



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREVALENCIA DE FACTORES
DE RIESGO CARDIOVASCULAR, DISFONÍAS Y ESTADO
BUCAL EN LA POBLACIÓN DOCENTE DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

AUTORES: Anido, Silvia; Aranciaga, María Marta; Díaz Quiroga, Liliam; Maruelli,
Belen; Quintas, Soledad; Ross, Andrea; Santisteban, Lucila; Socolovsky, Tamara.

SUTEBA SEPTIEMBRE 2009

Secretaría de Salud

Dirección Médica

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR, DISFONÍAS Y ESTADO BUCAL EN LA POBLACIÓN DOCENTE
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CATEGORÍA TEMÁTICA: Epidemiología

CATEGORÍA DEL TRABAJO: Trabajo de investigación cuantitativo.

INTRODUCCIÓN

SUTEBA –Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de la Provincia de Buenos Aires- nació el 31 de agosto de 1986.

Al momento de su creación contaba con 18.000 afiliados y 23 seccionales. En la actualidad cuenta con un total de 166.000 afiliados entre titulares y beneficiarios, y con 99 seccionales.

El SUTEBA es dirigido y representado legal, jurídica y gremialmente por un Consejo Ejecutivo Provincial (CEP), que es el nivel máximo de conducción. Está compuesto por trece Secretarías, entre ellas, la Secretaría de SALUD.

El objetivo central de nuestra política es la intervención sindical para la mejora de nuestras condiciones de trabajo. Nuestra mirada sobre la organización del trabajo se amplía cuando nuestra acción sindical la relaciona con la defensa de la salud de los trabajadores. A nuestro accionar lo guía la convicción de que podemos hablar de salud sólo si actuamos transformando las condiciones de vida, y por ende las condiciones de trabajo, en dignas y adecuadas.

Nuestra política de salud laboral consiste en luchar para modificar las condiciones de trabajo y así mejorar la calidad de vida de los docentes. Desde este compromiso, hemos planificado e instrumentado programas y campañas de salud, buscando prevenir, promocionar y concientizar a la comunidad educativa sobre sus problemas, afecciones y necesidades.

Nuestro desafío es, junto a otras organizaciones sociales y sindicales, contribuir a la formación de actores sociales que puedan pensar la salud como producto de los lazos sociales, del lugar y de las condiciones en que vivimos y trabajamos.

Es nuestro compromiso instalar, con cada una de nuestras acciones, la idea de que la salud es un derecho social que no podemos delegar.

Nuestras intervenciones sindicales en salud se diseñan sobre la base de los intercambios que se producen en los espacios generados para tal fin entre los compañeros que conforman el Consejo Ejecutivo Provincial, los Secretarios de Salud de las Seccionales y los Responsables Gremiales de los Centros de Salud.

Las Direcciones y las áreas que conforman la Secretaría de Salud son las encargadas de proponer, desarrollar y ejecutar los planes y los programas que se correspondan con las políticas definidas por el SUTEBA.

Se cuenta con 17 Centros de Atención Primaria de la Salud, (CAPS) ubicados en diferentes distritos del Conurbano Bonaerense, en Mar del Plata y en Bahía Blanca. Los equipos de salud que motorizan las actividades en dichos CAPS están conformados, principalmente, por médicos generalistas, tocoginecólogos, enfermeros, odontólogos, asistentes dentales, psicólogos, fonoaudiólogas, psicopedagogas.

El SUTEBA cuenta con diferentes programas preventivos que se desarrollan en los CAPS y también en los lugares de trabajo de la comunidad educativa.

El Programa “SUTEBA va a la escuela” es un programa de promoción de hábitos saludables de vida, y de difusión de medidas tendientes a prevenir la aparición de enfermedades, con una mirada amplia, que agrega como determinantes de enfermedad, a los modos de vida, incluyendo las condiciones de medio ambiente de trabajo.

Este programa presenta como característica innovadora y poco frecuente en el campo de la salud, el hecho de llegar con esta propuesta preventiva al lugar donde trabajan las personas: en nuestro caso, a las escuelas.

Las actividades que se desarrollan dentro de este programa son variadas, pero el eje de todas ellas, está en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Estas son:

- **Campaña de concientización del riesgo cardiovascular:** En nuestro país, la enfermedad cardiovascular se ha transformado en la primera causa de muerte. La mayoría de los factores de riesgo para estas enfermedades tienen que ver con estilos de vida (dieta, actividad física, tabaco, alcohol), con factores orgánicos o mixtos (dislipemia, hipertensión, sedentarismo, obesidad), es decir que están principalmente asociadas a factores que pueden modificarse con información y cambios en el modo de vida.
- **Campaña de odontología preventiva:** Existe culturalmente la idea que las pérdidas dentarias están en relación al desgaste natural del organismo; esto es erróneo, las pérdidas dentarias son indicadores del fracaso en la prevención. Generalmente los docentes toman contacto con la temática de la salud bucal a través de los programas escolares dirigidos a sus alumnos. Si bien la edad escolar es una etapa clave de la vida para garantizar “sonrisas saludables”, en el adulto es preciso continuar con el cuidado e higiene bucal. En los docentes abordar este tema “desde ellos”, puede darles elementos para trabajarlo en forma conjunta con sus alumnos.
- **Programa de la voz:** la disfonía es una de las enfermedades profesionales de los docentes; sin embargo muchos desconocen que la padecen y, aún reconociéndose disfónicos, no la perciben como enfermedad asociada al trabajo. La propuesta de SUTEBA dentro de este programa es detectar problemas de la voz, ayudar a los docentes para que incorporen pautas de cuidado e informar sobre la disfonía profesional.

Es importante destacar que no existen datos oficiales sobre la prevalencia de enfermedades y el estado de salud en general en la población docente. Esto resulta preocupante ya que el estado como empleador (Dirección General de Escuelas- Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires) no implementa un sistema de registro continuo ni de análisis de los datos que permita conocer y realizar acciones sobre la salud de los trabajadores de la educación.

La primera experiencia de SUTEBA en abordar la problemática de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) fue en el año 2006, a través de la “Campaña de Concientización de Riesgo Cardiovascular”, llegando en 4 meses a 12.031 trabajadores de la educación de escuelas públicas del conurbano bonaerense. A partir de aquí se decidió proseguir con esta actividad en forma continua y se agregó, en el año 2007, el abordaje de la problemática de la voz y en el 2008 el de la salud bucal. Durante el año 2008 se incluyó en las actividades del programa a las escuelas del interior de la provincia de Buenos Aires.

En el año 2006 desde la Dirección de Salud del SUTEBA se creó un grupo de trabajo específico para el diseño de la campaña CVC y planificación del aspecto operacional

de la misma, que convocó y capacitó a los equipos de salud que visitaron las escuelas y también se encargó de coordinar y monitorear las actividades en terreno. Simultáneamente puso en marcha el diseño e impresión de folletería y carteles de apoyo para la campaña. En estos folletos, además de la temática cardiovascular, se brindó información sobre problemas de la voz, prevención de hábitos posturales, prevención del cáncer genito mamario y recomendaciones preventivas según grupos etarios.

Ese año se conformaron seis equipos de promoción de la salud (dos para cada zona del conurbano), compuestos por un médico, un enfermero y un representante del sindicato capacitado en temas de salud. Se trabajó sobre autocuestionario, de carácter anónimo. Se entregaron folletos de promoción de actividades preventivas y carteles de promoción de la actividad. Se registraron datos antropométricos con materiales que se trasladaban a cada una de las escuelas.

En el año 2007 se incorporó un móvil utilitario acondicionado específicamente, denominado Unidad Móvil Preventiva (UMP). El recurso humano estaba compuesto por un profesional médico, una fonoaudióloga, un chofer y un representante del sindicato.

En el año 2008 se suma una segunda UMP contando con un tercer compartimento destinado para las evaluaciones odontológicas.

Cabe aclarar que no es propósito de este trabajo evaluar las actividades del Programa "Suteba va a la Escuela", y específicamente de la UMP cómo dispositivo, sino analizar los resultados de los registros producto de dicha actividad.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el estado de salud de los docentes que trabajan en escuelas públicas de la provincia de Buenos Aires con respecto al riesgo cardiovascular, salud bucal y presencia de disfonías.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia de los FRCV (factores de riesgo cardiovascular) en la población docente.
- Valorar el estado de salud bucal en la población docente.
- Identificar la presencia de disfonías en la población docente que se encuentra en actividad.
- Comparar la prevalencia obtenida sobre FRCV en los años 2006, 2007 y 2008.
- Conocer el porcentaje de docentes que realizan controles de salud preventivos (clínicos, ginecológicos y odontológicos).

MARCO TEÓRICO

Según la Dirección de Estadísticas e Información en salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la tasa bruta de mortalidad total del país en el año 2006 fue de 746,1 por 100 mil habitantes, y la tasa bruta de mortalidad por causas cardiovasculares cada 100 mil habitantes fue de 229,1. En el mismo año la mortalidad por cada 100 mil habitantes debida a tumores fue de 151,3; por enfermedades infecciosas y parasitarias fue de 37,5 y por causas externas de 48,2. Por otra parte, en la provincia de Buenos Aires hubo en el 2007 128.200 muertes y las causadas por enfermedad cardiovascular fueron 32.647 (25.4%).

En décadas anteriores, las enfermedades cardiovasculares aparecían como enfermedades de neto predominio masculino; esto, en la actualidad, ha cambiado. Cada año mueren 48.500 mujeres en nuestro país por causas cardiovasculares.

Mientras 1 de cada 25 mujeres muere de cáncer de mama, aproximadamente 1 de cada 2 fallece por afecciones cardiovasculares.

Las encuestas periódicas de factores de riesgo cardiovascular son un sistema de vigilancia epidemiológica adecuado para conocer su prevalencia en la población. Constituyen una valiosa herramienta para el diseño de políticas públicas en salud.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2005, la prevalencia de los FRCV es la siguiente:

Sedentarismo: el 46,2% de la población encuestada no realiza el nivel mínimo recomendado de actividad física. Numerosas investigaciones dan cuenta de la relación beneficiosa entre actividad física de intensidad moderada y disminución del riesgo de padecer enfermedad coronaria.

Sobrepeso y obesidad: la prevalencia de sobrepeso fue de 34,5 % (IMC mayor o igual a 25 Kg por metro cuadrado y menor o igual a 29,9 Kg. por metro cuadrado) y la prevalencia de obesidad fue del 14,6% (IMC mayor o igual a 30 Kg por metro cuadrado).

La obesidad y el sobrepeso son las enfermedades nutricionales más frecuentes en la actualidad y su tratamiento representa uno de los mayores gastos en salud. La prevalencia de la obesidad se incrementó hasta un 30% en la última década en algunos países y ello se asocia a la disponibilidad mayor de alimentos hipercalóricos e hipergrasos y a la disminución de la actividad física diaria. Pero se sabe que además de estos factores intervienen los predisponentes genéticos.

Se sabe también que la obesidad troncal se relaciona con complicaciones metabólicas. En 1983 el estudio de Framingham mostró que la obesidad era el tercer predictor de enfermedad cardiovascular luego de la edad y la hipercolesterolemia. Según distintos trabajos de investigación existe una relación lineal entre el sobrepeso y la morbimortalidad de origen cardiovascular, tanto en hombres como en mujeres. Las personas obesas presentan un riesgo relativo de muerte e infarto agudo de miocardio entre 2 y 2.5 veces superior a las personas con peso normal.

En relación a la **hipertensión**, como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular existe suficiente y variada evidencia de esta correlación fuerte, positiva y continua.

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular el 68,4% refirió haberse controlado la TA al menos en una oportunidad en el último año. El autorreporte de HTA fue de 34,4% (10,7% diagnosticada en una única vez y 23,7% diagnosticada en más de una vez por un profesional de la salud). De ese porcentaje solamente un 63,5% recibía tratamiento.

En relación a la **diabetes**, según los datos de la encuesta, la prevalencia de valores anormales de glucemia, por autorreporte, fue 11,9%. Diversos estudios epidemiológicos, entre ellos el estudio de Framingham, establecieron claramente el riesgo de enfermedad cardiovascular en los diabéticos.

Con respecto al **tabaquismo** mueren en nuestro país 40 mil personas al año y 6000 aproximadamente por el humo del tabaco ambiental; tiene una de las tasas mundiales de consumo más altas, y en la región de las Américas, junto con Chile, una de las más altas en consumo femenino. Las enfermedades vinculadas al tabaco constituyen causas evitables de muerte en el mundo y en nuestro país. En la Argentina fuma el 33,4% de la población. Su consumo cada vez es mas precoz y se calcula que hay un consumo de 1500 cigarrillos por adulto por año. Se ha demostrado en numerosos trabajos la estrecha relación existente entre consumo de tabaco y desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Finalmente, con respecto al **colesterol** la prevalencia de hipercolesterolemia, en la encuesta nacional, fue del 27,9%, siendo éste otro de los factores intervinientes para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

Con respecto a la evaluación del estado dental y periodontal, primero hay que considerar que la caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible, que conduce a la destrucción de las estructuras del diente mediante la acción de las bacterias formadoras de ácido, presentes en el biofilm dental (Sheiham, 2001). La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas a nivel mundial como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores ambientales, socioculturales, económicos y del comportamiento.

Las enfermedades odontológicas son prevenibles. El 90% de las pérdidas dentarias se deben a caries y a enfermedad periodontal. Ambas son causadas por la placa bacteriana. Todo este proceso es de fácil prevención en la medida que exista: consejo del médico sobre hábitos adecuados de alimentación, correcta higiene dental diaria y una sistematizada consulta preventiva al odontólogo.

Existen diversos indicadores que expresan la distribución y magnitud de la caries dental: (a) índices empleados universalmente (índice de dientes cariados, extraídos o con indicación para extracción y obturados para dentición permanente y primaria respectivamente (CPOD y ceod), (b) indicadores “para grandes números” tales como el índice de necesidad de tratamiento de caries (Bordoni y col., 1993) destinado a estimar necesidades y recursos en la programación específica y (c) indicadores basados en criterios de mayor precisión destinado a diagnósticos en poblaciones cuyo nivel de enfermedad se ha reducido significativamente, como el índice significativo para caries dental o el ICDAS II (International Caries Detection and Assessment System Coordinating Comité, 2005; Ismail et al., 2007).

La evaluación de las disfonías puede realizarse través de escalas. Una de ellas es la escala RASAT. Se trata de una escala de evaluación perceptiva y sirve para identificar disturbios vocales, relacionados a la irregularidad vibratoria de las cuerdas vocales (fuente glótica) ante características como Ronquera, Aspereza, Soplo, Astenia y Tensión,

Se entiende por **ronquera** a la irregularidad vibratoria de la mucosa de las cuerdas vocales durante la fonación, debida a la presencia aislada de hendidura glótica mayor o igual a 0,5 mm cuadrados, presencia aislada de alteración orgánica en la mucosa vibratoria o hendidura de cualquier dimensión asociada a la presencia de alteración orgánica de la mucosa vibratoria. Un ej característico de ronquera ocurre en los nódulos vocales, hiperemia y edemas.

La **aspereza** se relaciona a la rigidez de la mucosa, que también causa cierta irregularidad vibratoria dependiendo de la presencia o no de hendidura glótica y de la asociación con otras alteraciones laríngeas como, por ejemplo, edema, donde predomina la rigidez; la voz es seca y sin proyección.

El **soplo** corresponde a la presencia de un ruido de fondo audible y cuya correlación fisiológica más frecuente es la presencia de hendidura glótica.

La **astenia** de la voz se correlaciona con la hipofunción de las cuerdas vocales y la escasa energía en la emisión, como en la miastenia gravis.

La **tensión** está asociada al esfuerzo vocal, por aumento de la aducción glótica (hiperfunción) relacionada generalmente al aumento de la actividad de los músculos extrínsecos de la laringe que causan su elevación. Ej: disfonía espasmódica de aducción.

Considerando estos aspectos perceptivos se los gradúa en 4 niveles, a saber: Normal (0), Leve (1), Moderado (2), Intenso (3).

Esta escala fue una adaptación brasileña de la escala GRABS creada por el Comité de Tests de la función Fonatoria de la Sociedad Japonesa de Logopedia y Foniatría en 1969. En el año 2001, la Sociedad Brasileira de Laringología y Voz, al llevar adelante el

triage de la voz a la población en el marco de la Campaña Nacional de la Voz, adoptan la escala de RASAT.

Se utiliza como un barrido vocal para la detección temprana de algún tipo de trastorno sin valor diagnóstico, pero sumamente importante para la identificación de cuadros prodrómicos de patología en la voz.

La disfonía está contemplada como enfermedad profesional desde el año 1996.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron para el análisis los datos obtenidos a través de las planillas de registro y encuestas realizadas en la campaña del año 2006 y la recorrida de las unidades móviles preventivas (UMP) en los años 2007 y 2008:

- 1) Autocuestionario sobre FRCV (anexo 1): consiste de una encuesta autoadministrada y de un espacio para el registro objetivo de los valores de TA, Peso, Talla, Perímetro Abdominal e IMC (índice de masa corporal)
- 2) Planilla de Odontología preventiva (anexo 2): donde se consignan datos demográficos y laborales, fecha de último control odontológico y el índice de necesidad de tratamiento de caries (INTC). (Anexo 3). El INTC (Bordoni N, 1993) ha sido diseñado para establecer a nivel sanitario, el estado de salud-enfermedad bucodental y la necesidad de tratamiento recomendado.
- 3) Planilla de registro RASAT: donde se consignan datos demográficos, hábitos y antecedentes patológicos que pudieran relacionarse con la presencia de disfonías y la valoración numérica de la escala RASAT (anexo 4).

Los datos fueron analizados con el programa **Epi-Info 2000**.

Los datos para la comparación con la media nacional fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del Ministerio de Salud de la Nación, año 2005.

RESULTADOS

AUTOCUESTIONARIOS Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Entre el mes de abril del año 2006 y diciembre del año 2008, se realizaron **25.383 autocuestionarios** para evaluación de **FRCV**; **8.457 encuestas RASAT** y **4.893 detecciones de INTC**. (ver gráfico 1 y tabla 1). De las 10.425 encuestas del año 2008, 5.591 (53.6%) pertenecen a docentes del Conurbano Bonaerense y 4834 (46.4%) pertenecen al interior de la Pcia. de Bs As.

Gráfico 1

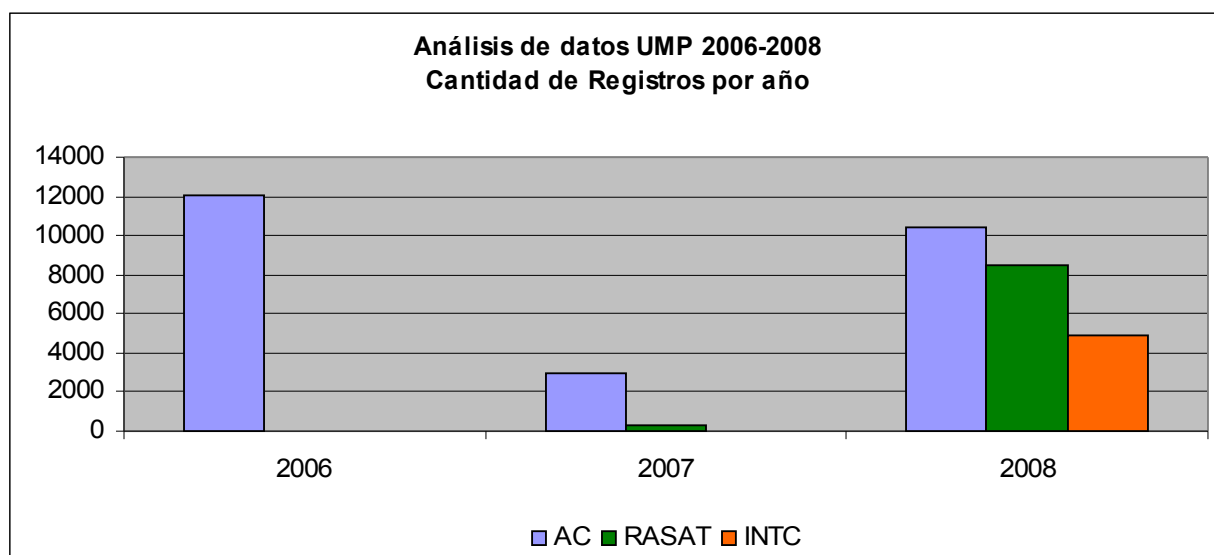


Tabla 1. Cantidad de Escuelas, Distritos y Tiempo recorridos por año.

	2006	2007	2008
Tiempo de recorrida	4 meses	9 meses	10 meses
Cantidad de Escuelas	733	325	1238
Cantidad de Distritos	18	7	62

El **88.3%** de las personas encuestadas son **mujeres**.

Más del **99%** tiene entre **20 y 65 años** de edad, lo que es esperable debido a que esta actividad se realiza en las escuelas, con docentes que se encuentran en función; el 56% pertenece al grupo etario entre 40 y 60 años.

El 56.4% son docentes no afiliados al SUTEBA.

El **57%** de los encuestados refirieron realizar **“chequeos” anuales**.

El **84%** de las mujeres encuestadas refirieron que realizan **controles ginecológicos anuales**.

Con respecto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, según autorreferencia, el **55% no realiza actividad física** aeróbica en forma regular, el **25% es tabaquista**, el **12% tiene HTA**, el **12%** refiere niveles de **colesterol elevado** y solo el **2%** refiere **diabetes**. Los porcentajes de tabaquismo muestran una disminución en los distintos años evaluados (28% en 2006, 25% en 2007 y 23% en 2008). Lo anterior también puede observarse con la variable sedentarismo (57% en 2006, 54% en 2007 y 53% en 2008). En el resto de las variables no se observan variaciones porcentuales en los tres años.

Con respecto al índice de masa corporal, el **53%** presentan **sobrepeso u obesidad** (IMC > 25). Si se tiene en cuenta el perímetro abdominal, el 44.6% presenta valores mayores a los considerados normales (mayor a 88 cm en mujeres y a 102 cm en varones).

En el año 2006 el 29% de los docentes a quienes se registró TA presentaban valores elevados (TAS > 139 mmHg o TAD > 89 mmHg), en cambio en 2007 y 2008 los porcentajes disminuyeron a 17% y 12%, respectivamente.

Aproximadamente el **5%** de todos los docentes encuestados refirieron presentar **antecedentes** de muerte de padre o madre antes de los 50 años por causa de IAM o muerte súbita. En este grupo de docentes los porcentajes de HTA, hipercolesterolemia

y DBT (por autorreferencia) son significativamente mayores que en el resto de la población encuestada.

De las personas encuestadas que refirieron padecer HTA, el 54% presentaron valores tensionales mayores a 140 mmHg de TAS o 90 mmHg de TAD, con diferencias significativas en la evaluación de los tres años por separado (Ver Tabla 2). El 14.5% de la población que refirió no ser hipertensa presentaba valores tensionales superiores a los normales, con diferencias en la evaluación por año (Ver Tabla 2).

Del total de pacientes que presentaron valores tensionales superiores a 160 mmHg de TAS o 100 mmHg de TAD, el 50 % refirieron NO ser hipertensos, y de este último grupo el 44% refirieron que No realizan controles de salud periódicos.

Tabla 2 Relación entre HTA por autorreferencia y valores tensionales elevados

TA elevada en la consulta	Refiere ser hipertenso					
	SI			NO		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
SI	69%	54%	39%	23%	12%	8%
NO	31%	46%	61%	77%	88%	92%

Cuando se asocian los distintos factores de riesgo cardiovascular y se comparan con lo registrado en el análisis de la población docente total encuestada, se observan los siguientes datos:

Los pacientes con sobrepeso u obesidad presentan porcentajes levemente mayores de sedentarismo, hipercolesterolemia, DBT e HTA.

Los pacientes con hipercolesterolemia presentan un aumento significativo en los porcentajes de DBT, HTA y sobrepeso.

El grupo de pacientes que refirieron ser diabéticos presentan los porcentajes más altos de hipercolesterolemia, HTA, sobrepeso u obesidad y antecedentes de enfermedad cardiovascular en familiar de 1er grado.

El sedentarismo es porcentualmente mayor en los hipertensos que en quienes tienen IMC > 25 y en quienes refirieron ser diabéticos. También en el grupo de quienes refirieron HTA se observa el mayor porcentaje de DBT y un porcentaje mayor al del análisis general en los valores de hipercolesterolemia y sobrepeso u obesidad.

Los encuestados que refirieron antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular presentaron mayores porcentajes de DBT e HTA, y menores de sedentarismo y sobrepeso u obesidad.

El grupo de encuestados que refirió tabaquismo no presenta aumento de los porcentajes de los demás factores de riesgo con respecto a la población general analizada. (Ver Tabla 3).

Tabla 3 Asociación de Factores de Riesgo

Factor principal	Factor Secundario asociado	Sedentaris mo	Hipercoles terolemia	DBT	Tabaquis mo	HTA	Ant. Familiar ECV	IMC>25
IMC >25		57,6%	14,9%	3,6%	23,1%	17,6%	5,4%	
Sedentarismo			13,0%	2,1%	25,9%	12,9%	5,0%	55,7%
Hipercolesterolemia		58,2%		6,5%	24,3%	27,8%	6,5%	65,0%
DBT		55,3%	34,0%		25,2%	50,3%	13,6%	87,0%
Tabaquismo		57,9%	11,7%	2,3%		10,9%	3,0%	51,0%
HTA		59,1%	27,5%	9,5%	22,4%		5,3%	79,3%
Ant. Familiar ECV		53,0%	15,7%	5,5%	23,3%	20,4%		48,5%

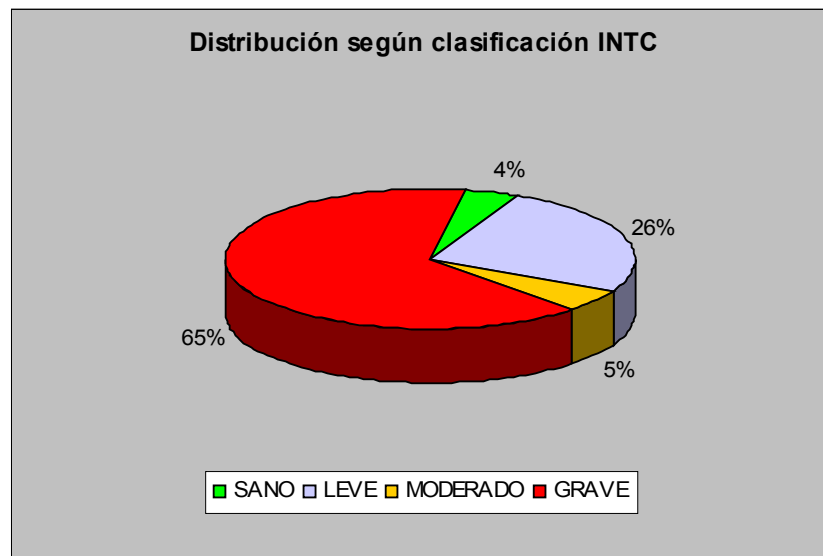
EVALUACIÓN DEL INTC

Con respecto a la salud bucal, a partir de la detección del Índice de Necesidad de Tratamiento de Caries, se evaluaron 4.893 docentes de 85 localidades del interior de la Pcia de Buenos Aires, durante el recorrido de la UMP en el año 2008.

La edad promedio fue de 41.5 años y la mediana de 41 años (esta variable se registró en 4.588 casos).

De los 4.893 evaluados, el **65.1%** presenta **lesiones graves** (INTC > 10) y solo el **4.2%** pertenecen al grupo de “**boca sana**”. (ver gráfico 2)

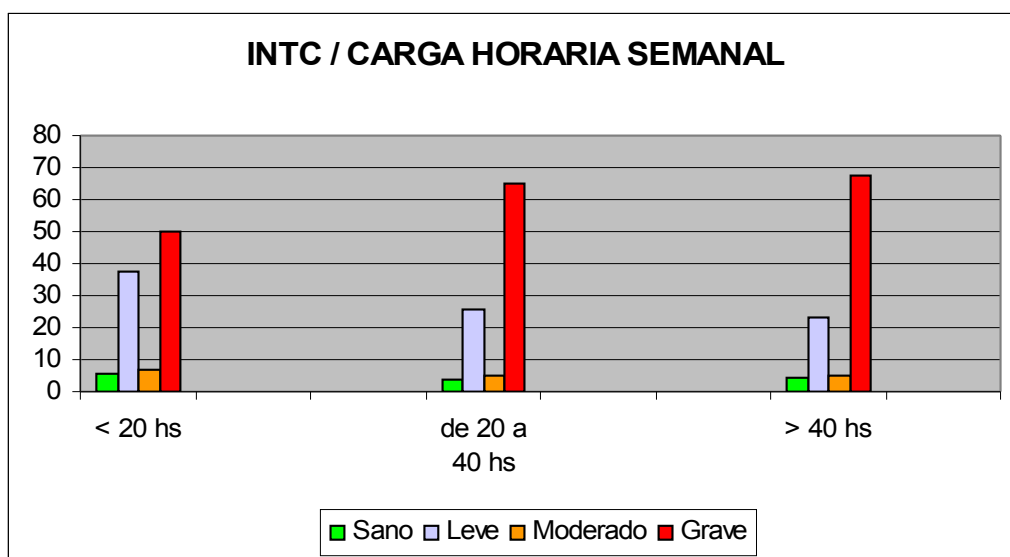
Gráfico 2



El 65.7% refirieron haber realizado control odontológico en el último año.

Con respecto a la cantidad de horas trabajadas por semana se tomaron tres grupos, y se relacionaron con el INTc (Ver Gráfico 3). Se puede observar que a mayor cantidad de carga horaria semanal, mayor porcentaje de lesiones graves.

Gráfico 3



Cuando se relaciona el INTc con la cantidad de años en el sistema puede observarse que la proporción de pacientes con deterioro “GRAVE” aumenta a medida que aumenta los años en el sistema. (Ver tabla 4).

Tabla 4 Relación entre antigüedad en el sistema educativo y estado de salud bucal según INTC

CANTIDAD DE AÑOS EN EL SISTEMA								
INTC	< de 5 años	de 5 a 10 años	de 10 a 15 años	de 15 a 20 años	de 20 a 25 años	de 25 a 30 años	> de 30 años	TOTAL
Sano	46	43	30	34	21	8	2	184
% Fila	25	23.4	16.3	18.5	11.4	4.3	1.1	100
% Columna	5.9	6.4	4	4.3	2.9	2.5	0.8	4.3
Leve	301	219	203	175	166	35	30	1129
% Fila	26.7	19.4	18	15.5	14.7	3.1	2.7	100
% Columna	38.9	32.7	27.2	22.1	23.2	11	11.3	26.4
Moderado	53	39	32	32	22	10	5	193
% Fila	27.5	20.2	16.6	16.6	11.4	5.2	2.6	100
% Columna	6.8	5.8	4.3	4	3.1	3.2	1.9	4.5
Grave	374	368	482	551	507	264	229	2775
% Fila	13.5	13.3	17.4	19.9	18.3	9.5	8.3	100
% Columna	48.3	55	64.5	69.6	70.8	83.3	86.1	64.8

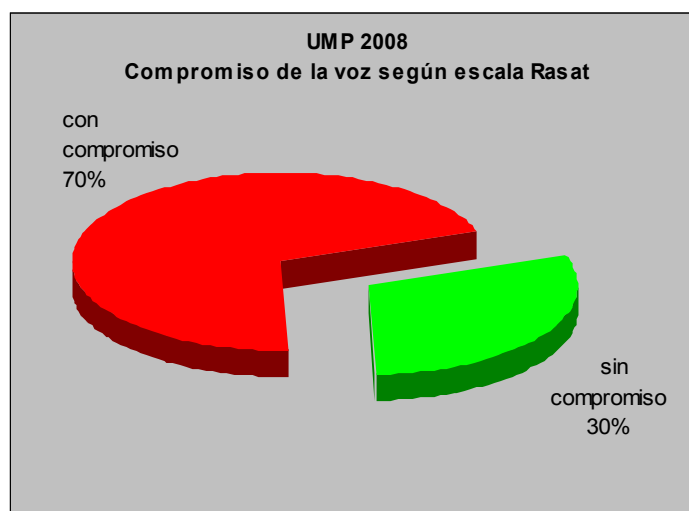
EVALUACIÓN DE LA VOZ (RASAT)

Durante el año 2008, en el recorrido de las UMP tanto en el interior de la Pcia. como en el Conurbano bonaerense, se evaluaron alteraciones de los distintos aspectos de la voz en 8.457 docentes, mediante la realización de la escala RASAT.

El 90% de las personas evaluadas fueron mujeres.

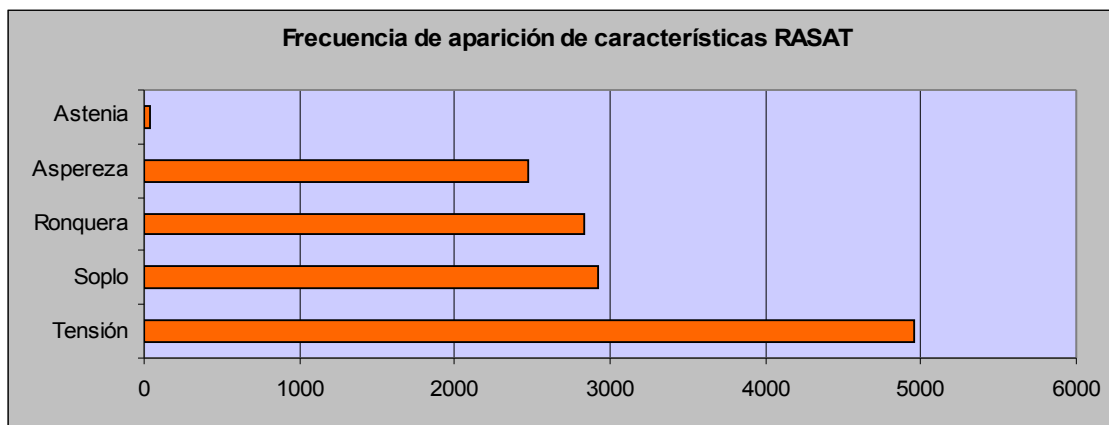
El **70%** de los evaluados **presentaron algún tipo de compromiso** (de leve a grave) en alguna de las características de la escala (ronquera, aspereza, soplo, tensión, astenia) aunque no lo percibieran concientemente en su vida cotidiana. (Ver gráfico 4)

Gráfico 4



La tensión es la característica más afectada, seguida por el soplo y la ronquera. En todos los casos la mayoría de los encuestados presentan una afectación leve. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5



El 70% de los encuestados con compromiso rasat son profesores o maestros que están frente al grado. Esta afectación también se observa al analizar cada cargo en particular. Tomando el grupo de **docentes sin RGE (reflujo gastroesofágico) y NO tabaquistas** el **73.7%** presenta algún grado de compromiso RASAT.

En el grupo de las docentes que **tienen menos de 5 años de antigüedad y carga horaria de menos de 20 horas semanales**, el **60%** tiene algún grado de **compromiso RASAT**.

DISCUSIÓN

La población analizada, predominantemente femenina, entre 20 a 65 años pero que en más de la mitad de los casos corresponde al grupo de 40 a 60, y que reside y trabaja en la provincia de Buenos Aires, especialmente en el conurbano bonaerense, no es estrictamente comparable a la comprendida por la ENFR en 2005, pero consideramos esta referencia como la más representativa y actual para nuestro país, respaldada además por la autoridad sanitaria federal. Por eso establecimos para cada parámetro encuestado su correspondencia con aquellos datos.

De esta manera observamos que en HTA, DBT e Hipercolesterolemia referidas y en tabaquismo, nuestras cifras resultan menores que las de la ENFR (media para el territorio nacional). En sedentarismo en cambio son muy superiores (55%) a la media nacional (46%), aunque semejantes a las referidas por la ENFR específicamente para la población bonaerense (56%). El sobrepeso y obesidad registrados en nuestros docentes (53% en total) supera al 49% de la encuesta nacional citada. Hay que considerar que el registro de estos valores en nuestro trabajo no es referido sino que corresponde a la medición realizada por el equipo de salud que visita la escuela.

La población con Diabetes conocida está muy por debajo de la cifra reportada en la ENFR y esto puede constituir un desconocimiento del estado de salud en una población que en más de un 40% de los encuestados no realiza controles periódicos de salud. Resulta preocupante además cuando, en la población que se reconoció como diabética en nuestra encuesta (2%) se corresponde además con los porcentajes más altos de IMC mayor de 25, de HTA referida, de antecedentes familiares de ECV, y de hipercolesterolemia conocida. Esto refuerza la necesidad de trabajar no solo en prevención primaria con este grupo, sino también en prevención secundaria, cuándo esté indicado, mejorando el diagnóstico precoz y permitiendo intervenciones terapéuticas oportunas.

La disminución porcentual del tabaquismo y el sedentarismo en la evaluación de los tres años, podría deberse, en el año 2008, a la influencia de los datos del interior de la provincia. En el año 2007, esa disminución no es atribuible a ninguna variable evidente. Se analizó, también, la franca diferencia en la detección de cifras elevadas de tensión arterial en los diferentes años, y no se encontraron variables o condiciones que hayan podido influir en forma significativa. En el año 2006 los registros se realizaban dentro de las escuelas y en el 2008 dentro de los móviles; el resto de las condiciones (material, recurso humano adiestrado, etc) fueron similares.

Todos los indicadores encuestados reflejan estados de salud emergentes de modos de vida que no están dados de manera exclusiva por el estilo de vida que sigue cada individuo, ni por la información disponible para “vivir mejor”, ni por el acceso a la atención, ni por sus recursos económicos, ni por sus preferencias culturales, ni por sus condiciones de trabajo. Estos modos de vida expresan una conjunción de estos elementos que se expresan en formas sociales de organización de las maneras posibles de habitar lo cotidiano, que varían para cada sociedad y para los distintos sectores sociales en cada comunidad.

Constituyen espacios posibles de ser rediseñados por los actores sociales y conforman el lugar posible para la participación y la co-construcción de la salud.

De los datos referidos, el sobrepeso y la obesidad, así como el sedentarismo son los que reflejan más directamente esa condición del modo de habitar lo cotidiano.

Con respecto al estado de salud bucal se observa que del total de los evaluados el 65,1% presenta lesiones graves, y que esto se correlaciona con el aumento de carga horaria semanal y con la antigüedad en el sistema educativo, es decir, que a mayor carga horaria y años en el ejercicio, mayor es el deterioro. La relación de gravedad con mayor carga horaria podría deberse al menor tiempo disponible para las consultas, pero el análisis en este sentido exige una mayor complejidad; si nos preguntamos si mayor tiempo para la consulta garantiza una mayor concurrencia a controles odontológicos, una de las respuestas posibles y probables sería que no...

Por otro lado podemos inferir que quienes mayor antigüedad tienen en el sistema educativo, también tienen más edad, y por lo tanto más posibilidades de padecer alteraciones en la boca; pero en rigor de verdad, quien realiza controles odontológicos y es protagonista de medidas de atención primaria y secundaria en lo que a salud bucal respecta, no tendría que ser, necesariamente, portador de este tipo de lesiones, por lo que la edad no debería relacionarse con la gravedad.

Se observa una contradicción entre la cantidad de docentes que realizó el control odontológico el último año y la evaluación de los resultados, por lo que suponemos que hubo problemas al formular y/o interpretar la pregunta correspondiente a este registro.

También consideramos destacable que entre los contenidos curriculares que exige el Ministerio de Educación se encuentran aquellos relacionados al cuidado de la salud bucal.

En cuanto a las alteraciones de los distintos aspectos de la voz se observa que, el 70% de los evaluados presenta algún grado de compromiso, que la característica más frecuentemente encontrada es la tensión, seguida de soplo y ronquera, que los docentes con alumnos a cargo, es decir maestros y profesores, son los más afectados y que en más del 60% de aquellos con menos de cinco años de antigüedad y una carga horaria menor de veinte horas por semana ya se observa algún tipo de alteración.

Es importante destacar los diferentes factores individuales y laborales condicionantes de esta situación, tales como el polvo de la tiza, el ruido ambiental, el humo de tabaco, el reflujo gastro-esofágico, la falta de megáfono en espacios libres, entre otros. En el trabajo cotidiano la exposición a situaciones en donde la voz cobra un protagonismo desmedido y el docente no se reconoce como un profesional de la misma, la utiliza sin

tomar en cuenta los cuidados que ésta necesita. Cobra importancia tener en cuenta que las disfonías al igual que otros problemas de salud pueden resultar indicadores de condiciones de trabajo, por lo que una de las claves en la búsqueda de soluciones para este tipo de problemáticas obliga a pensar y avanzar en un abordaje de transformación colectiva.

Otro aspecto fundamental es la falta de acciones preventivas durante el proceso de formación del docente.

RECOMENDACIONES

- ✓ Estimular la apropiación de modos de vida saludables en la comunidad educativa, apelando fundamentalmente a la construcción colectiva.
- ✓ Utilizar la UMP y otros dispositivos actuales y futuros para mejorar el acceso a escuelas de toda la Pcia. de Buenos Aires, con el fin de llegar a las mismas con acciones de promoción de la salud.
- ✓ Promover el auto cuidado y el de las familias a través de los controles periódicos de salud (clínicos, odontológicos, ginecológicos). Incorporar a aquellos que tengan la posibilidad de concurrir a los centros de salud del sindicato a los programas de cuidado de la salud que funcionan en los mismos.
- ✓ Promover la actividad física según posibilidades individuales y colectivas, ampliando los espacios propios que hoy existen para tal fin, articulando con actores locales en cada región y trabajando los proyectos en forma conjunta con la Secretaría de Promoción Social.
- ✓ Promover la incorporación de una alimentación saludable, por un lado trabajando con los equipos de salud de los CAP propios para que puedan, a partir de diferentes miradas, generar un abordaje transversal de esta problemática. Por otro lado, articulando con salud laboral para lograr la “problematización del problema” en las escuelas, acompañando a los docentes en la búsqueda colectiva de respuestas y soluciones.
- ✓ Brindar información sobre los riesgos del tabaco, estimular la deshabituación tabáquica.
- ✓ Informar que la disfonía es una enfermedad profesional.
- ✓ Realizar trabajos de investigación analíticos para demostrar la importancia del aprendizaje de los cuidados de la voz en la etapa formativa del docente, que puedan ser un aporte para acciones sindicales en otros niveles.
- ✓ Informar sobre los cuidados de la voz a través de charlas y talleres en las escuelas y en los CAPS.
- ✓ Realizar aportes a la dirección de salud laboral, para la incorporación de la licencia para exámenes preventivos en los docentes, en el marco de acuerdos paritarios.
- ✓ Implementar el Programa de Odontología Preventiva en los CAPS del Sindicato.

BIBLIOGRAFÍA

- Dra. Sílvia Rebelo Pinho, Dr. Paulo Pontes. Escala de evaluación perceptiva de la fuente glótica: RASAT.
- S. Fernández González*, M. Marqués Girbau*, F. Vázquez de la Iglesia**, C. Gimeno Vilar. Discapacidad vocal. REV MED UNIV NAVARRA/VOL 50, Nº 3, 2006, 73-80.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular. 2005. Ministerio de Salud de la Nación (www.msal.gov.ar/htm/site/enfr/index.asp).
- Dirección de Estadísticas en Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Indicadores en salud: publicación 2008.
- Subsecretaría de Planificación de la Salud: Dirección de Información Sistematizada... Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Estimaciones 2007
- Programa Nacional Antitabaco del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Informe OPS/OMS, 1997; 2002; Quiñones, 2001; Diehnelt, Kiyak, 2001; PAHO, 2002; Peres et al., 2005; Petersen, 2003.
- OPS: Tabaco o Salud en las Américas: 1992.
- International Caries Detection and Assessment System Coordinating Comité, 2005; Ismail et al., 2007.
- Bordoni N, Sqassi A. Programas preventivos. En odontología preventiva. PRECONC.PALTEX/OPS/OMS. Buenos Aires. Argentina. 1999.

ANEXO 1



AUTOCUESTIONARIO

La siguiente encuesta tiene como objetivo determinar algunos factores de riesgo para enfermedades, los que detectados a tiempo, pueden corregirse evitando de tal modo que la enfermedad avance y se convierta en un problema de salud grave.
 La misma es confidencial y no requiere que anotes tus datos personales. Será posteriormente utilizada por el médico para completar tu perfil y poder asesorarte sobre que enfermedades deberías prestar más atención para prevenirlas.

Escuela: _____

Localidad: _____

1. Edad: _____
2. Sexo F M
3. ¿Es afiliado a SUTEBA? No Sí
4. ¿Conoce que SUTEBA tiene Centros de Salud? No Sí
5. ¿Se realiza un chequeo anual preventivo? (no ginecológico) No Sí En SUTEBA En otro lugar
6. ¿Se realiza controles preventivos ginecológicos? No Sí En SUTEBA Sí En otro lugar
7. ¿FUMA? No Sí
8. ¿Tiene Diabetes? No Sí
9. ¿Tiene Colesterol alto? No Sí
10. ¿Realiza caminatas, bicicleta, corre o realiza otra actividad aeróbica al menos 3 veces por semana? No Sí
11. ¿Ha tenido o tiene padre, madre, hermano/a con Diabetes? No Sí
12. ¿Su padre o madre ha fallecido antes de los 50 años por infarto o muerte súbita? No Sí
13. ¿Ha tenido o tiene padre, madre o hermano/a con cáncer de intestino grueso? Cáncer de colon) No Sí
14. ¿Le fueron extraídas piezas dentales? No Sí Fueron reemplazadas Sí No fueron reemplazadas
15. ¿Sobre que temas relacionados con su salud le gustaría recibir información?

Enfermería:

Peso: _____ kg. Talla: _____ cm. IMC: _____ T.Art.: _____ mm de Hg.

Perímetro Abdominal: _____ cm.

Médico:

Score: 5 4 3 2 1 0

ANEXO 3

INTC

<u>CONDICION DE SALUD</u>	<u>VALOR DEL INDICE</u>	<u>TRATAMIENTO NECESARIO</u>
Boca sana con tratamiento preventivo	00	No necesita tratamiento
Boca sana sin tratamiento preventivo	01	Plan preventiva básico
Boca san con manchas blancas/surcos profundos	02	Plan preventivo adicional con selladores
Caries amelodentinarias en 1 cuadrante	03	Plan adicional + restauraciones en 1 cuadrante
Caries amelodentinarias en 2 cuadrantes de la boca	04	Plan adicional + restauraciones en 2 cuadrantes
Caries amelodentinarias en 3 cuadrantes de la boca	05	Plan adicional + restauraciones en 3 cuadrantes
Caries amelodentinarias en 4 cuadrantes de la boca	06	Plan adicional + restauraciones en 4 cuadrantes
Problemas pulpares en 1 cuadrante de la boca	07	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 1 cuadrante + restauraciones
Problemas pulpares en 2 cuadrantes de la boca	08	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 2 cuadrante + restauraciones
Problemas pulpares en 3 cuadrantes de la boca	09	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 3 cuadrante + restauraciones
Problemas pulpares en 4 cuadrantes de la boca	10	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 4 cuadrante + restauraciones
Ausencia de dientes en 1 cuadrante de la boca	11	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protetica
Ausencia de dientes en 2 cuadrantes de la boca	12	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protetica en 2 cuadrantes
Ausencia de dientes en 3 cuadrantes de la boca	13	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protetica en 3 cuadrantes
Ausencia de dientes en 4 cuadrantes de la boca	14	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protetica en 4 cuadrantes

ANEXO 4

SUTEB A – PLANILLA DE REGISTRO ESCALA RASAT

FECHA:

DISTRITO:

ESCUELA:

N°	Sexo	Edad	Rama(1)	Antig(2)	Cargo(3)	Hs sem(4)	R A S A T					Orl(5)	ART(6)	Cap.vo c.(7)	Tabaq.(8)	Refluj o(9)	Observaciones
1																	
2																	
3																	

