

**Universidad de Ciencias Médicas
Dr. Faustino Pérez Hernández
Clínica Estomatológica Docente Provincial
Sancti Spíritus.**



Título: Análisis de la Situación de Salud Bucal de 7 familias del CMF#51. Banao. 2011-2012

Autora: Dra. Maylen Méndez González

Tutora: Dra. MSc. Bertha González Fortes
Especialista de segundo grado de EGI. Msc. en Urgencias Estomatológicas y Ciencias de la Educación.
Profesor auxiliar.

2012

INTRODUCCION

El proceso Salud-Enfermedad es el resultado de la interacción permanente de características genéticas, sociales y culturales, así como de la aportación que a la salud prestan los servicios sanitarios y no únicamente un proceso biológico individual .(1,2)

Esta afirmación es válida tanto en el plano individual como en el colectivo, como muchos autores han constatado, Lalonde (1974) estudió la importancia relativa de los diferentes determinantes de salud en la reducción de la mortalidad y Dever (1976) comprobó la falta de correspondencia entre éstos y la distribución de recursos. (1)

El sentido de la atención de la salud individual se encuentra cuando hay que valorar las demandas y los problemas que plantean los pacientes o, como es frecuente en Atención primaria, personas no necesariamente enfermas. Análogamente cuando los profesionales de Atención Primaria, como parte de sus responsabilidades se enfrentan a las necesidades de una comunidad y menos frecuente a sus demandas, han de analizar la situación de salud e identificar los problemas de esa comunidad. El término Problema de Salud supera el ámbito clínico y debe entenderse como cualquier problema que se produce en la comunidad con consecuencias tanto para la salud como sociales y económicas. El propósito de esta valoración es dar una respuesta adecuada a los problemas detectados. No tiene sentido realizar un estudio de necesidades que va a representar el uso de muchos recursos si no es para intervenir sobre los problemas encontrados.(1,2,3). En Cuba, el análisis de la situación de salud ha tenido una secuencia histórica desde actas capitulares (1520), el diagnóstico de salud del sector (1974) en la Medicina Comunitaria hasta el diagnóstico de salud con la implementación del Médico de Familia. En estos momentos se utiliza el término Análisis de la Situación de salud ya que no solo identifica los problemas de salud, sino que va más allá, al establecimiento de prioridades y la adopción de un plan de intervención con medidas específicas y plazos determinados que permite mejorar el estado de salud de la comunidad.(4,5).

El estado de salud de la población es una categoría multicausal, multisectorial e interdisciplinaria que abarca una serie de situaciones afines al proceso histórico que vive el país. (4,6)

Esta secuencia histórica está dada por la evolución de la definición de salud y su nivel de análisis. (4)

La evolución del propio concepto de salud desde el ya lejano “ausencia de enfermedad” con su enfoque monocausal y determinístico, hasta el actual con los criterios multicausalidad y ser la salud como producto del desarrollo armónico de la sociedad, resultante de la estrategia y acciones que en relación a la promoción, prevención, curación y rehabilitación no sólo del sector salud, sino también de los individuos, la familia y la comunidad en su conjunto, también influye en la dinámica de la confección del A.S.S. Esta última concepción ha liberado al sector salud de la responsabilidad exclusiva de la producción de salud y se ha trasladado a toda la sociedad. (2,5,7).

El A.S.S. se entiende como un proceso mediante el cual los servicios de salud junto con la comunidad 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 – salud que permite una

correcta visión integral de la situación de salud, estableciendo a partir de ella y de forma conjunta planes de acción para su modificación positiva. (4)

El A.S.S. es parte imprescindible de cualquier proceso de planificación y programación sanitaria, sea cual fuere el nivel organizativo desde que se plantea, cuyo desarrollo ha de permitir mejorar el nivel de salud de la población mediante acciones programadas, dirigidas a solucionar los problemas existentes. (1,8)

La situación de salud, para la planificación estratégica es la realidad escrita, cobrando toda su magnitud el proceso denominado participación comunitaria como producto de la interacción de los diferentes actores sociales en el proceso integral, activo y dinámico que describe, analiza la situación de salud, identifica, prioriza sus problemas para definir las estrategias de intervención que se realizarán con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población con un enfoque interdisciplinario e intersectorial. (5,7,8).

Con la introducción del modelo de atención primaria del médico y enfermera de la familia en el SNS, se desarrolla la Atención Estomatológica Integral y se vincula el estomatólogo y el médico de la familia en un equipo de salud responsabilizado con la atención de una población delimitada en un área geográfica, ejecutando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Estas acciones se integran en el Programa Nacional de Atención Estomatológica, el cual tiene como finalidad mantener al hombre sano. Este programa garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la ejecución de las acciones de salud bucal y tiene como propósito incrementar y perfeccionar la atención estomatológica interrelacionando todos los elementos del sistema y la comunidad, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, calidad y satisfacción de la población y prestadores, en correspondencia con las necesidades de salud de la población. Por todo lo anterior para el cumplimiento del propósito del Programa de Atención Estomatológica Integral, es necesario al realización por los estomatólogos del A.S.S. en conjunto con los médicos y/o enfermeras de la familia y con la comunidad. (3,4)

La frecuencia del A.S.S se establece para cada lugar en dependencia de la relación estomatólogo-habitante, generalmente cada dos años utilizando diferentes fuentes de información y en el caso de la provincia o nación cada 3 ó 5 años.(4)

Los estomatólogos deben tener bien en cuenta que para mejorar la calidad de vida y salud de la comunidad, se requiere fomentar en las personas la capacidad de actuar por su propia salud y lograr concertación de todas las voluntades y recursos, políticos, institucionales, comunitarios y personales en el proceso, teniendo presente que a la verdadera salud no se llega tratando enfermedades, y que es necesario crear comunidades saludables que promuevan salud bucodental. (2,4,9,10).

Por todo lo antes expuesto y por formar parte de mi formación como Estomatóloga General Integral me propuse realizar este análisis de la situación de salud en 7 familias del Consultorio Médico de la Familia # 51, del municipio de Sancti Spíritus, teniendo como premisa que: “ La salud bucal es imprescindible para la salud general.”

OBJETIVOS

General:

- Caracterizar el estado de salud bucal en la población examinada del Consultorio Médico de la Familia # 51, Municipio Sancti Spíritus, 2011- 2012.

Específicos:

- Determinar la interrelación de los diferentes componentes y determinantes del estado de salud bucal de la población.
- Identificar las necesidades sentidas de la población, sus prioridades y establecer un plan de acción y ejecución.

Características Generales de la Investigación.

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y transversal en 7 familias del Consultorio Médico de la Familia # 51, del área de salud del municipio Sancti Spíritus, durante el período de marzo del 2012, el cual se llevó a cabo en tres pasos fundamentales:

1. - Recolección de la información.
2. - Procesamiento y análisis lógico de los resultados.
3. - Presentación del estudio.

El universo de estudio estuvo constituido por 27 individuos agrupados en 7 familias, cuya atención corresponde a la Clínica Estomatológica de Banao del municipio de Sancti Spíritus.

Unidad de Observación y Análisis.

Individuo-Familia-Comunidad.

Métodos utilizados.

Observación visual y examen bucal, el cual se realizó con el instrumental necesario auxiliándonos de la luz natural o artificial de la vivienda (terreno), recogiendo los datos en la Historia de Salud Bucal Familiar (HSBF) (**Anexo 1**) Luego en la clínica se empleó el instrumental de diagnóstico previamente esterilizado, la luz artificial de la lámpara de la unidad dental, así como la jeringa de aire para el examen correcto, además del lavado de las manos antes y después de la atención al paciente.

Instrumental utilizado.

- ◆ Depresores o cuchara.
- ◆ Torundas o gasas.
- ◆ Instrumental diagnóstico (espejo, pinza, explorador).

Metódica:

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados en esta investigación, se interrelacionaron los determinantes y componentes del estado de salud de la población para analizar su comportamiento.

Determinantes

I. Medio ambiente.

a. Físico.

Incluye abasto y control de las aguas, disposición de los residuales líquidos y sólidos, presencia de vectores, condiciones higiénico- sanitarias del entorno y condiciones del medio ambiente.

➤ Abasto y control de las aguas:

* Buena: Agua por tuberías y ciclos más o menos frecuentes de suministros.

- * Regular: Agua por sistemas de acueductos y suministros poco frecuentes o mediante pipas.
- * Mala: No abasto de agua por sistema de acueducto y suministro irregular mediante pipas alejadas de las viviendas.

- Disposición de residuales líquidos:
 - * Bueno: Buen estado de alcantarillados, sin roturas ni salideros.
 - * Regular: alcantarillados con roturas y salideros.
 - * Malo: No existencia de alcantarillado.

- Disposición de residuales sólidos.
 - * Bueno: Residuales sólidos tapados y recogida frecuente de los mismos.
 - * Regular: Residuales sólidos tapados y ciclos de recogidas espaciados e irregulares.
 - * Malo: Residuales destapados y aguas estancadas.

- Presencia de vectores:
 - * Adecuado: Si el índice de vectores es menor de tres, según lo establecido por la campaña antivectorial.
 - * Inadecuado: Si el índice de vectores es mayor que tres.

- Condiciones higiénico- sanitarias del entorno:
 - * Buena: No existen microvertederos, vertederos, estancamientos de agua y las calles están limpias.
 - * Regular: Existencia de microvertederos, solares yermos y calles limpias
 - * Mala: Existen microvertederos, vertederos, estancamientos de agua y calles sucias.

- Condiciones del medio ambiente:
 - * Buena: No presencia de ningún agente agresor.
 - * Regular: Presencia de agentes agresores que originan daños a la salud.
 - * Mala: Presencia de agentes agresores que originan daños afectaciones graves a la salud.

b. Social.

Están incluidos: participación comunitaria, condiciones estructurales de la vivienda, hacinamiento, nivel de escolaridad promedio, funcionamiento familiar y cultura sanitaria (nivel de conocimiento sobre salud bucodentaria).

- Condiciones estructurales de la Vivienda:
 - * Bueno: sólida, puntal de 2.5 metros y más. Elementos bien diferenciados. Buena ventilación e iluminación.
 - * Regular: sólida, puntal de 2.5 metros y más. Elementos bien diferenciados. Buena ventilación e iluminación. Requiere reparación.
 - * Malo: insegura (grietas y/o apuntalamientos). Puntal bajo sin clara separación entre los elementos. Mala ventilación e iluminación.¹⁹

- Hacinamiento:

- * Bueno: Índice bajo cuando menor o igual a 2 y tiene la vivienda sala y comedor. Posible aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distintos sexos excepto matrimonios.
- * Regular: Índice bajo cuando menor o igual a 2 y tiene la vivienda sala y comedor. No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación entre los dormitorios.
- * Malo: Índice alto cuando es mayor de 2 y la vivienda carece de sala y comedor. No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de los dormitorios.

$$\text{Índice de hacinamiento} = \frac{\text{No de personas que duermen en la vivienda}}{\text{No de locales en que duermen las personas.}}$$

➤ Tipos de familias:

Se tuvieron en cuenta los datos de la dispensarización del Médico de la Familia, además de las funciones básicas de la familia.

- * Familia funcional: Cuando cumple con las funciones básicas de la familia, son familias saludables, óptimas y adecuadas.
- * Familia disfuncional: Presenta alteraciones de la dinámica familiar (cohesión, armonía, afectividad, comunicación, adaptabilidad, rol y permeabilidad).

➤ Nivel de conocimiento sobre salud buco-dental:

Para evaluar este aspecto se utilizó una encuesta (**Anexo 2**) que sólo se aplicó a los mayores de 12 años en plena facultad física y mental, evaluándose el resultado en las categorías de:

- * Buena de 16 a 23 respuestas correctas.
- * Regular de 8 a 15 respuestas correctas.
- * Mal de 0 a 7 respuestas correctas.

II. Estilos de vida.

Se describe el comportamiento individual y colectivo haciendo énfasis en los hábitos dietéticos e higiénicos nocivos, así como en los de riesgo y deformantes.

➤ Higiene de la Vivienda:

- * Buena: Buen estado de orden y limpieza.
- * Regular: Deficiencia en el estado de orden y limpieza.
- * Mala: Pésimo estado de orden y limpieza.

➤ Hábitos dietéticos nocivos:

Se consideró al consumo abundante de carbohidratos preferentemente entre las comidas.

➤ Higiene bucal deficiente:

Para determinar la misma del Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S), desarrollado por Green y Vermillon, se utilizó el Componente de Detritus Simplificado (ID-S), para evaluar uno de los principales factores de riesgo: la placa dentobacteriana, en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36, con el empleo de un espejo y explorador.

Cuando los dientes a examinar no se encontraban en cavidad bucal se empleo la siguiente modificación:

- Incisivo central superior derecho (11), sustituible por el Incisivo Central superior izquierdo (21).
- Incisivo central inferior izquierdo (31), sustituible por el Incisivo Central inferior derecho (41).
- Primer Molar superior derecho (16), sustituible por el Segundo Molar superior derecho (17).
- Primer Molar superior izquierdo (26), sustituible por el Segundo Molar superior izquierdo (27).
- Primer Molar inferior derecho (46), sustituible por el Segundo Molar inferior derecho (47).
- Primer Molar inferior izquierdo (36), sustituible por el Segundo Molar inferior izquierdo (37).

En los pacientes comprendidos en las edades de 5 a 12 años donde no presentaban algún diente permanente de los referidos para el cálculo de este índice se tomaron los dientes temporales que deben ser sustituidos por los permanentes correspondientes.

Se adjudicaron puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores y en los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior e inferior.

Para este componente de placa se asigna un rango de 0-3, cuyos puntajes y criterios para el Índice de Detritus son:

<u>PUNTAJE</u>	<u>CRITERIO</u>
0	Ausencia de detritus o pigmentación.
1	Detritus blandos que no cubran más de un tercio de la superficie dentaria en examen o presencia de pigmentación extrínseca sin detritus, cualquiera que sea la superficie cubierta.
2	Detritus blandos que cubran más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.
3	Detritus blandos que cubran más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

El puntaje máximo de los seis segmentos es $18/6=3$ y para determinar el puntaje final individual se suman los puntajes obtenidos en cada superficie examinada y se divide entre el número de segmentos examinados (6).

El tipo de higiene bucal se estableció atendiendo a las consideraciones siguientes:

- Higiene Bucal buena: cuando el puntaje final se encontraba entre (0,0-0,1)
- Higiene Bucal regular: cuando el puntaje final se encontraba entre (1,0-1,9).
- Higiene Bucal mala: cuando el puntaje final se encontraba entre (2,0-3,0).

Se considero higiene bucal deficiente todos los que se encontraban en la categoría de higiene bucal regular y mala.

➤ Hábitos de riesgo:

* Alcoholismo:

Se consideró al consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, con interferencia en la salud físico-mental, social y/o familiar, así como en las responsabilidades laborales del individuo.

* Tabaquismo:

Se consideraron fumadores aquellos individuos que referían fumar diariamente.

* Hábitos deformantes:

Se consideraron los siguientes:

◆ Succión digital.

◆ Empuje o protracción lingual.

◆ Respiración bucal.

* Prótesis inadecuadas:

Cuando un individuo es portador de cualquier tipo de prótesis desajustada y con más de 5 años de instalada y presenta o no alguna alteración de la mucosa.

III. Aspectos biogenéticos.

Se tuvieron en cuenta aspectos tales como: factores hereditarios, biogenéticos, enfermedades crónicas no transmisibles que constituyen un riesgo en el tratamiento al paciente (diabetes, hipertensión arterial, enfermedades hematológicas, cardiopatías, fiebre reumática).

IV. Organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Se caracterizó el funcionamiento de la unidad asistencial, disponibilidad de recursos humanos y materiales existentes y su utilización. Se detalló la organización del servicio y, su integración a la comunidad. Además se determinó el grado de satisfacción de los usuarios y trabajadores con los servicios de salud.

➤ Nivel de satisfacción de la población con relación a los servicios recibidos:

Para determinarlo se aplicó la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud ¹ (**Anexo 3**) en cuya calificación se tuvo en cuenta la evaluación de cada pregunta, resultando:

* Satisfecho: "Satisfecho" en todas las respuestas.

* Medianamente satisfecho: Al menos una respuesta "medianamente satisfecho".

* Insatisfecho: Al menos una respuesta "insatisfecho".

Esta encuesta se aplicó a los pacientes que asistieron a la consulta en los últimos 15 días de la investigación.

Componentes.

I. Tamaño de la Población: Total de la población y su distribución por edad y sexo.

II. Estructura de la población según variables demográficas:

➤ Edad: Se consideró a partir del último cumpleaños expresado en años.

Grupos de edades:

- 1 – 4 años.
- 5 – 9 años.
- 10 – 14 años.
- 15 – 19 años.
- 20 – 59 años.
- 60 y + años.

➤ Sexo: Se clasificó en sus dos categorías biológicas:

- * Femenino
- * Masculino.

III. Ocupación: Se tuvieron en cuenta los siguientes niveles:

- * Trabajador.
- * Estudiante.
- * Jubilado.
- * Ama de casa.
- * NAHO

IV. Morbilidad Bucal:

Se consideraron los siguientes aspectos:

- * Periodontopatías: Pérdida de las características morfológicas normales de la encía, sangramiento gingival y / o movilidad dental.
- * Maloclusión: Desviación del patrón normal que afecta la estética facial o la masticación considerando oclusión normal la relación entre el primer molar superior y el primer molar inferior, además de un resalte y sobrepase adecuado en el sector anterior. Sólo se evalúa este aspecto en la población menor de 19 años.
- * Lesiones premalignas y malignas: Se consideraron la leucoplaquia y la eritroplaquia; así como aquellas lesiones con sospecha de malignización.
- * Disfunción masticatoria: Pacientes edentes totales o parciales que necesitan prótesis o aquel que presentara prótesis inadecuada.
- * Caries dental (C): Lesión clínicamente visible en fosas, fisuras y superficies lisas de los dientes, obturaciones defectuosas temporales o permanentes, recidiva de caries y las diagnosticadas radiográficamente.
- * Diente Obturado (O): Presencia de obturación permanente o cuando existe corona instalada.
- * Diente perdido (P): Diente ausente en la cavidad bucal por caries, periodontopatías, traumas e indicación de especialidades (no se incluyen dientes exfoliados en dentición temporal) además de aquellos dientes presentes en la boca cuya destrucción coronaria no permite tratamiento conservador.

Basado en esta información se procedió a analizar la morbilidad dentaria mediante la interpretación de los índices coe-d y COP–D.

Dentición temporal:

$$\text{coe-d} = \frac{\text{cariados} + \text{obturados} + \text{extraídos}}{\text{total de personas}}$$

*Se consideraron para determinar este índice, los pacientes de 0-4 años y los de 5-11 que presentaban caries y obturaciones en dientes temporales.

Dentición permanente:

$$\text{COP-D} = \frac{\text{cariados} + \text{obturados} + \text{perdidos}}{\text{total de personas}}$$

- Necesidad de tratamiento ortodóncico: Población menor de 19 años afectada por maloclusión.
- Necesidad de tratamiento protésico: Se consideraron aquellos pacientes edentes totales o parciales no rehabilitados con afecciones de la estética y la función masticatoria; así como aquellos portadores de prótesis en mal estado y que reúna las condiciones para la instalación de un nuevo aparato.
- Necesidad de tratamiento conservador: Se utilizaron los datos obtenidos en el examen clínico incluyendo todas las personas con caries, obturaciones con recidivas, traumas que necesitaban reconstrucción y tratamientos endodónticos.
- Necesidad de tratamiento periodontal: se consideraron aquellos pacientes con sangramiento gingival, sarro y bolsas periodontales.

Se evaluó también por su importancia la Dispensarización de la población según grupo de vigilancia epidemiológica:

Grupo I: Sano

Son aquellas personas que después de haber sido examinadas clínicamente no padecen enfermedades crónicas, orgánicas y/o psíquicas, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, psíquicos o sociales.

Grupo II: Sano con riesgo

Son aquellas personas que clínicamente no presentan ninguna enfermedad crónica en ese momento, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo: biológicos, psíquicos y sociales que pueden alterar estado de salud.

Grupo III: Enfermo

Son aquellas personas que después de haber sido examinada clínicamente se comprueba que padecen de una enfermedad crónica o aguda debidamente diagnosticada.

Grupo IV: Enfermo con discapacidad

Es toda restricción o ausencia- debido a una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad en la forma dentro del margen que se considere normal para un ser humano.

Comportamiento de los programas:

Programa de atención a la embarazada.

Programa de atención al menor de 19 años.

Programa de atención a la madre con niño menor de un año.

Programa de atención al adulto mayor.

*Se tuvieron en cuenta aspectos como el COP-D, y la clasificación epidemiológica.

V. Mortalidad:

Se recogieron los siguientes datos:

Mortalidad por cáncer bucal

VI. Invalidez:

Es una consecuencia de la morbilidad y puede ser temporal o permanente.

VII. Crecimiento y desarrollo:

Se midió la incidencia de las maloclusiones en niños por desarrollo inadecuado del complejo bucal (micrognatismo, macrognatismo, malposiciones dentarias, estados nutricionales.)

Para dar cumplimiento al objetivo # 2 se identificaron los principales problemas o necesidades de la población mediante la técnica participativa de lluvia de ideas, luego se agruparon los problemas mediante la técnica de trillaje y se priorizaron con el método de ranqueo.

Técnicas y Procedimientos.

A. De obtención y recolección de la información:

Obtención de la información.

- Para lograr un óptimo nivel de validez científica se llevó a cabo una revisión bibliográfica, así como en Internet.

Recolección de la Información.

- Como vía de obtención de toda la información necesaria, para este trabajo, se empleó como fuente primaria la observación, que se corresponde con el examen realizado tanto en el terreno como en la clínica y el interrogatorio, cuyos datos fueron archivados en la HSBF (Anexo 1), encuesta exploratoria, otras encuestas utilizadas para la recolección de la información fueron las referentes a la salud bucodental y el grado de satisfacción de los pacientes y los trabajadores con los servicios de salud; no se puede dejar de mencionar las entrevistas con el médico de la familia y los pacientes que residen en el área a través de la técnica cualitativa de grupo nominal. Como fuente

secundaria se utilizaron los datos archivados por el médico de familia y el estomatólogo general.

B. De procesamiento y análisis:

- Se creó una base de datos en la aplicación Excel de Microsoft Office xp.
- Los datos fueron llevados a una hoja de cálculo elaborada en dicha aplicación y se procesaron mediante cálculos programados.
- Como medida resumen se utilizó el porcentaje y el índice.
- La presentación se realizó mediante Cuadros y Gráficos.

C. De discusión y síntesis:

- Una vez realizado el análisis y la discusión de los resultados fueron comparados con los de otros autores a través de un método inductivo-deductivo, lo cual permitió alcanzar los objetivos propuestos y emitir las conclusiones y recomendaciones.

Análisis y Discusión de los Resultados

Descripción del Escenario

El Consultorio Médico de la Familia # 51 está situado en la Carretera de Trinidad Km. 17 en el municipio de Sancti Spíritus. Geográficamente limita al norte con La Fábrica y La Finca Lucumí, al sur con La Villa Rancho Hatuey, al este con El Hotel Deportivo y al oeste con El Camino de Santa Cruz.

Aspectos Demográficos

La población total del CMF#51 es de 702 habitantes, con un predominio del sexo masculino, agrupadas en 199 familias. La muestra seleccionada consta de 27 pacientes, correspondientes a 7 familias. En la misma hay un predominio del sexo femenino con un 51.9% sobre el masculino representado por un 48.1%. En la población estudiada se aprecia que el grupo más representativo es el de 20-59 años con 14 personas para un 51.9% (Tabla #1). Dentro de las familias analizadas se observa que el mayor por ciento de estas es nuclear.

Determinantes de Salud

Estilos de vida:

En nuestra comunidad no se encuentra ningún casos de conducta antisocial, ni delictiva, no se reportan casos de riesgo suicida, los cuales de existir, tendrían influencias en el correcto funcionamiento familiar. Se encuentran 5 pacientes con el hábito de fumar cuyo riesgo representa el 18.5% de la población y se encuentran 7 casos de bebedores sociales que equivalen a un 25.9 % de la muestra. La mayoría de la población presenta deficiente higiene bucal para un 70.3% (Tabla # 2).

Cuando se realizó la encuesta de conocimiento sobre salud buco-dental se pudo apreciar que la mayoría de la población presenta un deficiente nivel de conocimiento representado en 7 pacientes con regular conocimiento para un 35.0% y 9 pacientes con un mal conocimiento para un 45.0%(Tabla #3).

La madre con niño menor de un año conoce la importancia de la lactancia materna y ha practicado la lactancia exclusiva por más de 3 meses.

En la población estudiada funcionan los círculos de abuelos y las vías no formales para los niños no institucionalizados. El nivel educacional que predominó es el universitario para un 37.0%, seguido del universitario con un 18.5% de la población (Tabla # 4).

Atendiendo a la ocupación se observa que predominan los trabajadores con 12 personas que representan el 44.4% seguida de los estudiantes con 10 personas que representan el 37.0%. Se debe señalar que en la población no existe ninguna persona desvinculada por la incorporación al trabajo por cuenta propia (Tabla # 5).

En la muestra analizada el per cápita familiar es bueno en el 90% de las familias y regular en el 10% de los núcleos familiares. Los habitantes se desarrollan en un medio familiar con buenas relaciones entre vecinos, donde participan activamente en las reuniones de la circunscripción y en todas las actividades programas por las organizaciones de masas y el consejo de vecinos.

En cuanto a las creencias y actitudes se identificó que la mayoría de las personas asisten a consultas estomatológicas cuando tienen dolor o molestias en la cavidad bucal que influyen en la masticación por la lejanía de los servicios y del miedo que presentan como factor psicológico, además refieren tener poco tiempo para acudir al estomatólogo.

Situación del Medio Ambiente y Ecología:

Al realizar un estudio del medio ambiente donde está ubicada la comunidad se aprecia que el 100% de la población consume agua del acueducto, aunque no existe hábito de hervirla ni de filtrarla, ni desinfectan el agua por lo que la calidad de la misma está afectada. Solo se hierve donde existen niños menores de un año. El 100% tiene servicio sanitario, el 100% tiene tapada la basura y los vectores afectan a gran parte de la población. La mayoría de las familias presentan animales domésticos, la mayoría de las viviendas tienen paredes de mampostería y techo de placa, pero se encuentra una vivienda con paredes de madera y techo de fibrocemento, el piso es de mosaico con una ventilación e iluminación adecuada y la cocina es eléctrica. No hay hacinamiento. En el área no existen fosas desbordantes.

Biología Humana:

Entre las enfermedades crónicas que se presentan en la población están:

Caries dental.....	17 pacientes.....	62.9%
Periodontopatías.....	10 pacientes.....	37.0%
Hipertensión arterial.....	5 pacientes.....	18.5%
Asma Bronquial.....	4 pacientes.....	14.8%
Diabetes Mellitus.....	3 pacientes.....	11.1%
Cardiopatía Isquémica.....	1 paciente.....	3.7%

Al clasificar epidemiológicamente a la población analizada se observa que los resultados más significativos son los enfermos con 17 pacientes que representan el 62.9% de la población. No se observa ningún paciente supuestamente sano (Tabla # 6).

En relación con el por ciento de personas con riesgo a lesiones premalignas y malignas del cáncer bucal en la población mayor de 15 años se encuentra que el 50% no presenta riesgo a padecerlo, mientras que el otro 50% si presenta dado por la presencia de factores de riesgo relacionados con la incidencia y prevalencia del cáncer bucal como son: hábito de fumar, restauraciones deficientes, y prótesis mal ajustadas. No se detectaron lesiones premalignas y malignas en la población (Tabla #7).

Respecto a la salud bucal de los niños de esta comunidad, existe un índice de $ceo-d=1$ y el de $COP-D=1.4$, hay 2 pacientes afectados periodontalmente, lo que representa un 22.2% y el 100% de los segmentos están afectados por sangramiento, lo cual constituye los inicios de la gingivitis que debe ser tratada en edades tempranas, y el 33.3% presentó maloclusiones (Tabla # 8).

En la población se examinaron 2 embarazadas y una madre con niño menor de un año las que presentan más de 20 dientes funcionales. El $COP-D$ de la madre es de 8.0 y el de las embarazadas es de 9.0. Una de las embarazadas se encuentra afectada periodontalmente para un 50.0%, solo con 2 segmentos afectados y el 100% de estos lo está por sangramiento (Tabla # 9).

En cuanto al estado de salud bucal del adulto mayor se aprecia que el resultado del $COP-D$ aparece elevado, 24.3, dada esta cifra por el gran número de dientes perdidos. El 75% de la población necesita ser rehabilitado protésicamente y el 75% de la muestra esta afectada periodontalmente, con el 100% de los segmentos afectados por cálculo. (Tabla # 10).

En relación al estado de salud bucal de la población en general se observa que el $COP-D= 11.9$, existen 18 personas que conservan 20 o más dientes funcionales que constituyen el 66.7% de la muestra. La afectación periodontal estuvo presente en 10 pacientes, lo que representa un 37.0% de la población. Se observa que el 44.4% de la población necesitan prótesis dental y se presentan 3 niños con maloclusiones lo que representa un 11.1% del total de la muestra (Tabla # 11).

Organización de los Servicios de Salud:

El CMF # 51 brinda atención medica a su comunidad de lunes a viernes en horarios de 8.00am – 12.00pm y visitas de terreno en los horarios de la tarde.

En el modelo de EGI, el estomatólogo atiende a un sector poblacional de 1200 a 1300 habitantes que generalmente se corresponde con dos CMF. En nuestro caso la relación habitante estomatólogo es de 702 pacientes trabajando en conjunto con el médico y enfermera de la familia.

Las personas de este consultorio tienen acceso a los servicios estomatológicos de la Clínica Estomatológica Provincial, 20 horas semanales dividida en tres sesiones, con

posibilidades de remisión a los diferentes niveles de atención, existiendo cobertura de atención a las urgencias todos los días. Se oferta la atención secundaria de acuerdo a las posibilidades de cada Municipio.

Dentro de las metas se aprecia que el promedio que se determinó con respecto a los dientes perdidos de 35-44 años está elevado en comparación con las metas propuestas por lo que no se cumplió. Una cifra relevante fue que el 66.6% de la población infantil no tiene maloclusiones. El COP-D a los 12 años de edad no presenta metas a cumplir, pues no hay pacientes en esta edad. El promedio de dientes perdidos de 60-74 años de edad está elevado con respecto a la meta. El por ciento de personas sin afección periodontal está por encima de las metas propuestas por lo que se cumplió en este aspecto. (Tabla # 12).

Con respecto a la satisfacción de la población se aprecia que 11 personas están medianamente satisfechas equivalente a un 55.0%, más de la mitad de los encuestados (Tabla # 13).

En cuanto a la necesidad de prótesis de la población son necesarias un total de 3 prótesis totales y 16 prótesis parciales entre las edades comprendidas de 20 años en lo adelante (Tabla # 14).

Problemas y prioridades

Después de haber realizado el análisis de los principales indicadores y aplicados los distintos instrumentos, completamos con la actividad grupal, Lluvia de Ideas (**Anexo 4**) identificando los siguientes problemas.

1. Presencia elevada de factores de riesgos como deficiente higiene bucal e ingestión de alimentos azucarados.
2. Elevada incidencia de caries dental en la población.
3. Presencia de pacientes discapacitados deficientes.
4. Deficiente nivel de conocimiento sobre salud buco-dental en la población estudiada.
5. Presencia de paciente fumadores.
6. Elevado número de pacientes con antecedentes de caries.
7. Presencia de hábitos deformantes en la población infantil.
8. Elevado índice de COP-D en los mayores de 60 años.
9. Presencia de pacientes con afección periodontal.
10. Presencia elevada de pacientes medianamente satisfechos.
11. Presencia de pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus.
12. Visitas al estomatólogo con poca frecuencias.
13. Elevado número de pacientes necesitados de prótesis en la población.
14. Considerable número de pacientes con riesgo de padecer lesiones premalignas y cáncer bucal.

15. Alta presencia de animales domésticos en las casas.
16. Elevado número de pacientes con estilos de vida inadecuados.
17. Presencia elevada de vectores en la comunidad.

Para identificar los problemas más importantes se realizó el Método de Trillaje, (**Anexo 5**), quedando los siguientes problemas.

1. Presencia elevada de factores de riesgos como deficiente higiene bucal e ingestión de alimentos azucarados.
2. Elevada incidencia de caries dental en la población.
3. Presencia de pacientes discapacitados deficientes.
4. Deficiente nivel de conocimiento sobre salud buco-dental en la población estudiada.
5. Presencia de hábitos deformantes en la población infantil.
6. Presencia de pacientes con afección periodontal.
7. Considerable número de pacientes con riesgo de padecer lesiones premalignas y cáncer bucal.

Problemas priorizados aplicando la matriz de priorización o Método de Ranqueo. (**Anexo 6**)

- 1- Elevada incidencia de caries dental en la población.
- 2- Presencia de pacientes con afección periodontal.
- 3- Deficiente nivel de conocimiento sobre salud buco-dental en la población estudiada.
- 4- Presencia elevada de factores de riesgo como deficiente higiene bucal e ingestión de alimentos azucarados.
- 5- Considerable número de pacientes con riesgo de padecer lesiones premalignas y cáncer bucal.
- 6- Presencia de pacientes discapacitados deficientes.

7- Presencia de hábitos deformantes en la población infantil.

Se procedió a realizar el análisis causal del primer problema lo cual permitió la determinación de los objetivos y confección del plan de acción y ejecución.

Objetivos del Plan de acción y ejecución

Problema:

- Elevada incidencia de caries dental en la población.

Objetivos:

Objetivos generales.

1. Disminuir la incidencia de caries dental en la población.

Objetivos específicos.

- 1) Incrementar las actividades de promoción y educación para la salud.
- 2) Lograr una correcta higiene bucal en la población.
- 3) Lograr una correcta integración de estomatólogo con el Grupo Básico de Trabajo.

Objetivos	Actividades	Fecha	Lugar	Recursos	Participantes	Ejecutor	Res
Objetivo # 1 Incrementar las actividades de promoción y educación para la salud	Realizar charlas educativas y demostraciones sobre salud buco-dental.	Sistemáticas.	CMF, CDR, hogares y consejería bucal	Humanos, Typodont, Cepillo, Video.	Toda la población	Estomatólogo o TAE y EBT.	Estomatólogo o TAE y EBT.
	Realizar adecuadamente la consejería de salud bucal.	Quincenal	Clínica estomatológica y hogares	Medios de Enseñanza	Toda la población	Estomatólogo o TAE	Estomatólogo o TAE
	Comunicación interpersonal sobre salud bucal.	Diaria	Consulta	Typodont y cepillo	La población	EGI	EGI

Objetivos	Actividades	Fecha	Lugar	Recursos	Participantes	Ejecutor	Re
Objetivo # 2: Lograr una correcta higiene bucal en la población.	Indicación y demostración del correcto cepillado	Diario	CMF, hogares y consulta	Typodont y cepillo	Toda la población	Estomatólogo y TAE.	Es y T
	Audiencias educativas sobre dietas inadecuadas	Siste- máticas	Hogares y consulta.	Videos, laminas y humanos.	Toda la población	Estomatólogo y TAE	Es y T
	Realizar controles de placa dentobacteriana	Siste- máticas	Hogares y consulta	Plactdent	Toda la población	Estomatólogo y TAE.	Es y T

Objetivos	Actividades	Fecha	Lugar	Recursos	Participantes	Ejecutor	Res
Objetivo # 3 Lograr una correcta integración del estomatólogo con el Grupo Básico de Trabajo.	Realizar Técnicas Afectivas Participativas	Mensual	CMFy centros de trabajos	Cartulina, papel, lápices, plumones.	Toda la población.	Estomatólogo y TAE.	Esto TAE
	Realizar audiencias sanitarias	Semestral	Comunidad	Carteles y pancartas	Representante del consejo de salud	Estomatólogo y TAE	Pres cons y de
	Realizar actividades en conjunto con el médico de la familia	Mensual	CMF y comunidad	Medios de enseñanza	Toda la población.	Estomatólogo TAE y GBT	Esto TAE

Tabla # 1.

Distribución de la muestra según edad y sexo.

Edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	#	%	#	%	#	%
1-4	1	100	-	-	1	3.7
5-9	2	66.7	1	33.3	3	11.1
10-14	1	33.3	2	66.7	3	11.1
15-19	1	50	1	50	2	7.4
20-59	5	35.7	9	64.3	14	51.9
60 y más	3	75	1	25	4	14.8
Total	13	48.1	14	51.9	27	100

Fuente: Investigación realizada.

Tabla # 2

Análisis de los factores de riesgo de la población según grupos de edades.

Factores de riesgo		Grupo de edades											
		5-9		10-14		15-19		20-59		60 y más		Total	
B I O L O G I C O	Antecedentes De caries	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
		Antecedentes De caries	3	100	3	100	2	100	14	100	2	50.0	24
	Maloclusiones	1	33.3	1	33.3	1	50.0	-	-	-	-	3	11.1
	Enfermedades Endocrinas	-	-	-	-	-	-	1	7.1	2	50.0	3	11.1
H Á B I T O S	Deficiente Higiene Bucal	3	100	2	66.6	1	50.0	9	64.2	4	100	19	70.3
	Alimentación	3	100	2	66.6	-	-	4	28.5	-	-	9	33.3
	Fuma	-	-	-	-	-	-	4	28.5	1	25.0	5	18.5
	Alcohol	-	-	-	-	-	-	5	35.7	2	50.0	7	25.9
	Succión digital	1	33.3	1	33.3	-	-	-	-	-	-	2	7.4
O T R O S	Prótesis mal ajustadas	-	-	-	-	-	-	2	14.2	2	50.0	1	3.7
	Restauraciones deficientes	-	-	-	-	1	50.0	5	35.7	-	-	6	22.2

Fuente: Historia Clínica Familiar

Tabla # 3

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de la población mayor de 15 años según edad.

Resultados	Grupos de Edad							
	15-19		20-59		60 y más.		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Bueno	1	50	3	21.4	-	-	4	20.0
Regular	1	50	5	35.7	1	25	7	35.0
Mal	-	-	6	42.9	3	75	9	45.0

Fuente: Resultado de la encuesta aplicada.

Tabla # 4

Distribución de la población según el nivel educacional.

ESCOLARIDAD	POBLACIÓN	
	No.	%
Niños menores de 5 años	1	3.7
Primaria sin terminar	4	14.8
Primaria terminada	4	14.8
Secundaria terminada	3	11.1
Pre universitario	5	18.5
Universitario	10	37.0
Total	27	100

Tabla # 5

Distribución de la población según ocupación laboral.

OCUPACIÓN LABORAL	POBLACIÓN	
	No.	%
Ama de casa	2	7.4
Estudiantes	10	37.0
Trabajadores	12	44.4
Jubilado	2	7.4
NAHO	1	3.7
Total	27	100

Tabla # 6

Distribución de la población según clasificación epidemiológica y grupos de edades.

Edades	CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICA					
	Sano con Riesgo		Enfermos		Discapacitados Deficientes	
	#	%	#	%	#	%
1-4	-	-	1	100	-	-
5-9	1	33.3	2	66.7	-	-
10-14	-	-	3	100	-	-
15-19	-	-	2	100	-	-
20-59	1	7.1	7	50.0	6	42.8
60 y más	1	25.0	2	50.0	1	25.0
Total	3	11.1	17	62.9	7	25.9

Fuente: Investigación realizada

Tabla # 7.

Distribución de personas con riesgo a lesiones premalignas y malignas según grupos de edades.

ITEMS	Grupos de edades							
	15-19		20-59		60 y más.		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Sin Riesgo	1	50.0	7	50.0	2	50.0	10	50
Con Riesgo	1	50.0	7	50.0	2	50.0	10	50

Fuente: Investigación realizada

Tabla # 8

Estado de salud bucal de la población infantil según grupos de edades.

ITEMS	Grupos de Edad									
	0-4		5-9		10-14		15-19		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
COP-D	-		0.2		0.3		3.5		1.4	
Ceo-d	0.0		1.8		1.5		-		1	

Conservan todos sus dientes	1	100	3	100	3	100	2	100	9	100
Hábitos deformantes	-	-	1	33.3	1	33.3	-	-	2	22.2
Maloclusiones	-	-	1	33.3	1	33.3	1	50.0	3	33.3
De ellos % con hábitos	-	-	1	100	1	100	-	-	2	100
Pacientes afectados periodontalmente	-	-	-	-	-	-	2	100	2	22.2
Segmentos sanos	6	100	18	100	18	100	10	83.3	52	96.2
Segmentos afectados	-	-	-	-	-	-	2	16.6	2	3.7
Segmentos con sangramiento	-	-	-	-	-	-	2	100	2	100

Fuente: Investigación realizada.

Tabla # 9

Estado de salud bucal de las embarazadas y madres con niños menores de un año.

ITEMS	Embarazadas		Madres	
	#	%	#	%
COP - D	9.0		8.0	
personas con 20 o más dientes	2	100	1	100
Afectados periodontalmente	1	50.0	-	-
segmentos sanos	10	83.3	6	100
segmentos afectados	2	16.7	-	-
segmentos con sangramiento.	2	100	-	-

Fuente: Historia Clínica Familiar

Tabla # 10

Estado de salud bucal del adulto mayor según grupos de edades.

ITEMS	Grupos de edades							
	65-69		70-74		80 y más		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
COP-D	23.5		28.0		22.0		24.3	
Pacientes edentes totales	-	-	1	100	-	-	1	25
Necesitan prótesis	2	100	-	-	1	100	3	75
Pacientes afectados periodontalmente	2	100	-	-	1	100	3	75
Segmentos afectados	2	100	-	-	1	100	3	100
Segmentos con cálculo	2	100	-	-	1	100	3	100

Fuente: Investigación realizada

Tabla # 11

Estado de salud bucal de la población total según grupos de edades.

ITEMS	Grupos de edades							
	0-19		20-59		60 y más		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
COP-D	1.4		13.4		24.3		11.9	
Ceo-d	1.0		-		-		1.0	
Personas que conservan todos sus dientes	9	100	5	35.7	-	-	14	51.8
Personas con 20 o más dientes funcionales	9	100	9	64.3	-	-	18	66.7
Edentes totales	-	-	-	-	1	25	1	3.7
Pacientes afectados periodontalmente	2	22.2	5	35.7	3	75	10	37.0
Necesitan prótesis	-	-	9	64.3	3	75	12	44.4
Segmentos sanos	52	96.2	51	67.1	-	-	103	77.4
Segmentos afectados	2	3.7	25	32.9	3	100	30	22.5
Segmentos con sangramiento	2	100	19	76.0	-	-	21	70.0
Segmentos con cálculo	-	-	6	24.0	3	100	9	30.0
Niños con maloclusiones	3	33.3	-	-	-	-	3	11.1

Fuente: Investigación realizada

Tabla # 12

Comportamiento de las metas en salud bucal.

Metas	Metas para el 2015	Actual
COP-D a los 12 años de edad	1.1	-
Promedio de dientes perdidos de 35 a 44 años	3.7	10.6
Promedio de dientes perdidos en 60-74 años	18.5	23.7
% de personas sin enfermedad periodontal.	45	62.9
% de población infantil y adolescente sin maloclusión.	64.2	66.6

Fuente: Investigación realizada.

Tabla # 13.

Satisfacción de la población según grupos de edades.

Resultados	Grupos de Edad							
	15-19		20-59		60 y más.		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Satisfecho	1	50.0	4	28.6	1	25.0	6	30.0
Medianamente satisfecho	1	50.0	8	57.1	2	50.0	11	55.0

Insatisfecho	-	-	2	14.3	1	25.0	3	15.0
--------------	---	---	---	------	---	------	---	------

Fuente: Resultado de la encuesta aplicada

Tabla 14.

Necesidad de prótesis de la población según grupos edades.

Grupo de edades	Necesidad de Prótesis					
	Total		Total	Parcial		Total
	Sup.	Inf.		Sup.	Inf.	
	No	No	No	No	No	No
20 – 59	-	-	-	9	4	13
60 y +	2	1	3	1	2	3
TOTAL	2	1	3	10	6	16

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y transversal en el Consultorio Médico de la Familia # 51 , perteneciente al municipio de Sancti Spíritus, durante el período de marzo del 2012. El universo de estudio estuvo constituido por 27 individuos, agrupados en 7 familias, realizándose el análisis de la situación de salud, con el objetivo de identificar el estado de salud bucal de la población. Se emplearon métodos como: la observación, encuestas, historia de salud bucal familiar y otras fuentes primarias y secundarias para recoger la información requerida. Se creó una base de datos en la aplicación Excel de Microsoft Office xp, en una microcomputadora Pentium 3. Se analizó el comportamiento de los componentes y determinantes del estado de salud bucal, siendo la caries dental la enfermedad bucal predominante condicionada por la higiene bucal deficiente y los hábitos dietéticos nocivos. Se identificaron las necesidades sentidas de la población quedando como prioridad: la higiene bucal deficiente, proponiéndose un plan de acción y ejecución para la solución del mismo y el fortalecimiento del nivel de educación sanitaria en la comunidad a través de diferentes técnicas de educación para la salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria, Conceptos, Organización y Prácticas Clínicas, Cuarta Edición, Capítulo 14 . Análisis de la Situación de Salud, 2007
- 2-Colectivo de Autores. Inversión a favor de la salud. Informe Técnico II. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. OMS-OPS, 2000
- 3-Rduez. Calzadilla A. Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. Revista Cubana de Estomatología; 2007; 38(3)165-69
- 4-Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población . La Habana. Dirección Nacional de Estomatología , MINSAP 2002
- 5-Alvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Volumen I. Salud y Medicina. La Habana, 2001
- 6- Rduez. Calzadilla A. Delgado Méndez L Programa Nacional de Atención a la Población. Revista Cubana Administración de Salud, 2008
- 7-Jiménez Cangas L. El enfoque estratégico en la planificación de intervenciones . Algunas consideraciones para la aplicación en el nivel local de salud. Facultad de Salud Pública, 2008
- 8-OMS-OPS. Planificación Local Participativa . Metodología para la Promoción de Salud en América Latina y el Caribe. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No 41. OPS, 1999
- 9-Katz. Mc. Donald. Stookey. Odontología Preventiva en Acción . Ciudad de La Habana, 2009
- 10-Ochoa Soto R. Promoción de Salud. CNPES. MINSAP. La Habana, 2007



ANEXO 2

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCO – DENTAL.

Encuestador: _____ Fecha:

Calificación: _____ Consultorio No.

Municipio: _____ Área de Salud:

Datos Generales:

Nombre:

Dirección:

1. Edad: _____
2. Sexo: _____ Masculino (1) Femenino (2)
3. Escolaridad: _____ (1) Ninguna (2) Primaria Incompleta (3) Primaria
(4) Secundaria (5) Media (6) Universitaria (11) No sabe (12) No responde
4. Trabaja actualmente: _____ (1) Si (2) No (3) Jubilado (11) No sabe
(12) No responde
5. Cual es o era su ocupación: _____ (1) Ama de Casa (2) Obrero (3) Servicios
(4) Técnico (5) Profesional (11) No sabe (12) No responde

Actitudes, Conocimientos, Expectativas y Creencias:

1. Acostumbra usted a Cepillarse los Dientes: _____
(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde



2. Cuantas veces al día: _____

(1) Ninguna (2) 1 vez (3) 2 veces (4) 3 veces (5) 4 veces (12) No responde

3. Lo hace después de comer algún alimento: _____

(1) Si (2) No (12) No responde

4. Para limpiar sus dientes, usa usted algo diferente al Cepillado: _____

(1) Si (2) No En caso de responder afirmativamente. Cual: _____

5. Usa usted algún tipo de Prótesis: _____

(1) Si (2) No (12) No responde

6. Duerme usted con la Prótesis: _____

(1) Si (2) No (12) No responde

7. En caso de usar Prótesis con que las limpia: _____ (una sola respuesta)

(1) Con un Cepillos Dental

(2) Solo con Agua Corriente

(3) Los remoja en Agua Corriente durante la Noche

(4) Con Agua y Jabón

(5) Otra. Cual: _____

(11) No sabe (12) No responde

8. Cuántas veces al día los limpias: _____

(1) Ninguna (2) Una Vez (3) 2 Veces (4) 3 Veces (5) 4 Veces

(12) No responde

9. Cree usted que las personas deben visitar al Estomatólogo: _____

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

10. Cada que tiempo usted lo visitaría: _____

(1) Una vez al año

(2) Cada 2 años

(3) Cuando me duele algo

(4) Otra. Cual: _____

(11) No sabe

(12) No responde



11. Cuando usted fue por última vez al Estomatólogo ¿Por qué lo visitó? (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que del encuestado).

- (1) Revisión ----- _____
- (2) Limpieza Dental ----- _____
- (3) Le lastimaba algo ----- _____
- (4) Tenía Dolor ----- _____
- (5) Para reparar la Prótesis ----- _____
- (6) Para hacerse una Obturación ----- _____
- (7) Para realizarse una Extracción ----- _____
- (8) Por tener mal aliento ----- _____
- (9) Otra. Cual: ----- _____
- (11) No Sabe ----- _____
- (12) No responde ----- _____

12. Ha visitado usted al Estomatólogo en los últimos 12 meses: _____ (1) Si (2) No

(Si la respuesta es si, pase a la pregunta 14. Si la respuesta es no pase a la 13).

13. Si usted no ha visitado al Estomatólogo en el último año, por que no lo ha hecho. (No lea la Lista de Opciones, marque con una "X" la respuesta que del encuestado).

- (1) No ha sido necesario, en su opinión ----- _____
- (2) No tiene dientes ----- _____
- (3) No ha tenido dolor ----- _____
- (4) Ha tenido dificultad para obtener turnos ----- _____
- (5) No ha tenido tiempo ----- _____
- (6) No hay Servicio Estomatológico cerca de su casa ----- _____
- _____
- (7) Tiene miedo al dolor ----- _____
- (8) Tiene miedo al Estomatólogo ----- _____
- (9) Por que estoy sano ----- _____
- (10) Otra. Cual: ----- _____
- (11) No sabe ----- _____
- (12) No responde ----- _____



14. Por que cree usted que se le “caen” los dientes a las personas. (No lea la lista de opciones, marque con una “X” la respuesta que del encuestado).

(1) Por que los dientes se cariaron ----- _____

(2) Por que los dientes se aflojaron y se cayeron ----- _____

(3) Por que no los cuidaron bien ----- _____

(4)

(5) Por no visitar al dentista ----- _____

(6) Por la edad ----- _____

(7) Otra. Cual: ----- _____

(11) No sabe ----- _____

(12) No responde ----- _____

15. Que cree usted que pueda haber hecho una persona para evitar perder los dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una “X” la respuesta que del encuestado).

(1) Conocer como cuidar sus dientes ----- _____

(2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedad ----- _____

(3) Cepillarse bien los dientes ----- _____

(4) Usar hilo dental ----- _____

(5) Usar pastas con fluoruro ----- _____

(6) No comer demasiados dulces ----- _____

(7) Cepillarse después de cada comida ----- _____

(8) Usar Flúor ----- _____

(9) Otra. Cual ----- _____

(11) No sabe ----- _____

(12) No responde ----- _____

16. Como cree usted que estén sus dientes y su boca en comparación con las de sus amistades. _____

(1) Igual que todos

(2) En peores condiciones

(3) En mejores condiciones

(11) No sabe (12) No responde

17. Por que cree usted que a una persona le sangran las encías. (No le la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que de el encuestado).

- (1) Por que no se cepilla ----- _____
- (2) Por que se le movían los dientes ----- _____
- (3) Por que tenía enfermos los dientes ----- _____
- (4) Por que come cosas muy duras ----- _____
- (5) Por que no visita al dentista ----- _____
- (6) Por la edad ----- _____
- (7) Otra. Cual: ----- _____
 - (11) No sabe ----- _____
 - (12) No responde ----- _____

18. Como usted cree que una persona que le sangran las encías pueda evitarlo. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que del encuestado).

- (1) Conocer como cuidarse ----- _____
- (2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedades ----- _____
- (3) Cepillarse bien los dientes ----- _____
- (4) Usar hilo dental ----- _____
- (5) Usando medicamentos ----- _____
- (6) Comiendo alimentos blandos ----- _____
- (7) Cepillarse después de cada comida ----- _____
- (8) Otra. Cual: ----- _____
 - (11) No sabe ----- _____
 - (12) No responde ----- _____

19. Para usted que significa que una persona pierda sus dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que del encuestado).

- (1) Que se vea feo ----- _____
- (2) Que no pueda hablar bien ----- _____
- (3) Que no pueda masticar bien ----- _____
- (4) Otra. Cual: ----- _____
 - (11) No sabe ----- _____
 - (12) No responde ----- _____

20. Le gusta comer dulces u otros alimentos entre las comidas: _____

(1) Si (2) No (3) A veces (11) No sabe (12) No responde

21. Toma usted café o té: _____ (1) Si (2) No

(Si responde Si pasar a la 22 y 23, si responde no pasar a la 24).

22. Cuando.

(1) Continuamente ----- _____

(2) Después de las Comidas ----- _____

(3) Solo en las mañanas ----- _____

(4) Una vez al día ----- _____

(5) Otra. Cual: ----- _____

(11) No sabe ----- _____

(12) No responde ----- _____

23. Como lo toma.

(1) Muy caliente ----- _____

(2) Caliente ----- _____

(3) Tibio ----- _____

(4) Frío ----- _____

(11) No sabe ----- _____

(12) No responde ----- _____

24. Usted fuma: _____ (1) Si (2) No

(Si responde Si pasar a la 25, si responde No pasar a la 26.)

25. Cuantos cigarrillos se fuma usted al día.

(1) Menos de 10 ----- _____

(2) De 10 a 20 ----- _____

(3) De 21 a 30 ----- _____

(4) Más de 20 ----- _____

26. Cree usted que una persona de su edad sería capaz de cambiar la forma de cepillarse los dientes: _____

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

27. Podría una persona como usted tener los dientes más limpios: _____

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

28. Como usted cree que esa persona podría llegar a tener los dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) Cepillándolos ----- _____
- (2) Usando hilo dental ----- _____
- (3) Usando pastas con fluoruro ----- _____
- (4) Usando palillos ----- _____
- (5) Usando bicarbonato para limpiárselos ----- _____
- (6) Haciéndose profilaxis en el Estomatólogo ----- _____
- (7) Otra. Cual: ----- _____
- (11) No sabe ----- _____
- (12) No responde ----- _____

29. Que cree usted que le pasaría a esa persona si logra mantener sus dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) No sentiría dolor ----- _____
- (2) No tendría caries ----- _____
- (3) No le sangrarían las encías ----- _____
- (4) No tendría mal aliento ----- _____
- (5) Se vería mejor ----- _____
- (6) No perdería los dientes ----- _____
- (7) Hablaría mejor ----- _____
- (8) Otra. Cual: ----- _____
- (11) No sabe ----- _____
- (12) No responde ----- _____

30. Usted cree que una persona de su edad, que no visita al Estomatólogo frecuentemente, lograría ir al Estomatólogo a revisarse la boca: _____

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

31. Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar algo "diferente" _____ (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

32. Considera usted, que entonces esta persona debe visitar al Estomatólogo:

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

33. Una persona que tiene pocos dientes o ninguno, y no tiene prótesis, cree usted que pueda comer cualquier tipo de alimento: _____ (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

34. Cuando usted cree que una persona deba comenzar a cepillarse los dientes. No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que dé el encuestado.

(1) Desde que nace ----- _____

(2) Cuando brotan los primeros dientes ----- _____

(3) Cuando salen los dientes permanentes ----- _____

(4) Otra. Cual: ----- _____

(11) No sabe ----- _____

(12) No responde ----- _____

35. Si una persona se hace una extracción dentaria, que usted cree que suceda. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

(1) Nada ----- _____

(2) Se mueven los dientes ----- _____

(3) No se puede comer bien ----- _____

(4) Se ven "feos" ----- _____

(5) Se soluciona el problema fácilmente ----- _____

(11) No sabe ----- _____

(12) No responde ----- _____

36. Que hábitos cree usted que afectan los dientes y los tejidos bucales. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

(1) Onicofagia ----- _____

(2) Queilofagia ----- _____

(3) Succión Digital ----- _____

(4) Respiración Bucal ----- _____

(5) Comer alimentos blandos y batidos ----- _____

(6) Chupeteo del tete ----- _____

(7) Biberón ----- _____

(8) Otros. Cual: ----- _____

37. En que usted cree que beneficie a un niño el que su madre lo lacte. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

(1) Nada ----- _____

(2) Mejor desarrollo de su organismo ----- _____

(3) Mejor desarrollo de su boca y dientes ----- _____

(4) Dientes más sanos ----- _____

(5) Más económica ----- _____

(6) Más sano el niño ----- _____

(7) Otra. Cual: ----- _____

(11) No sabe ----- _____

(12) No responde ----- _____

Encuesta de Satisfacción.

Edad _____ Sexo: M _____ F _____

Nivel de Escolaridad: Primaria sin terminar _____

Primaria _____

Secundaria _____

Preuniversitario _____

Universitario _____

Ocupación: Ama de Casa _____

Jubilado _____

Trabajador _____

Estudiante _____

Desocupado _____

Otra. Cual _____

Servicios utilizados

EGI _____

Ortodoncia _____

Periodoncia _____

Prótesis _____

Cirugía _____

Urgencias _____

Rx _____

Consejería de Salud Bucal _____

En la atención recibida, cree Ud. que se contó con los recursos necesarios.

Todos _____ Algunos _____ Ninguno _____ ¿Por qué? _____

¿Cómo valora usted el tratamiento brindado por el personal que lo atendió?

	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	Muy Malo
Estomatólogo General					
Especialista					
TAE					
ADMÓN.					
Otros					
Recepcionista					

4-En cuanto a las condiciones físicas del lugar, diga si lo considera:

	Muy Buenos	Buenos	Regular	Malo	Muy Malo

Limpieza					
Organización					
Servicios Satinarlos					
Bebederos					
Asientos					
Ventilación					
Iluminación					

5-¿Cómo se ha sentido Ud con el tratamiento que se le brindó?

Satisfecho _____ Medianamente _____ Insatisfecho _____
 Satisfecho

6- De las situaciones que a continuación se le presentan señalen las que le causaran motivos al ser atendidos en la unidad.

- Excesivo tiempo de espera en la consulta. -----
- Falta de comodidad en las instalaciones.-----
- Falta de condiciones Físicas en las instalaciones.-----
- Dificultades con el tratamiento y amabilidad del personal.-----
- Inadecuada información del problema de salud que lo afecta.-----
- Deficiente información acerca del funcionamiento de la unidad.-----
- Falta de personal necesario para brindar atención.-----
- Carencia de materiales, placas u otros.-----
- Dificultades con el instrumental del equipo.-----
- No existencia de los medicamentos requeridos.-----

7- Desearía exponer alguna sugerencia o algún comentario de tipo general acerca de la atención que ha recibido en el servicio.-----

Provincia ----- Municipio-----
 Área de Salud----- Consultorio -----

Anexo 4

Actividad realizada para la identificación de los problemas en la comunidad mediante la técnica de lluvia de ideas.

Fecha: 2 de marzo del 2012.

Hora: 3:00PM

Lugar: Consultorio Médico de la Familia

Participantes:

Doctora de la Familia

Enfermera de la Familia

Estomatóloga

Técnico de Atención Estomatológica.

Delegado de la circunscripción

Presidentes de los CDR

Representantes de la FMC

Representantes del Núcleo Zonal

Líder Informal

Desarrollo

Luego de saludos y agradecimientos por la presencia de los compañeros y compañeras se procedió a explicar los objetivos de la actividad y la forma que en que debía desarrollarse la misma duró aproximadamente 45 minutos y se identificaron los problemas que existían en la comunidad.

Anexo 5

Técnica de Trillaje para determinar los problemas de salud más importantes.

Problemas más importantes	P. Residuales	Problemas menos importantes
1- Presencia elevada de factores de riesgo como deficiente higiene bucal e ingestión de alimentos azucarados	1- Visitas al estomatólogo con poca frecuencia	1- Presencia de pacientes fumadores
2- Elevada incidencia de caries dental en la población	2- Alta presencia de animales domésticos en las casas	2- Elevado número de pacientes con antecedentes de caries.
3- Presencia de pacientes discapacitados deficientes	3- Presencia elevada de vectores en la comunidad	3- Elevado índice de COP-D en los mayores de 60 años
4- Deficiente nivel de conocimiento sobre salud buco-dental en la población estudiada		4- Presencia elevada de pacientes medianamente satisfechos
5- Presencia de hábitos deformantes en la población infantil		5- Presencia de pacientes con enfermedades crónicas como HTA y diabetes mellitus
6- Gran número de pacientes con afección periodontal.		6- Presencia de pacientes necesitados de prótesis en la población
7- Considerable número de pacientes con riesgos de padecer lesiones premalignas y cáncer bucal.		7- Elevado número de pacientes con estilos de vida inadecuados

Anexo 6

MÉTODO DE RANQUEO O DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS:

PROBLEMAS	A	B	C	D	E	F	TOTAL
PRESENCIA ELEVADA DE FACTORES DE RIESGO COMO DEFICIENTE HIGIENE BUCAL E INGESTIÓN DE ALIMENTOS AZUCARADOS	1.6	1.7	1.5	1.8	1.4	1.4	9.4
ELEVADA INCIDENCIAS DE CARIES DENTAL EN LA POBLACIÓN	2	1.9	2	2	1.8	2	11.7
PRESENCIA DE PACIENTES DISCAPACITADOS DEFICIENTES	1.5	1.5	1.7	1.2	1.2	1.5	8.6
DEFICIENTE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCO-DENTALEN LA POBLACION ESTUDIADA	1.7	1.6	1.8	2	1.8	1.6	10.5
PRESENCIA DE HABITOS DEFORMANTES EN LA POBLACION INFANTIL	1.3	1.1	1.4	1.5	1.5	1.5	8.3
PRESENCIA DE PACIENTES CON AFECCION PERIODONTAL	1.7	1.9	2	2	1.6	1.8	11.0
CONSIDERABLE NUMERO DE PACIENTES CON RIESGOS DE PADECER LESIONES PREMALIGNAS Y CANCER BUCAL	1.3	1.4	1.8	1.7	1.6	1.5	9.3

A. TENDENCIA

B. FRECUENCIA

C. GRAVEDAD

D. DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS

E. VULNERABILIDAD

F. COHERENCIA CON LA MISIÓN DEL QUE PLANIFICA

