

SALUD ORAL DEL ADULTO MAYOR: ACCESO, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA LA SALUD PÚBLICA PERUANA

ORAL HEALTH OF THE ELDERLY: ACCESS, CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR PERUVIAN PUBLIC HEALTH

Diego Azañedo^{1,a}, Deysi Díaz-Seijas^{2,b},
Akram Hernández-Vásquez^{3,c}

Sr. Editor. En muchos países, las pirámides poblacionales han variado sus distribuciones a través de los años, ocasionadas por una serie de cambios en la natalidad, mortalidad y esperanza de vida. Es así que en el Perú para el año 2015, la población de 60 a más años de edad (adultos mayores) representó un 10% de la población total y se estima que se incrementará a 13% el 2025⁽¹⁾. Este aumento requerirá la adopción de medidas que garanticen satisfacer las necesidades de salud más comunes de esta población. Específicamente, las enfermedades orales se ubican dentro de las patologías más prevalentes en adultos mayores (AM), por ello, se debe prestar interés al acceso a la atención odontológica la que puede verse limitada por diversos motivos en esta población⁽²⁾. No obstante, el acceso a la atención odontológica de los AM ha sido poco estudiado en el Perú.

Con la finalidad de conocer los patrones de acceso a servicios de salud dental según área de residencia, región natural, tiempo desde la última atención, lugar de atención y regiones de los AM en el Perú, realizamos un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014). Se utilizó el paquete estadístico Stata 12 (StataCorp LP, College Station, TX, USA), para mostrar frecuencias absolutas, medias y proporciones para cada una de las categorías incluidas con intervalos de confianza al 95%.

Según nuestros resultados, el acceso a un servicio dental ocurrió en el 74,8% de los 5516 AM encuestados, aunque, al evaluar el acceso dentro del año previo a la encuesta se obtuvo un porcentaje de 21,7%. Asimismo,

el 65,1% de los que accedieron a un servicio dental, fueron atendidos en ámbitos de atención privada. De los habitantes de zonas urbanas y rurales, un 86,4 y 62,3% respectivamente, tuvieron acceso a la atención dental. En la región natural de la costa el 84,6% tuvo acceso a la atención dental, seguida por la selva 69,6% y sierra 68,3%. Respecto al tiempo desde la última atención, un 68,6% de los participantes recibió atención en un tiempo mayor a los doce meses de la aplicación de la encuesta, el 24,6% lo hizo en un tiempo menor a seis meses y un 4,3% entre los seis y doce meses. La región con mayor acceso en los doce meses previos a la encuesta fue Arequipa con 34,5%, mientras que la de menor acceso fue Cajamarca con 10,2% (Tabla 1).

En general, al evaluar el acceso global a un servicio de salud dental impresiona que es aceptable para un país en desarrollo como el Perú, sin embargo, al estratificar el acceso durante los seis meses y entre seis y doce meses de aplicada la encuesta, se encontró que los porcentajes son bajos, teniendo en cuenta el estándar recomendado de dos visitas anuales a la atención odontológica. Asimismo, es importante señalar que, de aquellos que lograron atenderse en algún servicio dental, más de la mitad lo hizo en servicios privados, lo cual podría tener relación con la limitada cartera de servicios de salud oral que ofrecen los establecimientos públicos, ya que los AM, generalmente, requieren de tratamientos rehabilitadores y/o complejos que, en su mayoría, solo pueden obtenerse en consultorios y/o clínicas privadas. Cabe mencionar que en el Perú se han realizado algunos esfuerzos para mejorar la salud oral del AM como por ejemplo, el programa "Vuelve a sonreír" cuya finalidad es la fabricación e instalación de prótesis dentales parciales y totales removibles para los AM en situación de pobreza y extrema pobreza, sin embargo, las prótesis que se ofrecen son usualmente utilizadas para tratamientos temporales que no garantizan una rehabilitación efectiva por mucho tiempo y se brindan de manera progresiva a grupos focalizados en ciertas regiones del Perú, lo cual puede acrecentar aun más las desigualdades en salud⁽³⁾.

Otro punto que destacar es la brecha porcentual considerable del acceso a servicios de salud dental entre zonas urbanas y rurales del Perú, así como también entre regiones naturales, lo cual se convierte en todo un desafío del sistema de salud para lograr disminuirlas. Por ello, la planificación e implementación de medidas en materia de salud oral deben tener en cuenta las características sociogeográficas del Perú, con altos índices de pobreza en zonas rurales de la sierra y selva, distancias de acceso a servicios de salud y carencia de transporte. Otras condiciones que tener en cuenta incluyen, la poca oportunidad de crecimiento profesional que existe en el interior del país, el número reducido de odontólogos que se sienten atraídos por trabajar en servicios preventivo-

¹ Instituto de Investigación. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote, Perú.

² Instituto Nacional Cardiovascular Carlos Alberto Peschiera Carrillo - INCOR, EsSalud. Lima, Perú.

³ Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

^a Cirujano dentista; ^b licenciada en Enfermería, especialista en Cuidados Intensivos; ^c médico cirujano, magister en Gestión y Políticas Públicas. Recibido: 12/02/2016 Aprobado: 09/03/2016

Tabla 1. Características de los adultos mayores que accedieron a servicios de salud dental en el Perú, 2014

Características	Adultos mayores con acceso a servicios de salud dental		
	n (N)	%	(IC 95%)
Atención en servicio dental			
Sí	4124 (5516)	74,8	(73,6-75,9)
No	1379 (5516)	25,0	(23,9-26,2)
No sabe/No recuerda	13 (5516)	0,2	(0,1-0,4)
Área de residencia			
Urbana	2463 (2850)	86,4	(85,1-87,7)
Rural	1661 (2666)	62,3	(60,4-64,1)
Región natural			
Costa	1806 (2136)	84,6	(82,9-86,1)
Sierra	1876 (2745)	68,3	(66,6-70,1)
Selva	442 (635)	69,6	(65,9-73,2)
Tiempo desde última atención			
< 6 meses	1016 (4124)	24,6	(23,3-26,0)
6 a 12 meses	179 (4124)	4,3	(3,7-5,0)
> 12 meses	2829 (4124)	68,6	(67,2-70,0)
No sabe/No recuerda	100 (4124)	2,4	(2,0-2,9)
Lugar de atención*			
Ministerio de Salud	912 (4024)	22,7	(21,4-24,0)
EsSalud	381 (4024)	9,5	(8,6-10,4)
Privados	2619 (4024)	65,1	(63,6-66,6)
Otros	112 (4024)	2,8	(2,3-3,3)
Regiones (Atención <12 meses)			
Amazonas	18 (154)	11,7	(7,1-17,8)
Ancash	65 (285)	22,8	(18,1-28,1)
Apurímac	63 (285)	22,1	(17,4-27,4)
Arequipa	68 (197)	34,5	(27,9-41,6)
Ayacucho	48 (302)	15,9	(12,0-20,5)
Cajamarca	18 (177)	10,2	(6,1-15,6)
Callao	41 (144)	28,5	(21,3-36,6)
Cusco	29 (235)	12,3	(8,4-17,2)
Huancavelica	48 (268)	17,9	(13,5-23,0)
Huánuco	33 (187)	17,6	(12,5-23,9)
Ica	57 (228)	25,0	(19,5-31,1)
Junín	37 (231)	16,0	(11,5-21,4)
La Libertad	50 (189)	26,5	(20,3-33,3)
Lambayeque	42 (177)	23,7	(17,7-30,7)
Lima	218 (673)	32,4	(28,9-36,1)
Loreto	19 (114)	16,7	(10,3-24,8)
Madre de Dios	29 (114)	25,4	(17,7-34,4)
Moquegua	69 (242)	28,5	(22,9-34,6)
Pasco	52 (208)	25,0	(19,3-31,5)
Piura	33 (198)	16,7	(11,8-22,6)
Puno	45 (370)	12,2	(9,0-15,9)
San Martín	25 (115)	21,7	(14,6-30,4)
Tacna	45 (148)	30,4	(23,1-38,5)
Tumbes	20 (137)	14,6	(9,2-21,6)
Ucayali	23 (138)	16,7	(10,9-24,0)

* Se excluyeron 100 adultos mayores que no saben/no recuerdan el tiempo desde la última atención.

promocionales, la falta de conocimiento y poco interés por la salud oral de la población de zonas rurales, así como, las bajas tasas de aseguramiento en salud en algunas regiones⁽⁴⁾. Todos estos factores o condiciones interactúan entre sí complejizando el abordaje de los problemas de salud y generando un impacto negativo en los indicadores sanitarios.

En ese sentido, consideramos que las estrategias para mejorar la situación actual del acceso a la salud dental del AM deben basarse, fundamentalmente en tres aspectos: en primer lugar, fortalecer la investigación en el campo de la salud oral de la población peruana, de manera que se puedan identificar las brechas y necesidades, que sirva de insumo para los decisores al momento de implementar o replantear las políticas en salud oral; segundo, considerar un aumento de la oferta de servicios en establecimientos de salud públicos que permita a los AM un acceso a tratamientos recuperativos de mayor costo y complejidad y, por último, consensuar, diseñar e implementar una política integral de recursos humanos que involucre tanto al Ministerio de Salud, gobiernos regionales, instituciones prestadoras de servicios de salud, instituciones educativas y sociedad civil, en la búsqueda de una mejor distribución y disposición de profesionales en las zonas alejadas del país.

Esperamos que los resultados de este análisis contribuyan a los procesos de formulación e implementación de políticas en salud oral en el Perú y que, además, pueda ser utilizado como situación inicial para comparar con futuros estudios en el ámbito del acceso a los servicios de salud dental.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Estado de la población peruana 2015*. Lima: INEI; 2015.
2. Dolan TA, Atchison K, Huynh TN. *Access to dental care among older adults in the United States*. J Dent Educ. 2005;69(9):961-74.
3. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. *Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 "Vuelve a Sonreír"*. Lima: MINSa; 2012.
4. Skillman SM, Doescher MP, Mouradian WE, Brunson DK. *The challenge to delivering oral health services in rural America*. J Public Health Dent. 2010;70 Suppl 1:S49-57.

Correspondencia: Akram Abdul Hernández Vásquez
 Dirección: Calle Gavilán 3856, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
 Teléfono: (0054) 91122981572
 Correo electrónico: akram.hernandez.v@upch.pe

ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN MUESTRAS FECALES DE HUMANOS Y MASCOTAS. CHICLAYO, PERÚ

EXTENDED-SPECTRUM BETA-LACTAMASE-PRODUCING ENTEROBACTERIACEAE IN FECAL SAMPLES OF HUMANS AND PETS. CHICLAYO, PERU

Franklin R. Aguilar-Gamboa^{1,a}, Olivia Santamaría-Veliz^{2,b},
 Nieves Elizabeth Vargas Machuca-Acevedo^{3,c},
 Heber Silva-Díaz^{1,d}

Sr. Editor. Las betalactamasas de espectro extendido (BLEE), descritas frecuentemente en enterobacterias, son una de las causas más importantes de la resistencia antimicrobiana y representan un problema actual de salud pública en amplias regiones geográficas⁽¹⁾. En el Perú, la mayoría de reportes se han centrado, principalmente, en evaluar la prevalencia y diseminación de enterobacterias productoras de BLEE en el ámbito hospitalario. Sin embargo, en los últimos años se ha evidenciado un notable aumento de estos microorganismos en la comunidad, registrándose numerosos reservorios y fuentes de diseminación, siendo el hombre y las mascotas los principales^(1,2). Y aunque en el 2015 se reportó una tasa de portadores mayor al 60% en niños de Lima⁽³⁾, son escasos los estudios sobre portadores de enterobacterias productoras de BLEE en humanos y mascotas, por lo que se desconoce la situación actual en nuestra región. Por tal motivo, se determinó su presencia en muestras fecales de pacientes y mascotas admitidos en un hospital público y una clínica veterinaria, respectivamente, en la ciudad de Chiclayo, Perú.

El estudio fue observacional de corte transversal en 59 pacientes de consultorio externo y 26 mascotas (perros)

¹ Laboratorio de Parasitología, Metaxénicas y Zoonosis, Dirección de Investigación, Hospital Regional de Lambayeque. Lambayeque, Perú.

² Laboratorio de Microbiología, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú.

³ Clínica Veterinaria "La Viña". Lambayeque, Perú.

^a Biólogo, licenciado en Microbiología y Parasitología; ^b bachiller en Biología; ^c médico veterinario; ^d biólogo, doctor en ciencias.

Recibido: 15/02/2016 Aprobado: 09/03/2016

Citar como: Aguilar-Gamboa FR, Santamaría-Veliz O, Vargas Machuca-Acevedo NE, Silva-Díaz H. Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en muestras fecales de humanos y mascotas. Chiclayo, Perú [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):375-7. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2201. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2201