

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROTOTIPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD ORAL DE LA CLINICA CANDELARIA I UNICOC (FASE 1 RETROSPECTIVA).

*Ayala G, Campos L, Moreno L, Olmos J, Riveros N.

** Suarez A.

** Caycedo M.

*** Pachón M.

Área: Salud Pública
Modalidad: oral
Categoría: Pregrado

RESUMEN

Objetivo: Diseñar e implementar un prototipo de vigilancia epidemiológica de salud oral a través del Observatorio epidemiológico institucional, con el fin de determinar el estado de salud oral de la población usuaria de las clínicas odontológicas de UNICOC Sede Candelaria I. (Fase 1 retrospectiva).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal (retrospectivo) sobre una muestra de 306 historias clínicas de pacientes que asistieron a la Clínica Candelaria I UNICOC. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta las historias clínicas de pacientes que asistieron durante el primer semestre del año 2011. Se analizaron datos correspondientes a variables socio demográficas, antecedentes sistémicos, hábitos de higiene oral, historia de caries (COP-D) y marcadores periodontales a la luz del SISVESO; así como también, las necesidades de tratamiento, utilizando distribución de frecuencias y porcentajes. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS versión 19.0.

Resultados: Se encontró que el género femenino sobrepasa en un 60,5%, el ciclo vital adulto representó el 74,8 %. El 90% de la población emplea elementos principales de higiene oral. En relación a la historia de caries se encontró un COP-D de 17,1% con un nivel de severidad muy alto. El 100% de la población presentó historia de caries. La prevalencia de caries fue de un 91% para la población. El sangrado gingival representó un porcentaje de 69,3%. Para la población general.

Discusión-Conclusiones: Los datos arrojados del estudio sobre la población usuaria de las clínicas Candelaria I, no son comparables con los referentes conceptuales, legales y normativos de Colombia, respecto a la salud oral de la población general. Se sugiere revisar la fuente primaria del dato, registro de las historias clínicas y el análisis de los formatos existentes en la actualidad en las clínicas odontológicas, sede Candelaria I, en futuros estudios longitudinales.

Palabras Claves: Epidemiología, Salud Pública, Vigilancia en Salud pública, experiencia de caries y prevalencia de caries.

ABSTRACT

Objective: To design and implement a prototype of oral health epidemiological caution through the institutional Epidemiologic Observatory, in order to analyze the population oral health situation from the dental clinics of the UNICOC Candelaria's Part I. (Phase 1 retrospective). **Material and Methods:** An observative study was made in order to describe as a retrospective about an amount of 306 medical histories of patients that attended the Candelaria's Clinic I UNICOC. A sampling was employed a statistical model by convenience. As an inclusive criteria the medical histories of patients that attended during the first semester of the year 2011 were taking into account. Data from different variables were analyzed preceding, social demographic, habits of oral hygiene, history of tooth decay (COP-D) and scoreboards periodontal, in the SISVESO LIGHT. Also the needs of processing, using frequencies and percentages distribution. For the statistical analysis SPSS version 19,0 was the software employed. **Results:** It was found that the feminine gender exceed in a 60,5%, the adult life cycle represent the 74,8%. The 90% of the population employs main elements of oral hygiene. Relating to the history of tooth decay a COP-D of 17.1% with a level of very high severity was found. The 100% of the population presented history of tooth decay. The prevalence of tooth decay was of a 91% for the population. The bled gum represent a percentage of 69,3% for the population in general. **Discussion-conclusions:** The data thrown from the population's study about Candelaria's Clinic I, they are not comparative with the referring conceptual, legal and normative of Colombia, about the oral health of the population. It is suggested to look at the primary source of the data, also the registration of the medical histories and the analysis of the existing formats currently in the dental clinics in "La Candelaria" for in future longitudinal studies

Key words: Epidemiology, Public Health, Public Health Surveillance, caries experience and caries prevalence

*Estudiantes IX semestre de la Institución Universitaria Colegios de Colombia UNICOC

** Asesor científico y metodológico. Odontóloga especialista en epidemiología.

**Odontóloga, especialista en epidemiología, magister en bioética

***Asesor estadístico bioestadística. Estadística Msc en finanzas

INTRODUCCION

La salud pública "es la rama de la medicina que estudia los fenómenos relacionados con la salud colectiva, previniendo la enfermedad y prolongando la vida mediante esfuerzos de la población", por consiguiente la epidemiología como rama de la salud pública, permite determinar la dinámica de los procesos de salud-enfermedad, bajo el enfoque de determinantes con el fin de conocer, prevenir y promocionar la salud en las poblaciones, mediante herramientas como la vigilancia epidemiológica. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

El proceso de vigilancia epidemiológica o vigilancia en salud pública "recopila, analiza, interpreta y divulga sistemáticamente, datos específicos sobre un proceso determinado", proyectando resultados. Estos datos recopilados son utilizados en la planificación, ejecución y evaluación en la práctica de la salud pública. ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

En la historia de la vigilancia epidemiológica y su evolución, ALEXANDER LANGMUIR en el año 1963 "definió la vigilancia como la recopilación análisis y difusión de información, excluyendo la responsabilidad por las actividades de control", lo cual llevo a la OMS en el año de 1965 a establecer un sistema de vigilancia epidemiológico dentro de las enfermedades transmisibles. Posteriormente en 1968 la 21ª asamblea de la OMS estableció que la vigilancia epidemiológica incluía la responsabilidad de establecer un seguimiento de los procesos evaluados con el objetivo de asegurarse de haber estructurado medidas eficaces. A partir de dicha asamblea, se inicia la vigilancia de eventos relacionados con la salud. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽³⁾

Por lo tanto la Organización Mundial de la Salud conforma una oficina regional denominada Organización Panamericana de Salud, la cual como organismo

Latinoamericano de salud pública, trabaja con los gobiernos de las Américas en pro de mejorar la salud y el desarrollo humano. Por consiguiente en Latinoamérica, países como Cuba, Chile y Brasil, se han establecido sistemas de vigilancia con el fin de generar un control sobre el estado de salud de la población. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

En Colombia el Ministerio de protección social junto con el Instituto Nacional de Salud (INS) dentro de sus funciones, regula y determina normas y directrices en relación con el sistema de vigilancia en salud pública, donde se encarga de definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia, "definiéndola como una estrategia de promoción e incentivando el monitoreo crítico de las causalidades del proceso salud enfermedad en territorios y ámbitos específicos" con el objeto de evidenciar inequidad en las condiciones de vida de la población y orientar posibles cambios. ⁽⁴⁾⁽⁹⁾⁽³⁾

En Colombia, el plan nacional de salud pública (PNSP) busca mejorar el estado de salud de la población Colombiana, evitando la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentando retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, así mismo disminuir las inequidades en salud de los residentes de la nación; dentro del PNSP se establecen líneas políticas en donde la cuarta es la vigilancia en salud pública la cual vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente de la mano con el Instituto Nacional de Salud - INS ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽³⁾

Dentro del PNSP existen prioridades en la cuales se encuentra en tercer lugar la salud oral, por lo cual se implementa el plan nacional de salud bucal PNSB para disminuir la alerta epidemiológica en enfermedades orales, teniendo como "metas para el periodo 2007-2010, un índice COP promedio menor de 2.3 a la edad de 12 años y en mayores de 18 años que tengan y mantengan el mayor número de sus dientes permanentes en boca". ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽²⁾

En Bogotá, la política pública de salud oral presenta en su tercer lineamiento el monitoreo a las condiciones de salud oral y la práctica odontológica en el distrito mediante la vigilancia epidemiológica desarrollando un sistema que permita identificar las situaciones relacionadas con la salud oral mejorando las condiciones de y el bienestar de los residentes del distrito capital. ⁽¹²⁾⁽³⁾⁽¹⁾

Observando la importancia de vigilar la salud oral en el distrito se emplea el subsistema de

vigilancia epidemiológica en salud oral (SISVESO) el cual a partir del año 2006 tiene como objetivo, vigilar e identificar el acceso al servicio de salud, alertas epidemiológicas, determinantes de la calidad de vida, encaminados a mejorar la salud oral en la población colombiana, vigilando en cuanto a tejidos blandos la gingivitis y periodontitis por medio del índice de Silness y Loe y respecto a tejidos duros, la caries cavitacional, opacidad blanca, opacidad café y fluorosis utilizando el COP.^{(13)(14)(2).}

Consecuentemente es responsabilidad de la academia velar por el cumplimiento de la política pública en salud oral y el plan nacional de salud bucal, en relación a los sistemas de vigilancia, por lo cual la facultad de odontología de la institución universitaria colegios de Colombia, atendiendo a esta responsabilidad, propone el diseño, implementación de un prototipo de vigilancia epidemiológica de salud oral a través del Observatorio epidemiológico institucional, con el fin de determinar el estado de salud de la población usuaria de las clínicas odontológicas de UNICOC sede candelaria I.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal (retrospectivo). Se analizaron datos correspondientes a las variables incluidas en el registro del SISVESO, en las historias clínicas recopiladas en el segundo semestre del año 2011, de la clínica candelaria I UNICOC. Se realizó una calibración de los investigadores inter-examinador donde se evaluó el diseño del instrumento recolector de datos con el fin de identificar las variables que se iban a evaluar y dirigir un buen diligenciamiento de este por parte de los investigadores unificando conocimientos y criterios. Se empleó una muestra de 306 historias clínicas obtenidas, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Dentro de los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta Historias Clínicas sustentadas y aprobadas en el segundo semestre del 2011 de la población usuaria de las Clínicas de UNICOC. Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta Historias Clínicas del área de Postgrado, Historias clínicas no aprobadas por docente.

Las variables determinadas en este estudio fueron la edad, genero, procedencia, escolaridad, afiliación al SGSSS, visita al odontólogo en el último año, antecedentes sistémicos, hábitos de higiene oral marcadores periodontales, historia de caries, y necesidades de tratamiento. Los hallazgos y aspectos de carácter socio demográfico, hábitos de higiene oral, alertas epidemiológicas en relación a historia de caries, análisis por componente cariado, obturado y perdido, al igual que marcadores periodontales como la presencia sangrado, calculo y bolsas periodontales.

Inicialmente, se solicitó autorización de acceso al archivo de historias clínicas, se diseñó un instrumento de recolección de datos ya mencionados anteriormente. Se revisaron 306 historias que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Al diseño del instrumento se le realizó, una previa estandarización, con el propósito de promediar tiempos de diligenciamiento del instrumento por parte de los investigadores con la finalidad de validar la confiabilidad de los datos. Una vez recolecta la información en una base de datos en Excel se obtuvieron los resultados por medio del paquete estadístico en el programa SPSS versión 19.0. Empleando distribución de frecuencia y porcentajes

De acuerdo a la resolución 8430, es un estudio sin riesgo ya que se asegura la salud y el bienestar de la población, porque esta basado en documentos a los cuales les portara la debida confidencialidad.

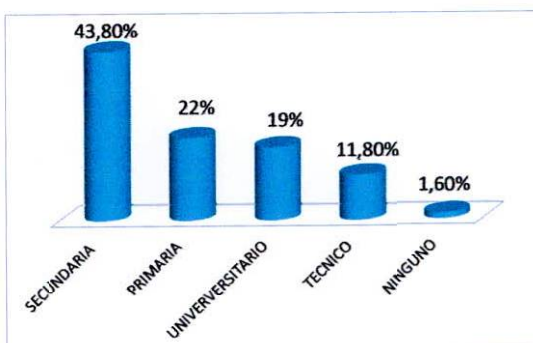
RESULTADOS

Se consultaron 306 historias clínicas de la clínica candelaria I, sede centro correspondiente al segundo semestre del 2011. En la categoría por rango de edad de los 19 a 26 años se evidencia un porcentaje del 46,1% (n=141), seguido de los 27 a 44 años 28,8% (n=88). El 60,5% (n=185) de los pacientes de la clínica correspondían al género femenino y el 38,6% (n=118) al género masculino.

El 94,1% (n=288) de la población son de procedencia urbana y el 3,6% (11) al área rural.

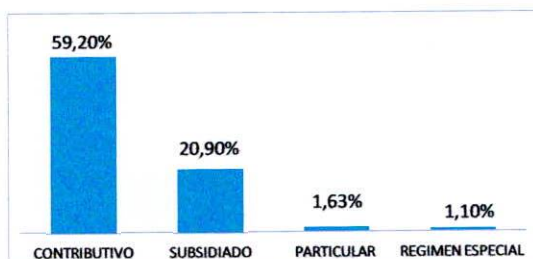
En relación al grado de escolaridad, la población se distribuyó en el 43,8% (n=134) secundaria, 22% (n=66) primaria, 19% (n=60) universitario, 11,80% (n=37) técnico y 1,60% (n=5) ninguno. (Gráfico 1)

Gráfico 1.



En cuanto a la afiliación al SGSS el 59,2% (n=181) pertenecen al régimen contributivo, presentándose como el indicador de mayor porcentaje.

Gráfico 2.



El 56,2% (n=172) asistió a consulta en el último año.

El componente de antecedentes sistémicos se distribuyó de la siguiente manera:

Tabla 1.

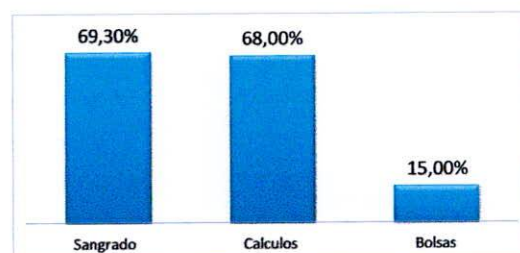
ANTECEDENTES PERSONALES	Presencia	
	%	No
Hipertension arterial	6,50%	20
Diabetes tipo I	2,30%	7
Enfermedad cardiovascular	2,00%	6
Diabetes tipo II	1,00%	3
Discrasias Sanguineas	0,70%	2
Enfermedad Renal	0,33%	1
Desnutricion	0,33%	1
Inmunodeficiencia	0,00%	0

De acuerdo a los hábitos de higiene oral: 90% (n=294) usa los implementos básicos de higiene oral con una frecuencia de 2 por día. (Tabla 2).

IMPLEMENTO	Presencia	
	%	No
Uso cepillo dental	96,10%	294
Uso Crema Dental	92,20%	282
Uso de seda dental o sustituto	51,60%	158
Enjuague Bucal	34,60%	106
Sustitutos	1,60%	5

El 42% de la población, presenta (n=279) alerta epidemiológica a expensas del componente cariado. En cuanto a los marcadores periodontales el sangrado presenta mayor porcentaje 69,3% (n=212).

Gráfico 3.



En relación a la historia de caries se encontró un COP-D de 17,1% clasificado en un nivel de severidad muy alto según la OMS; La información recolectada arroja que el 100% de la población presenta Historia de Caries, con una prevalencia del 91%.

Las necesidades de tratamiento se determinan el 82,4% (n=252) necesita operatoria, seguido del 80,7% (n=247) necesita periodoncia, (Tabla 3).

Tabla 3

TRATAMIENTO	Presencia	
	%	No
Operatoria	82,35%	252
Periodoncia	80,72%	247
Rehabilitacion	72,22%	221
Endodoncia	47,39%	157
Cirurgia	36,30%	111
Ortodoncia	2,00%	6

DISCUSION:

Según el tercer estudio nacional de salud bucal realizado en el año 1999 (ENSAB III), la enfermedad periodontal estuvo presente, en al menos un marcador periodontal en un 92.4% de la población, lo cual no coincide con los datos obtenidos en este estudio donde se observo un porcentaje del 69.4%, sobresaliendo el sangrado gingival.⁽¹⁵⁾⁽³⁾

Los resultados del presente estudio confirman los reportes epidemiológicos de las localidades de Bogotá, en donde se muestra la caries y la enfermedad gingival como las patologías orales más frecuentes de la población, sin embargo la prevalencia de caries y la historia de caries exceden las cifras esperadas. En relación a la alerta epidemiológica de sangrado gingival en el SISVESO para el mismo periodo de tiempo (Primer trimestre de 2012) reporta cifras cercanas al 75.4%, superior al encontrado en el estudio, el cual arroja cifras cercanas al 69,3%.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽²⁾

Como se mencionó anteriormente, en relación a la experiencia de caries, el presente estudio demostró que este evento se hace evidente en un 100% en los pacientes de la población, lo cual coincide con los datos arrojados por el ENSAB III en el mismo periodo de tiempo. Respecto a la prevalencia de caries, el estudio reporta un 91% para la población general, lo cual excede en un 15% los datos evidenciados en el ENSAB III.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

El índice COP-D comunitario de la población analizada, excede el nivel de severidad al arrojado en el ENSAB III (17,1 vs 10,3), lo cual sugiere un posible sesgo de registro en el reporte de lesiones de opacidad café, susceptibles al diligenciamiento del operador encargado.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

En cuanto al componente cariado, el SISVESO presenta un 32.9% frente a este estudio que mostro un 42,4%, lo que evidencia que la caries es la primera causa de alerta epidemiológica en cavidad oral de la población usuaria de la clínica, por lo cual se sugiere reforzar el diagnostico diferencial.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁸⁾

La necesidad de tratamiento para población general no coincide con los datos arrojados

por el ENSAB III, ya que en este estudio, la necesidad evidente es el tratamiento de operatoria, lo cual puede atribuirse a un sesgo de registro, teniendo en cuenta que el 100% de la población usuaria de candelaria l recibir asistencia de operatoria como pre requisito, ya que el paciente sano que ingresa por necesidad de tratamiento preventivo, hace uso del servicio de urgencias.⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾

Dichas patologías representan un problema de salud pública que es afectado directamente por los determinantes socio demográficos, por lo tanto es importante describir su prevalencia por medio de las variables analizadas, considerando una visión sobre el comportamiento del proceso salud enfermedad de dichas patologías.⁽¹⁵⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Debido a la alta prevalencia, se deben replantear acciones enfocadas a la promoción y prevención por medio del monitoreo del comportamiento de la incidencia de los eventos. Considerando fundamental la participación de todos los actores involucrados en los proceso de salud de la población, donde se destaca la academia, permitiendo establecer prioridades para mejorar el estado de salud bucal de la población.⁽¹⁶⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda para la segunda fase del proyecto, identificar los posibles sesgos de registro a partir de la captura inicial del dato, involucrando los diagnósticos diferenciales, la calidad del registro y la confiabilidad de la historia clínica como documento legal según la resolución 1995 de 1999.⁽¹⁹⁾

En conclusión se puede decir que la primera fase Retrospectiva del estudio fue de gran ayuda para la identificación de pequeñas debilidades en cuanto a el diligenciamiento de las Historias Clínicas lo cual auxiliara a nivel interno para poder implementar mejoras en cuanto al tema.

RECOMENDACIONES

En el presente estudio se encontró que la información recolectada en las Historias

Clínicas de la población usuaria de las Clínicas de UNICOC; presenta debilidades de estandarización en cuanto a Diagnósticos Definitivos lo que indica en muchas ocasiones un posible sesgo en la planeación del tratamiento para los pacientes.

Se sugiere recomendar a los operadores un óptimo diligenciamiento del instrumento generador de datos; en este caso las Historias clínicas. Lo cual en un futuro permitirá la implementación de programas de prevención y promoción acordes a la situación de salud oral de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud y protección social, Resolución 3577 del 2006, plan nacional de salud bucal 2007.
2. Franco Merletti, Colin L. Solkolne y Paolo Vineis. Método Epidemiológico Aplicado a la salud y seguridad en el trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 2.8 epidemiología y estadística. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/28.pdf>
3. Ministerio de salud y protección social, decreto número 3518 de 2006 09 oct. 2006, reglamentación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
4. Secretaria Distrital de Salud, Política pública de salud oral con participación social 2004-2010.
5. organización mundial de la salud, vigilancia y evaluación de la salud bucodental, ginebra: 1989;21-26. serie de informes técnicos;782
6. Organización Mundial de la Salud, salud publica.2009
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS) salud oral, doc259.pdf (artículo en internet) www.paho.org.spanish/gov/cd.
8. Ana Teresa Fariñas Reinoso; Gisele Coutin Marie^{II}, Daniel Rodríguez Milord, una reflexión histórica sobre la vigilancia en salud en cuba, Revista cubana de salud pública, vol.35 n°2, la Habana, junio 2009, <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864->
9. Instituto Nacional de Salud, políticas y estrategias institucionales.2011; [pagina 10], (artículo en internet) disponible en: <http://www.ins.gov.co/>.
10. Diego Palacio Betancourt, Ministerio de la Protección Social, decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
11. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia 2011. www.minproteccion-social.gov.co/salud/paginas/salud_publica.aspx.
12. Política Pública de Salud Oral, Distrito Capital con participación social, 2004-2010.
13. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Bucal (SIVESO), informe segundo trimestre de 2011, vol. 16 n° 13 Bogotá, distrito capital 2011.
14. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Salud, Rosa Nubia Malambo M. y colaboradores, Bogotá, distrito capital 2009.
15. Ministerio de Salud, III Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB- III tomo VII, Colombia 1998.
16. Ramírez. B, Martínez, Funciones Esenciales de la Salud Pública y sus complicaciones sobre la salud bucal colectiva, Observatorio Nacional de Salud Bucal, 2007, (artículo en internet) disponible en: www.OSNB.com.
17. Ministerio de Salud, informe ejecutivo semanal n°8, ENSAB III, Oficina de Epidemiología, Tomado del SIVIGILA 2000.
18. secretaria distrital de salud dirección de salud pública, subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, enero a octubre de 2001, Bogotá D.C.
19. Ministerio de salud, Resolución 1995 de 1999, Virgilio Galvis Ramírez.