



David Ribas Pérez. Profesor de Odontopediatría. Universidad de Sevilla.

Julio Torrejón Martínez. Máster en Odontología Familia y Comunitaria. Universidad de Sevilla.

Ángel Luis Formoso Veloso. Odontólogo Cooperante de la Fundación Odontología Social.

Antonio Castaño Séiquer. Presidente de la Fundación Odontología Social.

25 Proyecto FOS-UNIV Bufalo-UCNE en San Francisco de Macorís. República Dominicana

Introducción

La República Dominicana es un país centroamericano del área del Caribe que comprende la mitad Oriental de la isla de La Española. San Francisco de Macorís es la capital de la provincia Duarte; es la tercera ciudad más importante de la República Dominicana, además de ser la tercera ciudad más poblada con en torno a 250 mil habitantes según datos del censo de 2012.¹

El nombre de San Francisco de Macorís viene de una fusión del nombre de “la orden Franciscana” (una organización religiosa de España que vino a este territorio durante la colonización) y el nombre del territorio indígena, que es Macorix.²

De acuerdo con el Censo de 2002, San Francisco de Macorís es el municipio dominicano con el mayor porcentaje de personas dentro de la clase media, así también como de la clase alta. El 69% de la población pertenecía a la clase media, 8% a la clase alta, 21% se encontraba en situación de pobreza y 2% en pobreza extrema.¹

No obstante el último informe de la OPS del año 2014 de indicadores básicos de salud nos muestra la provincia Duarte con un 42,6% de hogares pobres y un 13% de analfabetismo.³

La situación en salud general la ubica en una zona media dentro de los países de la OEA, siendo la salud bucodental uno de los principales problemas a afrontar.

El último estudio epidemiológico del país de los que la OMS tiene datos data de 1997 (<http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/AMRO/Dominican-Republic/Oral-Diseases/Dental-Caries/>) y nos da una prevalencia de caries del 90 % con un CAOD de 4,4 lo cual lo sitúa en niveles altos según la OMS por lo que las actuaciones en salud oral se deben centrar en la prevención de la caries de manera importante. No obstante hacen falta datos mucho más actualizados para ver los objetivos de las actuaciones lo cual justifica enormemente trabajos de este tipo a realizar en el país caribeño.⁴

JUSTIFICACIÓN

En la República Dominicana existe por tanto un elevado porcentaje de la población que padece situaciones de pobreza o extrema pobreza, con graves carencias en educación y sanidad. La Universidad Católica Nordestana (UCNE), realiza actividades de odontología social desde el pasado siglo XX.

En el año 2011 se establece una alianza entre los responsables odontológicos del programa de Asistencia Social de la UCNE (República Dominicana) y docentes de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Sevilla (España) miembros de la FOS junto con docentes de la Universidad de Buffalo (EEUU) para desarrollar actividades preventivo-asistenciales y de promoción de la salud oral entre la población dominicana.

Esta alianza estratégica tiene un claro componente docente basándose en la filosofía de extensión, docencia, servicio y solidaridad.

En vista de la situación tan precaria de salud oral en la población dominicana se realizó un programa de salud orientado a la prevención de afecciones bucodentales y al tratamiento urgente de las mismas en la población de San Francisco de Macorís.

282

Por operatividad, el programa se realizó en un colegio de la población de San Francisco de Macorís donde se concentra una población de en torno a 40 mil habitantes.

El programa tiene un componente docente importante contando con profesores y alumnos de 5º curso de las citadas universidades y un no menos importante componente asistencial, ya que de manera totalmente gratuita se atiende a personas sin recursos de la citada población francomacorisana.

El primer paso recomendado para la planificación de servicios de salud bucal es el conocimiento del perfil de la población diana. De este modo, los estudios epidemiológicos funcionan como una importante herramienta para definir prioridades, aportar recursos y guiar la planificación de las acciones y servicios de salud oral.

Este fue el objetivo inicial que nos marcamos, el de realizar un levantamiento epidemiológico de salud oral, centrado fundamentalmente en la caries, problema que en base a los estudios epidemiológicos anteriormente citados debían constituir un problema importante en la población donde se desarrollaría el programa.

Frente a los factores de riesgo de salud y de exclusión social que involucran a esta población infantil de niños de San Francisco de Macorís, el objetivo de este estudio fue conocer su estado de salud oral con el noble propósito de planificar e implantar programas de odontología preventiva y comunitaria para mejorar la calidad de vida general de estos infantes mediante la mejoría de la calidad oral. Es por ello por lo que realizamos un estudio de salud oral para esta población en la que íbamos a implantar un programa de salud oral como paso previo a las actividades a desarrollar.

PUNTOS CLAVE DEL PROYECTO

1. Demanda no satisfecha.
2. Elevada prevalencia de patología oral entre la población local.
3. Barreras económicas y culturales para el acceso a los servicios de salud (son fundamentalmente privados).
4. Fortaleza de las entidades organizadoras (universidades con prestigio, marcada vocación y compromiso social).
5. Carencias formativas entre los cooperantes no egresados

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud oral de la población dominicana desfavorecida y educar en conocimientos, habilidades y valores a los cooperantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Educar para la salud.
2. Establecer hábitos saludables perdurables en el tiempo.
3. Promover programas preventivos con altos niveles de viabilidad y perdurabilidad.
4. Disminuir la prevalencia de patología oral.
5. Formar y concienciar a los cooperantes dentro de las bases conceptuales de la odontología social y su desarrollo.
6. Fomentar la interculturalidad entre la población beneficiaria, los cooperantes y las instituciones organizadoras.
7. Crear, desarrollar y perpetuar en el tiempo un programa de cooperación al desarrollo en el área de la salud.
8. Establecer líneas de investigación en las áreas de ciencias de la salud, ciencias sociales y ciencias de la educación.

MATERIALES Y MÉTODOS DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DESARROLLADO

Diseño del estudio: Se planificó y realizó un estudio de tipo transversal (junio de 2016) mediante la exploración oral de los niños en el colegio en la población de San Francisco de Macorís, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵.

Consideraciones éticas: Este estudio fue previamente aprobado por las autoridades sanitarias y políticas de San Francisco de Macorís. Además, se obtuvo una carta de consentimiento libre e informado firmada por el responsable de cada niño participante.

Participantes: Fueron incluidos en este estudio los niños de 5 a 13 años de edad, siendo excluidos los de las demás edades. En la selección de la muestra, debido a que era un número limitado de niños que se podían ver, no hizo falta hacer cálculo muestral sino que se vieron todos los niños de edades de 5 a 13 años que acudieron para ser chequeados. El tamaño de la muestra fue de 102 niños. Por motivos logísticos, fueron divididos en tres cohortes de edad de acuerdo con las clases y demás actividades que desenvolvían internamente. Con respecto a la distribución de los grupos etarios, aunque fue establecida a conveniencia, se intentó que los intervalos de edad fueran del mismo tamaño (de 3 años), siendo por tanto de 5 a 7, de 8 a 10 y de 11 a 13 años, para que se pudiera establecer en qué medida cambiaban los factores de salud oral en estos intervalos ecuanímenes. No obstante, con ánimo de responder a determinados objetivos, como el estado de salud oral a los 6 y 12 años de otras poblaciones diana, se hizo un micro análisis sobre estas edades.

Concordancia y calibración del equipo examinador: La exploración oral de todos los niños incluidos contó con un único examinador, con el propósito de evitar conflictos diagnósticos y garantizar una interpretación lo más uniforme posible de la situación encontrada. El examinador fue entrenado en la sistemática de la OMS⁵, y en sus criterios diagnósticos para la evaluación estandarizada de las distintas condiciones orales.

Previamente al inicio del estudio, el examinador se sometió a pruebas de calibración mediante tests de concordancia intra-examinador, obteniendo resultados excelentes que avalan la idoneidad como explorador según criterios de la OMS (Test de Kappa = 0,92 lo que representa un nivel de concordancia de "casi completa concordancia", según la escala de Landis y Koch⁶).

Instrumentos: La administración del colegio de San Francisco hizo disponible un aula con luz natural intensa, sillón reclinable para los niños, sillas y mesa. La iluminación natural y artificial del aula fue complementada con un foco portátil con lámpara de 100w de luz blanca. Para la medición de las variables clínicas se utilizó básicamente espejo bucal plano desechable, sonda periodontal preconizada por la OMS, depresor lingual de madera, además de materiales de bioseguridad y de escritorio. Se elaboró un formulario de evaluación de salud oral basado en el modelo propuesto por la OMS^{5,7}, con el propósito de garantizar una estandarización de los resultados y permitir la comparación de los datos obtenidos en este estudio con otros.

Exploración clínica: El examinador estuvo situado junto al paciente sentado, de acuerdo con la región o sector examinado, y efectuó la exploración en voz alta, mientras un auxiliar de registro

(estudiante de odontología) rellenaba el formulario de salud oral, de acuerdo con las instrucciones del examinador. Se contó también con un auxiliar organizador que rellenó las informaciones descriptivas generales sobre cada niño en los formularios y dos auxiliares que mantuvieron la llegada constante de pacientes. El tiempo medio de exploración de cada niño estuvo en torno a los cuatro minutos, acorde a lo convenido según orientación de la OMS⁵.

Variables destacadas: En el formulario de evaluación de salud oral se registraron las variables sociodemográficas y las variables clínicas.

1. **Variables sociodemográficas.** Se registraron las variables sociodemográficas de interés para describir la muestra (informaciones sobre la edad, la procedencia o nacionalidad, el género, la creencia religiosa y la etnia de los niños explorados).
2. **Variables clínicas.** Se registraron las siguientes variables clínicas mediante la exploración oral:
 - **Caries:** Primeramente, se calculó la prevalencia de caries activa (dientes cariados y obturados con caries). Se consideró libres de caries los dientes sanos, obturados sin caries, con corona y traumatizados. Enseguida, se calculó el historial de caries mediante los siguientes índices indicadores: CAOD para el promedio de los dientes permanentes cariados, ausentes por caries y obturados⁸; cod para el promedio de los dientes temporales cariados y obturados⁹, e IR (Índice de Restauración) para los dientes restaurados u obturados.
 - **Necesidades de tratamiento:** Al examinar a los pacientes y de acuerdo con el estado de la dentición, se utilizó de juicio clínico para definir el tipo de tratamiento más conveniente para cada caso, y para cada diente.

Análisis estadístico: Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas IBM SPSS Statistics 20. Las variables fueron analizadas haciendo un análisis descriptivo, con cálculo de medias, desviaciones estándar, porcentajes e intervalos de confianza al 95%;

RESULTADOS

	N	Car	Aus	OBT	IR(%)	COD/ caod
5-6 años (temporal)	51	1.97		0.14	6.6%	2.11
5-6 años (permanente)	51	0.1	0.00	0.02	16.6%	0.12
12 años (permanente)	51	1.94	0.33	0.25	9.9%	2.52

Los resultados nos muestran un índice de caries bastante alto con un cod a los 5-6 años de 2.11 y un CAOD a los 12 años de 2.52. La prevalencia de caries es elevada entre la población estudiada

siendo más llamativo el hecho de que la gran mayoría de ellas está sin obturar. El índice de restauración es bastante bajo (6,6% en dentición temporal y 9,9% en dentición permanente.)

Si hablamos del dato del CAOD a los 12 años como dato epidemiológico de importancia para su comparación con el resto de estudios epidemiológicos mundiales, los sitúa en nivel medio alto según la escala de la OMS, con lo cual se justifica claramente la realización de programas preventivo asistenciales en esta zona del país dominicano dados los altos índices de enfermedad y la asistencia dental tardía en muchos casos (0,33 en ausencia de piezas dentales por extracción a los 12 años.)

La evolución de los datos en un estudio epidemiológico a los 5 años se realizará en el seguimiento de este programa que se ha venido desarrollando durante todos estos años de forma ininterrumpida en la misma población dominicana.

El enfoque preventivo del programa y la disminución de problemas graves que hemos observado de forma empírica ha de tener una constatación en un posterior estudio para poder ver la evolución que se ha llevado a cabo, pero en principio nos hace ser positivos al respecto dada también la implicación de la Universidad local en el mantenimiento del programa a lo largo del año.





BIBLIOGRAFÍA

¹ <http://www.gob.do/index.php/pais/2014-12-16-20-50-15>

² <http://sanfranciscodemacoris.gob.do/index.php/2014-11-19-20-28-08/demografia>

³ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6460&Itemid=40105&lang=es

⁴ Beltrán-Aguilar ED et al. Analysis of prevalence and trends of dental caries in the Americas between the 1970s and 1990s. *InternatDent J*, 1999; 49: 322-329.

⁵ WHO. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. World Health Organization. Geneva; 1997.

⁶ Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.

⁷ Rubio JM, Salazar FS, Osés JA, González VL. Criterios Mínimos para los Estudios Epidemiológicos de la Salud Dental en Escolares. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:231-42.

⁸ Klein H, Palmer CE. Dental caries in the American Indian children. Washington DC: Government Printing; 1938.

⁹ Gruebbel AO. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. *J Dent Res*. 1944;23:163-8.