

CIO

617.601

B837e

CIO
617.601
B 837e

Efectividad de un programa de docencia, servicio a nivel comunitario en salud oral



0105737

Centro Universitario de Occidente	
Biblioteca	
Procesos Técnicos	
No. Documento	105737 C1
Proced. de	Fot. de original
Páginas	0150 -
Fecha de	24 SEP 1992

BIBLIOTECA OCCIDENTE-UCR



0105737

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE DOCENCIA SERVICIO A NIVEL COMUNITARIO EN SALUD ORAL

William Brenes Gomez¹ Nora Chaves Quiros².

Resumen

Se evalua la efectividad de un programa de docencia servicio en salud oral, en una poblacion escolar de una comunidad rural de Costa Rica desarrollado desde 1979 por la Facultad de Odontologia en coordinacion con el Programa Hospital sin Paredes y la comunidad.

Para medir la efectividad o resultado de las acciones sobre la poblacion objeto del programa se utilizo la caries dental como enfermedad trazadora, medida en tres estudios de prevalencia en los siguientes periodos: 1980, se investigaron 479 ninos cuando recién daba inicio el programa, y es tomado como medida antes del proceso objeto de evaluacion. en 1985 y 1991 dos estudios de prevalencia fueron realizados con 405 y 1091 ninos respectivamente. Los tres estudios se realizaron en el area de influencia del programa, pudiendose identificar la prevalencia y necesidades de tratamiento por caries dental.

Los resultados al ser comparados entre si y con los con los datos nacionales muestran dos tendencias epidemiologicas: durante el periodo de 1980 a 1985, aunque no se manifiesta una importante reduccion en la incidencia del indice, se mejora el estado de salud oral atribuido a la atencion odontologica, lo que se expresa en la reduccion de la caries dental y piezas perdidas debido al aumento de tratamientos restaurativos proporcionados por el programa. El segundo periodo que corresponde a 1985 y 1991 se caracteriza por tener una clara tendencia en la reduccion de la incidencia de la enfermedad, disminuye el indice CPO de 5.09 en 1985 a 2.33 en 1991.

El aspecto que puede explicar que esta reduccion se deya al programa es la introduccion de practicas de prevencion primaria de la caries, como es el caso de la aplicacion de sellantes de fosas y fisuras como practica rutinaria desde 1989 en todos los ninos de primer ingreso escolar. Otro aspecto importante en esta declinacion de la caries es el nivel de educacion para la salud alcanzado por la poblacion.

¹ Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica

² Programa de Externado Clinico, Facultad de Odontologia, Universidad de Costa Rica.

Introduccion

La docencia servicio es una conjuncion de esfuerzos de las instituciones formadoras de recursos humanos, las prestadoras de servicios y la comunidad, para que a partir del conocimiento de la realidad concreta se procese el planeamiento de sistemas de atencion integral, los cuales determinaran modelos educativos con el objetivo de buscar transformaciones substanciales del medio que conduzcan al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad (1). La Facultad de Odontologia de la Universidad de Costa Rica asumió este criterio, y en 1979, se planteó la estructuración de los programas de odontología comunitaria (2), como una innovación que permitiera al estudiante introducirse en un modelo de servicio odontológico simplificado, que lo faculte para adaptarse al medio de acuerdo con los recursos existentes. Además de desarrollar en el estudiante la capacidad de aplicar acciones preventivas en una comunidad dentro de un concepto integral de salud así como comprender el papel de la estructura económica social en el proceso salud-enfermedad. Para esto se utilizó como estrategia la ubicación habitacional del estudiante en la comunidad además de compartir con los comités de salud locales, lo que les facilita comprender la importancia de la participación popular en los programas de salud.

La Facultad de Odontología, en coordinación con el Hospital sin Paredes y la comunidad, estableció un programa de atención

integral en salud oral en los distritos del canton de Palmareis. Se definió como prioridad a los niños de edad escolar (de 6 a 12 años): la estrategia de atención utilizada fue el sistema incremental de salud (3). Para esto se organizó una unidad móvil de penetración rural, la que, sistemáticamente, visita diez escuelas dos veces durante cada año, y cubre una población de 2150 niños. La atención odontológica está a cargo de los estudiantes de último año de formación, quienes son programados por periodos de 7 semanas. la asistencia dental la realizan voluntarios de la comunidad debidamente entrenados. todas estas acciones son supervisados diariamente por una odontóloga de la comunidad contratada para estas actividades a inicios del programa.

Las funciones de la unidad móvil están divididas en atender a los niños para procurar resolver la totalidad de sus necesidades odontológicas además se realizan actividades de educación en salud dirigidas al control de placa dental, dieta, técnicas de cepillado, problemática de caries y enfermedad periodontal, usos y beneficios de fluoruros etc. Este proceso educativo está conducido al niño, al padre de familia, al maestro y a los líderes comunitarios. Una de las actividades de prevención primaria es la colocación de sellantes de resas y fissuras en los niños de primer ingreso como práctica rutinaria desde hace tres años. El traslado de la unidad móvil de una escuela a otra se realiza una vez que el servicio requerido de

cada centro de enseñanza este totalmente cubierto: esto ha permitido, en la práctica, mejorar la eficacia no solamente en ampliar la cobertura, sino en la calidad de la atención en términos de devolución de la salud oral y mantenerla.

Para lograr el apoyo de la comunidad en este proceso, inicialmente se motivó a la población a nivel de los puestos de salud, además se realizaron visitas a los hogares para buscar la colaboración de los habitantes en cuanto al hospedaje de estudiantes. Se organizaron 9 comités escolares y un comité central cuyas funciones fueron definidas en buscar el financiamiento para la adquisición de biomateriales, equipos dentales y manutención de los estudiantes, así como participar en el proceso de educación y prevención de enfermedades bucales, para lo cual se desarrollaron talleres de participación popular en salud, semanas educativas dirigidas a niños, maestros y padres de familia.

Durante el desarrollo del programa no se han realizado evaluaciones que den una apreciación de los resultados sobre las personas, que además de la formación de recursos humanos en ambientes reales, es la razón de ser de los procesos de docencia servicio. El objetivo de la presente investigación es medir la efectividad del programa en la población área de influencia.

Metodología

Para medir la efectividad del programa se empleo el criterio de trazador definido por Kessner y Kaik (4) como: "un problema de salud discreto e identificable, que dan luz sobre la forma de como funcionan las distintas partes de un sistema de atencion, considerado no de manera aislada, sino en mutua interaccion" asumido este criterio se selecciono como enfermedad trazadora la caries dental en denticion permanente, por las siguientes razones:

Es una enfermedad prevenible y tratable. Esto es, la evolucion de esta enfermedad puede ser modificada con el cuidado odontologico apropiado, lo que permite medir la efectividad de las acciones de prevencion, tratamiento y rehabilitacion del programa.

Es de facil diagnostico y su medicion es factible con indices estandarizados internacionalmente.

Es una enfermedad considerada con una prevalencia alta en las poblaciones, lo que permite su uso en procesos evaluativos con un nivel alto de confiabilidad y con muestras relativamente pequenas.

Para identificar la efectividad es necesario distinguir la

situacion de salud (necesidad) antes y despues de realizar las acciones que se pretende evaluar (3). En la presente investigacion se cuenta con tres estudios de prevalencia de caries dental en los siguientes periodos: 1980, se investigaron 479 ninos cuando recién daba inicio el programa, y puede ser tomado como la medida antes del proceso objeto de evaluacion, en 1985 otro estudio de prevalencia fue realizado con 405 ninos y en 1991 mediante un sistema de vigilancia epidemiologica aplicada a la odontologia (FOCSE) se capto la misma informacion de los anteriores estudios, pudiendo registrar 1091 ninos (ver cuadro 1).

En las tres investigaciones la poblacion en estudio estuvo comprendida por la totalidad de los ninos matriculados en el primero y segundo ciclo escolar de todas las escuelas de los distritos del canton de Palmare. En los dos primeros estudios se tomaron muestras estratificadas proporcionales en todas las escuelas area de influencia del programa y en el tercer estudio se usaron los datos de FOCSE, donde se registraron los mismos indices de los estudios anteriores. Los valores promedio de las edades de todos los estudios son muy similares, en el primero fue de 9.05 años, en el segundo fue de 9.13 años y en el estudio de 1991 este valor medio fue de 8.77 años, de esta forma se evita que la edad actue como variable de confusion y las comparaciones obtenidas sean mas confiables.

El procedimiento para la identificación de los indicadores del estado de salud oral consistió en un examen clínico, efectuado en las mismas escuelas, por estudiantes de la Facultad de Odontología asignados al programa, quienes fueron debidamente entrenados en el levantamiento de datos para obtener el índice de piezas cariadas, perdidas y obturadas (CPO) según los criterios dados por el método combinado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) -condición de salud y necesidad de tratamiento- (6) y para medir la prevalencia de necesidades de tratamiento por caries dental en dentición permanente, se sumaron las piezas cariadas e indicadas a exodoncia.

Resultados.

A inicios del programa segun los datos del estudio de prevalencia de 1980, el estado de salud oral de la poblacion escolar medido con el indice de CPO (ver cuadro 2) mostro un valor medio de 6.11 para todas las escuelas. este indice descendio a 5.09 segun lo muestra el estudio de 1985. Estas diferencias son leves en la totalidad del indice, aunque si se encontraron diferencias importantes en los componentes del indice como lo muestra la figura 1 donde el componente caries tuvo un descenso de 3.5 a 2.46 en su valor medio. lo mismo que el componente de pieza perdida que descendio de 0.48 a 0.12 (incluye piezas indicadas a exodoncia y perdidas) y el componente obturado aumento de 2.12 a 2.51.

Al comparar los datos del estudio de prevalencia de 1985 con los datos reportados, a nivel nacional, por el Ministerio de salud, en la poblacion escolar de las zonas rurales (7) se mostro un valor medio de 5.3 del indice CPO, el que es muy similar al detectado por el estudio de prevalencia en Palmares de 1985 (ver cuadro 2). Al comparar los datos por componentes del indice en ambos estudios, el valor medio de caries, a nivel nacional, fue de 4.37 lo que practicamente duplica el valor encontrado en Palmares, que presento un valor medio de 2.46. la misma situacion ocurrio en el componente pieza perdida, se reporto a nivel nacional un valor medio de 0.21 mientras que en Palmares la prevalencia de este componente fue de 0.12. el componente

obturado a nivel nacional fue de 0.92 y el de Pálmares de 2.01.

En ambos análisis, aunque no se apreciaba una diferencia en el total del índice, los componentes muestran un mejoramiento de la salud oral al aumentar el componente obturado y al disminuir las piezas cariadas, perdidas e indicadas a exodoncia.

Los datos del sistema de vigilancia en 1991, a diferencia de los anteriores estudios, indica claramente una reducción en la incidencia de la caries dental, puesto que el índice descendió a 2.33 (ver cuadro 2), además de ser esta tendencia generalizada en todos los centros educativos.

Por otra parte, al analizar el índice de necesidades de tratamiento por caries dental y piezas indicadas a exodoncia en dentición permanente según centros educativos, y al comparar los periodos de 1980 y 1991 (ver figura 2) existe una tendencia a disminuir en 5 de los 8 centros comparados, en la Escuela Julia Fernandez del distrito de Esquipulas se mantuvo igual, y fue desfavorable en los centros educativos Joaquín L. Sánchez del distrito de Buenos Aires y Emilia Blanco del distrito de la Granja.

Discusion

El comportamiento de la caries dental como enfermedad trazadora medida por el indice de CPU tiene dos tendencias epidemiologicas en relacion con el desarrollo del programa:

1. Durante el periodo de 1980 a 1983 aunque no se manifiesta una importante reduccion en la incidencia del indice, si se mejora el estado de salud oral, atribuido a la atencion odontologica, lo que se expresa en la reduccion de las caries dentales y piezas perdidas debido al aumento de tratamientos restaurativos proporcionados por el programa. Otro elemento que puede explicar la efectividad del programa en este primer periodo, es un estudio realizado en 1984 que midio el estado de salud oral y la accesibilidad a los servicios odontologicos (8) de un grupo de adolescentes de segunda ensenanza del Colegio de Palmares, poblacion que, en anos anteriores, estuvo bajo la influencia del programa y se comparo con otro grupo de adolescentes en una region similar que no estuviese cubierta por el programa ni por el Hospital sin Paredes, para lo que se escogio el Liceo Leon Cortes Castro de Grecia. El indice CPU mostro un valor medio de 13.49 en los adolescentes de Palmares, mientras que en los adolescentes de Grecia este valor medio fue de 14.52, aunque no existe una diferencia importante en el indice, al realizar la comparacion por componentes, el promedio de piezas dentales obturadas en palmares fue de 6.48 y en Grecia de 3.80 y la prevalencia de caries media por estudiante fue de

7.3 en el Colegio Leon Cortes Castro de Grecia, mientras que en Palmareis esta prevalencia fue mas favorable con un valor medio de 5.98. La higiene bucal medida por el indice de higiene oral simplificado (8) mostro en los adolescentes de Palmareis un indice de 0.81 mientras que en Grecia era mas desfavorable con un indice de 1.15. lo que demostro la eficacia de tecnicas de control de placa en este grupo de adolescentes. Al analizar la accesibilidad a los servicios odontologicos se encontro que 64.5% de los adolescentes de Grecia habian manifestado haber recibido servicios odontologicos privados, mientras que en Palmareis solo 35% habian acudido a estos servicios, en tanto se determino que 28.9% habian sido usuarios, del programa, en su vida escolar, esto refleja un nivel de eficacia, del programa principalmente en su accesibilidad manifestado en el tratamiento dental recibido.

2. El segundo periodo que corresponde a 1985 y 1991 se caracteriza por tener una clara tendencia en la reduccion de la incidencia de la enfermedad, disminuye el indice CPO de 3.09 en 1985 a 2.33 en 1991 (ver cuadro 2). Para evitar caer en una falacia ecologica, es decir que las diferencias detectadas en ambos periodos se deben a un tercer factor y no al programa (10) por ejemplo: el comportamiento secular de la caries a nivel mundial tiende a una reduccion en su ocurrencia (11), se tomaron como parametro comparativo los datos del indice CPO a la edad de los 12 años de los estudios realizados por el Ministerio de Salud en 1984 y 1988 (12) y los obtenidos por los estudios de

prevalencia para la misma edad de Palmares 1989 y 1991 (ver figura 3), donde se aprecia una reduccion notable del indice en los usuarios del programa de Palmares, mientras que el nivel nacional mantiene una discreta reduccion. Este diferencial observado es el resultado que ha logrado el programa, pues, en el estricto sentido la efectividad se refiere a la diferencia entre la situacion de salud existente y la que existiria de no haberse llevado a cabo el programa.

El aspecto que puede explicar que esta reduccion se deba al programa, es la introduccion de practicas de prevencion primaria de la caries, como es el caso de la aplicacion de sellantes de fosas y fisuras como practica rutinaria desde 1989 en todos los niños de primer ingreso escolar. Actualmente se sabe que una pieza dental que recibe este tratamiento reduce la incidencia de la caries en un 90% en el periodo de un año y del 65% en el periodo de 7 años (13). Otro aspecto importante en esta declinacion de la caries es el nivel de educacion para la salud alcanzado por la poblacion, como se mostro en el estudio de los adolescentes. Un reciente estudio del impacto del programa educativo (14) desarrollado por el Hospital sin Paredes (nuy Sub-Region Central de Occidente del Ministerio de Salud) muestra diferencias altamente significativas en los indicadores de conocimientos en salud al comparar los residentes, o sea los que han habitado en el area de influencia de este programa incluyendo Palmares, con los no residentes, personas migrantes a la region.

que tenían menos de 6 meses de vivir en estas localidades. Los residentes mostraron tener un conocimiento en salud más amplio en: planificación familiar y salud de la mujer, embarazo y parto, posnatal y salud del niño, enfermedades crónicas y en participación comunitaria. Este nivel de conocimiento se le atribuye a las distintas estrategias de educación en salud como: la formación de responsables de salud, quienes son voluntarios de las comunidades capacitados en acciones de atención primaria, semanas educativas realizadas en todas las comunidades, organización de comités de salud, entre otros. Aunque en este estudio no se midiera el conocimiento en salud oral, sí es un hecho que el nivel educativo de esta población ha mejorado de forma integral.

En el transcurso de 12 años la oferta de servicios se ha visto gradualmente disminuida en cuanto al número de estudiantes asignados, así, en 1991 y 1992, se llegó a tener un solo estudiante programado de 4 que habían en los años anteriores. Esta situación se hace manifiesta al analizar el índice de necesidades de tratamiento (ver figura 2) incluso en 2 escuelas en 1991 es superior al detectado en 1980. De mantenerse esta situación las necesidades se incrementarán, pues su incidencia depende de la presencia o no del tratamiento (13).

La reducción de la oferta de servicios se puede explicar por dos razones: la primera porque disminuyó sustancialmente el

numero de estudiantes de los ultimos dos años de formacion en la Facultad de Odontologia, que paso de 137 en 1981 a 77 en 1991 y tambien porque la Facultad cambio, en 1986, los ejes orientadores del curriculum, por ejemplo la atencion-primaria como eje curricular fue cambiada por la oclusion dental, la medicina bucal y la prevencion (16). Esto se evidencio al reducir, a la mitad del tiempo, la pasantia de los estudiantes por estos programas, para que permanezcan mas tiempo en las clinicas de la facultad. Otro elemento que afecta la oferta de los servicios fue la eliminacion de las plazas de cientificos sociales que estaban asignados a estos programas. Pese a estas dificultades, este programa ha logrado mantenerse, principalmente, por el apoyo sostenido de la comunidad organizada, con lo que se cumple, en alguna medida, el principio de la redundancia potencial, esto es, la capacidad del programa en ser autogestor de su propio proceso de desarrollo.

Bibliografía

1. OFEDO. OPS. Analisis prospectivo de la educacion odontologica en America Latina. Graficas Chemar. Caracas. p 20. 1990.
2. Facultad de Odontologia. Estudio preliminar de los fundamentos de un nuevo curriculum. Universidad de Costa Rica. documento mimeografiado pp 9-10. 1979
3. Pinto V. Saude bucal odontologia social e preventiva. Libreria Editora Santos. Sao Paulo. p 43. 1989.
4. Kessner DM, Kalk CE, and Singer J. Assessing health quality decay for trases. New England Journal of Medicine. 288 (4): 189-194. 1973.
5. Pabon H. Evaluacion de los servicios de salud. Universidad del Valle. Cali. Pp 306. 1985.
6. OMS. Oral health surveys: basic methods. Organizacion Mundial de la Salud. 3. ed Ginebra. 1987.
7. Ministerio de Salud. Estudio epidemiologico en ninos de edad escolar. Ministerio de Salud. San Jose. 1985.
8. Brenes W, Sosa D. Epidemiologia bucal y accesibilidad a los servicios odontologicos de un grupo de adolescentes. Revista Costarricense de Ciencias Medicas. 7(4):331-337. 1986.
9. Greene J, Vermillion J. Ien simplified oral index. J. Am Dent. Assoc. 68:7. 1964
10. Lillienfeld A, Lillienfeld D. Fundamentos de Epidemiologia. Fondo Educativo Interamericano. Mexico D.F p 11. 1983.
11. Diesendorf M. The mistery of declining tooth decay. Nature.

322:125-129. 1986

12. Salas M. Prevalencia de la caries dental en escolares de 12 años en Costa Rica. Fluoruración al día 1(1):11-14. 1991.
13. Corbin S. Oral disease prevention technologies for community use. International Journal Assessment in Health Care. 7(3):327-344. 1991.
14. Delgado R. Méndez R. Brenes W. Evaluación del impacto del Programa de Educación para la Salud del Hospital sin Paredes. Rev. de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica (en elaboración)
15. Chaves M. Odontología social. Artes Médicas Río de Janeiro 3ed. p 60. 1986
16. Facultad de Odontología. Modificaciones al plan de estudios. Universidad de Costa Rica. Documento mimeografiado. p 9. 1986.

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE LOS E UDIANTES INVESTIGADOS
SEGUN EDAD EN LOS TI . ESTUDIOS REALIZADOS

Edad	Estudio		
	1980	1985	1991
5	5	-	46
6	55	45	161
7	59	59	292
8	67	59	199
9	64	69	138
10	80	58	164
11	66	55	102
12	63	40	112
13	20	20	38
14	-	-	10
Sin dato			40
Total	479	405	1302

CUADRO 2

VALOR MEDIO DEL INDICE CPO EN NIÑOS ESCOLARES EN
TRES PERIODOS 1980-85-91 SEGUN CENTRO EDUCATIVO
DE LOS DISTRITOS DEL CANTON DE PALMARES

Escuelas	CPO		
	1980	1985	1991
Emilia Blanco (La Granja)	5,06	4,86	2,86
La Unión (Calle Vargas)		6,10	2,52
Cocaleca (Cocaleca)			2,08
Los Pinos (Los Pinos)	7,78	5,32	2,34
Pablo Alvarado (Rincón)	4,95	5,59	2,36
Joaquín L. Sancho (Buenos Aires)	5,77	4,31	4,32
Ricardo Moreno (Zaragoza)	5,20	4,68	1,67
Julia Fernández (Esquipulas)	6,50	4,20	3,57
Venancio de Oña (Santiago)	6,31	5,59	0,78
Jacinto Avila (Candelaria)	8,39	5,97	1,63
Total	6,11	5,09	2,33

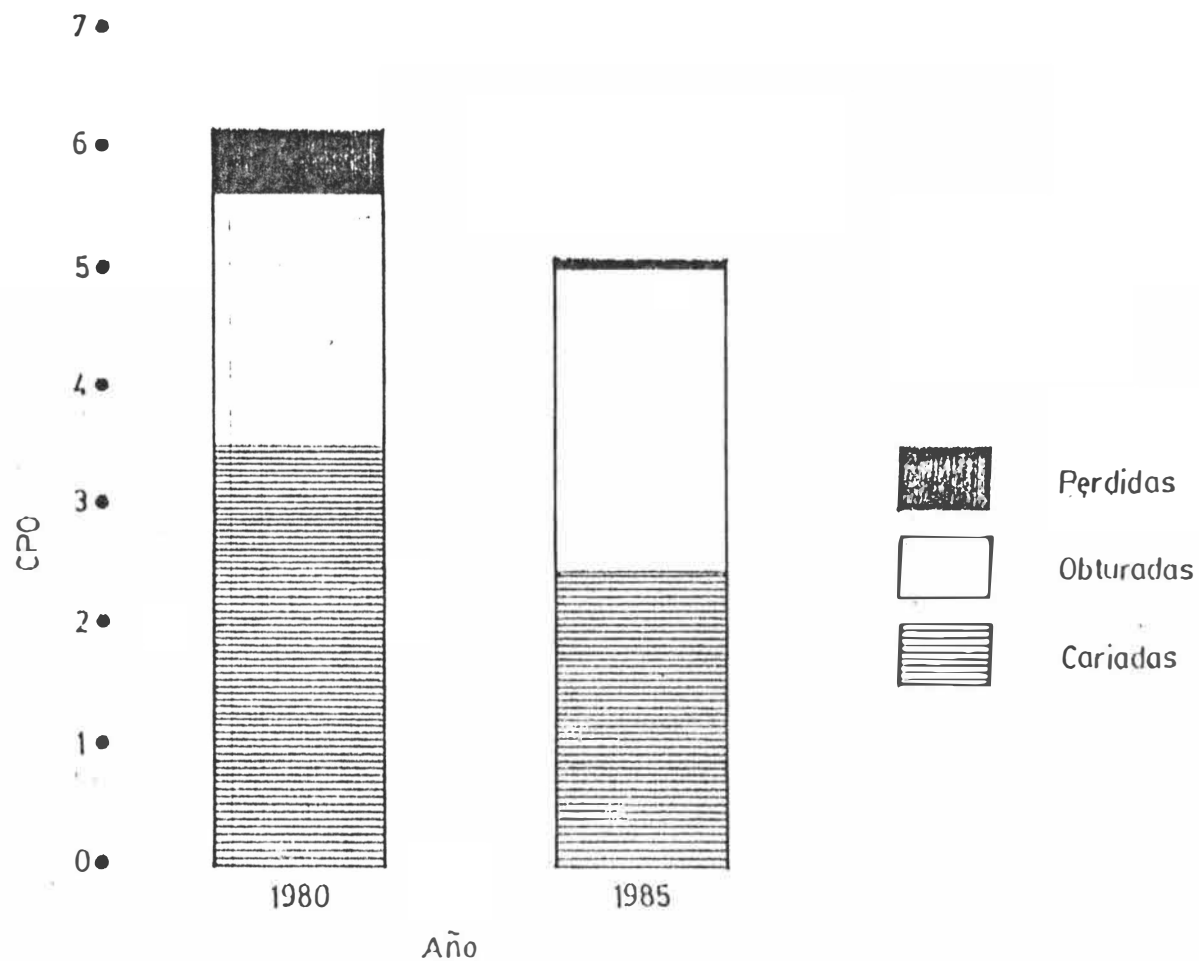


Figura 1

Índice de CPO por componentes de los niños escolares del área de influencia del programa de odontología comunitaria de Palmateles, en los periodos 1980 y 1985.

Figura 2

Índice de necesidades de tratamiento por caries dental según centro educativo de los distritos de Palmares en los periodos 1980 y 1991.

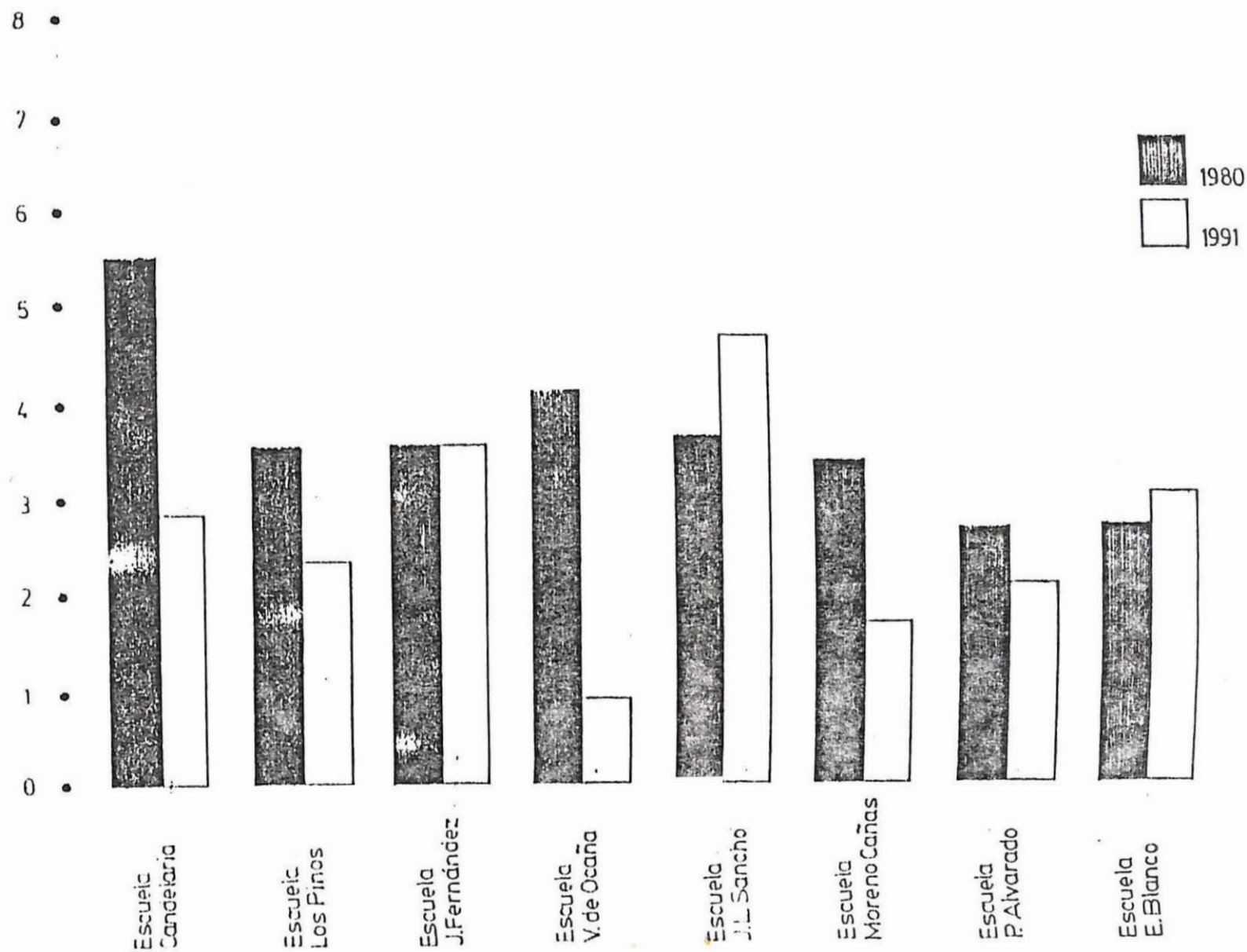
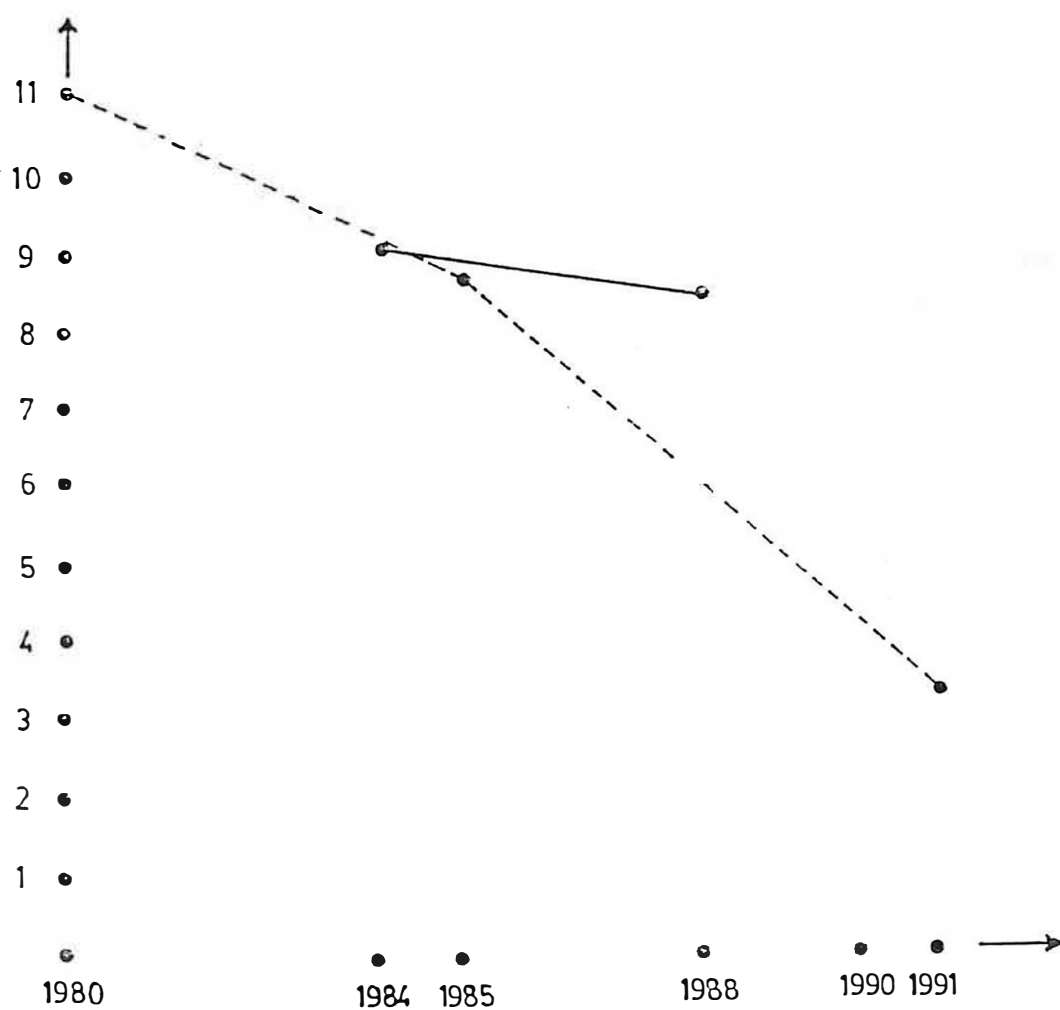


Figura 3

Tendencia del índice CPO en escolares a la edad de los 12 años en la población área de influencia del programa de odontología comunitaria Palmares de 1980 a 1991. comparado con la tendencia nacional reportada por el Ministerio de Salud de 1984 a 1985.



Se calculó con base en el valor medio de los VI y V grados de las escuelas evaluadas

