4667

T.O R
0001

DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS DE PERIODONCIA EN LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTAFE DE BOGOTA

MARIA FERNANDA GONZALEZ S., Od.

EDNA MARIA VIGNA G., Od.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACION AVANZADA
POSTGRADO DE PERIODONCIA Y BIOLOGIA ORAL
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
1996

DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS DE PERIODONCIA EN LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTAFE DE BOGOTA

Dra. MARIA FERNANDA GONZALEZ S., Od.
Colegio Odontológico Colombiano

Dra. EDNA MARIA VIGNA G., Od.
Colegio Odontológico Colombiano

Tesis para optar al título de
Especialista en Periodoncia y Biología Oral.

Directora tesis
Dra. MONICA RESTREPO DE ARANGO, Od., MsD.

Coodirectora
Dra. ELBA MARIA BERMUDEZ, Od., MsD.

Asesor metodológico
Dr. JORGE TORRES, DdO, MSP.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACION AVANZADA
POSTGRADO DE PERIODONCIA Y BIOLOGIA ORAL
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
1996

ACEPTACION

DIRECTORA

Dra. MONICA DE ARANGO, Od., MsD. — **Fecha**
Directora y Profesora
Programa de Especialización en Periodoncia
Area de Educación Avanzada
Colegio Odontológico Colombiano

COODIRECTORA

Dra. ELBA MARIA BERMUDEZ, Od., MsD. — **Fecha**
Directora Salud Pública
Colegio Odontológico Colombiano

ASESOR METODOLOGICO

Dr. JORGE TORRES, Od ; M.S.P. — **Fecha**
Profesor y Coordinador de Investigaciones
Area de Educación Continuada
Colegio Odontológico Colombiano

APROBACION INSTITUCIONAL

TESIS ❑ **Aprobada**
❑ **Aprobada con mención honorífica**
❑ **Laureada**

DIRECTOR PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA

Dra. MONICA RESTREPO DE ARANGO Od., MsD — Fecha

COORDINADOR DE INVESTIGACIONES AREA DE EDUCACION AVANZADA

Dr. JORGE TORRES, DDS, M.S.P. — Fecha

DIRECTOR AREA DE EDUCACION AVANZADA

Dr. MIGUEL JOSE GALLO ARBELAEZ, Od. — Fecha

DECANO

Dr. JORGE HERNANDO ARANGO MEJIA, Od., MsD. — Jul/96 Fecha

DEDICATORIA

A Dios por darme fuerza para culminar los estudios.

A mis padres Carlos y Beatriz; mis hermanos Alberto, Julio, Carlos Mario y Beatriz Eugenia; por todo el apoyo, comprensión y cariño.

A Franco, por su amor, confianza y dedicación.

Edna María

DEDICATORIA

A Dios por darme fuerza y valor para empezar y culminar otra de las metas de mi vida.

A mis Padres, Hermanos por su amor, comprensión, paciencia y consejos.

María Fernanda

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

Al Colegio Odontológico Colombiano y a todos los docentes que participaron activamente en nuestra capacitación durante el tiempo de estudios de la universidad, en especial a la Dra. Mónica de Arango, Directora del programa de Especialización en Periodoncia y Biología oral y al Dr. Andrew Tawse Smith, Director asociado, por su grandiosa colaboración y enseñanza.

A la Dra. Elba María Bermúdez, Directora del área de Salud Pública del Colegio Odontológico Colombiano y Coodirectora de esta tesis por su gran dedicación, apoyo y colaboración para la realización de esta investigación.

Al Dr. Manuel Manjares, Odontólogo especialista en Salud pública por su ayuda y consejos en la elaboración de esta tesis.

A todas aquellas personas que de una u otra manera participaron en nuestra realización como especialistas.

CONTENIDO

	pág
INTRODUCCION	1
1. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
1.1. OBJETIVOS	3
1.1.1. General.	3
1.1.2. Específicos.	3
1.2. PROPOSITO	4
1.3. JUSTIFICACION	5
1.4 MARCO TEORICO	8
1.4.1. Descripción del problema.	8
1.4.1. Descripción del problema.	12
1.4.1.2. Estado periodontal en México	19
1.4.1.3. Estado periodontal en Colombia.	19
1.4.1.4. Organización del Sistema Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C.	31

1.4.1.5. Protocolo de atención por el especialista en periodoncia según el Postgrado de Periodoncia y Biología Oral del Colegio Odontológico Colombiano en Santafé de Bogotá. 37

1.4.1.6. Diagnóstico de la enfermedad periodontal. 38

1.4.1.7. Clasificación de las enfermedades Periodontales. 40

2. MATERIALES Y METODOS 54

2.1. TIPO DE ESTUDIO 54

2.2. POBLACION 55

2.2.1. Universo. 55

2.3. CRITERIOS DE DESCRIPCION 55

2.4. INSTRUMENTOS 56

2.5. PROCEDIMIENTO 57

3. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS 58

3.1. IDENTIFICACION DE LOS HOSPITALES 59

3.2. IDENTIFICACION DE LOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA Y ODONTOLOGIA SEGUN EL DIRECTOR EN LOS HOSPITALES DE I Y II NIVEL. 59

3.2.1. Hospitales de I Nivel. 59

3.2.2. Hospitales de II Nivel. 60

3.3. IDENTIFICACION DEL RECURSO HUMANO EN ODONTOLOGIA SEGUN EL COORDINADOR DE ODONTOLOGIA 61

3.3.1. Hospitales de I Nivel. 61

3.3.2. Hospitales de II Nivel. 61

3.4. DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS ORGANIZACIONALES DE LOS SERVICIOS DE PERIODONCIA SEGUN EL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA 62

3.5. DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS ORGANIZACIONALES DE LOS SERVICIOS DE PERIODONCIA SEGUN EL ODONTOLOGO GENERAL 63

3.5.1. Hospitales de I Nivel. 63

3.5.2. Hospitales de II nivel. 65

3.6. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DE HIGIENE ORAL POR LA AUXILIAR DE HIGIENE ORAL 66

3.6.1. Hospital de I Nivel. 66

3.6.2. Hospitales de II Nivel. 67

4. DISCUSION 69

5. CONCLUSIONES 74

6. RECOMENDACIONES 78

BIBLIOGRAFIA 80

ANEXOS 88

ANEXO 1: Instrumento 89

ANEXO 2: Descripción Servicios de Periodoncia SDS 94

ANEXO 3: Historia Clínica para el área de Periodoncia. 100

ANEXO 4: Gráficas. 102

INTRODUCCION

El hecho que en la mayoría de la población colombiana no exista un sistema organizado en salud oral y haya un déficit de cobertura en la población, presenta un desafío para la capacidad de organización y gestión del sistema de salud oral. Es por eso que se viene insistiendo en que las instituciones de salud utilicen eficientemente los recursos humanos para la atención integral de la población.

Los problemas odontológicos son unas de las primeras causas de consulta externa en el país, por lo cual es necesario determinar la situación de salud oral a través de estudios frecuentes que permitan conocer el estado actual y evaluar la efectividad de las políticas sanitarias.

La ley de seguridad social dentro de su enfoque de sostenibilidad económica del sistema obliga al estado a determinar los perfiles de morbilidad oral para poder programar los costos reales de la atención preventiva y resolutiva,

desarrollar las guías de atención integral pues el tratamiento en salud oral es una de las áreas más costosas en cualquier país y aún más para los subdesarrollados. Es así como se debe lograr una reducción de las enfermedades en cavidad oral llevando a cabo tratamientos oportunos y adecuados en las instituciones de salud oral.

A nivel de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, el departamento de Salud Oral necesita una mejor organización en sus tres niveles de atención; es fundamental resaltar la profesión odontológica en las instituciones de salud como parte estratégica para mejorar el servicio a la comunidad, logrando eficiencia, eficacia y equidad en esta área.

El presente estudio pretendió describir los servicios de periodoncia en los hospitales de I y II nivel de atención en la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, analizando el recurso humano, instrumental y en general determinar la eficacia de estos servicios en la población.

El presente estudio se constituirá a la vez en un documento para la docencia, la investigación y la reflexión en la aplicación futura de los servicios de periodoncia en otras instituciones y en el resto del país.

1. DEFINICION DEL PROBLEMA

El problema central de la presente investigación fue:

¿Cuál es el estado de la prestación de los servicios de periodoncia como especialidad en la SecretarÍa Distrital de Salud en Santafé de Bogotá, D.C.?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. General. Para responder el problema planteado, se formuló el siguiente objetivo general: Describir el estado de los servicios de periodoncia como especialidad el sector salud en la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C.

1.1.2. Específicos. Con el fin de cumplir con el objetivo general, se deben lograr los siguientes objetivos específicos:

- Recoger información en los hospitales de primero y segundo nivel de la Secretaria Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C.

- Describir las características organizacionales de los servicios de periodoncia en los hospitales de primero y segundo nivel de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, desde el punto de vista estructural y funcional.

- Evaluar la información obtenida en los hospitales de primero y segundo nivel

- Formular recomendaciones a la Secretaria de Salud de Santafé de Bogotá con base en los resultados obtenidos.

1.2. PROPOSITO

Con los resultados de este estudio se pretende:

- Crear una fuente de información básica que sirva de punto de partida para organizar el servicio de periodoncia para el Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

- Crear una estrecha relación entre el odontólogo general del primer nivel y los especialista de odontología del segundo nivel para así establecer un vínculo de trabajo y se establezcan las remisiones y contrarremisiones de las diferentes actividades en periodoncia.

1.3. JUSTIFICACION

Hasta la fecha se han realizado dos estudios nacionales en el área de salud oral por el Ministerio de Salud, en 1965-66 y 1977-80. Los resultados de estos estudios demostraron alta prevalencia e incidencia de la enfermedad periodontal en Colombia, lo que demuestra que la condición periodontal de la población Colombiana amerita ser tratada adecuadamente, por lo tanto mediante un cambio de actitud en los servicios prestadores de salud oral permite a las personas que demandan estos servicios conocer las diferentes alternativas preventivas y terapéuticas que se puedan brindar.

La especialidad de Periodoncia constituye el eje central para dar soluciones definitivas a la alta prevalencia e incidencia de la enfermedad periodontal en Colombia, y para esto se requiere una reorganización y orientación al odontólogo general, al auxiliar de Higiene Oral y el especialista en Periodoncia para crear planes de acción que promocionen, prevengan y traten la enfermedad periodontal, para lograr equidad, eficiencia, eficacia y

participación de la comunidad que requiere el servicio y los prestadores de él.

En el acuerdo 20 de 1991, que reestructura los servicios de salud en la Secretaría Distrital de Salud, la Salud Oral está representada por el Departamento de Salud Oral, pero no existe clasificación de los servicios de primero, segundo y tercer nivel en Salud Oral, por lo tanto el recurso humano no lo divide en general, especializado o subespecializado, lo que quiere decir que el especialista en periodoncia no se incluye dentro del recurso humano especializado.

Según el artículo 13 del decreto 1938 de 1994, el Plan Obligatorio de Salud está "orientado a la solución de las enfermedades de mayor importancia para las comunidades de acuerdo al perfil de morbimortalidad y a las condiciones de tecnología existentes en el país". El Plan Obligatorio de Salud en el artículo 11 del mismo decreto, "brindará atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad".

Así mismo, de acuerdo al consolidado de 1994 de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá la segunda causa de consulta externa son las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén; por lo tanto existe contradicción entre estos resultados y la atención que amerita la población

según sus necesidades porque en el artículo 15 del decreto 1938 no incluye la periodoncia como actividad especializada dentro del Plan Obligatorio de Salud, el cual dice que "tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, intervenciones y procedimientos y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud".

Por lo tanto se requiere de la implantación de diferentes estrategias para el desarrollo y buen funcionamiento del servicio de periodoncia; teniendo en cuenta que según el artículo 16 del decreto 1938 de 1994, "el manual de actividades, intervenciones y procedimientos puede ser revisado cada dos años o cuándo a juicio del Ministerio de Salud así lo requiera, bien sea para agregar, modificar o suprimir actividades, con la aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud".

Este estudio puede servir como guía para orientar a los demás departamentos de Salud Oral del resto del país, lo que conlleva a describir los servicios de Periodoncia de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá y presentar nuevas alternativas que logren una reorganización de dicha entidad. Por otro lado es importante considerar que no existe hasta el

momento ningún estudio que aporte información sobre dicho proceso en la Secretaría Distrital de Salud que pueda despejar algunos de los interrogantes creados.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1. Descripción del problema. Las investigaciones epidemiológicas de una enfermedad comunmente comienzan con el estudio de la prevalencia e incidencia. La primera se refiere "al número de defectos que se acumulen en un individuo o en una población en un período de tiempo dado". La incidencia se refiere "al número de eventos o defectos en un individuo o en una población en un tiempo específico" (Ramfjord, 1959)

La prevalencia de la enfermedad periodontal desde el punto de vista epidemiológico se presenta en un índice que oscila entre el 90% y el 100% y todas las personas pueden presentar signos de la enfermedad a lo largo de toda su vida o en momentos específicos (Greenstein, 1990). Sin embargo, en el hemisferio occidental del 7 % al 15% de su población, puede estar afectada por una periodontitis severa destructiva. Este porcentaje se incrementa, llegando a ser del 33%, estando la tercera parte del mundo incluido. Además, después de la terapia y basados en el número de dientes perdidos, muchos estudios retrospectivos a lo largo del tiempo comprobaron

que el 17% al 28% de pacientes tratados con periodontitis desarrollaron recurrencia de la enfermedad (Greenstein, 1990).

Los resultados de este estudio (Greenstein, 1990) indicaron que una minoría de individuos parecieron estar propensos a desarrollar en forma avanzada la enfermedad, la cual estaría representada en 17 de 36 millones de americanos.

Fue así, como en 1977 un grupo de científicos del banco de datos globales, discutieron la epidemiología, etiología y prevención de la enfermedad periodontal con el fin de desarrollar el Indice de Necesidad de Tratamiento Periodontal en la Comunidad (CPITN).

Las conclusiones de este estudio demostraron que el CPITN es un método establecido para indicar los niveles de condiciones periodontales para las cuales se pueden mostrar intervenciones específicas como la instrucción de higiene oral, raspaje y alisado radicular, que tienen notable magnitud en las poblaciones adultas.

Luego, en 1986 Pilot et al. investigaron las condiciones periodontales presentadas en adultos de 35 a 44 años de edad, en las que intervinieron 24 países. El índice periodontal de necesidades de tratamiento en la comunidad (CPITN, Ainamo et al 1982) fue usado para registrar las condiciones

periodontales de acuerdo a especificaciones de la Organización Mundial de la Salud en 1987.

Las características del índice de necesidades de tratamiento periodontal en la comunidad incluyen el uso de la sonda periodontal, la división de la dentición en 6 sextantes, puntaje del índice dental en cada sextante y registros del puntaje más alto para cada sextante. Los puntajes son:

0: Saludable

1: Sangrado al sondaje

2: Cálculos

3: Bolsas Superficiales de 4 a 5 mm

4: Bolsas profundas de 6 ó más milímetros

Este índice evalúa las necesidades de tratamiento periodontal de la comunidad, facilita una rápida afirmación sobre el promedio del estado de la enfermedad y su prevalencia en las distintas poblaciones.

Concluyendo así, que utilizando el índice CPITN, se pudo comprobar que en la gran mayoría de la población observada, el progreso de la enfermedad periodontal ha sido lento y es compatible con la retención de una dentición natural hasta los 50 años.

Por otra parte, Ainamo et al. 1982, realizaron una investigación para analizar las necesidades de tratamiento de la comunidad CPITN. Este estudio se realizó para crear un método de evaluación de la prevalencia de la enfermedad periodontal y necesidades de tratamiento en una población; el cual consistió en una examinación clínica desarrollada por Ainamo & O´Leary en 1967 y por Johansen et al en 1973, citados por Ainamo et al. 1992. Allí, la evaluación de la gingivitis, bolsas patológicas y cantidad de dientes erupcionados fueron considerados como datos básicos pues se tuvieron en cuenta cuatro grupos de edades: 15-19, 20-29, 30-44, 45-64 años. Estos grupos de edades fueron considerados importantes para obtener información sobre las variaciones en el desarrollo de la enfermedad periodontal con la edad. Se utilizó el examen de boca parcial en dos superficies de seis dientes en el maxilar superior, analizando las superficies distales y mesiales del primer molar derecho, incisivo central izquierdo, primer premolar izquierdo, y en la mandíbula, las caras linguales y mesiales del primer molar izquierdo, incisivo central derecho y el primer premolar derecho fueron seleccionados por Ramfjord en 1959; los registros se hicieron en el siguiente orden:

Cálculos supragingivales

Cálculos subgingivales

Profundidad de bolsa de 4 a 5 mm

Profundidad de bolsa después del sondaje

Recesiones gingivales (Ainamo y col. 1982).

En este estudio los sujetos fueron clasificados dentro de diferentes categorías de necesidades de tratamiento de acuerdo a los resultados de la examinación. Un registro 0 para todos los sextantes indica que no hay necesidad de tratamiento, registro 1 el paciente debe mejorar su higiene oral personal, registro 2 necesita raspaje y mejorar las condiciones de higiene oral personal y registro 3 necesita un tratamiento periodontal completo. Los resultados de este estudio demuestra que el CPITN facilita medidas rápidas para determinar el estado de enfermedad promedio en un grupo de la población, así como la prevalencia de la enfermedad periodontal (Ainamo et al 1982)

1.4.1.1. Estado Periodontal en Estados Unidos. Para una visión global de la problemática del estado periodontal en Estados Unidos, Kelly & Van Kirk en 1965 reportaron datos de examinaciones realizadas desde 1960 hasta 1962, en las que utilizaron el índice periodontal de Rusell (que se utiliza como indicador de la tendencia a la severidad de la enfermedad periodontal (Rusell 1954)), encontrando que el porcentaje de este índice periodontal incrementó constantemente en cada grupo de edad, menos de 1.0 para personas de 18 a 24 años de edad y de 2.91 para personas de 75 a 79 años de edad. Los porcentajes del índice periodontal entre 1 y 2 son considerados como una periodontitis incipiente y entre 2 y 4 representan periodontitis

establecida. Así las personas de mayor edad mostraron una alta prevalencia y severidad de periodontitis.

Investigaciones de Kelly & Harvey en un periodo comprendido entre 1971 y 1974 en una examinación en un grupo de personas de 1 a 74 años de edad, en el que se utilizó el índice de Russell, encontraron que personas de 45 años de edad presentaron puntaje de 1 indicando gingivitis y este puntaje aumentaba en personas de 46 a 64 años, las cuales presentaban una periodontitis leve. El promedio de índice periodontal con un puntaje de 2 sugiere una periodontitis establecida y fue comúnmente encontrado en personas mayores de 64 años de edad. concluyendo que la enfermedad periodontal avanza con la edad.

Hasta 1980, los estudios epidemiológicos de Ritchey & Orban 1953, Theilade 1960, Soumi et al. 1968 y Lang 1977 evaluaron el estado periodontal visualmente y con técnicas radiográficas estandarizadas, siendo ambos métodos ineficaces ya que daban signos subjetivos de la enfermedad periodontal.

Ya en la década de 1980 las investigaciones epidemiológicas de Estados Unidos utilizaron la sonda periodontal para medir la profundidad de la bolsa y nivel de inserción clínico, encontrando que con estos métodos se obtenía un

diagnóstico más objetivo de la enfermedad periodontal en comparación con los métodos que se utilizaban anteriormente.

Analizando los estudios de Brown et al. 1981 en el cuál evaluaron la prevalencia de periodontitis en personas que presentaron al menos un sitio con profundidades de bolsa mayor o igual a 4 mm, encontraron que el 36% de la población adulta de Estados Unidos tenían periodontitis y esta prevalencia incrementó con la edad, corroborando los resultados de los estudios de Kelly & Van Kirk 1965.

Después, en 1984, se elaboró un estudio en el cual se estimaban los servicios periodontales en los Estados Unidos. Sus autores fueron Douglass et al., quienes tuvieron como propósito evaluar problemas en la Salud pública y reorganizar los servicios periodontales.

La comparación de la cantidad de necesidades de tratamiento y la cantidad de tratamiento que se provee, ayuda a estimar el potencial de servicios periodontales en la nación. Dichas necesidades se determinaron recolectando datos de 1971 a 1974, como parte de la investigación sobre nutrición y salud nacional (NHANES), el cual fue categorizado por el porcentaje de personas que debieron seguir un tratamiento de acuerdo al tipo de enfermedad y representado por una variable. (Douglass et al. 1984). Los datos recogidos por el Instituto de Investigación Triangular (R.T.I.),

(Nash et al 1979), durante 1976 y 1977 fueron registrados por el número de servicios con el tiempo requerido. En dicho análisis el porcentaje de personas necesitadas de tratamiento fue convertido en horas para proveer el tiempo requerido. Igualmente, se encontró que el tratamiento de la enfermedad periodontal avanzada, necesitaba de 6.5 millones de horas y una fracción pequeña de la población se benefició de los servicios de tal tratamiento. Una de las variables más importantes que pueden ayudar a explicar la gran discrepancia entre las necesidades de tratamiento y la demanda efectiva del tratamiento periodontal es la pobre percepción por parte de las personas para reconocer la necesidad de tratamiento periodontal, fallando por lo tanto en la demanda del cuidado dental, además quienes visitan al odontólogo, sólo un ligero porcentaje recibe servicio periodontal fuera de una profilaxis de rutina. (Douglass et al 1984). Así para mejorar la salud periodontal de la nación, los autores recomiendan que para mejorar la salud periodontal de la nación, la profesión odontológica debe poner más énfasis sobre la alta prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos, sino debe educar a la población sobre la importancia de una buena higiene oral personal y profesional y su efecto sobre el mantenimiento de la salud oral periodontal. (Douglass et al 1984)

Así mismo, en 1986, Carlos J.P. hizo un estudio epidemiológico sobre la enfermedad periodontal en Marylan, EEUU utilizando el Indice de Extensión y Severidad (ESI) en 14 sitios de la cavidad oral en pacientes, en un

cuadrante del maxilar superior y otros 14 en el cuadrante maxilar inferior contralateral. Se tomaron medidas de nivel de inserción, profundidad de bolsa y evaluación radiográfica. Entre tanto, la extensión de la enfermedad periodontal se expresó en porcentajes que exhibían 28 medidas por cada sujeto, las cuales fueron hechas por el mismo examinador. Es así, como el índice de Extensión y Severidad se mostró como un método simple y ayudó en la descripción del estado de la enfermedad periodontal de la población, lo que requirió de pocos examinadores y permitió comparaciones entre estudios epidemiológicos de diferentes poblaciones e investigadores. (Carlos J.P. 1986). Los resultados de este estudio demostraron que la extensión de la enfermedad incrementa con la edad, pero el incremento en la severidad de la enfermedad es relativamente mas bajo. Se llegó a la conclusión de que el índice de Extensión y Severidad, es un método reproducible ya que ofreció una descripción informativa del estado de la enfermedad periodontal de la población. (Carlos J.P. 1986).

Brown et al en 1989, hicieron un estudio para determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal en diferentes grupos de edades, y reportaron que el 29% de las personas de 19 a 44 años de edad, tenían periodontitis y las personas de 45 años de edad registraron una prevalencia de periodontitis de un 50%. Patrones similares se acompañan en la perdida de inserción clínica encontrando un aumento de estos parámetros clínicos con la edad.

En Michigan en 1990, Brown et al en un estudio retrospectivo reportaron datos comprendidos entre 1985 y 1986 de una población entre los 18 y 64 años de edad, determinando el nivel de inserción clínica con el sondaje periodontal en todos los dientes excepto los terceros molares, con el método de examinación de boca parcial. Se encontró pérdida de inserción clínica de un milímetro en uno o mas sitios en el 99% de la población, siendo el 1% encontrado en personas con una pérdida de inserción severa mayor de 5 mm

Por otra parte, Beck et al en 1990, determinaron la prevalencia y los factores de riesgo para la pérdida de inserción en una población de adultos blancos y negros. Los negros tuvieron un promedio de pérdida de inserción (78%) mayor que la de los blancos (65%).

Posteriormente, Hunt y Fann en 1991 Iowa hicieron un estudio para obtener una información adicional sobre la exactitud de las examinaciones de boca parcial, estimando la prevalencia de la enfermedad periodontal en una población. El racional de la examinación de boca parcial se basa en la suposición de que las condiciones periodontales son distribuidas bilateralmente en un patrón simétrico razonable en la cavidad oral; y así estimar la prevalencia de la enfermedad periodontal.

En este estudio se utilizó una población de 477 personas adultas en los que se utilizó el índice CPITN de Ainamo et al de 1982 y se evaluó también el sangrado gingival. Se hizo sondaje periodontal y se determinó la presencia ó ausencia de cálculos en cada diente registrándose el diente más afectado. Las conclusiones de este estudio mostraron que las examinaciones de boca parcial pueden estimar con exactitud y eficiencia el promedio de las medidas periodontales, pero también pueden sobrestimar la prevalencia de las condiciones periodontales.

Posteriormente, en Minnesota en el año de 1991, Oliver et al. analizaron las variaciones de la prevalencia y la extensión de la periodontitis, a partir de factores socio-económico, raza, educación, seguro dental y visita dental más reciente. Allí se encontró que la periodontitis fue más prevalente y extensa en personas de raza negra con menor educación y que no habían visitado al odontólogo por más de tres años y su seguro dental no estaba asociado con una mejor salud periodontal.

La confiabilidad entre examinadores fue evaluada por Fleiss y Col. en 1991 para determinar la profundidad de bolsa y nivel de inserción, encontrándose que hubo variabilidad entre los examinadores en cuanto a la evaluación de los dientes anteriores con respecto a los posteriores y en los sitios proximales, vestibulares y linguales.

Estudios sobre la prevalencia de la enfermedad periodontal realizados por Fox CH en 1992 en Boston, demostraron que la prevalencia de las bolsas periodontales de 6mm ó más fue del 5% a 20% de la población del mundo y los factores de riesgo de la prevalencia fueron la edad, educación, cuidados dentales profesionales, tabaquismo, diabetes, y raza.

1.4.1.2. Estado periodontal en México. Ismail et al en 1987 realizó un estudio conducido por el Centro Nacional de México en el periodo comprendido entre 1982 y 1983 en el cuál se investigó la prevalencia de dientes perdidos, caries dental y enfermedad periodontal presentada en 3860 adultos mexicanos-americanos de 18 y 74 años de edad. Los resultados de este estudio indicaron que el 4.3% de este grupo era edéntulo. Y en comparación con el estudio realizado por el centro Nacional de México entre 1971 y 1974, los mexicanos-americanos tenían más gingivitis pero menos bolsas periodontales.

En el mismo año, Ismail y Col. investigaron la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en niños mexicanos-americanos de 5 y 17 años, mostrando que la gingivitis fue del 76.9% en los 2550 niños examinados.

1.4.1.3. Estado periodontal en Colombia. El estudio nacional de salud ha elaborado un análisis sobre los cambios ocurridos a partir de 1965, año en el cual se llevó a cabo la primera "Investigación Nacional de Morbilidad". Se

han realizado dos estudios nacionales en el área de salud oral. El primero se obtuvo a través de la fase clínica de la investigación nacional de "Morbilidad Oral" llevada a cabo en la población colombiana en el período de agosto de 1965 y julio de 1966, publicado en 1970 realizado por el Ministerio de Salud con la autoría de Raúl Mejía Villa, Carlos Agualimpia, Jorge Torres Sánchez, Ricardo Galán y Wilson Rodríguez.

La muestra de la investigación Nacional de Morbilidad es probabilística de la población civil no institucional residente en los departamentos y que constituía en 1964 el 98% de la población total de Colombia. En la primera etapa del diseño se definieron 716 unidades primarias de muestreo (UPM) constituidas por los municipios que tenían mas de 5000 habitantes y disponían de hospital, centro de salud. Los municipios que no cumplían con estas características se anexaron al más cercano que las reuniera; por su tamaño, superior al limite de 450000 habitantes fijado para los estratos, Cali y Medellín constituyeron dos UPM cada una y Bogotá, D.E. cuatro UPM. Se conformaron así mismo, cuatro grandes regiones naturales agrupando los departamentos de características ecológicas semejantes para efectos de la estratificación de las UPM, la presentación de los resultados y el cálculos de la confiabilidad de las estimaciones (Bogotá D.E.), por su homogeneidad desde el punto de vista del conjunto del país, se separó de la región Oriental para constituir una quinta región. Las 716 UPM se clasificaron en 40 estratos, 10 de dichos estratos corresponden a las ciudades más

importantes del país, los 30 estratos restantes se formaron de tal manera que hubiera el máximo de homogeneidad entre las UPM reunidas y el máximo de heterogeneidad entre un estrato y otro en relación con el tamaño de la población de cada UPM, su porcentaje de población urbana y la altitud media. De cada uno de estos estratos se seleccionó aleatoriamente una UPM controlando su distribución según la región, el departamento, volumen y tipo de los servicios de atención medica disponibles.

En la segunda etapa de esta investigación, las UPM seleccionadas se subdividieron en segmentos de aproximadamente 10 viviendas, cada una de las cuales se tomó una muestra sistemática de 24 segmentos por unidad. Las 8920 familias con 52479 personas residentes en los 960 segmentos constituyeron la muestra para las entrevistas domiciliarias; se entrevistaron 51473 personas (98.1%) correspondientes a 8669 familias, y equivalentes al 0.3% de la población total del país.

Para los exámenes clínicos se tomó una submuestra de 5258 entrevistados, de los cuales se examinaron 5026 correspondientes al 0.3% de la población total.

Finalizada la entrevista de cada familia, el entrevistador listaba todas las personas en un formulario especial en el cual estaban previamente señaladas las casilla de las personas que debían ser citadas para el examen

clínico. La población fue seleccionada de acuerdo a las principales variables epidemiológicas tales como la edad (menos de 15, 15-44 y 45 y más), sexo, zona ó región, ingreso económico familiar y nivel de educación. En este estudio, se empleó el índice periodontal de Rusell (1954), este índice es una resultante de la conjugación de todos los valores logrados encontrados, debe considerarse como un indicador de la tendencia de la severidad y no la medida de ella, puesto que no determina el momento preciso de evolución en que se encuentra la enfermedad periodontal.

Los resultados de este estudio indicaron que el 88.7% de la población Colombiana presentó problemas de enfermedad periodontal en cualquiera de sus etapas, el 29.7% presentaron bolsas periodontales, cuyo hallazgo indica una mayor severidad de la enfermedad, en el 59.0% restante se observó gingivitis. La prevalencia de los problemas periodontales aumenta con la edad, pasando del 82.0% en la población de 5 a 19 años, al 98.0% en las personas de 45 y más. La misma tendencia sigue la severidad de la enfermedad periodontal pasando del 8.3% en el grupo de 5 a 19 años a 71.1% en las personas de 45 y más. El grupo entre 35 y 44 años, más de la mitad de la población (58.1%) tiene enfermedad periodontal.

En relación al sexo no existe diferencia en cuanto a la presencia de la enfermedad periodontal: 89.4% para hombres y 88.0% para mujeres.

Los valores porcentuales de enfermedad periodontal son similares en las zonas urbana I , urbana II y rural (89.9%, 86.5% y 89.3%); sin embargo, el problema es un poco mas severo en la rural, por cuanto en ella, los porcentajes de enfermedad periodontal con bolsas periodontales son mayores (27.4%, 26.9% y 32.4%).

A pesar de que en Bogotá se presenta la mayor proporción de enfermedad periodontal (92.1%), el porcentaje de población afectada con bolsas periodontales es el más bajo (17.2%). La mas alta proporción de población con enfermedad periodontal avanzada (39.1%) se presenta en la región oriental (Estudio Nacional de Salud. Colombia, 1977).

Existe una tendencia definida hacia un porcentaje menor de población con enfermedad periodontal a medida que aumentan los ingresos, 90.0% para la población con menor ingreso y 84.2% para el grupo de mejores condiciones económicas. Así mismo es similar la tendencia en relación con la severidad puesto que el porcentaje de afectados con bolsas periodontales va disminuyendo en la medida en que mejoran las condiciones económicas (31.8% y 22.0%).

Se puede apreciar cómo de un total de 247'673.000 dientes examinados, 166'932.000, que representan el 67.4%, estaban afectados por cualquier tipo de enfermedad periodontal; de esta proporción, 53.9% presentaban gingivitis

discriminada así: 34.4% con gingivitis leve y 19.5% con gingivitis severa. el 13.5% restante comprende los dientes afectados con cualquier tipo de periodontitis, alcanzando el 3.4% la proporción de dientes con enfermedad periodontal avanzada

El segundo estudio Nacional de Salud realizado en 1977-1980 patrocinado y respaldado por el Ministerio de Salud y ejecutado por el Instituto Nacional de Salud. Los resultados fueron publicados en 1984 con la autoría de Benjamín Herazo Acuña y Orlando Moncada llamado "Morbilidad Oral", en el cual se diagnosticaron los problemas bucodentales que más afectaban a la población Colombiana: higiene oral, enfermedad periodontal, caries dental, anomalías dentomaxilofaciales, y patologías de tejidos blandos.

La muestra consistió de 9869 hogares con 52762 personas entrevistadas de las cuales se seleccionaron probabilísticamente 10970 que fueron sometidas a exámenes clínicos (médicos y odontológicos) y de laboratorio. El país se dividió en 5 regiones para las cuales sus resultados son altamente representativas: Atlántica, Oriental, Bogotá, Central y Pacífica, constituidas por departamentos mas o menos homogéneos ecológica, geográfica, socioeconómica y culturalmente. El estudio restituye una población de 24'661.542 habitantes, existente en el momento de la encuesta, con tiempos de recolección cortos en cada una de las regiones: Atlántica, segundo

semestre de 1977, Bogotá finales de 1977 y comienzos de 1978; Oriental, Central y Pacífica en 1980

La población fue seleccionada según las variables como edad, sexo, región, nivel de ingreso, nivel de educación, nivel de urbanización y afiliación a seguridad social (Benjamín Herazo Acuña, Orlando Moncada, 1984)

Los resultados de esta investigación demostraron que el 94.7% de personas de 5 o mas años de la población colombiana presentaron enfermedad periodontal en cualquiera de sus fases. En 1965-66 la población con enfermedad periodontal era el 88.7%, lo que muestra un aumento de la enfermedad periodontal en el país. Los grupos de edad comprendidos entre 5 y 19 años ocasionan el aumento mencionado, pues en 1965-66 un 82.0% de su población sufría enfermedad periodontal y en 1977-80 alcanza a ser el 95.2%. Se mantienen las diferencias por sexo registradas en 1965-66 y persiste la situación favorable de los hombres sobre las mujeres.

Por regiones, la Oriental fue la mas afectada en la extensión de la enfermedad, pues en 1965-66 un 87.8% de su población tenia enfermedad periodontal, en cambio en 1977-80 la cifra es de 96.1%.

En las variables de ingreso e instrucción la existencia de un buen estado periodontal es directamente proporcional a la mejor condición en cada variable.

El 71.4% de los dientes de la población de 5 o mas años estaban afectados periodontalmente, con grados 1, 2, 6 y 8. En 1965-66 era del 67.4%. En promedio, cada persona de 5 o mas años tiene 11.9 dientes permanentes con enfermedad periodontal. En 1965-66 esa cifra era del 12.8, hay tendencia a mejorar en toda la población. El grupo de 5 años es el que tiene mas dientes afectados en promedio cada niño necesita profilaxis para 6.8 dientes, problemas similares afectan los grupos de 6 y 7 años (Herazo y Moncada 1984)

Los resultados de este estudio conllevan a realizar las siguientes recomendaciones:

Con relación a la higiene oral, deben impulsarse los programas preventivos con base en educación, higiene, ingestión y aplicación de fluoruros, colocación masiva de sellantes, enseñanza de dieta adecuada y controles de placa bacteriana. Según los autores esto llevaría a una reducción de un 90% de las periodontopatías y caries dental.

Según los estudios de Morbilidad Oral (Herazo y Moncada 1984) los problemas odontológicos son la primera causa de consulta externa en el país, por lo cual es necesario determinar la situación de salud oral a través de estudios frecuentes que permitan conocer el estado actual y evaluar la efectividad de las políticas sanitarias.

Así mismo la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá D.C. en el consolidado del año de 1994, muestra las diez primeras causas de morbilidad por consulta, encontrándose que la "enfermedad de los dientes y estructuras de sostén" se encuentran como la segunda causa de morbilidad después de las infecciones respiratorias que es la primera causa de consulta.

Según los grupos de edades en 1994, a nivel general, las causas de consulta externa en niños de 1 a 4 años, "las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén" se encuentran en tercer lugar de consulta, siendo la primera por enfermedades respiratorias y la segunda por enfermedades diarréicas.

En la población de 5 a 14 años, "las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén", son la primera causa de consulta.

Y en la población comprendida de 15 a 44 años, "las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén" son la segunda causa de consulta, siendo la primera enfermedad de los órganos genitales.

Es así como se consideró importante la realización de investigaciones tales como el estudio de "Tendencias epidemiológicas de la caries dental y enfermedad periodontal en las grandes ciudades Colombianas", con el fin de adecuar las necesidades de tratamiento contemplados en el plan de beneficios. Este estudio fue realizado por Benjamin Herazo y Orlando Moncada en 1995, donde se determinó la condición de higiene oral, enfermedad periodontal y caries dental en una población de 2000 niños de 5 a 14 años de edad de ambos sexos, en Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga, en el periodo comprendido entre abril y mayo de 1995. Dado que no se tenían las posibilidades financieras para incluir un universo mucho más amplio se preseleccionaron 2000 escolares, que correspondieron al universo del cuál se hace inferencia y que no fue una muestra representativa de la población de esa edad, ni de las ciudades en donde se examinaron.

Los resultados de esta investigación mostraron que el perfil epidemiológico de la población escolar examinada correspondió con el comportamiento observado en la historia natural de la enfermedad periodontal.

Un 29%, aproximado, de la población de estas ciudades (Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga), no estuvo afectada por ningún grado de enfermedad periodontal y desde este punto de vista, se presentó. El 71% restante de los escolares tuvo algún grado de lesión y entre los grupos de edad a partir de los 10 años se mantuvieron prevalencias similares.

Afortunadamente, el 71% de la población escolar examinada que estuvo afectada por la enfermedad, presentó gingivitis y Periodontitis Leve, situaciones reversibles con la aplicación de una buena higiene oral ó de una sencilla profilaxis. En esta población no hubo enfermedad severa. Al analizar la metodología utilizada en este estudio, se encontró que la población utilizada fue el grupo comprendido entre 5 a 14 años, y al describir el consolidado de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá D.C. de 1994, se observó que la primera causa de consulta en general, por "enfermedades de los dientes y estructuras de sostén" se presentó en la población de 5-14 años de edad; aunque el estudio de tendencias epidemiológicas no determinó una muestra representativa, al analizar esta población se encontró que el 71% de la población de las grandes ciudades colombianas estaban afectadas en algún grado por la enfermedad periodontal y por lo tanto coincide con los resultados de 1994 encontrados a nivel de la Secretaría Distrital de Salud en Santafé de Bogotá.

Otro estudio realizado en Colombia en 1995, como un aporte de la Universidad Nacional de Colombia, con Facultad de odontología, y su Departamento de Preventiva y Social, entregó al Ministerio de Salud una investigación llamada "Morbilidad Bucodental Colombiana", con los resultados de 105 estudios realizados en diferentes tipos de poblaciones del país: escolares, adultos, ancianos, indígenas, negros, poliétnicos, grupos especiales como minusválidos, pacientes oncológicos, soldados, problemas mentales, pero no representan a toda la población del país, aunque sirven de orientación para detectar la problemática bucodental de esas comunidades. Las conclusiones de este estudio mostraron que la población examinada presentó Indice de Placa Blanda entre 1.4 y 1.9 aproximadamente, de Placa Calcificada entre 0 y 2.3 y el Indice de Higiene oral se elevó hasta 5.3 en alguna población indígena. También se demostró que más del 90% de las personas presentaron enfermedad periodontal leve ó severa, lo cuál coincide con los estudio de Morbilidad oral publicado en 1970 y 1984.

Para los autores de este estudio, erradicar los problemas que afectan la condición bucodental de los colombianos, que mayoritariamente son la caries dental y la enfermedad periodontal, tanto el Estado como la odontología deben participar conjuntamente en la presentación de alternativas de solución, realizando programas de prevención específica de las enfermedades más prevalentes. Las Facultades de odontología se

deberían orientar hacia la conservación del paciente sano y capacitación para tratar las enfermedades adecuadamente. De las medidas de protección específica que más deben implementarse está la educación en Salud Bucodental, constante y sostenida a través de radio, televisión, prensa y demás medios audiovisuales masivos. En todas las concentraciones escolares del país, escuelas y colegios oficiales y privados, debe ser obligatoria la vinculación y permanencia de Auxiliares de Higiene oral, para llevar a cabo las enseñanzas y prácticas de higiene bucodental en los estudiantes; por lo tanto deben disponer áreas físicas para tal efecto, las instituciones que no lo posean deben someterse a esa norma en un plazo determinado por la autoridad oficial.

1.4.1.4. Organización del Sistema Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C. El acuerdo N° 19 de 1991 por el cual se establece la estructura básica de las Entidades prestadoras de servicios de salud en el Tercero, Segundo y Primer nivel de atención, adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, se determinan las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones. Así mismo las funciones del departamento de Salud oral según el articulo 19 comprende:

- Ofrecer a los pacientes prevención eficaz y tratamiento de las afecciones estomatológicas.

- Proyectar las realizaciones del departamento tendientes hacia la educación continuada de los odontólogos.

- Programar y evaluar las actividades de salud oral que se han de desarrollar en los diferentes niveles de atención, en lo referente a prevención, recuperación y rehabilitación

- Determinar las necesidades de capacitación del recurso humano que trabaja en el programa de salud oral.

- Participar y ejecutar procesos investigativos relacionados con salud oral.

- Informar a la jefatura de Servicios Ambulatorios sobre el desarrollo de los programas de Salud Oral.

Las demás funciones que le sean asignadas acordes con la naturaleza del departamento

La organización operativa que consagra el artículo 6° determina tres niveles así :

El primer nivel lo caracteriza la atención básica prestada por puestos y centros de salud y los hospitales locales, los cuales cuentan con consulta externa, urgencias y hospitalización bajo la dirección de médicos generales y

los centros de atención inmediata o CAMI I. Estos servicios serán prestados por equipos de salud conformados por médico, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de saneamiento y promotores de salud.

El Segundo nivel lo caracteriza la atención intermedia dada por médicos generales y de las especialidades básicas los cuales serán prestados por hospitales de este nivel, que canaliza el régimen de referencias y contrareferencia de pacientes en su área de influencia, establecida por la dirección general del Sistema Distrital de Salud. Además está capacitado para ejecutar labores de atención de urgencias o CAMIS 2.

Según el decreto 1335 de la Sub dirección de atención en Salud. Servicios ambulatorios del departamento de Salud Oral el odontólogo general en la naturaleza de las funciones del cargo debe ejecutar labores profesionales de odontología en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente, en un organismo de segundo nivel de atención. Las funciones son:

- Practicar exámenes, identificar diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, elaborar la historia clínica del paciente, incluyendo la epicrisis y aplicando los derechos del enfermo.

- Atender urgencias, ordenar análisis y exámenes de laboratorio y estudiar los resultados.

- Realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnóstico.

- Realizar intervenciones de cirugía oral a pacientes hospitalizados y ambulatorios, o colaborar en ellas de acuerdo con el nivel en el cuál este ubicado.

- Realizar interconsulta y remitir pacientes a odontólogos especializados cuando sea necesario.

- Participar en las brigadas de salud asignadas

- Participar en actividades educativas de salud oral a nivel intra y extramural.

- Participar en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de servicios de salud oral.

- Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población del área de influencia.

- Realizar el análisis epidemiológico de los datos de morbilidad oral que le permita proponer alternativas de solución al inmediato superior.

- Participar en investigaciones de tipo aplicado tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad.

- Participar en reuniones, seminarios o eventos que tengan relación con los programas ó actividades a su cargo.

- Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.

- Participar en la actualización del manual de normas y procedimientos de su área.

- Supervisar y responder por los elementos y equipos que estén bajo su cuidado.

- Dar al personal, compañeros de trabajo y al público en general, buen trato, consideración y el respeto que se merecen.

- Ejercer las demás funciones que le se asignadas y afines con la naturaleza del cargo.

Es importante entender el proceso de la enfermedad periodontal por lo tanto en la fase pre-patogénica intervienen, dos factores o agentes que son el huésped (acumulación de microorganismos de la placa bacteriana a través de enzimas, toxinas, metabolitos y respuesta inmunológica, también se encuentra el cálculo supra y subgingival, factores iatrogénicos, malposiciones dentales, malos hábitos de higiene oral, factores genéticos, hormonales, disturbios sicosomáticos, ingestión de drogas y condiciones fisiológicas). Y el otro factor es el medio ambiente, que incluye nivel socioeconómico, patrón cultural, sistema de salud, sector preventivo y sector asistencial.

Dentro de la fase Patogénica, se encuentran las alteraciones de los tejidos gingivales histológicamente, incluyendo, tejidos celulares y alteraciones bioquímicas, morfológicas y funcionales mas acentuadas; posteriormente alteraciones gingivales que se observan clínicamente como leves cambios de color; y una inflamación crónica caracterizada por seudobolsas, alteraciones en el volumen, forma, posición de la encía, superficies lisas y brillantes, pérdida del punteado gingival.

Después se presenta una etapa avanzada del infiltrado inflamatorio ocasionando alteraciones de la cresta ósea alveolar, al igual que cambios del colágeno circundante dando como resultado formaciones de bolsas

periodontales verdaderas e inflamación gingival crónica, instaurándose una Periodontitis Leve.

La enfermedad Progresa y se presentan bolsas periodontales profundas, pérdida severa de la cresta ósea alveolar y persistencia de la cronicidad y contenido del infiltrado inflamatorio, el diente pierde su soporte y adquiere movilidad patológica para llegar a una pérdida de la función y finalmente ocurre la mortalidad dental. (Badeia Marcos, 1980)

1.4.1.5. Protocolo de atención por el especialista en periodoncia según el Postgrado de Periodoncia y Biología Oral del Colegio Odontológico Colombiano en Santafé de Bogotá. Es indispensable llevar a cabo un programa de servicios de periodoncia, por consiguiente el odontólogo general debe tener la capacidad de diagnosticar correctamente y esto se logra a través de conocimientos básicos, instrumental adecuado y saber en que situaciones debe realizar remisiones al periodoncista, según las necesidades de cada paciente, por lo tanto es importante que el Sistema Distrital de Santafé de Bogotá, incluya en el equipo de trabajo especialistas en Periodoncia.

Así mismo, se describirán los diferentes tipos de enfermedades periodontales y el tratamiento adecuado para cada una.

1.4.1.6. Diagnóstico de la enfermedad periodontal. Clínicamente la enfermedad periodontal se caracteriza por alteración de color, textura de la encía, así como una tendencia incrementada a la hemorragia al sondeo en el área del surco/bolsa periodontal. Además, los tejidos periodontales pueden exhibir una resistencia reducida al sondaje lo que indica una profundidad incrementada de la bolsa periodontal o recesión de los tejidos. En las etapas avanzadas de la enfermedad periodontal también están con frecuencia asociadas la movilidad dental incrementada y desplazamiento de los dientes. (Lindhe, 1989)

Radiográficamente, se puede interpretar la enfermedad periodontal como una altura reducida de la cresta ósea alveolar. Si la pérdida ósea progresa con ritmo similar y más o menos constante en cierta parte de la dentición, la imagen de la cresta ósea remanente se observa continua en la radiografía y se habla de una pérdida ósea horizontal. Los defectos óseos angulados son el resultado de una pérdida ósea generada con ritmos no contìnuos de destrucción sobre los tejidos alterados en las superficies ósea y dentales, entonces nos referimos a una pérdida ósea vertical.

Los resultados de las investigaciones y de las experiencias con animales han demostrado que la enfermedad periodontal, Afecta diferentes partes de la dentición en grado variable, a menudo, es de carácter progresivo, y sin tratamiento oportuno, conduce a la pérdida dentaria. Para lograr un plan de

tratamiento acertado, la enfermedad periodontal debe ser reconocida y diagnosticada adecuadamente, identificando el compromiso de las diferentes estructuras periodontales con respecto a la cavidad oral. (Lindhe, 1989).

El examen de un paciente con respecto a la enfermedad periodontal, debe no solo identificar los puntos con alteraciones inflamatorias, sino también la extensión de la destrucción tisular y otras alteraciones relacionadas con la cavidad oral remanente. Por lo tanto el examen debe incluir, todas las partes de la cavidad oral y describir las condiciones periodontales en todas las superficies que rodean el diente. Como la enfermedad periodontal incluye alteraciones inflamatorias de la encía y una destrucción progresiva de fibras colágenas del ligamento periodontal y hueso alveolar, al examen deben incluirse medidas diagnósticas que describan dichas alteraciones patológicas.

Es importante para el diagnóstico de la enfermedad periodontal, determinar las medidas de profundidad de bolsa periodontal, que es la distancia del margen gingival al fondo de la bolsa periodontal, su medición se hace por medio de una sonda periodontal graduada, es necesario establecer la profundidad de la bolsa incluyendo tres superficies (mesial, central y distal) en cada diente por vestibular, palatino y lingual y registrarla en el periodontograma de la historia clínica.

También es necesario medir el nivel de inserción clínico periodontal, que se puede evaluar con la sonda y se expresa como la distancia en milímetros desde el límite cemento adamantino hasta el fondo de la bolsa periodontal. Se registra las tres medidas vestibulares, palatinas y linguales (mesial, central y distal) por cada diente y también se incluye en el periodontograma de la historia clínica.

1.4.1.7. Clasificación de las enfermedades Periodontales.

GingivitisTipo I, (A.A.P. 1986) Es la inflamación de la encía, basados en el tipo de exudado, manifestaciones clínicas, etiología, asociación con enfermedades sistemáticas, asociación con medicamentos, duración y asociación con factores locales y sistémicos. Los signos clínicos de inflamación gingival son evidentes y pueden ser severos; las lesiones establecidas pueden aparentemente persistir por meses o años sin progresión (World Workshop 1989).

Gingivitis asociada a placa: es la más común de las enfermedades periodontales. Se caracteriza clínicamente por enrojecimiento, sangrado gingival, edema o agrandamiento y sensibilidad. Su etiologìa es la placa bacteriana y sus productos.

Gingivitis ulcero necrotizante (GUN), es una infección gingival recurrente aguda de etiología compleja, caracterizada por necrosis de las papilas, sangrado espontaneo, dolor, mal olor y formación de seudomembranas.

Gingivitis hormonal, se puede manifestar en la pubertad, el embarazo y también puede estar asociada con terapia de esteroides. Estas formas de gingivitis se caracterizan por una respuesta de la placa exagerada, reflejada por intensa inflamación, enrojecimiento, edema y agrandamiento.

Gingivitis medicamentosa, se produce en asociaciòn con el uso de drogas como fenitoina, ciclosporina y nifedipina; puede o no ser inducida por la formaciòn de placa, y generalmente se observa una proliferaciòn atìpica de los fibroblastos, clínicamente se caracteriza por agrandamiento del margen gingival, encía adherida y las papilas formando pseudobolsas

Gingivitis descamativa, Es caracterizada por descamación del epitelio gingival dando la apariencia de una superficie gingival intensamente rojiza. Pueden ser causadas por reacciones alérgicas. Las lesiones se pueden involucrar en toda o en parte de la encía y en otras superficies mucosas de la cavidad oral. Se ha demostrado que más que una inflamación gingival es una manifestación oral de un problema sistémico.

Estos tipos de Gingivitis se pueden diagnosticar clínicamente con un instrumental adecuado, como la sonda periodontal y el espejo bucal.

El sangrado gingival al sondaje es ampliamente aceptado como un signo clínico de inflamación gingival. (Loe et al 1965, Loe and Silness 1963, Kormman 1987, Gordon et al. 1985, Polson & Caton 1985).

Recursos Humanos: El odontólogo general esta capacitado para diagnosticar y tratar la gingivitis

Ayudas de diagnóstico: Examen Clínico, examen radiogràfico (juego periapical completo para detectar otras patologìas) y sondaje periodontal.

Tratamiento: Motivación, instrucción de higiene oral, control de caries, control de placa bacteriana, raspaje coronal y profilaxis. La reevaluación de la terapia debe efectuarse a las 4 semanas finalizado lo anterior mencionado. El mantenimiento se puede realizar por el odontólogo general o el auxiliar de higiene oral, que se llevará a cabo cada 4 o 6 meses ò independientemente de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Lugar : Consultorio odontológico

Instrumental y Materiales : Instrumental básico (espejo bucal explorador, sonda periodontal, pinzas algodoneras, cucharilla para caries), Instrumentos manuales (curetas de Gracey 7-8, 11-12, 13-14); Scaler Sónico, pieza de mano de baja velocidad, pieza de mano de alta velocidad, fresas, copas de caucho, pasta profiláctica, algodones, gasas, agujas cortas y largas, anestesia, jeringa para anestesia, fluoruro de sodio.

Periodontitis

Periodontitis del adulto leve.

Clasificación Tipo II, (A.A.P. 1986) Se define como la extensión del infiltrado inflamatorio gingival centripetamente involucrando tejido conectivo supracrestal y cresta ósea alveolar propiamente dicha. Las medidas de profundidad de bolsa, nivel de inserción y análisis radiográfico, indican una pérdida uniforme de la cresta ósea alveolar (horizontal) sin excederse más de un tercio de la longitud de la raíz. Se reconocerá la inflamación por la hemorragia al sondaje y la profundidad de bolsa de 4mm. (Glosario de términos, AAP, 1986)

Recursos Humanos: Odontólogo General debe estar en capacidad de prevenir, diagnosticar y tratar adecuadamente esta entidad periodontal.

La Auxiliar de Higiene Oral (para el mantenimiento), dirigido por el Odontòlogo General.

Ayudas de Diagnóstico: Examen clínico, periodontograma, examen radiográfico (juego periapical completo).

Tratamiento: Motivación e instrucción de higiene oral, control de caries y control de placa, raspaje, alisado radicular y profilaxis. Terminando la preparación inicial, la reevaluación se realizará a las 4 semanas y el mantenimiento será cada 3 meses ò dependiendo de la necesidad individual de cada paciente.

Lugar: Consultorio de Odontología

Instrumental y materiales: Instrumental básico (Espejo bucal, explorador, pinzas algodoneras, sonda periodontal); Sonda Nabers, jeringa carpule, curetas gracey (7-8, 11-12, 13-14), Scaler sónico, pieza de mano de alta y baja velocidad, fresas, anestesia, agujas cortas y largas, fluoruro de sodio, pasta profiláctica, copas de caucho.

Periodontitis del Adulto Moderada.

Clasificación Tipo III, (A.A.P. 1986). Es un estado más avanzado en la progresiòn del proceso inflamatorio periodontal, con incremento en la destrucción de estructuras de soporte. Notable pérdida de soporte óseo, posiblemente acompañado de movilidad dental .Puede haber compromiso de furca en dientes multirradiculares. Las profundidades de bolsa se encuentran entre 4-6mm. (Workshop, 1989; Glosario de términos AAP 1986).

Recursos Humanos: Todo caso diagnosticado debe ser remitido al Periodoncista.

El Odontólogo General y Auxiliar de Higiene Oral se deben encargar del mantenimiento.

Ayudas de diagnóstico: Examen clínico, periodontograma, examen radiográfico (juego periapical completo, panorámica si es necesario).

Tratamiento: Motivación e instrucción de higiene oral, control de caries, control de placa, raspaje y alisado radicular, profilaxis, reevaluación a las 4 semanas: Si persisten bolsas periodontales de 5 mm o más y hay sangrado al sondaje, debe realizarse cirugía periodontal en esas áreas; luego continuamos con una etapa de mantenimiento, que según estudios de Axelsson y Lindhe en 1971, pueden ser tres meses ó menos dependiendo de las necesidades y cooperación de cada paciente.

Lugar: Consultorio Odontológico

Instrumental y Materiales: Instrumental básico (Espejo bucal, explorador, pinzas algodoneras, sonda periodontal, sonda Nabers); jeringa carpule, curetas Gracey (7-8, 11-12. 13-14), Scaler Sónico, curetas de Marco 1 y 2, Periostótomo, bisturí de Kirkland, mangos de bisturí, bisturí de Orban, Back action, cinceles Ochembain 1 y 2, portagujas Boynton, pinzas hemostáticas curvas y rectas, tijeras de tejido y material, nipper para tejidos blandos, Goldman Fox Nº 8, pieza de mano alta y baja velocidad, fresas, anestesia, agujas cortas y largas, gasas, hojas de bisturí, sutura de seda, cemento quirúrgico.

Periodontitis del Adulto Severa.

Clasificación Tipo IV (AAP). Hay una mayor progresión de la periodontitis con mayor pérdida del soporte óseo e incremento en la movilidad dental. Compromiso de furca en dientes multirradiculares (grado 2 o 3) y generalmente el paciente presenta ya pérdida dentaria con rehabilitación protésica.

Las medidas de la profundidad de bolsa son mayores de 6mm. La pèrdida òsea excede màs del tercio medio de la longitud de la raíz, hay hemorragia al sondaje. (Glosario de términos, AAP 1986).

Recursos humanos: El diagnostico y tratamiento debido a la complejidad del caso debe ser realizado únicamente por el Periodoncista.

El Odontólogo General y la Auxiliar de Higiene Oral, realizan el mantenimiento supervisados por el Periodoncista.

Ayudas de diagnóstico: Examen clínico, periodontograma, examen radiográfico (juego periapical completo y radiografia panorámica cuando se amerite).

Tratamiento: Motivación, instrucción de higiene oral, control de caries, control de placa, raspaje y alisado radicular, profilaxis, reevaluación a las 4 semanas, cirugía periodontal como procedimiento definitivo, por último realizar el mantenimiento cada 2 meses o de acuerdo a las necesidades del paciente.

Lugar: Consultorio odontológico

Instrumental y materiales: Instrumental básico (Espejo bucal, pinzas algodoneras, explorador, sonda periodontal y sonda Nabers); bisturí Kirkland, orban, Back action, Mangos de bisturí, jeringa carpule, Curetas gracey 7-8, 11-12, 13-14, Scaler sónico, Piezas de mano de alta y baja velocidad, portagujas boynton, periostótomo, curetas de Marco 1 y 2,

cinceles ochembain 1 y 2, pinzas hemostáticas curvas y rectas, tijeras de tejido y material, Nipper para tejidos blandos, Goldman Fox Nº 8, fresas quirùrgicas Nº 6 y 8, hojas de bisturí Nº 15 y 15C, sutura 4-0, anestesia, agujas cortas y largas, cemento quirúrgico, fluoruro de sodio, pasta profiláctica, copas de caucho.

Periodontitis Juvenil. Encontrada en adolescentes y adultos jóvenes, (Glosario de términos AAP, 1986); es caracterizada por defectos óseos angulares severos en los primeros molares e incisivos permanentes. (Baer, BN. 1971).

Las lesiones son simétricas, bilaterales; las mujeres son más afectadas que los hombres en una proporción de 3:1, más frecuente en la raza negra que en la blanca, (Burmeister et al 1984). Hay poca actividad de caries y no hay casi acumulo de depósitos dentales.

Periodontitis Prepuberal: Se presenta en niños, caracterizada por la formación de bolsas periodontales y destrucción del hueso alveolar en dientes deciduos, puede ocurrir durante o inmediatamente después de la erupción de los dientes primarios. Esta enfermedad se puede presentar en forma localizada o generalizada.

Ayudas de diagnóstico: Examen clínico, periodontograma, examen radiográfico (juego periapical completo); e interconsulta médica, pues estos pacientes generalmente presentan alteraciones como otitis media y problemas del tracto respiratorio superior.

Periodontitis Post-juvenil. Es la condición resultante de una disminución dramática en la rata de destrucción asociada con periodontitis juvenil. (Workshop, 1989).

Recursos humanos: Periodoncista y Mèdico Internista.

Odontólogo General y Auxiliar de Higiene Oral, para el mantenimiento que debe ser supervisado por el Periodoncista

Tratamiento: Motivación e instrucción de higiene oral, control de caries y de placa, terapia antibiótica: Tetraciclina, 1 gramo al día por 21 días, raspaje y alisado radicular, profilaxis, reevaluación a las 4 semanas, cirugía periodontal, reevaluación y fase de mantenimiento cada 2 meses o de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Lugar: Consultorio odontológico

Instrumental y material: Instrumental básico ya descrito; jeringa carpule, bisturí de kirkland, orban, Back action, mangos de bisturí, periostótomo, cinceles ochembain 1 y 2, curetas gracey 7-8, 11-12, 13-14; curetas de marco 1 y 2, Scaler sónico, portagujas Boynton, pinzas hemostáticas curvas rectas, tijeras de material y tejido, Nipper para tejidos blandos, Goldman fox Nº 8, piezas de mano alta y velocidad, fresas quirúrgicas Nº 6 y 8, sutura 4-0, agujas cortas y largas, hojas de bisturí Nº 15 y 15C, cemento quirúrgico, fluoruro de sodio, pasta profiláctica, copas de caucho.

Periodontitis Rápida Progresiva: (Slots 1977, Page and Schoreder 1982, Page et al 1983), Se clasifica en tipo A y B. La tipo A ocurre en adultos jóvenes entre los 20 y 30 años, caracterizada por inflamación periodontal severa y rápida pérdida de inserción de tejido conectivo y soporte óseo alveolar, aproximadamente un 66% de personas son afectadas. La tipo se presenta en personas de 26 a 35 años y está asociada con un significante acúmulo de placa bacteriana y cálculo.

Ayudas de Diagnóstico: Examen clínico, periodontograma, examen radiogràfico (juego periapical completo).

Recurso humano: Todo caso diagnosticado debe ser remitido al Periodoncista.

El Odontólogo General y la Auxiliar de Higiene Oral realizan el mantenimiento supervisado por el Periodoncista.

Tratamiento: Motivación, instrucción de higiene oral, control de caries y placa bacteriana, terapia antibiótica: Amoxal 500 mg y metronidazol 250 mg cada 6 horas por 10 días, raspaje, alisado radicular y profilaxis. La reevaluación debe realizarse a las 4 semanas después de la fase inicial y luego cirugía periodontal, por último el mantenimiento cada 2 meses o según las necesidades de cada paciente.

Lugar: Consultorio odontológico

Instrumental y materiales: Instrumental básico (espejo bucal, explorador, pinzas algodoneras, sonda periodontal y la sonda Nabers); jeringa carpule, bisturí de Kirkland, orban, Back action, mangos de bisturí, periostótomo, curetas gracey, Scaler sónico, Cinceles ochembain 1 y 2, curetas de marco 1 y 2, tijeras de tejido y material, pinzas hemostáticas curvas y rectas, Nipper para tejidos blandos, piezas de mano de alta velocidad, anestesia, agujas, hojas de bisturí Nº 15 y 15C, sutura 4-0, fluoruro de sodio, copas de caucho, pasta profiláctica, cemento quirúrgico.

Periodontitis Refractaria: Se denomina a la destrucción del aparato de inserción en un individuo cuyo tratamiento anterior comprobó ser exitoso y

representa la aparición de una nueva fase del padecimiento algunos meses o años después a la conclusión de una terapéutica exitosa (Genco, 1990)

Ayudas de diagnóstico: Examen clínico, periodontograma, examen radiográfico (juego periapical completo)

Recurso humano: Todo caso diagnosticado debe ser remitido al Periodoncista.

El Odontòlogo General y la Auxiliar de Higiene Oral deben realizar el mantenimiento, supervisado por el Periodoncista.

Tratamiento: Motivación, instrucción de higiene oral, control de caries y placa bacteriana, prueba microbiológica para determinar el microorganismo específico; raspaje, alisado radicular, profilaxis. La reevaluación se debe realizar a las 4 semanas despuès de la fase inicial, cirugía periodontal en áreas de interés, mantenimiento cada 2 meses o según las necesidades de cada paciente.

Lugar: Consultorio odontológico

Instrumental y materiales: Instrumental básico (espejo bucal, explorador, pinzas algodoneras, sonda periodontal, sonda Nabers); jeringa carpule,

bisturí de Kirkland, orban, Back action, Mangos de bisturí, curetas Gracey, Scaler sónico, Cinceles Ochembain 1 y 2, curetas de marco 1 y 2, portagujas Boynton, pinzas hemostáticas curvas y rectas, tijeras de material y tejido, nipper para tejidos blandos, piezas de mano de alta y baja velocidad, fresas quirúrgicas Nº 6 y 8, pasta profiláctica, copas de cauchos, hojas de bisturí Nº 15 y 15C, sutura 4-0, agujas, cemento quirúrgico, fluoruro de sodio.

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio se caracterizó por ser de tipo descriptivo, en el sentido en que se describieron los hospitales de I y II Nivel de atención de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Fue un estudio transversal por hacer un corte en el tiempo (Mayo 3, 7, 10, 13 de 1996). En este sentido y con los criterios definidos, el estudio pretendió determinar el estado actual de los servicios en periodoncia de la Secretaria Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

2.2. POBLACION

2.2.1. Universo. Estuvo constituido por 18 hospitales del Distrito Capital definidos e identificados en Mayo de 1996, los cuales fueron:

—Hospitales de I Nivel: Juan XXIII, la Candelaria, San Pablo, Suba, Usaquén, Olaya, San Blas, Kennedy 29, La Perseverancia y Trinidad Galán.

—Hospitales de II Nivel: El Carmen, Engativá, Fontibón, Bosa, La Granja, El Guavio, San Blas, Meissen.

2.3. CRITERIOS DE DESCRIPCION

—La identificación de los hospitales, criterio que se determinó en forma cualitativa, mediante su ubicación y el nivel de atención.

—Las características organizacionales de los servicios en periodoncia de los hospitales de I y II Nivel de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

—Identificación del recurso humano para la prestación de los servicios en periodoncia en los hospitales de I y II Nivel de atención.

—Determinar estrategias para promover el desarrollo de los servicios en periodoncia de los hospitales de I y II Nivel de atención mediante la evaluación del recurso humano, instrumental y materiales.

2.4. INSTRUMENTOS

Se diseñó un instrumento (entrevista semiestructurada, Anexo 1) dirigido a directores, coordinadores de odontología, periodoncistas, odontólogos generales y auxiliares de Higiene oral en cada uno de los hospitales. Este instrumento estuvo constituido por seis secciones:

—Primera sección: Identificación de los hospitales y nivel de complejidad.

—Segunda sección: Identificación de los especialistas en medicina y odontología en los hospitales de I y II Nivel según el director de cada hospital.

—Tercera sección: Identificación del recurso humano en odontología según el coordinador de odontología de cada hospital.

—Cuarta sección: Descripción de las características organizacionales de los servicios de periodoncia según los especialistas en Periodoncia.

—Quinta sección: Descripción de las características organizacionales de los servicios de periodoncia según los odontólogos generales.

—Sexta sección: descripción de las actividades de higiene oral según la auxiliar de higiene oral.

2.5. PROCEDIMIENTO

El primer paso fue la identificación de cada uno de los 28 hospitales de I y II nivel de atención de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá. Luego se realizó el diseño de instrumentos (entrevistas semiestructuradas) para la descripción, organización y funcionamiento de los servicios de periodoncia de los hospitales (Anexo 1). Posteriormente se elaboraron cartas dirigidas al cuerpo directivo de cada uno de los hospitales, con el fin de aplicar el instrumento, entrevista al recurso humano ya mencionado y luego se realizó la tabulación manual de la información recolectada, con base en los criterios determinados para el estudio. El análisis de datos se hizo con base en el Marco Teórico y se elaboraron, finalmente, conclusiones y recomendaciones para la reorganización de los servicios de periodoncia en los hospitales de I y II Nivel de atención.

3. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

La información sobre cada uno de los hospitales comprende seis secciones diferentes que permiten observar la identificación, las características organizacionales, para describir y dar a conocer el servicio de periodoncia en los hospitales de I y II Nivel de atención.

Los datos que se registraron y que fueron objetos del análisis los proporcionaron los directores, coordinadores de odontología, periodoncistas, odontólogos generales y auxiliares de higiene oral siendo estos las fuentes primarias de la información de esta investigación.

Se procedió a hacer una identificación de los hospitales de I y II Nivel con base en los criterios anteriormente definidos. Para tal efecto se elaboró un instrumento para cada uno de los hospitales de I y II Nivel. Luego se hizo una descripción de los servicios de periodoncia de dichos hospitales.

3.1. IDENTIFICACION DE LOS HOSPITALES

Se identificaron 10 hospitales en I Nivel y 8 hospitales en el II Nivel. Los hospitales de I Nivel de atención corresponden a la mitad de los existentes en la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, teniendo en cuenta que cada uno representó una zona del Distrito Capital (norte, sur, oriente, occidente). Los hospitales de II Nivel fueron visitados en su totalidad.

3.2. IDENTIFICACION DE LOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA Y ODONTOLOGIA SEGUN EL DIRECTOR EN LOS HOSPITALES DE I Y II NIVEL.

3.2.1. Hospitales de I Nivel. Según los directores de los hospitales de I Nivel, existen médicos especialistas en 3 hospitales (30%) de los 10 hospitales visitados, los 7 hospitales restantes (70%) no tenían médicos especialistas. En 1 solo hospital (10%) de los 10 visitados, existen 3 odontólogos especialistas (2 Administración en Salud y 1 Salud Ocupacional) (Gráfica Nº 1).

Todos directores de los hospitales de I Nivel estuvieron de acuerdo en que los odontólogos especialistas deben estar en el II Nivel de atención.

3.2.2. Hospitales de II Nivel. Según los directores entrevistados existen 148 médicos especialistas en la totalidad de los hospitales de II Nivel. Existen 43 odontólogos en los hospitales de II Nivel, de éstos 9 (20.93%) son odontólogos especialistas que se encuentran en 3 hospitales de los 8 visitados. Los 34 restantes (79.07%) son odontólogos generales. (Gráfica Nº 2)

De estos 9 odontólogos especialistas que se encuentran en los hospitales de II nivel, 1 es Periodoncista, 1 es Estomatólogo y 1 es Odontopediatra, ubicados en el Hospital de Bosa. En el Hospital el Guavio hay 2 en Administración en Salud y 1 en Salud Ocupacional y en el Hospital La Granja hay 2 Odontopediatras y 1 Endodoncista.

Según los directores de hospitales de II Nivel, 6 directores (75%) desean contar con odontólogos especialistas entre ellos Periodoncistas, Endodoncistas, Odontopediatras, Ortodoncistas y Cirujanos Maxilo-Faciales; según ellos el Periodoncista y el Endodoncista son prioritarios. Dos directores (25%) no conocen cuales son las especialidades en odontología.

3.3. IDENTIFICACION DEL RECURSO HUMANO EN ODONTOLOGIA SEGUN EL COORDINADOR DE ODONTOLOGIA

3.3.1. Hospitales de I Nivel. Según los coordinadores de odontología de los hospitales de I Nivel, existen 44 odontólogos de los cuales 3 de ellos (6.8%), son odontólogos especialistas, y los 41 restantes son odontólogos generales (93.2%). De los 3 odontólogos especialistas, 2 son especialistas en Administración en Salud y 1 en Salud Ocupacional, quienes trabajan como tales medio tiempo. (Gráfica Nº 3)

Sin embargo cabe anotar que se encontró en el Hospital Olaya (I Nivel de Atención), 1 Periodoncista que esta contratado como odontólogo general y sus actividades las realiza como tal.

3.3.2. Hospitales de II Nivel. Según los coordinadores de odontología existen 43 odontólogos en todos los hospitales de II Nivel, de los cuales 9 de ellos (20.93%) son odontólogos especialistas y los 34 restantes (79.07%) son odontólogos generales.

Este 20.93% de odontólogos especialistas se distribuye en las siguientes especialidades :

—1 Periodoncista 2.32% en el Hospital de Bosa.

—1 en Salud Ocupacional 2.32.% en el Hospital el Guavio

—1 Estomatólogo 2.32% en el Hospital de Bosa

—1 Endodoncista 2.32% en el Hospital la Granja

—2 Administradores en Salud 4.64% en el Hospital el Guavio

—3 Odontopediatras 6.97%, 1 en el Hospital de Bosa y 2 en el Hospital la Granja. (Gráfica Nº 3)

Todos los odontólogos especialistas de II Nivel de atención dedican medio tiempo a su especialidad.

3.4. DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS ORGANIZACIONALES DE LOS SERVICIOS DE PERIODONCIA SEGUN EL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA

El único periodoncista que hay en los hospitales de II Nivel de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se encuentra en el Hospital de Bosa. Tiene título de la Universidad Nacional. Y dentro de las ayudas que utiliza para el diagnóstico de la enfermedad periodontal son el examen clínico realizando periodontograma y las radiografías periapicales.

Los diagnósticos mas registrados son: Gingivitis asociada al embarazo, Gingivitis Medicamentosa, Periodontitis del adulto Leve, Periodontitis del

adulto Moderada, Periodontitis del adulto Severa y Periodontitis rápida progresiva. Dedica 4 horas diarias a la especialización y sus actividades las realiza a través de remisiones de los odontólogos generales de dicho hospital y contrarremite sus pacientes. Así mismo, es remunerado como especialista. (Cuadro Nº 1)

3.5. DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS ORGANIZACIONALES DE LOS SERVICIOS DE PERIODONCIA SEGUN EL ODONTOLOGO GENERAL

3.5.1. Hospitales de I Nivel. En 4 hospitales de I nivel (40%) los odontólogos generales realizan el diagnóstico de la enfermedad periodontal con examen clínico, sin sonda periodontal, y con ayudas radiográficas. En 3 hospitales (30%) los odontólogos generales realizan examen clínico con sonda periodontal y ayudas radiográficas y en los 3 hospitales restantes (30%) realizan solamente examen clínico sin sonda periodontal ni ayudas radiográficas. (Gráfica Nº 5)

Dentro de los 7 hospitales de I nivel (70%) visitados los diagnósticos registrados por los odontólogos generales fueron: Gingivitis Marginal Generalizada, Gingivitis Papilar, Gingivitis Difusa, Periodontitis Leve, Periodontitis Moderada, Periodontitis Severa. Los 3 hospitales de I Nivel (30%) restantes, los odontólogos generales además de clasificar gingivitis

localizada, gingivitis generalizada, periodontitis localizada, periodontitis generalizada, también diagnostican la periodontitis juvenil. (Gráfica Nº 6)

En todos los hospitales de I nivel visitados, las actividades para periodoncia que realizan los odontólogos generales son: detartraje, profilaxis e instrucción de higiene oral. En 4 hospitales de I nivel (40%) hacen exodoncias en casos avanzados de enfermedad periodontal y en 1 hospital (10%) hacen gingivoplastias. (Gráfica Nº 7)

En 5 hospitales de I nivel (50%) remiten actividades de periodoncia al Periodoncista que se encuentran en el Hospital de Bosa (II Nivel de atención) y en el Hospital Simón Bolívar (III Nivel de atención), teniendo en cuenta que no hay contrarremisión de estos pacientes y por lo tanto ningún control de la enfermedad periodontal. En 5 hospitales de I nivel (50%) no hacen remisiones porque a los pacientes se les dificulta el traslado a dichos hospitales. (Gráfica Nº 8)

Sin embargo, todos los odontólogos generales de los hospitales de I Nivel visitados respondieron que es necesario periodoncistas en todos los hospitales de II Nivel de atención.

El instrumental utilizado para las actividades de periodoncia, según los odontólogos generales de los hospitales de I Nivel de atención fueron, las

curetas Ck4, Ck6, micromotor, copas de caucho y pasta profiláctica. Y el cavitrón lo usan 4 hospitales (40%) de los 10 visitados. (Gráfica Nº 9)

3.5.2. Hospitales de II nivel. De los 8 hospitales de II Nivel visitados, en 5 hospitales (62.5%) los odontólogos generales realizan el diagnóstico de la enfermedad periodontal con examen clínico incluyendo la sonda periodontal, en los 3 hospitales restantes (37.5%) hacen examen clínico sin sonda periodontal y usan ayudas radiográficas. (Gráfica Nº 10)

Dentro de los 8 hospitales de II Nivel visitados, 7 hospitales (87.5%) los diagnósticos registrados por los odontólogos generales fueron: Gingivitis Simple, Gingivitis Compuesta, Periodontitis Localizada y Periodontitis Generalizada. En 1 hospital (12.5%) se diagnostica Gingivitis asociada a placa, Gingivitis Medicamentosa, Gingivitis Necrosante, Periodontitis del adulto Leve, Periodontitis del adulto Moderada, Periodontitis del adulto Severa, Periodontitis rápida progresiva. (Gráfica Nº 11)

Dentro de los 8 hospitales de II Nivel visitados, en 7 hospitales (87.5%) las actividades para periodoncia que realizan los odontólogos generales fueron: detartraje, profilaxis, fase I higiénica, instrucción de higiene oral y exodoncias. En 1 hospital (12.5%) el odontólogo general no realiza ninguna actividad de periodoncia. (Gráfica Nº 12)

De los 8 hospitales de II Nivel de atención visitados, 6 de los odontólogos generales (75%) no remiten actividades de periodoncia al periodoncista, en 1 hospital (12.5%) remiten al periodoncista particular y en el hospital restante (12.5%) remite actividades de periodoncia a un odontólogo general que se esta especializando en periodoncia. (Gráfica Nº 13).

En todos los hospitales de II Nivel de atención, los odontólogos generales están de acuerdo en que se necesitan periodoncistas en este nivel de atención.

El instrumental utilizado para las actividades de periodoncia según los odontólogos generales se encontró que en 7 hospitales de II Nivel (87.5%) utilizan: curetas Ck4, Ck6, cavitron, micromotor, cepillos, copas de caucho y pasta profiláctica; en un hospital (12.5%) utilizan curetas Gracey 11/12 y 13/14, micromotor, pasta profiláctica, copas de caucho y cepillo. (Gráfica Nº 14).

3.6. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DE HIGIENE ORAL POR LA AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

3.6.1. Hospital de I Nivel. De los 10 hospitales de I Nivel visitados, se encontró que en 6 hospitales (60%) hay 6 auxiliares de higiene oral de las cuales 3 (50%) están contratadas como tales ubicadas en el Hospital Olaya,

San Pablo y Juan XXIII respectivamente. Las otras 3 (50%) auxiliares de higiene oral que no están contratadas están en los hospitales de la Candelaria, Perseverancia y Kennedy 29. Los 4 hospitales restantes (40%) no tienen auxiliar de higiene oral.

De las 6 auxiliares de higiene oral, 4 trabajan en unidad odontológica, realizando actividades de higiene oral como: instrucción de higiene oral, aplicación de flúor, sellantes, detartraje y profilaxis, sus actividades están sujetas a la remisión del odontólogo general. Las 2 auxiliares de higiene oral restantes (20%) no trabajan en unidad odontológica y realizan actividades de promoción y prevención en los colegios. El instrumental utilizado por la auxiliar de higiene oral en los hospitales de I nivel son: Ck6, Ck4, micromotor, copas de caucho, cepillos, flúor y pasta profiláctica (Gráfica Nº 15)

3.6.2. Hospitales de II Nivel. En cada uno de los 8 hospitales de II Nivel de atención visitados se encontraron auxiliares de higiene oral, en los cuáles 3 (37.5%) trabajan en unidad odontológica realizando actividades de: instrucción de higiene oral, prevención, promoción, control de placa, detartraje, profilaxis y flúor. El instrumental utilizado por ellas es: Ck4, Ck6, micromotor, pasta profiláctica, copas de caucho y flúor. Las 5 auxiliares de higiene oral restantes (62.5%) no trabajan en unidad odontológica y realizan actividades de: Promoción, prevención, instrucción de Higiene Oral y flúor en

los colegios, y dentro del instrumental y material utilizado por ellas se encuentra: pastillas reveladoras, flúor y cubetas. Todas las actividades de las auxiliares de higiene oral están sujetas a la remisión del odontólogo general. (Gráfica Nº 15)

De las 8 auxiliares de higiene oral, 3 son remuneradas como auxiliar de higiene oral (37.5) y las 5 restantes (62.5%) son remuneradas como auxiliar de consultorio odontológico.

4. DISCUSION

Dentro de la organización de la Secretaría Distrital de Salud hasta abril de 1996, fecha en la cual se realizó esta investigación, se incluyeron los hospitales de I, II y III Nivel de atención. Teniendo en cuenta que en los hospitales de II Nivel de atención se debe contar con médicos y odontólogos especialistas, se encontró que en todos los hospitales de II Nivel de atención hay especialistas en medicina, mientras que en odontología sólo se hallaron 9 odontólogos especialistas. Dentro de los 9 especialistas en odontología, 3 desempeñan una labor netamente administrativa y 6 se encuentran en el área clínica distribuidos en 3 hospitales de II Nivel de atención Según el acuerdo 20 de 1991 se cumple con el objetivo del II Nivel de atención en el área de medicina, en el cual se ofrece atención intermedia e integral en salud y a los referidos del nivel I y III, con equipos de salud liderados por médicos y odontólogos generales y especialistas. No cumpliéndose este objetivo para el área de odontología ya que el porcentaje de especialistas es muy bajo.

Analizando el recurso humano de los hospitales de I y II Nivel de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, se encontró que los directores de los hospitales de I y II Nivel no le dan la importancia a los odontólogos especialistas, teniendo en cuenta que 2 de los directores entrevistados del II Nivel no conocen las especialidades de odontología, y esto se debe a que aún no han identificado la necesidad y por lo tanto no le dan importancia porque el odontólogo general en I y II Nivel de atención no se ha encargado de difundir las necesidades de las especialidades en odontología, aunque los directores de los hospitales de I y II Nivel que conocen las especialidades en odontología dijeron que es importante contratar periodoncistas y endodoncistas en el II Nivel de atención.

Dentro de los odontólogos especialistas en I Nivel de atención se encuentran 2 administradores en salud y 1 en salud ocupacional, en el II Nivel de atención 1 Endodoncista, 1 Periodoncista, 1 Estomatólogo, 1 en Salud Ocupacional, 2 Administradores en Salud y 3 Odontopediatras observando que hay odontólogos especialistas en el área administrativa en el I Nivel de atención donde se deben ofrecer servicios básicos de salud a los usuarios del Sistema Distrital de Salud. Así mismo es bajo el número de odontólogos especialistas en todas las áreas dentro del recurso humano en el II Nivel de atención de la Secretaría Distrital de Salud, notando que entre estas especialidades solo hay un periodoncista y el otro existente está en el I Nivel de atención trabajando como odontólogo general y remunerado como tal, lo

que demuestra la presencia de recurso humano subutilizado. Teniendo en cuenta que la enfermedad periodontal a nivel de Colombia es alta como se ha comprobado en los dos estudios nacionales de 1977 y 1984 citados en el marco teórico de esta investigación.

Estos resultados se han corroborado con las visitas que se hicieron en los hospitales de I y II Nivel, en donde los odontólogos generales expresaron que hay una gran demanda de pacientes con enfermedad periodontal y estuvieron de acuerdo en que se necesitan especialistas en Periodoncia en II Nivel de atención para dar resolutividad a los problemas periodontales de la población que lo requiera.

En general a todos los odontólogos generales encuestados que trabajan en I y II Nivel de atención les falta unificación de criterios para la utilización de las ayudas diagnósticas para detectar la enfermedad periodontal, teniendo en cuenta que el 70 % de los odontólogos generales en el I Nivel de atención realizan el diagnóstico periodontal sin utilizar sonda periodontal y que en el II nivel de atención no utilizan la sonda periodontal en un 37.5%.

También influye para el mal diagnóstico de la enfermedad periodontal que dentro de la historia clínica de los pacientes no hay un registro periodontal o periodontograma el cual es esencial para el diagnóstico de la enfermedad periodontal. De igual forma no hay instrumental adecuado teniendo en

cuenta que en el 33.33% de los hospitales de I y II nivel no hay ni se utiliza la sonda periodontal.

Aunque se percibió una falta de actualización en los odontólogos generales en la utilización de la terminología, diagnósticos y técnicas en periodoncia, lo más importante es que no proporcionen un diagnóstico incorrecto y por lo tanto no realicen un mal tratamiento periodontal; esto también denota que hay un cambio rápido en la terminología en odontología y por esto no hay unificación de conceptos. Igualmente existe una franca tendencia a utilizar instrumental para actividades de periodoncia que desde hace mucho tiempo su uso es cuestionador como son las curetas CK4 y CK6 Estas observaciones se encontraron en todos los hospitales de I y II Nivel de atención, a excepción del Hospital de Bosa en el cual se encuentra el único Periodoncista que utiliza el instrumental adecuado para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal.

En los hospitales de I y II Nivel de atención la mayoría de los odontólogos generales no pueden hacer todas las remisiones necesarias por la falta de especialistas en Periodoncia en la Secretaría Distrital de Salud teniendo solo un periodoncista en II Nivel de atención ubicado en el Hospital de Bosa, lo que hace difícil el traslado de los pacientes de los hospitales de I Nivel. Sorprendentemente sin ser objetivo de esta investigación se encontró un periodoncista en el Hospital Simón Bolívar, III Nivel de atención. Según el

acuerdo 20 de 1991, el objetivo principal de el III Nivel es ofrecer servicios de salud de alta tecnología y complejidad, por lo tanto la Periodoncia se debe encontrar en el II Nivel de atención.

En los hospitales visitados de I y II Nivel atención, el 50% de las auxiliares de higiene oral no realizan actividades de higiene oral, como instrucción de higiene oral, motivación, control de placa, raspaje coronal y profilaxis, ya que dedican su tiempo a promoción y prevención en los colegios, o se dedican a actividades de auxiliar de consultorio odontológico, lo que conlleva a la subutilización de este recurso humano.

5. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos al finalizar esta investigación, se concluye que el servicio de Periodoncia en los hospitales de I y II Nivel de atención en la Secretaría Distrital de Salud es deficiente, dadas las fallas encontradas en el recurso humano (directores de los hospitales, coordinadores de odontología, odontólogos generales y auxiliares de Higiene oral), la falta de instrumental adecuado para mejorar estos servicios y la elaboración de una historia clínica que permita un mejor registro de los pacientes que presentan enfermedad periodontal.

Es conveniente que existan especialistas en Periodoncia en los hospitales de II Nivel de atención. Esto reflejaría actividades de periodoncia organizadas, realizando un correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal, logrando así mejorar la salud oral en la comunidad. Para lograr una mayor resolutividad en los pacientes con enfermedad periodontal seria importante que los especialistas en Periodoncia de II Nivel

se desplacen al I Nivel de atención correspondiente por lo menos una vez a la semana para así disminuir la prevalencia de la enfermedad periodontal en la población.

Es conveniente que el odontólogo general, reciba cursos de actualización en odontología clínica para unificar conceptos, diagnósticos y tratamientos y dar mejores alternativas de solución a todos los problemas periodontales. Esto se logra a través de conocimientos básicos, instrumental adecuado y saber en que situaciones se debe realizar remisiones oportunas al periodoncista, según las necesidades de cada paciente.

El odontólogo general debe estar en capacidad para realizar tratamientos en pacientes que presenten Gingivitis y Periodontitis leve tales como terapia básica que incluye motivación e instrucción de higiene oral, control de placa, control de caries, raspaje coronal, alisado radicular, profilaxis y mantenimiento de manera personalizada según necesidades del paciente. También debe estar en comunicación continua con el periodoncista, para que en el momento en que el especialista contrarremita el paciente al odontólogo general este pueda hacerle un mantenimiento adecuado y evitar la recidiva de la enfermedad periodontal.

Deben existir auxiliares de higiene oral en todos los hospitales de primero y segundo nivel de atención, las cuales deben realizar las actividades de

periodoncia en conjunto con el odontólogo general y el periodoncista y estar sujetas a las remisiones y contrarremisiones de estos.

Dentro de las actividades que deben realizar las auxiliares de higiene oral se incluyen: promoción, prevención, instrucción de higiene oral, motivación, control de placa, raspaje coronal y profilaxis dental, supervisadas por el especialista y el odontólogo general a través de fichas personalizadas según las necesidades de cada paciente.

La Secretaría Distrital de Salud debe proporcionar el instrumental necesario para que los profesionales de la salud oral de los hospitales de I y II nivel tengan medios adecuados para realizar diagnósticos, prevención y tratamientos adecuados, mejorando así los servicios de periodoncia.

La historia clínica de la Secretaría Distrital de Salud en el área de odontología debe incluir un anexo para registrar los signos y síntomas de la enfermedad periodontal, periodontograma, diagnósticos periodontales, y secuencia del plan de tratamiento periodontal (Anexo 3). También se recomienda utilizar la hoja del sistema de referencia y contrareferencia para remisión de los pacientes que existe para medicina y odontología en la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

El instrumental mínimo básico que se recomienda en esta investigación para el odontólogo general y auxiliar de higiene oral debe ser: espejo bucal, explorador, pinza algodonera, sonda periodontal, sonda Nabers, curetas Gracey 7/8, 11/12, 13/14, Scaler sónico o Cavitron, copas de caucho, flúor, pasta profiláctica y micromotor.

Además del instrumental recomendado para el odontólogo general, el especialista en periodoncia debe contar con dos juegos de instrumental quirúrgico que consta de: mango de bisturí Bark-parker, bisturí de Kirkland, bisturí de Orban, hojas de bisturí Nº 15 y 15C, periostótomo de Prichard, curetas de Marco 1 y 2, cinceles Oschembain 1 y 2, pieza de alta velocidad, fresas quirúrgicas Nº 6 y 8, pinzas Nippers, tijeras de tejido, portagujas y suturas 4-0.

En los hospitales de II Nivel es necesario contar con el servicio de Radiología para la toma de juegos periapicales, que son también básicos para el diagnostico de la enfermedad periodontal, radiografías panorámicas cuando sea necesaria y radiografías coronales en el caso que se ameriten. Ya que según el acuerdo 20 de 1991, la estructura básica de los hospitales de I Nivel de atención no cuenta con el departamento de imágenes diagnósticas.

6. RECOMENDACIONES

Basàndose en las conclusiones obtenidas en la presente investigación sugerimos las siguientes recomendaciones:

- Educación a la comunidad, porque según los resultados de los estudios realizados a nivel nacional en 1977 y 1984 la incidencia y prevalencia de la enfermedad periodontal es alta y la comunidad ignora completamente los signos y sìntomas de la enfermedad periodontal como también sus secuelas.

- Modificar el recurso humano a nivel de odontología, ya que es importante la presencia de especialistas en Periodoncia en los hospitales de II Nivel de atención para poder tratar los casos de enfermedad periodontal moderada y severa realizando un diagnóstico y tratamiento oportuno en la población, de igual forma y con un trabajo en equipo el odontólogo general

realice diagnóstico, prevención y tratamiento de casos incipientes de enfermedad periodontal.

- Integrar todas las facultades que tienen un programa de especialización en periodoncia para lograr unificación de criterios y conceptos en todo lo relacionado con la enfermedad periodontal.

- Es importante que existan rotaciones a los hospitales de II Nivel de atención por los estudiantes de postgrado de Periodoncia de todas las facultades a través del convenio docente-asistencial que existe mas no se realiza en la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

- Es fundamental que el especialista en Periodoncia realice sus actividades con base a remisiones del odontólogo general.

- Es necesario dictar charlas preventivas y elaborar folletos donde se explique el proceso de la enfermedad periodontal (signos, síntomas y tratamiento), para así difundir en la comunidad la importancia de recibir un tratamiento periodontal oportuno.

- Se debe establecer una línea de seguimiento de investigación por las reflexiones dejadas en este estudio.

BIBLIOGRAFIA

ALMAS, K. y Col. 1994. Medidas del Estado Periodontal con el índice CPIIN y el índice periodontal convencional. Journal Clin. Periodontol; 18:654-659.

ABDUL, K. y Col. 1989. Estado Periodontal (CPINT) en individuos de 6-15 años en Malasia. J-Ninon-Univ-Sch-Dent. Dec: 31 (4): 612 - 8.

ABDUL, K. 1994. Perfil Periodontal en estudiantes de 15 a 19 años en Malasia. J. NiHan Universidad Sch-Dent. Marzo: 36(1): 34-9

AINAMO y Col. Desarrollo de la Organización de la Salud Mundial e Indice de necesidades de Tratamiento en la Comunidad Periodontal. Volumen 32 No. 3. 1982.

ALCALA y Col. Necesidades de Tratamiento Periodontal en Adultos en Málaga. Eur.- J - Epidemial. 1993. Marzo: 9(2):229-32.

BAILIT HL. Manning - W. Necesidades y Demandas de Servicios. Implicaciones de la Práctica y educación Dental. J. - Dent - Educ. 1988, Aug: 52(8): 458-62.

BECK y Loe. Principios Epidemiológicos en el Estudio de la Enfermedad Periodontal. Periodontology 2000. Volumen 2, 1993, págs 34-45.

BLIMSTEIN, E. Salud y Enfermedad Periodontal en niños y dolescentes. Pediatr - clin. - North - Am. 1995. Octubre: 38(5):1183-207.

BROWN y Loe. Prevalencia, Extensión, Severidad y Progresión de la Enfermedad Periodontal, Periodontology 2000. Volumen 2, 1993. Pág. 57-71.

BROWN y Col. Prevalencia e Incidencia de Riesgos de Pérdida de Inserción Periodontal en una Población de Blancos y Negros. J. Periodontal. 1990 Aug: 61(8): 521-8.

BURT, B. y Loe. El papel de la Epidemiología en el estudio de la Enfermedad Periodontal. Periodontology 2000. Volumen 2, 1993. Pág. 26-33.

CARLOS y Col. El Indice de Extensión y Severidad: Un Método Simple para uso en Estudios Epidemiológicos de enfermedad Periodontal. J. Clin. Periodontal, 1986; 13:500-505.

CAPLAN - DJ, Weintraub JA; Salud Oral en EEUU; un resumen Reciente de estudios Epidemiológicos. J - Dent - Educ. 1993. Dec: 57(12): 853-62.

CLARK y Loe. Mecanismos de Iniciación y progresión de la Enfermedad Periodontal. Periodontology 2000. Volumen 2, 1993. Pág. 72-82.

COREY L. y Col. Reporte de Enfermedad Periodontal en una Población de Virginia. J. Periodontal. 1993, Dec: 64(12): 1205-8.

CHESTER W y Col. Estimación de los Servicios Periodontales en EEUU. JADA, Vol. 108, 1984, jun.

DOUGLAS - CW, Fox Ch. Determinación de los valores del diagnóstico Periodontal, 1991, Dec: 62(12): 721-30.

DOUGLAS - CW. Epidemiología de la Enfermedad Periodontal. Curr - Opin. 1991 Feb: 1(1): 12-6.

DOUGLAS CW. Estimación de las Necesidades del Tratamiento Periodontal, Datos Epidemiológicos. J - Periodontal. 1989. Jul: 60(7): 417-9.

FLEISS, JL. Y Cols. Un estudio de Inter-Intra-examinador entre la profundidad de bolsa y nivel de inserción. J. periodontal - Res 1991 Mar: 26(2): 122-8.

FOX CH. Nuevas Consideraciones sobre la Prevalencia de la Enfermedad periodontal. Curr-opin-Dent. 1992 Mar: 2: 5-11.

GENCO G. Periodoncia. Texto traducido al Español, en 1990.

GREENSTEIN G; Avances en el diagnóstico de la enfermedad periodontal, 1990, volumen 10 número 5: 351-58.

HERAZO A. Benjamín y MONCADA Orlando. Estudio de tendencias epidemiológicas de Caries Dental y periodontopatías en las grandes ciudades colombianas. 1995, Bogotá. Ministerio de Salud.

HOLLOWAY - P.J. Salud pública dental internacional curr-opin-Dent. 1991 Jun: 1(3): 348-56.

HUNT RJ. Efecto del examen parcial dental, en Adultos. J - Dent-Res. 1991 oct: 70(10):1380-5.

HUNT RJ. La eficacia de las examinaciones para estimar la prevalencia de la enfermedad periodontal. J-Dent-Res. 1987. May: 66(5): 1044-8.

ISMAIL A.I. y Col. Prevalencia de la pérdida dental, caries y enfermedad periodontal en mexicanos adultos. J-Dent-Res. 1987. Jun: 66(6): 1183-8.

ISMAIL A.I. y Col. Prevalencia de la pérdida dental y de inserción en 2 poblaciones de México. J. Periodontal-Res. 1987 Mar: 232(2): 119-24.

ISMAIL A.I. y Col. Prevalencia de la caries dental y la enfermedad periodontal en México, en niños de 5-17 años. Am-J-Public-Health, 1987 Aug:77(8): 967-70.

KALLESTAN C. y Col. Condiciones periodontales en un grupo de adolescentes de Suecia. J. peridontal 1990: 601-608.

KALLESTAN C. y Matsson L. Condiciones periodontales en un grupo de adolescentes suizos. J-Periodontal; 1990; 17: 609-612.

KERN NW. Prevalencia e historia natural de la enfermedad periodontal en Suecia. J-Periodontal-Res. 1991. Jul: 26(4): 346-54.

KINGMAN A. y Col. Errores sistemáticos en la estimación de la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal J. Periodontal. 1988. Nov: 59(11): 707-13.

LEMBARITI y Col. Prevalencia y severidad de las condiciones periodontales en adultos en zonas rural y urbana. Dent-Oral-Epidemiol. 1988; 16:000-000.

LINDHE J. Textbook. 2ª Edición. 1989.

McFALL W.T. y Col. Estado Clínico Periodontal en pacientes atendidos regularmente en la práctica dental. J. Periodontal. 1989 Mar: 60(3):145-50.

MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud. Colombia, 1977.

MONCADA O. y HERAZO B. Estudio de Morbilidad Oral. Ministerio de Salud. 1984.

MUBARAK A y GJERMO P. Evaluación de pacientes escolares, usando el índice CITN, J-Dent-Educ. 1990 Mar: 54(3): 213-5.

OLIVER RC y Col. Estimación del índice CPITN en EE.UU. J.-periodontal. 1990 Jun: 61(1):68.

OLIVER R.C. y Col. Variaciones en la prevalencia y extensión de la periodontitis. Periodontal. 1991 Jun: 122(7): 43-8.

PAGE R.C. Estado de Salud oral en EE.UU. prevalencia de la enfermedad periodontal. J-Dent-Educ. 1985 Jun: 49(6): 354-67.

PAPAPANAU y WENSTROM. Estudio retrospectivo a 10 años de progresión de la enfermedad periodontal. J. periodontol. 1990: 17: 78-84.

PERRY D.A. y NEWMAN M.G. Ocurrencia de periodontitis en una población de adolescentes urbanos. J-Periodontal. 1990 Mar: 61(3): 185-8.

PETIT MDA. y Col. Prevalencia de periodontitis y patógenos sospechados en familias. J. Periodontol. 1994; 21: 76-85.

PILOT T. y Col. Condiciones periodontales en adultos de 35-44 años. Dent-Epidemilog. 1986; 14: 310-2.

PILOT t. y Col. Condiciones periodontales en adolescentes de 15-19 años en Suiza. Community Dent-Oral Epidemol. 1987: 15: 336-8.

PILOT y Col. Condiciones periodontales en diferentes regiones de Indonesia. Community Dent-Healt. 1987; 4, 239-243.

RUSELL, Sistema de clasificación y puntaje para investigación de la prevalencia de la enfermedad periodontal. Journal D. Res. Vol. 35, No. 3, 1954.

RAMFJORD. Indice para prevalencia e incidencia de la enfermedad periodontal. 1959. Ip. 30:50-59.

ROZIER R.G. y BECK J.D. Epidemiología de las enfermedades orales. Curr-opin-Dent. 1991 Jun: 1(3): 308-15.

SAYDAM G., y OKTAY I. Estado de salud periodontal y necesidades de tratameinto en un grupo de Turquía. J-Nihon-Univ-Sch-Dent. 1991 Sep: 33(3): 147-51.

STOLTENBERG J.L. Prevalencia de la enfermedad periodontal y mantenimiento y comparaciones con las investigaciones de salud oral. J-periodontol. 1993 Sep: 64(9): 853-8.

VIGNARAJAH S. Necesidades de tratamiento periodontal en una población de 12-15 y 19 años en el Caribe. J-Periodontol Res. 1994 Sep: 29(5): 324-7.

WHITE B.A. y Col. Un cuarto de siglo en cambios en la salud oral en EE.UU. J-Dent-Educ. 1995 Jan: 59(1): 19-57.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACION AVANZADA
POSTGRADO DE PERIODONCIA Y BIOLOGIA ORAL

ESTADO ACTUAL DE LOS SERVICIOS PERIODONTALES EN LOS HOSPITALES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SANTAFE DE BOGOTA D.C.

1. IDENTIFICACIÓN:

Nombre Institución ----------

Dirección ----------

Nivel ----------

Fecha ----------

2. CARACTERÍSTICAS DEL RECURSO HUMANO

2.1 DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL:

2.1.1 Cuántos especialistas hay en:

Medicina : ----------

Odontología :----------

Cuáles ----------

Considera Otros ----------

Cuáles ----- ----------

2.2 DEL COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

2.2.1 Cuántos Odontólogos trabajan en el hospital ? ----------

---

2.2.2 Cuáles de estos son Especialistas? ----------

2.2.3. Qué especialidad tienen? ----------

2.2.4 Realizan sus actividades como especialista todo el tiempo? ----------

---

2.3 DEL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA

2.3.1 Tiene usted título de especialista?----------

2.3.2 De que facultad?----------

2.3.3 Qué ayudas utiliza para diagnosticar la enfermedad periodontal ?

2.3.4 Cómo diagnostica usted la enfermedad periodontal? ----------
---

2.3.5 Cuántas horas en el servicio dedica a su especialización?

2.3.6 Realiza sus actividades a través de remisiones del Odontólogo General?----------
---

2.3.7 Contrarremite sus pacientes? ----------

2.3.8 Está remunerado como especialista ?----------

2.4 DEL ODONTOLOGO GENERAL

2.4.1 Que ayudas utiliza para el diagnóstico de la enfermedad periodontal?

2.4.2 Cómo diagnostica la enfermedad periodontal? ----------

2.4.3 Qué actividades de periodoncia realiza ? ----------

2.4.4 Remite usted actividades de periodoncia al especialista ? ----------
---

2.4.5 Cree usted que se requiere un odontólogo especializado en periodoncia en el segundo nivel de atención ?

Sí ----------

Por qué ? ----------

No ----------

2.5 DEL AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

2.5.1 Trabaja usted en unidad odontológica? ----------

2.5.2 Qué actividades de higiene oral realiza usted? ----------
---

2.5.3 Sus actividades están sujetas a la remisión del Odontólogo General y del periodoncista?

Si ----

No ----

2.5.4 Está remunerada como auxiliar de higiene oral o como Auxiliar de consultorio odontológico ? ----------

---

---

3. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL PARA LAS ACTIVIDADES DE PERIODONCIA

- Periodoncista: ----------

- Odontólogo General: ----------

- Auxiliar de Higiene Oral: ----------

ANEXO 2: Descripción Servicios de Periodoncia SDS

Descripción de los servicios de Periodoncia en la Secretaría Distrital de Salud en Santafé de Bogotá, en mayo de 1996.

Médicos especialistas Hospitales de I y II nivel.			
I		II	
Juan XXIII	2	San Blas	49
San Blas	0	El Guavio	36
Suba	1	La Granja	17
Usaquén	0	Meissen	14
San Pablo	0	Fontibón	11
Olaya	0	El Carmen	10
Candelaria	0	Bosa	7
Kennedy 29	0	Engativá	4
Perseverancia	0		
Trinidad G.	3		

Odontólogos especialistas Hospitales de I y II nivel.			
I		II	
Juan XXIII	0	San Blas	0
San Blas	0	El Guavio	3
Suba	0	La Granja	3
Usaquén	0	Meissen	0
San Pablo	3	Fontibón	0
Olaya	0	El Carmen	0
Candelaria	0	Bosa	3
Kennedy 29	0	Engativá	0
Perseverancia	0		
Trinidad G.	0		

Coordinador Odontología			
	I	II	
Odontólogos	5 4 5 3 3 9 5 4 1 5	8 5 4 3 5 8 4 6	
Especialistas	 0 0 0 0 0 0 0 0 Gerencia 2	Administración en salud Salud ocupacional Odontopediatría Endodoncista Periodoncia Endodoncia Odontopediatría	2 1 2 1 0 0 0 0 1 1 1

Especialista en Periodoncia II nivel (H. Bosa)	
Ayudas Diagnóstico	Radiografías, examen clínico, periodontograma
Clasificación enfermedad periodontal	Gingivitis asociada al embarazo, medicamentosa, periodontitis del adulto, leve, moderada, severa, periodontitis rápida progresiva.
Tiempo	4 horas diarias
Remisiones y contrarremisiones	Sí

ODONTOLOGO GENERAL

Ayudas de diagnóstico	I	II
Radiografía periapical, examen clínico	3	1
Panorámica y examen visual		1
Radiografía Periapical y sonda Periodontal.	3	
Examen clínico	1	1
Radiografía Periodontal, ex. Clínico, sonda P.	1	3
Examen Visual, instr. básico	1	
Rad. Periapical, ex. Clínico, ex. Lab.		1
Examen Visual, radiografías P.	1	1

ODONTOLOGO GENERAL

Clasificación enfermedad periodontal	I	II
Periodontitis, Absceso Periodontal, gingivitis difusa generalizada	1	
Periodontitis del adulto, juvenil, gingivitis, abscesos periodontales	1	
Gingivitis, periodontitis	1	
Gingivitis crónica difusa, papilar, marginal, periodontitis del adulto leve, moderada, severa	1	1
Gingivitis, y periodontitis generalizada y localizada	2	4
Gingivitis, periodontitis juvenil	1	
Gingivitis, periodontitis	2	
Gingivitis y periodontitis marginal	1	1
Gingivitis y periodontitis simples y compuestas, pérdida ósea horizontal		1
Gingivitis asociada a placa, hormonal, periodontitis del adulto, prepueberal GUN		1

ODONTOLOGO GENERAL		
Actividades de periodoncia	I	II
Fase I, profilaxis, control placa	1	1
I.H.O. profilaxis, flúor, detartrajes	3	
Pulida coronal, I.H.O. Detartraje, alisado radicular	1	
Control placa, I.H.O., curetaje, gingivoplastia, profilaxis	1	
Curetaje, raspar, profilaxix	1	
Detartraje, curetaje	1	2
Detartraje, control placa, profilaxis	1	
Detartreje, profilaxis	1	2
Detartraje, curetaje, I.H.O., profilaxis, cuñas distales		1
Detartraje, curetaje, gingivoplastia, gingivectomía		1
Ninguna		1

Odontólogo General Remisiones al Periodoncista			
I		II	
Juan XXIII	SI	San Blas	SI
San Blas	NO	El Guavio	SI
Suba	NO	La Granja	NO
Usaquén	SI	Meissen	NO
San Pablo	SI	Fontibón	NO
Olaya	SI	El Carmen	NO
Candelaria	NO	Bosa	NO
Kennedy 29	SI	Engativá	NO
Perseverancia	NO		
Trinidad G.	NO		

Odontólogo General Se necesita periodoncista en II nivel de atención			
I		II	
Juan XXIII	SI	San Blas	SI
San Blas	SI	El Guavio	SI
Suba	SI	La Granja	SI
Usaquén	SI	Meissen	SI
San Pablo	SI	Fontibón	SI
Olaya	SI	El Carmen	SI
Candelaria	SI	Bosa	NO
Kennedy 29	SI	Engativá	NO
Perseverancia	SI		
Trinidad G.	SI		

Auxiliar de Higiene Oral Trabajo en Unidad Odontológica			
I		II	
Juan XXIII	SI	San Blas	SI
San Blas	NO	El Guavio	SI
Suba	SI	La Granja	NO
Usaquén	-	Meissen	NO
San Pablo	-	Fontibón	SI
Olaya	SI	El Carmen	SI
Candelaria	-	Bosa	NO
Kennedy 29	SI	Engativá	NO
Perseverancia	SI		
Trinidad G.	NO		

Auxiliar de Higiene Oral		
Actividades de Periodoncia	Hospitales	
	I	II
Profilaxis, detartraje, sellantes, promoción	1	1
I.H.O. flúor, profilaxis, promoción y prevención, curetaje	1	1
I.H.O., control placa, flúor	1	1
Promoción, sellantes, flúor	1	3
Ninguna	1	
Promoción, prevención	1	1
Prevención, I.H.O., control placa, profilaxis		1

Instrumental y material para periodoncia I nivel		
	Odont.	Aux. De odont.
CK4, CK6, micromotor, pasta profiláctica, copas de caucho	5	3
Sonda P, curetas, bisturí kirkland, raspadores, micromotor, pasta P., copas de caucho	1	
Curetas	1	
Curetas, cavitron, instr. básico	1	
Curetas McCall, CK4, CK6, micromotor, copas caucho, flúor	1	
Flúor, reveladores		1
Sonda, curetas, micromotor, pasta P., copas caucho		1
Carteles, macromodelos		1

Instrumental y material para periodoncia II nivel			
	Periodoncista	Odont.	Aux. De odont.
Curetas Gracey, cavitron, sonda P., bisturí kirkland, orban, tijeras tejido, sutura, cemento periostótomo, pinzas hemostáticas	1		
Ninguno		1	1
CK4, CK6, piedra Ark, copas caucho, pasta prof., flúor, cavitron, cepillos, dentopraxil, pastillas reveladoras		7	
Flúor, sellantes, I.H.O., promoción, detartrol			1
I.H.O., flúor, pasta profiláctica, copas caucho, micromotor			6

ANEXO 3: Historia Clínica para el área de Periodoncia.

1er apellido	2do. Apellido o de casada	Nombres	No. historia clínica

Fecha ☐☐☐

GRUPO DE POBLACION:

☐ 5 a 14 años ☐ Embarazadas ☐ Otros ☐

Motivo de consulta

Evaluación del estado periodontal

Historia de síntomas periodontales

Evaluación Radiográfica

Indice de Placa

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	%

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	%

PERIODONTOGRAMA

Diente	Profundidad de bolsa				Lesión furcal	Movilidad de los dientes	Diagnóstico			
	M	V	D	L			(1)	(2)	(3)	(4)
18										
17										
16										
15										
14										
13										
12										
11										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
48										
47										
46										
45										
44										
43										
42										
41										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										

(1) Periodontitis severa
(2) Periodontitis moderada
(3) Periodontitis Leve
(4) Gingivitis

TRATAMIENTO

Terapia básica ☐ Re-evaluación ☐

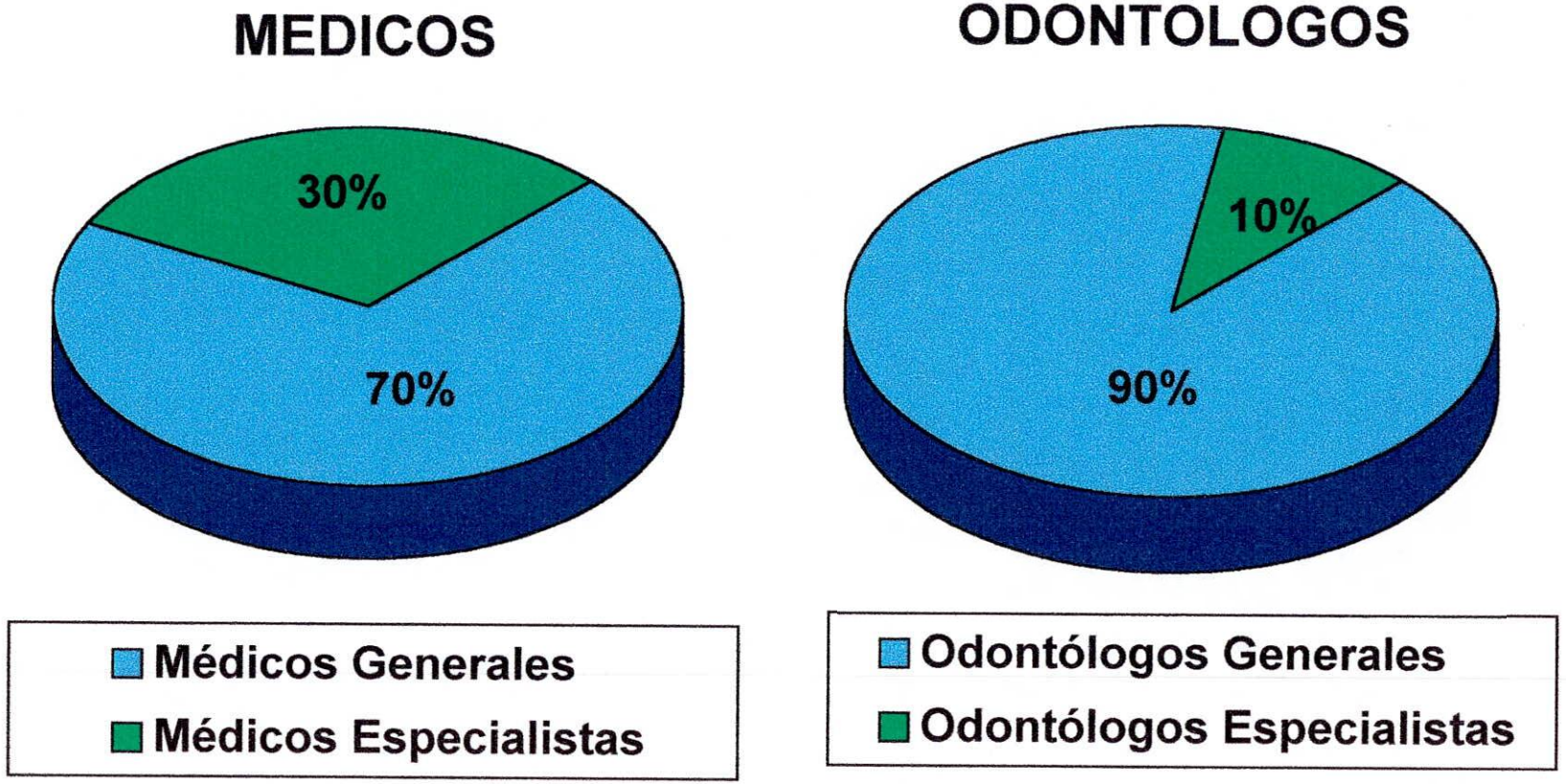
Terapia quirúrgica ☐ Mantenimiento ☐

Observaciones:

Firma y Código del Profesional

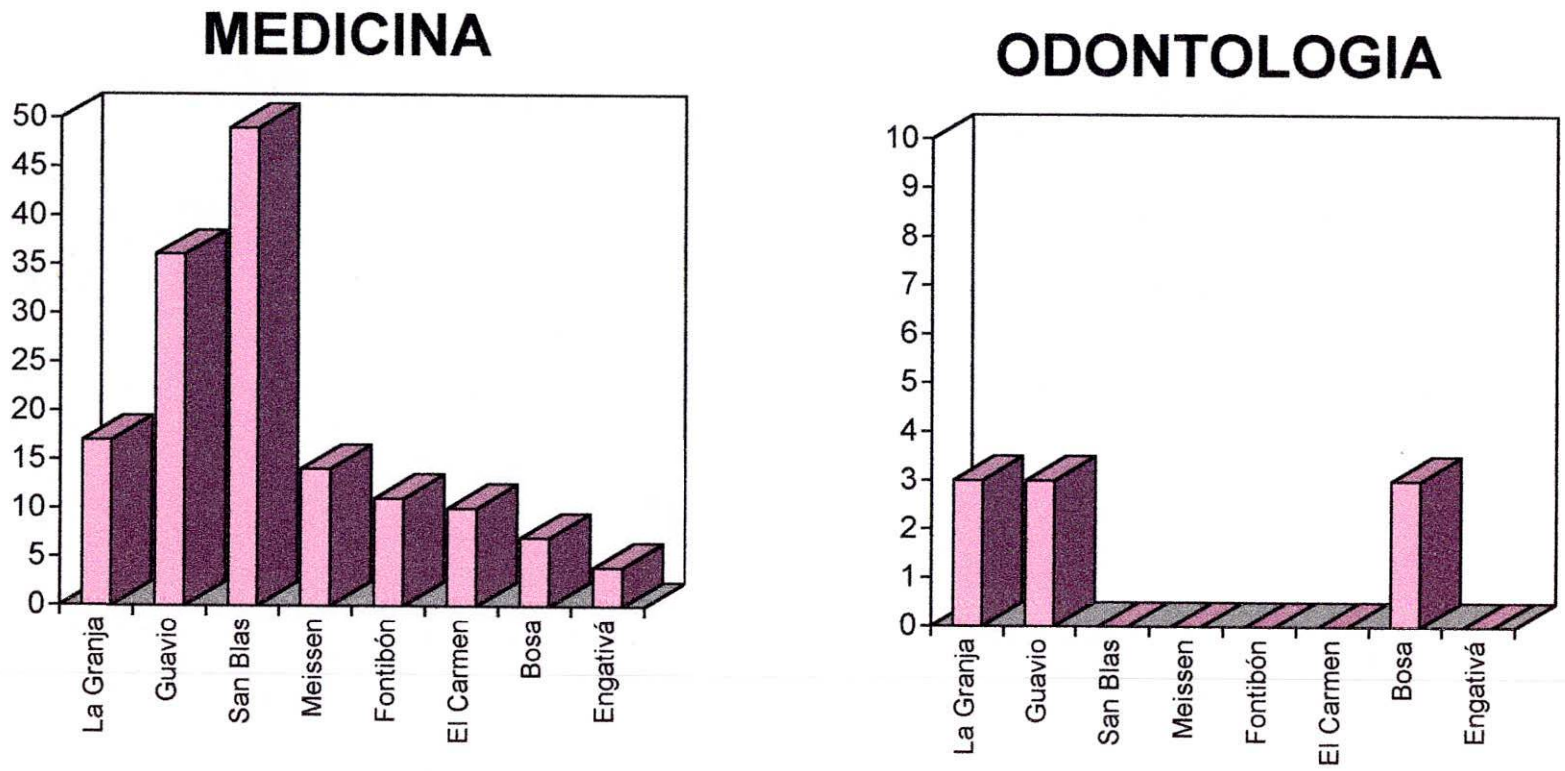
ANEXO 4: Gráficas.

Gráfica No. 1
Identificación de los especialistas en Medicina y Odontología según directores de hospitales nivel I.



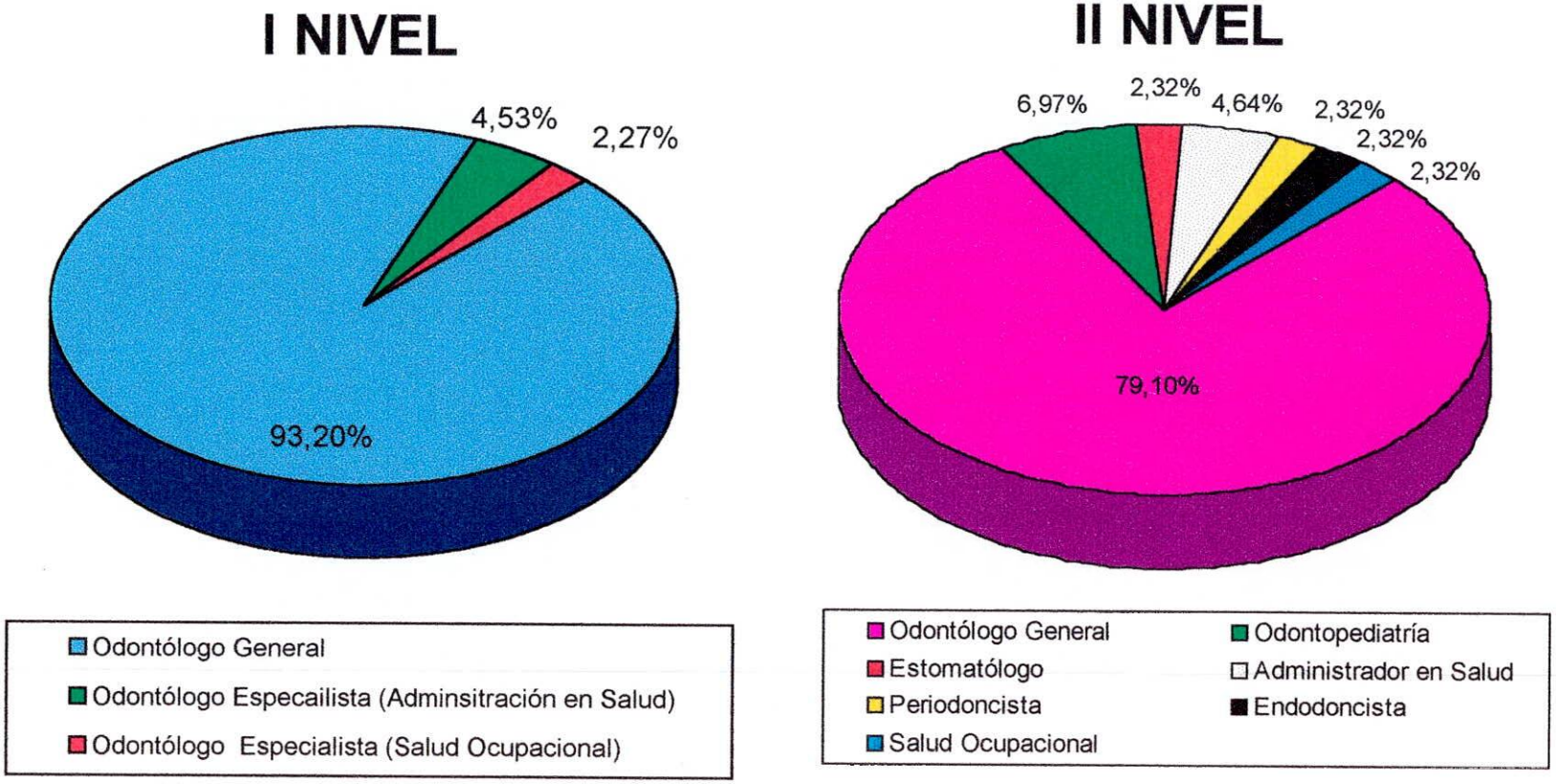
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 2
Identificación de los especialistas en Medicina y Odontología según directores de hospitales de II nivel.



Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 3
Identificación del Recurso Humano según coordinadores de Odontología en hospitales.



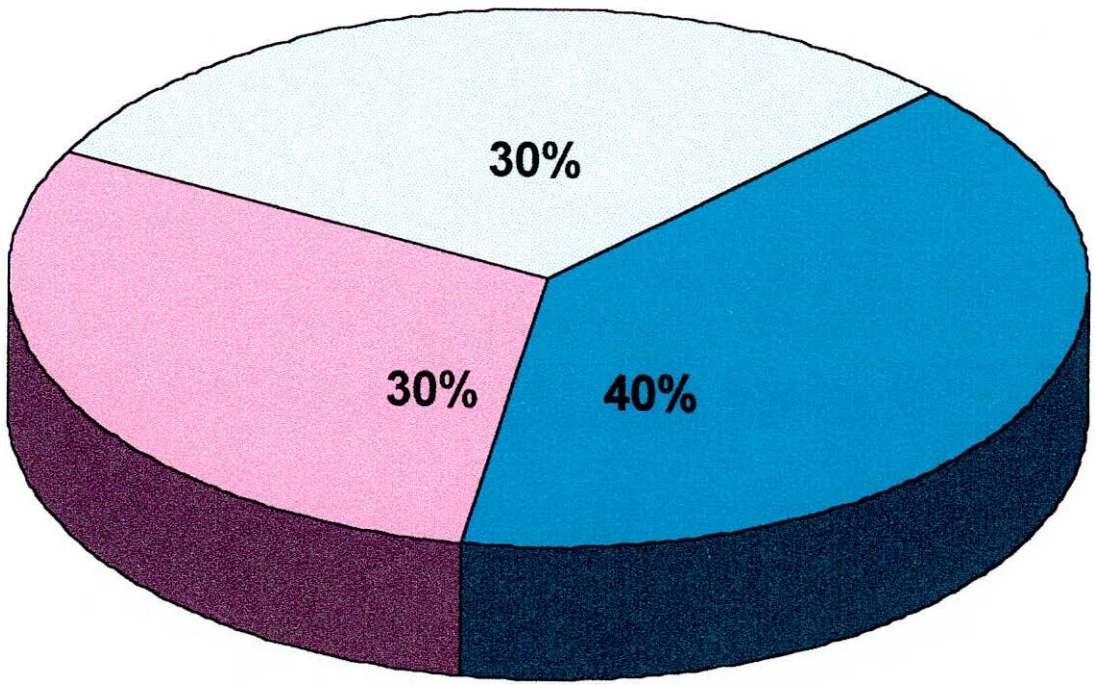
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Cuadro No. 1
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia en los Hospitales de II nivel de atención, según Especialista en Periodoncia.

Ayudas de Diagnóstico	Examen clínico Radiografías periapicales
Clasificación Enfermedad periodontal	Gingivitis asociada a placa, embarazo, medicamentosa Periodontitis del adulto leve, moderada, severa Periodontitis rápida progresiva
Tiempo	4 horas diarias
Remisiones y contraremisiones	Sí
Instrumental	Curetas Gracey, cavitron, sonda periodontal, bisturí Kirkland, Orban, tijeras de tejido, portaagujas, periostótomo, sutura, cemento quirúrgico, mango de bisturí Bark Parker

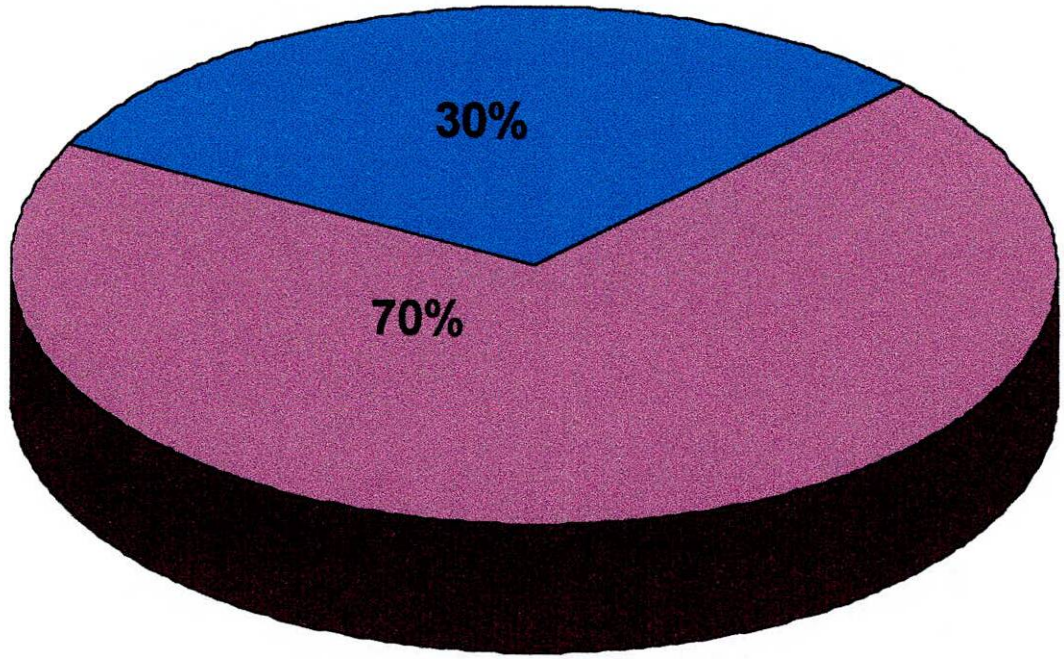
Santafé de Bogotá, D:C.,mayo de 1996

Gráfica No. 5
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital I Nivel



Santafé de Bogotá, D:C., mayo de 1996

Gráfica No. 6
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital I Nivel

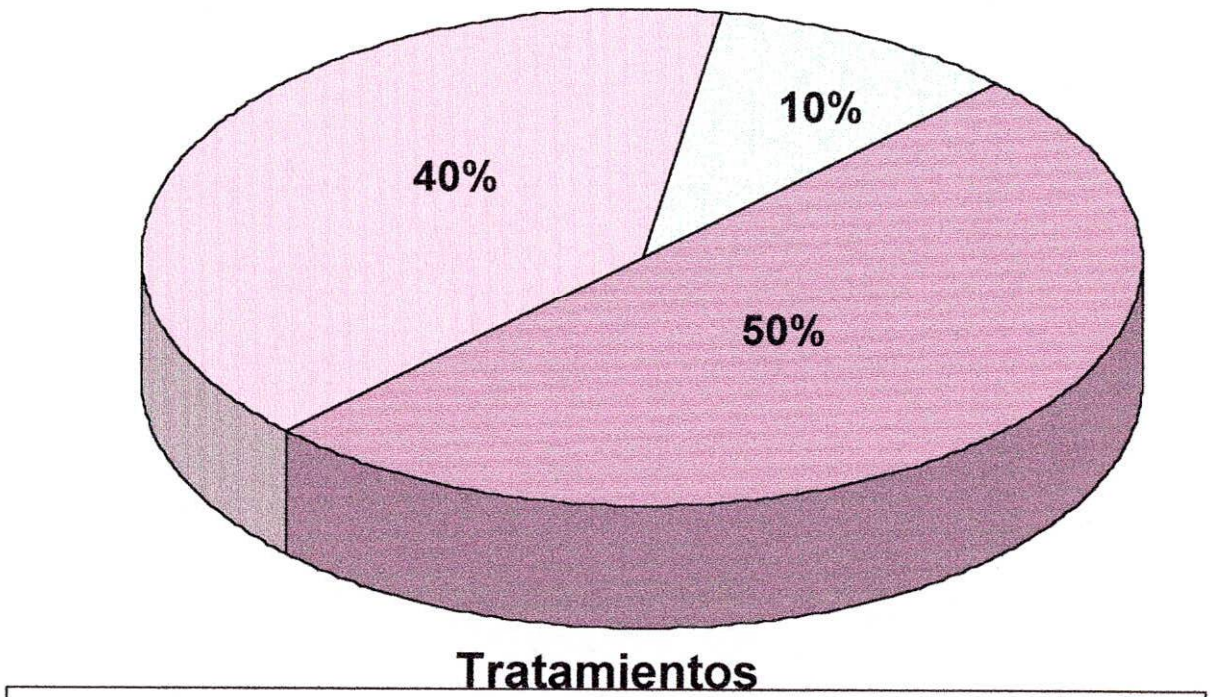


Diagnósticos

- Gingivitis marginal, gingivitis papilar, gingivitis difusa, periodontitis leve, P. moderada, P. severa
- Gingivitis localizada, gingivitis generalizada, periodontitis localizada, periodontitis generalizada, periodontitis juvenil

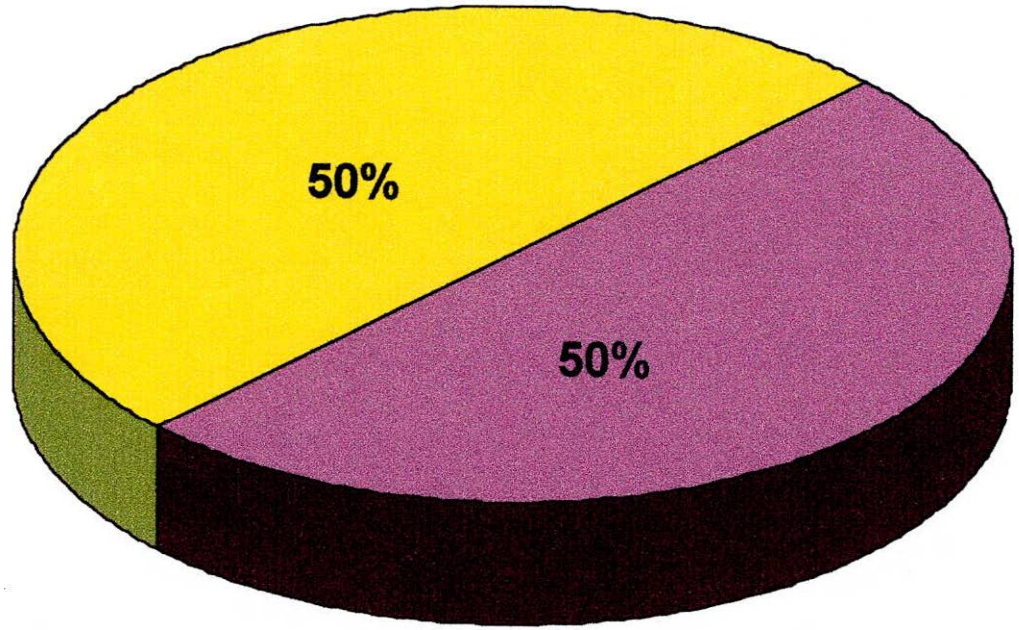
Santafé de Bogotá, D:C., mayo de 1996

Gráfica No. 7
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital I Nivel



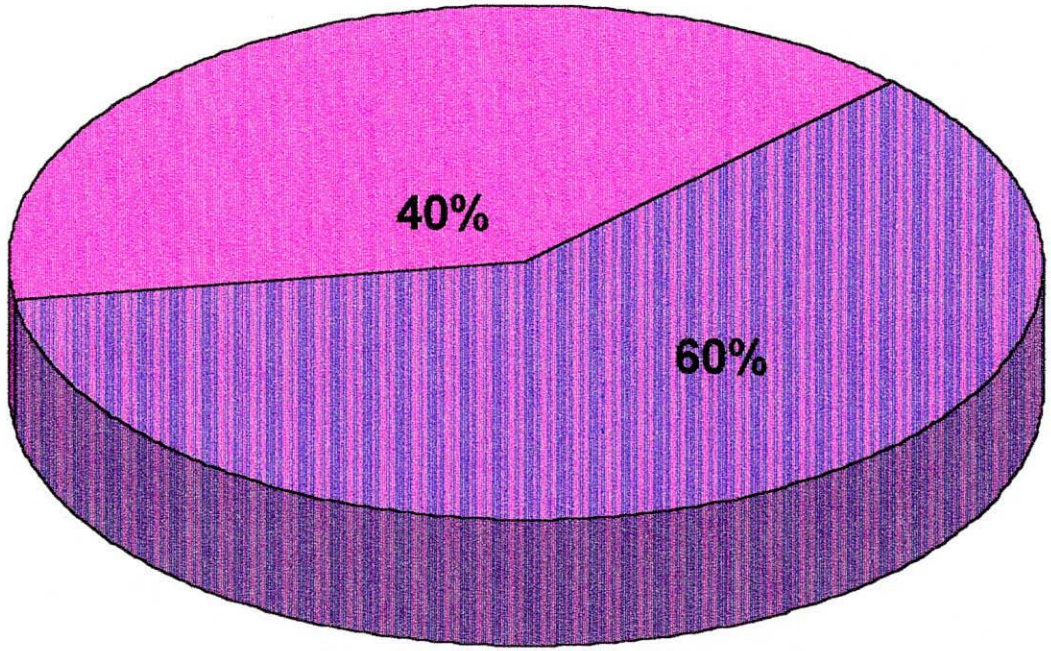
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 8
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital I Nivel



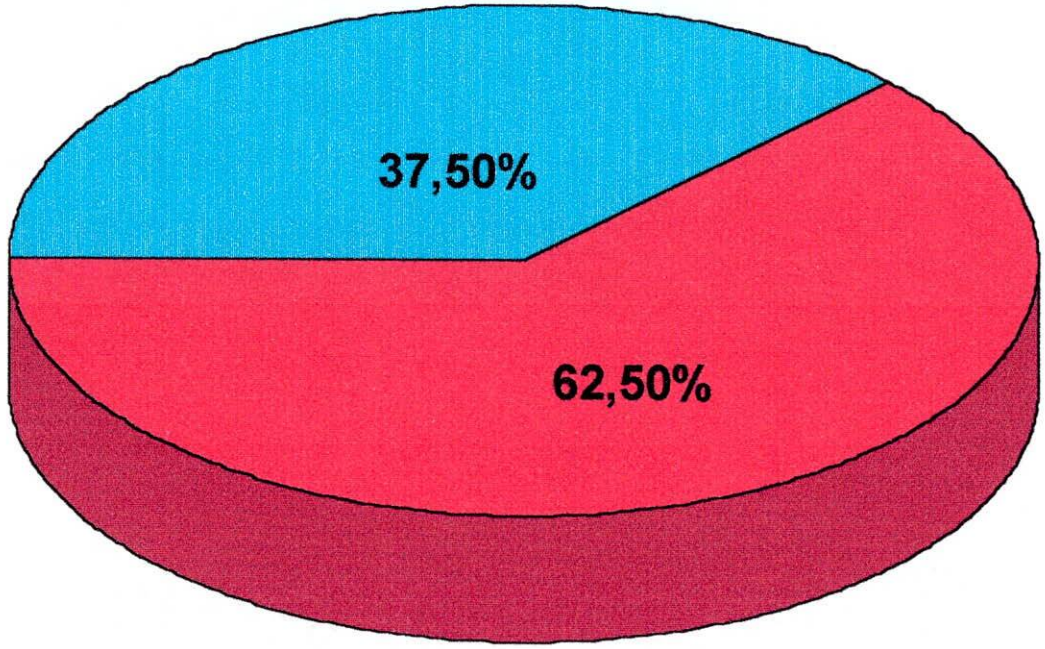
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 9
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital I Nivel



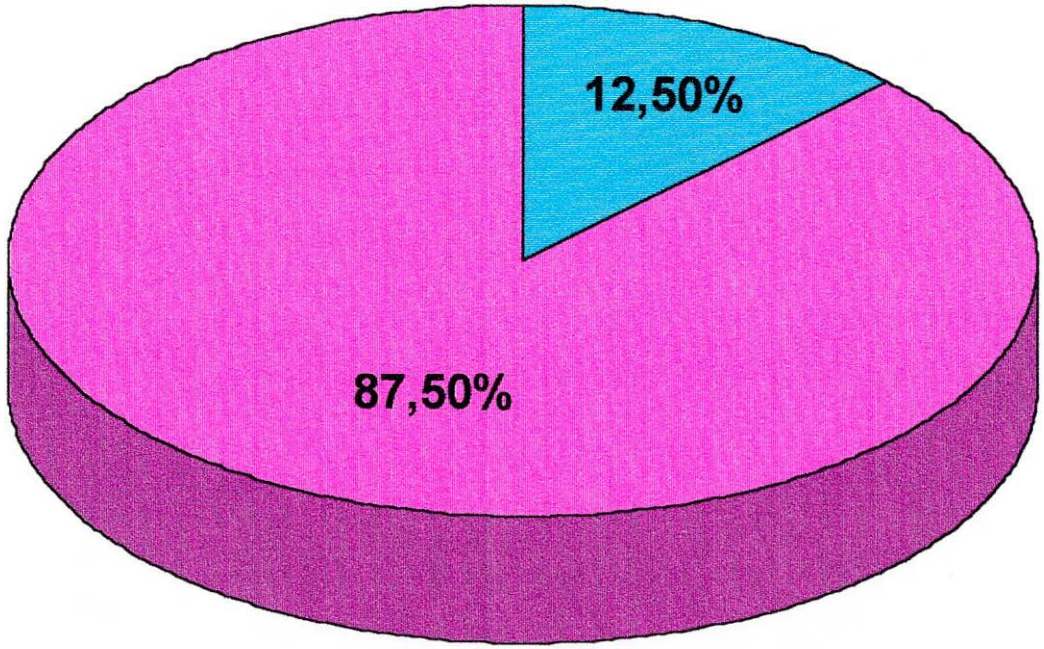
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 10
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital II Nivel



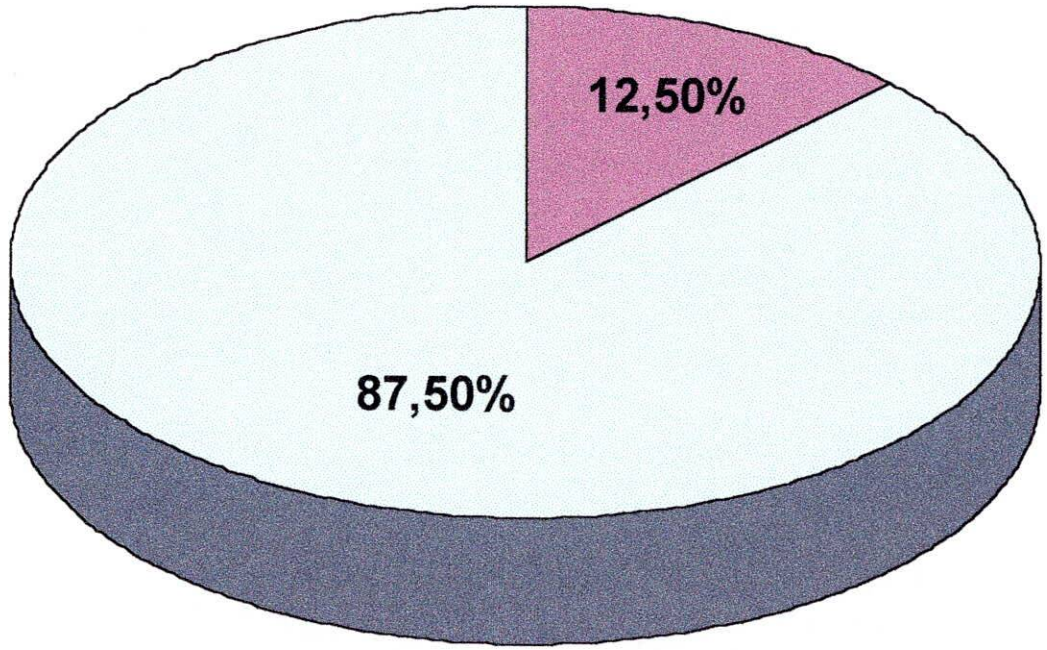
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 11
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital II Nivel



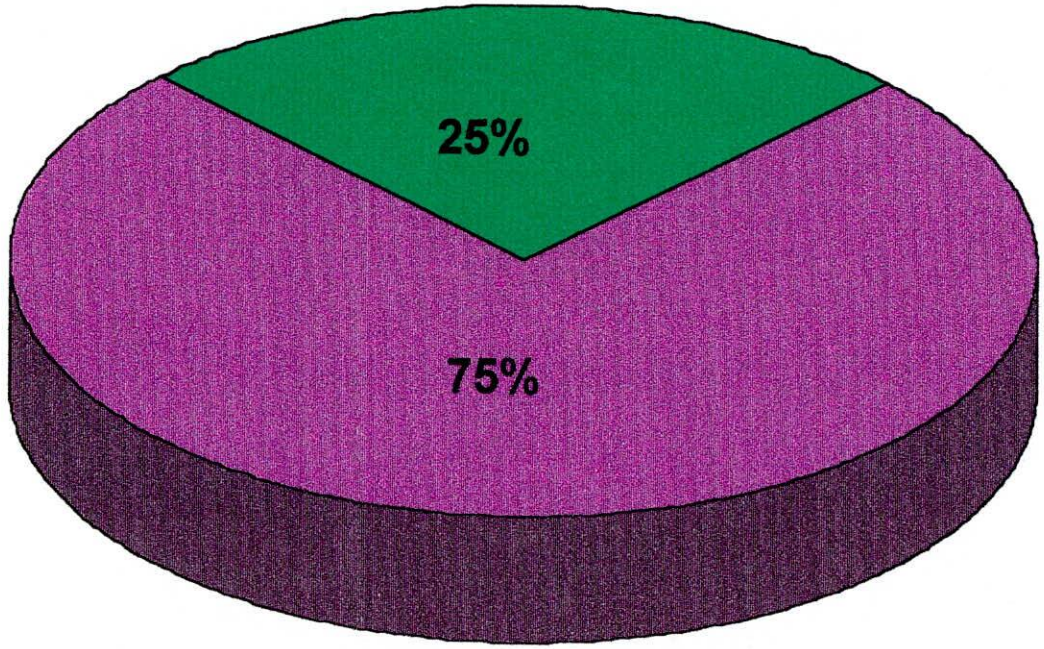
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 12
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital II Nivel



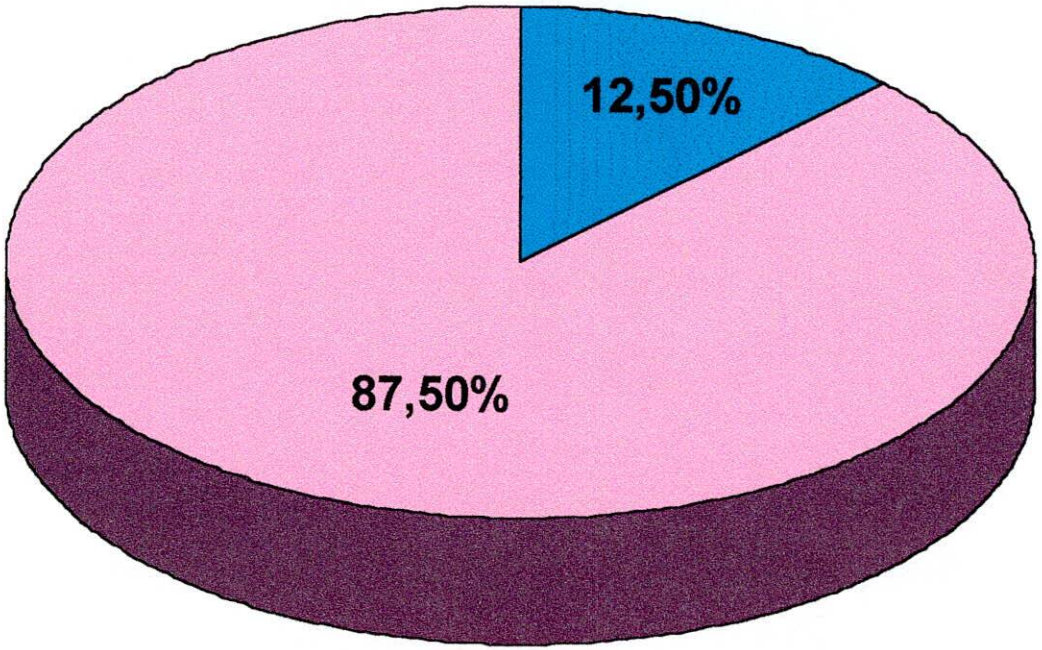
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 13
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital II Nivel



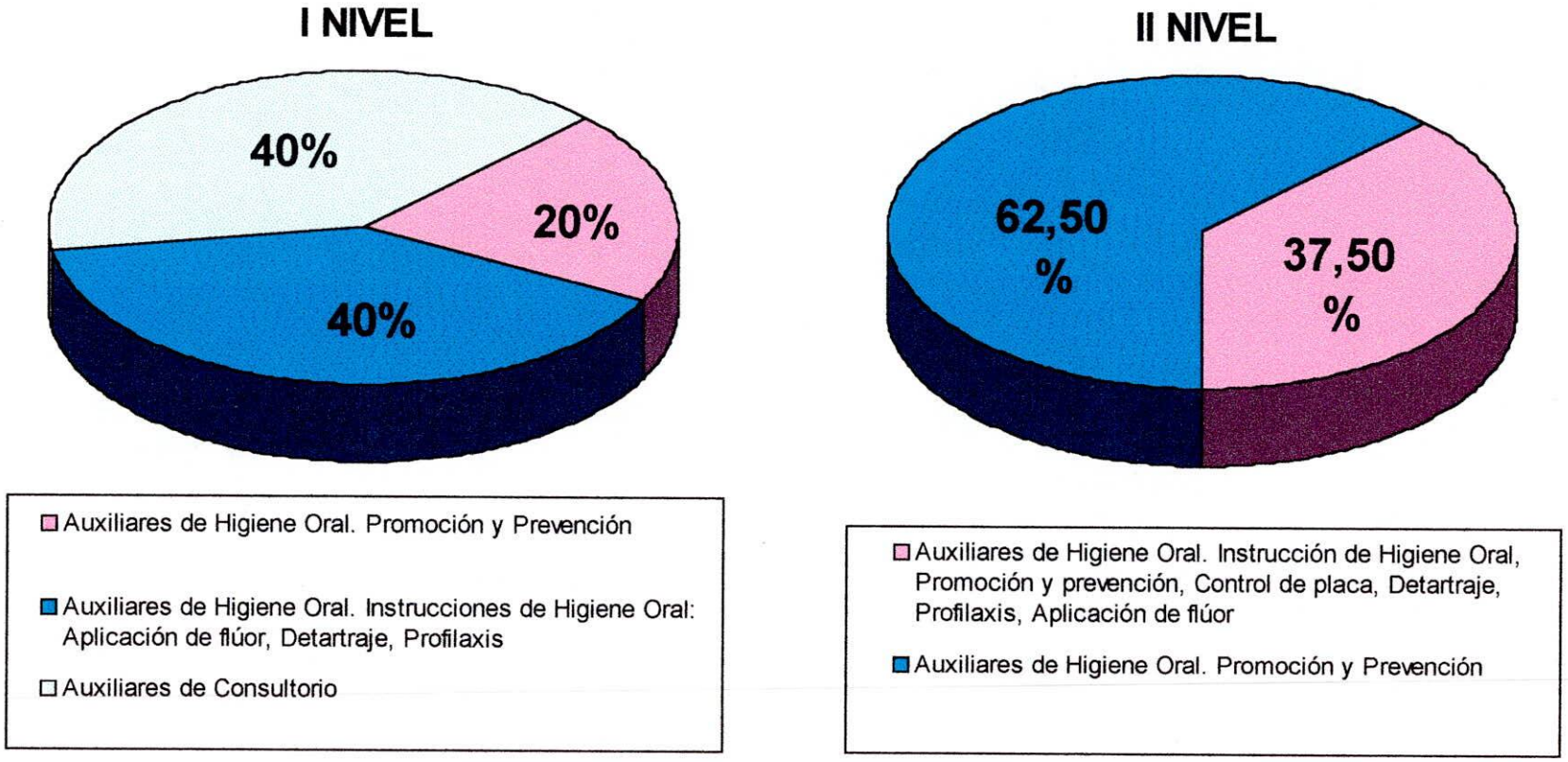
Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 14
Descripción de las características organizacionales de los servicios de Periodoncia según el Odontólogo General
Hospital II Nivel



Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996

Gráfica No. 15
Descripción de las actividades de Higiene Oral por la Auxiliar de Higiene Oral
Hospitales I y II Nivel



Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1996