

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOTIPO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD ORAL DE LA CLÍNICA CHÍA UNICOC EN EL
PRIMER PERIODO 2011 (FASE 1 RETROSPECTIVA)**

INVESTIGADORES

DIANA LISSETH ALVAREZ OCHOA

ANGELA JIMENA CANO REYES

VIVIANA JULIETH DUARTE TORRES

SONIA CONSTANZA DURAN MORENO

MIRIAN GIRALDO GARCIA

NAZINSKY AYURAMI RODRIGUEZ ARIAS

CLAUDIA ALEJANDRA VALLEJO SANTACRUZ

Trabajo para optar el título de Odontólogo

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC

COLEGIO ODONTOLOGICO

BOGOTA D.C.

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOTIPO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD ORAL DE LA CLÍNICA CHÍA UNICOC EN EL
PRIMER PERIODO 2011 (FASE 1 RETROSPECTIVA)**

INVESTIGADORES

DIANA LISSETH ALVAREZ OCHOA

ANGELA JIMENA CANO REYES

VIVIANA JULIETH DUARTE TORRES

SONIA CONSTANZA DURAN MORENO

MIRIAN GIRALDO GARCIA

NAZINSKY AYURAMI RODRIGUEZ ARIAS

CLAUDIA ALEJANDRA VALLEJO SANTACRUZ

ASESORA CIENTIFICA

DRA. ANGELA SUAREZ CASTILLO

ODONTÓLOGA. Esp. en EPIDEMIÓLOGIA

ASESORA METODOLOGICA

DRA. ANGELA SUAREZ CASTILLO

ODONTÓLOGA. Esp. en EPIDEMIÓLOGIA

DRA MARTHA CAYCEDO ODONTÓLOGA ESP. EN EPIDEMIOLOGÍA, MSC EN BIOÉTICA.

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC

COLEGIO ODONTOLOGICO

BOGOTA D.C.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios primeramente por bendecirnos y guiarnos a su lado y así poder lograr nuestra meta conjunta, después de tantos esfuerzos, durante nuestra formación profesional y personal, solo el sabe el sacrificio que hemos pasado, los días y noches donde nos guio con su luz por el camino correcto y no desfallecer.

Agradecemos a nuestra asesora científica y metodológica, la Doctora Ángela Suarez por ser una persona intachable y fuente de motivación, que a Pesar de los obstáculos siempre estuvo ayudándonos.

A la Doctora Martha Caicedo, asesora metodológica y científica, (QED), por ser ese pilar fundamental de nuestra formación profesional y principalmente por brindarnos la posibilidad de representarla.

A la Doctora Mónica Pachón asesora estadista por brindarnos su tiempo y sus conocimientos para que este proyecto saliera adelante.

A la Universidad INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC por ser nuestra máxima casa de estudio y ofrecernos la oportunidad de prepararnos profesionalmente y ser aptos para enfrentar la vida de una manera moralmente digna.

DEDICATORIA

Este proyecto y esta lucha por terminar nuestra carrera universitaria lo dedicamos a Dios porque gracias a él hemos podido llegar a ser grandes personas; nunca nos desamparó, siempre estuvo a nuestro lado dándonos las fuerzas necesarias para seguir adelante y alcanzar las metas propuestas atravesando cada obstáculo que nos impedía seguir adelante, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres por habernos educado y soportar nuestros errores, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad, a quienes le debemos todo en la vida, por ese apoyo constante e incondicional que nos brindaron ya que gracias a ellos somos quienes somos en este momento, por protegernos y brindarnos su amor en momentos de tristeza y alegría, por sus valores, consejos, regaños, y motivación de los cuales aprendimos mucho y nos sentimos orgullosos ya que fueron el ejemplo a seguir para lograr nuestra formación profesional.

También a la Dra. Martha Caycedo, aunque ya no está con nosotros, ella nos acompañó durante este largo camino, brindándonos siempre su orientación con profesionalismo, ética en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación como estudiantes universitarios.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de la enfermedad”. Sobre esta actúan diversos determinantes o factores que son necesarios a la hora de delimitar su concepto, consecuente a esto, se altera el estado de salud en el ser vivo, bajo los modelos de determinantes conductuales, biológicos ambientales, sociales y el acceso al servicio de salud ^(1,2)

La epidemiología como herramienta de la salud pública “conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva que determina la ciencia y arte de prevenir las enfermedades”, permite establecer el estado de salud y enfermedad de los diferentes eventos que inciden en una población en un tiempo determinado, el comportamiento de la misma dentro de las comunidades y los determinantes que influyen en este proceso. ⁽³⁾

De igual manera se entiende por vigilancia epidemiológica como seguimiento y monitoreo a los eventos patológicos que incurren en la salud de un individuo. ⁽³⁾

La prevalencia e incidencia son medidas frecuencia que utiliza la epidemiología se refieren respectivamente, al número de personas que presentan alguna patología o evento en salud en un tiempo determinado. La incidencia hace referencia a los casos nuevos de dicha enfermedad en una población y lugar específico. ⁽³⁾

El conocimiento del estado de la salud oral de las poblaciones, resulta fundamental, como parte de la respuesta a las necesidades de salud pública de las poblaciones, teniendo en cuenta la multifuncionalidad de las estructuras orofaciales y su repercusión en la calidad de vida de las personas. ⁽³⁾

La OMS reporta que aproximadamente el 60% al 90% de los escolares en el mundo presentan caries dental, mientras que las enfermedades periodontales crónicas, afectan de un 5% a 20% de los adultos, la incidencia varía según la región geográfica al igual que los defectos congénitos, como el labio y paladar fisurado, presentes en 1 de cada 500 a 700 de los nacimientos. Cabe destacar que la prevalencia de estas patologías varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos. ⁽⁴⁾

En países latinoamericanos, como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador en promedio del 85% al 97% de la población presentan caries activa en la población total, mientras que en Chile afecta al 85% de los niños en edad escolar. ⁽⁵⁾

En Colombia se han realizado tres estudios nacionales con el fin de determinar el estado de salud oral de la población. El tercer estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III 1999), determinó que la prevalencia de caries en población menor de 5 años es de 54.8% y la historia de caries en esta misma población 60.4% . Para la población general la prevalencia de caries es de 65.7% y la historia de caries es de 88.7% ⁽¹²⁾

Según el mismo estudio, en relación a la enfermedad periodontal se reporta una prevalencia de 50.2% para la población general, y respecto a la fluorosis dental es del 11.2%. Las alteraciones de la articulación temporomandibular en la población mayor de 15 años representa el 47% y las alteraciones de la mucosa oral se presentan en un 11.4%.de la población. ⁽⁴⁾

Respecto a la población del distrito capital, según el último informe trimestral disponible de Subsistema de vigilancia epidemiológica de salud oral SISVESO se reportan cifras de sangrado gingival correspondientes a un 74%. En relación a la historia de caries, la carga por componente, representa un 32.1% para el componente cariado y 21,4% para el componente perdido por caries. ⁽⁵⁾

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I.	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2 JUSTIFICACION	20
1.3 PROPOSITO	22
1.4 MARCO TEORICO	23
1.5 MARCO LEGAL	26
1.5.1 PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA	27
1.5.2 PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL	29
1.5.3 TERCER ESTUDIO NACIONAL DE SALU PUBLICA	29
1.5.4 POLITICA PUBLICA DE SALUD ORAL DEL DISTRITO CAPITAL 2011-2021	30
1.5.5 SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD ORAL -SISVESO	31
1.6 OBJETIVOS	33

1.6.1 OBJETIVOS GENERALES	33
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
2. CAPITULO II	
2.1 TIPO DE ESTUDIO	35
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	35
2.3 MATERIAL DE ESTUDIO	35
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	35
2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	35
2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
2.5 MUESTRA Y MUESTREO	35
2.5.1 PROCEDIMIENTO	35
2.5.2 VARIABLES DE ESTUDIO	37
2.5.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	38
2.6 CONSIDERACIONES ETICAS	39
2.7 ANALISIS ESTADISTICO	40
3. RESULTADOS	40
4. DISCUSIÓN	47

5. CONCLUSIONES	50
6. RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52

1. CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien la Salud Bucal de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios los realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1999 en la actualidad la salud bucal se sigue viendo afectada por diferentes patologías orales como son la caries dental y la enfermedad gingival los cuales son considerados problemas de gran importantes para la salud pública y que afectan a la totalidad de poblaciones que conforman el país ⁽¹⁾.

La caries dental y la enfermedad periodontal históricamente han sido las patologías orales de mayor prevalencia en la población colombiana (76%, 52% para la población general, respectivamente). En cuanto a la enfermedad periodontal según el estudio, representa la segunda causa de consulta dado que el 92.4% de la población presenta algún marcador de enfermedad periodontal. (2)

Sin embargo los últimos hallazgos presentados por ENSAB III en 1999 reflejaron una notable reducción de caries en menores de 19 años asociada al refuerzo y concientización de la población sobre la importancia de la salud bucal. Se evidencia aumento en la historia de caries de las poblaciones adultas, dicho

resultado puede estar relacionado a la debilidad de educación en salud oral en edades tempranas. ⁽²⁾

La inadecuada práctica de higiene oral no es el único factor asociado a las patologías orales, se encuentran relacionados también, determinantes conductuales, socioeconómicos, ambientales y de acceso al servicio de salud. ⁽³⁾

Los profesionales que asisten los procesos en los diferentes frentes de acción tienen la responsabilidad de prestar a la sociedad una atención de óptima calidad y dentro de sus funciones realizar vigilancia y monitoreo de las condiciones orales de las poblaciones sujeto de atención ⁽⁴⁾. La política pública de salud oral del Distrito (2007-2010) en su tercera línea política, hace mención a la importancia de establecer sistemas de vigilancia que permitan dar cuenta de las condiciones de salud oral de la población del distrito capital. ⁽⁵⁾

En la actualidad, la academia a través de diferentes estrategias de vigilancia es adherente a la herramienta propuesta. ⁽⁵⁾

Teniendo en cuenta lo anterior, La facultad de Odontología de la institución universitaria colegios de Colombia, en coherencia al requerimiento dese de la

política, plantea la siguiente pregunta de investigación a través de presente estudio: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOTIPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD ORAL DE LA CLÍNICA CHÍA UNICOC EN EL PRIMER PERIODO 2011 (FASE 1 RETROSPECTIVA) ⁽⁵⁾

¿Es útil el diseño y la implementación de un prototipo de vigilancia epidemiológica en salud oral en la clínica de Unicoc sede chía, en el primer periodo 2011?

JUSTIFICACIÓN

“El monitoreo y el seguimiento de las metas definidas dentro del plan nacional de salud pública posibilita la comparación regional, nacional e internacional de los indicadores de salud bucal y contribuyen principalmente al reconocimiento del estado en el que se encuentra la misma. Los logros de la aplicación de estrategias y acciones de carácter individual y colectivo, permiten progresivamente el ajuste de prácticas locales y de procesos de planeación”. ⁽⁶⁾

El monitoreo y la vigilancia de la condiciones de salud de la población es una herramienta que permite medir, seguir y determinar el comportamiento de las diferentes patología que intervienen de manera negativa dentro de una

comunidad, adicionalmente es útil para comparar, planificar y comprobar la eficiencia y eficacia de un sistema de salud. ⁽⁶⁾

Debido a que la vigilancia epidemiológica se realiza con la finalidad de actuar o intervenir para evitar la aparición de nuevos casos o disminuir los riesgos de las complicaciones de las personas ya afectadas por la enfermedad o evento sujeto de la vigilancia, es necesario estudiar, además de su comportamiento, los factores que influyen, de manera negativa y positiva, en la determinación de la aparición o prevención de las mismas. ⁽⁷⁾

La salud y la enfermedad forman parte de un mismo proceso; la vigilancia solamente de las enfermedades y eventos resulta insuficiente, por lo que se hace necesario incluir, dentro del sistema de vigilancia, los aspectos relacionados con las condiciones de vida y los factores determinantes, tanto de las enfermedades como de la salud. Razón por la cual el observatorio epidemiológico de salud oral de UNICOC, propone la vigilancia integral de los diferentes eventos presentes en la cavidad oral, con el fin de dar cuenta de la dinámica de los procesos de salud de la población usuaria de los servicios de la clínica odontológica de la sede Chía, lo cual constituye la segunda fase retrospectiva del estudio DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROTOTIPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN

SALUD ORAL DE LA CLINICA CANDELARIA I UNICOC (FASE 1 RETROSPECTIVA).⁽⁸⁾

PROPÓSITO

El control y vigilancia de las diferentes patologías en el área odontológica, permiten establecer el estado de la salud oral de diferentes poblaciones. Por lo tanto el interés del presente estudio es determinar de manera retrospectiva el estado de salud oral de la población que acude a la clínica del colegio odontológico (Sede chía). Mecanismo por el cual se pretende determinar las diversas características poblacionales a la luz del análisis de los diferentes factores de riesgo, bajo el modelo de determinantes del proceso salud-enfermedad, apoyados en la herramienta epidemiológica de un subsistema de vigilancia

La visión retrospectiva de la evidencia documentada y sistematizada a través de las Historias clínicas permitirá obtener un alcance real del estado de salud actual de la población sujeto de atención de las clínicas

El análisis de los datos reportados en las historias clínicas, sugiere el planteamiento de nuevas políticas preventivas, asistenciales y administrativas que permitan optimizar la dinámica actual de las clínicas de manera integral.

MARCO TEÓRICO

La OMS define la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de la enfermedad”. Sobre esta actúan diversos determinantes o factores que son necesarios a la hora de delimitar su concepto, consecuente a esto, el proceso salud-enfermedad puede verse afectado, bajo los modelos de determinación social de la salud, donde se destacan los determinantes conductuales, biológicos ambientales, sociales y el acceso al servicio de salud ^(9,10)

La epidemiología como herramienta de la salud pública “conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva que determina la ciencia y arte de prevenir las enfermedades”, permite establecer el estado de salud y enfermedad de los diferentes eventos que inciden en una población en un tiempo determinado, el comportamiento de la misma dentro de las comunidades y los determinantes que influyen en este proceso. ⁽¹¹⁾

La prevalencia e incidencia son medidas de frecuencia que emplea la epidemiología que se refieren respectivamente, al número de personas que presentan alguna patología o evento en salud en un tiempo determinado. La incidencia hace referencia a los casos nuevos de dicha enfermedad en una población y lugar específico. Asociando todo lo anterior, y teniendo en cuenta los conceptos básicos se debe entender el significado y diferenciación entre morbilidad y mortalidad. El primero hace referencia al conjunto de seres que se enferman en una población y periodo determinado, y lo segundo es el número de defunciones en una población y periodo determinado. ⁽¹²⁾

Se considera importante la evaluación de estos aspectos para la promoción y prevención de la enfermedad en poblaciones determinadas con alto índice de afección. Para el Estado representa costos adicionales una población enferma, lo cual es un marcador directo en la economía del país, por lo tanto es mas beneficiario gestionar diseños y planes de prevención de enfermedades, desde todos los niveles: Prevencion primaria, secundaria y terciaria. Se establece el estado de salud como insumo básico en la toma de decisiones políticas, preventivas, asistenciales y administrativas. ⁽¹³⁾

La OMS reporta que aproximadamente del 60% al 90% de los escolares a nivel mundial, presentan caries dental, mientras que las enfermedades periodontales crónicas, afectan de un 5% a 20% de los adultos de edad madura, la incidencia varía según la región geográfica al igual que los defectos congénitos, como el labio y paladar hendido, que se dan en uno de cada 500 a 700 de los nacimientos, cabe destacar que la prevalencia de estas patologías varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos.⁽¹⁴⁾

En países latinoamericanos, como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador en promedio del 85% al 97% de la población presentaban caries en la población total, mientras que en Chile afecta al 85% de los niños en edad escolar.

(15)

En Colombia el tercer estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III 1999), determino que la prevalencia de caries en población menor de 5 años es de 54.8% y la historia de caries en esta misma población 60.4%.

En relación a la enfermedad periodontal reporta cifras cercanas al 50.2% para la población general. Respecto a la fluorosis dental es del 11.2% para población

general las alteraciones de la articulación temporomandibular para mayores de 15 años 47%, Anomalías de la oclusión dentofaciales reportan cifras del 11.4%.

Las prótesis en personas de 15 a 55 años superiores se presentan en promedio de 51.9% en el maxilar superior y el maxilar inferior en un 46.4%.⁽¹⁶⁾

Para la población del distrito capital, según el último informe de Subsistema de vigilancia epidemiológica de salud oral SISVESO se reportan cifras cercanas de sangrado gingival en un 74%, 32.1% de un componente cariado y 21,4% de dientes perdidos por caries.⁽¹⁷⁾

MARCO LEGAL

En Colombia el ministerio de protección social, “permite trabajar por la salud bucal, y busca proveer hábitos, estilos, modos y condiciones de vida que le permitan a las personas desde que nacen y hasta cuando son adultas mayores, gozar a través de la boca las experiencias que da este sentido para incluirse en el mundo.”⁽¹⁸⁾

Por ello las condiciones que afectan la salud bucal, visual y auditiva, no ponen generalmente en juego directamente la vida misma, pero al ser parte de la salud general, si afectan la integridad personal y la calidad de vida. Una alta proporción

de casos pueden ser evitados mediante acciones preventivas y otras pueden ser controladas de forma pronta mediante acciones efectivas, buscando reducir la alta carga económica que sus complicaciones generan a las personas de forma individual y a las sociedades”.⁽¹⁸⁾

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

La salud bucal representaba la tercera prioridad del Plan nacional de salud pública 2007-2010, Para facilitar las metas y los objetivos dentro de este, se “Determino la línea de base, entendida como la medición inicial de las condiciones del estado de salud bucal que sirven de referencia para el monitoreo de las mismas luego de las intervenciones contenidas en los planes de salud, implicó un importante esfuerzo en el cual estaban comprometidas las entidades y autoridades territoriales, las administradoras de planes, las instituciones prestadoras de servicios, por su puesto los profesionales.”⁽¹⁹⁾

Las metas definidas dentro del PNSP, para el periodo 2007-2010, se relacionaban con el logro de un índice COPD promedio menor de 2.3 a la edad de 12 años y con que el 60% de los mayores de 18 años, tengan y mantengan el mayor número de sus dientes permanentes en boca, metas sobre las cuales se evaluarán a futuro los resultados de las acciones definidas para cada línea de política y que

por tanto deben ser monitoreadas de forma estandarizada para dar cuenta de la situación de país. ⁽¹⁹⁾

“El Ministerio de Salud y Protección Social actualmente se encuentra en proceso de construcción y formulación del Plan Decenal de Salud Pública, de acuerdo con el mandato definido por las leyes 152 de 1994 y 1438 de 2011; para esto ha estructurado las actividades necesarias a fin de obtener el documento técnico del Plan Decenal que orientará la actuación en salud pública en todo el país, acompañado de la reglamentación correspondiente para su ejecución, seguimiento, evaluación y permanente retroalimentación y ajuste según los logros obtenidos.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021, tendrá cinco instancias centrales en su formulación: el ámbito nacional sectorial, el ámbito nacional intersectorial, el ámbito territorial (institucional y comunitario), las consultas previas con grupos étnicos y la ciudadanía en general”. La salud oral aun no s encuentra incluida en ninguna de las dimensiones. ⁽¹⁹⁾

PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL

El Plan Nacional de Salud Bucal fue promulgado del 2000 al 2010 por el entonces Ministerio de Salud y fue elaborado con la participación de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) y la Federación Odontológica Colombiana (FOC). Es una propuesta basada en cuatro Áreas Políticas en Salud Bucal: Salud Pública, Investigación, Educación y Capacitación, e Investigación. ⁽²⁰⁾

El propósito de este plan es “Integrar dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud las condiciones que permitan el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios y el mejoramiento de los indicadores de salud bucal acorde con las características epidemiológicas de la población y los ámbitos y competencias de los actores del Sistema.” ⁽²⁰⁾

TERCER ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL (ENSAB III)

En Colombia, en el año 1998 se llevo a cabo el Tercer estudio Nacional de salud bucal (ENSAB III) el cual constituye la tercera investigación nacional en salud bucal en el país, luego de la Investigación Nacional de Morbilidad Oral, realizada entre 1965 y 1966 y el II Estudio de Morbilidad Oral adelantado entre 1977 y 1980.

⁽²¹⁾

La información recopilada se analizó de forma descriptiva teniendo en cuenta diferentes niveles de desagregación de los resultados según las variables de edad, sexo, ubicación geográfica (por regiones y subregiones), categorización de municipios por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la zona de procedencia (urbana y rural), el nivel educativo, la afiliación a la seguridad social y el estrato socioeconómico ⁽²¹⁾

Los principales datos reportados por el ENSAB III se mencionaron en la unidad temática relacionada con el componente epidemiológico de las condiciones orales de la población colombiana.

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD ORAL DEL DISTRITO CAPITAL 2011-2021

La actualización de la Política pública (2011-2021) lo plantea en la POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D.C., CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DECENIO 2011-2021, capítulo 2, política pública de salud oral de Bogotá D.C., para el decenio 2011-2021. Punto 2, Segundo eje- modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral, punto 4, sistemas de información y vigilancia epidemiológica, a través de subsistema de vigilancia epidemiológica en salud oral: El SISVESO (Subsistema de vigilancia epidemiológica de salud oral) incluye la vigilancia epidemiológica de diferentes eventos, dentro de los cuales se destaca la historia y prevalencia de caries dental, los marcadores periodontales, la

exposición a flúor, debido al comportamiento epidemiológico y morbilidad de estos eventos. ⁽²²⁾

La actual política pública de salud oral se encuentra precedida, como se menciono anteriormente, por la Política pública de salud oral 2007-2010, donde el componente de vigilancia y monitoreo de las condiciones de orales de la población se encontrara contenido en la tercera línea política.

SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD ORAL-SISVESO

La ley 1122 de 2007 que reforma la ley 100, liderada por la secretaria distrital con el objeto de desarrollar un ajuste a la política con la participación de diversos actores sociales e institucionales de la ciudad, formula las guías de práctica clínica de caries dental, enfermedad gingival, cirugía básica, enfermedad pulpar y periapical, instrumentos para la historia clínica.

Adicionalmente, propone el diseño y puesta en marcha del subsistema de vigilancia epidemiológica de salud oral, SISVESO ⁽²³⁾

El SISVESO se hace visible a través de la tercera línea política de la política pública de salud oral del distrito del 2007, la cual hace referencia a la vigilancia y

monitoreo de las condiciones de salud oral de la población del distrito capital.
(Política pública distrital de salud oral, Decreto 3518 Vigilancia en salud pública)

(23)

“La vigilancia de la salud oral es un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral y la identificación de los determinantes sociales y de calidad de vida; que permitirá obtener información actualizada del comportamiento de los eventos objetos de vigilancia y otras patologías que afectan la cavidad oral, además permitirá la medición permanente de los índices utilizados para la identificación del estado de salud oral y la realización de las intervenciones necesarias sobre los mismos a nivel individual y colectivo ⁽²³⁾

“El SISVESO se plantea como una estrategia de vigilancia centinela del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, Mediante la conformación de una red de vigilancia en el distrito capital, para identificar el acceso a los servicios de salud oral, practicas de auto cuidado, notificar los eventos objeto de vigilancia de la salud oral, generar las alertas epidemiológicas e identificar determinantes sociales de calidad de vida; que permitan orientar las acciones, dirigidas a mejorar la salud oral de la población que habita en Bogotá, como factor crítico de éxito. Su propósito es Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención odontológica, de la población

bogotana, evidenciando mediante el análisis epidemiológico de la información, la situación de salud oral, para orientar a los diferentes actores responsables de esta atención, a la toma de decisiones e implementación de estrategias de seguimiento para el mantenimiento de la salud oral, aportando de manera significativa a la calidad de vida de la población”.⁽²³⁾

El SISVESO propuso mejorar el nivel de salud oral de la población centrando su atención en el acceso de los servicios, prácticas sociales de cuidado y mecanismos de sostenibilidad de las respuestas⁽³³⁾

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- 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 de la población usuaria de las clínicas odontológicas de UNICOC
- Establecer la utilidad de un Diseño e implementación de un prototipo de vigilancia epidemiológica en 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 CHÍA. UNICOC. (Fase 1 retrospectiva)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográficas de los pacientes que asisten a la Clínica CHIA I- 2011 de Bogotá
- Evidenciar los antecedentes sistémicos que influyen en el desarrollo de las diferentes patologías con manifestaciones en cavidad oral.
- Conocer los hábitos y frecuencia de higiene oral en los pacientes que asisten a la Clínica CHÍA I- 2011 de UNICOC Bogotá.
- Analizar los indicadores epidemiológicos respecto a historia de caries, enfermedad gingival e higiene oral
- Describir la necesidad de tratamiento de la población a partir de los datos recolectados en las Historias Clínicas aprobadas en el I- 2011

2. CAPÍTULO II

Tipo de estudio:

Observacional descriptivo retrospectivo

Objeto de estudio:

Estado de salud salud oral de la población usuaria de la sede Chía (UNICOC_Bogotá)

Material de estudio

Historias clínicas de los pacientes que asistieron a consulta durante el primer semestre del año y hasta la fecha de 2011.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de pediatría y de adultos con aprobación del docente durante el I semestre del año 2011.
- Historias clínicas que no presenten enmendaduras.
- Población que asista a consulta en la clínica de Chía

Criterios de Exclusión:

- Historias que sean utilizadas y abiertas en postgrado
- Historias clínicas que pertenezcan al servicio de Urgencias

MUESTRA Y MUESTREO

Procedimiento

Se toma una muestra poblacional, de todas las historias clínicas aprobadas durante el año 2011 para la realización del estudio.

Tamaño de la muestra (n=118), en la clínica odontológica se de chía no s encuentra sistematizado el ingreso de pacientes por lo cual no es viable determinar la población de referencia para ese periodo de tiempo.

Variables de estudio

Variable	Definición	Operalización.	T. variable	T. vari Dato	Instrumento
Edad	tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo y último año cumplido	Años cumplidos	cuantitativa	Discreta	Documento de identidad
Genero	Sexo al nacer, masculino y femenino	Femenino Masculino	Cualitativa	Binominal	Historia clínica
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Primaria Bachillerato Técnico universitario	Cualitativa	Ordinal	Historia clínica
Procedencia	Origen de algo o el principio de donde nace o deriva	Rural o urbano	Cualitativa	Binominal	Historia clínica, ficha socioeconómica
Afiliación SGSS	Cubrimiento de las necesidades básicas en cuanto a salud de un individuo	Subsidiado Contributivo Régimen especial	Cualitativa	Nominal	Carnet de afiliación
Visita odontológica último año	Control periódico que se realiza al individuo a nivel oral	Si No	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
Antecedentes sistémicos personales	Presencia o ausencia de patología a nivel sistémico	Si No	Cualitativa	Binominal	Historia clínica
Hábitos de higiene oral	Frecuencia en el uso de implementos básicos de higiene oral	Si No	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
Necesidad de tratamiento	Planificación del método de atención a cada individuo según sus necesidades	Endodoncia Periodoncia Rehabilitación Operatoria Cirugía Ortodoncia	Cualitativa	Multinominal	Diagnósticos definitivos

Indicadores epidemiológicos	Marcadores periodontales	Presencia o ausencia de signos y síntomas de patología asociada	Sangrado Bolsas Calculos	cualitativa	Multinominal	Historias clínicas		
	Lesión de tej. Blando							
	Maloclusiones						Si No	Nominal
	Historia de caries						Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	0-9

Instrumento recolección de datos:

Se desarrolló un instrumento de forma estructural el cual consta de 6 partes con 55 preguntas formuladas.

1. Datos básicos del paciente.
2. Antecedentes personales.
3. Hábitos de higiene oral.
4. Estado dentario.
5. Indicadores epidemiológicos:
 - Historia de caries
 - Marcadores periodontales
 - Presencia de mancha blanca
 - Maloclusiones
 - Lesiones de tejidos blandos
 - Necesidades de tratamiento
6. Diagnósticos.

INSTRUMENTO



OBSERVATORIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD ORAL
COLEGIO ODONTOLÓGICO
UNICOC

Fecha: D ___ M ___ A ___

1. DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE											
Nombres y apellidos					Documento de identidad					Edad	
										Sexo	
										Procedencia	
Militar					Ocupación					Estrato	
Semanas de gestación					Contributivo					Subsidio	
Especialidad					Vinculado					Particular	
N					P					Regimen especial	
Motivo de consulta:											
¿LLEVO el último año a consulta odontológica?											
Método de consulta de última atención											
Urgencia											
Tratamiento											

2. ANTECEDENTES PERSONALES					
Antecedentes	SI	NO	Antecedentes	SI	NO
Enfermedad cardiovascular			Immunodeficiencia		
Hipertensión			Diabetes tipo I		
Diabetes tipo I			Diabetes tipo II		
Diabetes tipo II			Trabaja en		
Enfermedad renal			Admisión		
Penetración			Otros y cual		
OTRAS ENFERMEDADES					

3. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL				
Hábitos	Frecuencia Diaria			
	NO	1	2	3
Uso de cepillo dental				
Uso de crema dental				
Uso de acido dental o sustituto				
Uso de Flossing bucal				
Uso de Sustitutos FUAL				

ESTADO DENTARIO																			
78. ESTADO DENTARIO (Indice -COPD- + Índice -ve-)										Casamétrica									
18 17 16 15 14 13 12 11										Caries									
20 19 18 17 16 15 14 13										Obstruido con caries									
22 21 20 19 18 17 16 15										Obstruido sin caries									
24 23 22 21 20 19 18 17										Perdido por caries									
26 25 24 23 22 21 20 19										Perdido por otra razón									
28 27 26 25 24 23 22 21										Saliente									
30 29 28 27 26 25 24 23										Pier de puente - Carilla									
32 31 30 29 28 27 26 25										Diente no empotrado									
34 33 32 31 30 29 28 27										No aplica									
36 35 34 33 32 31 30 29										Trauma									
38 37 36 35 34 33 32 31																			
40 39 38 37 36 35 34 33																			
42 41 40 39 38 37 36 35																			
44 43 42 41 40 39 38 37																			
46 45 44 43 42 41 40 39																			
48 47 46 45 44 43 42 41																			
50 49 48 47 46 45 44 43																			
52 51 50 49 48 47 46 45																			
54 53 52 51 50 49 48 47																			
56 55 54 53 52 51 50 49																			
58 57 56 55 54 53 52 51																			
60 59 58 57 56 55 54 53																			
62 61 60 59 58 57 56 55																			
64 63 62 61 60 59 58 57																			
66 65 64 63 62 61 60 59																			
68 67 66 65 64 63 62 61																			
70 69 68 67 66 65 64 63																			
72 71 70 69 68 67 66 65																			
74 73 72 71 70 69 68 67																			
76 75 74 73 72 71 70 69																			
78 77 76 75 74 73 72 71																			
80 79 78 77 76 75 74 73																			
82 81 80 79 78 77 76 75																			
84 83 82 81 80 79 78 77																			
86 85 84 83 82 81 80 79																			
88 87 86 85 84 83 82 81																			
90 89 88 87 86 85 84 83																			
92 91 90 89 88 87 86 85																			
94 93 92 91 90 89 88 87																			
96 95 94 93 92 91 90 89																			
98 97 96 95 94 93 92 91																			
100 99 98 97 96 95 94 93																			
102 101 100 99 98 97 96 95																			
104 103 102 101 100 99 98 97																			
106 105 104 103 102 101 100 99																			
108 107 106 105 104 103 102 101																			
110 109 108 107 106 105 104 103																			
112 111 110 109 108 107 106 105																			
114 113 112 111 110 109 108 107																			
116 115 114 113 112 111 110 109																			
118 117 116 115 114 113 112 111																			
120 119 118 117 116 115 114 113																			
122 121 120 119 118 117 116 115																			
124 123 122 121 120 119 118 117																			
126 125 124 123 122 121 120 119																			
128 127 126 125 124 123 122 121																			
130 129 128 127 126 125 124 123																			
132 131 130 129 128 127 126 125																			
134 133 132 131 130 129 128 127																			
136 135 134 133 132 131 130 129																			
138 137 136 135 134 133 132 131																			
140 139 138 137 136 135 134 133																			
142 141 140 139 138 137 136 135																			
144 143 142 141 140 139 138 137																			
146 145 144 143 142 141 140 139																			
148 147 146 145 144 143 142 141																			
150 149 148 147 146 145 144 143																			
152 151 150 149 148 147 146 145																			
154 153 152 151 150 149 148 147																			
156 155 154 153 152 151 150 149																			
158 157 156 155 154 153 152 151																			
160 159 158 157 156 155 154 153																			
162 161 160 159 158 157 156 155																			
164 163 162 161 160 159 158 157																			
166 165 164 163 162 161 160 159																			
168 167 166 165 164 163 162 161																			
170 169 168 167 166 165 164 163																			
172 171 170 169 168 167 166 165																			
174 173 172 171 170 169 168 167																			
176 175 174 173 172 171 170 169																			
178 177 176 175 174 173 172 171																			
180 179 178 177 176 175 174 173																			
182 181 180 179 178 177 176 175																			
184 183 182 181 180 179 178 177																			
186 185 184 183 182 181 180 179																			
188 187 186 185 184 183 182 181																			
190 189 188 187 186 185 184 183																			
192 191 190 189 188 187 186 185																			
194 193 192 191 190 189 188 187																			
196 195 194 193 192 191 190 189																			
198 197 196 195 194 193 192 191																			
200 199 198 197 196 195 194 193																			
202 201 200 199 198 197 196 195																			
204 203 202 201 200 199 198 197																			
206 205 204 203 202 201 200 199																			
208 207 206 205 204 203 202 201																			
210 209 208 207 206 205 204 203																			
212 211 210 209 208 207 206 205																			
214 213 212 211 210 209 208 207																			
216 215 214 213 212 211 210 209																			
218 217 216 215 214 213 212 211																			
220 219 218 217 216 215 214 213																			
222 221 220 219 218 217 216 215																			
224 223 222 221 220 219 218 217																			
226 225 224 223 222 221 220 219																			
228 227 226 225 224 223 222 221																			
230 229 228 227 226 225 224 223																			
232 231 230 229 228 227 226 225																			
234 233 232 231 230 229 228 227																			
236 235 234 233 232 231 230 229																			
238 237 236 235 234 233 232 231																			
240 239 238 237 236 235 234 233																			
242 241 240 239 238 237 236 235																			
244 243 242 241 240 239 238 237																			
246 245 244 243 242 241 240 239																			
248 247 246 245 244 243 242 241																			
250 249 248 247 246 245 244 243																			
252 251 250 249 248 247 246 245																			
254 253 252 251 250 249 248 247																			
256 255 254 253 252 251 250 249																			
258 257 256 255 254 253 252 251																			
260 259 258 257 256 255 254 253																			
262 261 260 259 258 257 256 255																			
264 263 262 261 260 259 258 257																			
266 265 264 263 262 261 260 259																			
268 267 266 265 264 263 262 261																			
270 269 268 267 266 265 264 263																			
272 271 270 269 268 267 266 265																			
274 273 272 271 270 269 268 267																			
276 275 274 273 272 271 270 269																			
278 277 276 275 274 273 272 271																			
280 279 278 277 276 275 274 273																			
282 281 280 279 278 277 276 275																			
284 283 282 281 280 279 278 277																			
286 285 284 283 282 281 280 279																			
288 287 286 285 284 283 282 281																			
290 289 288 287 286 285 284 283																			
292 291 290 289 288 287 286 285																			
294 293 292 291 290 289 288 287																			
296 295 294 293 292 291 290 289																			
298 297 296 295 294 293 292 291																			
300 299 298 297 296 295 294 293																			
302 301 300 299 298 297 296 295																			
304 303 302 301 300 299 298 297																			
306 305 304 303 302 301 300 299																			
308 307 306 305 304 303 302 301																			
310 309 308 307 306 305 304 303																			
312 311 310 309 308 307 306 305																			
314 313 312 311 310 309 308 307																			
316 315 314 313 312 311 310 309																			
318 317 316 315 314 313 312 311																			
320 319 318 317 316 315 314 313																			
322 321 320 319 318 317 316 315																			
324 323 322 321 320 319 318 317																			
326 325 324 323 322 321 320 319																			
328 327 326 325 324 323 322 321																			
330 329 328 327 326 325 324 323																			
332 331 330 329 328 327 326 325																			
334 333 332 331 330 329 328 327																			
336 335 334 333 332 331 330 329																			
338 337 336 335 334 333 332 331																			
340 339 338 337 336 335 334 333																			
342 341 340 339 338 337 336 335																			
344 343 342 341 340 339 338 337																			
346 345 344 343 342 341 340 339																			
348 347 346 345 344 343 342 341																			
350 349 348 347 346 345 344 343																			
352 351 350 349 348 347 346 345																			
354 353 352 351 350 349 348 347																			
356 355 354 353 352 351 350 349																			
358 357 356 355 354 353 352 351																			
360 359 358 357 356 355 354 353																			
362 361 360 359 358 357 356 355																			
364 363 362 361 360 359 358 357																			
366 365 364 363 362 361 360 359																			
368 367 366 365 364 363 362 361																			
370 369 368 367 366 365 364 363																			
372 371 370 369 368 367 366 365																			
374 373 372 371 370 369 368 367																			
376 375 374 373 372 371 370 369																			
378 377 376 375 374 373 372 371																			
380 379 378 377 376 375 374 373																			
382 381 380 379 378 377 376 375																			
384 383 382 381 380 379 378 377																			
386 385 384 383 382 381 380 379																			
388 387 386 385 384 383 382 381																			
390 389 388 387 386 385 384 383																			
392 391 390 389 388 387 386 385																			
394 393 392 391 390 389 388 387																			
396 395 394 393 392 391 390 389																			
398 397 396 395 394 393 392 391																			
400 399 398 397 396 395 394 393																			
402 401 400 399 398 397 396 395																			
404 403 402 401 400 399 398 397																			
406 405 404 403 4																			

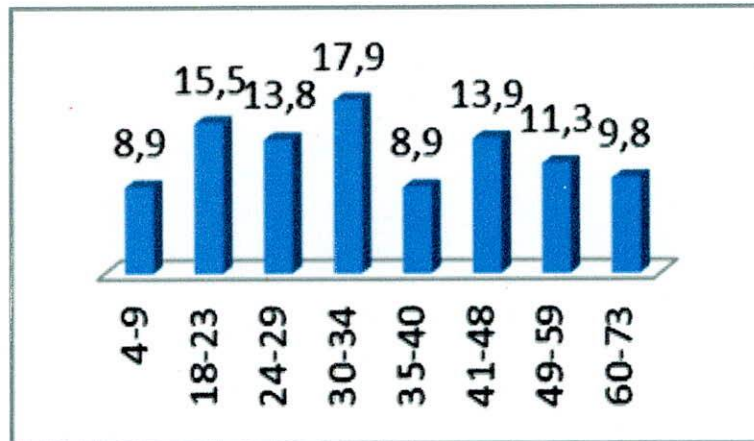
Análisis Estadístico

La información recolectada se tabularan en un base de datos en Microsoft Excel 2010, para el análisis se utilizara el paquete estadístico SPSS versión 18.0, utilizando estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) y análisis bivariado realizando cruce de variables socio-demográficas y hábitos con las principales patologías.

3. RESULTADOS

Se analizaron 123 formatos clínicos de los pacientes que asistieron a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano Sede Chía durante el primer semestre del 2011, distribuidos en ambos sexos. El 60,9% (n=75) de los pacientes corresponden al género femenino y el 39.1% (n=48) al género masculino. Con un rango de edad de 4 a 76 años. De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que el rango de edades en el cual los pacientes consultan con mayor frecuencia al odontólogo correspondió al comprendido entre los 30 y 34 años de edad. (Grafica 1).

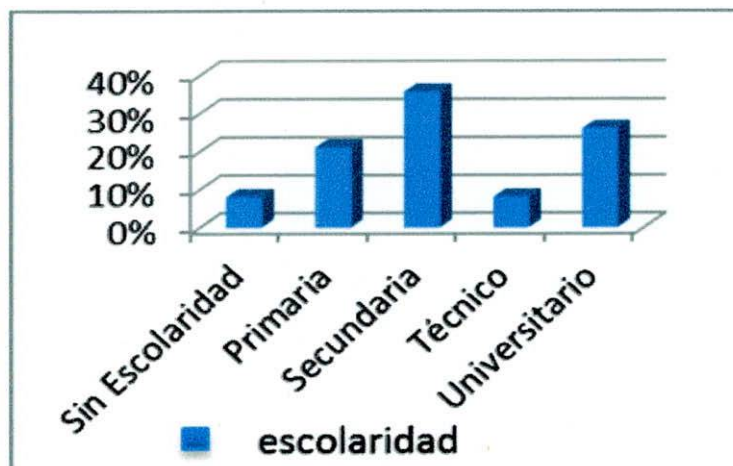
Grafica 1. Distribución por porcentaje de la proporción de las edades.



Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

El 86,1% (n=106) de la población procede de la zona urbana y el 13,9 (n=17) de la zona rural. En relación al grado de escolaridad, se determinó que el mayor nivel educativo alcanzado fue secundaria con un 35,7% (n=44). (Grafica 2).

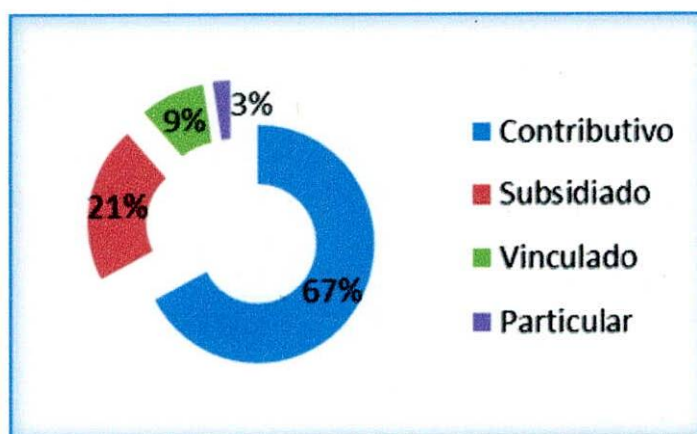
Grafica 2. Distribución por porcentaje del nivel de escolaridad



Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

Respecto a la afiliación al Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) el 66,6 % pertenecieron al régimen contributivo siendo este el de mayor frecuencia, en relación a los otros sistemas de seguridad social. (Grafica 3).

Grafica 3. Porcentaje de la proporción de afiliación al SGSSS.



Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

En relación al compromiso sistémico y anamnesis, la variable ingesta de medicamentos, representó un porcentaje de 13,8% (n=17) siendo el de mayor frecuencia.

Patologías como la diabetes tipo II, desnutrición, alcoholismo y tabaquismo no reportaron datos. (Tabla 1).

Tabla 1. Antecedentes sistémicos

	<i>n</i> =(123)	%
Ingesta de medicamentos	17	13,8
Hipertensión	15	12,2
Enfermedad cardiovascular	2	1,63
Inmunodeficiencia	2	1,63
Discrasias sanguíneas	2	1,63
Diabetes tipo I	1	0,8
Enfermedad renal	1	0,8

Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

Se evidencio que los elemento empleados con mayor frecuencia en la población para desarrollar las prácticas de higiene oral fueron el cepillo y la crema dental con una frecuencia de 95,5% y 90,2% respectivamente y el enjuague bucal empleado por el 42,2 % indicando que es el implemento de menor uso por los pacientes que asisten a consulta odontológica. (Tabla 2)

Tabla 2. Implementos de higiene oral.

IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL		
	n=(123)	%
Cepillo dental	118	95,9
Crema dental	111	90,2
Seda dental	59	47,9
Enjuague bucal	52	42,2
Sustitutos	0	0,0

Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

En relación al estado de salud oral. La totalidad de la población presenta historia de caries en todos los grupos de edad, el COPD promedio \pm la desviación estándar fue de $14,9 \pm 6.67$ clasificado en un nivel de severidad muy alto según la OMS; La prevalencia de caries, representa el 86,6% para la población total

(Tabla 3).

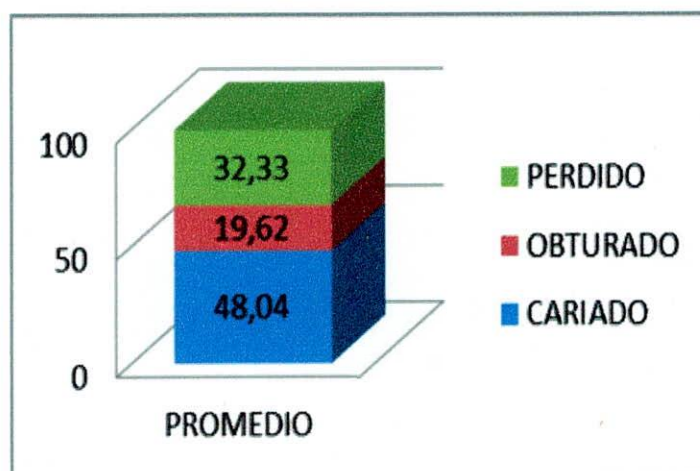
Tabla 3. Historia de caries COP-D

Comportamiento del estado de salud oral en relación a la caries dental	
Historia de caries	100%
Prevalencia de Caries	86.6%
Índice COP-D	14.9

Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

En el análisis por componentes se presentó un promedio de 48,0 dientes afectados a expensas del componente cariado (Grafica 4). Respecto a los marcadores periodontales el signo más frecuente fue el sangrado gingival con un porcentaje del 69,9%. (Grafica 5)

Grafica 4. Análisis por componentes



Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

En relación a las necesidades de tratamiento de la población, recolectados a partir de las historias clínicas se observó la operatoria dental como el tratamiento más frecuente con un porcentaje de 79,6% (n=98). El tratamiento de ortodoncia con un porcentaje de 4,0% (n=5) es la de menor necesidad. (Tabla 4).

Tabla 4. Necesidades de tratamiento

NECESIDADES DE TRATAMIENTO		
	n=(123)	%
Operatoria	98	79,6
Periodoncia	91	73,9
Endodoncia	34	27,6
Cirugía	31	25,2
Rehabilitación	26	21,1
Ortodoncia	5	4,0
Urgencia	0	0,0

Fuente: Base de datos registros clínicos sede Chía 2011.

4. DISCUSIÓN

Respecto a los resultados obtenidos en el presente estudio, relacionado con el comportamiento de las diferentes variables que influyen en el estado de salud oral. El componente sociodemográfico en donde se encuentra la afiliación al régimen contributivo del SGSSS en un 66,6% representando la mayor frecuencia de vinculación, en relación a los otros regímenes de seguridad social, lo cual no se relaciona con el comportamiento poblacional de la variable según el último reporte del SISVESO el cual demostró un 40,3% de afiliación al régimen contributivo cerca del subsidiado con un 39,9%. Lo anterior sugiere posibles cambios en el determinante de acceso al servicio de salud y a la oportunidad de recibir tratamiento por parte de los usuarios de los diferentes regímenes de afiliación. ⁽⁶⁾

Respecto a la variable relacionada con el compromiso sistémico y anamnesis, el estudio evidencia que la mayor frecuencia se encuentra asociada a la ingesta de medicamentos: 13,8%, demostrando un comportamiento inferior comparado con estudios nacionales de características similares como los de Salazar G y Vargas R. (2011) donde el componente de antecedentes médicos relacionados con la ingesta de medicamentos referidos en la historia clínica odontológica, se encuentra en una frecuencia de 31,7% de la población. ⁽⁷⁾

Según el ENSAB III 1999 (Tercer estudio nacional de salud bucal) el uso de cepillo y crema dental esta dado en un 98,4% dentro de la población, lo cual es similar a los resultados obtenidos en este estudio ya que se reportó un 95,5% en el uso de cepillo dental y un 90,2% en crema dental. Sin embargo, el estado de salud y las condiciones de higiene oral de los pacientes, no coinciden con las prácticas referidas. Existe una contradicción entre el relato verbal y la evidencia clínica. ^(4,8,9)

En relación al estado de salud oral, el 100% de la población presenta historia de caries, el 86,6% prevalencia de caries para la población general y un índice comunitario de 14,9; Lo cual sobrepasa los resultados obtenidos en el tercer estudio nacional de salud bucal (ENSAB III 1999) en las tres dimensiones

En el presente estudio, el componente cariado del COPD representó un promedio de 48,4 demostrando diferencias con datos del SISVESO (sistema de vigilancia epidemiológica en salud oral) que muestra que un promedio de 32,1. En este sentido se plantean inquietudes relacionadas con la accesibilidad tardía a los servicios de salud y a la necesidad de implementar acciones de prevención primaria y secundaria que posibiliten el control de factores de riesgo y promuevan el diagnóstico precoz de la caries dental y de las demás patologías orales susceptibles de complicación en sus estadios iniciales.

Respecto a los marcadores periodontales, el signo de mayor relevancia fue el sangrado gingival con un 69,9%, siendo similar a los datos arrojados por en el SISVESO y el ENSAB III ya que en estos se presentó un 74,0% y un 53,3% respectivamente. Lo cual también representa un signo de alarma, teniendo en cuenta que cerca del 92% de la población según el ENSAB III, presenta al menos un signo de enfermedad gingival, lo cual sugiere un alto riesgo de desarrollo de la patología a edades tempranas y la repercusión en su salud general como lo demuestra Briceño J y cols (2011) en su estudio “Higiene oral en enfermedad periodontal: consideraciones históricas, clínicas y educativas” de la universidad Nacional de la ciudad de Bogotá. ⁽¹¹⁾

En cuanto a la necesidad del tratamiento el presente estudio demostró que el 79,6% de la población general requiere operatoria dental mientras que en Ramírez b y cols (2011) en una investigación realizada en la ciudad de Medellín el porcentaje de requerimiento de operatoria es de 40.9% demostrando una menor necesidad en relación al componente. Lo cual sugiere para la población de esta ciudad un cambio representativo comparado con las cifras arrojadas para el presente estudio y para los referentes nacionales.. ⁽¹³⁾

5. CONCLUSIONES

Se considera fundamental la implementación de un prototipo de sistema de vigilancia epidemiológica que permita identificar las condiciones de salud de la población usuaria de las clínicas odontológicas de UNICOC, teniendo en cuenta las cifras de morbilidad y el resultado de los indicadores de salud oral analizados en el presente estudio. Se sugiere la implementación longitudinal con fines comparativos y seguimiento

6. RECOMENDACIONES

Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica el cual abarque cada componente epidemiológico de los pacientes revelando así su situación bucal actual permitiendo tomar medidas preventivas y curativas en la sociedad

BIBLIOGRAFÍA

1. Chetti A, Ruiz E ., Estudio de la prevalencia de lesiones de caries en piezas dentarias anteriores y su relación con variables epidemiológicas. Rev Universidad Nacional del Nordeste. Consultar en:
<http://www.unne.edu.ar/web/cyt/com2005/3-medicina/m-107.pd>
2. Ministerio de Salud [página de internet]. Bogotá: III Estudio Nacional de Salud Bucal: oficina de epidemiología.; c1998-01 [actualización 1999 enero 01; citado 2012 octubre 11]. Disponible en:
<http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>
3. Ministerio de Salud [página de internet]. Colombia: Objetivos estratégicos en Salud: Revisión final.; c2009-12 [actualización 2010 enero 01; citado 2012 octubre 11]. Disponible en:
<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>
4. Comisión Internacional de Salud Ocupacional [página de internet]. USA: Código internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional.; c2001-12[actualización 2002 enero 01, citado 2012 octubre 11]. Disponible en:
5. http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_spanish.pdf

6. Ministerio de Salud [página de internet]. Colombia: Política de Salud Oral, con participación social para el decenio. c2001-2010.; [actualización 2011-2021 enero 01, citado 2012 octubre 11]. Disponible en
7. <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbmxcHNmb250aWJvbnxneDoxY2MxNjcwYjM0YWI2NjQw>
8. Ministerio de la Protección Social [página de internet]. Colombia: Plan Nacional de Salud Pública: avances y retos en el fortalecimiento de la salud pública en Colombia.c2003-2006.; [actualización 2007-10 enero 01, citado 2012 octubre 11]. Disponible en:
http://unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/plannacionaldesaludpublica2007_10.pdf
9. Martín C, Chej J,. [monografías en internet]. Colombia: Vertice; 2008 [2012 oct 11] disponible en:
http://books.google.com.co/books?id=tBvAdZxoM4C&hl=es&source=gbs_navlinks_s
10. Guerrero J, Sánchez O, Cañedo R,. Vigilancia de la salud del trabajador: un componente de la gerencia de las instituciones de la información ³. Mariana Grajales Coello. Consultar:
http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_6_04/aci05604.htm
11. Organización mundial de la salud [monografías en internet]. USA: OMS; d007 [citado en 2012 oct 11].Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>

12. Quintana S., El acceso a los servicios de la salud en Colombia 2002, Salud y desplazamiento. Consultar en:
- a. <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/accesosaludcol.htm>
13. Pareja R. [monografías en internet]. México: U.N. CUYO: 2011 [citado en 2012 oct 11] disponible en:
- a. http://sistemas.fcm.uncu.edu.ar/enf-epidemiologia/Epidemiologia_2011.pdf
- 14.12 Ministerio de Salud [página de internet]. Colombia: Política de Salud Oral, con participación social para el decenio. c2001-2010.; [actualización 2011-2021 enero 01, citado 2012 octubre 11]. Disponible en
15. <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnpvcHNmb250aWJvbnxneDoxY2MxNjcwYjM0YWl2NjQw>
16. Barcena A., [monografías de internet]. Chile: copyright; 2002 [citado 2012 oct 11] disponible en:
- a. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/11470/lcl1788e.pdf>
17. Castillo D, García M,. Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al amulatorio urbano "la haciendita" en el municipio mariara, Estado Carabobo. Acta Venezolana. Consultar:

a. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>

18. Herrera M, Medina C, Maupomé G,. Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua. Scielo. Consultar:

a. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112005000400006&script=sci_arttext

19. Estudio Nacional de Salud Bucal [salud colombia]. Colombia: Sivigila; c1998 [1999 ene 0, citado 2012 oct 11]; disponible en:

a. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>

20. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral [Sisveso]. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud; 2011 [2012 ago 01, citado 2012 oct 11]; disponible en:

a. <http://www.hospitalusaquen.gov.co/attachments/article/213/SISVESO%20COVE%20LOCAL%2018-07-2012.pdf>