

Problemas sociales relacionados con el estado de salud
periodontal de la
población infantil urbano-marginal venezolana

Social problems related with the periodontal health status of the
infantile urban marginal population of Venezuela

AUTORAS

Dra. Rosario Cruz Morales (1)

E-mail: rosarioc.mtz@infomed.sld.cu

Dra. Dunia Caballero López (1)

Dra. Isabel Martínez Brito (2)

1) Especialistas de I Grado en Periodoncia. Másteres en Salud Bucal Comunitaria. Profesoras Instructoras. Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC. Matanzas.

2) Especialista de II Grado en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Auxiliar y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas.

RESUMEN

En los países subdesarrollados, donde las intervenciones comunitarias de tipo promocional o protector no han sido firmemente establecidas y en los que no existe seguimiento y control de los programas de educación y prevención para la salud, la mayoría de los individuos presentan gingivitis crónica desde edades tempranas, alcanzando esta su máxima expresión antes de los 20 años y manteniéndose igual durante toda la vida. A veces avanza a periodontitis, si no es tratada adecuadamente, lo cual tiene un impacto considerable tanto sobre la salud pública general como sobre los recursos económicos dedicados a mantenerla. En Venezuela, a pesar de que se cuenta con odontólogos especializados muy competentes, hospitales y clínicas con estructura e infraestructura adecuadas, la población más pobre carece de los servicios de salud bucal que necesitan, ya que existe un encarecimiento desmedido de los servicios médicos y estomatológicos privados. Se escribe este artículo con el objetivo de abordar los problemas sociales que más influyen en el estado de salud periodontal de la población infantil urbano marginal venezolana. La deficiente organización social, la exclusión de las clases con menos ingresos, las escasas medidas preventivo educativas sobre salud bucodental aplicadas por los servicios locales de salud, la pobre valoración de la población acerca de su salud general y bucal, la falta de motivación y por consiguiente de programas educativo-preventivos, fueron los problemas sociales más relacionados con el deterioro de la salud periodontal de esta población.

Palabras clave: población urbano marginal, factores sociales, gingivitis crónica, estado de salud periodontal, Venezuela.

SUMMARY

In the underdeveloped countries where the promotional or protecting communitarian intervention have not being firmly established, and where there is not follow-up and control of the health education and prevention programs, most of the individuals have Chronic Gingivitis since early ages, it reaches its maximal expression before arriving to 20 years old, and keeps the same during the whole life; sometimes it develops to periodontitis, if it is not adequately treated, having a considerable impact both on the general public health and on the economic resources used to keep it. Although there are in Venezuela very competent specialized odontologists, hospitals and clinics with the adequate structures and infrastructures, the poorest population does not have access to the oral health services they need, because there is a an excessive price raise of the private stomatologic and medical services. We write this article with the objective of dealing with the social problems striking on the periodontal health of the Venezuelan infantile urban marginal population. The deficient social organization, the exclusion of the classes with fewer incomes, the scarce preventive educative measures on oral dental health applied by the local health services, the poor evaluation the population makes on their general and oral health, the lack of motivation and therefore of educative-preventive programs, were the social problems related with the worsening of this population's periodontal health.

Key words: urban marginal population, social factors, chronic gingivitis, periodontal health status, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

En los países subdesarrollados donde las intervenciones comunitarias de tipo promocional o preventivo no han sido firmemente establecidas y en los que no existe seguimiento y control de los programas de educación y prevención de la salud, la mayoría de los individuos presentan gingivitis crónica desde edades tempranas, alcanzando su máxima expresión antes de los 20 años y manteniéndose igual durante toda la vida. en ocasiones, avanza a periodontitis si no es tratada adecuadamente, lo cual tiene un impacto considerable tanto sobre la salud pública general como sobre los recursos económicos dedicados a mantenerla (1-5).

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano (1). Las periodontopatías, por su parte, constituyen el segundo problema de salud bucal a escala mundial y datan desde épocas muy remotas. Estudios de paleontología han evidenciado que la misma afectó al hombre primitivo en diferentes culturas como en el antiguo Egipto y la América precolombina (2).

La gingivitis crónica es una de las enfermedades bucales más frecuente, está confinada a los tejidos que protegen al diente o periodonto de protección (1,2). Esta enfermedad presenta mayor prevalencia y gravedad en los países asiáticos, africanos y latinoamericanos; alcanza su mayor incidencia en niños, debido a que en ellos se presenta el estado inicial de la enfermedad gingival, y se produce en la

mayoría de los pacientes por una mala higiene bucal con la consiguiente acumulación de placa dentobacteriana (1,6,7).

Internacionalmente se encuentran cifras alarmantes de gingivitis crónica en la población escolar que muestran prevalencias por encima del 80 %, existiendo una relación estrecha entre esta afección y la higiene bucal deficiente (8,10).

Estudios realizados en Venezuela revelan una alta prevalencia de gingivitis crónica, uno de ellos se realizó en 60 niños, de los cuales 50 estaban afectados por esta patología, por lo que la atención estomatológica de los niños pequeños concentrada en la prevención y preservación de la dentición temporal, dará lugar a adolescentes y adultos jóvenes educados en los cuidados de su salud bucal con la consiguiente reducción de la morbi-mortalidad dentaria (6-10).

Se conoce que los microorganismos constituyen el factor necesario, pero no suficiente para dar origen a las periodontopatías, por lo que se requiere la presencia de otros factores que propicien condiciones favorables para la acción de los mismos. Los factores de riesgo de la enfermedad periodontal se agrupan en biológicos, ambientales, comportamientos o estilos de vida, atención de la salud, aspectos socioculturales, económicos y la interacción de todos ellos, es decir la asociación biológico-social-ambiental aumenta el efecto o daño (5,11,12,13-16).

La población necesita de las actividades de educación para la salud, para adquirir conocimientos y modificar estilos de vida inadecuados. En la actualidad suscitan mucho interés las técnicas educativas sanitarias de tipo participativas, que no son más que un "pretexto" para facilitar que un grupo reflexione, dialogue, comparta y analice, de una forma amena y motivadora, estas actividades, que pueden realizarse mediante el sector formal, es decir, incluyendo los contenidos de salud en el currículo de estudio de los distintos niveles de enseñanza o empleando canales no formales como organizaciones sociales y de masa, cooperativas campesinas, sindicatos, clubes de adolescentes, redes de apoyo social entre otros (5,17-19).

En Venezuela, la Misión Barrio Adentro es un ejemplo de ello. Teniendo en cuenta que dentro de las periodontopatías, la gingivitis crónica se inicia en la infancia, y conociendo que Venezuela es uno de los países del continente americano que ha sufrido las consecuencias de las políticas de los gobiernos al servicio del imperio por largo tiempo, y que no cuenta aún con un sistema de salud pública organizado que lleve a cabo actividades de prevención de salud desde edades tempranas, y no ha logrado un seguimiento correcto de algunas patologías como la caries dental y las periodontopatías, que son las principales causas de mortalidad dentaria en los sectores más pobres de esta nación, se decidió realizar este trabajo con el propósito de abordar los principales problemas sociales que influyen en el estado de salud periodontal de la población infantil urbano marginal venezolana.

DESARROLLO

El componente bucal de la salud continúa siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población. El cambio de objetivos en la estomatología de la atención a la enfermedad hacia el fomento de la salud cada día cobra más fuerza. Se requiere de un trabajo interdisciplinario, en el que se profundice el énfasis en la prevención, dándole prioridad desde las instituciones a las acciones de promoción y a la educación masiva de la población para mantener a las personas sanas. Se requiere, además, consolidar un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos que permitan abordar el componente bucal de la salud desde sus dos dimensiones: la social y la biológica, para sustituir metas basadas en la enfermedad, por metas sustentadas en la salud, desarrollando una práctica

estomatológica con sentido de totalidad. Entre estas dos dimensiones se crea una relación de jerarquía, en la cual lo social define y condiciona lo biológico (20-21).

La organización social es quien define el comportamiento colectivo del componente biológico, y sus expresiones concretas en el proceso de salud enfermedad colectivo. Es decir, en la organización social y en las contradicciones que se manifiestan en su interior, se encuentran las causas esenciales del complejo proceso salud-enfermedad; esto también se pone de manifiesto en las periodontopatías (5,12,22,23).

Por muchos años se pensó que las periodontopatías eran solo de origen bacteriano. A partir de la segunda mitad del siglo XX se defendía la teoría inespecífica y se pensaba que todas las bacterias de la placa eran las causantes de inflamación gingival (24).

En los años 70 aparece la hipótesis de placa específica, defendida por autores como Socransky y Slots. Con el tiempo se ha comprobado que estas patologías son de origen multifactorial; se acepta el concepto de factor de riesgo, y se le da gran valor a la influencia del entorno social sobre el individuo (5,12,25).

El comportamiento epidemiológico de las periodontopatías y en particular de la gingivitis crónica, son el resultado de un proceso dinámico que se produce en todos los ámbitos de la vida social (19).

Para las diferentes clases sociales se genera un conjunto de procesos protectores y destructores de la salud. Cada grupo socioeconómico tiene un patrón de vida característico, que determina su relación entre el ambiente y las condiciones genéticas y fisiológicas típicas que lo caracterizan (20,21). Por ejemplo, la distribución de la gingivitis crónica refleja el carácter de clase que tiene el proceso salud-enfermedad, ya que el comportamiento epidemiológico de la salud y la enfermedad bucal se presenta de manera desigual para los diferentes países a partir de sus condiciones de desarrollo socio-económico. En el interior de cada uno de ellos, también se presenta de manera desigual para las diferentes clases sociales (22-24).

La dificultad que presentan los países en desarrollo para alcanzar un estado satisfactorio de salud buco-dental se debe no solo al aumento de las afecciones bucales sino también a la falta de organización social del pueblo, a la carencia de organizaciones comunitarias, al limitado alcance de la atención primaria de salud, al déficit de programas preventivos, servicios estomatológicos y a la escasez de personal y de otros recursos. Las diferencias —innecesarias, injustas y evitables— que existen entre poblaciones, son descritas como inequidades en salud, estando principalmente asociadas al nivel socio-económico y grupos étnicos (24).

Venezuela es un país que no escapa de esta situación, pues sus comunidades urbano marginales carecen de los servicios básicos (red de agua y desagüe), pobre acceso a servicios de salud, recolección de basura y transporte público como características socio-económicas predominantes. A pesar de que cuenta con odontólogos especializados muy competentes, hospitales y clínicas con estructura e infraestructura adecuadas, la población más pobre de este país carece de los servicios de salud bucal que necesitan, ya que existe un encarecimiento desmedido de los servicios médicos y estomatológicos privados que se corresponden con las inversiones realizadas para obtener la última tecnología, independientemente de otros elementos anti éticos que pudieran tenerse en cuenta. Se hace necesario, entonces, incrementar y perfeccionar la atención estomatológica a través de

acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación, sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente (22-24).

En los últimos años, este país ha reportado avances significativos en lo que a salud bucal se refiere, por la incorporación de la atención estomatológica la Misión Barrio Adentro, la cual ha llegado a los lugares más apartados y pobres de esta nación, además de que el gobierno bolivariano ha logrado incorporar a las comunidades urbano marginales odontólogos venezolanos, los cuales han desarrollado su trabajo junto a los estomatólogos cubanos, sin embargo, se necesita más trabajo preventivo en la comunidad y en las escuelas de esos lugares, pues el efecto acumulativo de tantos años de abandono y olvido no se logra solo con atención curativa en las consultas (22-24).

Ejemplo de ello es que en Venezuela la mayor prevalencia de gingivitis crónica (90 %) aparece en los grupos sociales más pobres y deprimidos (10).

La sociedad, su organización y funcionamiento, los procesos históricos y la determinación de la salud colectiva, en lo particular son aspectos que hay que tomar en cuenta para poder llevar a cabo acciones de promoción de salud en esas comunidades, pues aún arrastran con infraestructuras que dificultan este proceso (24,25).

La prevención de la gingivitis crónica, así como otras enfermedades infectocontagiosas, requiere de la identificación de los mecanismos sociales y biológicos que operan a nivel específico para poder estructurar los planes de intervención que contribuyan a la erradicación de estas patologías (24,25).

En la actualidad, los métodos más utilizados para la remoción mecánica de la placa bacteriana son el cepillado dentogingival y el hilo dental. Conjuntamente con los dispositivos mecánicos, el uso de antimicrobianos, como la clorhexidina y el triclosan, así como los agentes fluorados. Estas técnicas, además de económicas son fácilmente realizables, pero se requiere conjugar los aspectos técnicos biológicos, con el contexto social y cultural, para lograr que sean incorporadas por la población, lo cual comprende un cambio en la escala de valores, cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal y por consiguiente una mejor calidad de vida (22).

¿Qué problemas sociales pudieran estar influyendo en el estado de salud periodontal de la población infantil urbano marginal de Venezuela?

Serían innumerables los problemas sociales que pudieran estar influyendo en la salud periodontal de la población infantil de las comunidades urbano marginales de este país, pero saltan a la vista una serie de aspectos que están incidiendo desfavorablemente en el estado de salud periodontal de esta población. La deficiente organización social, la exclusión de las clases con menos ingresos, las escasas medidas preventivo educativas sobre salud bucodental aplicadas por los servicios locales de salud, la pobre valoración de la población acerca de su salud general y bucal, la falta de motivación y por consiguiente de programas educativos-preventivos.

La estomatología comunitaria es un reto que pudiera ayudar considerablemente al mejoramiento de la salud bucodentaria venezolana; en ella los integrantes de la comunidad intervienen en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que conducen al mejoramiento de las condiciones de salud bucal de la población, con responsabilidad y participación activa (22-24).

Por otra parte, en Venezuela, desde el año 2000, la participación de la población en el cuidado de su salud tiene rango constitucional expresado en los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana, lo que puede facilitar la articulación de la prevención y promoción de la salud, con participación de la población, para promover a nivel estructural los cambios necesarios que incrementen progresivamente los procesos protectores de la salud, para los grupos sociales excluidos (23).

El desarrollo teórico-metodológico en cuanto a la organización y el funcionamiento de la sociedad en general, se debe incorporar para el análisis de los diferentes grupos sociales, y la comprensión e interpretación de las regularidades que caracterizan sus condiciones de vida; posibilitando así la identificación de espacios de intervención educativa como por ejemplo la escuela, en los cuales se puedan utilizar las explicaciones biológicas multicausales de las diferentes patologías que afectan a la población, en este caso la gingivitis crónica, para impulsar cambios en los ámbitos específicos referidos a la familia y a las comunidades, desde etapas tempranas de la vida (5,24).

A pesar de que la promoción de salud en el ámbito escolar es una estrategia eficaz y efectiva que contribuye al mejoramiento de la salud bucal, aún no ha logrado cumplir su objetivo (9).

En el mundo, las transnacionales farmacéuticas elaboran productos anticaries día a día, y además apoyan la promoción de sustancias preventivas en millones de formas y presentaciones. Innumerables cadenas comerciales exhiben incontables productos infantiles relacionados con el autocuidado de los dientes (26). Por su parte, en Internet aparecen sitios Web para promoción de salud infantil donde se incluyen elementos del cuidado de la cavidad bucal. Desde hace años la compañía cinematográfica Cartoon Network desarrolla filmes de dibujos animados, los que son proyectados para los más pequeños de todos los países, y en muchos de ellos se hace alusión a acciones de promoción de salud bucal, en su mayoría con fines mercantilistas (26).

El dinamismo de la vida, la filosofía dialéctica y los avances científicos tecnológicos exigen cambios en los programas preventivos que se aplican en el mundo, pues la caries dental y la enfermedad periodontal continúan siendo las enfermedades bucales más prevalentes mundialmente, por lo que se hace necesario contar con las herramientas científicas, profesionales y una voluntad política del Gobierno y el Estado para crear, implementar y controlar acciones de salud bucal para la población con fines educativos (24).

Se hace necesario para la odontología un cambio en la práctica social en Venezuela, orientada a generar mecanismos de co-responsabilidad con las familias y con las escuelas, quienes deben participar activamente en programas de educación para la salud, para la formación de valores, actitudes y destrezas hacia el cuidado y mantenimiento de la salud bucal de los más pequeños de la familia y de la comunidad.

CONCLUSIONES

En la organización social es donde se producen las causas esenciales de la salud y de la enfermedad, por lo que el origen y la distribución de los principales problemas de salud general, así como del componente bucal de la salud, no constituyen un hecho fortuito en Venezuela. Se requiere de un trabajo que integre los avances obtenidos por las ciencias sociales y biológicas para superar las consecuencias de la pobreza y de la exclusión social. La prevención de las enfermedades se encuentra

directamente relacionada con las políticas económicas y sociales por medio de las cuales se produce la distribución de la riqueza nacional y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en la sociedad capitalista subdesarrollada y el perfil de salud enfermedad y las posibilidades de prevención de las enfermedades bucodentales de los grupos sociales más pobres, están definidos por su imposibilidad de acceder a los servicios de información y atención estomatológica y de participar de ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Guías Prácticas de Estomatología. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Organización Mundial de la Salud. Epidemiología, etiología y prevención de las periodontopatías. (Informe; 621). Moscú: OMS; 1977.
3. Carranza FA, Sznadjer NG. Compendio de Periodoncia. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2000.
4. Ministerio de Salud Pública. Resolución conjunta MINED-MINSAP. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.
5. Organización Panamericana de la Salud. Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia latinoamericana. Washington, DC: OPS; 1996.
6. García Álvarez OL, Sexto Delgado N, Moya Padilla N, López Fernández R. Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Medisur [Internet]. 2008 [citado 12 Sep 2010];6(2). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/449>
7. Santos Gómez G. Educación para la salud Dental. Gac Dent. 2000; (80):64-8. Disponible en: <http://www.infomed.es/amudenes/articulo4.pdf>
8. Marcantonio JE, Santos FA. Avaliacao das condicoes e necessidades de tratamento periodontal em escolares da zona rural da regioao noroeste do estado de Sao Paulo. Brasil. Rev Odontol UNESP. 1998; 27(2):449-58.
9. Ministerio de Salud Pública. Estomatología. Encuesta Nacional de Salud Oral. Cuba; 1998.
10. Prevalencia de gingivitis en niños, Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2000. p. 43 [consultado 16 Abr 2006]. Disponible en: www.amc.sld.cu//2006
11. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Countin Marie G, Riverón Herrera F. Factores de riesgos asociados con la enfermedad periodontal en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2003 Ene-Abr [citado 26 Jun 2004];40(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000100009&lng=es&nrm=iso&tIng=es
12. Duque de Estrada J, Rodríguez Calzadilla A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001 May-Ago [citado 16 Abr 2003];38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200004&lng=es&nrm=iso&tIng=es

13. Loesche WJ. Bacterial mediators in periodontal disease. Clin Infect Dis [Internet]. 2003 [citado 26 Jun 2004]; 16(Suppl 4):203-10. Disponible en: http://cid.oxfordjournals.org/content/16/Supplement_4/S203.short
15. Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E. Periodontal diseases as bacterial infection. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2004 [citado 11 May 2006]; 9(Suppl): 101-7; 92-100. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15580140>
16. Matesanz P, Figuero E, Giménez MJ, Aguilar L, Llor C, Prieto J. Del conocimiento de la etiología bacteriana al tratamiento y la prevención de las infecciones más prevalentes en la comunidad: las infecciones odontológicas. Rev Esp Quimioterap [Internet]. 2005 Jun [citado 14 Abr 2006]; 18(2): 136-45. Disponible en: <http://www.seq.es/seq/0214-3429/18/2/136.pdf>
17. García Alpízar B, Armas Ávila G, Benet Rodríguez M. El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2000 [citado 15 Abr 2011]; 37(3): 176-81. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_3_00/est08300.htm
18. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1996. p. 385-6.
19. Restrepo HE. Promoción de la salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en salud pública. Educ Méd Salud [Internet]. 1995 [citado 16 abr 2003]; 29(1): 76-91. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=WHOLIS&lang>
20. Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 1997 Sep. [citado 22 May 2006]; 2(3): 209-14. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000900014&lng=en&nrm=iso
21. Sosa RM, De la Peña M. Análisis de la situación de salud en las comunidades. "Componente Bucal". "Una guía para su ejecución". La Habana: Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP; 1998.
22. Ministerio de Salud y desarrollo social. Proyecto nacional. Plan de estudio del especialista en odontología general integral. Venezuela. Mayo 2004.
23. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.453 (24 Mar 2000).
24. Romero Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta Odontol Venez [Internet]. 2006 Ag [citado 15 Abr 2011]; 44(2). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000200009&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
25. Suzuki JB. Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales. Clin North Odontol Am. 1988; 2: 287-306.
26. García M. Odontología y niñez. Prevención en Odontología [Internet]; 2004 [citado 5 May 2005]. Disponible en: www.dentistasperu.com

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Cruz Morales R, Caballero López D, Martínez Brito I. Problemas sociales relacionados con el estado de salud periodontal de la población infantil urbano-marginal venezolana. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Sep-Oct [citado: fecha de acceso]; 33(5). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol5%202011/tema13.htm>