

ORIGINALES BREVES

¿Cuál es el mejor sistema de captación de pacientes para los programas de salud bucodental infantil de atención primaria?

P. Varela Centelles^{a,b}, A. Martínez^c y J. Seoane^b

Centro de Salud Burela (Lugo) y Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivo. Analizar los resultados obtenidos por 2 sistemas de captación de pacientes en función de: número de pacientes captados, número de consultas solicitadas y número de revisiones semestrales realizadas.

Diseño. Observacional, retrospectivo.

Emplazamiento. Atención primaria.

Pacientes. Un total de 1.868 escolares de 6-14 años de la zona de salud de Burela (Lugo).

Resultados principales. El sistema basado en el centro de salud captó 616 escolares y produjo 759 demandas de consulta, frente a 1.252 escolares captados y 507 demandas del sistema basado en el centro educativo (123% frente a 40%; p < 0,05). Un 23% de los escolares del primer sistema acudió a su revisión semestral, frente al 21% del segundo.

Conclusiones. La revisión de los escolares en el centro de salud, en presencia de sus padres, parece responder mejor al objetivo de implantar el programa de salud bucodental infantil entre la población de la zona de salud.

Palabras clave: Escolares. Atención primaria. Salud oral.

WHAT IS THE BEST WAY TO RECRUIT PATIENTS TO PRIMARY CARE PROGRAMMES OF CHILDREN'S BUCCO-DENTAL HEALTH?

Objective. To analyse the results obtained by two systems of recruiting patients in terms of: number of patients recruited, number of consultations requested, and number of half-yearly check-ups performed.

Design. Retrospective and observational.

Setting. Primary care.

Patients. 1868 school-children from 6 to 14 in the Burela Health Area (Lugo).

Main results. The system based on the health centre recruited 616 children and led to 759 requests for consultation; whereas the system based on the school recruited 1252 children and 507 requests (123% vs 40%; p < 0.05). 23% of the school-children attended their half-yearly check-up under the first system, while 21% did so under the second.

Conclusions. Check-ups of children at the health centre in their parents' presence seems to answer better the objective of introducing the bucco-dental health programme into the Health Area's child population.

Key words: School-children. Primary care. Oral health.

(Aten Primaria 2001; 28: 182-184)

Introducción

Los programas de salud bucodental infantil de atención primaria (AP) se han probado útiles en la prevención de la caries, correlacionándose la reducción de índices de caries con la existencia de estos programas y los medios utilizados¹⁻³.

La implantación del programa de salud bucodental infantil en nuestra gerencia de AP planteó el problema de elegir un sistema de captación de pacientes entre los descritos en la bibliografía: captación en el colegio y revisión en el centro de salud⁴ o captación y revisión en el centro escolar⁵. Nuestra unidad optó por captar los pacientes en el centro educativo y efectuar las actividades preventivas en el centro de salud. Sin embargo, el ritmo de captación de escolares se estimó inadecuado y se sugirió la utilización del segundo modelo.

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos mediante ambos sistemas en función del número de pacientes captados, número de consultas preventivas solicitadas y número de revisiones semestrales realizadas.

Material y métodos

La zona de salud de Burela (norte de Lugo) es un área eminentemente rural, con una población de 31.424 habitantes, repartida en 442 entidades de población.

En 1997 se inició el Programa de Salud Bucodental Infantil, consistente en: ex-

^aDoctor en Odontología. Máster en Salud Pública Oral y Atención Comunitaria. Centro de Salud Burela (Lugo). ^bDepartamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. ^cMédico Especialista en Medicina de Familia. Diplomado en Sanidad. Centro de Salud Burela (Lugo).

Correspondencia: Pablo Varela-Centelles.
Centro de Salud Burela. C/ Eijo Garay, s/n. 27880 Burela (Lugo).

Manuscrito aceptado para su publicación el 26-III-2001.

ploración bucodental, consejo dietético, control de placa, motivación, aplicación de fluoruros tópicos, sellado de fisuras, tartectomías y revisiones semestrales a los escolares de 6-14 años.

El sistema de captación de pacientes empleado en 1997 fue el siguiente: entrevista con los directores de los centros educativos de la zona y, si era solicitado, con la asociación de padres del centro, en la que se informaba de los objetivos y desarrollo del programa. La captación se desarrolló de forma incremental, asignando fechas de revisión en el centro de salud a cada curso de cada colegio. Los alumnos (previa obtención del listado) recibían de manos de su profesor una carta donde se les invitaba a participar en el programa indicándose las fechas reservadas y el teléfono del centro de salud para concertar la cita. Si el alumno no había acudido al centro transcurrida una semana desde el final del plazo asignado a su curso, se enviaba un recordatorio personalizado a través del colegio. En su primera visita al centro, acompañado de padres o tutores, se realizaba la exploración bucodental, consejo dietético, instrucciones en higiene oral y se informaba a los acompañantes de los tratamientos necesarios, señalando los contemplados dentro del programa y concertando una cita para los mismos.

En 1998 se empleó el sistema basado en exploraciones en los centros educativos: se envió una carta al centro en la que se explicaban los objetivos del programa y se solicitaba autorización para revisar al niño. El equipo de odontología se desplazaba al centro educativo y, una vez allí, se proporcionaban instrucciones en higiene oral al conjunto de la clase y se establecía una charla-coloquio sobre medidas higiénico-dietéticas complementada con apoyo audiovisual. Los hallazgos de la exploración se consignaban en una proforma que era remitida a los padres indicándoles los tratamientos necesarios, los contemplados por el programa y, en los casos en que no fuera precisa intervención alguna, la conveniencia de concertar una cita de revisión a los 6 meses.

Los datos sobre número de pacientes, citas concertadas, revisiones semestrales, ausencias y cancelaciones fueron obtenidos de las agendas de trabajo de la unidad. Los datos correspondientes a 1997 y 1998 fueron comparados mediante el test de ji-cuadrado. La significación estadística elegida fue el 5%.

Resultados

En 1997 se incorporaron al programa 616 escolares, frente a 1.252 en 1998. El sistema basado en exploraciones en el centro de salud produjo 759 consultas programadas, por 507 del basado en el centro educativo (123% frente a 40%), diferencia que alcanzó significación estadística. En 1997, las ausencias a la cita programada constituyeron un 11,75% de las concertadas, de las que el 1,49% fueron anuladas con antelación. En 1998, las ausencias alcanzaron un 16,23%, siendo el 1,68% anulaciones, lo que resultó ser estadísticamente significativo ($p < 0,05$). En 1997 acudieron a su revisión semestral el 23% de los escolares captados, frente al 21% de los captados en 1998.

Discusión

La revisión de los niños en el centro escolar hace que el número de escolares captados aumente, incrementándose los beneficiarios potenciales del programa y la repercusión social del mismo, con la consiguiente concienciación de la población por la caries como problema de salud⁶. Es posible que esta mayor concienciación despierte el interés de los padres por la salud oral de sus hijos, aunque es improbable que esta medida, por sí misma, mejore los indicadores de caries, puesto que no suele ser éste el problema de salud al que los padres conceden mayor relevancia⁷.

La demanda de tratamientos preventivos no es un hecho sin importancia, cuando el objetivo del programa es evitar la caries y patologías periodontales. Es de destacar que el sistema basado en actividades individualizadas (1997), en el que se proporcionan indicaciones adaptadas a las circunstancias de cada niño, genere más demanda de intervenciones preventivas que el basado en el grupo. Quizá esto sea debido a la pre-

sencia de los padres, que aprecian *in situ* la necesidad de estos tratamientos y son implicados en el cambio de conducta del niño, favoreciéndose el contacto interpersonal⁸, circunstancia que no ocurre en el sistema en el que esta información se recibe por escrito; o quizás sea debido a una percepción de «calidad» de un sistema frente a la «masificación» del otro. El cumplimiento de la visita programada también puede informar en este sentido, siendo significativamente mejor en 1997 que en 1998, lo que concuerda con informes previos⁸. Ninguno de los 2 sistemas parece influir en la proporción de niños que acuden a sus revisiones semestrales.

El sistema de exploraciones en el colegio permite captar pacientes más rápidamente que el basado en el centro de salud y detectar la existencia de patologías desconocidas por los padres^{7,9-11}, lo que para algunos grupos de trabajo justifica su necesidad^{7,11}. Sin embargo, el porcentaje de alteraciones detectadas que eran desconocidas por la familia del niño hace que se plantea la necesidad de revisar la relación coste-oportunidad de este sistema^{9,10}, máxime cuando implica desplazamientos del equipo al centro educativo –con la consiguiente suspensión de las actividades diarias en el consultorio– y únicamente en un 54,3% de los casos se demanda consulta por las patologías identificadas¹⁰. En nuestro caso, los padres de los niños vistos de esta forma son más renuentes a enviar a sus hijos para los tratamientos preventivos que precisan, limitando con ello los efectos del programa.

El sistema basado en el centro de salud supera ampliamente al basado en el colegio en cuanto a demanda de tratamientos preventivos, y las actividades del programa de salud bucodental no sólo no interfieren con la consulta diaria sino que se integran en ella. La lentitud en la captación de pa-

cientes que conlleva es, a nuestro juicio, un precio bajo a pagar a cambio de que los escolares participen en mayor medida en las actividades y tratamientos preventivos que incluye el programa, y con ello mejore la salud dental de nuestra población infantil.

Bibliografía

1. Cuenca E, Manau C, Serra L. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson, 1991.
2. Cuenca E, Batalla J, Manau C, Taberner JL, Salleras L. Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña. 1.^a parte. Arch Odontostomatol Prev Comun 1992; 4: 1-6.
3. Casañas P, Ballestín M, Villabí JR. Prevalencia de la caries dental entre els escolars: una enquesta transversal a la ciutat de Barcelona. Gac Sanit 1992; 6: 13-18.
4. Tapias Ledesma MA, Gil de Miguel A, Regidor E, Domínguez Rojas V. Incidencia de caries en una población infantil de Móstoles: evaluación de un programa preventivo transcurridos 2 años. Aten Primaria 2000; 26: 110-114.
5. Pujol MT, Betlla E, Coma C, Ceña B, González M, Fernández MA. Evaluación a los 4 años del programa preventivo de salud bucodental del Área Básica de Les Planes en Sant Joan Despí (Barcelona). Aten Primaria 1996; 17: 523-526.
6. Fuentes S. Importancia de la prevención en la odontoestomatología de atención primaria. Aten Primaria 1994; 14: 759-762.
7. Sequi Canet JM, Puig Aracil P, Górriz Santamaría E, Vidal Fayos E, Martínez Martínez F, Marco Macian A. Un análisis crítico de las revisiones escolares. Los resultados de cada tipo de examen. An Esp Pediatr 1993; 39: 299-302.
8. Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. Med Care 1998; 36 (Supl 8): 21-30.
9. Reznik R, Starte D, Morey S. Health screening at school entry. What is achieved? Aust Paediatr J 1985; 21: 159-162.
10. Villalbí JR, Nebot M, Egea L, García-González A. Utilidad de las revisiones escolares. Aten Primaria 1994; 13: 350-354.
11. Hidalgo Berutich A, Álvarez González L, Mayorga Ramos E, Calles Romero I, González Villanueva L, Miguelez de Blas J. Eficacia de los exámenes escolares de salud en el Centro de Salud de Molina de la Vega (Huelva). Rev Sanid Hig Publica (Madr) 1994; 68: 465-469.