

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN PERIODONCIA

ANDREA FERNANDA PENAGOS 991009
LAURA JOHANA ALEJO HERRERA 991016
YINETH GARCIA RODRIGUEZ 991018
ANDREA MARIÑO 991039
JOHANNA PALACIOS LEON 991068
V SEMESTRE MAÑANA

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
AREA DE EPIDEMIOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
2.001

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN PERIODONCIA

ANDREA FERNANDA PENAGOS 991009 ✓
LAURA JOHANA ALEJO HERRERA 991016 ✓
YINETH GARCIA RODRIGUEZ 991018 ✓
ANDREA MARIÑO 991039 ✓
JOHANNA PALACIOS LEON 991068 ✓
V SEMESTRE MAÑANA

*4.5
muy interesante
la revisión
bibliográfica
sobre la
enfermedad*

PRESENTADO A DRA. ADIELA RUIZ

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
AREA DE EPIDEMIOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
2.001**

INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades más difundidas en el mundo, se encuentran la caries dental y las enfermedades periodontales, las que pueden afectar la población en prevalencia y/o severidad, dependiendo de las condiciones culturales, sociales, económicas y políticas.

Una revisión a la epidemiología de la enfermedad periodontal, tanto en el ámbito internacional como en ámbito colombiano, se plantea para conseguir una identificación del carácter global que afecta a la población mundial y a la población colombiana particularmente, cuando se trae a colación el marco de referencia de dicha enfermedad y su relación con todos los seres humanos.

Se plantearán principios generales de la epidemiología, aspectos que encierran las circunstancias particulares alrededor de la triada epidemiológica, el entorno epidemiológico y su ubicación en el ámbito de las enfermedades periodontales.

Así mismo, se presentarán los resultados de cinco estudios epidemiológicos en Colombia, dos nacionales y otros tres realizados en diferentes grupos de población colombiana. Se dedicará espacio especial al último y tercer estudio nacional de salud bucal, realizado en 1998.

OBJETIVOS

- 1. Dar unas pautas muy generales sobre la vigilancia epidemiológica de las enfermedades periodontales*
- 2. Presentar un entorno general de la epidemiología de las enfermedades periodontales en el ámbito internacional*
- 3. Describir las condiciones periodontales de la población colombiana en un período comprendido entre 1965 y 1996*
- 4. Realizar un resumen de los aspectos periodontales del estudio nacional de salud bucal de 1998.*

CONTENIDO

INTRODUCCION

1. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL AMBITO INTERNACIONAL

1.1. Principios Generales

1.2. Triada epidemiológica

1.2.1. Agentes

1.2.2. Factores del Huésped

1.2.3. Factores Ambientales

1.3. Epidemiología, enfermedades periodontales

1.3.1. Prevalencia

1.3.2. Incidencia

1.3.3. Severidad

1.3.4. Metodología Epidemiológica

1.3.5. Identificación epidemiológicas a través de estudios

2. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL A TRAVES DE ESTUDIOS

2.1. Resultados encontrados en los estudios realizados en Colombia

2.1.1. Investigación nacional de morbilidad 1970

2.1.2. Estudio nacional de salud 1977-1980

2.1.3. Antropología y Epidemiología bucodental colombiana

2.1.4. Estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías en las grandes ciudades colombianas, 1995.

2.1.5. Morbilidad bucodental colombiana, 1996.

2.1.6. Resumen de aspectos periodontales de Estudio Nacional de Salud Bucal, 1998

3. ESTADO ACTUAL EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN COLOMBIA

3.1. La calidad de los servicios

4. ENFOQUE PERIODONTAL

5. RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE

6. PREVENCIÓN

6.1. Propuesta de Prevención en Colombia (unidad Básica Ciudad de Bogotá - Tunal)

7. ANALISIS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8. BIBLIOGRAFIA

1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL AMBITO INTERNACIONAL

1.1. PRINCIPIOS GENERALES

Al entrar a realizar la descripción de todo lo que atañe a la epidemiología de las enfermedades periodontales, empezamos por identificar la palabra epidemiología: Según Clark, es la ciencia que estudia los factores que influyen, en la ocurrencia y distribución de la salud, enfermedad, desestabilidad, defectos o muerte en grupos de individuos. A su vez Gordon la interpreta como la correlación diagnóstica entre la salud pública y la práctica clínica que deriva a la aplicación del tratamiento. En la práctica, realmente podemos describirla como la ciencia de la epidemias, o el esfuerzo conjunto para lograr el control de las enfermedades epidémicas. Por ello, la epidemiología se ha constituido en valuarate para el estudio de enfermedades no infecciosas e infecciosas, enfermedades crónicas, desestabilidades físicas y mentales, alcoholismo y accidentes automovilísticos, entre otros.

1.2. TRIADA EPIDEMIOLÓGICA

1.2.1. Agentes

La multifactorialidad de las situaciones más identificadas por los epidemiólogos, es buscar precisamente a esos agentes causales, que en la gran mayoría de los casos, se conjugan para producir daño. Precisamente Shineider destaca cómo a través de conocer agentes multifactoriales, podríamos llegar a establecer pautas mucho más acertadas sobre prevención y control futuro de las enfermedades; entre estas pautas, las periodontales (control bacteriano).

1.2.2. Factores del huésped

Es real que la interpretación de cualquier enfermedad en ciñe alrededor del huésped y más aún, en la acentuación de la receptibilidad que este huésped tenga. Por ello, se sigue trabajando en los procedimientos de vacunación y en la inmunidad activa que pueda conseguirse. También se siguen estudiando los aspectos inherentes a la resistencia natural de las especies, y todo lo que concierne a edad, sexo, raza y familia. Igual ocurre en el campo de sinergismo y antagonismo o en las costumbres y hábitos.

1.2.3. Factores Ambientales

Están rodeados de muchas situaciones que pueden conseguir que los agentes se activen o que flaqueen las defensas del huésped. Así, muchas veces los aspectos que conllevan a esa situación ambiental, pueden ser económicos, políticos, biológicos o sociales. Del estudio de ellos saldrá una enorme contribución a la especie humana.

1.3. EPIDEMIOLOGÍA- ENFERMEDADES PERIODONTALES

Se han descrito dos grandes divisiones en lo que concierne a estas condiciones periodontales. Una es la gingivitis, identificada como la inflamación de las encías; la mayoría de veces reversible. Y la otra es la periodontitis o inflamación y destrucción de los tejidos de protección y de soporte de las estructuras dentaria; habitualmente ésta produce secuelas en los tejidos periodontales y/o la pérdida de los dientes.

Es necesario aclarar y precisar algunos conceptos fundamentales relacionados con la epidemiología de las enfermedades periodontales:

1.3.1. Prevalencia

Hace referencia a la frecuencia o número total de casos de una enfermedad que puede ser identificada con una población específica en un tiempo determinado. Es la proporción de la población que tiene la enfermedad.

1.3.2. Incidencia

Es el número de casos nuevos de la enfermedad que ocurren durante un periodo específico de tiempo

1.3.3. Severidad

Es el grado de daño que la enfermedad está provocando y/o ha provocado

1.4. Metodología Epidemiológica

Puede llevarse a cabo mediante:

- *Epidemiología descriptiva: Descripción de la distribución de la enfermedad*
- *Formulación de hipótesis: Teorías para explicar la distribución observada de la enfermedad en términos de las asociaciones causales más directas*

- Epidemiología analítica: Estudios de las poblaciones humanas para probar las hipótesis que superen la prueba de los estudios de observación y análisis.
- Epidemiología experimental: Estudios experimentales en poblaciones humanas para comprobar rigurosamente la hipótesis sobre las cuales se apoyan las pruebas de estudios analíticos y de observación.

1.3.5. Identificaciones epidemiológicas a través de estudios

a. Gingivitis

Toda la identificación emanada de estudios realizados en Estados Unidos indica que aún cuando los trabajos de Kelly et al, mostraban en los años 60, en población adulta de 18 a 79 años, un 48.5% de gingivitis y en los años 70, sólo un 25.2% (tratando de concluir que estaba disminuyendo), todos los otros estudios, particularmente los de Miller et al en 1987, ubican a la gingivitis en población adulta por encima del 60%. Estos datos son semejantes en la actualidad (1997) inclusive proyectados a los países Europeos.

b. Periodontitis

La definición epidemiológica de periodontitis es enfermedad con formación de bolsas y/o pérdida de la inserción periodontal. Por ello, las secuelas de las enfermedades que se identifican dentro de una gama de clasificación muy amplia en la periodontitis, encuentran desde un vistazo epidemiológico, el status de su pérdida de nivel de inserción. Por ello, nos parece adecuado el esbozo que entre 1985 y 1986 presentó Løe en los rangos de sexo y edad para su publicación en 1987 en el Departamento de Salud y servicios Humanos de los Estados Unidos: Estos se interpretan así:

EDAD	% MUJERES	% HOMBRES
35-39 años	18.9%	15.7%
40-44 años	20.5%	12.4%
45-49 años	25.5%	14.2%
50-54 años	19.6%	14.2%
55-59 años	23.3%	14.9%
60-64 años	24.3%	17.9%

Todo esto permite suponer que la epidemiología periodontal en el mundo, nos indica que estamos ante una situación crítica y que, es necesario tomar medidas más acentuadas de prevención.

En los estudios de proyección de Løe, vemos que los próximos 30 años serán de gran trabajo sobre las secuelas que en los adultos (mayores de 30 años) tendrán como objetivo la limitación del daño y la rehabilitación de los tejidos disminuidos. Sin embargo, la acción prioritaria estará encaminada a la prevención primaria, específica e inespecífica.

Particularmente, las grandes entidades que salvaguardan la salud oral en Colombia y el mundo, como la Organización Mundial de Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud, etcétera, tendrán que proyectarse mucho más a la comunidad, especialmente en los países en vía de desarrollo para conseguir sus metas.

Es evidente que el potencial generado por cada odontólogo y/o por las auxiliares de higiene oral y otros, representará otro factor que, potenciado en su máxima expresión, ofrecerá a no dudarlo, una gran contribución para alcanzar los objetivos deseados.

En conclusión, todos los estudios epidemiológicos en el mundo, en su enfoque muy particular alrededor de las enfermedades periodontales, muestran un carácter universal, sin diferencias geográficas, étnicas o raciales en las diferentes poblaciones.

Caracterizando su agresividad, ubicaríamos la enfermedad como muy severa, en una estima de 10 al 20%. Esta cifra evidencia la importancia que la severidad ocasiona a la pérdida de las estructuras dentarias.

En la actualidad se suman una serie de parámetros que enfocan su acción a estudiar más los factores de riesgo, su identificación total, y la aplicación de medidas preventivas efectivas, que permitan que los seres humanos podamos contar con estructuras dentaria y paradentarias para toda la vida.

Indices:

Grado 1. *Es cuando existen signos evidentes de inflamación de la encía libre, pero sin circunscribir al diente.*

Grado 2. *Es cuando hay signos de inflamación que circunscriben al diente, pero no es ruptura aparente de la inserción epitelial.*

Grado 6. Gingivitis con formación de bolsas, cuando hay ruptura de la inserción epitelial y presencia de bolsas, no es solamente un surco gingival profundo debido a la tumefacción de la encía libre.

No hay interferencia con la función masticatoria normal, el diente esta firme en su alvéolo y no a migrado.

Grado 8. Gingivitis con destrucción avanzada con perdida de la función masticadora cuando el diente presenta movilidad, puede estar migrado, presentar un sonido sordo o apagado a la percusión y al presionarlo puede ser comprimido en el alvéolo.

2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO COLOMBIANO

A continuación se presentan las condiciones periodontales de la población colombiana desde 1965-66 hasta 1996, en las cuales se han detectado a través de cinco estudios, dos nacionales y los otros tres discriminados así:

Uno en 34 comunidades prehispánicas, indígenas, negroides y multiraciales o poliétnicas, otro en 106 comunidades colombianas que incluyen prehispánicas, indígenas, negroides, multiraciales o poliétnicas., escolares, ancianos, presidiarios, marginados y grupos especiales, y el último estudio realizado en personas entre 5 y 14 años, ubicadas en las cinco grandes ciudades colombianas.

Para la cualificación y cuantificación de la enfermedad periodontal en Colombia se tuvieron en cuenta, en los cinco estudios, las mismas funciones, criterios y procedimientos establecidos para los dos primeros, publicados en un documentos titulado Manual del Odontólogo examinador y coordinador.

2.1. RESULTADOS ENCONTRADOS EN LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN COLOMBIA

En el primer estudio nacional de Salud, denominado oficialmente como "Investigación nacional de Morbilidad" se encontró la situación que se resumen en los siguientes cuadros.

2.1.1. Investigación nacional de morbilidad. 1970

Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud Bogotá 1970

Cuadro 1. Prevalencia de la enfermedad periodontal en personas con dientes permanentes según el sexo, la edad y el total de la población. Tasas porcentuales.

Características	Sanos	Enfermos Sin saco 1 y 2	Con saco		Total
			6	8	
<i>Hombres</i>	10.6	58.4	19.2	11.8	89.4
<i>Mujeres</i>	12.0	59.6	16.1	12.3	88.0
<i>5-19 años</i>	18.0	73.7	6.3	2.0	82.0
<i>20-34 años</i>	6.0	54.6	28.2	11.0	94.0
<i>35-44 años</i>	3.4	38.5	33.2	24.9	96.6
<i>45 y más años</i>	2.0	26.9	28.7	42.4	98.0
TOTAL	11.3	59.0	17.7	12.0	88.7

Cuadro 2. Promedio de dientes permanentes por persona, según grado de enfermedad periodontal.

Características	Sanos	Enfermos				
		Grado 1	Grado 2	Grado 6	Grado 8	total
<i>Hombres</i>	5.9	6.9	4.0	2.2	0.6	13.7
<i>Mujeres</i>	6.5	6.2	3.5	1.6	0.7	12.0
TOTAL	6.2	6.5	3.7	1.9	0.7	12.8

Los analistas de esa investigación comentaron varios aspectos sobre la situación encontrada, de los cuales se presentan dos:

- El 88.7% de la población colombiana presentó problemas de enfermedad periodontal en cualquiera de sus etapas. Antes de este estudio se suponía que el problema periodontal en nuestro medio era considerable, pero esta alta prevalencia es un hallazgo en verdad alarmante.

Cuadro 3. Estudio nacional de morbilidad, 1970. Personas con y sin enfermedad periodontal, con presencia y ausencia de cálculos. Tasa porcentuales.

Característica	con cálculos	Sin cálculos
Con enfermedad	86.7	7.4
Sin enfermedad	0.7	5.2

Cuadro 4. Estudio Nacional de morbilidad 1970 Índice periodontal en dientes permanentes, diferenciado por sexo, edad y total de la población

Características	Índice
Hombres	1.6
Mujeres	1.5
5 a 14 años	0.6
15 a 19 años	0.9
20 a 34 años	1.7
35 a 44 años	2.7
45 a 54 años	3.4
55 y más años	4.3
TOTAL POBLACION	1.5

La imagen de éste problema adquiere características de mayor gravedad al considerar la poca acción programada que existe en las instituciones de salud para la prevención y atención de la enfermedad periodontal. Esto, debido a la discutible importancia que a la periodoncia se le ha venido dando en los programas de enseñanza de las facultades de odontología. Estos hallazgos servirán indudablemente a las instituciones docentes y asistenciales para adecuar sus programas a las necesidades reales de la comunidad.

En el segundo Estudio Nacional de Salud, 1977-80, denominado así oficialmente, se encontraron los siguientes resultados sobre la enfermedad periodontal o periodontopatías.

2.1.2. Estudio nacional de Salud 1977-1980

Morbilidad oral. Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud-Ascofame. Bogotá 1984

Cuadro 5. Enfermedad periodontal en personas con dientes permanentes, según sexo y edad.

<i>Características</i>	<i>Sanas</i>			<i>Enfermas</i>		
	<i>Sin Saco</i>			<i>Con saco</i>		
	<i>0</i>	<i>Grado 1</i>	<i>Grado 2</i>	<i>Grado 6</i>	<i>Grado 8</i>	<i>Total</i>
<i>Hombres</i>	4.1	32.7	50.0	10.0	3.2	95.9
<i>Mujeres</i>	6.6	36.5	46.2	7.7	3.0	93.4
<i>5-14 años</i>	3.5	50.3	45.2	1.0	-	96.5
<i>15-19 años</i>	7.3	37.3	52.1	3.3	0.1	92.8
<i>20-24 años</i>	5.9	34.9	54.5	4.2	0.5	94.1
<i>25-29 años</i>	6.7	31.2	52.0	9.2	1.0	93.4
<i>30-34 años</i>	4.7	27.9	51.0	14.1	2.3	95.3
<i>35-39 años</i>	5.0	22.3	51.6	18.1	3.0	95.0
<i>40-44 años</i>	5.6	17.3	49.3	21.1	6.7	94.4
<i>45 y más años</i>	6.2	12.9	38.7	25.8	16.4	93.8
<i>Total población</i>	5.3	34.6	48.1	8.9	3.1	94.7

De todos los análisis presentados por los autores del estudio anterior se destacan dos:

- Una disminución de la enfermedad periodontal en Colombia
- El problema periodontal en Colombia comienza a decrecer, pues la severidad de la enfermedad descendió notablemente; el hecho que se hay expandido en un pequeño porcentaje, no significa que la situación haya empeorado.

Cuadro 6. Promedio de dientes, por persona, con enfermedad periodontal por sexo y edad

<i>Características</i>	<i>Sanos</i>			<i>Enfermos</i>		
	<i>Sin saco</i>			<i>Con Saco</i>		
	<i>0</i>	<i>Grado 1</i>	<i>Grado 2</i>	<i>Grado 6</i>	<i>Grado 8</i>	<i>Total</i>
<i>Hombre</i>	4.5	7.6	4.8	0.6	0.1	13.1
<i>Mujeres</i>	5.1	6.8	3.5	0.4	0.1	10.8
<i>5-14 años</i>	5.1	7.4	2.5	-	-	9.9
<i>15-19 años</i>	8.8	11.0	4.8	0.1	-	15.9
<i>20-34 años</i>	5.7	9.0	5.5	0.4	-	14.9
<i>35-44 años</i>	2.8	5.5	5.7	1.0	0.1	12.6
<i>45-54 años</i>	1.6	3.3	4.6	1.7	0.3	9.9
<i>55 y más años</i>	0.5	1.4	2.7	1.2	0.6	5.9
<i>Total población</i>	4.8	7.2	4.1	0.5	0.1	11.9

Cuadro 7. Índice periodontal en dientes permanentes por sexo y edad

<i>Características</i>	<i>Índice</i>
<i>Hombres</i>	1.25
<i>Mujeres</i>	1.6
<i>5 a 14 años</i>	0.72
<i>15 a 19 años</i>	0.86
<i>20 a 24 años</i>	1.02
<i>25 a 29 años</i>	1.18
<i>30 a 34 años</i>	1.32
<i>35 a 39 años</i>	1.53
<i>40 a 44 años</i>	1.67
<i>45 a 49 años</i>	1.86
<i>50 a 54 años</i>	2.08
<i>55 a más años</i>	1.86
<i>Total Población</i>	1.16

2.1.3. Antropología y Epidemiología bucodental Colombiana

El estudio realizado en 34 tipos de poblaciones, entre ellos 5 prehispanicos, a los cuales no se les tuvo en cuenta para la enfermedad periodontal; 13 indígenas, 1 mestizo, 3 negroides, 1 población general, 5 escolares, 2 de ancianos y 4 en municipios de diferentes condiciones geográficas, se encontraron unos resultados, los cuales se comentan a continuación.

El municipio de Guachucal, los escolares de San Martín Meta y los indígenas de La Gaitana en el Huila, se presentan los mayores promedios de dientes afectados con gingivitis leve o incipiente, grado 1, con unos indicadores de 19.9, 9.9 y 9.8 respectivamente.

Los indígenas Ticuna en el Amazonas, los Inga en Sibundoy (Putumayo) y el Municipio de la Unión en Nariño, presentan los mayores promedios de dientes afectados con gingivitis, grado 2, con unos indicadores de 15.9, 15.3 y 14.0, según el orden de los grupos ya mencionados.

En los indígenas Wayuú en Manaure (Guajira), los ancianos del asilo de El Socorro (Santander) y Nueva Venecia (Magdalena) se presentan los mayores promedios de dientes afectados por gingivitis como formación de bolsas, grado 6, con unos indicadores de 5.2, 4.2 y 4.1 respectivamente.

En los indígenas Coyaima en el Tolima, en Nueva Venecia (Magdalena) y los ancianos del asilo de El Socorro (Santander) se presentan los mayores promedios de dientes afectados por gingivitis con destrucción avanzada y pérdida de la función masticatoria, grado 8, con unos indicadores de 1.4, 1.2 y 1.0 respectivamente.

Del apartado "análisis de los resultados" informe del anterior estudio, se extraen los siguientes comentarios:

- *Al igual que la caries dental, las periodontopatía son fácilmente previsibles a través de una adecuada higiene bucodental*
- *En el Estudio nacional de Salud 1977-80 se respalda epidemiológicamente, como otra solución para la erradicación de la periodontopatías, a los programas preventivos, la formación de personal auxiliar y a las auxiliares de higiene oral, quienes ubicados estratégicamente en escuelas, colegios, universidades, cuarteles, orfanatos, asilos, internados, etnias, comunas, barrios, hospitales,*

centros y puestos de salud, en fin, en donde se concentre la población, desarrollan una labor educativa y de higiene bucodental efectiva.

- *La erradicación de las periodontopatías se logran mediante la prevención y la preparación de recurso humano y económico, susceptible de integrarse con las comunidades menos favorecidas y prestarle así, a bajos costos, unos servicios esenciales. Las especialidades y los especialistas no le permiten el acceso a sus servicios a estas clases económicas bajas, pues solamente cubren al 10% de la población, con unos costos muy altos para solucionar una patología que con un simple manejo preventivo, es fácilmente erradicable.*

En 1995 se publicaron los resultados de estudios de morbilidad oral realizados en 6 comunidades prehispánicas, 25 indígenas, 3 negroides, 40 escolares, 5 niños especiales, 13 poblaciones multiraciales o poliétnicas, 4 ancianas, 1 paciente oncológicos, 2 clínicas odontológicas universitarias, 1 de soldados contraguerrilla, 2 de drogadicictos y 3 de presidiarios, para un total de 36.519 personas examinadas. De este estudio se pueden destacar algunos resultados parciales:

- *Los niños del Jardín Chapatines en Bogotá, los indígenas los Paéz en Tierradentro y los indígenas Wayuú en la Guajira, son los que presentan mayor porcentaje de dientes afectados con gingivitis leve, grado 1, con unas tasas de 78%, 71% y 64% respectivamente.*
- *Los indígenas Ticuna en el Amazonas, los indígenas Inga en Sibundoy (Putumayo) y los indígenas Huitoto Jirijiri en Sibundoy (Putumayo), son los que presentan mayor porcentaje de dientes afectados con gingivitis, grado 2, con unas tasas de 71%, 71% y 55% respectivamente.*
- *Los indígenas Coyaima en el Tolima, los indígenas Totarco Coyaima en el Tolima y las Presidarias de Buen Pastor en Bogotá son los que presentan mayor porcentaje de dientes afectados con gingivitis con destrucción avanzada y pérdida de la función masticatoria, grado 8, con unas tasas de 7%, 7% y 3 %, respectivamente*

En 1995 se realizó el otro gran estudio para determinar las tendencias epidemiológicas de la caries dental y las periodontopatías en las principales ciudades del país, en escolares de 5 a 14 años.

2.1.4. Estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías en las grandes ciudades colombianas. 1995

Ministerio de Salud- Pontificia Universidad Javeriana Bogotá 1995

*Cuadro 8. Enfermedad periodontal en personas con dientes permanentes según edad y sexo
Tasas porcentuales*

<i>Características</i>	<i>Indice</i>
<i>Hombres</i>	<i>70.8</i>
<i>Mujeres</i>	<i>71.4</i>
<i>5 años</i>	<i>13.4</i>
<i>6 años</i>	<i>45.2</i>
<i>7 años</i>	<i>72.9</i>
<i>8 años</i>	<i>80.4</i>
<i>9 años</i>	<i>80.8</i>
<i>10 años</i>	<i>81.6</i>
<i>11 años</i>	<i>84.6</i>
<i>12 años</i>	<i>85.3</i>
<i>13 años</i>	<i>83.1</i>
<i>14 años</i>	<i>81.4</i>
<i>Total población</i>	<i>71.1</i>

Cuadro 9. Promedio de dientes con enfermedad periodontal en personas con dientes permanentes según edad y sexo.
Tasas Porcentuales.

Características	Sanas			Enfermas		
	Sin saco			Con saco		
	0	Grado 1	Grado 2	Grado 6	Grado 8	Total
<i>Hombres</i>	7.0	4.7	2.0	0	0	6.7
<i>Mujeres</i>	7.6	5.8	2.0	0	0	7.8
<i>5 años</i>	0.6	0.2	0.0	0	0	0.2
<i>6 años</i>	2.3	1.2	0.3	0	0	1.2
<i>7 años</i>	4.4	2.7	1.1	0	0	3.9
<i>8 años</i>	5.9	3.6	1.6	0	0	5.3
<i>9 años</i>	7.2	4.7	1.7	0	0	6.5
<i>10 años</i>	8.6	6.4	2.2	0	0	8.6
<i>11 años</i>	10.4	8.0	2.9	0	0	11.0
<i>12 años</i>	11.2	10.3	3.0	0	0	13.4
<i>13 años</i>	12.3	9.6	3.9	0	0	13.5
<i>14 años</i>	13.7	9.2	4.1	0	0	13.3
TOTAL	7.3	5.3	2.0	10	0	7.3

Cuadro 10. Índice periodontal en dientes permanentes, según edad y sexo.
Tasas Porcentuales

Características	Índice
<i>Hombres</i>	0.5
<i>Mujeres</i>	0.6
<i>5 años</i>	0.1
<i>6 años</i>	0.3
<i>7 años</i>	0.5
<i>8 años</i>	0.6
<i>9 años</i>	0.6
<i>10 años</i>	0.6
<i>11 años</i>	0.6
<i>12 años</i>	0.6
<i>13 años</i>	0.6
<i>14 años</i>	0.6
<i>Total población</i>	0.5

- La condición de enfermedad en la población escolar examinada es ampliamente favorable, para pensar en un posible control y reducción de la misma a corto plazo.
- Para erradicar las dos patologías más prevalentes en la población escolar, todos los estamentos de la sociedad deben participar conjuntamente en la presentación de alternativas de solución, las cuales son ampliamente conocidas por la profesión odontológica y sustentadas por la investigación nacional e internacional
- La solución definitiva de las patologías prevalentes está en la erradicación de ellas mismas mediante amplias, profundas y permanentes medidas de prevención específica.

Las facultades de odontología deben cerrar sus programas curriculares y la filosofía de la formación de sus profesionales, en la conservación del paciente sano, sin descuidar la capacitación que deben recibir para tratar las enfermedades prevalentes. En pleno siglo XXI es injustificable que la preparación de los futuros odontólogos sea eminentemente rehabilitadora. Esto perpetua la enfermedad.

De las medidas de protección específica, la que más debe implementarse es la educación en salud bucodental, a través de medios masivos de comunicación, como la radio, televisión, prensa y vallas, al igual que en las escuelas, colegios y en todos los espacios posibles.

El Congreso de la República puede aprobar una ley para que en todas las concentraciones escolares del país, oficiales y privadas, sea obligatoria la construcción de áreas para la realización de programas preventivos de enfermedades bucodentales y la vinculación de auxiliares de higiene oral, para que con esa infraestructura física y humana se pueda ofrecer posibilidades de conservar sanos a los estudiantes, libres de caries dental y periodontopatías.

En 1996 la Federación Odontológica Colombiana publicó en su revista institucional los resultados del estudio de morbilidad bucodental colombiana, bajo otra dimensión. Debido a que todos los estudios realizados en las 106 comunidades examinadas en el estudio del mismo nombre, publicado en 1995 se realizaron con las mismas funciones, criterios y procedimientos a los establecidos en el protocolo de investigación del Estudio nacional de Salud 1977-80 se decidió agrupar toda la población observada y presentar un resultado global de la misma.

2.1.5. Morbilidad bucodental colombiana 1996

Del análisis de los resultados de ese estudio se extraen algunos apartados:

La situación de morbilidad bucodental o de salud bucodental que se presenta en estas poblaciones, en la gran mayoría de bajos ingresos económicos, posiblemente tiene sus causas en dos aspectos negativos y uno positivo.

- *La decreciente condición socioeconómica y política del país, demuestra que en el 70% de la población colombiana disminuye gradualmente, año tras año, sus ingresos financieros y por tanto desciende su capacidad de consumir, ahorrar u obtener servicios básicos, entre ellos los de salud especialmente los bucodentales, que son los más costosos. Esto se refleja en la baja calidad biológica del habitante de menores ingresos*

Cuadro 11. Población afectada por enfermedad periodontal y dientes afectados por grados de enfermedad periodontal en promedio por persona.

Prevalencia de la enfermedad periodontal 92%

Características	Sanos	Grado 1	Grado 2	Grado 6	Grado 8	Total
<i>Población</i>						
<i>Multiracial</i>	4.6	8.0	7.3	1.7	0.3	17.3
<i>Indígenas</i>	4.0	7.4	7.69	2.0	0.2	17.4
<i>Total población</i>	4.3	7.5	7.9	1.8	0.2	17.4

- *La supresión gradual de los grandes programas de prevención específica contra la caries dental y las periodontopatías. Además de la acción preventiva odontológica, que no ha cumplido el objetivo de cubrir el 100% de la población colombiana y realmente no ha funcionado por haber sido delegada a gobernaciones y alcaldías, que en muchos casos no son financiados y por esto su ejecución ha decrecido hasta desaparecido.*
- *Las dos anteriores deficiencias pueden haber sido parcialmente contrarrestadas, no se sabe en qué magnitud, por las intensas y permanentes campañas publicitarias de las casas productoras de*

elementos de higiene bucodental, a través de la televisión, radio, prensa, revistas y vallas, en las que se incita a la buena presentación bucodental mediante el uso de estos productos.

2.1.6. Resumen de aspectos periodontales del estudio nacional de salud bucal 1998

Ya en Colombia teníamos dos parámetros de análisis de la vigilancia epidemiológica en enfermedad periodontal; el primero, la investigación nacional de morbilidad oral realizada entre 1965 y 1966 y el segundo, el estudio nacional de salud que incluyó el segundo estudio de morbilidad oral, entre 1977 y 1980. Entre ambos estudios se encontró un 94.7% contra un 88.7% que presentaron enfermedad periodontal en cualquiera de sus fases, observándose una mejoría en la severidad de la enfermedad aunque en mayor proporción de personas afectadas. En 1995 se realizó el estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías en las grandes ciudades colombianas en el que los resultados mostraron un impacto positivo en las acciones preventivas en el país.

Todas las situaciones llevaron al Ministerio de Salud en 1997 a iniciar el tercer estudio nacional del Salud Bucal (ENSAB III).

3. ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD PRIODONTAL EN COLOMBIA .

Del reciente III Estudio nacional en Salud Bucal 1998, realizado por el Ministerio de Salud, podemos concluir algunos datos importantes para poder determinar el estado de salud periodontal de los colombianos:

- ☒ El 81.6% de personas presentan placa bacteriana al momento del examen.*
- ☒ Del total de las personas incluidas en el estudio; 50.2% presentan pérdida de inserción en algún grado.*
- ☒ Con pérdida leve de inserción de 41% (de 1 - 2,9 mm).*
- ☒ Con pérdida de moderada severa 8.9% (de 3 mm y mas)*
- ☒ Las personas mas afectadas con pérdida de inserción son la mayores de 50 años (87%); las de 15 a 19 años (32.8 %).*
- ☒ Las personas que se encuentran afiliadas a regímenes especiales (medicina prepagada) son las de menor pérdida de inserción y el mayor porcentaje de personas con pérdida generalizada esta entre los afiliados al régimen subsidiado (estrato socio económicos bajo)*

☞ La presencia de bolsa periodontal de 3 a 6 mm de perdida se presenta en un 26.5% y de 6 mm en adelante en un 3.8%

De acuerdo con el cuadro sobre necesidades de tratamiento periodontal según la edad; las personas por edad que requieren tratamiento complejo periodontal son:

Cuadro 12.

EDAD	PORCENTAJE
15 - 29 años	3.3%
30 - 34 años	4.8%
35 - 44 años	10.1%
55 - 59 años	8.4%
60 - 64 años	10.7%

Podemos concluir que de los anteriores resultado que el problema periodontal sigue siendo alto en nuestra población, (50.2%) con perdida moderada y severa el 89% que presentan este problema aunque estarían por debajo del comportamiento mundial 10 - 15 %, las personas que requieren este tratamiento es decir las personas de bajos recursos lo requieran al igual que las persona mayores de 35 años, esto sin descartar que en estos estudios se revelo que persona jóvenes requieren del tratamiento periodontal complejo.

3.1. La calidad de los servicios.

La calidad de la atención se modifica por la teoría económica donde se "somete el acto medico a la infraestructura de la industria y el poder del mercado que convierte al profesional de la salud en un operario medianamente calificado para el cumplimiento de una jornada laboral, y convierte a la medicina (Odontología) que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en oficio que al disminuir costos resulten mayores márgenes de utilidad para entidades intermediarias".

La periodoncia es un privilegio de pocos, solo una elite social tiene acceso a los servicios especializados de periodoncia y no se incluyen las políticas de salud esta patología como prioritarias en la atención.

La idea basado en los interés de capital en que los bienes de consumos y ahora los servicios de salud estan dominados por el interés financiero,

difícilmente es un mundo compatible con la concepción que teníamos de salud.

Art. 49 " La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección, prevención y recuperación de salud..."

4. ENFOQUE PERIODONTAL DEL III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD.

El estado periodontal y las necesidades de tratamiento al igual que la salud periodontal se evaluó mediante varios parámetros.

- Pérdida de inserción periodontal. Se determinará por la extensión (porcentaje de superficies) y por la severidad (cantidad en milímetros) de la pérdida de inserción periodontal en la personas de 15 años y más, mediante la aplicación del índice de Extensión por Severidad de Caries (IES) versión modificadora de Papapanoc.*
- Necesidades de tratamiento periodontal. Se determinaron las necesidades de tratamiento periodontal en personas de 7 años y más, mediante la aplicación del Índice Comunitario Periodontal de Necesidades de Tratamiento (ICPNT). Este índice clasifica las necesidades de tratamiento periodontal con base en la presencia o ausencia de tres marcadores clínicos; sangrado gingival después de sondaje, cálculos supra y/o subgingivales y bolsas periodontales pandas (4 a 5 mm) o profundas (6 ó más mm).*
- Extensión y severidad de la pérdida de inserción periodontal. Del total de personas de los grupos de edad incluidos en el presente estudio, el 50.2% presentaron pérdida de inserción, siendo mayor la tasa en hombres (52.6%) que en mujeres (47.6%). El 42.0% presenta pérdida localizada y en el 8.1% es generalizada. La severidad en el 41.1% es leve, en el 7.7% moderada y en el 1.2% es severa.*
- Necesidades de tratamiento periodontal. La presencia de por lo menos un marcador periodontal (se observó en el 92.4% de las personas). El 8.8% presentó sólo sangrado al sondeo; el 53.3% presencia de sangrado y cálculos simultáneamente bolsas pandas (4 a 5 mm) en el 26.5% y las profundas (6 ó más mm) en el 3.8%.*

Acorde con los marcadores se deduce que las necesidades de tratamiento se requieren son principalmente el detartraje, así como también la higiene oral . Tomando estos principios, identificamos que el total de población el

7.6% de las personas no requiere ningún tratamiento, el 83.6% requiere de tratamiento de higiene oral y un 3.8% requiere de tratamiento complejo por presentar bolsas profundas

5. RIESGOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE

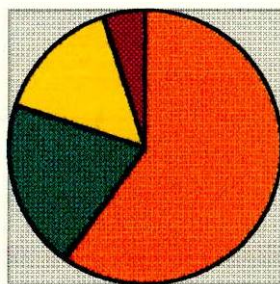
Varios estudios recientes confirman la relación entre enfermedad periodontal y enfermedad cardiovascular, cerebro vascular y niños con bajo peso al nacer.

La periodontitis es una reacción inflamatoria a los tejidos que rodea el diente, existe evidencia científica en aumento, que relaciona a la infección aterogénica y con eventos tromboembólicos, todo esto relacionado debido al aumento de la proteína C reactiva en los niveles serios del paciente con periodontitis y la proteína C se relaciona como predictor de riesgo de futuros infartos del miocardio.

La periodontitis condiciona aumento de especies gram negativas que contienen endotoxinas y citoquinas proinflamatorias, estas bacterias y sus subproductos se diseminan a través de torrente sanguíneo e infectan el endotelio vascular.

Además pueden ocasionar isquemia del miocardio que precede a un evento tromboembólico, se asocia al estreptococos sanguis como inductor de trombosis, los datos indican que la enfermedad periodontal interfiere con el metabolismo de los líquidos del cuerpo, adicionando a otros factores de riesgo como hipertensión arterial, aumento de niveles de colesterol y hábito de fumar.

Con respecto al problema de la relación entre enfermedad periodontal y nacimientos con bajo peso al nacer se considera factor de riesgo por que disminuyen las defensas en el huésped.



6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

Periodoncia en odontología es la especialidad que trata, de la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de las patologías que afectan los tejidos de soporte dentario, utilizando medidas preventivas, procedimientos terapéuticos y técnicas quirúrgicas en los individuos o grupos de población afectados. Igualmente se ocupa de la transmisión de conocimientos y la investigación para la búsqueda de soluciones a los problemas pertinentes.

Las ciencias de la salud, aparecieron como respuesta a la gran amenaza que representaban las enfermedades para la salud, sus primeros desarrollos se dieron en el estudio y el control de la enfermedad y por tanto su enfoque era eminentemente curativo, con el avance del estudio de etiología, la fisiopatología y la epidemiología, se ha progresado enormemente en el conocimiento de la causa y los factores de riesgo de la enfermedad, así como en el conocimiento de la interrelación.

Gracias a esto y debido al poco impacto que han tenido las políticas curativas en salud, se han despertado el interés por formas de prevenir los procesos patológicos, lo que no ha determinado un cambio de lo preventivo por lo curativo, pero sí ha permitido abrir los ojos sobre los procesos de salud - enfermedad.

Al respecto muchos piensan que el único camino posible es el trabajo decidido en el área de prevención donde nosotros como odontólogos vamos a dar conferencias a los grupos de alto riesgo, y para combatir la enfermedad en plan de tratamiento, empezar por terapia básica de tartraje y curetaje supragingival, concientizar al paciente de la importancia del cuidado de su salud oral, donde estaremos controlando periódicamente su progreso en su proceso de recuperación.

6.1. PROPUESTA PARA EL PROBLEMA PERIODONTAL EN COLOMBIA

En la siguiente encuesta usted encontrara unas preguntas las cuales estan divididas en dos secciones, la primera donde nos dara a conocer sus habitos, la segunda consta del examen clinico donde su odontologo dara un diagnostico y un plan de tratamiento de acuerdo a su necesidad.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres: _____ Apellidos: _____

C.C. T.I. N° _____ Sexo M F

Lugar y fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

1. Con que frecuencia cepilla usted su boca al día?

- Entre cada Comida
- Al levantarse y acostarse
- 3 veces al día (después de cada comida)
- Menos de una vez al día.

2. Al cepillarse nota usted que sus encías sangran?

SI NO

3. Usa usted ceda dental con frecuencia?

SI NO

4. Usa usted enjuagues bucales?

SI NO

5. Ha sido usted tratado de enfermedad periodontal? Cuando?

SI _____ NO

5. *Cada cuanto asiste al odontólogo?*

- 3 meses*
- 6 meses*
- 1 año*

6. *Cuando fue su ultima visita para control con su odontólogo?*

II. *EXAMEN CLINICO*

1. *Presenta sangrado despues del sondaje?*

SI *NO*

2. *Hay evidencia de bolsa periodontal de 4 a 5 mm de profundidad*

SI *NO*

4. *Hay evidencia de bolsa de mas de 6 mm*

SI *NO*

5. *Hay perdida de inserción ?*

SI *NO*

6. *Presenta movilidad dentaria?*

SI *NO*

Si hay sangrado indique de color rojo

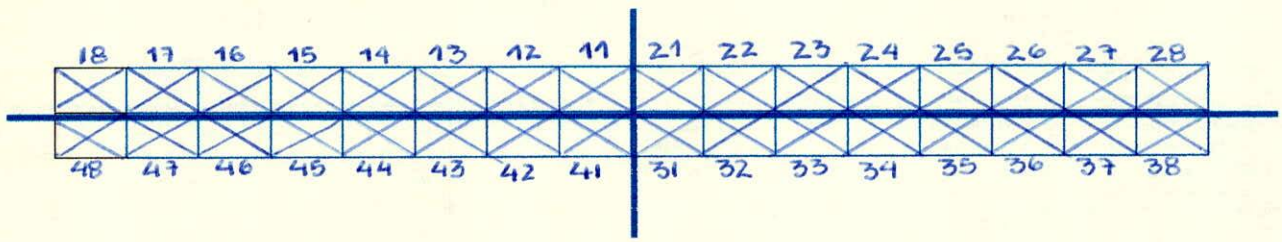
Si hay bolsa de 4 a 5 mm de color azul

Si hay bolsa de mas de 6 de color verde

Si hay perdida de color amarillo

Si hay movilidad color café

Si hay ausencia de color negro



7. Diagnostico lógico

- Gingivitis*
- Periodontitis*
- Periodontitis con perdida de soporte*
- Periodontitis de leve a moderada*

8. Plan de tratamiento

- Profilaxis*
- Detartraje y cureteaje supragingival*
- Examen clinico periodicamente*
 - Semanal*
 - Cada 3 meses*
 - Cada año*

7. ANÁLISIS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para el estudio de salud bucal, se cubrieron las edades 5 a 7, 12, 15 a 44 y 55 a 74. La encuesta total se realizó a 4.400 niños y 8448 adultos.

Las muestras diseñadas garantizan la estimación válida y confiable de todo tipo de indicadores estadísticos. La encuesta fue llevada a cabo por una organización vertical, en la que todos los participantes fueron sometidos a un riguroso proceso de c

capacitación y estandarización, en los aspectos conceptuales, metodológicos y operativos de la investigación. Todo esto proporciona una gran aceptación del estudio a nivel periodontal. Los problemas más comunes en los niños y adolescentes fueron la gingivitis y los cálculos. Estos requieren básicamente, atención en el primer nivel de salud, priorizando la higiene oral y los detartrajes supragingivales. En los adultos, igual que otros estudios internacionales, existe una baja prevalencia en la pérdida de inserción periodontal (50.2%), que aumenta con la edad, sin superar un 10% con pérdidas severas y generalizadas. De todas maneras, existe diferencia con los hallazgos reportados en el estudio de 1977-80, donde el 94.7% de la población tenía enfermedad periodontales algunas de sus fases.

En conclusión la situación peridontal actual ha mejorado en todos los grupos de edad, comparando con el estudio de 1977-80 y muy significativamente en la población joven, que no es más que la interacción de medidas múltiples, tomando la educación de las madres, como hecho importante; los medios masivos de comunicación, los programas escolares de protección específica y la publicidad y apoyo de las casas de productos dentales. De lo anterior, se deduce que con el fin de mejorar los indicadores actuales y cumplir con las metas trazadas en el ámbito nacional y mundial, es necesario ajustar las actividades de promoción, prevención y asistencia por todas las entidades que proporcionan salud bucal.

BIBLIOGRAFIA

MONCADA BENSAN, Orlando, Benjamin, morbilidad oral estudio nacional de salud 1977 ministerio de salud, instituto nacional de salud y asofame Bogota 1984

HR LEABEL AND CLARK preventive medicine for the doctor in this comuiniti, Mc. Graw Hill, New York 1958 pag. 41

GORDON the newer epidemiology, public healt asociation of new York 1950