https://doi.org/10.56085/isss.530

Descripción de las condiciones de salud oral en población institucionalizada, en cumplimiento de un convenio internacional en Bogotá

A Description Regarding Oral Health Conditions of Institutionalized Population Pursuant an International Agreement in Bogotá

Descrição das Condições de Saúde Oral na População Institucionalizada, cumprindo um Convenio Internacional em Bogotá

Rosa Nubia Malambo-Martínez[1]

Resumen

Introducción: La ejecución de convenios internacionales potencializó las acciones en actividades que promovieron la salud oral de la población. Colombia aceptó ayuda internacional y los resultados permitieron el control de patologías orales en 656 personas institucionalizadas, que tenían problemas de acceso a los servicios de atención odontológica. Por lo anterior, Colombia aceptó el ofrecimiento de apoyo técnico para el fortalecimiento de sus sistemas de atención odontológica. Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. En Colombia, según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), los eventos estudiados, como caries, enfermedad periodontal, fluorosis, lesiones pre-malignas en tejidos bucales, hicieron necesario mejorar la calidad, especialmente en la oportunidad y resolución, en los niveles básicos de atención. ***Objetivo:*** Ejecutar un convenio internacional para realizar actividades de apoyo de tipo asistencial con personas que presentan necesidades odontológicas. ***Método:*** Se realizó un estudio descriptivo de la atención odontológica, producto de un convenio internacional entre Colombia y Canadá. ***Resultados:*** Se logró la atención de 656 personas que pertenecen a 12 instituciones, con edades comprendidas entre los 3 y los 33 años, con resultado de diagnóstico negativo y positivo para enfermedades orales. El 92 % presentaban enfermedades orales y el 8 % estaban sanas. Las personas fueron atendidas por odontólogos canadienses en el Hospital de Suba, nivel de atención II, de Bogotá, Colombia. ***Conclusiones:*** Estos resultados revelaron la importancia de la alianza de dos países (Colombia y Canadá), los cuales estimularon la cooperación en actividades que promovieron la salud oral de la población atendida, para dar cumplimiento a normas distritales, nacionales e internacionales, en las que se alcanzaron sinergias que tuvieron como fin lograr una buena salud oral en la población afectada.

Palabras clave: salud bucal, salud oral (MeSH); cooperación internacional (DeCS).

1 Odontóloga. Especialista en Epidemiología Oral para la Administración de Servicios de Salud, y en Epidemiología General.

Abstract

Introduction: Implementing international agreements have triggered actions that promoted oral health of some Colombian people. The government accepted international help and results let to control oral pathologies of 656 institutionalized people who had problems accessing dental care services. Thus, Colombia accepted the technical supporting offer for strengthening dental care systems. Oral ailments, both in children and adults, tend to be more frequent among poor and disadvantaged social groups. In Colombia, according to the IV National Oral Health Study (ENSAB IV), the events studied such as caries, periodontal disease, fluorosis, premalignant lesions in oral tissues, suggests that efforts are required to improve quality, particularly in terms of effectiveness and timing at basic care levels. ***Objective:*** Implementing an international agreement in order to carry out care activities for people with dental needs. ***Method:*** Because of an international agreement between Colombia and Canada, there is an implementation of a descriptive study of dental care. ***Results:*** Care was given to 656 people belonging to 12 institutions, 3 to 33 years old; negative and positive diagnosis results for oral diseases, as follows: 92% affected by oral diseases but 8% were healthy. Canadian dentists took care of people at Hospital Suba II, care level in Bogota, Colombia. ***Conclusions:*** Results highlighted the alliance between two countries (Colombia and Canada) that triggered cooperation in order to promote oral health care of such a population, and complying local, domestic and international standards, which resulted in synergies of the affected population.

Keywords: oral health (MeSH); international cooperation (DeCS).

Resumo

Introdução: A realização de convênios internacionais potenciou ações que promoveram a saúde oral da população na Colômbia. O governo aceitou ajuda internacional e os resultados permitiram o controle de patologias orais em 656 pessoas institucionalizadas, que tinham problemas de acesso aos serviços de atenção odontológica. Deste jeito, a Colômbia aceitou o oferecimento de apoio técnico para o fortalecimento de sistemas de atenção odontológica. As doenças buco-dentais, tanto nas crianças quanto nos adultos, tendem a serem mais frequentes entre grupos sociais pobres e desfavorecidos. Na Colômbia segundo o IV Estudo Nacional de Saúde Bucal (ENSAB IV), os episódios estudados, como cáries, doença periodontal, fluorosis, lesões pré-malignas nos tecidos bucais, obrigaram ao melhoramento da qualidade, especialmente em oportunidade e resolutividade, nos níveis básicos de atenção. ***Objetivo:*** Elaborar um *convênio* internacional para realizar atividades de apoio do tipo assistencial a pessoas com necessidades odontológicas. ***Método:*** Foi realizado um estudo descritivo da atenção odontológica, produto de um *convênio* internacional entre a Colômbia e o Canadá. ***Resultados:*** Atingiu-se a atenção de 656 pessoas pertencentes a 12 instituições, com idades entre 3 e 33 anos, com resultados de diagnóstico negativo e positivo para doenças orais, desse jeito: 92 % apresentavam doenças orais e 8 % estavam sadias. As pessoas foram assistidas por odontólogos canadenses no Hospital de Suba II, nível de atenção em Bogotá, Colômbia. ***Conclusões:*** Estes resultados revelaram a importância da aliança de dois países (a Colômbia e o Canadá) que estimularam a cooperação em atividades a fim de promover a saúde oral da população assistida, satisfazendo as normas distritais, nacionais e internacionais, e atingiram-se sinergias na população afetada.

Palavras chave: saúde bucal, saúde oral (MeSH); cooperação internacional (DeCS).

Introducción

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, desde el grupo funcional de investigaciones y cooperación, de la Dirección de Planeación y Sistemas, apoyó el desarrollo de un convenio entre Colombia y Canadá, de tipo asistencial odontológico, para el fortalecimiento de la salud pública, en cumplimiento de lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que determina que deben existir estrategias regionales para el fortalecimiento de la salud oral. (1).

Una vez se inició el desarrollo del convenio, se dio cumplimiento internacional a la propuesta del Plan Regional Decenal sobre la salud bucodental, en el que reza que los programas de salud bucodental exigen alianzas firmes entre los sectores privado y público; se enfatiza, además, en la promoción y mejoramiento del estado de salud oral de las Américas, para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del desarrollo general mundial (2).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cumbre realizada en Brasil en el 2006, especificó que deben existir convenios de ayuda de diferentes países y actores para cooperación mutua en tecnología y atención, debido a las prevalencias elevadas de enfermedades orales, como la caries dental y las enfermedades gingivales (3). Por lo anterior, el apoyo internacional ofrecido a Colombia dio apertura a la celebración de un convenio asistencial entre la Secretaría Distrital de Salud y la Fundación Kindness in Action/Canadá, como estrategia de refuerzo a las actividades que permitan controlar las enfermedades orales y cumplir con las estrategias y metodologías para la atención odontológica expuestas en la Política Pública de la Salud Oral de Bogotá (4).

El resultado del convenio, realizado en enero y febrero del 2011, permitió ejecutar un análisis de tipo descriptivo, demográfico, etiológico, de atención por frecuencias y datos estadísticos, de la información de la salud y enfermedad oral de la población atendida, lo cual fortaleció la intervención odontológica y dejó abierta la posibilidad de realización de futuros convenios, en aras del mejoramiento de la salud oral de la población.

Objetivo general

Identificar las necesidades de atención odontológica en la población atendida (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos institucionalizados), en cuanto a diagnóstico, tratamiento e intervenciones para el control de enfermedades orales.

Objetivos específicos

- Identificar patologías orales más prevalentes en la población atendida.
- Determinar intervenciones en la población atendida frente a las patologías orales encontradas.

Materiales y métodos

En el Hospital de Suba Empresa Social del Estado (ESE), de nivel II de atención, en Bogotá, Colombia, y en coordinación con la gerencia del hospital y el servicio de odontología, en enero y febrero del 2011 se seleccionaron 656 personas, de 12 entidades dedicadas a la atención de niños y adultos institucionalizados, quienes fueron atendidos por odontólogos clínicos canadienses de la Fundación Kindness in Action.

Una vez revisadas en su totalidad las historias clínicas odontológicas que posee el hospital de Suba, se recolectó la información, mediante la captura directa de los datos en las variables de identificación, anamnesis, diagnóstico y tratamiento, y se clasificaron en variables de persona, tiempo y lugar de interés para el análisis. Se registraron y procesaron los datos en una base en forma electrónica para la realización y análisis del estudio estadístico de los resultados.

Aspectos estadísticos

La información de las 656 personas evaluadas, con los datos de interés extraídos de las historias clínicas, se almacenó en un archivo de datos creado y procesado electrónicamente, mediante la utilización del paquete estadístico Statistical Pocket for Social Science (SPSS) versión 17; los resultados se analizaron siguiendo la metodología estadística. Se ejecutaron los procedimientos estadísticos descriptivos de tablas de distribución de frecuencias univariadas y bivariadas para las variables cualitativas (nominales), y se estimaron la frecuencia absoluta (número de casos encontrados) y la frecuencia relativa (participación porcentual respecto al total de casos evaluados). Se estimaron las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuan-

titativas (ordinales); además, en el análisis se incluyó una interpretación adecuada, por medio de tablas y gráficas.

Aspectos éticos

Las personas fueron evaluadas por medio de la revisión de la historia clínica odontológica. Uno de los objetivos fue obtener conocimientos aplicables al estado de salud oral, con énfasis en su estado de morbilidad odontológica y posterior intervención individual. Se diligenciaron consentimientos informados para las personas a las que se les realizó cirugía oral.

Tipo de estudio y población de referencia

Se hizo un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal, con la población referenciada por las siguientes fundaciones: Helvetia; Por un Mundo Nuevo - Santa María de Fátima; Por un Mundo Nuevo - Casa Hogar Protección; Niños de los Andes sede C. A. C. de Bosa; Niña María; Niños de los Andes sede St. Patrick; Niños de los Andes sede C. A. C. Mártires; San Jerónimo; Protección de la Joven - Amparo de Niñas, de Bogotá D. C. Además de las fundaciones Esperanza de Amaly y Por un Mundo Nuevo, de Facatativá, y Niña María, de Chía. Durante enero y febrero de 2011 se atendió dicha población en la consulta odontológica del Hospital de Suba ESE, nivel II.

Población de estudio

Correspondió a 656 personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 3 y 33 años, con resultado de diagnóstico negativo y positivo para enfermedades orales; la población cumplió con la totalidad de criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Las personas incluidas en el estudio fueron aquellas que cumplieron con los siguientes criterios:

- Personas de ambos sexos y cualquier edad, institucionalizadas, con historia clínica diligenciada completamente y atendidos en el Hospital de Suba nivel II, en la consulta odontológica, por los odontólogos canadienses.

Criterios de exclusión

Solo se consideró un criterio de exclusión:

- Personas *no* institucionalizadas.

Matriz de variables

En la tabla 1 se presenta el nombre, la definición conceptual, la definición operacional y la escala de medición de las variables estudiadas.

Tabla 1. Matriz de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición estadística
Institución	Institución de procedencia del paciente	Nombre de la institución de procedencia de la persona	Distribución estadística de frecuencias
Persona	Persona	Nombre de la persona atendida	
Tipo ID	Tipo de identificación de la persona atendida	CC = cédula de ciudadanía; TI = tarjeta de identidad; RC = Registro civil; no informan	Distribución estadística de frecuencias
ID	Número de identificación	Número del documento de identificación	
Sexo	Sexo de la persona	F = femenino; M = masculino	Distribución estadística de frecuencias
Edad	Edad simple de la persona	Edad simple	Estadística, tendencia central y dispersión
SS	Entidad aseguradora	Nombre de la entidad aseguradora de la persona	Distribución estadística de frecuencias
Sesión	Sesión de atención de la persona	1 = atención de primera vez; 2 = atención repetida	Distribución estadística de frecuencias
Dxppal	Diagnóstico principal de la persona	Dx según CIE-10 OMS	Distribución estadística de frecuencias
Dxrel1	Diagnóstico relacionado 1	Dx según CIE-10 OMS	Distribución estadística de frecuencias
Dxrel2	Diagnóstico relacionado 2	Dx según CIE-10 OMS	Distribución estadística de frecuencias
Dxrel3	Diagnóstico relacionado 3	Dx según CIE-10 OMS	Distribución estadística de frecuencias
TDC	Total de dientes cariados	Número de dientes cariados	Estadística de tendencia central y dispersión
Cups1	Procedimiento 1	Procedimiento realizado en el paciente según CUPS	Distribución estadística de frecuencias
Cups2	Procedimiento 2	Procedimiento realizado en el paciente según CUPS	distribución estadística frecuencias
Cups3	Procedimiento 3	Procedimiento realizado en el paciente según CUPS	Distribución estadística de frecuencias
Cups4	Procedimiento 4	Procedimiento realizado en el paciente según CUPS	Distribución estadística de frecuencias
Cups5	Procedimiento 5	Procedimiento realizado en el paciente según CUPS	Distribución estadística de frecuencias
Cups6	Procedimiento 6	Procedimiento realizado en el paciente según CUPS	Distribución estadística de frecuencias
TTOTDXTPE	Tratamiento terminado DX temprano y protección específica	1 = presencia; 0-blanco = ausencia	Distribución estadística de frecuencias

Continúa

Continuación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición estadística
ATOP	Atención de operatoria	1 = presencia; 0-blanco = ausencia	Distribución estadística de frecuencias
DTESOBT	Numero de dientes obturados	Número de dientes obturados	Estadística de tendencia central y dispersión
TTOTOP	Tratamiento terminado en operatoria	1 = presencia; 0-blanco = ausencia	Distribución estadística de frecuencias
ATXO	Atención oral Qx oral	1 = presencia; 0-blanco = ausencia	Distribución estadística de frecuencias
DTQx	Número de dientes temporales QX	Número de dientes temporales QX	Estadística de tendencia central y dispersión
DPQx	Número de dientes permanentes QX	Número de dientes permanentes QX	Estadística de tendencia central y dispersión
PCONTROL	Personas controladas	1 = presencia; 0-blanco = ausencia	Distribución estadística de frecuencias

Fuente: Elaboración propia a partir de variables que se analizaron para la atención odontológica, Convenio Colombo-ca nadiense, 2011.

Resultados

Perfil demográfico

La atención de las personas se llevó a cabo en Bogotá D.C., en la localidad de Suba (localidad 11), en la cual se ubica el Hospital de Suba ESE de nivel II de atención, de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) (5) (figura 1).

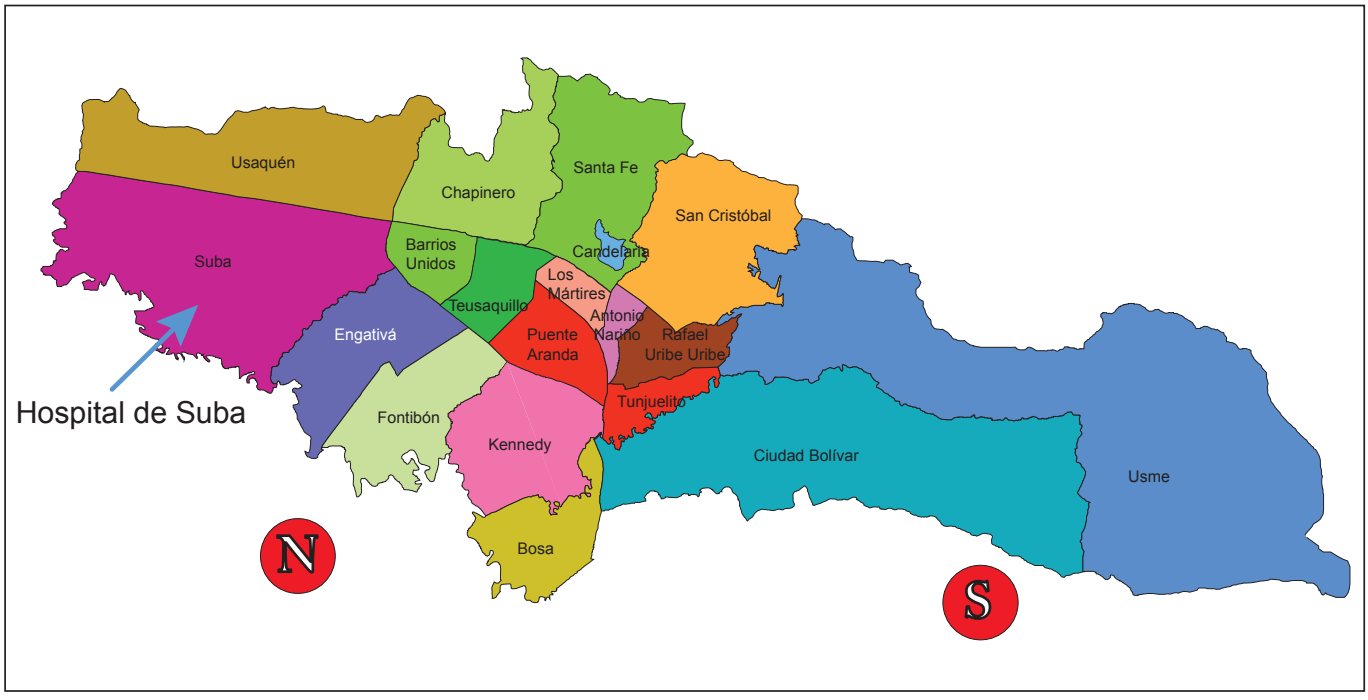
De las 12 instituciones participantes, 10 están ubicadas en Bogotá D.C. y 2, en Chía y Facatativá, municipios ubicados en el Departamento de Cundinamarca, aledaños a Bogotá.

Estas instituciones tienen como función fundamental dentro de su misión y visión la atención y el cuidado de la juventud huérfana, abandonada o en cualquier situación de vulnerabilidad; algunas de ellas están dirigidas por organizaciones no gubernamentales (ONG), por la Secretaría de Integración Social de Bogotá o por comunidades religiosas.

Se evaluaron 656 personas, de las cuales el 74 % (*n* = 484) pertenecen a las siguientes fundaciones: Niña María, Por un Mundo Nuevo - Santa María de Fátima; Esperanza de Amalí; Fundación Niños de los Andes, sede Bosa; San Jerónimo, de Bogotá, y Fundación Niña María, de Chía.

El 26 % (*n* = 172) restante pertenece a las fundaciones: Por un Mundo Nuevo, de Facatativá; Protección de la Joven - Amparo de Niñas; Niños de los Andes, sedes Mártires y Patrick; Casa Hogar Protección, y otras independientes (tabla 2).

Figura 1. Ubicación del Centro de atención del Hospital de Suba ESE, nivel II, en Bogotá, D.C.



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2009.

Tabla 2. Distribución porcentual de personas atendidas por institución

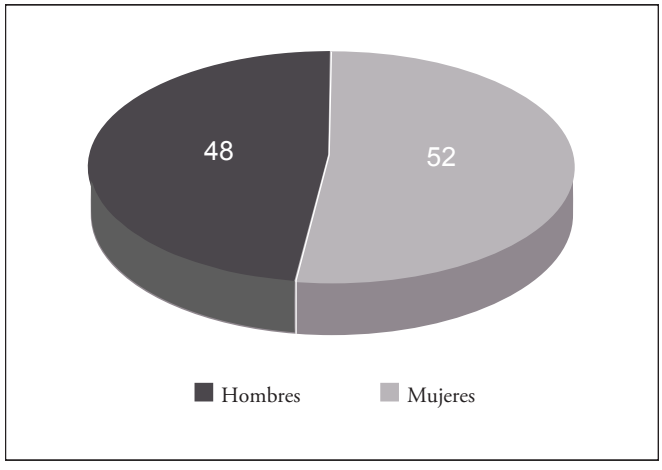
Instituciones	Número de personas	%
Fundación Niña María, Bogotá.	162	25
Fundación Por un Mundo Nuevo. Santa María de Fátima, Bogotá.	94	14
Fundación Esperanza de Amaly.	65	10
Niños de los Andes Sede C.A.C. Bosa	58	9
Fundación San Jerónimo.	53	8
Fundación Niña María, Chía.	52	8
Fundación Por un Mundo Nuevo, Facatativá	43	7
Protección de la Joven Amparo de Niñas	41	6
Niños de los Andes Sede C.A.C. Mártires	31	5
Helvetia	25	4
Niños de los Andes Sede St. Patrick.	16	2
Fundación Por un Mundo Nuevo. Casa Hogar Protección. Bogotá.	12	2
Varios o Independientes	4	1
TOTAL	656	100

Fuente: base de datos, atención odontológica, Convenio Colombo-canadiense, 2011.

Sexo

Del total de la población objeto (*n* = 656), la mayor participación fue de mujeres, con un total del 52 % (*n* = 338), y de hombres, con 48 % (*n* = 318) (figura 2). La relación fue de 1 a 1, lo que significa que por cada mujer atendida se atendió a un hombre.

Figura 2. Distribución porcentual de personas según sexo



Fuente: historias clínicas odontológicas de personas evaluadas en el Hospital de Suba ESE, con el Convenio Colombo-canadiense.

Ciclos de vida y grupos de edad

La clasificación por ciclos de vida y grupos de edad se rige según la siguiente categorización:

- Infancia: prescolar, de 1 a 4 años, y escolar, de 5 a 9 años.
- Juventud: adolescencia inicial, de 10 a 14 años; adolescencia media, de 15 a 18 años; juventud, de 19 a 26 años.
- Adultez: adulto joven, de 27 a 44 años.

La mayor participación se dio en el grupo de adolescencia inicial (10 a 14 años), con el 47,4 % (*n* = 311 personas); en adolescencia media (15 a 18 años), con el 31,1 % (*n* = 204 personas); en escolar (5 a 9 años), con el 13,4 % (*n* = 88 personas); en preescolar (1 a 4 años), con el 4 % (*n* = 26 personas); en juventud (19 a 26 años), con el 3,7 % (*n* = 24 personas), y en adulto joven (27 a 44 años), con el 0,5 % (*n* = 3 personas) (tabla 3).

De las personas evaluadas, la edad mínima fue de 3 años y la máxima, de 33. La edad promedio fue de 12 años, ± 4.022 años (1 DS).

Tabla 3. Distribución de personas según ciclos de vida (grupos de edad)

Ciclos de vida/grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
Infancia (preescolar 1 a 4 años)	26	4,0
Infancia (escolar 5 a 9 años)	88	13,4
Juventud (adolescencia inicial 10 a 14 años)	311	47,4
Juventud (adolescencia media 15 a 18 años)	204	31,1
Juventud (juventud 19 a 26 años)	24	3,7
Adultez (adulto joven 27 a 44 años)	3	0,5
TOTAL	656	100,0

Fuente: historias clínicas odontológicas de personas evaluadas del Hospital de Suba ESE, con el Convenio Colombo-canadiense.

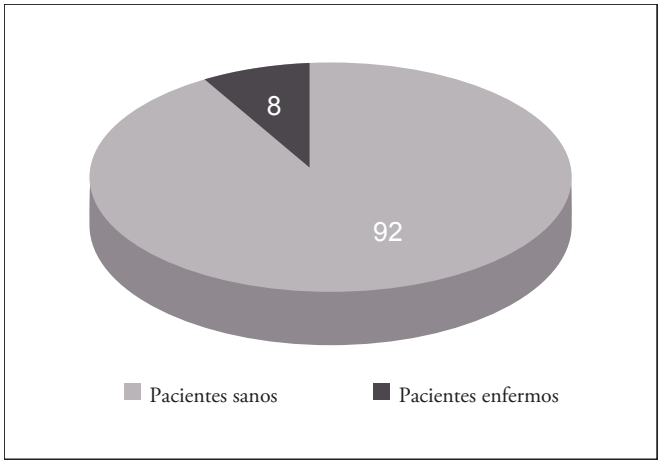
Perfil etiológico

Los diagnósticos fueron codificados de acuerdo con la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada en Colombia mediante la Resolución 1895 de 2001 del Ministerio de Salud (6).

En el análisis de la identificación de diagnósticos se encontraron personas con patologías orales en el 92 % de los casos (*n* = 602), tanto en los tejidos blandos y tejidos duros, como en afecciones relacionadas con los maxilares y posición de los dientes. El 8 % de las personas (*n* = 54) se encontraban totalmente sanos (ausencia de enfermedad oral) (figura 3).

En la clasificación por grupos de diagnóstico se encontró un comportamiento de respuesta múltiple (eventos simultáneos en una persona), que se clasificó en enfermedades de los tejidos blandos, así: gingivitis crónica (K051), con el 79,2 % (*n* = 477 personas), como primera causa de atención odontológica; retracción gingival (K060), con el 0,3 % (*n* = 2 personas); se incluyeron afecciones en los huesos de los maxilares, como la periodontitis aguda (K052), con el 0,1 % (*n* = 1 persona); la periodontitis crónica (K053), con el 0,5 % (*n* = 3 personas), y la periodontitis apical crónica (K045), con el 0,1 % (*n* = 1 persona) (tabla 4).

Figura 3. Distribución porcentual de personas sanas y enfermas



Fuente: historias clínicas odontológicas de personas evaluadas en el Hospital de Suba ESE, con el Convenio Colombo-canadiense.

Tabla 4. Distribución de patologías encontradas

Diagnósticos CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
K051 Gingivitis crónica	477	79,2
K021 Caries de la dentina	355	59,0
K036 Depósitos o (acreciones) en los dientes	126	20,9
K028 Otras caries dentales	68	11,3
K080 Exfoliaciones en los dientes debida a causas sistémicas	17	2,8
K072 Anomalías de la relación entre los arcos dentarios	16	2,7
K006 Alteraciones en la erupción dentaria	14	2,3
K046 Absceso periapical con fístula	14	2,3
S025 Fractura de los dientes	13	2,2
K083 Raíz dental retenida	12	2,0
K073 Anomalías de la posición del diente	10	1,7
K081 Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	9	1,5
K053 Periodontitis crónica	3	0,5
K047 Absceso periapical sin fístula	2	0,3
K060 Retracción gingival	2	0,3
K023 Caries dentaria detenida	1	0,2
K045 Periodontitis apical crónica	1	0,2
K052 Periodontitis aguda	1	0,2
Base de Cálculo n = 602 personas = 100 % (Respuesta múltiple: Diagnóstico principal. Diagnósticos relacionados. Uno-Dos -tres.	602	

Fuente: historias clínicas odontológicas de personas evaluadas en el Hospital de Suba ESE, con el Convenio Colombo-canadiense.

Las enfermedades de los tejidos duros se comportaron así: la caries de la dentina (K021) se presentó como segunda causa de atención, con el 59 % (*n* = 355 personas); otras caries dentales (K028), con el 11 % (*n* = 68 personas), y caries dentaria detenida (K023), con el 0,1 % (*n* = 1 persona). La tercera causa de atención fue del 21 % (*n* = 126 personas), con depósitos o cálculos (acreciones) en los dientes (K036).

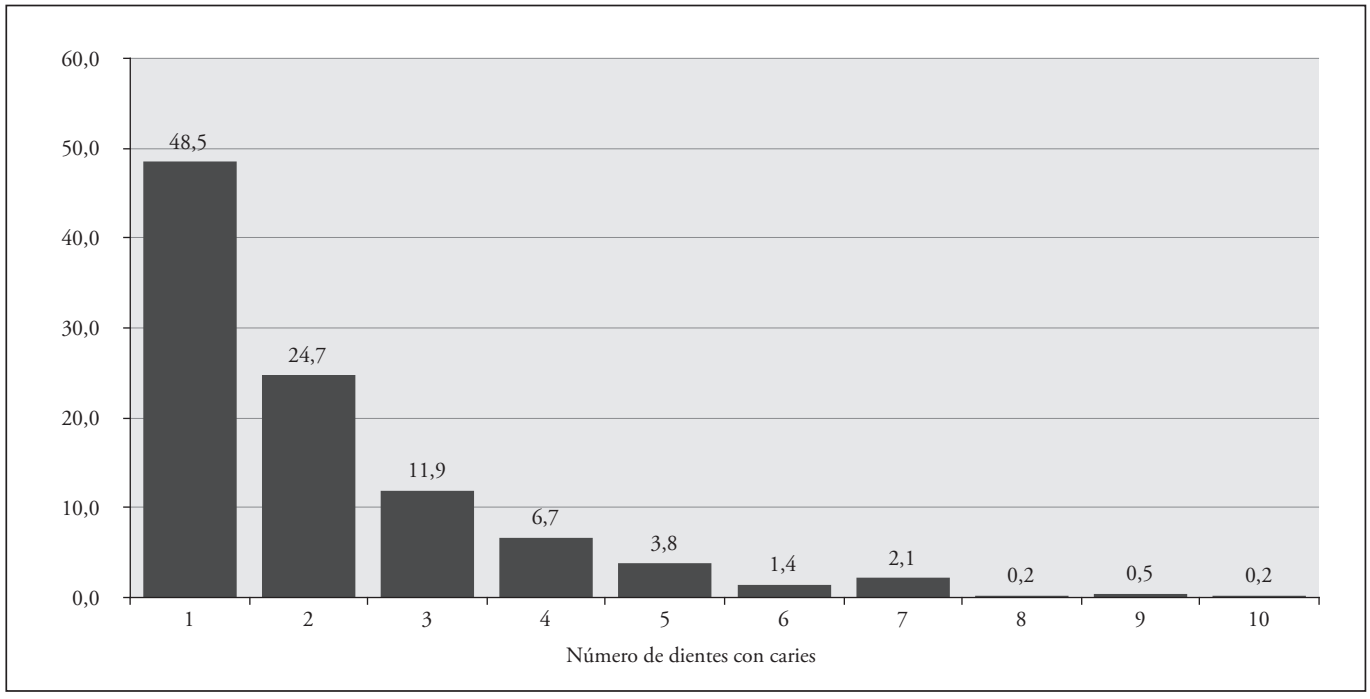
Las consecuencias de dientes no tratados se reflejan en los diagnósticos, como los abscesos periapicales con fístula (K046) y el absceso periapical sin fístula (K047), originados en la pulpa; estos dos diagnósticos se presentaron en el 2.6 % de los casos (*n* = 16 personas). También se observaron raíces dentales retenidas (K083), con el 2 % (*n* = 12 personas). Se identificaron los estados de exfoliación de los dientes debida a causas sistémicas (K080) como un signo normal en el recambio de los dientes en el 3 % de los casos (*n* = 17 personas), y las alteraciones de la erupción dentaria (K006), con un 2 % (*n* = 14 personas).

Entre las irregularidades se encontraron relaciones entre los arcos dentarios (K072) y las anomalías de la posición del diente (K073), de acuerdo con los parámetros de normalidad, en el 7 % de las personas (*n* = 26).

Se identificó la pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local (K081) en el 1 % de la población (*n* = 9 personas), y la fractura de los dientes (S025) en un 2 % (*n* = 13 personas).

En las personas diagnosticadas con caries dental se encontraron afectados 421 dientes. Según rango, las personas presentaban de *uno a diez dientes con caries*; se estimó así un promedio de dos dientes cariados por persona al momento de la evaluación. Por porcentaje, el 48,4 % de las personas tenían un diente con caries; el 24,7 %, dos dientes, y el 11,8 %, tres dientes (figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual de personas afectadas, por número de dientes con caries



Fuente: historias clínicas odontológicas de personas evaluadas en el Hospital Suba ESE, con el Convenio Colombo-canadiense.

Perfil de intervenciones en personas mórbidas

Los procedimientos fueron codificados de acuerdo con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), del Acuerdo 008 del 29 de diciembre 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) (7).

Las intervenciones realizadas a las personas con enfermedades orales, en su orden de frecuencia, fueron: profilaxis dental, detartraje supragingival, educación individual en salud por higiene oral, obturación dental con amalgama, topicación de flúor en gel, exodoncia de dientes temporales multirradiculares, exodoncia de dientes permanentes multirradiculares, obturación dental con resina de fotocurado, exodoncia de dientes temporales unirradiculares, exodoncia de dientes permanentes unirradiculares, aplicación de sellantes de fotocurado, colocación de coronas de acero, reconstrucción de ángulo incisal con resina de fotocurado, terapia de conductos en diente unirradicular y radiografía intraoral periapical.

- Las intervenciones realizadas en las personas se clasifican en: profilaxis, detartraje, aplicación de flúor y sellantes (detección temprana y protección específica) (8). La operatoria se clasifica en colocación de amalgamas y resinas; la cirugía oral se clasifica en exodoncia en dientes temporales y permanentes; la intervención, en terapia de conductos (endodoncia).

En relación con intervenciones en detección temprana y protección específica, encontramos que se realizó profilaxis dental al 63 % (*n* = 382 personas); detartraje supragingival al 59 % (*n* = 358 personas); educación individual en higiene oral al 56 % (*n* = 337 personas). Además, se aplicó flúor al 42 % (*n* = 253 personas) y al 1,8 % se le puso sellantes de fotocurado (*n* = 11 personas).

- Las personas diagnosticadas con caries de la dentina (K021) (*n* = 355 personas) fueron intervenidos en operatoria (obturación dental con amalgama, con resina de fotocurado y reconstrucción de ángulo incisal, con resina de fotocurado) en el 90 % de los casos (*n* = 320 personas); es decir, 90 personas fueron intervenidas en operatoria por cada 100 diagnosticados con caries dental (tabla 5).

- La intervención de rehabilitación en odontopediatría en colocación o aplicación de coronas en acero inoxidable para dientes temporales se realizó al 2 % (*n* = 7 personas) (tabla 5).

- Las intervenciones en cirugía oral (exodoncias) se realizaron en 118 personas; en 66 de estos se perdieron 107 dientes temporales; en 52 personas se

perdieron 79 dientes permanentes. La relación de dientes perdidos es de 1 a 1; es decir, por cada diente temporal perdido se perdió uno permanente.

- En cuanto a la terapia de conductos (tratamiento de conductos o endodoncia), se realizó una en un diente temporal, para lo cual se tomaron las respectivas radiografías intraorales para realizar el proceso.

Tabla 5. Distribución de intervenciones orales realizadas

Códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS)		Frecuencia	Porcentaje
997500	Profilaxis dental SOD	382	63,5
997300	Detartraje supragingival SOS +	358	59,5
990212	Educación individual en salud, por higiene oral	337	56,0
232101	Obturación dental con amalgama+	293	48,7
997103	Topicación de flúor en gel	253	42,0
230202	Exodoncia de diente temporal multirradicular +	42	7,0
230102	Exodoncia de diente permanente multirradicular +	39	6,5
232102	Obturación dental con resina de fotocurado +	24	4,0
230201	Exodoncia de diente temporal unirradicular +	16	2,7
230101	Exodoncia de diente permanente unirradicular +	15	2,5
997102	Aplicación de sellantes de fotocurado	11	1,8
234101	Colocación o aplicación de corona en acero inoxidable (para dientes temporales)	7	1,2
232401	Reconstrucción de ángulo incisal, con resina de fotocurado	3	0,5
237301	Terapia de conducto radicular en diente unirradicular +	1	0,2
870451	Radiografías intraorales periapicales dientes anteriores superiores	1	0,2
Base de Cálculo N= 602 Personas= 100% (Respuesta múltiple: CUPS1…CUPS 6)		602	

Fuente: historias clínicas odontológicas de personas evaluadas en el Hospital de Suba ESE, con el Convenio Colombo-canadiense.

Discusión, conclusiones y recomendaciones

Al conocerse las dificultades de acceso de atención odontológica en la población bogotana, y con la aceptación de ayuda internacional por odontólogos canadienses, se logró la atención de 656 personas en un periodo inferior a dos meses. Lo anterior permite considerar que los apoyos de tipo asistencial cumplen con normas internacionales de ayuda entre países, basada en atención, tecnología e innovación, a escala distrital (Bogotá). La ejecución del convenio permitió dar cumplimiento al segundo componente de la política de salud oral, denominado *modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral*, en acceso, oportunidad, continuidad e integralidad de la atención en salud oral.

Los responsables de dar cumplimiento a los componentes de la política deben conocer estos resultados y gestionar la realización de convenios en los que se acepten ayudas de cooperación internacional. En cuanto a la intervención odontológica, los resultados significativos sugieren la necesidad de realizar seguimiento a las personas atendidas.

En Colombia se contempla la protección específica en la aplicación de sellantes para molares sanos, los resultados demuestran que la aplicación de sellantes fue mínima; se desconoce por qué no se aplicaron los sellantes, por lo cual se recomienda que los profesionales odontólogos que realicen seguimiento a los pacientes los apliquen para realizar la protección específica completa.

Los resultados revelaron que solo el 8 % de las personas (n = 54) estaban libres de enfermedades orales. En cuanto a la patología de mayor prevalencia, la gingivitis crónica fue el principal diagnóstico identificado, con un 79 % (n = 477).

La gingivitis crónica es la enfermedad de inicio de las demás patologías orales, que a la postre terminan en la pérdida de los dientes.

Las enfermedades periodontales inician su aparición a los 15 años; así, se concluye que si no hay intervención individual, estas personas entran en riesgo de perder sus dientes en los años venideros (9).

Se encontraron acreciones (cálculos) o depósitos en los dientes, signo de marcador de alerta de inicio de enfermedad periodontal, como consecuencia de una deficiente higiene oral.

Las enfermedades de los tejidos duros, específicamente la caries de la dentina, fueron diagnosticadas en todos los ciclos de vida y grupos de edad.

El 82 % de las personas atendidas fueron controladas en enfermedades de tejidos blandos y duros.

Cuando se analizaron los datos relacionados con la pérdida de dientes, se identificó que esta se presenta con mayor frecuencia en los dientes permanentes unirradiculares.

Los tratamientos de las personas en actividades de protección específica se cumplieron en un 63 % para profilaxis, un 59 % para detartraje, un 56 % para educación en higiene oral, un 42 % en la aplicación de flúor y tan solo un 1,8 % en colocación de sellantes.

Los resultados presentados muestran que se controlaron 656 pacientes de patología orales, en un periodo mínimo, y que la modalidad del convenio internacional solucionó la problemática presentada frente a las dificultades de acceso a la atención. Sin embargo, es importante que en la población intervenida se continúen y promuevan actividades de seguimiento, prevención y protección específica, para fomentar de esta manera la importancia de la salud oral en las poblaciones institucionalizadas.

Agradecimientos

A la Fundación Kindness in Action, la Embajada de Canadá y los odontólogos clínicos canadienses que atendieron a las personas seleccionadas. A Ángela María Giraldo, odontóloga, magíster en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, y en Estudios Políticos, quien gestionó el convenio con la Embajada canadiense. A María Clara Quintana Rozo, odontóloga, especialista en Salud Familiar y Comunitaria, quien acompañó el proceso desde el Hospital de Suba ESE. A Guerly Alfonso López Palacio, magíster en Ciencias Económicas, ingeniero de sistemas y estadístico, profesional de la Secretaría de Salud de Bogotá, quien dio las pautas estadísticas para el desarrollo del presente artículo.

Referencias

1. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Punto 3, numeral a y b. Estimulación de cooperación técnica entre países en actividades que promuevan la salud oral. Washington: OPS; 1997.

2. Organización Mundial de la Salud, (OMS).Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Propuesta del plan regional decenal sobre salud buco-dental. Documento CD47/14. Washington; 2006.

3. Organización Panamericana de la Salud, Red Latinoamericana de Salud Oral. Carta de Sao Paulo sobre Salud Bucal en las Américas [internet]. 2006 [citado 2016 oct.]. Disponible en: http://www.sld.cu/uvs/saludbucal/temas.php?idv=9355.

4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Política Pública de la Salud Oral de Bogotá, con participación social para el decenio 2011-2021. Bogotá: SDS; 2011.

5. Instituto Geográfico. Agustín Codazzi (IGAC). Bogotá mi ciudad.com. El portal para y por los bogotanos [internet]. S. f. [citado 2016 oct.]. Disponible en http://www.bogotamiciudad.com/Directorio/Detalles.aspx?BMC=134375

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1895 [internet]. 2001 [citado 2016 oct.] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1895-2001-cie10.pdf

7. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 2009, por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Bogotá: Diario Oficial 47.579 del 31 de diciembre de 2009.

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal [internet]. S. f. [citado 2016 oct.]. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/2Atencion%20Preventiva%20Salud%20bucal.pdf

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resultado de la IV Encuesta Nacional de Salud Bucal. Boletín de prensa número 356 [internet]. 12 de diciembre de 2014 [citado 2016 oct.]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-resultados-cuarto-estudio-nacional-salud-bucal.aspx

Recibido para evaluación: 15 octubre de 2014
Aceptado para publicación: 23 de enero de 2017

Correspondencia
Rosa Nubia Malambo-Martínez
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Dirección de Planeación Sectorial
Carrera 32 # 12-81
rosanubia2003@gmail.com