades	Sanos	%	Sanos con riesgo	%	Enfermos	%	Discapacitado deficiente	%
1-9	5	7,0	2	2,8	1	1,4	0	0,0
10-18	3	4,2	4	5,6	2	2,8	0	0,0
19-34	1	1,4	3	4,2	5	7,0	0	0,0
35-59	3	4,2	8	11,3	8	11,3	0	0,0
60 y más	3	4,2	6	8,5	15	21,1	2	2,8
Total	15	21,1	23	32,4	31	43,7	2	2,8

Fuente: Historia de Salud Familiar

**Tabla 4.** Distribución de la población según enfermedades bucales.

Grupo de Edades	Caries dental		Periodontopatías		Maloclusión		Disfunción masticatoria	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1-9	2	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10-18	4	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19-34	4	5,6	1	1,4	0	0,0	1	1,4
35-59	9	12,7	2	2,8	0	0,0	2	2,8
60 y más	3	4,2	3	4,2	0	0,0	5	7,0
Total	22	31,0	6	8,5	0	0,0	8	11,3

Fuente: Historia de Salud Familiar

**Tabla 6.** Distribución de la población según enfermedades crónicas no transmisibles.

Grupos de edades	HTA		Cardiopatías		Diabetes Mellitus		Insuficiencia renal		Enfermedades malignas	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1-9	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10-18	1	1,4	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0
19-34	3	4,2	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0
35-59	4	5,6	0	0,0	2	2,8	1	1,4	1	1,4
60 y más	10	14,1	1	1,4	4	5,6	0	0,0	0	0,0
Total	18	25,4	3	4,2	8	11,3	1	1,4	1	1,4

Fuente: Historia de Salud Familiar

**Tabla 6.** Comportamiento de las Enfermedades crónicas no transmisibles y bucales según grupos etarios.

Pacientes enfermos según rango edad	Enfermedades crónicas no transmisibles	%	Enfermedades bucales	%
≤ 34	8	11,3	12	16,9
≥ 35	23	32,4	24	33,8
Total	31	43,7	36	50,7
Chi cuadrado	p=0.39		p=0.66	

Fuente: Historia de Salud Familiar

## CONCLUSIONES

La atención estomatológica presenta un amplio contenido de APS, por el estrecho vínculo entre la salud bucal y la calidad de vida de los individuos; existe una estrecha vinculación del estomatólogo general integral con el médico y la enfermera de la familia, al nivel de la comunidad y del consultorio, dando respuesta a los cambios demográficos y a la situación de salud, que tiene una tendencia acelerada al envejecimiento de la población y al predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como primeras causas de morbilidad, con su participación directa y protagónica en la elaboración y ejecución del plan de acción comunitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. En CD de la Maestría de Salud Pública. ENSAP; 2006.
2. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro J C, García Núñez R D, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua L A, et al. *Medicina general integral. Volumen III: Salud y medicina 3ra ed.* La Habana: ECIMED; 2014.
3. Anderson M.I, Moral M, Cuadrado M.S, Meoño T.M, Minué S, Donato R, et al. Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica. *Rev BrasMedFamComunidade. Brasil; 2016; 11 (2):26-36.*
4. Mojena Milián B, AIN. Doce años ya de Misión Barrio Adentro Salud en Venezuela [Inter-net]. 2016 [citado 21 dic 2017]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2015-04-16/doce-anos-ya-de-mision-barrio-adentro-salud-en-venezuela>.
5. Ávalos García M. I. Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. La Habana: Secretaría de salud; 2010.
6. García-Ramírez JA, Vélez Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev Salud Pública.* 2013 [citado 24 Sep 2016]; 15(5). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>.
7. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, BásterMoro J C, García Núñez R D, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua L A, et al. *Medicina general integral. Volumen I: Salud y medicina 3ra ed.* La Habana: ECIMED; 2014.
8. Sosa Rosales M. Epidemiología de las enfermedades bucales más frecuentes. En: González Naya G, Montero del Castillo M E. *Estomatología general integral.* La Habana: ECIMED; 2013. Cap. 1, p .3-13.
9. Barciela González-Longania M, Sosa Rosales M, Fernández Pratts M.J. Análisis de la situación de salud en las comunidades. Aspectos de salud buco-dental. En: González Naya G, Montero del Castillo M E. *Estomatología general integral.* La Habana: ECIMED; 2013. Cap. 3, p .29-37.
10. Colectivo de autores. PNAEIP. MINSAP. 2002.
11. Labori Ruíz J.R, Cosme Casulo J, Perrand Robert M.V, Valenzuela Rodríguez C.R, Mora García G. La economía y su relación con la salud de la población cubana. *MEDISAN [Inter-net].* 2014 [citado 21 enero 2017]; 18(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000400006&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400006&nrm=iso).
12. Reyes González M.E. Enfermedades no transmisibles, Muertes prematuras. *Servicios de noticias en salud [Internet].* 2016 [citado 21 enero 2017]; Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/07/25/la-oms-reclama-mas-politicas-para-reducir-en-un-tercio-las-muertes-prematuras-a-causa-de-enfermedades-no-transmisibles/>.
13. Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A. Expertos alertan de gigantesca epidemia enfermedades crónicas en América Latina. *Servicios de noticias en salud [Inter-net].* 2015 [citado 21 enero 2017]; Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2015/04/22/las-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-son-un-desafio/>.
14. De la Paz Suárez T. R, García Alguacil C. Quince años de la especialidad de Estomatología General Integral en Las Tunas. *Rev Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet].* 2016 [citado 21 enero 2017]; 11 (3). Disponible en: [http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/673/pdf\\_259](http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/673/pdf_259).

### Articulation of the Integral General Stomatologist with the doctor and the nurse of the family

#### ABSTRACT

**Objective:** to determine the state of health of the population of 20 families, from the Family Medical Office No. 10 belonging to the Beach Teaching Polyclinic.

**Materials and methods:** a cross-sectional descriptive observational study was carried out in the period from September to December 2017, which was achieved through field activities carried out on a population of 71 individuals, 36 females and 35 males grouped in 20 family selected at random and with the participation of a stomatology student. The frequency distribution, the percent-age calculation and the Chi square test were used as a statistical analysis technique.

**Results:** individual clinical histories were completed in the Stomatology Clinic. Primary Care, exhibits a wide content of dental care, for the close link between oral health, chronic diseases and the quality of life of individuals, showing an inescapable link of the stomatologist with the doctor and the nurse of the family, level of the community, responding to demographic changes and the health situation, which has an accelerated trend towards the aging of the population and the predominance of chronic non-communicable diseases as the main causes of morbidity, with its direct participation in the development and implementation of the community action plan.

**Conclusions:** stomatological care has a broad content of Primary Health Care, due to the close link between oral health and the quality of life of individuals; There is a close link between the integral general stomatologist and the family doctor and nurse, at the community and clinic level, responding to demographic changes and the health situation, which has an accelerated tendency to the aging of the population and the predominance of chronic noncommunicable diseases as the main causes of morbidity, with their direct and leading participation in the elaboration and execution of the community action plan.

**Keywords:** Stomatological attention; Oral health; chronic diseases.