

Comportamiento de la salud oral en Colombia y Bogotá

Por Rosa Nubia Malambo Martínez, odontóloga, especialista en epidemiología.

PRESENTACIÓN

Aun cuando es cierto que en la mayoría de los casos las enfermedades de la cavidad bucal no producen mortalidad, sí pueden tener consecuencias físicas y emocionales como resultado de la pérdida de la salud oral, que redundan directamente en el bienestar general de los individuos.

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 ellos se ha identificado la situación de la salud oral de la población colombiana.

En este número del *Boletín Epidemiológico Distrital* se presenta el resumen de los resultados de los tres estudios de salud oral realizados hasta el momento en el país¹. Luego se mostrará la morbilidad general de la salud oral en Bogotá, D. C., tomando como base la información reportada entre 1993 y 1998 por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de la red pública y 25% de la red privada.

SITUACIÓN DE LA SALUD ORAL EN COLOMBIA

En 1979, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en Ginebra a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 –conocida como SPT/2000–, que consistía en realizar las acciones necesarias



Fotografía: Ian Flórez

para que “Todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”².

Con base en esa meta, y considerando que la salud oral de la población es parte de las prioridades en salud, el servicio de salud buco dental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI) plantearon las siguientes metas para cumplir en 2000:

1. “Primer estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías”, Ministerio de Salud y Ascofame, 1965-1966; “Segundo estudio nacional de salud bucal en Colombia”, Instituto Nacional de Salud, 1977-1980; y “Tercer estudio nacional de salud bucal”, 1998.
2. Organización Mundial de la Salud. Metas de la salud para todos en el año 2000. Ginebra. 1979.

CONTENIDO

Presentación	1
Situación de la salud oral en Colombia	1
Algunas experiencias en Brasil, México y Colombia	7
Comportamiento de la morbilidad de salud oral en Bogotá, 1993-1998	7
Discusión	13
Conclusiones y recomendaciones	14
Bibliografía	15
Reporte semanal del sexto periodo epidemiológico	16

Secretario Distrital de Salud

José Fernando Cardona Uribe

Subsecretario

Elkin Hernán Otálvaro Cifuentes

Directora de salud pública

Gilma Constanza Mantilla

Área de acciones en salud pública

Stella Vargas Higuera

Área de vigilancia en salud pública

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Área de análisis y políticas de salud pública

Consuelo Peña Aponte

Laboratorio de salud pública

Elkin Osorio Saldarriaga

Comité editorial

María Teresa Buitrago

Gladys Espinosa García

Luis Jorge Hernández

Elkin Osorio Saldarriaga

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación editorial

Oficina de comunicaciones en salud

Diseño, diagramación y edición

Cerec

que sólo actúa en la preparación editorial

y en la producción del Boletín

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

Dirección de salud pública

Área de vigilancia en salud pública

Calle 13 n° 32 -69, cuarto piso

Bogotá-Colombia

Teléfono 364 90 90, extensiones 9629 y 9673

Fax 375 10 73

Correo electrónico serebollo@saludcapital.gov.co

Para medir esas metas y adelantar investigaciones relacionadas con la salud oral, la Organización Mundial de la Salud definió metodologías y determinó los niveles para la interpretación unificada y comparable del índice COP-D, que es el más conocido y utilizado en salud oral para determinar historia de caries y prevalencia de la misma para dentición permanente, y el índice ceo-d para dentición temporal.

En el índice COP-D, la letra *C* es cariado, la *O* obturado, la *P* perdido y la *D* unidad de diente permanente; la sumatoria de dientes cariados, obturados y perdidos determina la proporción de personas con uno o más dientes con historia de caries dental y sus secuelas.

Por su parte, el índice ceo-d en la dentición temporal indica la sumatoria de dientes cariados (*c*), extracción indicada (*e*) y obturados (*o*), y la unidad de diente temporal (*d*), determinando la proporción de niños con historia de caries y sus secuelas.

La importancia de estos índices radica en que las lesiones producidas por caries son indelebles, permanentes, no cicatrizables y permiten medir la historia de la caries en el tiempo total de vida de un individuo.

Los índices COP-D se interpretan mediante niveles de medición ordinal, clasificando a individuos y poblaciones de acuerdo con la calificación de la historia y prevalencia de la caries. Para tal fin, la OMS determinó los siguientes rangos de medición: muy bajo –significa que la historia y prevalencia de la caries es muy baja–; bajo, intermedio, alto y muy alto (véase la tabla 1).

Tabla 1. Niveles del índice COP-D determinados por la OMS

Nivel de medición de COP-D	Interpretación
0 -1,1	Muy bajo
1,2-2,6	Bajo
2,7-4,4	Intermedio
4,5-6,5	Alto
6,6-6 más	Muy alto

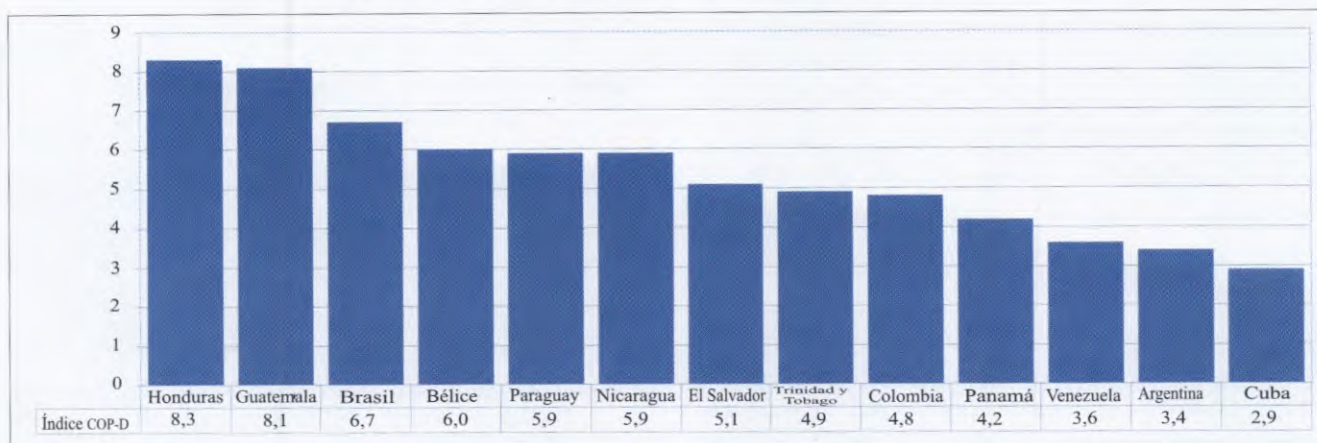
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1979.

Al comparar los resultados del índice COP-D obtenidos en la década de 1980 en algunos países latinoamericanos para población de doce años de edad –considerada la más sensible para medir indicadores mundiales de salud bucal– se encontró que el único que tenía el índice COP-D menor de 3 era Cuba; por su parte, y según esa misma clasificación, Honduras, Guatemala, y Brasil estaban en el rango muy alto, y Colombia, Paraguay, Nicaragua, El Salvador y Trinidad Tobago se clasificaron en rango alto (véase el gráfico 1).

Edad

Meta

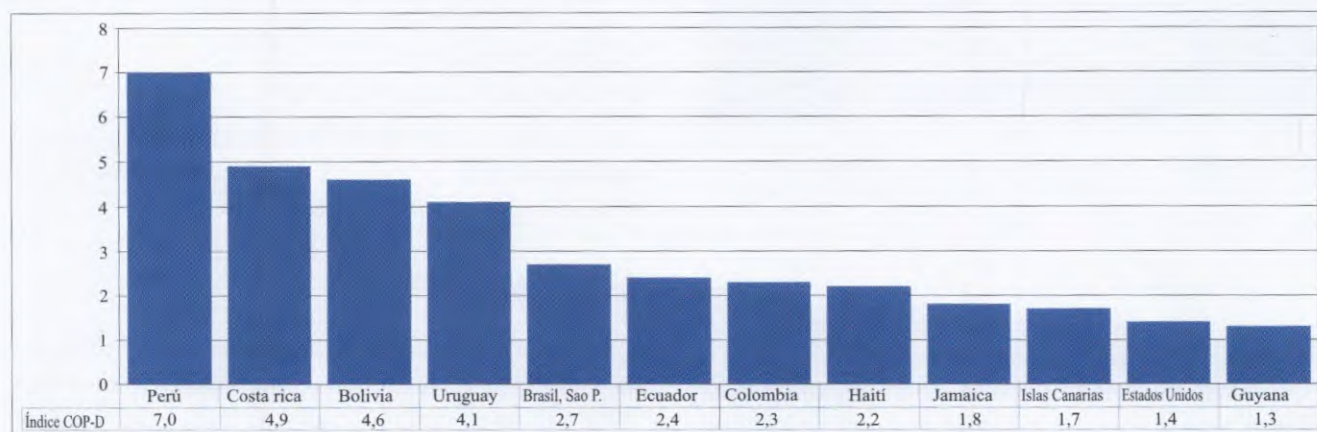
6 años	50% de los dientes debería estar libre de caries
12 años	El valor de índice COP-D debería ser 3 ó menor de 3
18 años	85% de las personas debería tener todos sus dientes
35 años	75% de las personas debería tener veinte dientes
65 años	50% de las personas debería tener veinte dientes

Gráfico 1. Índice COP-D en algunos países latinoamericanos. Década de 1980

Fuente: OMS/OPS. Índice COP-D. Edad 12 años. Documento CD40/20.

En la década de 1990 otro estudio determinó que Perú se encontraba en el rango muy alto de la clasificación, Costa Rica y Bolivia en el alto, y Uruguay y Brasil en el intermedio (véase el gráfico 2). Es importante resaltar cómo Brasil pasó,

en una década, de rango muy alto a intermedio, lo que se atribuye al desarrollo de campañas para la prevención de la caries dental.

Gráfico 2. Índice COP-D en países latinoamericanos. Década de 1990

Fuente: OMS/OPS. Índice COP-D. Edad 12 años. Documento CD40/20.

Tomando como base el índice COP-D, en Colombia se han realizado tres estudios de salud oral para evaluar la frecuencia, severidad y causas que estaban influyendo en la salud oral de los colombianos, que se resumen a continuación.

Primer estudio realizado en Colombia, 1965-1966

En 1965 y 1966, el Ministerio de Salud y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), realizaron el *Primer estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías* en cuatro grandes ciudades del país – Bogotá, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga–. La muestra de ese estudio descriptivo y de corte transversal fue de dos mil niñas y niños con edades entre cinco y catorce años, matriculados en diez colegios de clases alta, media y baja.

Los resultados relacionados con prevalencia de caries dental, índice COP-D, enfermedad periodontal y porcentaje de dientes tratados arrojaron las siguientes conclusiones:

- ♦ La población general tenía prevalencia de caries de 95,5%.
- ♦ El índice COP-D fue de 15, clasificado como muy alto.
- ♦ 89% de la población presentaba enfermedad periodontal general.
- ♦ 7% de los dientes con historia de caries había sido tratado.

La OMS había sugerido que los estudios macro se realizaran cada cinco años, en muestra aleatoria a personas de 12 años, 35 a 44 años y mayores de 65; que la evaluación se hiciera mediante exámenes clínico-odontológicos para calcular el estado de salud y el tratamiento odontológico, y para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas y conocer la demanda y la manera en que están enfocados los servicios asistenciales.

Segundo estudio, 1977-1980

En el *Segundo estudio nacional de salud bucal en Colombia*, realizado por el Instituto Nacional de Salud entre 1977 y 1980, la muestra fue similar a la del primero. En este caso las principales conclusiones fueron:

- ♦ La población general tenía prevalencia de caries de 96,7%.
- ♦ El índice COP-D fue de 13, clasificado como muy alto.
- ♦ 95% de la población tenía historia de enfermedad periodontal general.
- ♦ 11% de los dientes con historia de caries había sido tratado.

Al comparar esos dos estudios se determinó que la prevalencia de caries era más alta en el segundo, es decir, que había más personas con caries activa a expensas del grupo de 5 a 14 años de edad, con un aumento de 6,1% en este grupo etáreo (véase la tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de caries dental según edad. Colombia, 1965-1966 y 1977-1980

Grupo de edad	Encuesta 1965-1966	Encuesta 1977-1980
5-14 años	90,5%	96,6%
35-44 años	99%	98,5%
55 y más	100%	96,7%
Total	95,5%	96,7%

Fuente: Ministerio de Salud. Primer estudio de salud bucal. 1965-1966. Instituto Nacional de Salud. Segundo estudio nacional de salud bucal. 1977-1980.

En relación con el índice COP-D, se observó su reducción en los diferentes grupos de edad, debido, al parecer, a las medidas de prevención en salud oral desarrolladas luego del primer estudio. Sin embargo, el resultado del índice COP-D, de 4,8 en el segundo estudio en población menor de 12 años, llevó a que Colombia fuera clasificada como un país con una historia y prevalencia de caries alta (véase la tabla 3).

Tabla 3. Índice COP-D según edad. Colombia, 1965-1966 y 1977-1980

Edad	Encuesta 1965-1966	Encuesta 1977-1980
12 años	7,1	4,8
35 años	21,2	19,5
55 y más	27,4	24,7
Total	15	13

Fuente: Ministerio de Salud. Primer estudio de salud bucal. 1965-1966. Instituto Nacional de Salud. Segundo estudio nacional de salud bucal. 1977-1980.

En cuanto a la enfermedad periodontal, se observaron cambios marcados en la prevalencia, evidenciados por el

aumento de la proporción de personas de 5 a 19 años afectadas por esta enfermedad (véase la tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de periodontopatías según edad. Colombia, 1965-1966 y 1977-1980

Grupo de edad	Encuesta 1965-1966	Encuesta 1977-1980
5-19 años	82%	95,5%
35-44 años	96,6%	94,8%
45 y más	98,8%	93,8%
Total	89%	95%

Fuente: Ministerio de Salud. Primer estudio de salud bucal. 1965-1966. Instituto Nacional de Salud. Segundo estudio nacional de salud bucal. 1977-1980.

Respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, el segundo estudio determinó que 90% de las mujeres y 92% de los hombres aseaban sus dientes. En población general la frecuencia diaria en el cepillado era la siguiente:

- ♦ Una vez al día, 31,3%.
- ♦ Dos veces al día, 41,6%.
- ♦ Tres veces al día, 24,6%.
- ♦ Cuatro veces al día, 2,3%.
- ♦ Cinco y más veces al día, 0,2%.

El 96% de la población general usaba cepillo y crema dental para la higiene diaria; además, 30% utilizaba seda dental y 42% palillo.

Tercer estudio, 1998

El *Tercer estudio nacional de salud bucal* (Ensab III), realizado en 1998, dio continuidad a los esfuerzos anteriores por conocer de manera sistemática los problemas de mayor importancia en salud pública y sus factores de riesgo; con ello se buscaba establecer de manera certera las condiciones de la población y los avances alcanzados en materia de prevención y educación. Dicho estudio permitió, además, conocer las necesidades de atención en odontología en el sistema general de seguridad social en salud y, por ende, orientar la prestación de los servicios asistenciales.

Este estudio tomó como muestra población residente en todo el territorio nacional en edades comprendidas entre los 5, 6, 12, 15 a 44 y 55 a 74 años de edad. A continuación se presentan algunos de los principales resultados de las dos partes en que se dividió la encuesta.

Parte I. Representaciones, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral

En esta parte se consideraron los siguientes componentes:

- ♦ Representaciones sociales en salud bucal.

- ◆ Prácticas de la salud bucal.
- ◆ Cuidado bucal de los niños.
- ◆ Demanda y utilización de los servicios de salud oral.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, escolaridad, zona, región, afiliación al SGSSS y categoría de municipio. Los principales resultados encontrados en cada uno de los componentes fueron los siguientes:

Respecto a las *representaciones sociales en salud bucal*, a la pregunta “qué es tener una boca sana” –con la posibilidad de respuestas no excluyentes–, 64,9% de la población de 12 a 69 años la definió como *no tener caries dental*; 41,6% como *tener los dientes blancos y parejos*; 26,8%, como *tener los dientes completos*; 24,5% como *no tener mal aliento*; 11% como *no tener placa bacteriana o cálculos*; 10,9% como *no tener dolor*; y 3,4% como *no tener sangrado en las encías*.

En Bogotá, 59% de los encuestados respondió que tener una boca sana es *no tener caries dental*, relacionado con tener los dientes blancos y parejos. La tendencia a una representación estética de la boca sana en términos de una dentadura blanca o pareja fue mayor en mujeres que en hombres y en los jóvenes de 12 y 24 años, e igualmente entre la población de la zona urbana y en aquellas personas con mayor nivel educativo.

El 88% de la población atribuyó las caries a mal cepillado o no cepillado, y 21,7% consideró que es producida por consumo de dulces. Un gran porcentaje, 83,5%, dijo que los alimentos muy pegajosos son los causantes del daño de los dientes.

En la región Bogotá el porcentaje en la respuesta fue el más bajo en todo el país; esta respuesta no deja de ser alta (77%), lo cual tal vez quiere decir que la población considera que la dieta que se sale de los parámetros de balanceada puede, en cierto modo, predisponer a los problemas orales.

En relación con las *prácticas en salud bucal*, a la pregunta de “quién le enseñó a cuidarse la boca”, 71% de los encuestados respondió que los padres, 23% los maestros, 16% los odontólogos, 2,3% por medio de la radio y la televisión, y 19% tenía la percepción que nadie, nunca, le enseñó a cuidarse la boca.

En Bogotá, 77% manifestó que los padres fueron quienes les enseñaron a lavarse los dientes, 18% los maestros, 21% los odontólogos y 2,8% los medios de comunicación.

Con respecto a *cuidado bucal de los niños*, al indagar sobre creencias, conocimientos y prácticas de las personas que cuidan niños, 29% consideraba que los dientes temporales no son muy importantes para cuidarlos debido a que “se van a caer” y a que salen dientes nuevos.

El 56% de la población encuestada no tenía una idea precisa de cuándo sale el primer molar permanente, confundiendo con el hecho de que este molar no se exfolia o se cae, que es el signo que esperan los pacientes en general.

El 88% de los encuestados consideraba que los niños son más propensos a la caries que los adultos, y 99,4% opinaba

que los padres eran los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca y que debían supervisar el cepillado de los dientes en niños pequeños.

Parte II. Morbilidad bucal

Este aspecto se analizó según las patologías principales, a saber:

1. Caries dental.
2. Enfermedad periodontal.
3. Fluorosis dental.

Caries dental

Respecto a la *caries dental*, los principales resultados fueron:

- ◆ La prevalencia de caries en población general fue de 65,3%.
- ◆ El índice COP-D fue de 10.
- ◆ Los hombres tenían una prevalencia de caries de 67,8% y las mujeres de 63%.
- ◆ La prevalencia e historia de la caries es mayor en la zona rural, 64%, que en la urbana, 50%.
- ◆ Los adultos tienen historia de caries de 90,7% y una prevalencia de 68,1%.

En la dentición primaria se encontró la siguiente situación:

- ◆ La historia de caries es mayor en los niños, 56%, que en las niñas, 51%.
- ◆ Los niños de 5 años tienen una historia de caries de 60% y una prevalencia de 55%.
- ◆ En los niños de 7 años la historia de caries fue de 73% y la prevalencia de 64%.
- ◆ En los niños de 12 años la historia de caries fue de 13% y la prevalencia de 5,5%; este descenso marcado se debe al efecto de la exfoliación dentaria (véase la tabla 5).

Tabla 5. Historia y prevalencia de caries, dentición primaria. Colombia, 1998

Edad	Historia de caries	Prevalencia de caries
5 años	60%	55%
7 años	73%	64%
12 años	13%	5,5%

Fuente: Ministerio de Salud. Tercer estudio de nacional de salud bucal. 1998.

Los resultados anteriores ponen en evidencia que entre los niños que tienen historia de caries, más de dos terceras partes presentan lesiones cavitarias no tratadas, lo cual representa necesidades de atención acumuladas y riesgo para nuevas lesiones en la dentición permanente.

En la dentición permanente se destaca que en los adolescentes entre 15 y 19 años la historia de caries era de 89%,



es decir que de cada diez adolescentes nueve tenía historia de caries y a los 40 años casi todas las personas han sido afectadas. El grupo de 30 a 34 años era el que tenía mayor peso, con 76% (véase la tabla 6).

Tabla 6. Historia y prevalencia de caries, dentición permanente. Colombia, 1998

Edad	Historia de caries	Prevalencia de caries
15-19 años	89%	70%
30-34 años	97%	76%
40-44 años	99%	74%
60-64 años	96%	50%
65 y más	95%	49%

Fuente: Ministerio de Salud. Tercer estudio de nacional de salud bucal. 1998.

La presencia de caries en la dentición permanente de la población encuestada en Bogotá reflejó que en los niños hasta 12 años la historia de caries fue de 56% y la prevalencia de 44,8%, por debajo de la población adulta, en la que la historia de caries fue de 90,7% y 1

Respecto al *índice COP-D*, en población general del país fue de 10 y en la de Bogotá de 10,8. En los niños de 12 años de edad de todo el país fue de 2,3 y en los de Bogotá de 3,1.

El promedio de dientes sanos en niños de 12 años de edad fue de 23,3%; el componente cariado fue de 0,8; el obturado de 0,8%; y el componente perdido por caries fue de 0,1%, dando un promedio de 2,3.

Teniendo en cuenta que la edad de 12 años es el grupo de comparación internacional, y que el valor se encuentra por debajo de la meta establecida por la OMS, que es de 3, puede concluirse que Colombia está cumpliendo con una de las metas internacionales.

Al observar el grupo de adolescentes, entre 15 y 19 años de edad, este índice estaba en 5,2; el promedio del componente cariado era de 2,5 dientes afectados por caries.

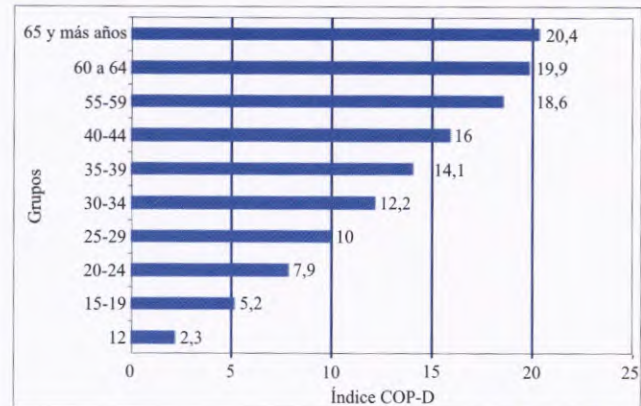
En el grupo etáreo de 20 a 34 años, el COP-D estaba en 10, aumentando 50% respecto al grupo anterior a expensas del componente obturado; el componente cariado y perdido ha empezado a aumentar.

En el grupo de 35 a 44 años el índice estaba entre 14 y 16, aumentando a expensas del componente perdido, lo cual puede interpretarse como que al no ser tratados los dientes con caries, a través del tiempo con obturaciones, prefieran la exodoncia de los mismos.

En el grupo de 55 y más años, el COP-D estaba entre 18 y 20, y aumentaba a expensas del componente perdido, que era de 16 dientes, lo que indica que al llegar a la edad de 55 años se posee 50% de los dientes –16 de 32–, lo cual quiere

decir que no se estaba cumpliendo con la meta de la OMS, de tener, mínimo, veinte dientes a la edad de 65 años (véase el gráfico 3).

Gráfico 3. Índice COP-D según grupo etáreo. Colombia, 1998



Fuente: Ministerio de Salud. Tercer estudio de nacional de salud bucal. 1998.

En Bogotá la población encuestada presentó un índice COP-D de 10,8 para todas las edades, y de 3,1 para la población de 12 años; el componente cariado seguía siendo mayor que el obturado y perdido, lo que significa que si los dientes cariados no se tratan los procesos de enfermedad continúan con sus consecuencias, aumentando el índice en los siguientes grupos de edad.

Enfermedad periodontal

En este caso debe resaltarse que en las dos encuestas anteriores los métodos de diagnóstico y análisis de enfermedad periodontal fueron diferentes, por lo que los resultados encontrados en la tercera encuesta no tienen patrón de comparación.

El índice utilizado en el segundo estudio fue el de Russel, que analiza presencia o ausencia de inflamación gingival, severidad y formación de sacos periodontales. En el tercero se utilizó el índice de ESI, el cual determina la extensión y severidad de la enfermedad periodontal; la extensión mide el porcentaje de sitios que tienen la enfermedad, y la severidad la pérdida de inserción promedio de aquellos sitios que han perdido más de un milímetro en inserción.

La extensión se clasifica en localizada y generalizada, y la severidad de la pérdida en leve, moderada y severa.

En población general, 50,2% presentó pérdida de inserción, siendo mayor la prevalencia en hombres, 52,6%, que en mujeres, 47,6%.

La proporción de personas con pérdida de inserción periodontal aumenta proporcionalmente con la edad, afectando a 32,8% de las personas de 15 a 19 años y a 87% de las de 55 y más.

Al analizar los resultados de la prevalencia de marcadores

periodontales se encontró que 78,3% de los niños entre 7 y 12 años presentaba, al menos, un marcador periodontal –sangrado–; que en los jóvenes de 15 años 92,8% presentaba más de dos marcadores periodontales –sangrado y cálculos–; y que en los adultos 96% tenía los tres marcadores periodontales –sangrado, cálculos y gingivitis–.

En Bogotá, el índice ESI indica que la enfermedad periodontal en el componente extensión está localizada en 47% y que la severidad de la pérdida en el componente leve era de 52%.

Fluorosis dental

La población en edades comprendidas entre los 6, 7, 12, 15 y 19 años presentó una proporción de fluorosis de 11,5%, con la forma leve en 10,7% de los encuestados y moderada en 0,8%.

Según región del país, la zona central –Antioquia, Caldas, Tolima, Risaralda, Quindío y Huila– fue en donde más se presentó la fluorosis leve (24,3%) y moderada a severa (1%), principalmente en las edades de 6, 7 y 12 años. La región atlántica presentaba fluorosis leve en 18,9% y moderada en 0,9%, con una proporción de 19,2% para los niños entre 6, 7 y 12 años.

En Bogotá la prevalencia total fue de 22,9%; en niños de 6, 7 y 12 años la prevalencia de fluorosis leve fue de 18,4% y la de moderada a severa de 4,5%. En el grupo etéreo de 15 a 19 años la prevalencia de fluorosis leve fue de 3% y la moderada a severa de 0,5%.

ALGUNAS EXPERIENCIAS EN BRASIL, MÉXICO Y COLOMBIA

Para complementar el análisis general de la situación de la salud oral en el país, a continuación se presentan de manera breve algunos esfuerzos que han contribuido a disminuir los problemas en salud oral en Brasil, México y Colombia.

En la década de 1970, en Brasil se incrementaron las actividades de tipo asistencial domiciliario orientadas a la protección, tratamiento y rehabilitación del primer molar permanente, partiendo del principio de que al mantener este molar protegido o rehabilitado en niños de 7 años de edad en adelante se disminuía el riesgo de adquirir caries por contacto.

Los resultados de estas actividades fueron positivos, por lo que el proceso tuvo continuidad hasta la década de 1980, incrementándose la protección del primer molar y extendiéndose las actividades a la protección de premolares y molares; debido a los costos y al aumento de la población, estas labores ya no se realizan a domicilio sino que la población debe acudir a los centros de atención odontológica.

Por su parte, en México, mediante un programa asistencial domiciliario que se inició en 1975 y tuvo continuidad hasta la década de 1990, se garantizaba al grupo de población estudiantil atención de primer nivel en salud oral.

En Colombia, el departamento del Quindío inició hace dieciocho años una serie de programas asistenciales de atención en salud oral llamados MOAS (módulo de atención odontológica sistematizada), que comenzaron en forma domiciliaria y continuaron con población escolar institucionalizada con intervenciones dirigidas hacia la fase higiénica, de mantenimiento y control odontológico.

En Medellín, a mediados de la década de 1980 se inició un programa de salud que identificaba población con enfermedades orales; se utilizaron estrategias de desplazamiento directo al sitio de residencia del paciente, donde se realizaba el tratamiento odontológico completo en varias sesiones, evitando así el abandono del proceso de atención odontológica.

COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD DE SALUD ORAL EN BOGOTÁ, 1993-1998

Metodología

Para realizar el análisis de la morbilidad sentida en salud oral en Bogotá se recogió, consolidó y depuró la información recogida entre 1993 y 1996, la cual se reportaba mensualmente al área de sistemas de información de la Secretaría Distrital de Salud, por medio del instrumento SIS 1, que incluía el reporte de atención de consulta de primera vez en odontología por todos los hospitales de la red adscrita y 25% de la privada. La información de 1997 y 1998 proviene del instrumento SISO 1 (sistema de información en salud oral), reportada por los servicios de salud oral de la red pública.

Las variables analizadas fueron género y edad, agrupando esta última en menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 14, 15 a 44, 45 a 49 y 60 y más años. La morbilidad reportada por consulta en odontología se hace por la clasificación internacional de enfermedades CIE IX ajustada.

Los eventos se presentarán por grupos de causas, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, así:

- ◆ Grupo I. *Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén.* Se clasifican las enfermedades de los tejidos duros como caries (1A) y otras afecciones como las alteraciones en tamaño, forma, número de dientes y alteraciones en la erupción (1B).
- ◆ Grupo II. *Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales.* Se consideran la pulpitis, el absceso periapical sin fístula, el absceso periapical agudo con fístula, la necrosis pulpar y la celulitis.
- ◆ Grupo III. *Enfermedades de los tejidos periodontales.* Se incluyen la gingivitis aguda y la crónica, la periodontitis apical crónica y la retracción gingival.
- ◆ Grupo IV. *Enfermedades de los tejidos blandos.* Incluye estomatitis aftosa, gangrenosa, afecciones de la lengua

como la glositis, lengua geográfica, enfermedades de los labios y las enfermedades de las glándulas salivales.

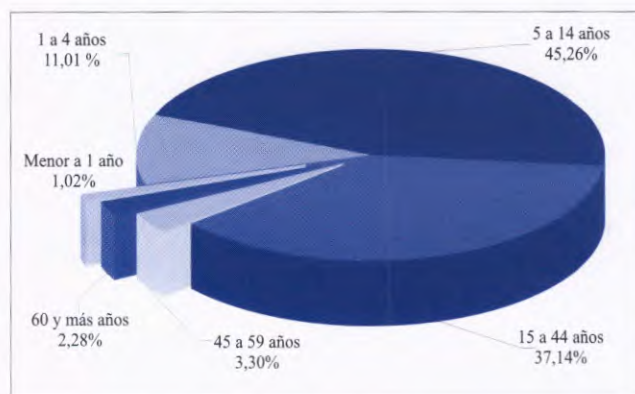
- ♦ Grupo V. *Tumores malignos, benignos y quistes*. Incluyen maligno de la nasofaringe, tumor maligno de la lengua, tumor maligno de las glándulas salivares, leucoplasia de la mucosa bucal, tumores benignos de la lengua, de las glándulas salivares y quistes dentígeros.
- ♦ Grupo VI. *Enfermedades de los maxilares*. Consideran anomalías evidentes del tamaño de los maxilares, atrofia del reborde alveolar desdentado, alveolitis maxilar y otras afecciones.
- ♦ Grupo VII. *Anomalías, trastornos de la estructura y función de la cavidad bucal*. Abarca mala oclusión de tipo no especificado, trastornos de la articulación temporomandibular, anomalías de relación entre los arcos dentales, anomalías de posición dentaria, fisura del paladar, anomalías de la relación maxilobacilar y anomalía dentofacial funcional.
- ♦ Grupo VIII. *Pérdida de los dientes por exfoliación o accidente*. Aborda la caída o pérdida de dientes por traumas debido a accidentes.

Resultados

El número total de registros correspondiente a consultas de primera vez realizadas en el periodo analizado fue de 1'232.660; de éstas, 58,7% (n= 723.560) correspondía a mujeres y 41,3% (n= 509.100) a hombres.

Según grupo etáreo, la población con mayor porcentaje de consulta fueron los niños y jóvenes entre 5 y 14 años, que correspondió a 45,2%, seguido del grupo de 15 a 44 años (37,1%), de los niños de 1 a 4 años (11,1%), de los adultos de 45 a 59 (3,3%), de las personas de 60 y más años (2,2%) y de los menores de un año (1,2%) (véase el gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de consultas odontológicas primera vez, por grupo etáreo. Bogotá, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de sistemas de información.

Distribución de eventos según agrupación por causas

El comportamiento de la salud oral por consulta odontológica muestra que los principales eventos pertenecen a los grupos I, II y III; al respecto, es necesario tener en cuenta que el sistema de registro de la información permitía reportar un solo diagnóstico, primando aquel por el cual el paciente consultó; en consecuencia, los demás diagnósticos no se reportaban.

De 1'232.660 consultas odontológicas de primera vez atendidas entre 1993 y 1998 en las instituciones que reportaron a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, los eventos incluidos en el grupo I fueron los que representaron el mayor porcentaje, 73,2%; de estos, 47,1% se relacionó con caries dental y 26,1% correspondió a otras afecciones de los tejidos duros como son las alteraciones de los dientes en tamaño, forma, número y erupción. El grupo VII, anomalías, trastornos de estructura y función de la cavidad bucal, representó solamente 0,3% del total de los casos atendidos de primera vez (véase la tabla 7).

Tabla 7. Morbilidad oral por consulta odontológica primera vez. Bogotá, 1993-1998

Grupos de eventos	No. de consultas	%
I		
1 a Enfermedades de los tejidos duros (caries)	580.680	47,1
1 b Otras afecciones de los tejidos duros	322.750	26,1
II Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales	152.630	12,3
III Enfermedades de los tejidos periodontales	83.310	6,7
IV Enfermedades de los tejidos blandos	32.320	2,6
V Tumores malignos, benignos y quistes	20.440	1,6
VI Enfermedades de los maxilares	12.040	1
VII Anomalías –trastornos de estructura y función de la cavidad bucal–	3.740	0,3
VIII Pérdida de dientes exfoliación y accidente	24.750	2,7
Total	1'232.660	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de sistemas de información.

Según tendencia de los eventos por agrupación de causas, para el periodo analizado se encontró el siguiente comportamiento: la caries dental es la primera causa de consulta odontológica, y se observa que en los dos subgrupos descritos existe una marcada diferencia por consulta (véase el gráfico 5).

El grupo I, enfermedades de los tejidos duros, se subdivide en dos subgrupos que son el 1A –caries– y el 1B –alteraciones en forma, tamaño y número de los dientes–.

Al analizar los seis años en el comportamiento del evento caries, se observa una tendencia al aumento, excepto en el último año, en el que se presenta un número similar de casos en comparación con el anterior.

En el subgrupo 1B, alteraciones en forma, tamaño y número de los dientes, el comportamiento a lo largo del periodo analizado fue estable.

Al comparar la tendencia del grupo I, componente 1 –enfermedades de los tejidos duros (caries)–, con el componente 2 y con los grupos II –enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales– y III –enfermedades periodontales–, a lo largo del periodo se observa una diferencia marcada en la frecuencia y comportamiento de estos eventos (véase el gráfico 6).

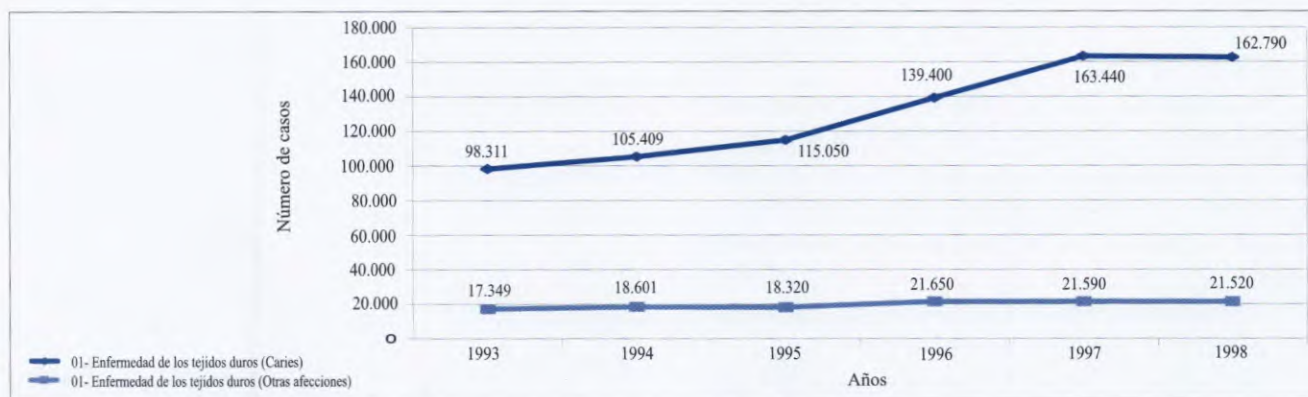
En el grupo II el comportamiento de los eventos en 1993 muestra un reporte de 25.570 casos, con un descenso

en los dos años siguientes, aumentando nuevamente a partir de 1996, con el incremento de consultas por estas causas en más de cuatro mil casos en 1997 y 1998.

En el grupo III, enfermedades periodontales, el reporte de eventos disminuyó en los tres primeros años del periodo analizado; hacia 1996 el número de casos aumentó, con picos máximos en 1997 y 1998.

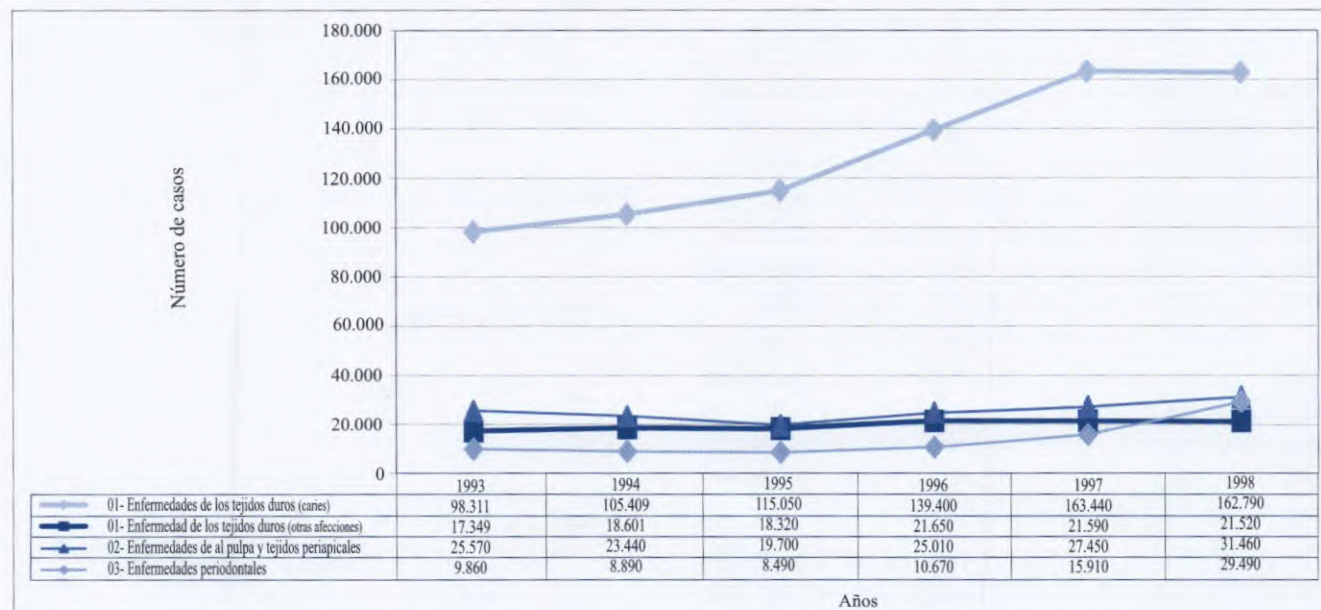
En el grupo IV, enfermedades de los tejidos blandos, el comportamiento es similar, con un descenso en los dos últimos años (véase el gráfico 7).

Gráfico 5. Grupo I. Tendencia por consulta. Bogota 1993-1998



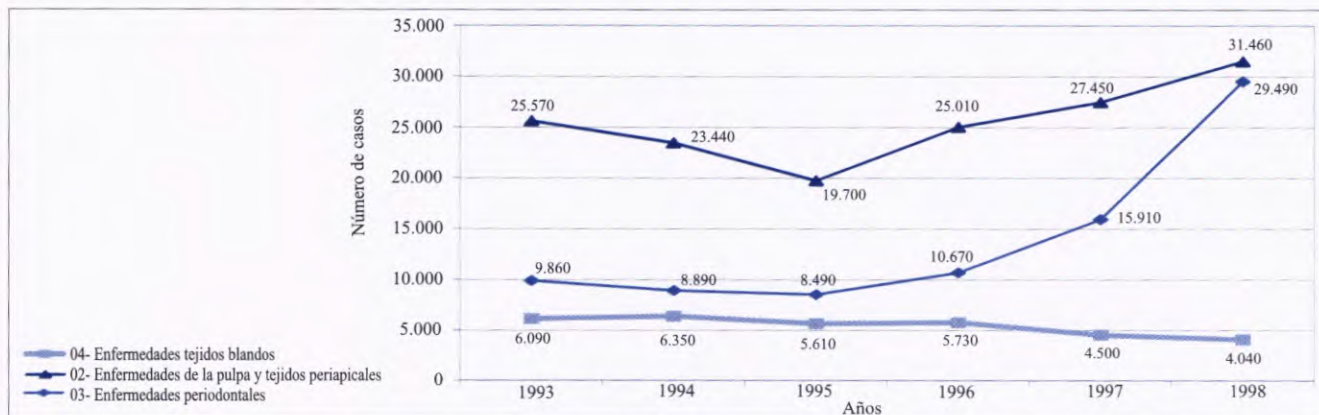
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de sistemas de información.

Gráfico 6. Grupos I, II y III. Tendencias por consulta. Bogota, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de sistemas de información.

Gráfico 7. Grupos II, III y IV. Tendencia por consultas. Bogotá, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de sistemas de información.

En el grupo V, tumores malignos, benignos y quistes (véase el gráfico 8), merecen atención especial los reportes de los tumores malignos en boca. Al observar el comportamiento se encuentran dos picos muy marcados, en 1994 y en 1996, que disminuyen en 1997 y 1998. Lo anterior se debe, posiblemente, a que los registros de cáncer en la cavidad bucal los manejan otras instituciones, y no todos fueron informados a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

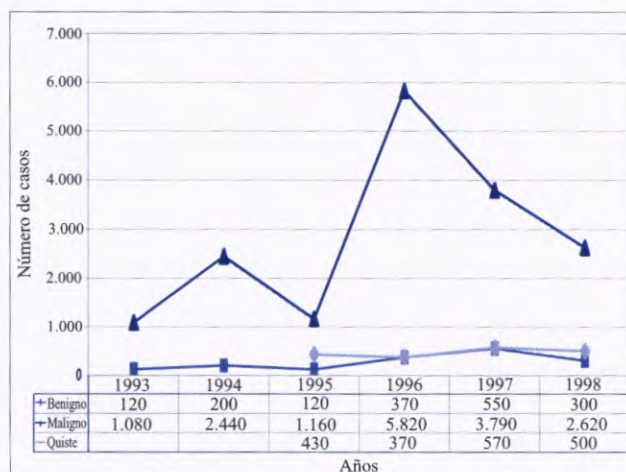
En consulta por tumores benignos se observa que entre 1993 y 1995 el número de reportes fue similar, notificándose un mayor número de casos durante 1996, disminuyendo notablemente en 1998. Los tumores benignos en boca son frecuentes, sólo que el diagnóstico diferencial se realiza mediante patología oral; es posible que la disminución del evento se deba a que no se disponía de medios para detectarlos o identificarlos.

El reporte de quistes dentígeros, cuyo origen se debe a tejidos embriológicos dentarios, se inició a partir de 1995 ($n=430$), con una disminución de reportes en 1996 en comparación con los años siguientes. Para este evento, al igual que para los anteriores, el diagnóstico se realiza por medio de radiografías orales y por reporte de patología oral; los medios económicos no siempre permiten que se tomen radiografías y se hagan estudios de tejidos orales para confirmar o descartar enfermedad de tipo maligno.

Al analizar el grupo VI, enfermedades de los maxilares, la tendencia muestra que en 1993 y 1994 se reportó el mayor número de casos, con una disminución marcada en los tres años siguientes, para ascender de nuevo durante en 1998. Es posible que lo anterior se deba a irregularidades en el registro de información (véase el gráfico 9).

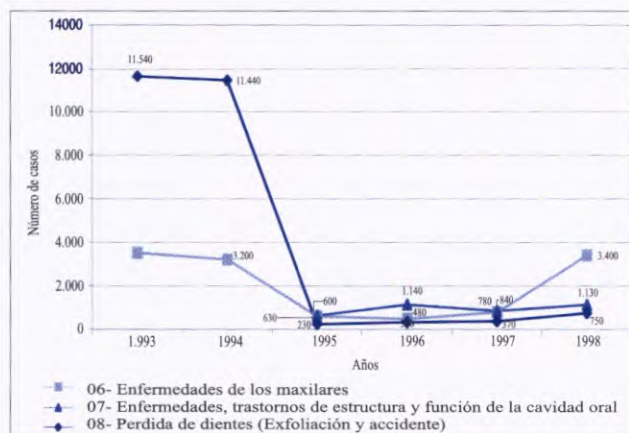
El reporte de eventos incluidos en el grupo VII, anomalías, trastornos de estructura y de función de la cavidad bucal, se inició en 1995, casi duplicándose el número de casos en 1996, con un ligero descenso en el año siguiente; en 1997 y 1998 este comportamiento fue similar.

Gráfico 8. Grupo V. Tendencias por consulta. Bogotá, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-área de sistemas de información.

Gráfico 9. Grupos VI, VII, VIII. Tendencias por consulta. Bogotá, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública.

La tendencia del grupo VIII, pérdida de dientes por exfoliación y accidente, muestra que en 1993 y 1994 se reportaban las cifras por pérdida de dientes, con un descenso drástico en los tres años siguientes; situación similar para los demás grupos, lo cual hace pensar que en 1995, 1996 y 1997 hubo subregistro de información en salud oral.

Distribución de eventos por grupo etáreo

De los 1'232.660 registros, 45,2% correspondió a niños y jóvenes entre 5 y 14 años, seguidos del grupo entre 15 y 44 (37,1%); de los niños de 1 a 4 años (11,1%); de personas entre 45 y 59 (3,3%); de adultos de 60 y más años (2,2%); y de menores de 1 año (1,2%) (véase el gráfico 4, *supra*).

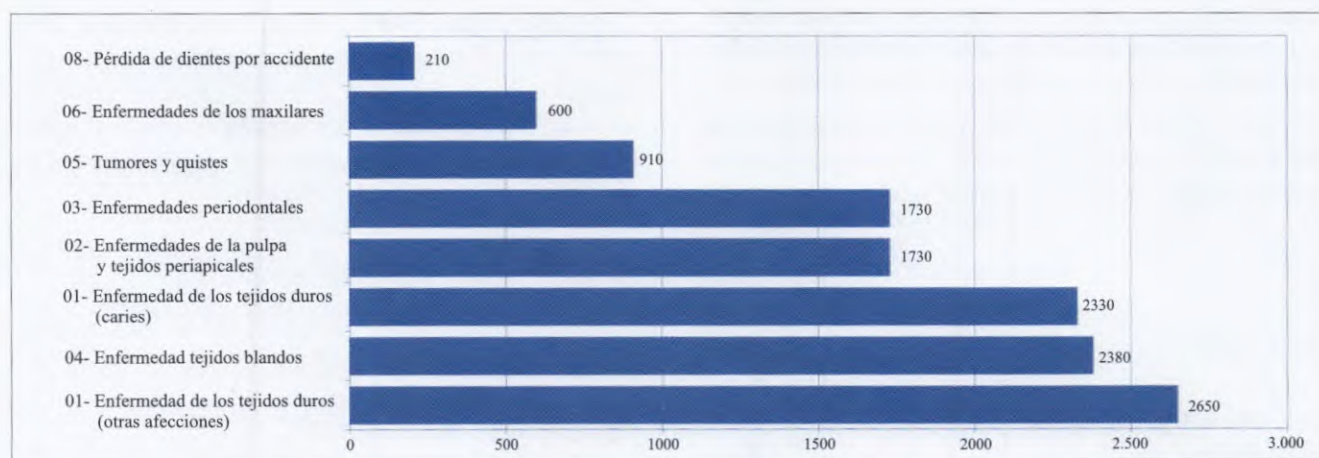
A continuación se exponen las particularidades encontradas por grupo de edad. En menores de un año, la pri-

mera causa de consulta fue por enfermedades de los tejidos duros diferentes a la caries; se clasifican problemas relacionados con la erupción, tamaño y forma de los dientes; en segundo lugar, lesiones de tejidos blandos y en tercero se encontró la caries, llamada en este grupo de edad caries de biberón o caries del lactante (véase el gráfico 10).

La caries del lactante es una patología agresiva que debe ser controlada porque las consecuencias se manifiestan en la salud general, predisponiendo al infante a problemas nutricionales con consecuencias en el crecimiento y desarrollo del niño.

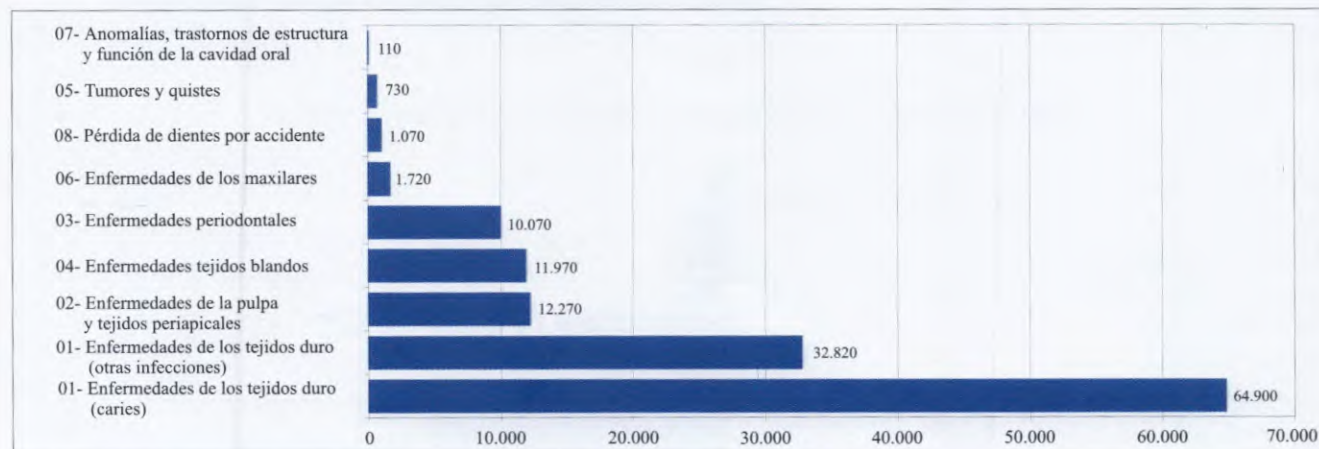
En el grupo de 1 a 4 años y el de 5 a 14 la primera causa de morbilidad fue la caries dental, seguida de otras afecciones de tejidos duros y de las enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales (véanse los gráficos 11 y 12).

Gráfico 10. Distribución de diagnósticos de morbilidad oral en menores de un año. Bogotá, 1993-1998



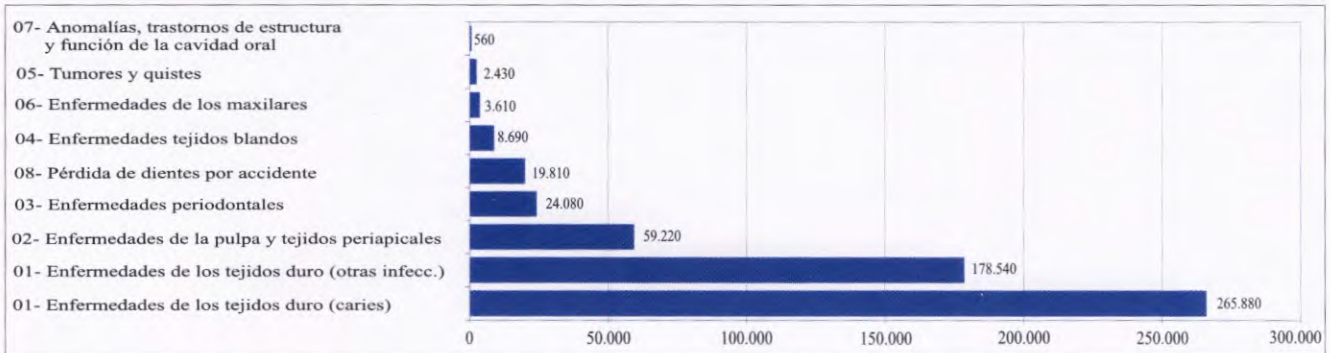
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública.

Gráfico 11. Distribución de diagnósticos de morbilidad oral 1 a 4 años. Bogotá, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública.

Gráfico 12. Distribución de diagnósticos de morbilidad oral, 5 a 14 años. Bogotá, 1993-1998



Cabe destacar que si la caries dental en estos grupos de edad es la primera causa, los planes de atención deben dirigirse hacia el tratamiento y prevención de este evento, ya que es el comienzo de problemas de la pulpa y sus tejidos periapicales. Es importante resaltar también cómo en el grupo de 5 a 14 años el cuarto y quinto lugar lo ocupan las enfermedades periodontales y pérdida de los dientes por accidente, respectivamente. Para la medidas de prevención merece interés especial indagar qué tipo de accidentes provocan esta afección.

En el grupo de 15 a 44 años, el comportamiento de las tres primeras causas fue similar al de los dos grupos anteriores (véase el gráfico 13). Este grupo de edad, conformado por

adolescentes y adultos jóvenes, tiene relación directa con el porcentaje de personas que presentan lesiones por causa externa de diferente índole, cuyas consecuencias secundarias están asociadas a la pérdida de dientes, que disminuye la funcionalidad en la masticación, la fonación y la estética de la cavidad bucal.

En el grupo de 45 a 59 años, las enfermedades de la pulpa y las enfermedades periodontales fueron las que aparecieron con más frecuencia, ocupando el cuarto lugar; por su parte, los diagnósticos por tumores ocuparon el quinto lugar, cobrando mayor importancia en comparación con los grupos anteriores (véase el gráfico 14).

Gráfico 13. Distribución de diagnósticos de morbilidad oral, 15 a 44 años. Bogotá, 1993-1998

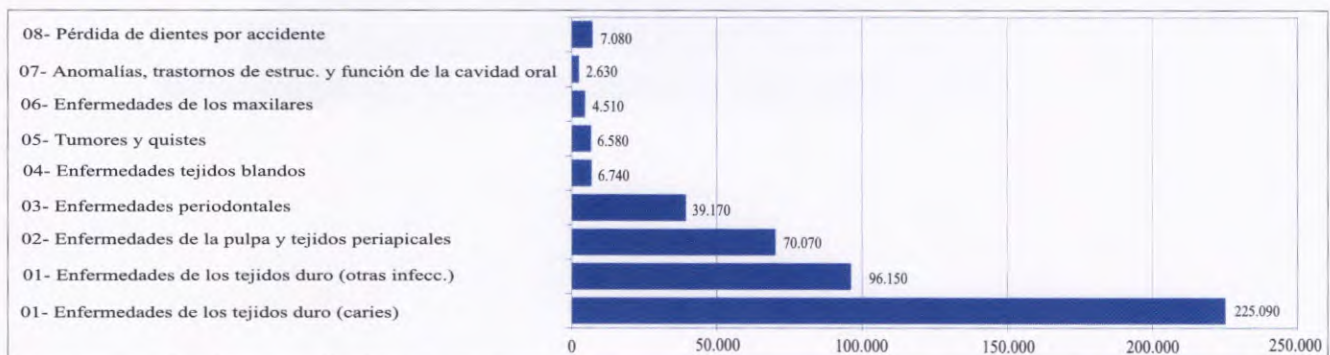
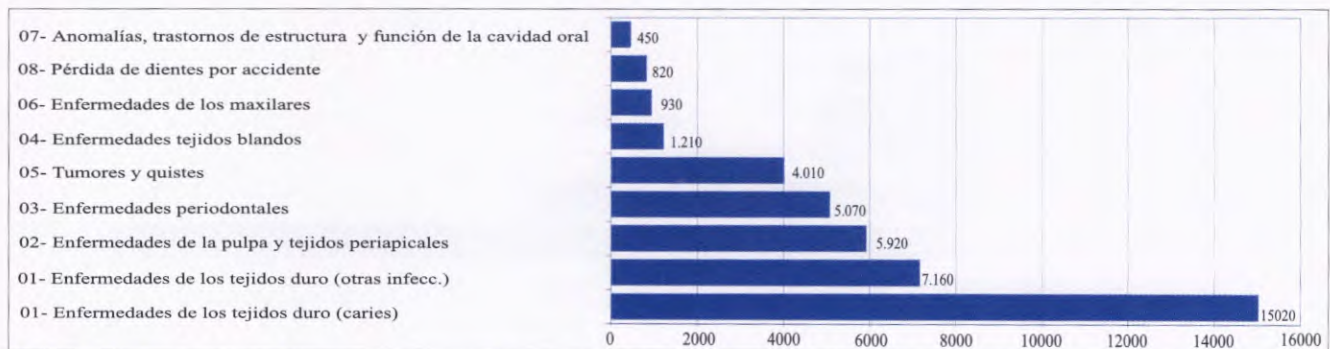
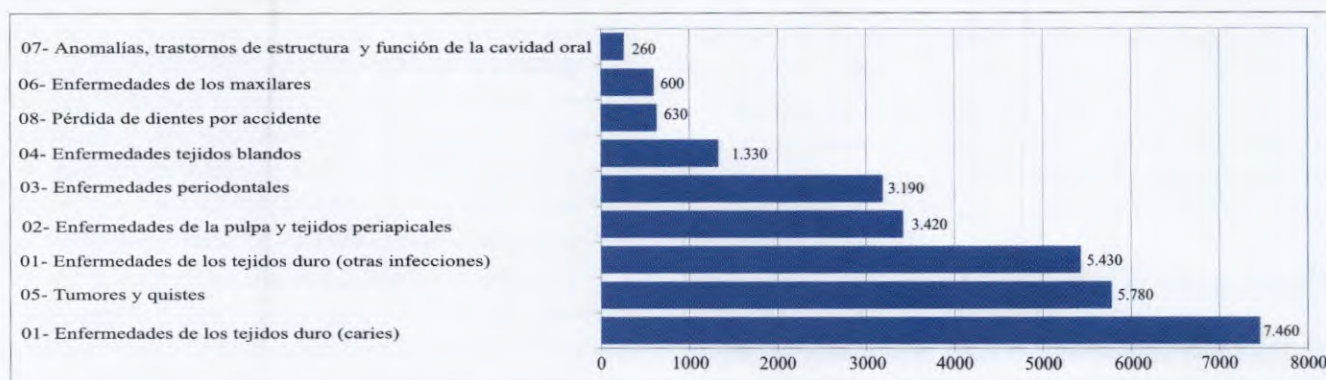


Gráfico 14. Distribución de diagnósticos de morbilidad oral, 45 a 59 años. Bogotá, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública.

Gráfico 15. Distribución de diagnósticos de morbilidad oral. Personas de 60 y más años. Bogotá, 1993-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-área de vigilancia en salud pública.

En el grupo de 60 y más años de edad, los tumores y quistes están en segundo lugar de morbilidad, después de la caries dental (véase el gráfico 15).

DISCUSIÓN

En más de la mitad de los países en vía de desarrollo, la población a los 12 años de edad se encuentra con un COP-D entre intermedio y alto, lo cual quiere decir que cuando sean adultos estos niños van a tener historia de caries y prevalencia elevada; por tanto, es prudente analizar cada uno de los componentes del índice COP-D, con el fin de tener un panorama más real del problema.

Aun cuando en Colombia se observó la reducción del índice COP-D en población general entre 1966 y 1998, pasando de 15 –primera encuesta– a 13 –en la segunda– y posteriormente a 10 –en la tercera–, el país aún está clasificado con una historia y prevalencia de caries *muy alta* para población general.

El resultado del COP-D en niños de 12 años, de 2,3 para Colombia y de 3,1 para Bogotá, sitúa al país en riesgo bajo de sufrir enfermedades de los tejidos duros, lo cual no es motivo de tranquilidad, pues basta observar los demás grupos poblacionales, como el de 15 a 19 años –adolescentes–, en el que se identifica que el índice COP-D aumenta; lo anterior indica que la población escolar probablemente está recibiendo protección dental, pero que ésta se abandona cuando empieza la adolescencia, que es el grupo poblacional que aporta el mayor peso en morbilidad oral.

En relación con la prevalencia de caries en la población general, en los últimos treinta años ha habido un descenso importante, pasando de 95,5% en 1966 a 65,3% en 1998; sin embargo, este porcentaje sigue siendo muy alto si se considera la considerable inversión de recurso humano y financiero que se ha realizado en los servicios de salud del país para la prevención de la caries dental.

La historia de enfermedad periodontal general aumentó entre 1996 y 1988, pasando de 89% a 95%, lo cual ratifica las tendencias que la Organización Mundial de la Salud estableció en el documento CE120/12, en el que recalca que la caries y la enfermedad periodontal son las enfermedades más prevalentes en la mayoría de los países en vía de desarrollo.

El deterioro de la salud oral en la mayoría de estos países se asocia a las críticas condiciones económicas, sociales y demográficas, que influyen en los estilos de vida y hábitos nutricionales, con efectos tales como la tendencia a aumentar la ingesta en hidratos de carbono. Por otro lado, estos países no han adaptado en forma integral medidas de prevención eficaces, como la dieta balanceada, la atención preventiva y la aplicación de fluoruros.

Los resultados de la prevalencia de marcadores periodontales de la última encuesta realizada en Colombia muestran que cerca de 80% (78,3%) de los niños entre 7 y 12 años presentan, al menos, un marcador periodontal –sangrado–; la problemática aumenta en los jóvenes de 15 años, grupo en el que más de 90% (92,8%) presenta dos marcadores como son sangrado y cálculos; además, en los adultos más de 96% presenta los tres marcadores: sangrado, cálculos y gingivitis.

El comportamiento de la morbilidad de salud oral en Bogotá muestra que la demanda de servicios por consulta directa es por patologías contempladas en los grupos I –enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén–, II –enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales– y III –enfermedades de los tejidos periodontales–; sin embargo, es necesario recordar que el sistema de información utilizado en el periodo analizado (SIS) sólo permitía reportar un diagnóstico, primando aquel por el cual el paciente consultaba; los demás diagnósticos no se reportaban. Es posible que con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), que se utilizan en el país desde el 1 de abril de 2001, el panorama de la morbilidad oral cambie, pues este registro permite

identificar en cada paciente un diagnóstico principal y tres relacionados.

Los individuos de todas las edades presentan, en mayor o menor grado, enfermedades orales, que se inician en los primeros años de vida y se convierten en eventos de difícil mantenimiento y control, por no ser tratadas a tiempo; en consecuencia, es necesario que estas se prevengan, incluso, antes del nacimiento del neonato.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El análisis de los resultados de los tres estudios en salud bucal realizados en Colombia en los últimos treinta años permite concluir que en varios de los indicadores ha habido un cambio favorable en la salud oral de la población.

En el primer estudio nacional de salud bucal, realizado en 1965 y 1966, la prevalencia de caries dental fue de 95,5%; por su parte, en el segundo, que se llevó a cabo entre 1977 y 1980, ésta fue de 96,7%, aumento debido al grupo de adolescentes; en la tercera encuesta, efectuada en 1998, dicha prevalencia disminuyó en forma considerable, a 65,3%, también por el grupo de adolescentes y de la población de 34 años.

El índice COP-D en población general ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo, pasando de 15 a 14 y a 10 en la primera, segunda y tercera encuesta, respectivamente. En esta última, el índice en el grupo de edad de 12 años –edad de comparación internacional– fue de 2,3.

En el tercer estudio, la población adulta de Bogotá presentó una prevalencia de caries de 68,1%, historia de caries de 90,7% e índice COP-D de 10,8, lo que indica que diez dientes estaban afectados por caries u obturados o perdidos por caries dental. El índice COP-D para niños de 12 años fue de 3,1.

En relación con enfermedad periodontal, los resultados obtenidos en los dos primeros estudios no pueden compararse con el tercero, debido a que en los dos primeros se utilizó el índice Russel y en el tercero el ESI. En la primera encuesta dicha enfermedad fue de 89% y en la segunda aumentó a 95%; en la tercera, el resultado en población general fue de 16,1.2 lo cual significa que, en promedio, la población general presentó 16% de superficies afectadas –pérdida localizada– y un promedio de pérdida de inserción de 1.2 mm –pérdida leve–. En Bogotá, el resultado de ESI fue de 36,1.4.

Los resultados de fluorosis en niños y adolescentes reportan una prevalencia de 11,5% entre los niveles dudoso y leve. En Bogotá, la prevalencia con fluorosis leve para población de 6, 7 y 12 años fue de 22,9%, la de fluorosis moderada de 18,4% y la de severa de 4,5%.

Como no existe consenso sobre cuál debe ser la tasa de prevalencia tolerable, y teniendo en cuenta el balance riesgo/beneficio en el control de la caries, se están realizando estudios nacionales e internacionales con el fin de establecer estos niveles.

En relación con actitudes, conocimientos y prácticas, las respuestas de la tercera encuesta nacional de salud oral permiten identificar que los padres, odontólogos y maestros desempeñan un papel muy importante en impartir enseñanzas sobre higiene oral en la comunidad. Por otro lado, los medios de comunicación masiva muestran, mediante la publicidad de empresas comerciales, modelos que generan influencia en los patrones de belleza y estética de la población, modificando en muchos casos los patrones tradicionales.

Respecto a la presencia de fluorosis, evidenciada en los resultados de la última encuesta, el país ha determinado que debe examinarse la concentración de flúor en el ambiente. En 2001, la dirección de salud pública del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud establecieron la vigilancia de la concentración de flúor en las fuentes de agua de consumo humano y otros elementos fluorados que existen en el mercado, identificando mapas de riesgo de las zonas con niveles superiores a 0,5 ppm.

Respecto a la morbilidad general de la población de Bogotá entre 1993 y 1998, de acuerdo con la muestra de consulta diaria de la Secretaría Distrital de Salud (SIS 103), las enfermedades de la boca han ocupado el segundo lugar, después de las respiratorias. Durante ese periodo, 58% de las consultantes fueron mujeres, siendo la población de 5 a 14 años (45%) y la de 14 a 44 (37%), la que más consultó los servicios de odontología.

Las enfermedades de los tejidos duros, específicamente la caries dental, fueron la principal causa de consulta de primera vez en todos los grupos de edad, a excepción de los menores de un año. Siendo el diagnóstico de caries el que genera mayor morbilidad oral, deben reforzarse los procesos de prevención de caries dental, aumentando los conocimientos del cuidado bucal desde antes de que salga la dentición temporal, lo cual implica dirigir las acciones de promoción de la salud oral y prevención de daño oral a la población gestante y a las madres lactantes.

En la dentición primaria hasta los 12 años, la historia de caries fue de 56% y la prevalencia de 44,8%; en la tercera encuesta, Bogotá tenía una prevalencia de caries de 59,3% para población de 5 años –edad para monitorear el estado de dentición primaria o temporal–, y un índice ceo-d de 3,9; lo anterior quiere decir que en la población infantil ya están presentes los factores de riesgo para que se afecten los dientes permanentes que aún no han salido, lo que ocurre aproximadamente a los 6 años.

Durante el periodo analizado, en Bogotá la segunda causa de consulta (12,3%) fueron las enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales, evento consecuente de caries no tratadas; en este caso, todos los grupos etáreos estuvieron afectados, especialmente el de 15 a 44 años (46%), es decir, el grupo de adolescentes y adultos jóvenes. No tratar oportunamente estas patologías puede implicar la pérdida de

la dentadura e influye de manera importante en el joven adolescente, en quien prima el concepto de la estética, y en el adulto joven, para su inserción en la vida laboral.

La pérdida de dientes permanentes comienza en la infancia y aumenta a medida que avanza la edad. El porcentaje de pérdidas causadas por accidentes se observa con mayor frecuencia en el grupo de 15 a 44 años (28%), seguido de los niños de 1 a 4 años (4,3%) y de los menores de 1 año (0,8%); ahora bien, al no identificarse el tipo de accidente es necesario realizar estudios al respecto, que permitan establecer planes preventivos para controlar o disminuir la pérdida de los dientes por esta causa.

Las enfermedades periodontales están presentes también en todos los grupos de edad, siendo el más afectado el de 15 a 44 años. Las enfermedades de los tejidos blandos se evidencian en niños de 1 a 4 años de edad. Ahora bien, considerando que la enfermedad periodontal se inicia de manera silenciosa, sin dolor, y que incluso signos como el sangrado de las encías no son reconocidos como inicio de enfermedad, por lo general la consulta ante la presencia de dolor resulta ser tardía, pues la enfermedad ha avanzado y la posibilidad de salvar los dientes es muy baja.

Respecto a enfermedades de los maxilares, el grupo etéreo que más consultó (37%) fue el de 15 a 44 años; las anomalías en el tamaño de los maxilares deben analizarse con mayor atención debido a que por falta de su crecimiento los dientes no tienen espacio suficiente para su ubicación normal anatómica, presentándose apiñamiento y dificultad en la limpieza bucal, lo cual favorece la caries dental y la enfermedad periodontal.

Las anomalías-trastornos de estructura y de función de la cavidad bucal –mala oclusión, trastornos de la articulación temporo-mandibular, relación entre arcos dentales, posición dentaria–, se presentan con mayor frecuencia en los grupos de 15 a 44 años y de 5 a 14; en este caso la solución se encamina hacia tratamientos de ortopedia maxilar, que preceden a los tratamientos de ortodoncia.

Respecto a los tumores malignos, benignos y quistes, en Bogotá se observó la mayor prevalencia en personas de 45 a 60 años, y están relacionados con el hábito de fumar y con dientes no tratados que lesionan las mucosas. Si los tumores benignos y quistes dentígeros se detectan y tratan a tiempo con cirugía oral, se reduce el riesgo de la convergencia a tumores malignos o de que se pierda la funcionalidad del órgano bucal.

Las pocas ayudas de diagnóstico diferencial que se utilizan en odontología no permiten identificar otras patologías ni mayor precisión y diferenciación diagnóstica.

La posición destacada que ocupan en la morbilidad general los eventos relacionados con la cavidad bucal lleva a que este evento sea prioritario en la salud pública del país y de Bogotá, siendo incluida con mayor integridad en los planes de beneficio del SGSSS y, por tanto, en las políticas de promo-

ción, prevención, control, tratamiento, vigilancia epidemiológica de factores de riesgo y protectores, por medio de estrategias de seguimiento y evaluación de los mismos.

Las instituciones formadoras de recurso humano en salud deberán participar más en los programas y proyectos de educación en salud oral, con el propósito de convocar a la familia como núcleo básico de cambio no sólo frente a los conocimientos en aspectos preventivos sino en la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.

Las políticas, planes y estrategias para preservar la salud bucal deben orientarse a todos los grupos etéreos, con énfasis en la población materna, en aspectos relacionados con la prevención de la caries dental y la promoción de la salud oral; además, no deben orientarse sólo hacia la parte asistencial sino dirigirse hacia el seguimiento en los procedimientos que se han practicado en boca.

De acuerdo con las orientaciones y metas recomendadas por la OMS, es muy importante continuar realizando los estudios periódicos epidemiológicos, que permiten conocer a lo largo del tiempo la dinámica del comportamiento de la morbilidad oral de los diferentes grupos poblacionales y el impacto y resultados que han generado las medidas de prevención y control y, además, reorientar la oferta de los servicios asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- Herazo, C. 1995. "Estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías en las grandes ciudades colombianas". Ministerio de Salud- Universidad Javeriana-facultad de odontología. Bogotá.
- III Estudio nacional de salud bucal-ENSAB-III. Tomo VII. Colombia. 1998.
- Mejía, R. 1971. "Morbilidad oral. Investigación nacional de morbilidad". Ministerio de Salud-Ascofame. Bogotá.
- Ministerio de Salud. 1996. "Plan nacional de salud bucal, 1996". Ministerio de Salud. Bogotá
- Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud-Ascofame. 1980. *Morbilidad oral. Segundo estudio nacional*. Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud. Bogotá.
- Nieva, B. C y Jácome, S. 1997. "Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano marginales". Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud. 1994. "El desafío permanente de un sistema de atención bucodental adaptado a las necesidades". En: *Boca sana, vida sana*. OMS. Ginebra. Documento OMS .
- Organización Mundial de la Salud. *Los fluoruros y la salud bucodental*. Informes OMS -IT 846 EJ.1 Serie de informes técnicos. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. *Vigilancia y eventos de la salud bucodental*. OMS , IT 782, EJ C. OMS .
- Organización Panamericana de la Salud. *Condiciones de la salud de las américas*. OPS.

REPORTE SEMANAL DEL SEXTO PERIODO EPIDEMIOLOGICO

Semanas epidemiológicas: 21,22, 23 y24

EVENTOS	USAQUEN		CHAPIERO		SANTAFÉ		S. CRISTÓBAL		USME		TUNJUELITO		BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		ENGATVÁ		SUBA		R. UNIDOS		TEUSAQ.		LOS MART.		ANTINARIÑO		P. ARANDA		LA CANDEL.		RAFAEL U.		C. BOLIVAR		SUMAPAZ		TOTAL.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM	OB	ACUM																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
BROTOS	10	0	1 ¹	6	4 ¹	24	3 ¹	18		4	2 ¹	8	1 ¹	11	3 ¹	12	1 ¹	5		5	1	2	6 ⁴¹	25		2	3 ²¹	7 ¹	1 ¹	0		0	0	0	0	0	0	0	25	141																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DENGUE CLÁSICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	1	1	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 ¹	2	4	2	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	18	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DENGUE HEMORRÁGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
EXPOSICIÓN RÁBICA LEVE	1	23	1	35	1	13	6	53	21	95	5	31	7	32	48	241	12	58	23	118	33	192	2	36	16	12	1	15	5	33	3	58	4	15	0	170	1079	0	15	276	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
EXPOSICIÓN RÁBICA GRAVE	3	3	6	13	2	24	2	17	1	8	7	51	20	1	18	45	4	6	3	5	10	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
EIA	3	12	5	38	1	7	1	11	6	1	9	1	4	1	9	10	2	55	1	18	2	16	2	27	3	1	4	1	10	0	4	1	0	4	1	0	22	244	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
FIEMRE AMARILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
HEPATITIS B	1	1	12	0	4	0	1	3	1	8	7	5	2	9	7	5	2	9	7	5	2	9	6	0	6	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INFECCIÓN POR VIH	5	13	7	32	6	11	5	5	1	4	3	9	2	9	2	12	2	13	5	10	6	13	2	11	1	1	2	0	1	1	2	0	1	8	5	14	0	45	173	0	0	5	13	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
INFECCIÓN POR SIDA	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
MALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
MENINGITIS POR NEISSERIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SEMANA 21: 1. (Crisis) 2. (Crisis) 3. (Crisis) 4. (Crisis) 5. (Crisis) 6. (Crisis) 7. (Crisis) 8. (Crisis) 9. (Crisis) 10. (Crisis) 11. (Crisis) 12. (Crisis) 13. (Crisis) 14. (Crisis) 15. (Crisis) 16. (Crisis) 17. (Crisis) 18. (Crisis) 19. (Crisis) 20. (Crisis) 21. (Crisis) 22. (Crisis) 23. (Crisis) 24. (Crisis)

SEMANA 22: 1. (Crisis) 2. (Crisis) 3. (Crisis) 4. (Crisis) 5. (Crisis) 6. (Crisis) 7. (Crisis) 8. (Crisis) 9. (Crisis) 10. (Crisis) 11. (Crisis) 12. (Crisis) 13. (Crisis) 14. (Crisis) 15. (Crisis) 16. (Crisis) 17. (Crisis) 18. (Crisis) 19. (Crisis) 20. (Crisis) 21. (Crisis) 22. (Crisis) 23. (Crisis) 24. (Crisis)

SEMANA 23: 1. (Crisis) 2. (Crisis) 3. (Crisis) 4. (Crisis) 5. (Crisis) 6. (Crisis) 7. (Crisis) 8. (Crisis) 9. (Crisis) 10. (Crisis) 11. (Crisis) 12. (Crisis) 13. (Crisis) 14. (Crisis) 15. (Crisis) 16. (Crisis) 17. (Crisis) 18. (Crisis) 19. (Crisis) 20. (Crisis) 21. (Crisis) 22. (Crisis) 23. (Crisis) 24. (Crisis)

SEMANA 24: 1. (Crisis) 2. (Crisis) 3. (Crisis) 4. (Crisis) 5. (Crisis) 6. (Crisis) 7. (Crisis) 8. (Crisis) 9. (Crisis) 10. (Crisis) 11. (Crisis) 12. (Crisis) 13. (Crisis) 14. (Crisis) 15. (Crisis) 16. (Crisis) 17. (Crisis) 18. (Crisis) 19. (Crisis) 20. (Crisis) 21. (Crisis) 22. (Crisis) 23. (Crisis) 24. (Crisis)