

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

GINA PAOLA AYALA PULIDO

JESSICA VANESSA OLMOS NEIRA

LISETH VANESSA CAMPOS DELGADO

LUISA MARIA MORENO

NEIFFY ESPERANZA RIVEROS RAMIREZ

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

BOGOTA

II - 2012

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

GINA PAOLA AYALA PULIDO

JESSICA VANESSA OLMOS NEIRA

LISETH VANESSA CAMPOS DELGADO

LUISA MARIA MORENO

NEIFFY ESPERANZA RIVEROS RAMIREZ

ANGELA SUAREZ CASTILLO

Odontóloga especialista en epidemiología, asesor científico y metodológico.

MARTHA CAYCEDO

Odontóloga, especialista en epidemiología, magister en bioética

MONICA PACHÓN

Estadística MAC en finanzas, Asesor estadístico bioestadística.

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

BOGOTA

II - 2012

DEDICATORIA

A Dios, por permitirnos vivir esta etapa tan importante en la vida, brindándonos la oportunidad de formarnos como profesionales, siendo un guía incondicional para lograrlo ya que sin él no hubiera sido posible

A cada una de nuestras familias que a través de su amor, valores, consejos y motivación constante nos han llenado de fuerza para continuar con nuestras metas. Por estar con nosotras en todas las dificultades y satisfacciones que hemos enfrentado a lo largo de nuestra carrera siendo testigos de cada uno de nuestros esfuerzos y ganas de salir adelante. Todos ellos son personas fundamentales en este y en todos los demás procesos que nos esperan en un futuro. Muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, a nuestros asesores de tesis, quienes nos han guiado en esta parte final de nuestra formación académica por medio de su orientación, seguimiento y supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---------------------------------|----|
| 1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS | |
| 1.1 INTRODUCCION | 9 |
| 1.2 PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.3 JUSTIFICACION | 18 |
| 1.4 PROPOSITO | 20 |
| 1.5 MARCO REFERENCIAL | 21 |
| 1.6 OBJETIVOS GENERALES | 28 |
| 1.7 OBJETIVOS ESPECIFICO | 29 |
| 2. ASPECTOS METODOLOGICOS | |
| 2.1 TIPO DE ESTUDIO | 30 |
| 2.2 OBJETO DE ESTUDIO | 30 |
| 2.3 MATERIAL DE ESTUDIO | 30 |
| 2.4 TECNICA DE MUESTREO | 31 |
| 2.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA | 31 |
| 2.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN | 32 |
| 2.6.1 CRITERIOS DE INCLUSION | 32 |
| 2.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSION | 32 |
| 2.7 VARIABLES | 33 |
| 2.8 PROCEDIMIENTO | 36 |
| 2.9 CONSIDERACIONES ETICAS | 37 |
| 2.10 ANALISIS ESTADISTICO | 37 |
| 3. RESULTADOS | 38 |
| 4. DISCUSION | 42 |
| 5. CONCLUSIONES | 45 |
| 6. RECOMENDACIONES | 46 |
| 7. ANEXO | 46 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 50 |

INTRODUCCIÓN

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

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

En la historia de la vigilancia epidemiológica y su evolución, ALEXANDER LANGMUIR en el año 1963 “definió la vigilancia como la recopilación análisis y difusión de información, excluyendo la responsabilidad por las actividades de control”, lo cual llevo a la OMS en el año de 1965 a establecer un sistema de vigilancia epidemiológico dentro de las enfermedades transmisibles. Posteriormente en 1968 la 21° asamblea de la OMS estableció que la vigilancia

epidemiológica incluía la responsabilidad de establecer un seguimiento de los procesos evaluados con el objetivo de asegurarse de haber estructurado medidas eficaces. A partir de dicha asamblea, se inicia la vigilancia de eventos relacionados con la salud. ^(3,5,6)

Por lo tanto la Organización Mundial de la Salud conforma una oficina regional denominada Organización Panamericana de Salud, la cual como organismo Latinoamericano de salud pública, trabaja con los gobiernos de las Américas en pro de mejorar la salud y el desarrollo humano. Por consiguiente en Latinoamérica, países como Cuba, Chile y Brasil, se han establecido sistemas de vigilancia con el fin de generar un control sobre el estado de salud de la población. ^(6,7,8)

En Colombia el Ministerio de protección social junto con el Instituto Nacional de Salud (INS) dentro de sus funciones, regula y determina normas y directrices en relación con el sistema de vigilancia en salud pública, donde se encarga de definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia, “definiéndola como una estrategia de promoción e incentivando el monitoreo crítico de las causalidades del proceso salud enfermedad en territorios y ámbitos específicos” con el objeto

de evidenciar inequidad en las condiciones de vida de la población y orientar posibles cambios. ^(3,4,9)

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

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

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

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

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

estado de salud de la población usuaria de las clínicas odontológicas de UNICOC
sede candelaria I.

1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Determinar la utilidad de un sistema 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 (Fase 1 retrospectiva)?

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

Este proceso de la vigilancia epidemiológica o vigilancia en salud pública recopila, analiza, interpreta y divulga sistemática, datos específicos sobre un proceso determinado, proyectando resultados. Estos datos recopilados son utilizados tanto en la planificación, ejecución y evaluación en la práctica de salud pública. ^(1,4,5)

En la historia de la vigilancia y su evolución es mencionado LANGMUIR en el año 1963 quien definió la vigilancia como la recopilación análisis y difusión, excluyendo la responsabilidad por las actividades de control, lo cual llevo a la Organización Mundial de la Salud en el año de 1965 a establecer un sistema de vigilancia epidemiológico dentro de las enfermedades transmisibles. Posteriormente en 1968 la 21° asamblea de la OMS estableció que la vigilancia epidemiológica incluía la responsabilidad de establecer un seguimiento de los procesos evaluados con el objetivo de asegurarse de haber estructurado medidas eficaces, a partir de esta asamblea se inicia la vigilar de eventos relacionados con la salud. ^(2,3)

Por lo tanto la Organización Mundial de la Salud forma una oficina regional denominada OPS el cual es un organismo latinoamericano de salud pública que trabaja con los gobiernos de las Américas en pro de mejorar la salud y el desarrollo humano por consiguiente en Latinoamérica en países como Cuba, Chile, Brasil, se han establecido sistemas de vigilancia con el fin de generar un control sobre el estado de salud de la población. ^(6,7,8)

En Colombia el ministerio de protección social junto con el instituto nacional de salud (INS) dentro de sus funciones, regula y determina normas y directrices en

relación con el sistema de vigilancia en salud pública, donde se encarga de definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia, definiéndola como una estrategia de promoción e incentivando el monitoreo crítico de las causalidades del proceso salud enfermedad en territorios y ámbitos específicos con el objeto de evidenciar inequidad en las condiciones de vida de la población y orientar posibles cambios. ^(3,4,9)

A nivel nacional el plan nacional de salud pública busca mejorar el estado de salud de la población Colombiana, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana. Como cuarta línea política el PNSP establece la vigilancia en salud pública la cual vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud - INS. ^(3,9,10)

Dentro del PNSP existen prioridades dentro de la cuales se encuentra en tercer lugar la salud oral, por lo cual se implementa el plan nacional de salud bucal PNSB para disminuir la alerta epidemiológica en enfermedades orales, teniendo como metas para el periodo 2007-2010, un índice COP promedio menor de 2.3 a la edad

de 12 años y en mayores de 18 años que tengan y mantengan el mayor número de sus dientes permanentes en boca. ^(6,24)

A nivel distrital la política pública de salud oral presenta en su tercer lineamiento el monitoreo a las condiciones de salud oral y la práctica odontológica en el distrito mediante la vigilancia epidemiológica desarrollando un sistema que permita identificar las situaciones relacionadas con la salud oral mejorando las condiciones de salud y bienestar de los residentes del distrito capital. ⁽²⁵⁾

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

Es responsabilidad de la academia velar por el cumplimiento de la política pública en salud oral y el plan nacional de salud bucal, en relación a los sistemas de

vigilancia, por lo cual la facultad de odontología de la institución universitaria colegios de Colombia, atendiendo a esta responsabilidad, propone el diseño, implementación y funcionamiento de un sistema de vigilancia epidemiológica que permita vigilar los eventos de interés en la población a través del observatorio epidemiológico de salud oral.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Considerando que la salud pública hace referencia a la prevención de la enfermedad, y que su herramienta principal es la epidemiología la cual conoce previene y promociona la salud en las poblaciones por medio de la vigilancia en salud pública difundiendo datos específicos sobre las condiciones de salud oral de la población proyectado resultados de la población. ^(6,16)

En Bogotá se desarrolla un sistema de vigilancia epidemiológica en salud oral a través del SISVESO que responde a la tercera línea de la política pública de la salud oral contribuyendo al mejoramiento de la calidad en los prestadores de servicios de salud oral en el distrito. ^(13,18)

La salud bucal guarda relación con los determinantes sociales y se considera un componente del proceso salud enfermedad. Por ello, las condiciones epidemiológicas varían entre diferentes comunidades y la implementación de un

observatorio de análisis dentro de los servicios de salud genera una fuente de información importante para divulgar resultados que evidencien las condiciones en las cuales el paciente ingresa analizando sus determinantes. ^(6,16)

Diferentes universidades del país proveen información acerca de salud pública en diferentes campos de las enfermedades, sin embargo no se ha establecido un sistema de vigilancia como tal, por ello la institución busca el fomento de profesionales idóneos para planificar acciones de salud pública, gestionar riesgos en salud y desarrollar programas de vigilancia epidemiológica, en el contexto del Sistema de Protección Social, y para la implementación a nivel Departamental y Municipal del Plan de Nacional de Salud Pública. ^(6,12,)

Por consiguiente siendo una academia odontológica se requiere de una herramienta epidemiológica que implemente conocimiento, generando una base de análisis de la situación oral de la población que asiste a las clínicas odontológicas de la institución, con la finalidad de levantar un perfil epidemiológico que permita la identificación de la problemática de la salud oral. (Fase 1 retrospectiva)

1.4 PROPÓSITO

Se busca generar el levantamiento de una línea de base para la identificación de la problemática de salud oral de la población usuaria de las clínicas odontológicas de la facultad de odontología de la institución universitaria colegios de Colombia, lo cual busca favorecer en un futuro mediano los procesos y procedimientos investigativos, clínicos, y administrativos de la institución.

De tal manera identificar cuáles son las características sociodemográficas de la población y su relación con las patologías orales, reuniendo información indispensable para conocer la historia natural de la enfermedad y buscar oportunas medidas que lleven a la prevención y control de la enfermedad en las clínicas de la institución universitaria colegios de Colombia.

Por medio de la vigilancia epidemiológica se crean actividades que permitan recopilar, analizar, interpretar y difundir de una forma sistemática y constante los datos específicos sobre el proceso salud-enfermedad; de tal manera poder utilizarlos para la planificación, ejecución y evaluación de la salud pública y ofrecer una orientación técnica a las entidades que tienen la responsabilidad de tomar decisiones y acciones con respecto a la prevención y control de la salud bucal de la población

1.5 MARCO REFERENCIAL

DEFINICION

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

Por lo anterior se dice que la vigilancia epidemiológica o vigilancia en salud pública es la recopilación, análisis, interpretación y divulgación sistemática, constante de datos específicos sobre un proceso determinado, proyectando resultados. Estos datos recopilados son utilizados tanto en la planificación, ejecución y evaluación en la práctica de salud pública. ^(1,3,4)

Consecuentemente, la salud pública, brinda las herramientas necesarias a nivel epidemiológico para el planteamiento de un sistema de vigilancia epidemiológica permitiendo así la respectiva recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus

determinantes, abarcando la administración de los servicios incluyendo los procesos y el impacto. ^(6,16)

ANTECEDENTES HISTORICOS

En Colombia se han desarrollado tres estudios epidemiológicos que han permitido determinar el estado de salud oral de la población colombiana.

El primer estudio se llevo a cabo en el año 1966, denominado Investigación Nacional de Morbilidad Oral realizada por el Ministerio de Salud y ASCOFAME (3); En esta investigación se evaluó la frecuencia, severidad, causas y consecuencias de los problemas de salud oral, y su relación con los determinantes socioeconómicos, con el fin de proporcionar programas que mejoren las condiciones de salud oral aumentando el recurso humano para cubrir dichas necesidades. ^(1,3,10)

Este estudio arrojó como resultado: los niños de 5 a 14 años presentaban en promedio 5 dientes con historia de caries y la población adulta colombiana no tenía acceso a la asistencia odontológica, encontrando que solo un 6.7% de dientes con historia de caries había sido tratado ^(1,3,10)

Entre 1977 y 1980 se adelantó el Estudio Nacional de Salud, denominado II Estudio de Morbilidad Oral (ENSAB II), el cual describió el comportamiento de las patologías orales en la población colombiana, comparando los resultados con los obtenidos en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral; allí se evaluó caries, enfermedad periodontal y otras patologías como anomalías dentofaciales, lesiones de tejidos blandos, opacidades e hipoplasias, para poder determinar las características dentales de la población Colombiana. Los resultados aportados en este estudio mostraron que el 96.7% de la población presentó historia de caries con un promedio de dientes afectados de 12.7, y el 94.7% de la población presentó enfermedad periodontal. (22, 26, 27)

Posteriormente para el año 1999 se realizó el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), con la finalidad de identificar las necesidades de la población y de esta manera implementar programas de promoción y prevención que permitan mejorar la prestación de servicios, brindar una atención adecuada según las necesidades que presente cada población, para evaluar la prevalencia de las patologías del sistema orofacial que se presentan con mayor frecuencia. (22, 26,27)

Dentro de los datos más destacados en tercer estudios se encuentro que los niños de 12 años presentaban un COP de 2.3, y una de cada tres personas con historia de caries, dos tienen lesiones no tratadas en el momento del examen, lo

cual evidencia la falta de accesibilidad a los sistemas de salud, arrojando como resultando una alta prevalencia de caries en la población colombiana. ⁽²²⁾

CONCEPTO

La organización mundial de la salud es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, también es la responsable de desempeñar funciones de liderazgo en asuntos sanitarios a nivel mundial, como configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales; para lograr la gestión de dichas políticas es necesario que los 193 miembros como Brasil, Alemania, España, Colombia entre otros, opten la vigilancia como un instrumento fundamental para adoptar decisiones de salud pública basadas en datos científicos y así reducir la incidencia y transmisión de enfermedades. ^(5,6)

dentro de los sistemas de vigilancia que algunos países latinoamericanos presentan , Brasil en febrero del 2006 desarrolla Políticas públicas sobre la Salud Oral, Mejorar los sistemas de Vigilancia, establecer modelos de Intersectorialidad en Salud Oral y para septiembre del mismo año establece una propuesta del plan regional decenal Sobre la salud bucodental (DC47/14OMS y OPS) la cual

presenta como meta para el 2015 reducir la carga de morbilidad, disminuyendo el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a la edad de 12 años (COPD 12) mejorando la evaluación, tratamiento y acceso a los servicios de salud en la región de las Américas ^(5,6,7)

La organización panamericana de la salud “OPS” actúa como Oficina Regional de la Organización Mundial, como un organismo internacional de salud pública dedicada a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas, su misión esencial es cooperar técnicamente con los Gobiernos Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos, al igual promueve la estrategia de atención primaria de la salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos. ⁽⁷⁾

En Colombia quien formula, adopta, dirige, coordina, ejecuta, y evalúa, la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, el ministerio de protección social tiene como misión orientar el Sistema de Protección Social y el Sistema de Seguridad Social hacia su integración y consolidación, adicionalmente formula , establece y define los lineamientos relacionados con los sistemas de información

de la Protección Social, con el objeto de tener un manejo integral del riesgo y brindar asistencia social a la población Colombiana. ^(1,3,12)

A su vez en Instituto Nacional de Salud es quien genera, desarrolla, aplica y trasfiere el conocimiento científico sobre la naturaleza, la etiología, las causa, la fisiopatología, la patogénesis, la epidemiología y los riesgos de enfermedades de prioridad en salud pública, de conformidad con las políticas, planes y lineamientos de Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación y del Ministerio de Salud y Protección Social. ^(1,3,10)

Dentro del PNSP existen prioridades dentro de la cuales se encuentra en tercer lugar la salud oral, por lo cual se implementa el plan nacional de salud bucal. ⁽¹²⁾

En cuanto al Distrito Capital la Secretaria de Salud diseña la metodología para la realización de los estudios sobre los perfiles epidemiológicos del estado de salud de la población del Distrito; promueve el desarrollo de metodologías para la identificación y atención en salud de las poblaciones y zonas más pobres y vulnerables, así como los criterios de focalización de igual forma mantiene actualizado el diagnóstico de las necesidades y problemas de salud de la población del Distrito Capital, mediante la identificación de las formas de protección y mantenimiento de la Salud, los determinantes y tendencias, ejecuta y apoya el desarrollo de la investigación para la generación de conocimientos,

métodos y técnicas, que permitan conocer necesidades y problemas de salud de la población. ^(4,18)

Dentro de las políticas de la secretaria existe la política de salud oral de Bogotá (resolución 3577 del 28 de septiembre del 2006) la cual se definió a partir del enfoque promocional de calidad de vida y salud, el cual es un instrumento estratégico para comprender y dimensionarla la complejidad de los determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y su impacto desigual entre la población. Como propósito central es lograr una condición de salud oral sostenible para la población del distrito, mediante el abordaje de los determinantes, protección de la salud, fortaleciendo el ejercicio de la ciudadanía y con la intervención de la rectoría territorial de la salud.

(12)

En la Política Pública de Salud Oral del distrito 2007-2010 entre sus tres alineamientos esta en tercer lugar el monitoreo a las condiciones de salud oral y la práctica odontológica en el distrito, mediante la vigilancia epidemiológica, investigación, ciencia y tecnología, al igual que el monitoreo y evaluación de la gestión de calidad en la atención en salud oral. ⁽¹²⁾

Entre la vigilancia se encuentra como objetivo desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica en salud oral, que permita identificar situaciones relacionadas con la salud oral dentro del contexto general de salud y bienestar, orientando acciones que permitan mejorar las condiciones de quienes residen en el distrito capital.

Es cuando surge el Subsistema para la Vigilancia epidemiológica de la Salud Oral (decreto 3518 del 9 de Octubre del 2006) (SISVESO) el cual es una estrategia de promoción y vigilancia de los principales eventos de salud oral, permitiendo identificar la relación con los determinantes sociales involucrados y la calidad de vida en el proceso salud – enfermedad con el fin de orientar metodologías de intervención necesarias hacia una mejor condición en la salud oral de la población.^(13,18)

1.6 OBJETIVOS GENERALES

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.
(Fase 1 retrospectiva)

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 Unicoc. (Fase 1 retrospectiva)

1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

2. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo de corte transversal (retrospectivo)

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Realizar el análisis de los Datos obtenidos en las historia clínicas recopiladas donde se tendrán en cuenta los hallazgos en aspectos de carácter socio demográficos como condiciones de vida y hábitos, epidemiológicos y clínicos y de esta forma ser analizados e interpretados teniendo en cuenta determinantes sociales que cada individuo en este caso pacientes que acuden a la clínica candelaria I.

2.3 MATERIAL DE ESTUDIO

Historias clínicas de la Clínica Candelaria I previamente aprobadas en el segundo trimestre del 2011 de los pacientes que asisten a la consulta odontológica; a partir de estas se creó una base datos donde se tabulo y arrojó información sistematizada, que se utilizó como una herramienta para realizar un análisis estadístico.

2.4 TÉCNICA DE MUESTREO

En el banco de historias clínicas de la clínica candelaria I, Se realizo un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando directamente el grupo de individuos que cumplen con las condiciones para el desarrollo de la investigación. Hasta completar la cantidad de muestras representativas

2.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomó como muestra las historias clínicas aprobadas de los pacientes que asistieron durante el segundo semestre a la clínica candelaria I.

El total de la población de estudio fue 1900 historias clínicas; de las cuales se seleccionaron para la muestra 306 historias clínicas, que cumplían con los criterios de elegibilidad. a las que se les aplicara un instrumento de observación, que posterior a la recolección de datos será tabulado e interpretado.

2.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes que han asistido a la clínica candelaria I (programa pregrado) previamente aprobadas en el segundo trimestre de 2011 en UNICOC sede Bogotá

2.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias Clínicas pertenecientes a los diferentes programas de Postgrado como ortodoncia prostodoncia endodoncia y periodoncia.
- Historias clínicas del servicio de urgencias
- Historias clínicas manejadas en el área de pediatría.

2.7 VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION | TIPO DE VARIABLE | OPERALIZACION | ESCALA DE MEDICION | INSTRUMENTO DE RECOLECCION |
|--------------------|--|------------------|--|--------------------|---|
| EDAD | Lapso de tiempo comprendido entre el tiempo de nacimiento y el ultimo año cumplido | CUANTITATIVA | AÑOS CUMPLIDOS | DISCRETA | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
| GENERO | Sexo al nacer: Masculino y Femenino | CUALITATIVA | FEMENINO MASCULINO | BI-NOMINAL | HISTORIAS CLINICAS |
| PROCEDENCIA | Lugar de origen del individuo | CUALITATIVA | RURAL URBANO | BI-NOMINAL | HISTORIAS CLINICAS FICHA SOCIO DEMOGRAFICA |
| ESCOLARIDAD | Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza | CUALITATIVA | PRIMARIA BACHILLERATO TECNICO UNIVERSITARIO | ORDINAL | HISTORIAS CLINICAS |

| VARIABLE | DEFINICION | TIPO DE VARIABLE | OPERALIZACION | ESCALA DE MEDICION | INSTRIMENTO DE RECOLECCION |
|---|--|------------------|--|--------------------|----------------------------|
| AFILIACION SGSS | cubrimiento de las necesidades básicas en cuanto a salud de un individuo | CUALITATIVA | SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO REGIMEN ESPECIAL | NOMINAL | CARNET DE AFILIACION |
| VISITA ODONTOLÓGICA EL ÚLTIMO AÑO | control periódico que se realiza al individuo a nivel oral | CUALITATIVA | SI NO | NOMINAL | HISTORIAS CLINICAS |
| ANTECEDENTES SISTEMICOS PERSONALES | presencia o ausencia de patología a nivel sistémico | CUALITATIVA | SI NO | MULTI NOMINAL | HISTORIAS CLINICAS |
| HABITOS DE HIGIENE ORAL | frecuencia en el uso de implementos básicos de higiene oral | CUALITATIVA | SI NO | NOMINAL | HISTORIAS CLINICAS |

| VARIABLE | | DEFINICION | TIPO DE VARIABLE | OPERALIZACION | ESCALA DE MEDICION | INSTRUMENT O DE RECOLECCION |
|-----------------------------|--------------------------|---|------------------|--|--------------------|-----------------------------|
| INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS | MARCADORES PERIODONTALES | Presencia o ausencia de signos y síntomas de patología asociada | CUALITATIVA | SANGRADO BOLSAS CALCULOS | MULTI-NOMINAL | HISTORIAS CLINICAS |
| | LESIONES DE TEJ. BLANDO | patología asociada | | SI NO | NOMIMAL | |
| | MALOCLUSIONES | | | | | |
| | HISTORIA DE CARIES | Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza | CUANTITATIVA | 0 -9 | DISCRETA | HISTORIAS CLINICAS |
| NECESIDAD DE TRATAMIENTO | | Planificación del método de atención a cada individuo según sus necesidades | CUALITATIVA | ENDODONCIA PERIODONCIA REHABILITACION OPERATORIA CIRUGIA ORTODONCIA | MULTI-NOMINAL | DIAGNOSTICO DEFINITIVO |

2.8 PROCEDIMIENTO

Se realizo un carta dirigía a la Directora de la Clínica Candelaria I Dra. Diana Guzmán, para autorizar el acceso a los datos que se radican en el diligenciamiento de las Historias Clínica.

E l respectivo asesor procedió a la calibración de los operadores para el correcto diligenciamiento del instrumento de recolección de datos.

Una vez hecha la calibración se procede a la recolección de las historias clínicas haciendo una previa clasificación de las Historias Clínicas según los criterios de inclusión.

Se realizo la prueba piloto para estimar el tiempo de diligenciamiento del instrumento tomando una pequeña muestra de 30 Historias Clínicas.

Para recolectar la muestra se realizan asesorías los miércoles de cada semana para diligenciar un por historia; para así poder llegar a obtener una muestra significativa de 500 Historias Clínicas hasta la fecha.

Teniendo la muestra, se procede a ingresar los datos obtenidos en la base de datos diseñada para almacenar estos, Se realiza un filtración de datos que llegaran a producir algún tipo de sesgos.

Se procede a gestionar la base de datos unificada para la obtención de resultados estadísticos.

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Resolución 8430, es un estudio sin riesgo ya que se asegura la salud y bienestar porque está basado en documentos a los cuales se les portara la respectiva confianza.

2.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Distribución de frecuencias y porcentajes

Estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central

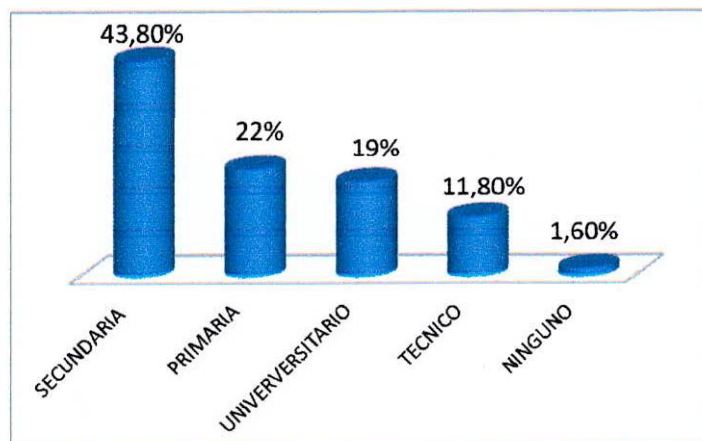
3. RESULTADOS

Se consultaron 306 historias clínicas de la clínica candelaria I, sede centro correspondiente al segundo semestre del 2011. En la categoría por rango de edad de los 19 a 26 años se evidencia un porcentaje del 46,1% (n=141), seguido de los 27 a 44 años 28,8% (n=88). El 60,5% (n=185) de los pacientes de la clínica correspondían al género femenino y el 38.6% (n=118) al género masculino.

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

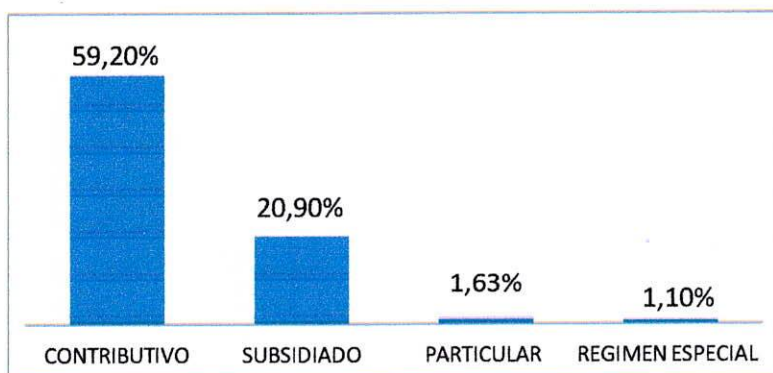
En relación al grado de escolaridad, la población se distribuyó en el 43,8% (n=134) secundaria, continuado del 22% (n=66) primaria 19% (n=58) universitario, 11,80% (n=36) técnico y 1,60% (n=5) ninguno. (Grafico 1)

Grafico 1. (Escolaridad)



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

Gráfico 2. (Afiliación al SGSSS)



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

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

Tabla 1. (Antecedentes sistémicos)

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

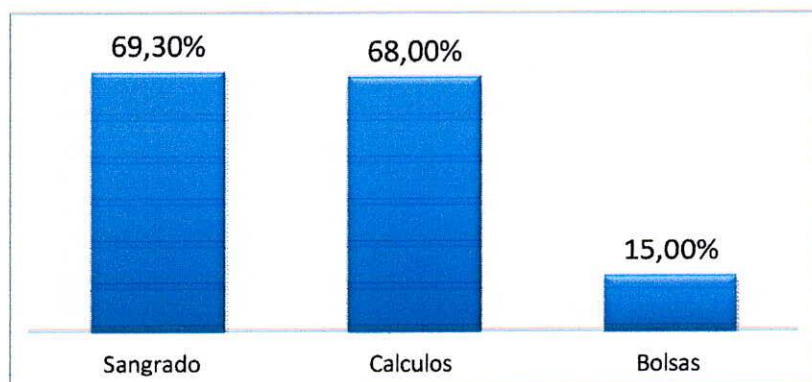
De acuerdo a los hábitos de higiene oral: 90% (n=294) usa los implementos básicos de higiene oral con una frecuencia de 2 por día. (Tabla 2).

Tabla 2. (Uso de implementos de higiene oral)

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

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

Grafico 3. (Indicadores periodontales)



En relación a la historia de caries se encontró un COP-D de 17.1% clasificado en un nivel de severidad muy alto según la OMS; La información recolectada arroja

que el 100% de la población presenta Historia de Caries, con una prevalencia del 91%.

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

Tabla 3. (Tratamientos recibidos)

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

4. DISCUSION

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

4. DISCUSION

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

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

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

reporta un 91% para la población general, lo cual excede en un 15% los datos evidenciados en el ENSAB III. ^(15, 16)

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

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

La necesidad de tratamiento para población general no coincide con los datos arrojados por el ENSAB III, ya que en este estudio, la necesidad evidente es el tratamiento de operatoria, lo cual puede atribuirse a un sesgo de registro, teniendo en cuenta que el 100% de la población usuaria de candelaria I recibir asistencia de operatoria como pre requisito, ya que el paciente sano que ingresa por necesidad de tratamiento preventivo, hace uso del servicio de urgencias. ^(15,18)

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

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

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

5. CONCLUSIONES

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

6. RECOMENDACIONES

En el presente estudio se encontró que la información recolectada en las Historias Clínicas de la población usuaria de las Clínicas de UNICOC; presenta debilidades de estandarización en cuanto a Diagnósticos Definitivos lo que indica en muchas ocasiones un posible sesgo en la planeación del tratamiento para los pacientes.

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

7. ANEXO

OBSERVATORIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD ORAL

COLEGIO ODONTOLÓGICO

UNICOC

Fecha: D ____ M ____ A ____

| 1. DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----|------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------|------------|-----------|-------------|------------------|-------------|---|
| Nombres y apellidos | | | Documento de Identidad | | | | | Edad | | Género | | Procedencia | |
| | | | NUIP | R.C | T.I. | C.C | C.E | | | Otro | M | F | R |
| Gestante | Semanas de gestación | | Ocupación | | Estrato Socioeconómico | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Escolaridad | N | P | S | T | U | Afiliación al SGSS | Contributivo | Subsidiado | Vinculado | Particular | Régimen especial | | |
| Motivo de consulta: | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Asistió el último año a consulta odontológica? | | SI | NO | Motivo de consulta de última atención | | | | Urgencia | | Tratamiento | | | |

| 2. ANTECEDENTES PERSONALES | | | | | | 3. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL | | | | |
|----------------------------|----|----|-------------------------|----|----|--------------------------------|-------------------|---|---|---|
| Antecedentes | Si | No | Antecedentes | Si | No | Hábitos | Frecuencia Diaria | | | |
| Enfermedad cardiovascular | | | Inmunodeficiencia | | | | NO | 1 | 2 | 3 |
| Hipertensión | | | Discrasias sanguíneas | | | Uso de cepillo dental | | | | |
| Diabetes tipo I | | | Ingesta de medicamentos | | | Uso de crema dental | | | | |
| Diabetes tipo II | | | Tabaquismo | | | Uso de seda dental o sustituto | | | | |
| Enfermedad renal | | | Alcoholismo | | | Uso de Enjuague bucal | | | | |
| Desnutrición | | | Otros y cual | | | Uso de Sustitutos | | | | |
| Observaciones | | | | | | CUAL | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

DIAGNOSTICOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nombre del alumno _____ Semestre: _____

Firma de Docente _____

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Salud, Rosa Nubia Malambo M. y colaboradores, Bogotá, distrito capital 2009.
2. Ana Teresa Fariñas Reinoso; Gisele Coutin Marie^{II}; Daniel Rodríguez Milord, una reflexión histórica sobre la vigilancia en salud en cuba, Revista cubana de salud pública, vol.35 n°2, la Habana, junio 2009, <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864->
3. Diego Palacio Betancourt, Ministerio de la Protección Social, decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Publica 2007-2010.
4. Franco Merletti, Colin L. Solkolne y Paolo Vineis. Método Epidemiológico Aplicado a la salud y seguridad en el trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 2.8 epidemiologia y estadística. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/28.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud, políticas y estrategias institucionales.2011; [pagina 10], (artículo en internet) disponible en: <http://www.ins.gov.co/>.
6. Ministerio de salud y protección social, Resolución 3577 del 2006, plan nacional de salud bucal 2007.
7. Ministerio de salud y protección social, decreto número 3518 de 2006 09 oct. 2006, reglamentación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
8. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia 2011. www.minproteccionsocial.gov.co/salud/paginas/salud_publica.aspx.
9. Ministerio de Salud, III Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB- III tomo VII, Colombia 1998.
10. Ministerio de Salud, informe ejecutivo semanal n°8, ENSAB III, Oficina de Epidemiologia, Tomado del SIVIGILA 2000.
11. Ministerio de salud, Resolución 1995 de 1999, Virgilio Galvis Ramírez.
12. Organización Mundial de la Salud, salud publica.2009

13. Organización Panamericana de la Salud (OPS) salud oral, doc259.pdf (artículo en internet) www.paho.org/spanish/gov/cd.
14. Organización mundial de la salud, vigilancia y evaluación de la salud bucodental, ginebra: 1989;21-26. serie de informes técnicos;782
15. Política Pública de Salud Oral, Distrito Capital con participación social, 2004-2010.
16. Ramírez. B, Martínez, Funciones Esenciales de la Salud Pública y sus complicaciones sobre la salud bucal colectiva, Observatorio Nacional de Salud Bucal, 2007, (artículo en internet) disponible en: www.OSNB.com.
17. Secretaría Distrital de Salud, Política pública de salud oral con participación social 2004-2010.
18. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Bucal (SISVESO), informe segundo trimestre de 2011, vol. 16 n° 13 Bogotá, distrito capital 2011.
19. secretaría distrital de salud dirección de salud pública, subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, enero a octubre de 2001, Bogotá D.C.