

Realidades de la estomatología en comunidades de pobreza extrema y nuevas urbanizaciones del estado Carabobo

Realities of estomatology in extreme poverty communities and in the new urbanizations of Carabobo state

Dr. Bernardo Ricardo Pérez Barrero,^I Dra. Clara Ortiz Moncada,^I Dr. Maykel Santana Corrales,^{II} Lic. Bárbara Gan Cardero^{III} y Dra. Silvana Oliveros Noriega Roldán^I

^I Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires del Moncada", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Clínica Estomatológica Municipal Camagüey, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "José Martí Pérez", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo, de todos los pacientes notificados en los registros estadísticos de las comunidades de pobreza extrema y las nuevas urbanizaciones del estado Carabobo, durante el primer semestre del 2016, con vistas a identificar las actividades desarrolladas en estos, de acuerdo a las siguientes variables: consultas estomatológicas, actividades de promoción de salud, otros procedimientos estomatológicos y las remisiones al segundo nivel de atención. Entre los resultados se obtuvo que el mayor porcentaje de consultas se realizara en el primer trimestre del año, con predominio de las consultas-convenios, así como de las actividades de promoción de la salud. El grupo etario de menores de 18 años fue el más beneficiado con las actividades afectivo-participativas impartidas, en tanto los procedimientos estomatológicos preponderaron también en el primer trimestre, a excepción de la aplicación de laca de flúor, y la enfermedad periodontal fue la causa más frecuente de remisión al segundo nivel de atención.

Palabras clave: pobreza, urbanización, salud bucal, promoción de salud, actividades educativas, Venezuela.

ABSTRACT

A descriptive, observational, longitudinal and retrospective study, from all the patients notified in the statistical records of extreme poverty communities and from the new urbanizations of the state Carabobo was carried out during the first semester of 2016, with the objective of describing the activities developed in them, according to the following variables: estomatological visits, health promotion activities, other estomatological activities and referral at the second care level. Among the results it was obtained that the highest percentage of visits was carried out in the first trimester of the year, with prevalence of the visits-agreements, as well as of the health promotion activities. The age group younger than 18 years had the greatest benefits with the delivered affective-participative activities, while the estomatological procedures also prevailed in the first trimester, except the use of fluorine, and the periodontal disease was the most frequent cause of referral to the second care level.

Key words: poverty, urbanization, oral health, health promotion, educational activities, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal no es un lujo, sino un derecho del individuo y una responsabilidad de todos. Es una parte integrante de la salud en general, por lo que un individuo no puede ser considerado completamente sano si está activa una enfermedad bucal.^{1,2}

La Misión Barrio Adentro forma parte sustancial del proyecto de inclusión social planteado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. A tres años de iniciarse el incremento de la cobertura sanitaria por la incorporación de médicos, técnicos, oftalmólogos, y odontólogos cubanos y venezolanos al trabajo comunitario en salud, basado en la atención a las necesidades y la demanda de los servicios, continúa siendo una alternativa frente a los modelos predominantes y la competitividad comercial del mercado.^{3,4}

En Venezuela, a pesar de los esfuerzos del Estado, continúan existiendo insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud, pues amplios grupos poblacionales carecen de acceso a estos servicios, fundamentalmente en las comunidades de extrema pobreza.⁵

La pobreza extrema es el estado más grave de carencia, cuando las personas no pueden satisfacer varias de las necesidades básicas para vivir, como alimento, agua potable, techo, sanidad y cuidado de la salud.⁶

Es conocido que en las comunidades de pobreza extrema y los nuevos urbanismos que están siendo atendidos y construidos por el Gobierno Bolivariano, la finalidad es de mejorar sus condiciones sociales, apoyados en el proceso revolucionario venezolano a través de los programas de salud liderados por el comandante supremo Hugo Rafael Chávez Frías y Nicolás Maduro Moros, en continuidad de su legado.⁷

En el estado Carabobo estas comunidades fueron abordadas por la colaboración de los estomatólogos cubanos de la Misión Barrio Adentro; primero con la instalación, desde julio del 2013, de 11 sillones móviles, y luego con las penetraciones a través de los trabajos comunitarios integrados y la construcción de "base de misiones", que han logrado un impacto de salud y social necesario para el bienestar de todos los individuos, las familias y la población en general.

Atendiendo a los resultados alcanzados en la labor diaria en estas comunidades, surgió el interés por describir las actividades estomatológicas desarrolladas en las comunidades de pobreza extrema y las nuevas urbanizaciones del estado Carabobo, como evidencia de la continuidad de la Revolución Bolivariana en ellas a través de la Misión Barrio Adentro.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo, para identificar las actividades desarrolladas en las comunidades de pobreza extrema y las nuevas urbanizaciones del estado Carabobo, durante el primer semestre del 2016. El universo estuvo constituido por todos los pacientes notificados en los registros estadísticos.

La información se introdujo en una ficha de vaciamiento, y las variables analizadas fueron consultas estomatológicas, actividades de promoción de salud, otras actividades

estomatológicas y las remisiones al segundo nivel de atención. En el procesamiento estadístico se emplearon las frecuencias absolutas y relativas como unidades de resumen.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la cantidad de consultas estomatológicas realizadas en las comunidades de pobreza extrema y las nuevas urbanizaciones. El mayor número de consultas de EGI se realizó en el primer trimestre del año, con 3 604, para 58,2 %, debido fundamentalmente a las 3 103 consultas convenios (que incluye los pacientes examinados más las urgencias) y las 501 consultas de seguimiento. Asimismo predominaron las consultas-convenios (88,9 %) en ambas etapas analizadas, con 86,2 y 92,8 %, respectivamente.

Tabla 1. Consultas estomatológicas en las comunidades

Meses	Consultas estomatológicas					
	Convenio		Seguimientos		Consultas EGI	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	903	16,4	196	28,5	1 099	17,8
Febrero	1 078	19,6	126	18,3	1 204	19,5
Marzo	1 122	20,4	179	26,1	1 301	21,0
1er trimestre	3 103	86,2	501	13,9	3 604	58,2
Abril	937	17,0	69	10,0	1 006	16,3
Mayo	612	11,1	34	4,9	646	10,4
Junio	851	15,5	83	12,1	934	15,1
2do trimestre	2 400	92,8	186	7,2	2 586	41,8
Total	5 503	88,9	687	11,1	6 190	100,0

De las 2 007 actividades de promoción de salud impartidas en las comunidades (tabla 2), en el primer trimestre estuvieron las más desarrolladas, con 1 021, para 50,9 %; mientras que el mayor número de casos beneficiados por estas actividades afectivo-participativas estuvo representado en los menores de 18 años, con 6 869 en el primer trimestre (51,9 %) y 6 364 en el segundo (48,1 %).

Tabla 2. Actividades de promoción de salud en las comunidades

Meses	Actividades de promoción de salud					
	Actividades educativas		Beneficiadas <18 años		Beneficiadas >18 años	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	347	17,3	2 027	15,3	547	120,2
Febrero	307	15,3	2 082	15,7	322	70,8
Marzo	367	18,3	2 760	20,9	327	71,9
1er trimestre	1 021	50,9	6 869	51,9	1 196	9,0
Abril	416	20,7	2 437	18,4	319	70,1
Mayo	268	13,4	1 807	13,7	202	44,4
Junio	302	15,0	2 120	16,0	181	39,8
2do trimestre	986	49,1	6 364	48,1	702	37,0
Total	2 007	100,0	13 233	100,0	1 898	100,0

Las demás actividades estomatológicas notificadas en las comunidades de pobreza extrema y las nuevas urbanizaciones, fueron más numerosas en el primer trimestre, principalmente las exodoncias (52,3 %), restauraciones (52,5 %), pulpotomías (57,1 %) y tartrectomías (58,5 %), aunque no fue así con la aplicación de laca de flúor, pues por carencia de este recurso solo se obtuvo 9,0 % durante dicho trimestre (tabla 3).

Tabla 3. Otros procedimientos estomatológicos en las comunidades

Meses	Laca de flúor		Otras actividades estomatológicas							
	No.	%	Extracciones		Restauraciones		Pulpotomías		Tartrectomías	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	16	9,0	273	19,3	1 163	15,9	85	19,6	669	16,3
Febrero			344	24,4	1 283	17,5	119	27,4	957	23,3
Marzo			121	8,6	1 401	19,1	44	10,1	776	18,9
1er trimestre	16	9,0	738	52,3	3 847	52,5	248	57,1	2 402	58,5
Abril			252	17,8	1 214	16,6	75	17,3	613	14,9
Mayo	4	2,2	186	13,2	1 002	13,7	43	9,9	451	11,0
Junio	158	88,8	236	16,7	1 263	17,2	68	15,7	637	15,5
2do trimestre	162	91,0	674	47,7	3 479	47,5	186	42,9	1 701	41,5
Total	178	100,0	1 412	100,0	7 326	100,0	434	100,0	4 103	100,0

Al analizar las remisiones realizadas al segundo nivel de atención (tabla 4), quedaron distribuidas en 417 casos con enfermedad periodontal (71,5 %) y 166 con disfunción por desdentamiento (28,5 %). El mayor número de remisiones se realizó en el primer trimestre (404 de ellas, para 69,3 %), con 299 por enfermedad periodontal (71,7 %) y 105 por disfunción por desdentamiento (63,3 %).

Tabla 4. Remisiones al segundo nivel de atención en las comunidades

Meses	Remisiones al segundo nivel				Total	
	Disfunción por desdentamiento		Enfermedad periodontal			
	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	30	18,1	85	20,4	115	19,7
Febrero	33	19,9	111	26,6	144	24,7
Marzo	42	25,3	103	24,7	145	24,9
1er trimestre	105	63,3	299	71,7	404	69,3
Abril	27	16,3	62	15,1	89	15,3
Mayo	25	15,1	56	13,5	81	13,9
Junio	9	5,4	0	0,0	9	1,5
2do trimestre	61	36,7	118	28,3	179	30,7
Total	166	28,5	417	71,5	583	100,0

DISCUSIÓN

Constituye un reto el consolidar los avances, vencer las amenazas, superar las debilidades e innovar las estrategias, para alcanzar un desarrollo integral que fomente una vida saludable; muestra de ello han sido los resultados logrados al insertarse en las comunidades de pobreza extrema durante el 2016, fundamentalmente en el campo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades bucodentales, sin obviar la parte curativa y de rehabilitación bucal.

El conocimiento sobre el estado de salud bucal en la población es una premisa indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización y control de la atención estomatológica, puesto que su evaluación periódica permite conocer los logros alcanzados en la aplicación de los programas de atención, y así efectuar los ajustes necesarios para el cumplimiento de las metas y los objetivos trazados.

Con esta investigación, desde la perspectiva colectiva, se buscó ofrecer las condiciones de salud bucal en la población, bajo un pensamiento crítico, histórico, integral, holístico, multidisciplinario, pluriétnico y multisectorial, con el respeto a la diversidad cultural, el quehacer y las costumbres de las comunidades, para ofrecer respuestas y alternativas confiables con valor académico-científico, que generen cambios y transformaciones, y permitan fortalecer la labor sanitaria estomatológica en las comunidades de pobreza extrema y las nuevas urbanizaciones, con el fin último de incrementar los niveles de salud y contribuir al mejoramiento del modo y la calidad de vida de la mayoría de las personas.

La amplia cobertura de la atención estomatológica demostrada en este estudio mediante la penetración a las comunidades, evidenciada por las 6 190 consultas de EGI realizadas en el primer semestre del 2016, respondió a la perspectiva planteada por el Ministerio de Desarrollo y Salud venezolano en el 2003, que fue notoria y se ha hecho realidad desde el 2005 hasta la fecha: "... la cobertura que ha tenido el Programa Nacional de Salud Oral del Ministerio de Salud Venezolano a través de Misión Barrio Adentro Odontológica, se debe a la aplicación de acertadas políticas públicas orientadas a desarrollar estrategias de promoción de estilos de vidas saludables, prevención de enfermedades y tratamiento, así como la participación comunitaria".⁸

Por otra parte, la relevancia de la amplia cobertura asistencial también fue demostrada por Rodríguez Calzadilla y Baly Baly⁹ en Cuba, quienes enfatizaron que con la presencia, la capacidad y el rendimiento estomatológicos en la atención primaria, se logra una mayor calificación profesional, disminuyen la gravedad y la incidencia de las enfermedades bucales, aumentan los pacientes sanos, disminuyen los tratamientos complejos y otros, con lo cual se predice el alcance de la cobertura deseada.

Las actividades de promoción de salud impartidas en diferentes comunidades del estado Carabobo, estuvieron orientadas a la prevención de las enfermedades bucales, especialmente las caries, a través de técnicas educativas demostrativas, audiencias sanitarias y lluvias de ideas, con el apoyo de trípticos, folletos, modelos anatómicos dentales con su cepillo. Esto demuestra la labor educativa desarrollada en la Misión Barrio Adentro Odontológica, para enseñarles a los pequeños, la familia y la comunidad en general, las buenas técnicas de cepillado y el cuidado de sus piezas dentarias.

Navas *et al*¹⁰ reafirman la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud bucal, para la adquisición de hábitos de higiene bucodental, que contribuyan a mejorar las condiciones de salud en los diferentes grupos poblacionales.

El contenido teórico-práctico de cada actividad educativa, busca que la persona aprenda, a partir de su particularidad, a apropiarse de conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal que signifiquen realmente mejorar su calidad de vida como individuo y miembro de una comunidad, permitiendo que se realice una conceptualización, sensibilización y motivación acerca de lo que implica apropiarse de hábitos bucales saludables.¹¹

De igual modo, el nivel de exodoncias fue inferior al elevado porcentaje de tratamientos restauradores, lo cual corrobora lo planteado por el coordinador del Programa Nacional de Salud Bucal y de la referida Misión Odontológica, quien consideró como un éxito el gran esfuerzo desplegado por estos profesionales para lograr ampliar los niveles de cobertura en toda Venezuela, y así mismo agregó: "han disminuido considerablemente las extracciones dentarias en las consultas, priorizando en lo posible la restauración completa del diente".⁴

La atención primaria en estomatología, además de atender a quien consulta, extiende sus acciones al grupo familiar, sanos y enfermos, desde la comunidad donde viven, estudian o trabajan, conjuntamente con acciones de prevención y promoción, hasta las de recuperación y rehabilitación de la salud bucal.

El elevado número de pacientes remitidos al segundo nivel de atención (misión "Sonrisa") padecían enfermedades periodontales y, en menor cuantía, disfunciones por desdentamiento, lo cual se correspondió con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud como premisa fundamental para la atención curativa y la rehabilitación de la población necesitada.

Por otro lado, el bajo porcentaje de pacientes con desdentamiento registrado en este estudio, respecto al de la enfermedad periodontal, se debe a la implementación y priorización del programa de salud bucal por parte del Gobierno y el Estado, que ha sido desplegado desde julio del 2014 en estas comunidades, aunque es conocido que el programa de atención odontológica se encuentra en desarrollo desde el 2004, con la instalación de las consultas odontológica cercanas a estas poblaciones, desafiando las barreras de que la salud dental es uno de los ámbitos en que las personas presentan mayores problemas por acceso, alto costo y oportunidad,^{11,12} para así evitar que se afecte el funcionamiento social y se limite a estas personas en su desempeño público.

Se concluyó que el mayor número de consultas se realizaron en el primer trimestre del año, con predominio de las consultas convenios, así como de las actividades de promoción de salud. En ambos trimestres analizados, la mayoría de las personas beneficiadas por las actividades afectivo-participativas correspondieron al grupo etario de los menores de 18 años. La mayor cantidad de extracciones dentarias, pulpotomías, obturaciones definitivas y tartrectomías, se realizaron en el primer trimestre del año, a excepción de las aplicaciones de laca de flúor; asimismo, la enfermedad periodontal fue la causa más frecuente de remisiones al segundo nivel de atención ("misión Sonrisa").

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guinera de Guaranarias J, Gorriccho B. Promoción de salud. En: Bascones A. Tratado de Odontología. T 1. Madrid: Ediciones Trigo; 1998. p. 771-6.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana; MINSAP; 2016 [citado 17 Oct 2017].
3. República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Caracas, 17 de noviembre de 1999 [citado 17 Oct 2017].
4. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS; 2006.

5. Cevallos R, Amores A. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington, D.C.: 2009 [citado 17 Oct 2017].
6. Extrema Pobreza. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [citado 17 Oct 2017].
7. Nicolás Maduro asume como Comandante en Jefe de la FANB. El Universal. 19 Abr 2013 [citado 17 Oct 2017].
8. Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Unas 11 millones de consultas bucodentales realizó "Misión Barrio Adentro Odonto" [citado 17 Oct 2017].
9. Rodríguez Calzadilla A, Baly Baly MJ. Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol. 1997 [citado 17 Oct 2017]; 34(1).
10. Navas R, Rojas de Morales T, Zambrano O, Álvarez CJ. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia. 2002; 27(11): 631-4.
11. Álvarez Montero CJ, Navas Perozo R, Rojas de Morales T. Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Rev Cubana Estomatol. 2006 [citado 17 Oct 2017]; 43(2).
12. Chile. Ministerio de Salud. Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud. Santiago de Chile: MINSAL; 2008.

Recibido: 5 de enero de 2018.

Aprobado: 18 de mayo de 2018.

Bernardo Ricardo Pérez Barrero. Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires del Moncada", Moncada y avenida "Victoriano Garzón", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: bernardop@infomed.sld.cu



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).