

4581

7.0
1026
1932

¿QUE RELACIÓN EXISTE ENTRE LA EPIDEMIOLOGÍA Y EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD ORAL COMUNITARIA?

Amorocho, M. Blandón, C. Bohórquez, O. Calderón, D. Villa, T*
Ruiz, A.**
Sánchez, F. ***

Resumen

Considerando que los dientes y sus estructuras de sostén demandan cada vez más atención, en la década de 1960 en Colombia se iniciaron los estudios para evaluar su estado de salud; por medio de ello se ha identificado la situación de la salud oral de la población en Colombiana. A continuación se presenta una revisión bibliográfica de los resultados de los tres estudios de morbilidad oral realizados hasta el momento en el país, con los cuales analizaremos si las metas y estrategias del Estados han aportado en el mejoramiento de la salud oral en la comunidad Colombiana

Summary

Taking into account that the teeth and its support structures are demanding each time more attention, in the 1960's decade in Colombia have begun the studies to evaluate its health conditions; in that order we have identified the situation of the oral health of the Colombian population. Following we present a bibliographic review of the results of the three oral morbidity studies realized up to present in the country, with which we'll analyze if the goals and strategies of the State have afforded for the improvement of the oral health of the Colombian population.

INTRODUCCIÓN

La información acerca de la salud oral en Colombia tiene como referencia publicada los estudios Nacionales de morbilidad oral realizados en los años de 1967, 1979, 1998; en los cuales se destacan la importancia de la epidemiología en la salud oral comunitaria.

La promoción y prevención de las enfermedades se han convertido en la principal alternativa para las comunidades, siendo importantes la planeación y ejecución de programas de salud enfocados a esta necesidad, en la cual estudio epidemiológico juega un papel fundamental para el buen desempeño de estos programas.

Los estudios epidemiológicos analizados han servido como base fundamental en la elaboración de políticas y estrategias gubernamentales encaminadas a lograr el bienestar de la población

Mediante esta revisión bibliográfica recopilaremos datos a cerca de los estudios Nacionales de Salud y las Políticas que se han implementado de acuerdo a las necesidades que manifiesta la población para conocer su eficiencia o deficiencia en el mejoramiento de la salud oral en Colombia.

La epidemiología es una ciencia que estudia la distribución de la enfermedad y los determinantes de su presencia en el hombre, tiene como variables edad, sexo, raza, geografía etc.; mediante esta se obtiene información para determinar las fuentes de origen de transmisión y medidas de control. (Colimon. 1978)

Los estudios epidemiológicos se clasifican en: Descriptivos, analíticos, experimentales. Siendo la epidemiología tan antigua como la medicina, solo en los últimos años se ha reconocido con nombre propio para beneficio de investigadores, y epidemiólogos. (Moreno. 1994)

De la era empírica hasta la era de la salud, las ciencias medicas han experimentado una serie de cambios como orientación científica basada en la investigación bacteriológica o anatomopatológico (1850) con orientación individualizada desde el enfermo a una orientación común (1950 donde emerge la importancia de la salud pública).

Antes se tenía un concepto restringido de las enfermedades infecciosas y de las epidemias, pero ahora el concepto es mucho más amplio aplicable a cualquier tipo de enfermedad. (Guerrero. 1986)

La epidemiología se utiliza para medir la naturaleza y magnitud de los problemas causados por las enfermedades de la comunidad, lo mismo que la variación de la patología según tiempo, lugar y persona.

Aclara el enfoque clínico de la enfermedad estudiándola a través de su historia natural y social.

Estudiar la etiología de la enfermedad estimando el riesgo de enfermar de acuerdo a ciertos factores ambientales a los cuales se exponen el individuo y la comunidad.

Obtener una comprensión más profunda de los procesos biológicos.

Identificar nuevos síndromes.

Plantear el estudio etiológico de los eventos de la salud.

Vigilar la patología de un área, los programas instaurados por los organismos sanitarios y contribuir a los aspectos de planificación en salud para su evaluación.

El establecimiento de un programa de salud implica, normas para su evaluación y para saber el grado de cumplimiento.

Un programa de salud debe contribuir o rebajar o disminuir la tendencia a una patología, controlarla o erradicarla según los propósitos del programa, según los recursos y la patología revisada.

La epidemiología y la salud comunitaria se utiliza como instrumento metodológico para el conocimiento de lo que acontece en una población.

Los problemas de salud en una comunidad pueden medirse mediante indicadores o índices de salud. (Colimon. 1978)

Según Russell el índice se define como una escala graduada con límites superiores e inferiores definidos; que permiten comparar los diferentes estudios.

Características: Validez, claridad, fiabilidad, sensibilidad y aceptabilidad. También podemos encontrar índices reversibles e irreversibles. (Herazo. 1995)

En él ultimo estudios Nacional de morbilidad bucal no sólo se han tenido en cuenta caries dental, sino también enfermedad periodontal maloclusiones, fluorosis y actitudes de la población en cuanto higiene oral.

Para estos estudios de morbilidad se utilizarán diferentes índices como:

Índice COP: Fue introducido por Klein Palmer (1930). Es un valor numérico que determina la situación de caries en una comunidad. Este índice es de tipo irreversible, de aceptación universal y solo sirve para evaluar caries.

La OMS utiliza el COP-D como indicador para la comparación del estado de salud dental entre poblaciones distintas y define el valor menor de 3 como meta como meta para alcanzar en el año 2000. (Día mundial de la salud. 1994)

Índice ceo: Fue introducido por Grvebbel. Se utiliza en niños en dentición mixta.

Índice IHOS: Fue introducido por Green y Vermellón, este evalúa los grados de higiene bucal de forma cualitativa. Su función principal es evaluar programas educativos frente al control de placa dento bacteriana.

VALOR	GRAVEDAD DE CARIES
0-1.1	Muy bajo
1.2 - 2.6	Bajo
2.7 - 4.4	Moderado
4.5 - 6.5	Alto
Más de 6.6	Muy alto

Fuente: Tercer estudio nacional de morbilidad oral 1998

Índice de Dean: evalúa la presencia de fluorosis e hipoplasia en un individuo o en una población. Se realiza en dientes permanentes con personas menores de 20 años. Este se clasifica de acuerdo a la patología en Muy leve, leve, moderado y severo.

Índice ICPNT: Significa índice comunitario periodontal de necesidades de tratamiento. Se utiliza en personas mayores de 6 años. Es un método de examen para identificar enfermedad periodontal en un individuo o una comunidad. Este índice evalúa: presencia o ausencia de sangrado gingival, cálculos supra o sub gingivales, bolsas periodontales.

Otro índice de enfermedad periodontal es el ESI, donde se evalúa en extensión y severidad de la enfermedad periodontal.

Otro índice que se incluyo en el estudio fúe la evaluación de maloclusiones dentales, teniendo en cuenta que la oclusión dental hace referencia a la relación que presenta los diente entre sí y con los maxilares. (ENSAB III. 1998)

MATERIALES Y METODOS

La fuente obtenida se basó en: textos, revistas, artículos científicos y estudios realizados por diferentes universidades del país y de otros país latinoamericanos se obtuvieron una información global sobre el tema. Toda la información recopilada fue analizada exhaustivamente con el fin de dar como producto final un Ensayo de tipo Argumentativo

RESULTADO

La salud comunitaria junto con la epidemiología han sido pilar fundamental en la evaluación de los diferentes programas de salud pública implantados de acuerdo a las distintas políticas de Salud Nacional.

En nuestro país se han realizado hasta la actualidad tres estudios epidemiológicos de salud oral, el primero en el año 1967, el segundo en 1979 y el tercero 1998; en cada uno de estos estudios se emplearon índices para la compresión del proceso salud enfermedad del sistema dento buco maxilar, para el primero y segundo fueron iguales (COP-D, Russell Y Aseo dental), mientras que en el tercero se evaluó COP-D, actitudes, conocimiento , demanda en la utilización de los servicios, fluorosis y ESI; esto permitió identificar las condiciones de la población, los avances alcanzados en materia de prevención y educación oral, las necesidades de atención en odontología en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y con esto orientar la prestación de los servicios asistenciales. El tercer estudio de morbilidad bucal hizo énfasis en caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis y maloclusiones.

Cada estudio presentó resultados diferentes en enfermedad periodontal debido a la variación de los índices aplicados, al tipo de población y al tipo de muestra; todo esto hace que no se pueda analizar los resultados entre uno y otro, a excepción del COP-D que a pesar de la

variación en la muestra puede ser comparable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra en el año 1979 establece las siguientes metas para el año 2.000: 50% de dientes libres de caries para niños de 6 años, El valor del índice COP-D deberá ser de 3 o menor en la población de 12 años, a los 16 años el 85% de las personas deberán tener todos sus dientes, el 75% de las personas deberá tener 20 a los 35 años y a los 65 años el 50% de las personas deberán tener 20 dientes; todo esto con el fin de lograr que "Todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva", casualmente en ese mismo año nuestro país realizó el segundo estudio epidemiológico de morbilidad oral donde se obtuvo como resultados un índice de COP-D de 13, una prevalencia de caries de 96.7% y un 95% de la población tenía una historia de caries. (ENSAB III. 1998)

Según la OMS para todos los países latinoamericanos la meta para el año 2.000 era un índice de COP-D de 3 a los 12 años.

Casi veinte años después es decir en 1998 se realizó el tercer estudio epidemiológico de morbilidad oral y se presentaron los siguientes resultados en la población en general: Referente a morbilidad bucal el índice COP-D fue de 10, una prevalencia de caries en la zona rural de 64% y la zona urbana 50%, mientras que los niños de 12 años presentaron una prevalencia de caries de 5.5 y una historia de caries de 13%.

¿ Por que existe tal diferencia en los resultados del segundo y tercer estudio epidemiológico de morbilidad oral?

El tercer estudio epidemiológico se desarrollo en 1998 casi 5 años después de la implantación de la ley en salud y seguridad Social (Ley 100/ 93). Esto quiere decir que más población tenía acceso a la salud lo que ha implicado un descenso

significativo en el índice COP-D, historia de la caries y prevalencia de caries. Por otro lado se han implementado políticas por parte del Estado que se basan en la promoción y prevención de la enfermedad; causa importante en el descenso de los resultados en el grupo de 12 años. Una de estas políticas es el Programa Nacional de fluorización masiva en sal de consumo humano lo que ha logrado resultados significativos en la disminución de la de caries y el índice COP-D de la población Colombiana; al mismo tiempo se logro evaluar la fluorosis dental para determinar el grado de afectación en la población infantil; leve, moderado y severo.

Después de conocer los resultados de los estudios epidemiológicos, se observa una reducción significativa en el índice COP-D en la población en general pasando de 15 en el primer estudio, a 13 en el segundo, y por último 10 en el tercer; pero a pesar de todo esto nuestro país se encuentra dentro de la clasificación muy alta.

Se observa un aumento significativo del índice COP-D en la población de 15 a 19 años con respecto a la población de 12 años en prevalencia de caries e historia de caries; esto fundamentalmente se debe a que los niños escolares se encuentran en diferentes programas de promoción y prevención, pero una vez culminado esta etapa, los niños olvidan los métodos preventivos lo que da como resultados un ascenso en el índice de COP-D e incidencia de caries, a demás de esto la educación en salud oral no incluye la población de 15 a 19 años.

La enfermedad periodontal, se ha evaluado en los tres estudios de morbilidad; aclarando que en los dos primeros estudios se analizó por medio del índice de Russell, mientras que el tercero se utilizó el índice de severidad y extensión (ESI); todo lo anterior significa que la enfermedad periodontal ha entrado en el grupo de las enfermedades de mayor prevalencia en Colombia y en los países de América Latina. Esto lo afirma la OMS " La caries dental y la enfermedad

periodontal son las enfermedades más prevalentes en la mayoría de países en desarrollo”.

Ahora bien, según la OMS para el año 2.000 el índice COP- D para los niños de 12 años sería de 3; metas que según el ENSAB III del 1998 se cumplieron. para Colombia, el resultado de este índice fue de 2.3. Se debe tener en cuenta que esta población (12 años) se encuentran en un periodo de recambio, es decir los dientes permanentes tienen muy poco tiempo de erupción por lo cual no han tenido suficiente exposición a todos los agentes causales de caries dental.

Vale la pena cuestionarnos que pasa con el índice de los niños menores de 5 años; pues es la población más vulnerable a presentar caries dental; sería de gran importancia reforzar los programas de promoción y prevención dirigidos a las mujeres en periodo de gestación para así lograr que los niños a los 5 años tengan una historia de caries de 0.

Será que las políticas Nacionales en Salud son suficientes para ofrecerle a nuestra población una mejor calidad de vida y un mejoramiento de la salud oral ?

Desde que se realizó el primer estudio epidemiológico de morbilidad oral en Colombia al tercer estudio pasaron treinta años y se ha registrado un descenso del índice COP-D en la población general de 15 a 10; lo que significa que las políticas Nacionales en salud oral se han cumplido, pero no significa que no se puedan lograr mejores resultados.

La situación actual de nuestro país tiene prioridades más importantes como el orden publico, la disminución de la violencia, el desempleo, el terrorismo entre otros; pero así mismo el Estado no ha bajado la guardia en los programas de Promoción y prevención en salud, como es el caso de la fluorización masiva en sal de consumo humano. Valdría la pena analizar por medio de un estudio epidemiológico que repercusiones ha tenido la fluorización de

la sal en el descenso del COP en la población Colombiana.

Por lo tanto, para concluir se puede afirmar que los estudios epidemiológicos son herramientas indispensables en la formulación de planes y estrategias que el gobierno pretende realizar y ejecutar en lo que programas de salud se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

- ARMUO, R, Epidemiología básica, Printed in Argentina, Buenos aires, 1974, p. 15-47.
- CARVAJAL, L. Metodología de la Investigación. FAID. Colombia. 1996. p. 58-61, 75-81.
- COLIMON, M, Epidemiología. Colombia. 1978. p. 2-25.
- DIA MUNDIAL DE LA SALUD “ Enfermedades bucodentales : es mejor prevenir que curar” 1994.p. 1-5.
- DIA MUNDIAL DE LA SALUD “ Salud bucodental para todos por medio de sistemas alternativos de atención bucodental” 1994.p. 1-4.
- DIA MUNDIAL DE LA SALUD “El desafío permanente de un sistema de atención bucodental adaptado a las necesidades” 1994.p. 1-2.
- DIA MUNDIAL DE LA SALUD “ Datos y cifras día mundial de la salud: 7 de abril de 1994” 1994.p. 1-5.
- ENCUESTAS DE SALUD BUCODENTAL, Printed in Malta. Ginebra. 1997. p. 4-55
- GARCIA, L. ESTRADA, J. Perfil Epidemiológico Bucodental de la Población escolar de 5 a 15 años. Colombia.
- GUERRERO, Epidemiología Iberoamericana. Argentina. 1986.p.1-20,23-35.
- GREEN, J y VERMILLON, J. The Simplified oral hygiene Index. Journal of American Dental Association. 1964.p 7-13.
- HERAZO, A.. Estudio de Tendencias Epidemiológicas de Caries Dental y Periodontopatías en las Grandes Ciudades Colombianas. Ministerio de. Colombia. 1995.p. 25-43
- INVESTIGACIÓN DE MORBILIDAD. Manual de Evaluación Clínica. Asociación

de Facultades de Medicina . 1.995. p . 1-1, 2-2.

MARTINEZ, M. Programa de Vigilancia Epidemiológica para Enfermedades Orales. Facultad Nacional de Salud Publica. Colombia. 1.989. p. 14-40.

MAUSNER, J, Epidemiología interamericana, México. 1997.p. 24-40.

MEJIA, R. Morbilidad Oral. Investigación de

Morbilidad. Estudio de recursos Humanos para la Salud y educación Medica en Colombia. Mini salud. ASCOFAME. Colombia. 1.971.p. 25-48.

MINISTERIO DE SALUD, Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB III. Printed in Colombia. Tomo I. 1.999. p. 21-56.

MINISTERIO DE SALUD ,Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB III. Printed in Colombia. Tomo VII. 1.999. p. 13-45, 69-88.

MONCADA, O. CORTES, C. Demanda de Servicios Odontológicos. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud. Colombia. 1.977-1.980.

MORENO, A. Epidemiología clínica. Mcgraw-Hill. México. 1994. p.1-44.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Tomo I . Presidencia de la Republica. Departamento Nacional de Planeación. Colombia. 1.998-2002. p. 32-43.

PRACTICA ODONTOLÓGICA, Vol. 13. Numero 11. 1.992

PRACTICA ODONTOLÓGICA, Vol. 15. Numero 5. 1.994.

PRACTICA ODONTOLÓGICA, Vol. 16. Junio 1.995.

REYES, J. Metodología y salud de la comunidad. Mcgraw-hill. San Francisco. 1989.p. 1-24, 55-66.

ROSSELOT VICUÑA. Salud para Todos en el Año 2.000 con Énfasis en la Problemática de Salud Oral Infantil. Informes Técnico. Salud. Montevideo. Uruguay. 1.980. p 1-7.

Correo Electrónico:
Odontoensayo10@hotmail.com