

EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD ORAL EN PACIENTES DEL  
PROGRAMA CLINICA DEL SANO QUE INGRESARON A LA CONSULTA DE  
ODONTOLOGIA POR PRIMERA VEZ EN UNA I.P.S DEL PRIMER NIVEL DE  
ATENCION REGIMEN CONTRIBUTIVO EN POPAYAN - MAYO DEL 2007.

MONICA FAJARDO AGREDA  
LINA MARIA FALLA VARGAS  
ROSSE MARY DAZA RIOS

UNIVERSIDAD EAN-UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POPAYAN  
2.009

EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD ORAL EN PACIENTES DEL  
PROGRAMA CLINICA DEL SANO QUE INGRESARON A LA CONSULTA DE  
ODONTOLOGIA POR PRIMERA VEZ EN UNA I.P.S DEL PRIMER NIVEL DE  
ATENCION REGIMEN CONTRIBUTIVO EN POPAYAN - MAYO DEL 2007.

MONICA FAJARDO AGREDA  
LINA MARIA FALLA VARGAS  
ROSSE MARY DAZA RIOS

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoria y garantía de la  
calidad en salud con énfasis en epidemiología

Asesor de Investigación:  
JOSE LUIS DIAGO

UNIVERSIDAD EAN-UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POPAYAN  
2.009

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar el estado de salud oral en pacientes del programa clínica del sano que ingresan por primera vez a la consulta de odontología en mayo de 2.007 en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

La población fue de 44 usuarios que cumplieron con los siguientes requisitos propuestos en el estudio: usuarios que asisten por primera vez al servicio de odontología, ya sea afiliado o beneficiario.

Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento que se elaboró para desarrollar este estudio que consiste en una ficha clínica, que permitió recoger la información necesaria para el estudio, sobre los aspectos dentales y periodontales de cada paciente en la consulta por primera vez y después de ingresar a clínica del sano. La ficha permitió la recolección de datos personales, clínicos a nivel dental y periodontal en relación a las actividades de promoción y prevención realizadas y reportadas en el registro de pacientes de clínica del sano. La ficha se elaboró con base en los registros de Historia clínica utilizados por la IPS para el servicio de odontología y se sometió a juicio de expertos de la misma institución, para su validación.

Es un estudio descriptivo longitudinal, retrospectivo. En este estudio se describen las características sociodemográficas y el estado de salud oral de los usuarios que asistieron por primera vez a la consulta odontológica y que posteriormente fueron remitidos a clínica del sano. Se realizó la tabulación de frecuencias y estimación mediante el programa estadístico SPSS.15, para la sistematización de la información y se realizó un análisis univariado de las variables sociodemográficas y las enfermedades bucales encontradas en los pacientes cuando ingresaron a consulta odontológica y después que ingresaron a clínica del sano.

Los resultados obtenidos por este estudio, indican estadísticamente que de los pacientes evaluados, el 61.4% pertenecen al género femenino y la población cuenta con una edad promedio de 25 años; la ocupación que consultó en su mayoría fueron estudiantes con el 40.9%; y son beneficiarios el 70.5%. En cuanto a la evaluación de la salud oral de estos pacientes que asisten por primera vez al servicio de odontología de consulta externa, la mayor parte de las personas que asistieron presentaron caries siendo un 70.5%,(36) del total de la población; la prevalencia de caries fue del 70.4%, y la proporción fue del 4.96%, a diferencia del

del programa Clínica del Sano donde se encontró una prevalencia de caries del 47.7% y una proporción del 1.76%. La incidencia en esta patología fue del 4.5% y la efectividad del programa fue del 22.72%. La caries fue la enfermedad dental más común, pero se logró disminuir al ingresar a clínica del sano, por lo que es posible que este programa aporte significativamente para la disminución de la misma. El 52.3% de los usuarios de la clínica del sano no presenta gingivitis y se encontró en consulta por primera vez que el 47.7% padece esta patología, lo cual refleja que hubo una disminución relativamente baja de esta patología en relación a la primera consulta. En la consulta por primera vez se presentó una frecuencia promedio de 5.34 sesiones y en el programa Clínica del Sano fue de 2.06, por lo que se presentó una disminución considerable del número de sesiones en la medida que se redujeron las patologías bucales. La mayor parte de los usuarios, el 56.8% que ingresaron a consulta odontológica terminaron su tratamiento en el tiempo establecido en consulta externa, 60 días.

El estudio permitió concluir que el proceso educativo en salud oral en odontología genera cambios de comportamiento que con llevan al mantenimiento adquisición y promoción de la salud, así la educación en salud debe ser pensada como un proceso dinámico y cotidiano en la consulta odontológica, encontrándose una diferencia porcentual en cuanto a la salud oral de estos pacientes al comparar el ingreso a consulta externa y el control en programa clínica del sano. Se puede afirmar que el programa es efectivo teniendo en cuenta que disminuyó la prevalencia de patologías como la caries y la gingivitis. Esta última no evolucionó a periodontitis, no presentándose incidencia en esta última patología mencionada.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to evaluate the state of oral health in patient of the clinical program of the healthy one that enter for the first time to the dentistry consultation in May of 2.007 in a lending Institution of Services of Health.

The population was of 44 users that fulfilled the following requirements proposed in the study: users that attend for the first time the dentistry service, either affiliated or beneficiary.

For the gathering of data, an instrument was used that was elaborated to develop this study that consists on a clinical record that allowed to pick up the necessary information for the study, on each patient's dental and periodontal aspects in the consultation for the first time and after entering to clinic of the healthy one. The record allowed the gathering of personal data, clinical at dental and periodontal level in relation to the promotion activities and carried out prevention and reported in the registration of patient of clinic of the healthy one. The record was elaborated with base in the registrations of clinical History used by the IPS for the dentistry service and he/she underwent experts' of the same institution opinion, for its validation.

It is a longitudinal, retrospective descriptive study. In this study the characteristic sociodemographic and the state of the users' oral health are described that attended for the first time the odontological consultation and that later on they were remitted to clinic of the healthy one. He/she was carried out the tabulation of frequencies and estimate by means of the statistical program SPSS.15, for the systematizing of the information and he/she was carried out an analysis univariate of the variable sociodemographic and the buccal illnesses found in the patients when they entered to odontological consultation and after they entered to clinic of the healthy one.

The results obtained by this study, indicate statistically that of the evaluated patients, 61.4% belongs to the feminine gender and the population has an age 25 year-old average; the occupation that consulted in its majority was students with 40.9%; and they are beneficiaries 70.5%. as for the evaluation of the oral health of these patients that you/they attend for the first time the service of dentistry of external consultation, most of people that you/they attended presented cavity being a 70.5%,(36) of the population's total; the cavity prevalence was of 70.4%, and the proportion was of 4.96%, contrary to that of the Clinical program of the Healthy one

where he/she was a prevalence of cavity of 47.7% and a proportion of 1.76%. The incidence in this pathology was of 4.5% and the effectiveness of the program was of 22.72%. The cavity was the most common dental illness, but it was possible to diminish when entering to clinic of the healthy one, for what is possible that this program contributes significantly for the decrease of the same one. 52.3% of the users of the clinic of the healthy one doesn't present gingivitis and it was for the first time in consultation that 47.7% suffers this pathology, that which reflective that there was a relatively low decrease of this pathology in relation to the first consultation. In the consultation a frequency average of 5.34 sessions was presented for the first time and in the Clinical program of the Healthy one it was of 2.06, for what a considerable decrease of the number of sessions was presented in the measure that you/they decreased the buccal pathologies. Most of the users, 56.8% that entered to odontological consultation finished its treatment in the time settled down in external consultation, 60 days.

The study allowed to conclude that the educational process in oral health in dentistry generates behavior changes that with they take to the maintenance acquisition and promotion of the health, this way the education in health should be thought as a dynamic and daily process of the odontological consultation, being a percentage difference as for the oral health from these patients when comparing the entrance to external consultation and the control in program clinic of the healthy one. One can affirm that the program is effective keeping in mind that it diminished the prevalence of pathologies like the cavity and the gingivitis. This last one didn't evolve to periodontitis, not being presented incidence in this last mentioned pathology.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pag.</b>
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1. DEFINICION DEL PROBLEMA. ....	3
1.1 ANTECEDENTES.....	3
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.4 JUSTIFICACIONEL PROYECTO.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 Objetivo General.....	8
1.5.2 Objetivos Específicos.....	8
CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL.....	9
2.1 MARCO CONTEXTUAL.....	9
2.2 MARCO LEGAL .....	9
2.3 MARCO TEÓRICO.....	11
2.3.1 Salud Oral .....	11
2.3.2 Promocion de la salud oral.....	17
2.3.3 Programa clinica del sano .....	26
CAPITULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
3.1 TIPO DE ESTUDIO .....	32
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	32
3.3 PROCEDIMIENTO.....	32

3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	32
3.5	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	33
3.6	ANALISIS ESTADISTICO.....	37
	CAPITULO 4. RESULTADOS.....	38
4.1	PERFIL DE PACIENTES DEL PROGRAMA CLÍNICA DEL SANO QUE INGRESARON EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA POR PRIMERA VEZ EN UNA IPS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN POPAYAN.....	38
4.2	EVALUACION EN CONSULTA EXTERNA INICIAL Y EN CLINICA DEL SANO .....	40
4.3	ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN PACIENTES DEL PROGRAMA CLINICA DEL SANO QUE INGRESARON A LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA POR PRIMERA VEZ EN UNA IPS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN POPAYAN.....	44
	CAPITULO 5 DISCUSION DE RESULTADOS.....	50
	CAPITULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	55
6.1	RECOMENDACIONES .....	56
	7. BIBLIOGRAFÍA.....	57
	ANEXOS.....	60



## TABLAS

	<b>Pag.</b>
Tabla 1. Niveles de actuación para la prevención de la enfermedad dental según P. Gjermo, 1980.	23
Tabla 2. Niveles de prevención dental según R.C. Cowen y A. Shelham. 1981	24
Tabla 3. Descripción de las variables utilizadas	33
Tabla 4. Distribución de estadísticas descriptivas en la edad de los usuarios que asisten al servicio de odontología de la IPS en mayo 2007	38
Tabla 5. Distribución porcentual de la edad en pacientes del programa clínica del sano que ingresaron a la consulta de odontología por primera vez en una I.P.S en Popayán.	39
Tabla 6. Distribución porcentual del género en pacientes del programa clínica del sano que ingresaron a la consulta de odontología por primera vez en una I.P.S en Popayán.	39
Tabla 7. Distribución porcentual de tipo de usuario y ocupación en pacientes del programa clínica del sano que ingresaron a la consulta de odontología por primera vez en una I.P.S en Popayán	40
Tabla 8. Distribución porcentual de la presencia de caries en usuarios que consultan por primera vez el servicio de odontología en IPS Popayán	41
Tabla 9. Distribución porcentual del número de caries en usuarios que consultan por primera vez el servicio de odontología en IPS-2007	41
Tabla 10. Distribución porcentual de la presencia de endodoncia en usuarios que consultan por primera vez y en clínica del sano en una I.P.S en Popayán-2007	42
Tabla 11. Distribución porcentual de exodoncia en usuarios que consultan por primera vez en el servicio de odontología y en clínica del sano en mayo 2007	43
Tabla 12. Distribución porcentual de enfermedades dentales usuarios que consultan por primera vez el servicio de odontología en mayo IPS.2007	44

Tabla 13. Distribución porcentual de actividades de educación en higiene oral y control de placa en usuarios que consultan por primera vez el servicio de odontología y en clínica del sano en IPS. 2007	44
Tabla 14. Distribución porcentual de actividades de promoción y prevención de salud oral	45
Tabla 15. Distribución porcentual de gingivitis en usuarios que consultan por primera vez el servicio de odontología y en clínica del sano en una IPS 2007	46
Tabla 16. Distribución porcentual de periodontitis en usuarios que consultan por primera vez el servicio de odontología y en clínica del sano en una I.P.S en Popayán.2007	47
Tabla 17. Distribución porcentual de número de sesiones para terminar tratamiento en usuarios que asisten por primera vez el servicio de odontología y a clínica del sano en mayo 2007	48
Tabla 18. Distribución porcentual de tratamiento terminado y posterior ingreso a clínica del sano en una I.P.S en Popayán-2007	48
Tabla 19. Distribución de los días de tratamiento odontológico en consulta externa en una IPS de primer nivel en mayo 2007	49
Tabla 20. Distribución de los meses en clínica del sano en una I.P.S en Popayán. 2007	49

## 0. INTRODUCCIÓN

La salud oral significa estar libre de dolores orofaciales - crónicos, así como de cánceres orales y faríngeos (garganta), lesiones del tejido oral blando, defectos congénitos tales como labio y paladar leporino, y muchas otras enfermedades y trastornos que afectan los tejidos bucales, dentales y craneofaciales, conocidos colectivamente como el “complejo craneofacial”. Estos tejidos nos permiten hablar y sonreír, suspirar y besar; oler, gustar, tocar, masticar, y tragar; gritar de dolor, y transmitir un mundo de sentimientos y emociones a través de nuestras expresiones faciales. También ofrecen protección contra infecciones microbiales y ataques ambientales<sup>1</sup>.

En este contexto, la Salud Oral Integral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar a los usuarios para mantener una buena salud bucal, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes o la investigación precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal. Es así como se considera en esta investigación que el primer paso para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas, es identificar los problemas relacionados con la salud oral, y cómo afecta la salud en general y el nivel de calidad de vida del usuario del servicio de consulta externa de odontología, entendiendo que la salud oral es un complemento fundamental para alcanzar la salud integral de la persona. Una limitada salud oral interfiere en el proceso digestivo y en consecuencia afecta a todo el organismo. Un adecuado diagnóstico de salud oral detecta temprana o tardíamente patologías mortales, pudiendo prevenirlas. Las molestias y dolores originados en la cavidad oral, son martirizantes, su oportuna eliminación devuelven la tranquilidad a quien las padece, las pérdidas dentarias prematuras afectan la estética y vulneran la autoestima y en consecuencia la salud mental de las personas. Además, los problemas de salud oral son causantes de ausentismo laboral y de interrupción y deserción escolar.

La segunda parte de este trabajo se desarrolló por medio de una ficha clínica, que permitió recoger la información necesaria para el estudio, sobre los aspectos dentales y periodontales de cada paciente en la consulta por primera vez y después de ingresar a clínica del sano. La ficha permitió la recolección de datos personales, clínicos a nivel dental y periodontal en relación a las actividades de

---

<sup>1</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General-- Resumen Ejecutivo*. Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000

promoción y prevención realizadas y reportadas en el registro de pacientes de clínica del sano. La ficha se elaboro con base en los registros de Historia clínica utilizados por la IPS para el servicio de odontología, finalizando con el tercer paso, el cual consistió en el análisis y sistematización de la información recolectada.

## 1. DEFINICION DEL PROBLEMA

### 1.1 ANTECEDENTES

Estudio realizado por Benjamín Herazo Acuña, Et al. EVALUACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE SANO, se realizo la evaluación al programa El Paciente Sano, C.P.S, en la Universidad Javeriana con el apoyo de Grupo Beta Especialidades Odontológicas, en Bogotá, durante diez años. Se realizo esta evaluación para que se demuestre la posibilidad de conservar libre de caries y periodontopatías a los pacientes de un consultorio odontológico, mediante la aplicación de medidas preventivas simples y para que las entidades puedan replicar en sus diferentes escenarios. El tipo de estudio fue, descriptivo, longitudinal y retrospectivo; la población estuvo conformada por los pacientes del consultorio odontológico del programa del paciente sano, especialidades odontológicas y el Grupo Beta de Bogotá, el estudio comprendió del 1 de enero de 1981 a diciembre de 1990. Las variables utilizadas fueron de persona: sexo, edad, educación; remisión e índices de carizados, obturados y perdidos (COP), periodontal (IPR), de higiene oral (IHO); y de tiempo. En los resultados, hay una relativa igualdad en la atención de pacientes por sexo y por grupo de edad, la mayoría de niños y jóvenes y a nivel de educación se encuentran en primaria y bachillerato. Se observa en el análisis del COP, una incidencia de caries dental y periodontopatías del 1 % y por tanto una reducción de estas enfermedades del 99% en los pacientes usuarios del programa. Es importante mencionar que han cumplido de 6 a 10 años dentro del programa no han presentado caries dental. Se encontró que la gran mayoría de pacientes desarrollan el programa durante un año y no vuelven, posiblemente convencidos de que con esa actividad es suficiente o no quedan motivado para volver. En algunos casos debido a dificultades económicas buscan grandes instituciones que pueden sostener precios bajos.

Otro estudio realizado por la ENSAB III (Estudio Nacional de Salud Bucal) en 1998 sobre salud bucal, encontró respecto a las percepciones, conocimientos y prácticas de la población con relación a la Salud bucal, encontró de forma general que si bien la información ha llegado a los diferentes niveles, las prácticas distan mucho de reflejarlas, reconfirmando la necesidad de replantear el abordaje de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de las acciones de intervención, para hacer más coherentes los conocimientos y prácticas con los resultados en la salud. Con relación a estos aspectos se encontró: Solo el 88% atribuye la aparición de la caries a "no cepillarse o a efectuar un mal cepillado" y que solo el 3.4% relaciona la presencia de sangrado de la encía con no tener la boca sana. Se encontró también una baja percepción

de la importancia de la función de la dentición y de la cavidad bucal dentro del bienestar general, cuando solo el 77% de las personas consideró que los dientes permanentes deben durar toda la vida. Con relación a la demanda y utilización de servicios de salud bucal, solo el 66% consultó al odontólogo cuando la enfermedad se tornó incapacitante, en tanto el resto hace uso de analgésicos, remedios caseros y antibióticos, entre quienes tuvieron alguna vez dolor en una muela o diente. Con este estudio se logró demostrar la importancia de impactar las prácticas desde el hogar, al encontrarse que el 71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quienes les enseñaron a cuidarse la boca, seguidos por los maestros y/o el odontólogo, por el autoaprendizaje o por el aprendizaje a través de mensajes de radio y televisión. Se reconoce la utilidad del uso de flúor debido a "que evita la caries" y "por que endurece los dientes" aunque entre quienes no lo consideran útil se destaca el argumento de que "es suficiente con el cepillado", o que "el flúor es dañino por que mancha los dientes o les quita su brillo". Se evidencia que si bien se ha logrado un mayor interés sobre el cuidado de la dentición de los niños desde los primeros años de vida, se hace necesario continuar el proceso educativo sobre aspectos fisiológicos normales que las madres pueden monitorear como las etapas de erupción y de recambio dentario.

Se encontró un estudio internacional denominado: Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses, realizado por BERNABÉ ORTIZ E, SÁNCHEZ-BORJAS P.C., DELGADO-ANGULO E, de la universidad Peruana Cayetano Heredia, en Lima Perú. El objetivo de esta investigación fue: Evaluar la efectividad de una intervención comunitaria en salud oral, dirigida a niños entre 6 y 14 años de edad de comunidades urbano-marginales de Sol Naciente (Carabayllo), realizada por estudiantes de pregrado de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Los Materiales y métodos utilizados: Ciento doce niños fueron cubiertos en la intervención preventivo-promocional hasta la evaluación a los 18 meses. La efectividad fue evaluada midiendo la variación en la prevalencia y experiencia de caries dental, así como también en el nivel de obturaciones, higiene oral y proporción de molares permanentes sellados y obturados al inicio y a los 18 meses de la intervención.

En los resultados encontraron que no hubo variación significativa en la prevalencia y experiencia de caries dental entre ambas evaluaciones. Sin embargo, se encontró una mejora significativa en la proporción de dientes y superficies cariadas que fueron obturados ( $p < 0,001$  y  $p = 0,015$  respectivamente), en el nivel de higiene oral ( $p < 0,001$ ) y en la proporción de molares permanentes sellados y obturados ( $p < 0,001$  en ambos casos). *Conclusiones:* Los resultados indicaron que la intervención fue efectiva en el control de caries dental y en la mejora de los niveles de obturaciones e higiene oral así como de la proporción de molares permanentes sellados y obturados en los niños evaluados. Se requieren futuros estudios para evaluar la efectividad y costos de intervenciones similares en el Perú.

## 1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los profesionales de la salud tienen toda la fundamentación científica académica, cronológica, política, económica, social y ética para ser capaces de erradicar las enfermedades más prevalentes en la población mundial y nacional y por tanto conservar sanos y bucodentalmente sanos a más del 90% de la población mundial y Colombiana.<sup>2</sup> Es así como a nivel nacional la resolución numero 3577 de 2006 del Ministerio de la Protección Social adoptó el Plan Nacional de Salud Bucal para todas las instituciones que ofrecen servicios de salud oral, cuyo contenido debe ser desarrollado a partir de las competencias propias de los actores del SGSSS y de las demás entidades, instituciones y recurso humano relacionado con la salud bucal,<sup>3</sup> con el fin de crear programas de atención al usuario para promover la salud oral y prevenir manifestación de enfermedades buco-dentales; de esta manera es factible identificar factores de riesgo y tener consciencia de los hábitos de vida, fomentar el autocuidado, y ampliar el conocimiento sobre los determinantes de algunas enfermedades.

Sin embargo, actualmente los problemas de salud bucal continúan siendo una de las primeras causas de consulta en todos los grupos de edad en Colombia, el Ministerio de Salud de la Protección Social, es actualmente una fuente disponible relacionada con la caracterización de la salud bucal en el país. Otros análisis locales, efectuados durante los últimos años por diversas entidades de carácter departamental y municipal, corroboran los hallazgos presentados por el ENSAB III (Estudio Nacional de Salud Bucal) en 1998.<sup>4</sup> Se reportó que el 60.4% presentaron historia de caries y el 54.8% presentó caries activa, en la dentición primaria y en la dentición permanente, el 88.7% de las personas ha presentado historia de caries y el 65.3% tenía caries sin tratamiento. El índice de cariadados, obturados y perdidos en dientes desiguos (CPO-D1) presentó en la edad de 12 años unas condiciones de salud bucal inadecuadas, con alta prevalencia de enfermedad.

En relación al desarrollo de programas de P y P, en lo que respecta a la caries dental se encontró, que los niños de 5 años presentaron reducción del 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el índice ceo-d paso de 4.2 en 1977-80 a 3.0 en 1998, si bien el 39.6% de estos niños no han tenido historia de caries, demostrando un impacto moderado en los niveles de salud, no se logró la meta propuesta por la OMS de tener un 50% de niños de esta edad con un cero-d de 0 (sin experiencia de caries).

Frente a la enfermedad periodontal, el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) concluye que durante los últimos años se han producido cambios importantes en los parámetros que definen la enfermedad y los métodos de diagnóstico lo que

---

<sup>2</sup> Acuña Herazo B. 2003. Clínica del sano en Odontología. ECOE. Bogotá.

<sup>3</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL: RESOLUCION NUMERO 3577 DE 2006, (Sept. 28) adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB

<sup>4</sup> Ibid, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. (2006)

hace difícil evaluar con claridad la tendencia del problema, a pesar de lo cual, la enfermedad periodontal es la segunda causa más frecuente de consultas y de mala salud bucodental, el 50.1% de las personas presentan alguna pérdida de soporte dental y el 92.4% presenta algún marcador de enfermedad periodontal (principalmente presencia de cálculos en el 53.3% y sangrado)

Existen unos compromisos internacionales ratificados por el país para avanzar en la búsqueda del aporte de la salud bucal a la salud integral y las empresas prestadoras de servicios buscan alcanzar estas metas propuestas, pero en muchas ocasiones se encuentran con un limitante reconocimiento de la salud bucal, como un componente fundamental de salud de la población, además con la inequidad en el acceso de la población a la prestación de los servicios de salud bucal, la falta de reglamentación normativa relacionada de forma específica en aspectos que den soporte a la práctica odontológica y a la gestión con calidad y costo-efectividad de los servicios de salud bucal y algo no menos importante hay desarrollos inadecuados de procesos de seguimiento y control.

El servicio de odontología general busca mejorar las condiciones bucodentales de la población afiliada y conjuntamente prevenir enfermedades dentales, mediante programas de promoción y prevención de salud oral, para tal efecto se han creado, espacios y programas como la Clínica del sano, para mantener la salud oral de los pacientes, en una IPS.

Esta empresa ha venido desarrollando este programa con acciones de promoción y prevención de enfermedades periodontales, sin embargo actualmente no se conoce el estado en salud oral de los usuarios que ha tenido este programa, pues se asisten a muchos pacientes pero no se ha realizado un seguimiento de la utilización o no al servicio y no se ha evaluado las características en salud oral desde que ingresan a la consulta odontológica y se registran en el programa de clínica del sano.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el estado de salud oral en pacientes del programa clínica del sano que ingresan por primera vez a la consulta odontológica?



## **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

La salud bucal, sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas que debe analizarse desde la compleja situación que presenta debido a la estructura del sistema, a los esquemas laborales, de formación y de relación sectorial e institucional de la profesión, y a las tendencias del mercado.

El Plan que se presenta, por si mismo no pretende cambiar la estructura misma del actual SGSSS, pero si brindar los espacios para que los actores relacionados participen propositiva y activamente, en el planteamiento de soluciones basados en primera instancia en los lineamientos dados por el plan de desarrollo, que hace énfasis en el fortalecimiento de la prestación integral de servicios y en la obligación de asumir los compromisos internacionales entre los cuales están la no aplicación de medidas preventivas que favorece la presencia de todo tipo de enfermedades entre ellas la caries dental y las periodontopatías. La importancia de estos programas es no solamente atender enfermos sino a sanos para conservarlos así; la OMS, la OPS, la epidemiología y salud pública, han demostrado que en lo que se necesita profundizar es en la investigación de ciencias básicas y biotecnología, para encontrar medidas de prevención específica que erradiquen las enfermedades.

Para ello y con el animo de continuar a la vanguardia con la política de calidad, ha diseñado el programa Clínica del Sano incluido dentro de los procesos que se realizan en el departamento de odontología, cuyo propósito esta encaminado en direccionar a todos los pacientes que ingresan por primera vez al servicio odontológico de la IPS, en crear conciencia y cultura de promoción y prevención en salud oral.

Los pacientes una vez han sido controlados en su fase preventiva y en su fase de control de la enfermedad (caries, enfermedad gingival, enfermedad periodontal) es direccionado automáticamente al programa clínica del sano, cuyo objetivo fundamental es propender por el mantenimiento sostenido de condiciones de salud oral optimas, esto a su vez se convierte en mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes afiliados a la IPS y contribuir cada día más con la salud oral de los Caucanos.

Este proyecto es importante por que aportara al conocimiento de las características y comportamiento del usuario del servicio de odontología que ingresa la programa de clínica del sano en la empresa IPS especificando el alcance del servicio y el logro de pacientes sanos como ideal de la política, incluyendo la descripción de características en salud oral durante la atención en consulta odontológica hasta su ingreso al programa en mención.

Los resultados permitirán sensibilizar el servicio, promoviendo el enfoque del usuario como eje central de la atención y de las acciones de fomento y promoción

de la salud, prevención y protección específica y detección temprana en cualquier momento del ciclo vital y de la etapa de intervención.

Con este proyecto se pretende favorecer procesos de integración funcional de la salud bucal dentro de la salud general, con participación interdisciplinaria para el incremento de capacidades y habilidades de los propios individuos.

Este puede beneficiar el desarrollo de procesos de gestión de la empresa, que permitan el control de la administración de las entidades en beneficio del bienestar de los usuarios, de los profesionales y de las entidades; diseñando, implementando y adaptando procesos de gestión en la atención, que favorezcan la identificación y manejo de los riesgos en salud bucal y en salud general para garantizar la mas efectiva prestación de acciones en salud a la población.

Con este proyecto se puede dar bases para orientar estrategias de cobertura del programa y habrá una gran mayoría de población de alto rendimiento físico y mental productiva generadora de riqueza, habrá pocos enfermos y estos serán excelentemente bien atendidos.

Se pretende aportar al proceso de sensibilización a las nuevas generaciones de dirigentes académicos e investigativos que deben insistir en la formación y preparación de profesionales con necesidad y formar mentalidades en profesionales netamente preventivas

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo General**

Evaluar el estado de salud oral en pacientes del programa Clínica del Sano que ingresan por primera vez a la consulta de odontología en una IPS en Popayan. Mayo de 2007

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

- ❖ Identificar las características sociodemográficas de los usuarios atendidos por primera vez en el programa de consulta de odontología.
- ❖ Evaluar la duración en tiempo y sesiones del tratamiento realizado en los usuarios que ingresan por primera vez en el programa de consulta de odontología.
- ❖ Establecer la frecuencia de las enfermedades dentales y periodontales evaluadas y actividades de Promoción y prevención en los pacientes cuando consultaron por primera vez y en clínica del sano.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 MARCO CONTEXTUAL

Popayán, capital del departamento del Cauca. Se encuentra localizada en las coordenadas 2°26'39"N, 76°37'17"O en el Valle de Pubenza, entre la Cordillera Occidental y Central al sur occidente del país y cuenta con 258.653 habitantes<sup>5</sup>. Se encuentran los pisos térmicos cálido, templado y frío. Hacen parte del departamento del Cauca los parques nacionales naturales de Munchique, Gorgona, Nevado del Huila y Puracé. Su extensión territorial es de 512 km<sup>2</sup>, su altitud de 1737m. sobre el nivel del mar, su precipitación media anual de 1941 m.m, su temperatura promedio de 18 – 19 °C y dista 702 K.m. de Bogotá.

### 2.2 MARCO LEGAL

El presente proyecto de investigación, se rigió por las normas legales, que amparan al Sistema General de Seguridad Social en salud y en general a los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.

**CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1991.** En Colombia, en 1991 se reformó la Constitución Política la cual consagra en su artículo 48 la Seguridad Social y la salud como derechos colectivos, y en el artículo 49 plantea que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud... Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”<sup>6</sup>.

La Constitución aporta elementos esenciales que favorecen la equidad en salud, la formulación e implementación de políticas públicas saludables y la descentralización como requisitos para conseguir mejores condiciones de vida para los colombianos. Los elementos citados fueron retomados por el sector salud y se implementaron a través de la ley 100 “Ley de Seguridad Social Integral en Salud”<sup>7</sup>, siendo el acto legislativo de mayor importancia en salud, dado que pretende crear un servicio único, integrando el sistema de salud al Sistema de Seguridad Social.

---

<sup>5</sup> Información suministrada por la oficina de Planeación Municipal, año. Censo 2005.

<sup>6</sup> Constitución Política de Colombia. Santafé de Bogotá: ImpreAndes S.A. 1994. p 22, 23.

<sup>7</sup> Ley 100 de Seguridad Social Integral. Libro II, capítulo III, artículo 165. Santafé de Bogotá. 1993.

**LEY 100 de 1993.** Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y establece dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; las cuales fueron inicialmente reglamentadas en la resolución 3997 del 30 de octubre de 1996, esta determino las acciones que son de obligatorio cumplimiento para las EPS empresas promotoras de salud y las ARS administradoras del régimen subsidiado, las cuales debían utilizar estrategias para la atención individual, familiar o grupal. Así mismo, en ella se definió la promoción de la salud como: “la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el fin de garantizar, mas allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades” y la prevención de la enfermedad como “ el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables de la salud”<sup>8</sup>.

**RESOLUCION NUMERO 3997 DE OCTUBRE 30 DE 1996<sup>9</sup>.** Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el Capítulo I, Artículo 1 define su Objeto que es “Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y establecer los lineamientos para su evaluación y seguimiento”. El campo de aplicación es a todas las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Administradoras del Régimen Subsidiado del SGSSS e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en el territorio nacional. De igual manera en su Artículo 6 establece las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deberán ser ejecutadas por las EPS, Entidades Adaptadas y ARS a sus afiliados y por las IPS públicas a los afiliados al sistema, definiendo los programas de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral.

**RESOLUCION 412 DE DICIEMBRE DE 2000<sup>10</sup>.** En diciembre de 2000 el Ministerio de Salud promulga la Resolución 412 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la

---

<sup>8</sup> Ley 100 de Seguridad Social Integral. Santafé de Bogotá. 1993.

<sup>9</sup> Resolución Numero 3997. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá. 1996.

<sup>10</sup> Resolución Número 412. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá. 2000

atención de las enfermedades de interés en salud pública; Con esta Resolución el Ministerio definió un grupo de intervenciones de detección temprana, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública mediante normas técnicas (de obligatorio cumplimiento) y guías de atención. La implementación de estas normas y guías está integrada al Sistema de Fortalecimiento de la Gestión en Salud Pública, el cual determina una serie de metas e indicadores de cumplimiento e indicadores centinelas de la calidad, que deben reportar las administradoras de planes de beneficios (EPS de los sistemas contributivo y subsidiado y entidades adaptadas) a las direcciones territoriales de salud y al Ministerio de Protección Social.

## 2.3 MARCO TEÓRICO

Las enfermedades orales se consideran como problemas de salud públicos, debido a su predominio alto e incidencia en todas las regiones del mundo, sobre todo en aquellas regiones socialmente marginadas. El no control de estas enfermedades presenta un impacto severo que se ve reflejado en el dolor, el deterioro funcional y en general en el efecto que tienen en la calidad de vida de las personas.

Los problemas de salud oral principales en el mundo son las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe<sup>11</sup> y su estudio ha permitido el desarrollo de modelos que abordan la enfermedad oral ligada estrechamente a los estilos de vida que incluyen la dieta rica en azúcares, el uso extendido de tabaco y el aumento de consumo de alcohol, además ligada a determinantes socio-ambientales, teniendo en cuenta que la enfermedad oral se relaciona favorablemente con éstos factores de estilo de vida, denominados factores de riesgo porque aumentan la probabilidad de que se presenten, o factores protectivos, como la exposición apropiada al fluoruro y la adecuada higiene oral que minimizan o reducen la probabilidad de su presentación.

En el desarrollo de este trabajo se presentarán diferentes conceptos y teorías, entorno a la Promoción de la Salud oral tomados desde la perspectiva de múltiples autores, con el objetivo de hacer que el documento, sea amplio en su argumentación.

**2.3.1 Salud Oral.** Explicar los determinantes del proceso salud-enfermedad, no es una tarea fácil. Históricamente los modos de concebir y abordar el proceso salud-enfermedad han dado lugar a una diversidad de modelos teóricos ó paradigmas: mágico-religioso, sanitarista, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico, social, histórico-social, geográfico, económico e interdisciplinario; que

---

<sup>11</sup> The World Oral Health Report OMS. 2003.

involucran varias disciplinas en su análisis<sup>12</sup>. Por ejemplo en la concepción individual y biologicista/unicausal, la enfermedad es analizada como proceso biológico de organismos individuales. Gracias a los avances del conocimiento en microbiología y al descubrimiento de la penicilina, con lo cuales la medicina tuvo rápidos y grandes avances, la atención científica se centró en el individuo y en sus procesos biológicos, descuidando, al menos parcialmente, el campo de la investigación de la colectividad humana y la influencia directa de la estructura social en el fenómeno de la enfermedad.

Este enfoque tuvo muchas limitaciones, sus planteamientos no permitían explicar el hecho de que en los países industrializados poco a poco enfermedades como la arteriosclerosis y el cáncer empezaran a ocupar lugares importantes en los registros de morbilidad y que en los países pobres los problemas de salud referidos a las enfermedades transmisibles siguieran cobrando vidas. Se requirió replantear el modelo y estudiar las condiciones de vida, con lo cual se involucraron de manera directa el ambiente y las condiciones sociales como elementos condicionantes del fenómeno salud, y surgió la concepción multicausal, que incorpora nuevas variables que intervienen en la explicación de la enfermedad como la interacción entre huésped, agente y ambiente con sus mecanismos dinámicos de adaptación, conservando un enfoque de determinación biológica.

El modelo epidemiológico, incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. El desarrollo del conocimiento epidemiológico ha demostrado que la determinación social de la frecuencia y distribución de los eventos patológicos se encuentra a un nivel jerárquicamente superior a la determinación biológica y psicológica de los mismos. Desde esta perspectiva, lo anterior significa que es mucho más importante la ubicación que cada individuo tiene dentro de las clases sociales, que su raza, carga genética o herencia para desarrollar nuevas patologías que en conjunto lo conducirán a la muerte.

Finalmente surgen los modelos que analizan el proceso salud-enfermedad como fenómeno colectivo, vinculado a determinaciones históricas sociales y por consiguiente, dinámico y complejo. En otras palabras, cuando se pasa del nivel de organización que representa un individuo al de la comunidad o al de la sociedad, el peso específico de los factores biológicos disminuye en favor de los factores socioeconómicos y ambientales.

Terris (1975) citado por Arredondo afirma que es imposible separar la salud y la enfermedad y por lo tanto su relación, por cierto muy compleja, puede describirse

---

<sup>12</sup> ARREDONDO, A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (3): 254-261, jul/set, 1992

más como un continuo con diferentes niveles de equilibrio que como una separación de ambos conceptos<sup>13</sup>.

Los teóricos revisionistas, siendo uno de sus principales representantes, Milton Terris<sup>14</sup>, definen la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El concepto ecológico, con autores como Rene Dubos<sup>15</sup> define la salud como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio. El concepto dinámico con autores como Salleras<sup>16</sup>, la define como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

El concepto clásico de salud la define como ausencia de enfermedades e invalideces, que como se ha analizado es una definición negativa y estática. El significado ampliado de salud oral es paralelo al significado ampliado de salud propuesto por la OMS en 1946, que la definió como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, definición que se puede analizar en términos positivos y holísticos, sin desconocer a juicio de algunos analistas un poco su utopía y subjetividad.

Entre los aspectos criticables de esta definición dada por la OMS se considera el hecho de equiparar bienestar a salud, lo que no siempre es cierto. En este sentido, esta definición es mas una declaración de principios y objetivos, teniendo en cuenta que es difícilmente alcanzable “un completo bienestar físico, mental y social”.

La salud es entonces dinámica y no estática y por eso autores como Terris discrepan de la definición de la OMS, proponiendo eliminar la palabra “completo” ya que la salud y la enfermedad no son absolutas sino que se manifiestan en grados, es decir, las dos forman un continuo cuyos extremos son el óptimo grado de salud o la muerte, siendo difícil a menudo diferenciar lo normal de lo patológico.

En la actualidad se reconoce que el estado de salud de las comunidades responde a la interacción de cuatro factores: biológicos que hacen referencia a los determinados genéticamente y explican los diferentes grados de susceptibilidad a determinadas patologías o la predisposición a sufrirlas, además de la determinación etiológica de los procesos patológicos netamente heredados; hábitos y estilos de vida, determinados culturalmente, son la base de actitudes y conductas frente a alternativas como la fecundidad, las creencias frente a la enfermedad, la nutrición, entre otros; ambientales que condicionan la salud, entre

---

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> TERRIS, M., 1975. Approaches to an epidemiology of health. American Journal of Public Health, 65: 1037-1045.

<sup>15</sup> Piédrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona. Masson-Salvat. 2000.

<sup>16</sup> Salleras L. Educación sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones. Madrid. Díaz de Santos. 1990

ellos encontramos la cantidad y calidad del agua para consumo, la posibilidad de acceso a los nutrientes mediada por su existencia, los precios del mercado y el prestigio que culturalmente se les haya determinado, y el factor relacionado con la tecnología médico-farmacéutica. Todos ellos estrechamente relacionados con la calidad de vida y la disponibilidad de recursos.

De la definición dada por la OMS se desprende que salud oral debe también incluir el bienestar, por tanto la salud oral y la salud general son inseparables. El ignorar signos y síntomas de enfermedad y mal funcionamiento oral va en nuestro propio detrimento. La salud oral es parte integral de la salud general, no se puede ser sano sin salud oral. La salud oral y la salud general no deben ser interpretadas como entidades separadas y siendo la salud oral un componente crítico de la salud debe estar incluida en la prestación de servicios médicos y en el diseño de programas para la comunidad.

Lalonde (1974) analizó los determinantes de la salud y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico en salud pública para enfrentarse a los principales problemas de salud en la mayoría de los países desarrollados. Afirma este autor que el nivel de salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables: medio ambiente (contaminación), estilo de vida (conductas salud), sistema de asistencia sanitaria y biología humana (genética y envejecimiento), siendo susceptible de alteraciones las tres primeras variables.

Al aplicar este modelo propuesto por Lalonde a los problemas de salud oral permite analizar nuevas perspectivas para abordar tales problemas y comprender sus factores causales, así como las vías adecuadas para su prevención. Este modelo puede aplicarse a cualquiera de las enfermedades orales más prevalentes como la caries o enfermedades periodontales donde los factores biológicos estarían representados por la susceptibilidad del individuo y la presencia o eliminación de factores de riesgo dependerá en gran parte de elementos relacionados con el medio ambiente y el estilo de vida.

Como consecuencia de este enfoque más integral acerca de la salud oral surge una nueva perspectiva para enfrentarse a estos problemas que se fundamenta en la utilización de medidas preventivas aplicadas a grandes grupos de población, como el uso de flúor, higiene oral, etc, todas ellas relacionadas con cambios de los hábitos de comportamiento de la población.

Sin embargo, no se puede desconocer las limitaciones que presenta este enfoque, teniendo en cuenta que los estilos de vida, el medio ambiente y la eficiencia en los servicios de salud están condicionados por factores más grandes como la pobreza, el trabajo adverso, la inequidad en la prestación de servicios de salud,



que influyen decisivamente en los comportamientos de las personas y las comunidades.<sup>17</sup>

La salud oral significa más que dientes saludables y que uno no puede estar sano sin salud oral, teniendo en cuenta que la boca refleja el estado de salud general y el bienestar. Los factores de riesgo a la salud en general, que son comunes a muchas enfermedades, tales como el uso del tabaco y la mala alimentación, también afectan la salud oral. La prueba de que existe relación entre el uso del tabaco y las enfermedades orales ha sido claramente señalada en diferentes investigaciones sobre el tabaco, desde 1964, de igual manera, los efectos orales de la nutrición y la dieta. Investigaciones recientes han señalado la posible relación entre las infecciones orales crónicas y la diabetes, las enfermedades cardíacas y pulmonares, el derrame cerebral, y los nacimientos prematuros<sup>18</sup>.

La palabra “oral” se refiere a la boca. La boca incluye no sólo los dientes y las encías (gingiva) y sus tejidos de apoyo, sino también el paladar duro y blando, las mucosas de la boca y la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivares, los músculos de la masticación, y las mandíbulas inferior y superior. Igualmente importantes son los ramales de los sistemas nervioso, inmunológico y vascular, que animan, protegen y nutren los tejidos orales, así como proveen las conexiones al cerebro y al resto del cuerpo<sup>19</sup>.

La salud oral significa estar libre de dolores orofaciales - crónicos, así como de cánceres orales y faríngeos (garganta), lesiones del tejido oral blando, defectos congénitos tales como labio y paladar leporino, y muchas otras enfermedades y trastornos que afectan los tejidos bucales, dentales y craneofaciales, conocidos colectivamente como el “complejo craneofacial”. Estos tejidos nos permiten hablar y sonreír, suspirar y besar; oler, gustar, tocar, masticar, y tragar; gritar de dolor, y transmitir un mundo de sentimientos y emociones a través de nuestras expresiones faciales. También ofrecen protección contra infecciones microbiales y ataques ambientales<sup>20</sup>.

En este contexto, la Salud Oral Integral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar a los usuarios para mantener una buena salud bucal, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

---

<sup>17</sup> Cuenca, E y Baca, G. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. 3 Ed. Masson. 2007.

<sup>18</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General-- Resumen Ejecutivo*. Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000.

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> Ibid

Tener salud oral es un complemento fundamental para alcanzar la salud integral de la persona, una limitada salud oral interfiere e el proceso digestivo y en consecuencia afecta a todo el organismo, un adecuado diagnóstico de salud oral detecta temprana o tardíamente patologías mortales, pudiendo prevenirlas. Las molestias y dolores originados en la cavidad oral, son martirizantes, su oportuna eliminación devuelven la tranquilidad a quien las padece, las pérdidas dentarias prematuras afectan la estética y vulneran la autoestima y en consecuencia la salud mental de las personas. Además, los problemas de salud oral son causantes de ausentismo laboral y de interrupción y deserción escolar.

El significado ampliado de *salud* y *salud oral* de ninguna manera disminuye la importancia de las dos principales afecciones dentales - caries y enfermedades periodontales. Estas siguen siendo comunes y generalizadas, afectando a casi todo el mundo en algún momento de su vida.

En muchos países en desarrollo, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; con frecuencia los dientes o no se tratan o son extraídos. Por otro lado, si bien ha habido cierto avance en la reducción de la caries dental entre la población joven de los países desarrollados, para muchas personas mayores ésta sigue siendo una de las principales fuentes de dolor y mala salud (Poul Erik Petersen)<sup>21</sup>.

La mayoría de los niños a nivel mundial presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías), y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Entre el 5% y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes. En los países industrializados, los estudios muestran que el tabaquismo es un factor de riesgo clave en las periodontopatías. A nivel mundial el cáncer de boca es el octavo en frecuencia entre la población masculina. Fumar, usar tabaco sin humo, mascar betel y consumir alcohol son factores de riesgo<sup>22</sup>.

Siendo que persisten las enfermedades bucodentales mencionadas, lo que ha cambiado en el tiempo, es lo que se puede hacer al respecto. En la década de 1930 los investigadores descubrieron que las personas que vivían en comunidades con agua potable con contenido de flúor tenían menos caries que las personas que tomaban agua sin flúor. Pero no fue hasta el final de la segunda Guerra Mundial que los investigadores pudieron diseñar e implementar en las comunidades las pruebas clínicas que confirmaron sus observaciones y pudieron lanzar un mejor enfoque al problema de la prevención de las caries. Poco después, el ajustar el contenido de flúor en el agua de las distintas comunidades empezó a considerarse una medida importante de salud pública para prevenir las caries dentales. Las enfermedades orales son progresivas y acumulativas y se

---

<sup>21</sup> Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. La carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2005, 83: 661-669.

<sup>22</sup> Ibid

hacen más complejas con el tiempo. Pueden afectar nuestra capacidad de comer, así como los alimentos que elegimos, nuestro aspecto y la forma en que nos comunicamos. Estas enfermedades pueden afectar también nuestra productividad económica y limitar nuestra capacidad de trabajar en la casa, en la escuela, o en el empleo<sup>23</sup>.

El tema de prevención en salud oral ha venido ganando terreno desde las décadas de 1950 y 1960 cuando investigadores demostraron que no sólo las caries dentales sino también las enfermedades periodontales eran infecciones bacteriales y podían reducirse mediante el aumento de la resistencia del organismo receptor a las enfermedades, reduciendo o eliminando el germen patógeno en la cavidad oral. La aplicación de los resultados de estas investigaciones ha producido una mejoría creciente en la salud oral de las personas, nuevos enfoques sobre la prevención y tratamiento de enfermedades dentales, y progreso en la ciencia.

Existen medidas de prevención seguras y efectivas contra las enfermedades, que todos pueden adoptar para mejorar la salud oral y evitar las enfermedades. Estas medidas incluyen los procedimientos de higiene oral diaria y otros hábitos referidos a estilo de vida, los programas comunitarios, tales como fluorización del agua y de suspensión del uso de tabaco, y las intervenciones profesionales tales como los selladores dentales y los exámenes para detectar cáncer oral o faríngeo. Dado la extensión y severidad de los problemas de salud oral, un incremento racionalizado y calificado de las intervenciones, contribuye indudablemente a un mejoramiento de la salud pública.

Prevención en un sentido amplio se puede definir como cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad o aminorar su progresión. En un sentido estricto se refiere a todo el conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad. La Prevención como concepto básico se aplica a todos los niveles de odontología. En la actualidad existen pocas dudas acerca del protagonismo que ha tenido las medidas preventivas en la disminución de enfermedades como la caries y en general en la salud oral.

**2.3.2 Promoción de la Salud Oral.** El concepto de promoción de la salud se viene formulando desde casi principios de siglo, pero hasta los años setenta su teoría y práctica empezaron a ocupar un lugar importante en el marco de la salud pública, alcanzado su máximo desarrollo en Canadá, Estados Unidos y Europa occidental.

---

<sup>23</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General-- Resumen Ejecutivo*. Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000

La promoción de la salud fue descrita hace más de 5 décadas como "salud se promueve mediante condiciones y estándares decentes de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, medios de descanso y recreación. Por lo tanto, la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades que la vida nos da." (H. Sigerist, 1941).

La promoción de la salud representa una disolución con el pasado histórico de la humanidad cuyos objetivos principales eran de supervivencia y protección frente a la enfermedad. En los últimos años se han dado grandes pasos para reducir la mortalidad y morbilidad, gracias a los avances en higiene, salud pública, microbiología, control del ambiente, entre otros, y como consecuencia de estos, en el siglo XX los patrones de enfermedad, incapacidad, años de vida saludables y muerte han experimentado grandes cambios.

La carta de Ottawa define la promoción de la salud como el "proceso de capacitación del conjunto individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan así mejorarla"<sup>24</sup>. La promoción y la prevención persiguen como meta la salud, pero esta última lo hace situándose en la enfermedad, siendo su objetivo evitarla; a diferencia de la primera, que persigue maximizar los niveles de salud. En esta carta se propusieron cinco mecanismos para la promoción de la salud: el desarrollo de habilidades personales, la reorientación de los servicios de salud, la promoción de políticas saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la creación de ambientes favorables.

En consonancia con los planteamientos anteriores, se puede afirmar que la promoción engloba la prevención pero es más amplia y su base a nivel conceptual la encontramos en las dos características que definen la salud, su carácter dinámico y la influencia de sus determinantes.

En el avance de la promoción de la salud en América Latina y el Caribe ejercieron una influencia decisiva la Declaración de Alma Ata (1978) , el informe Lalonde (1974) y el informe "Un pueblo saludable" (1979) , documentos que contienen un detenido análisis de los problemas, necesidades e infraestructura de salud de los distintos países que revelan la grave crisis institucional ocasionada por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente la monumental carga representada por los problemas sanitarios del subdesarrollo y las enfermedades crónicas y degenerativas. Se hace necesario reforzar el nivel básico de atención y, de hecho, en 1978 la atención primaria se convirtió en una estrategia de salud pública en los países de la Región.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> World Health Organization. Ottawa Charter. For Health Promotion Genere. WHO. 1986.

<sup>25</sup> Cerqueira, MT. Promoción de la salud: retos y perspectivas", presentado en el Congreso de Salud Pública, celebrad» en Cuernavaca, México, el 25 de enero de 1995.

La Red de Experiencias en Promoción de la Salud REDEPS conceptualiza la promoción de la salud desde una amplia perspectiva integrando las condiciones y los comportamientos necesarios para lograr estilos de vida saludables como el conjunto de actividades, recursos y procesos orientados al desarrollo global del ser humano, en pro de una mayor igualdad de opciones para disfrutar la vida y vivirla con satisfacción.

La promoción de la salud es “la suma de las acciones de la población, de los servicios de salud, de las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (OPS/OMS, 1990).

La Resolución número 3997 DE 1996 (Octubre 30) por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)., en su Artículo 3o “define la promoción de la salud como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales de los individuos y las colectividades.”

La promoción y prevención según la resolución 412 del 2000, establecida por el Gobierno Nacional y la cual divide como obligatorias en tres áreas, como son las actividades de protección específica, detección temprana y atención para las enfermedades de interés en salud pública. Esta resolución invita a las entidades de salud a mejorar la atención a diversas enfermedades y grupos como atención al adulto mayor y anciano, control de enfermedades transmitidas por vectores, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud visual, Salud Oral, discapacidades, atención al niño adolescente, entre otros.

Los conceptos, principios básicos y metodología de la promoción de la salud han sido considerablemente difundidos por la OPS en documentos, reuniones y programas de capacitación en diversos países. En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Bogotá en el año 1992, se emitió una definición de promoción de la salud que destaca cinco metas esenciales: 1) satisfacer las necesidades básicas de la población y eliminar la desigualdad en todas sus manifestaciones; 2) adoptar nuevas medidas, fundamentalmente educativas y de participación comunitaria, para luchar contra el sufrimiento, el atraso y las enfermedades relacionadas con la urbanización y la industrialización; 3) vencer las barreras políticas que limitan el ejercicio de la democracia y combatir la violencia y problemas psicosociales, institucionales y de salud pública que esta genera; 4) eliminar las diferencias que obstaculizan el acceso de ciertos sectores al bienestar; y 5) lograr un desarrollo integral y recíproco.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Ibid

La promoción de la salud va más allá de traspasar una serie de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el propósito de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicho propósito, la promoción de la salud utiliza como estrategia de trabajo, la educación para la salud

En concordancia con los conceptos anteriormente planteados, la atención preventiva en salud oral constituye un conjunto de actividades como control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes y detartraje supragingival con efecto comprobado científicamente sobre la persona, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población.

Yépez y colaboradores definen la promoción de salud oral como la estrategia social encaminada a desarrollar el potencial de individuos y poblaciones, que generan medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar<sup>27</sup>.

La OMS en el Informe Mundial sobre Salud Bucodental<sup>28</sup>, ha revelado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental y su tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, estando por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. De igual manera, establece los principales componentes y prioridades del programa mundial de salud bucodental de la OMS, teniendo en cuenta por un lado factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo, y por otra parte, aborda los principales determinantes socioculturales, como la pobreza, la falta de tradiciones que fomenten la salud bucodental y el bajo nivel de instrucción. En este mismo sentido, llama la atención de los países, para que verifiquen que se haga un uso adecuado del flúor para prevenir la caries dental, y además tengan en cuenta que el agua contaminada y la falta de higiene son factores de riesgo medioambientales para la salud bucodental y para la salud en general.

Amorim ha señalado la importancia de crear una “Filosofía Preventiva” con la salud oral incentivando medidas educativas de aplicación masiva a nivel infantil, dado que los estudios realizados muestran que el 90% de las pérdidas dentarias se deben a la caries y a la enfermedad periodontal, ambas causadas por la placa

---

<sup>27</sup> Yépez MA, el club de la Sonrisa Feliz, un programa de intervención comunitaria en salud oral, Bogotá 2000

<sup>28</sup> The World Oral Health Report OMS. 2003.

bacteriana, la cual ataca por la falta de una adecuada prevención, de ahí que la necesidad de la prevención en la odontología sea de reconocimiento universal<sup>29</sup>.

«En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse. Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos.»<sup>30</sup>

Slack y Murray (1981) han señalado como factores que afectan la utilización de los servicios de odontología los siguientes:

1. Factores Sociodemográficos. La utilización del servicio de odontología esta en relación con la edad, el sexo, educación, raza y status socioeconómico. Los más predispuestos son sujetos entre 5 y 24 años de edad, mujeres que han recibido educación universitaria, y profesionales cualificados bien remunerados. Estos sujetos viven en áreas urbanas y pertenecen a clases media y alta.

Shanley y Ahern (1980) en los estudios realizados encontraron que los adolescentes con nivel socioeducacional más bajo tienen más placa y caries y no existe una diferencia significativa en el índice CAod.

Murray (1983) afirma que las clases más favorecidas hacen mayor uso de los servicios preventivos exclusivamente, siendo los servicios de tratamiento más empleados por la clase trabajadora.

2. Factores socioculturales. La familia y los amigos predisponen al uso del servicio de odontología, sobre todo en edades más tempranas.

3. Factores económicos. Este factor determina que amplios grupos de población carezcan de salud oral adecuada. Sobre este factor se apoyan en gran medida los otros factores mencionados.

4. Factores organizativos. Se refiere a la forma en que los servicios de salud oral están organizados. Existe evidencia acerca de que ciertos grupos sociales no cuentan con los medios necesarios para acercarse a las instituciones prestadoras de estos servicios.

5. Factores socio psicológicos. De acuerdo a estos autores, existen tres factores que explican el mayor uso de los servicios de odontología. La motivación, es decir, la actitud que adopta una persona con respecto a la salud en función de sus

---

<sup>29</sup> Amorim L. Impacto de un programa de educación y motivación de higiene oral. *Odontología Clínica Científica* set-dic. 2004.

<sup>30</sup> Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS. 2003.

conocimientos sobre el tema, la susceptibilidad hacia la enfermedad percibida por el sujeto, la severidad potencial de la enfermedad y la viabilidad de recurrir a una conducta preventiva<sup>31</sup>. Se encuentran personas que no serán susceptibles a los tratamientos en la enfermedad bucodental, por no considerar estas enfermedades un problema grave para su salud. Un segundo factor, hace referencia a la percepción de sensaciones, como el miedo al tratamiento odontológico. El tercer factor es la socialización de la persona que incluye la historia de rechazos individuales en relación con la salud oral.

Una posible definición del concepto de prevención de salud oral se puede elaborar a partir del modelo de Clark (1973) que aplica a la medicina preventiva general y en odontología preventiva es la “suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de su salud bucal”<sup>32</sup>. De acuerdo a este modelo, existen tres periodos de prevención en odontología (Ver tabla 1).

La prevención primaria que consta de dos niveles, uno enfocado a la promoción de la salud en general por medio de programas de educación para la salud, y el segundo nivel que incluye medidas para prevenir enfermedades bucodentales, por ejemplo instrucciones sobre higiene oral. Su objetivo es disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades. Desde un punto de vista epidemiológico pretende disminuir la incidencia.

La prevención secundaria que incluye el diagnóstico y el tratamiento precoz en las personas y grupos de riesgo con el fin de mejorar el pronóstico de la enfermedad y mantenerla bajo control con más facilidad. Sólo actúa si la primera no ha existido o si ha fracasado. Se trata de la interrupción de la enfermedad mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad para lograr la curación o evitar secuelas.

La prevención terciaria, nivel en que se trata de limitar el daño provocado por la enfermedad bucodental y la rehabilitación tanto física como psicológica y social. Interviene cuando la enfermedad ya está bien establecida, ya sea porque no se han aplicado medidas en los niveles anteriores o han fracasado.

Los diversos programas de salud utilizan la prevención a nivel primario, es decir se adoptan medidas durante el proceso salud enfermedad antes de que el individuo se enferme.

---

<sup>31</sup> Becker, M.H. The Health belief model and personal health behaviour. Health Educational Monographs 2, 323-473. 1974.

<sup>32</sup> Katz S McDonald JL y Stookey G.K. Odontología Preventiva. · edición. Buenos Aires. Ed Medica Panamericana. 1986.



Tabla 1. Niveles de Actuación para la Prevención de la Enfermedad Dental según P. Gjermo 1980

<b>Nivel</b>	<b>Actuación</b>
Primaria	Programas educativos sobre Salud Oral Motivación (establecimiento de actitudes) Enseñanza Higiene Oral
Secundaria	Diagnóstico precoz (sujetos de riesgo) Tratamiento de la enfermedad incipiente Control de placa
Terciaria	Tratamiento de la enfermedad avanzada Restauración de la función Prevención perdida de dientes Control de placa

Fuente Amorim L. Impacto de un programa de educación y motivación de higiene oral. Odontología Clínica Científica set-dic. 2004

La visión clásica de los niveles de prevención se fundamenta en la modificación de las pautas de comportamiento de las personas y en las actuaciones clínicas para modificar los determinantes de la salud. La prevención actual enfatiza la importancia de los factores ambientales como influyentes decisivos en el comportamiento de las personas y las comunidades, por ejemplo el modelo de Shelham y cols (1990) que distingue cinco niveles de intervención en la odontología preventiva:

1. Cambios en el nivel ambiental. En este nivel se toman medidas generales de orden político y económico.
2. Cambios a nivel conductual. Se trata de procurar establecer hábitos alimenticios adecuados, limpieza de los dientes, promover la ingestión de flúor y el uso de los servicios odontológicos en pro de reducir los malos hábitos de salud oral.
3. Diagnóstico Precoz. Hace referencia a la realización de evaluaciones de la salud oral periódicas para prevenir caries, enfermedad periodontal o cáncer oral.
4. Terapia Preventiva. El objetivo es cambiar los hábitos que han causado la enfermedad dental, como por ejemplo el cepillado incorrecto, para evitar su desarrollo posterior. Se trata de realizar funciones educativas y restaurativas.

5. Detección y prevención de daños causados por la enfermedad dental una vez que esta ha sido controlada.

Tabla 2. Niveles de Prevención Dental según R.C. Cowen y A. Shelham . 1981

<b>Nivel de Intervención</b>	<b>Medidas</b>	<b>Actividad</b>
Cambio Ambiental	Económicas, sociales y físicas	Política/Publica
Cambio Conductual	Hábitos alimenticios Limpieza dientes Ingesta Fluor Uso servicios odontológicos	Personal
Diagnóstico Precoz	Chequeos Revisiones	Servicios personales y odontológicos
Terapia Preventiva	Cambio de Hábitos Alimentación Ingesta de Fluor Higiene Oral	Servicios personales y odontológicos
Detección y prevención de incapacidades y minusvalías	Tratamiento ortodoncia Reposición piezas	Servicios odontológicos

Fuente. Amorim L. Impacto de un programa de educación y motivación de higiene oral. Odontología Clínica Científica set-dic. 2004

Los servicios de odontología se deben orientar hacia los niveles de atención primaria de salud y la prevención. La OMS mediante su iniciativa Mundial de Salud Escolar pretende impulsar la promoción de la salud y la educación sanitaria en los ámbitos local, regional, nacional y mundial, y recientemente la ha venido reforzando por medio de un documento técnico sobre salud bucodental. De igual manera, se ha hecho mayor énfasis en la necesidad de prestar atención especial a las personas mayores, teniendo en cuenta que en el año 2050 habrá dos mil millones de personas mayores de 60 años, de los que un 80% vivirá en los países en desarrollo. Además, el programa de salud bucodental contribuirá considerablemente al diagnóstico precoz, la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, que suele manifestarse en primer lugar en forma de infecciones y lesiones bucodentales micóticas, bacterianas o víricas.

Petersen (2005) afirma «Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida. El dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida de piezas y la

existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas.».

Para que sea factible hablar de prevención, debe existir esta necesidad y a su vez ser aceptada por el usuario, el cual debe reconocer los beneficios de estos servicios y estar dispuesto a interiorizar la filosofía preventiva para llevarla a su vida cotidiana.

Es responsabilidad del personal de odontología imprimir, en sus usuarios el valor y los beneficios de la prevención y transformarla en el centro básico en torno de la cual se estructura la práctica odontológica, por ello el cambio de actitud debe empezar por el personal de salud oral desarrollando una nueva escala de valores, en los que prima el mantenimiento de la salud oral y las restauraciones se consideran una parte importante y necesaria pero de ninguna manera exclusiva y esencial de la práctica odontológica.

La consideración más importante de la llamada filosofía de la odontología preventiva es comprender y tratar al usuario como una entidad biopsicosocial integral, es decir una persona total con sus componentes físico y emocional que vive en un medio social, de esta forma el usuario toma conciencia de la importancia y el valor de los servicios preventivos que el odontólogo pueda realizar al observar el mantenimiento de su salud oral.

La necesidad de la prevención en la odontología es de reconocimiento universal. De hecho el 90% de las pérdidas dentarias se deben a la caries y a la enfermedad periodontal, ambas causadas por la placa bacteriana, la cual ataca por la falta de una adecuada prevención, de ahí, la importancia de crear una “Filosofía Preventiva” con la salud oral incentivando medidas educativas de aplicación masiva<sup>33</sup>. Estas enfermedades tienen una relación directa con el consumo de azúcar, el cigarrillo, el alcohol, una higiene oral deficiente y el estrés y no es fácil controlarlas sin un enfoque global de promoción de la salud oral, que requiere un cambio de las actitudes y los comportamientos que deben ser liderados por los profesionales de la odontología<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Teresa Evaristo Chiyong 1, Helen Pinto Pazos 2, Omar Salas Sayán 2, Joe Gallegos Huamaní. Educación odontológica en escolares de 7-9 años del colegio Andrés Bózari del distrito San Martín de Porres. Odontol. Sanmarquina 2007; 10(2): 21-23

<sup>34</sup> Burt B. Promotion of Oral Health. En: Burt B, Eklunds, editors. Dentistry, dental practice and the community 4 Ed. Philadelphia:Saunders. 1992.

### 2.3.3 Programa de Clínica del Sano

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003 enfatizó la necesidad de promover la salud oral en la población mundial y publicó un documento guía para que cada país pueda definir sus metas de mejoría en los indicadores de salud oral para el año 2020.

La enfermedad periodontal es una de las entidades más comunes a nivel mundial y una de las principales causas de pérdida dentaria. La gingivitis, la forma más leve de enfermedad periodontal, es ocasionada por el biofilm (placa bacteriana) que se acumula en la superficie dentaria adyacente al tejido gingival (encía). La forma más severa de enfermedad periodontal es la periodontitis, secundaria como respuesta inflamatoria a la infección por gérmenes periodontales diversos (*Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythensis*, entre otros) caracterizada por la destrucción del tejido conectivo y del soporte óseo para dar lugar a la pérdida dentaria<sup>35</sup>. La caries y la enfermedad periodontal ocupan los 2 primeros lugares de causas de morbilidad en la cavidad oral y ocupó el tercer lugar en las causas de morbilidad por consulta externa en el departamento de Nariño en el año 2003<sup>36</sup>

Lo anterior hace que el enfoque este dirigido inicialmente a la rehabilitación, sin embargo es importante tener en cuenta que la promoción y prevención merece especial interés y es aquí donde se debe hacer énfasis, porque estas enfermedades son totalmente prevenibles si hay una adecuada educación en edades tempranas que permitan inculcar hábitos orales saludables.

La Tercera Encuesta de Salud Bucal (ENSAB III) que se hizo en Colombia, comunicó para todas las formas de enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) una prevalencia de 50.2% de la población; de esta cifra 17.7% de los casos corresponden a periodontitis de moderada a severa. Con relación a la caries dental, demostró que para la dentición temporal el ceo-d en los niños de 5 años disminuyó a 3.0 y para la permanente el COP- D disminuyó a 2.3 a los 12 años, con un gran promedio de dientes temporales y permanentes sanos en boca que requieren medidas preventivas y un 10% en promedio con necesidad de operatoria dental. También se observó que el 81.6% de la población colombiana presentó placa blanda al momento de realizar el examen odontológico, siendo mayor la presencia de placa en menores de 20 años.

A pesar de la alta prevalencia de periodontitis y su relación con múltiples enfermedades sistémicas, en Colombia no existe una adecuada política de salud pública para su prevención y tratamiento. Las entidades promotoras de salud

---

<sup>35</sup> Ramírez J.H; Contreras, A. ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? *Colomb Med* 2007; 38(3):181-182. ICID: 502131

<sup>36</sup> Boletín indicadores 2003 IDSN

(EPS) sólo deben cumplir con la educación, la prevención y el diagnóstico de la periodontitis. Sin embargo, las EPS apenas llegan a diagnosticar al paciente, porque el tratamiento periodontal no se incluye dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Lo anterior va en contravía con el Plan Nacional de Salud Bucal del año 2006 (Resolución N° 3577 de 2006) del Ministerio de Protección Social, que enfatiza el componente de la salud oral como parte de la salud general y tiene como uno de sus objetivos «garantizar el acceso de la población a los servicios de salud bucal». Adicionalmente, la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (Resolución N° 412 de 2000) establece la remisión a un odontólogo dentro de la primera consulta del control prenatal a fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas. Sin embargo, el tratamiento periodontal para las mujeres embarazadas tampoco se incluye dentro de los servicios del POS.

La prevalencia de caries y la enfermedad periodontal son el resultado final de estados crónicos de larga data iniciados durante la niñez, que pueden evitarse si se emprenden en el momento adecuado, medidas preventivas pertinentes y asume con responsabilidad el usuario sano.

Los datos expuestos demuestran la necesidad de realizar actividades preventivas donde se mejoren las condiciones de salud oral, se mantenga y aumente el promedio de usuarios sanos teniendo en cuenta que la caries dental y enfermedad periodontal que ocupan los primeros lugares son patologías prevenibles, que requieren la mayor atención profesional donde todo el equipo odontológico conozca y este de acuerdo con la filosofía que se pretende manejar en la clínica del sano.

Los programas para conservar poblaciones bucodentalmente sanas tienen por objetivo general “desarrollar y aplicar once medidas de prevención específica por parte del Estado y sus gobiernos como control genético, control inmunológico, control biológico, educación en cuidados bucodentales, detección de agentes de riesgo, control de dieta, higiene bucodental, ingestión y aplicación de químicos, ingestión y aplicación de fármacos preventivos, aplicación de sellantes y fortalecimiento físico y mental, y siete de esas medidas por parte de los consultorios odontológicos institucionales o privados, como la educación en cuidados bucodentales, detección de factores de riesgo, control de dieta, higiene bucodental, aplicación de químicos, ingestión y aplicación de fármacos preventivos, aplicación de sellantes y fortalecimiento físico y mental, en forma continuada, sistemática, en pacientes de ambos sexos y de todas las edades”.<sup>37</sup> Las formas descritas de prevención específica son e fácil aplicación, tienen

---

<sup>37</sup> Herazo, B. Clínica del Sano en Odontología. Ecoe Ediciones. Santafé de Bogotá. 2003.

capacidad de alcanzar amplias coberturas de población en poco tiempo, son de bajo costo y presentan grandes beneficios como por ejemplo, la erradicación e la mayoría de las patologías existentes en la población en general, conservando sana a la gran mayoría de la misma.

### **2.3.3.1 Desarrollo del programa**

Teniendo en cuenta que la institución prestadora de servicios de salud donde se realizó esta investigación tiene como objetivos verdaderos prestar servicios enmarcados en un Sistema de Garantía de la Calidad que tenga una real aplicabilidad, ha enfocado sus actividades a una manera de actuar que tenga continuidad y que produzca un verdadero impacto en la reducción de la morbimortalidad, a mediano y largo plazo, que sea medible de manera cualitativa y cuantitativa, por lo que ha implementado una serie de programas, entre ellos el programa Clínica del Sano, diseñado con el propósito de direccionar a todos los pacientes que hacen transito por los programas de promoción y prevención en salud oral y continúan en tratamiento con odontólogo general. Una vez el paciente ha sido controlado en su fase preventiva y en su fase de control de la enfermedad (caries, enfermedad gingival, enfermedad periodontal) es direccionado automáticamente al programa Clínica el Sano que tiene como objetivo fundamental propender por el mantenimiento sostenido de condiciones de salud oral óptimas.

**A. Objetivo.** La clínica para el mantenimiento del paciente sano pretende impulsar el componente preventivo de la atención en salud oral, a nivel individual y colectivo. Este componente, junto con la promoción de la salud, representa el mayor potencial para alcanzar un mejor nivel de salud de la población de usuarios de la institución<sup>38</sup>.

**B. Acciones Preventivas.** En este programa se llevan a cabo una serie de actividades preventivas tendientes a lograr un cambio en el estilo de vida de los pacientes con relación a los hábitos de higiene oral, como también fomentar en ellos la responsabilidad que tienen con su salud bucodental, la cual pueden obtener llevando a cabo un plan de autocuidado, reforzando su autoestima, su autocontrol, y asistiendo periódicamente a sus citas de control odontológico. Se aplican y desarrollan medidas de prevención tales como:

- Educación en salud oral
- Detección de placa bacteriana
- Control de dieta
- Refuerzo de higiene oral
- Aplicación de fluoruros
- Aplicación de sellantes
- Remoción de irritantes locales

---

<sup>38</sup> Programa de Clínica del Sano. IPS donde se realizó el proyecto de investigación.

Todo ello en forma continuada, sistemática, en paciente con o sin factores de riesgo para la caries dental, enfermedad periodontal y de la encía, con el fin de mantener sanos a los pacientes, impulsando a su vez la promoción y la prevención en salud oral a los odontólogos, para que estos se acostumbren a mantener a sus pacientes libre de estas dos entidades, creando así una nueva cultura en salud oral: Control del Paciente Sano

**C. Propósitos.** Entre los propósitos de este programa podemos mencionar:

- 1- Aplicar estrategias de bajo costo que impidan el desarrollo de patologías orales ya que la no aplicación de medidas preventivas simples favorecen la aparición de caries dental y/ o enfermedad periodontal.
- 2- Impulsar un cambio en la manera de pensar sobre la atención odontológica, para que sea atención de pacientes sanos y no de pacientes enfermos.
- 3- Fomentar la idea entre los pacientes para que asistan a consulta Odontológica de control de paciente sano y no cuando se encuentren enfermos.
- 4- Tratar de mantener sanos a los pacientes la mayor cantidad de tiempo posible.
- 5- Considerar al usuario como unidad y no simplemente como un juego de dientes con cierto grado de enfermedad.
- 6- Proveer al usuario la educación y motivación necesaria para mantener su propia salud, la de su familia y comunidad.

La clínica del sano permite que los usuarios se apropien de conocimientos referentes a prevención de las enfermedades bucales. La filosofía contempla diferentes aspectos para motivar a la comunidad desde su situación individual, familiar y social.

**D. Estrategias y Actividades.** Las estrategias y actividades para la implementación del Programa de la clínica del sano son :

1- **CONCIENTIZAR:** Direccionar a todos los usuarios que hacen transito por el programa de promoción y prevención y demás servicios, mediante la concientización de la importancia del Programa del paciente sano en Salud Oral a través de charlas, folletos y carteles

2- **CONSULTA INICIAL:** Valoración Inicial , realización de ficha epidemiológica , realización de actividades de prevención en salud oral tales como : Educación en salud oral, detección de placa bacteriana, control de dieta, refuerzo de higiene oral, aplicación de fluoruros, aplicación de sellantes y remoción de irritantes locales.

3- **SEGUIMIENTO:** Este se realiza en dos visitas, donde se realizaran nuevamente los índices de placa, todo ello en forma continuada, sistemática, en paciente con o sin factores de riesgo para la caries dental, enfermedad periodontal y de la encía, con el fin de mantener sanos a los pacientes, impulsando a su vez la promoción y

la prevención en salud oral a los odontólogos y hacer un adecuado seguimiento.

4- CONTROL: Se realizara un control cada 6 meses para que estos se acostumbren a mantener a sus pacientes libre de caries dental y problemas periodontales, creando así una nueva cultura en salud oral: Control del Paciente Sano.

**E. Actividades Básicas.** La clínica del sano se fundamenta en actividades básicas como: 1. Educación personalizada: Orientada a las necesidades particulares de los pacientes, tengan o no los factores de riesgo de la caries dental y la enfermedad periodontal y de la encía. 2. Guía de Autocuidado, enfatiza aquellos comportamientos, actitudes y practicas que el paciente debe asumir para mantener buenos hábitos de higiene oral y pertenecer al club del paciente sano como la práctica de una higiene bucal correcta, uso de dentífricos que contengan fluoruro según indicaciones del odontólogo, control de dieta, control médico de cualquier estado sistémico con potencial dañino para la cavidad oral y cumplimiento de las citas. 3. Asistencia –Preventiva, consiste en realizar actividades orientadas a prevenir la aparición de la caries dental y la enfermedad periodontal y de la encía, es realizado en el consultorio y consiste en introducción del usuario a la filosofía de la odontología preventiva, diagnóstico y evaluación de las necesidades del usuario, plan de tratamiento, evaluación de progresos del usuario y seguimiento y control.

**F. Metodologías.** La metodología del programa consiste en que el usuario que solicita consulta odontológica general es evaluado por el odontólogo quién determina las condiciones de salud oral que presenta, las necesidades de atención que requiere y registra la información en la historia clínica. Una vez realizado este proceso se debe exponerle los principios de la clínica del sano y la odontología preventiva. Se procede a ingresarlo al programa y se inicia diligenciando la Ficha epidemiológica para este fin.

**G. Criterios de ingreso al Programa.**

1-Ingresa a la clínica del sano el paciente que en consulta externa (Paciente de programas: Escolar, Ocupacional, Pensionado, Prenatales, Odontología general, Atención de pacientes con discapacidades), es diagnosticado como paciente sano  
2-Ingresa el paciente que en consulta externa (Paciente de programas: Escolar, Ocupacional, Pensionado, Prenatales, Odontología general, Atención de pacientes con discapacidades), recibe tratamiento integral completo y es diagnosticado como paciente Enfermo – Sano

3-Ingresa el paciente que después de una consulta de urgencias es atendido integralmente en consulta externa y recibe el diagnostico de Enfermo-Sano

4-Ingresa el paciente, que luego de control de su Morbilidad y de los factores de riesgo para la caries dental y la enfermedad periodontal, se diagnostica como paciente Enfermo-Sano



5-Ingresa el paciente que es diagnosticado como paciente sano o Enfermo-Sano.

La odontología tiene todas las posibilidades técnicas y científicas para conservar la salud bucodental de la comunidad y debe asumir la responsabilidad de velar por la salud oral de la misma, impulsando todas las actividades preventivas que se pueden aplicar para evitar la presencia de enfermedades bucodentales y contribuir a que se mantenga la salud bucal y por ende la salud total, que es una de las principales metas del hombre.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Herazo, B. Clínica del Sano en Odontología. Ecoe Ediciones. Santafé de Bogotá. 2003.

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó únicamente los pacientes atendidos por primera vez en el mes de mayo del 2007, y que posteriormente fueron incluidos al programa de clínica del sano en una E.P.S que atiende pacientes del régimen contributivo.

#### **3.2. POBLACION Y MUESTRA**

Se trabajó con toda la población atendida en el mes de mayo del 2007, 44 pacientes, que consultaron por primera vez el servicio de consulta externa en odontología, posteriormente la misma población fue atendida en clínica del sano.

#### **3.3. PROCEDIMIENTO**

Los investigadores diseñaron un instrumento llamado Registro de consulta externa odontológica (anexo 1) y Registro de pacientes inscritos en clínica del sano (anexo 2) para la recolección de datos, el cual fue aplicado en una prueba piloto con 10 pacientes lo que permitió ajustar y controlar sesgos relacionados al encuestador.

Se organizó el plan de trabajo en las etapas de:

1. Recolección de información
2. Consolidación y proceso de calidad de datos
3. Análisis de información
4. Reportes

-Previa autorización de las directivas de la IPS se procedió a la recolección de los datos mediante la cual se protegió la confidencialidad de los pacientes al no utilizar nombres ni número de identificación. Se inició con la verificación en cada una de las historias clínicas de pacientes que consultaron por primera vez en la consulta odontológica en el mes de mayo de 2007.

-Se sistematizó y se realizó el control de calidad de la información relacionada con la primera consulta odontológica y todas las intervenciones definidas por el programa de clínica del sano.

#### **3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION**

La recolección de información implicó la revisión de historias clínicas en dos

momentos: el primero pacientes que consultaron por primera vez en consulta externa odontológica y el segundo cuando trascurrieron 6 meses de estar en el programa clínica del sano.

La recolección se realizó en una ficha clínica, que permitió recoger la información necesaria para el estudio, sobre los aspectos dentales y periodontales de cada paciente en la consulta por primera vez y después de ingresar a clínica del sano. La ficha permitió la recolección de datos personales, clínicos a nivel dental y periodontal en relación a las actividades de promoción y prevención realizadas y reportadas en el registro de pacientes de clínica del sano.

La ficha se elaboró con base en los registros de Historia clínica utilizados por la IPS para el servicio de odontología y se sometió a juicio de expertos de la misma institución, para su validación. (Ver anexo 1 y 2).

### 3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Para el desarrollo del presente trabajo se tuvieron en cuenta las siguientes variables las cuales fueron operacionalizadas según lo muestra el instrumento y están contenidas en las siguientes 4 macrovariables:

**SOCIODEMOGRÁFICAS:** Edad, género, ocupación, tipo usuario.

**SERVICIO ODONTOLOGIA CONSULTA EXTERNA:** Fecha de inicio del tratamiento, fecha de tratamiento terminado, antecedentes personales, registro en clínica del sano, observaciones no registro clínica sano, numero sesiones terminar tratamiento, tratamiento terminado

**CLINICAS Y DE PROMOCION Y PREVENCIÓN<sup>40</sup>:** Programa clínica del sano Caries, endodoncia, exodoncia, sesiones de promoción y prevención, control de placa, aplicación de flúor, educación en higiene oral, sellantes, detartraje, profilaxis y adaptación, fecha de control de clínica del sano.

**TABLA No 3.** Descripción de las Variables Utilizadas

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL MEDICION	INDICADOR
Edad	Años Cumplidos desde la fecha de nacimiento.	Cuantitativa	Razón	0-14 15-24 25-40 40-más.
Genero	Tipo de genero al que pertenece el usuario del	cualitativa	Nominal	-Femenino -Masculino

<sup>40</sup> NORMA TECNICA PARA LA ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL. Hace parte de la RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000.

	servicio			
Ocupación	Describe la actividad principal a la que se dedica el usuario del servicio	cualitativa	Nominal	-Docente -Hogar -Empleado -Estudiante -Menor
Fecha de inicio de tratamiento	Indica el día, el mes y el año en que el usuario asiste por primera vez al servicio de odontología	cuantitativa	Razón	-día -mes -año
Fecha de tratamiento terminado	Indica el día, el mes y el año en que se de alta el usuario del servicio de odontología y se remite a clínica del sano	cuantitativa	Razón	-día -mes -año
Caries en el examen inicial y clínica del sano	La placa comienza a acumularse en los dientes a los 20 minutos de la ingestión de alimentos, que es el tiempo en el que se presenta la mayor actividad bacteriana. Si la placa no se remueve por completo y en forma rutinaria, las caries no sólo comienzan sino que prosperan. Los ácidos de la placa disuelven la superficie del esmalte del diente y crean orificios en el diente	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta
Endodoncia en examen inicial y clínica del sano	Llamada tratamiento de conductos radiculares que consiste en la extracción de la pulpa del diente, un tejido pequeño en forma de hebra, que se encuentra en el centro del conducto del diente. Una vez que la pulpa muerta, se enferma o es dañada, se extrae; el espacio que queda se limpia, se vuelve a dar forma y se rellena. Este procedimiento sella el conducto radicular. Años atrás, los dientes con pulpas dañadas o enfermas se extraían. En la actualidad, el tratamiento de conducto salva dientes que de otro modo se hubieran perdido	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta

Exodoncias en examen inicial y clínica del sano	El proceso o acto de extraer un diente o partes de un diente	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta
Sesiones de Promoción y Prevención en examen inicial y clínica del sano	<p>La Promoción de la Salud son todas las actividades de capacitación, información y educación continua que llevan deliberadamente a la población a la modificación o reforzamiento de comportamientos, con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludable, fomentar el autocuidado y la solidaridad.</p> <p>Prevención de la enfermedad: como el conjunto de acciones cuya finalidad es evitar que aparezcan enfermedades específicas, a través de la detección e intervención de los factores de riesgo y de los factores protectores de la salud, estas acciones pueden ser de tipo individual, familiar o grupal</p>	cuantitativa	Razón	No sesiones
Control de Placa en examen inicial y clínica del sano	Son las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo o la auxiliar de higiene oral, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta

	bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana			
Aplicación Flúor en examen inicial y clínica del sano	Actividad que busca aplicar, frotar o poner en contacto la porción coronal del diente con una sustancia que contenga flúor para incorporarla a la superficie y producir mayor resistencia a la caries	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta
Educación en Higiene oral en examen inicial y clínica del sano	Capacitación individual en técnica de cepillado, uso de seda dental. Se toma un control de placa bacteriana para determinar la higiene oral, visualizando las áreas pigmentadas que indican la cantidad de residuos alimenticios	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta
Sellantes en examen inicial y clínica del sano	Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) en las fosas y fisuras profundas de los dientes que permita disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal.	Cualitativa	Nominal	-presenta -no presenta
Detartraje en examen inicial cualitativa y clínica del sano	Procedimiento clínico realizado para remover y eliminar en forma mecánica la placa bacteriana y los cálculos de la porción coronal del diente para evitar los daños en los tejidos de soporte y así disminuir la presencia de gingivitis y periodontitis	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta
Profilaxis en examen inicial y clínica del sano	Procedimientos de detartraje y pulido realizados con el fin de retirar la placa coronaria, el cálculo y las manchas	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta

Adaptación en examen inicial	Procedimiento de motivación al niño que asiste por primera vez al servicio de odontología o que presenta reticencia para la atención a través del juego.	cualitativa	Nominal	-Presenta -No presenta
No de sesiones para terminar tratamiento		cuantitativa	Razón	No de sesiones
Fecha de control clínica del sano	Indica el día, el mes y el año en que el paciente asiste al 1er control	cuantitativa	Razón	Día, mes, año

### 3.6 ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó el programa estadístico SPSS.15, para los cálculos estadísticos y se realizó un análisis univariado de las variables sociodemográficas y las enfermedades bucales encontradas en los pacientes cuando ingresaron a consulta odontológica y después que ingresaron a clínica del sano, efectuando en primer lugar un análisis descriptivo facilitando las diferentes proporciones y medias observadas. Asimismo se calculan las diferentes medidas del efecto (incidencia, prevalencia). Para mirar la efectividad, se evaluó mediante la variación de algunas patologías en salud bucal antes y 6 meses después de iniciada la intervención en clínica del sano, como: la prevalencia de caries dental; la presencia de caries dental por unidad diente, la variación en gingivitis y periodontitis y el nivel de higiene oral aplicado a la población.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 PERFIL DE PACIENTES DEL PROGRAMA CLÍNICA DEL SANO QUE INGRESARON A LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA POR PRIMERA VEZ EN UNA IPS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN POPAYAN.

La población que asistió al servicio de odontología en el mes de mayo de 2007 se caracteriza por presentar una edad promedio de 25 años, con una mediana de de 20.5 años, y con una distribución de  $25 \pm 18.42$  1DS años (Ver tabla 4)

**TABLA 4.** Distribución de estadísticas descriptivas en la edad de los usuarios que asisten al servicio de odontología de la IPS en mayo 2007

Medidas de Tendencia Central	N=44
Media	24,98
Mediana	20,50
Moda	3(a)
Desviación estándar	18,425
Mínimo	2
Máximo	68
Percentil 25	7,25
Percentil 50	20,50
Percentil 75	39,75

- El promedio de edad es 25 años
- La mediana (el valor central) es 20.5 años
- La edad más frecuente es 3 años
- La desviación estándar es 18.4 años

En el percentil 25 el valor central es 7.25 años, el 25% de la edad esta entre 2 y 8 años. En el percentil 50 el valor central es 20 años, el 50% de la edad esta entre 2 y 20 años. En el percentil 75 el valor central es 39.75 años, el 75% de la edad esta entre 2 y 40 años.



La mayor parte de la población atendida, el 29.5% (N=13/44) se encontró entre las edades de 0 meses a 14 años, seguida de 15 a 24 años, por lo que es una población joven (Ver tabla 5)

**TABLA No 5.** Distribución porcentual de la edad en pacientes del programa Clínica del Sano que ingresaron a la consulta de odontología por primera vez en una IPS en Popayán.

VALORES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0-14 años	13	29,5	29,5
15-24 años	12	27,3	56,8
25-40 años	10	22,7	79,5
41-mas años	9	20,5	100,0
Total	44	100,0	

En la población que asistió a consulta odontológica inicial, se observa un mayor número de mujeres con un 61.4% (N=27/44) (Ver tabla 6).

**TABLA 6.** Distribución porcentual del género en pacientes del programa Clínica del Sano que ingresaron a la consulta de odontología por primera vez en una I.P.S en Popayán.

GENERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
FEMENINO	27	61,4	61,4
MASCULINO	17	38,6	100,0
Total	44	100,0	

Los usuarios que mas asistieron a la consulta odontológica inicial, fueron los beneficiarios con un 70.5% (N= 31/44), porcentaje mayor que los afiliados. La población que mas asistió a la consulta odontológica inicial fueron los estudiantes con un 40.9% (N=18/44), seguida de los docentes, que representan un porcentaje del 31.8% (N=14/44) (Ver tabla 7).

**TABLA 7.** Distribución porcentual de tipo de usuario y ocupación en pacientes del programa clínica del sano que ingresaron a la consulta de odontología por primera vez en una I.P.S en Popayán.

TIPO DE USUARIO Y OCUPACION		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Afiliación	Afiliado	13	29,5	29,5
	Beneficiario	31	70,5	100,0
	Total	44	100,0	
Ocupación	Docente	14	31,8	31,8
	Hogar	2	4,5	36,4
	Empleado	3	6,8	43,2
	Estudiante	18	40,9	84,1
	Menor	7	15,9	100,0
	Total	44	100,0	

#### 4.2 EVALUACION EN CONSULTA EXTERNA INICIAL Y EN CLINICA DEL SANO

La mayor parte de las personas que asistieron a la consulta odontológica inicial presentaron caries, un 70.5%,(N=36/44) del total de la población, siendo esta la enfermedad dental más usual. De los pacientes que asistieron a clínica del sano hubo una reducción considerable de la presencia de caries, sólo presentaron caries el 47.7% (N=21/44) y no presentaron esta enfermedad dental el 52.3% (N=23/44); Se presento una significancia estadística ( $p < 0.005$ ), por lo que hubo una reducción significativa de las personas con esta patología. (Ver Tabla 8).

**TABLA 8.** Distribución porcentual de la presencia de caries en usuarios que consultan por primera vez, el servicio de odontología y en el programa clínica del sano en una IPS en Popayán-2007

Primera vez			Clínica del sano		
CARIES	Frecuencia	Porcentaje	CARIES	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	70,5	SI	21	47,7
NO	13	29,5	NO	23	52,3
Total	44	100,0	Total	44	100,0

El 20.5% (N=9/44) presentaron 4 caries, siendo este el número de personas más frecuentes, vale la pena mencionar que 1 persona presentó 14 caries 2% (N=1/44). En el Programa Clínica del sano se redujo considerablemente el número de caries por paciente, encontrándose que el 50% (N=22/44) de población no presentó ninguna caries y tan solo el 27.3% (N=12/44) presentó 1 Caries. (Ver tabla 9)

**TABLA 9.** Distribución porcentual del número de caries en usuarios que consultan por primera vez y en clínica del sano el servicio de odontología en IPS -2007

Primera vez			Clínica del sano		
No Caries	Frecuencia	Porcentaje	No Caries	Frecuencia	Porcentaje
0	13	29,5	0	22	50
1	1	2,3	1	12	27,27
2	5	11,4	2	7	15,9
3	6	13,6	3	1	2,28
4	9	20,5	4	2	4,55
5	2	4,5		0	0
6	1	2,3		0	0
8	3	6,8		0	0
10	1	2,3		0	0
12	1	2,3		0	0
13	1	2,3		0	0
14	1	2,3		0	0
Total	44	100,0	Total	44	100

En el servicio de odontología en la consulta por primera vez se encontró una prevalencia de caries del 70.4%, y una proporción del 4.96%, a diferencia del Programa Clínica del Sano donde se encontró una prevalencia de caries del 47.7% y una proporción del 1.76%. La incidencia en esta patología fue del 4.5% y la efectividad del Programa fue del 22,72%. La prueba de significancia estadística dio como resultado ( $P < 0.006$ ), por lo que hubo una reducción significativa del número de caries.

Solamente al 6.8% (N=3/44) se les hizo una endodoncia en la consulta externa, los demás usuarios no se les practicó este procedimiento. De los pacientes que asistieron a clínica del sano a ninguno, es decir al 100% (N=44/44) se les hizo endodoncia. (Ver Tabla 10).

**TABLA 10.** Distribución porcentual de la presencia de endodoncia en usuarios que consultan por primera vez y en clínica del sano el servicio de odontología en IPS en mayo 2007

Primera vez			Clínica del Sano		
ENDODONCIA	Frecuencia	Porcentaje	ENDODONCIA	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	6,8	SI	0	0
NO	41	93,2	NO	44	44
Total	44	100,0	Total	44	100,0

En el servicio de odontología se encontró una prevalencia de endodoncia del 6.81%, y una proporción de 1, a diferencia del Programa Clínica del Sano donde se encontró una prevalencia de endodoncia del 0% y una proporción del 0%. No hubo incidencia de esta patología y la efectividad del Programa fue del 6,81%. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Se encontró que solamente al 4.5% (N=2/44) se les hizo exodoncia en la consulta externa, a los demás usuarios del servicio no se les practicó este procedimiento. De los pacientes que asistieron a clínica del sano al 2.3% (N=1/44) se les hizo exodoncia. (Ver Tabla 11).

**TABLA 11.** Distribución porcentual de exodoncia en usuarios que consultan por primera vez y en clínica del sano del servicio de odontología en IPS en mayo 2007

Exodoncia	Primera Vez		Clínica del sano		
	Frecuencia	Porcentaje	Exodoncia	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	4,5	SI	1	2,3
NO	42	95,5	NO	43	97,7
Total	44	100,0	Total	44	100,0

En el servicio de odontología se encontró una prevalencia de exodoncia del 4.54%, y una proporción del 1.5%, a diferencia del Programa Clínica del Sano donde se encontró una prevalencia del 2.27% y una proporción del 1%. La incidencia en esta patología fue del 2.27% y la efectividad del Programa fue del 2.27%. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa

Se organizó los resultados de consulta externa odontológica teniendo en cuenta la presencia de las enfermedades bucodentales en cada persona y se encontró que el 58.8% (N=23/44) de los usuarios solo presentaron caries, a diferencia del 5.9% (N=3/44) que además de presentar caries se les hizo endodoncia (Ver tabla 12)

**TABLA 12.** Distribución porcentual de enfermedades dentales en usuarios que consultan por primera vez el servicio de odontología en mayo IPS.2007

Enfermedades Bucodentales	Frecuencia de Usuarios	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Valores	1	2,0	2,0
-Caries	23	58,8	60,8
-Exodoncia	2	3,9	64,7
-Caries y endodoncia	3	5,9	70,6
-Caries y exodoncia	2	3,9	74,5
-Ninguna	13	25,5	100,0
Total	44	100,0	

#### 4.3 ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA INICIAL Y DEL PROGRAMA CLINICA DEL SANO QUE INGRESARON A LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA POR PRIMERA VEZ EN UNA I.P.S DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN POPAYAN

Al 100% de los usuarios (N=44/44) que consultaron por primera vez el servicio de consulta externa de odontología y que asistieron al Programa Clínica del Sano, se les realizó educación en salud oral y control de placa. (Ver tabla 13).

**TABLA 13** .Distribución porcentual de actividades de educación en higiene oral y control de placa por primera vez y en clínica del sano

Actividades de promoción salud oral y prevención de la enfermedad oral	Consulta primera vez servicio odontología		Programa clínica del sano	
	Frecuencia Usuarios	%	Frecuencia usuarios	%
Educación salud oral	44	100	44	100
Control de placa	44	100	44	100

Como se puede observar en la Tabla 14, el 86.4% (N=38/44) de los usuarios que consultaron por primera vez no necesitaron atención para sellantes, lo que se puede explicar teniendo en cuenta que los sellantes es una actividad de prevención de la salud oral que sólo se utiliza a pacientes que tienen hasta 15 años de edad, y el 79.5% de los usuarios del servicio es mayor de 14 años. Al 13.6% (N=6/44) de personas les realizaron esta actividad en consulta externa, a diferencia del Programa Clínica del Sano, donde se aplicó sellantes al 20.5% de los usuarios (N=9/44).

El 68.2% (N=30/44) de los usuarios que consultaron por primera vez no recibieron atención para flúor, lo que se puede explicar teniendo en cuenta que la aplicación de flúor es una actividad de prevención de la salud oral que sólo se utiliza a pacientes que tienen hasta 19 años de edad. Al 31.8% (N=14/44) de usuarios les realizaron esta actividad, tanto en la consulta inicial de odontología, como en el Programa Clínica del Sano.

En la consulta externa a un número reducido de personas no se les practicó la profilaxis, por lo que al 93,2% (N=41/44) si se les realizó este procedimiento. En el Programa Clínica del Sano se le realizó profilaxis al 97,7% (N=43/44).

Se puede observar que la distribución porcentual es similar, tanto para el grupo de personas que recibieron detartraje en un 47.7% (N=21/44) como para las que no, 52.3% (N=23/44), en consulta de odontología por primera vez. Se puede observar que la realización del procedimiento disminuyó, y el grupo de personas que recibieron detartraje fue de un 36.4.7% (N=16/44) en el Programa Clínica del Sano.

En la consulta externa a un número reducido de personas se les practicó la adaptación, por lo que al 88.6% (N=39/44) no se les realizó este procedimiento, pues este generalmente se hace a menores de edad. En clínica del sano no se realizó este procedimiento, pues solo se hace en la primera consulta para que el paciente menor acceda a la consulta.

**TABLA N° 14.** Distribución porcentual de actividades de promoción y prevención de salud oral

		Primera Vez		Clínica del Sano	
Sellantes	Si	6	13,6	9	20,5
	No	38	86,4	35	79,5
Flúor	Si	14	31,8	14	31,8
	No	30	68,2	30	68,2
Profilaxis	Si	41	93,2	43	97,7

	NO	3	6,8	1	2,3
Detartrajes	Si	21	47,7	16	36,4
	No	23	52,3	28	63,6
Adaptaciones	Si	5	11,4	0	00
	No	39	88,6	44	100

El 52.3% (N=23/44) de los usuarios de la clínica del sano no presenta gingivitis y se encontró en consulta por primera vez que el 52,27% (N=23/44 ) padece esta patología, lo cual refleja que hubo una disminución relativamente baja de esta patología, en relación a la primera consulta. Se presento una prevalencia del 47.72%, en el programa Clínica del Sano. No se presentó incidencia de esta patología y se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las dos evaluaciones ( $p < 0.000$ ), en relación a la presencia de gingivitis (Ver Tabla 15)

**TABLA 15.** Distribución porcentual de gingivitis en usuarios que consultan por primera vez y en clínica del sano del servicio de odontología en mayo 2007.

Gingivitis	Primera Vez		Clínica del Sano		
	Frecuencia	Porcentaje	Gingivitis	Frecuencia	Porcentaje
Presenta	23	52,3	Presenta	21	47,7
No presenta	21	47,7	No presenta	23	52,3
Total	44	100,0	Total	44	100,0



El 77.3% (N=34/44) no presenta periodontitis, ni en la consulta odontológica por primera vez ni en el Programa Clínica del Sano, sin embargo el 22,7% (N=10/44) si la presentaron en los dos momentos de evaluación. Se encontró una prevalencia de 22.72%, no se presentó incidencia de esta patología (Ver Tabla 16).

**TABLA 16.** Distribución porcentual de periodontitis en usuarios que consultan por primera vez y en clínica del sano del servicio de odontología en mayo 2007.

Periodontitis	Primera Vez		Clínica del sano	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Presenta	10	22,7	10	22,7
No presenta	34	77,3	34	77,3
Total	44			100,0

En la consulta por primera vez se presento una frecuencia promedio de 5.34 sesiones y en el Programa clínica del sano fue de 2.06, por lo que se presento una disminución considerable del número de sesiones en la medida que se redujo las patologías bucales, debido a la intervención realizada en la consulta de primera vez y en el programa clínica del sano. Estos datos coinciden con los resultados expresados en las tablas anteriores donde se evidencia una reducción de las patologías evaluadas en los dos momentos de evaluación: consulta primera vez y clínica del sano. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las dos evaluaciones respecto al número de sesiones ( $p < 0.010$ ), en relación a la disminución significativa de estas, (Ver Tabla 17).

**TABLA 17.** Distribución porcentual de no de sesiones para terminar tratamiento en usuarios que asisten por primera vez y en clínica del sano del servicio de odontología

No Sesiones	Primera Vez			Clínica del Sano		
	Pacientes	Total sesiones	Porcentaje	Pacientes	Total sesiones	Porcentaje
1	6	6	2,55	18	18	19,78
2	4	8	3,40	11	22	24,18
3	5	15	6,38	11	33	36,26
4	6	24	10,21	2	8	8,79
5	6	30	12,77	2	10	10,99
6	4	24	10,21	0	0	0
7	4	28	11,91	0	0	0
8	1	8	3,40	0	0	0
9	2	18	7,66	0	0	0
10	2	20	8,51	0	0	0
11	1	11	4,68	0	0	0
13	1	13	5,53	0	0	0
15	2	30	12,77	0	0	0
Total	44	235	100,0	44	91	100,0

Del total de la población, el 100% usuarios terminaron el tratamiento odontológico que iniciaron y posteriormente ingresaron a la clínica del sano, terminando estos de igual manera su tratamiento (Ver Tabla 18)

**TABLA 18.** Distribución porcentual de tratamiento terminado y posterior ingreso a clínica del sano en IPS de primer nivel de atención-2007

Tratamiento Terminado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1ra. Vez odontología	44	100,0	100,0
Clínica del sano	44	100,0	100,0

Se observa que la mayor parte de los usuarios que ingresaron a consulta odontológica su tratamiento fue terminado en el tiempo establecido en consulta externa, de 60 días, 56,8% (N=25/44). El 43,2% (N=19/44) termino su tratamiento en consulta externa en mas de 60 días (Ver Tabla 19).

**TABLA 19.** Distribución de los días del tratamiento odontológico en consulta externa en una IPS de primer nivel 2007

Días de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0-59 días	23	52,3	52,3
60- días	2	4,5	56,8
61 o mas	19	43,2	100,0
Total	44	100,0	

El 54.5% (N=24/44) de los usuarios que ingresaron a clínica del sano no lo hicieron en el tiempo establecido en el Programa que es de seis meses, sino que ingresaron después de siete meses o más (Ver tabla 20).

**TABLA 20.** Distribución de los meses en clínica del sano en IPS 2007

Ingreso a Clínica del Sano	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0-5 meses	11	25,0	25,0
6 meses	9	20,5	45,5
7 meses o mas	24	54,5	100,0
Total	44	100,0	

## 5. DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio describe los resultados después de 6 meses de iniciada una intervención en salud oral dirigida a la población en general que asiste a una IPS del municipio de Popayán. Teniendo en cuenta los aspectos socio demográficos, en esta población se encontró que la mayor parte de las personas que asistieron a consulta odontológica se ubican en el rango de edad de 0 a 14 años, con un porcentaje de 29.5% (N=13/44), relacionándose con la atención a población muy joven, aunque también asistieron usuarios entre 15 y 24 años. De igual manera se encontró que el mayor número de personas que asistieron a consulta eran mujeres en un porcentaje del 61,4%. Al respecto, Slack y Murray (1981) han señalado como factores que afectan la utilización de los servicios de odontología en relación con la edad, el sexo, educación, raza y status socioeconómicos, los más predispuestos son sujetos entre 5 y 24 años de edad, mujeres que han recibido educación universitaria y profesional cualificada bien remunerada, sin embargo en este estudio se encontró que los estudiantes fueron los que mas asistieron a la consulta odontológica en un 45.1%, seguida de los cotizantes y de igual forma la mayoría fueron mujeres. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las características demográficas y de salud oral.

En el estudio realizado por Herazo Acuña B. (2003) sobre evaluación del programa paciente sano, se encontró que la proporción de mujeres y de hombres era similar, respecto a la edad los rangos mas frecuentes que asistieron a consulta fueron los encontrados entre 0 y 24 años, por lo que estos resultados son coincidentes parcialmente con los resultados de la investigación en la IPS de Popayán. De igual forma en el estudio de la Universidad Cayetano de Perú, no hubo relación significativa de estas variables con la salud oral.

Según el tipo de usuario, el que mas asistió a la consulta odontológica fueron los beneficiarios, que se encontraron en un 70,5% sobre los cotizantes; estos resultados pueden estar relacionados con la cobertura del servicio que es no solo para cotizantes activos, pensionados, sino para sus beneficiarios: cónyuge o compañero(a) permanente; hijos hasta 18 años y 25 años; por lo que es coherente que sean mas los beneficiarios quienes asistan a la consulta. Lo anterior también se relaciona con que el 40.9% de la población fueron estudiantes, por lo que coincide con la edad mas frecuente y el tipo de usuario presentes para este estudio.

Con respecto a la caries dental la mayor parte de las personas que asistieron a la consulta externa odontológica inicial presentaron caries, representadas en 70.5%, del total de usuarios y el mayor número de personas presentaron 4 caries a la vez en un 20.5%. También vale la pena mencionar que 1 persona presentó 14 caries, estas fueron sometidas a intervención odontológica hasta terminar su plan de

tratamiento. Esta fue la mayor enfermedad dental presente en todos los usuarios, la prevalencia fue del 70%. En la prueba de significancia estadística entre la primera consulta y el seguimiento en clínica del sano el resultado para presencia de caries fue ( $p < 0.005$ ) y para el número de caries por usuario fue de ( $p < 0.006$ ), por lo que se puede evidenciar que hubo reducción significativa de presencia y número de caries en el Programa Clínica del Sano. La incidencia de caries en la evaluación de clínica del sano fue de 4.5%. La caries es una de las enfermedades dentales de mayor consulta en odontología. La OMS en el informe Mundial sobre Salud Bucodental<sup>41</sup>, ha revelado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental y su tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados. De igual manera, establece los principales componentes y prioridades del programa mundial de salud bucodental de la OMS, teniendo en cuenta por un lado factores de riesgo modificables; esto se relaciona con el alto número de caries que presentaron los pacientes en la primera consulta.

Es importante mencionar que en un estudio realizado por Acuña Herazo en un seguimiento de un programa de clínica del sano los pacientes han cumplido de 6 a 10 años dentro del programa y no presentaron caries dental. Se observó en el análisis del índice de carios, obturados y perdidos- COP, una incidencia de caries dental y periodontopatías del 1 % y por tanto una reducción de estas enfermedades del 99% en los pacientes usuarios del programa propuesto por Acuña. En el estudio realizado en la Universidad Cayetano del Perú, se encontró una menor prevalencia de caries dental en la evaluación inicial en comparación con la evaluación 18 meses después de implementada la intervención (84,8% versus 86,6% respectivamente), la diferencia entre ambas evaluaciones no resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,687$ ). Este último estudio es contrario a los resultados del realizado en la IPS Popayán, pues hubo una reducción de caries y la significancia estadística fue de ( $p < 0.005$ )

En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse. Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos.<sup>42</sup> Esto coincide con los resultados de esta investigación, puesto que la caries fue la enfermedad dental más frecuente. Además, se encontró la presencia de varias enfermedades buco dentales en el mismo sujeto, que no presentó exclusivamente caries, sino también se halló en el mismo, otras enfermedades, como enfermedad pulpar (endodoncia) aunque en menor porcentaje lo que implicó en la consulta inicial realizar endodoncia al 6.8% y exodoncia al 7.8%. A pesar de que la caries está altamente relacionada con la endodoncia y exodoncia, para este estudio se observa un porcentaje bajo y en

---

<sup>41</sup> The World Oral Health Report OMS. 2003.

<sup>42</sup> Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS. 2003.

especial en clínica del sano donde se encontró que de estos pacientes ninguno tuvieron esta enfermedad pulpar (endodoncia) y solo el 2.3% (1) presentaron exodoncia.

Respecto a las actividades de Promoción y prevención, el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud (2000), menciona que la Salud Oral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar a los usuarios para mantener una buena salud bucal, siendo necesario un diagnóstico oportuno, pues no solo se trata de prevenir y curar caries, sino toda afección periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral, por lo que en el actual estudio se encontró que estas actividades se llevaron a cabo en la consulta odontológica inicial y en el programa clínica del sano; a todos los usuarios que consultaron por primera vez se les realizó educación en higiene oral y control de placa en el 100%, y en el programa clínica del sano también se observa que se cumplió con el 100% de las actividades para los usuarios. Estas actividades se relacionan con las actividades de Prevención Primaria que consta de dos niveles, uno enfocado a la promoción de la salud en general por medio de programas de educación para la salud, y el segundo nivel que incluye medidas para prevenir enfermedades bucodentales, por ejemplo instrucciones sobre higiene oral.

Sin embargo se observa que no todos los pacientes recibieron sellantes, en consulta odontológica inicial se realizó a 13,6% y a los que asistieron al programa clínica del sano en un 20,5%, se puede observar que el número de sellantes incremento en el programa clínica del sano, esto puede estar relacionado con que este procedimiento se realiza en niños menores de 15 años según la ley en salud bucal; las edades que se aplicó más sellantes fue entre las edades de 4 a 12 años, cuya edad se caracteriza por los cambios frecuentes de dentición por lo que hay que repetir los sellantes aplicados.

Un número importante de usuarios que asistieron por primera vez recibieron aplicación de flúor 31.8% y a un porcentaje igual se les realizó este procedimiento en clínica del sano, al igual que los sellantes, el flúor se aplica a población joven por lo que es lógico que no se haya aplicado a toda la población.

La mayor parte de usuarios que asistieron por primera vez en la consulta externa, se les realizó un procedimiento de profilaxis en un 93.2%; en el programa clínica del sano se encontró que se realizaron 97,2% de este mismo procedimiento.

Respecto al procedimiento de detartraje, se puede decir que la distribución proporcional es similar, tanto para el grupo de personas que recibieron detartraje en un 47.7% como para las que no, 52.3%. En clínica del sano se puede observar que la realización del procedimiento disminuyó, y el grupo de personas que recibieron detartraje fue de un 36.4.7%. Esta actividad se relaciona con las acciones de Prevención Terciaria, nivel en que se trata de limitar el daño

provocado por la enfermedad bucodental y la rehabilitación tanto física como psicológica y social. Interviene cuando la enfermedad ya está bien establecida, ya sea porque no se han aplicado medidas en los niveles anteriores o han fracasado.

En este estudio se encontró que el 53.3% padece de gingivitis, la cual es muy frecuente, sin embargo se observa que un 47,7% no la presenta; la prevalencia fue de 52%. En el programa clínica del sano se observa que un 52,3% no la presentó. Se encontró relativamente una menor prevalencia de gingivitis en clínica del sano 6 meses después de la primera evaluación, y la diferencia entre ambas evaluaciones resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ).

La gingivitis es causada por los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, que es un material adherente que se desarrolla en las áreas expuestas del diente y es ocasionada por bacterias, moco y residuos de comida. En el estudio de la ENSAB III se menciona que solo el 88% atribuye la aparición de la caries a "no cepillarse o a efectuar un mal cepillado" y que solo el 3.4% relaciona la presencia de sangrado de la encía con no tener la boca sana. Se encontró también una baja percepción de la importancia de la función de la dentición y de la cavidad bucal dentro del bienestar general, cuando solo el 77% de las personas consideró que los dientes permanentes deben durar toda la vida. Esto podría estar relacionado con la presencia de gingivitis también en clínica del sano para el caso de este estudio. Es importante destacar de acuerdo a los resultados, que la gingivitis no evoluciona a periodontitis, al contrario se encontró mejoría en un porcentaje reducido de usuarios del servicio, por lo que se puede plantear que las actividades realizadas de promoción y prevención resultaron efectivas.

Respecto a la periodontitis, se observa en los resultados que la mayor parte de las personas no presentan esta enfermedad, que es un estadio mas grave que la gingivitis, pero un grupo de pacientes menor si la manifestaron; con la prevalencia del 22%. En clínica del sano de igual manera que en la consulta inicial la proporción de periodontitis es igual, por lo que no se disminuyo la presencia de esta enfermedad, lo que es entendible, teniendo en cuenta que esta enfermedad no es curable, porque una vez perdido el tejido este no se regenera. Es importante resaltar que los resultados nos muestran que no hubo incidencia de esta enfermedad, nuevamente se puede plantear que las actividades realizadas de promoción y prevención resultaron efectivas.

Teniendo en cuenta el número de sesiones los pacientes fueron atendidos en un diverso número dependiendo de su diagnóstico. En clínica del sano se puede observar que disminuyó el número de sesiones, 18 personas recibieron 1 sesión, los que mas recibiendo fueron 2 sesiones, por lo se puede mencionar que es bueno porque entonces hubo menos patologías bucales. Esto se evidencia en la prueba de significancia estadística donde la diferencia fue significativa ( $p < 0.010$ ).

En el programa clínica del sano se observa que la mayor parte de los usuarios que ingresaron lo hicieron después de los 6 meses estipulados, 54.5% sin embargo se encontró un grupo menor de personas que cumplieron con el tiempo establecido, el 45,5%. En un estudio realizado por Acuña Herazo (2003) en un seguimiento de un programa de clínica del sano se encontró que la gran mayoría de pacientes desarrollan el programa durante un año y no vuelven, posiblemente convencidos de que con esa actividad es suficiente o no quedan motivado par volver. En algunos casos debido a dificultades económicas buscan grandes instituciones que pueden sostener precios bajos, pero contrario a esto en este estudio la mayoría permaneció en el tiempo establecido.



## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

-El análisis de las variables Sociodemográficas nos muestra que el grupo más representativo es el de los usuarios de género femenino (61,4%); el rango de edad comprendido entre 0 y 14 años (29,5%) seguido del rango de edad comprendido entre 15 a 24 años (27,3%) que corresponde a una población joven; la edad promedio es de 25 años. El tipo de usuario en mayor porcentaje están representado por los beneficiarios (70,5%). Respecto a la ocupación, el 40,9% de los usuarios son estudiantes y el 31,8% son docentes.

-Con los resultados de la presente investigación se puede concluir que con el programa de Clínica del Sano se logró disminuir la prevalencia de caries y gingivitis en los usuarios de la IPS de primer nivel, por lo que el programa clínica del sano es efectivo en la medida en que en la consulta inicial la prevalencia fue más alta que en el programa clínica del sano, donde se presentó una baja incidencia.

-Es importante mencionar que las actividades de endodoncia y exodoncia se presentaron en menor porcentaje en los pacientes al consultar por primera vez y en programa clínica del sano.

-Las actividades de promoción y prevención se aplicaron en la totalidad de la población tanto en consulta por primera vez como en clínica del sano, cumpliendo a cabalidad con lo establecido por la cobertura de la población usuaria.

- Respecto al número de sesiones, se puede concluir que estas redujeron en el programa clínica del sano, puesto que habían disminuido el número de patologías bucales.

-Los sellantes y el flúor son actividades de promoción y prevención que se realizan en pacientes jóvenes y menores de edad, por lo que es una medida preventiva que se aplica repetitivamente en esta población por sus características dentarias.

-Se puede concluir que el proceso educativo en salud oral en odontología genera cambios de comportamiento que conllevan al mantenimiento, adquisición y promoción de la salud, así la educación en salud debe ser pensada como un proceso dinámico y cotidiano en la consulta odontológica.

-Con el estudio se concluyó que el programa de clínica del sano se debe fortalecer en buscar nuevas alternativas en el abordaje de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de las acciones de intervención para hacer más coherentes los conocimientos y prácticas con los resultados en la salud oral.

-Se puede afirmar que el programa de Clínica del Sano es efectivo teniendo en cuenta que disminuyó la prevalencia de patologías como la caries y la gingivitis. Esta última no evolucionó a periodontitis, no presentándose incidencia en esta última patología mencionada.

-En vista de los efectos obtenidos sobre los niveles de caries dental, la presente intervención demuestra que es posible realizar intervenciones en salud oral efectivas, utilizando herramientas que existen en países en vías de desarrollo y que no son de alto costo. Sin embargo, se requiere de estudios adicionales para evaluar el costo-efectividad de intervenciones comparables, destinadas a reducir las inequidades en salud oral en el país.

### **6.1. RECOMENDACIONES**

-Se evidencia que se deben fortalecer los programas de prevención y prevención para lograr un mayor interés sobre el cuidado de la dentición de los niños desde los primeros años de vida, haciéndose necesario continuar el proceso educativo sobre aspectos fisiológicos normales que las madres pueden monitorear como las etapas de erupción y de recambio dental.

-Se debe insistir en la formación y preparación de profesionales con mentalidades netamente preventivas, pues es a través de los conocimientos y generación de cultura que se podrán modificar los hábitos de vida en las personas.

-Este proyecto sirve de base para implementar otras investigaciones basadas en el impacto y la cobertura del programa de clínica del sano en una entidad de salud.

-Se requieren futuros estudios para corroborar los presentes resultados así como para evaluar la efectividad y costos de intervenciones similares.

## 7. BIBLIOGRAFIA

ACUÑA HERAZO B. 2003. Clínica del sano en Odontología. ECOE. Bogota.

AMORIM, L. Impacto de un Programa de Educación y Motivación de Higiene Oral. Odontología Clínica Científica set-dic. 2004.

ARREDONDO, A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (3): 254-261, jul/set, 1992

BECKER, M.H. The Health belief model and personal health behaviour. Health Educational Monographs 2, 323-473. 1974

BURT, B. Promotion of Oral Health. En: Burt B, Eklunds, editors. Dentistry, dental practice and the community 4 Ed. Philadelphia:Saunders. 1992.

BLANCO J. H, Epidemiología Básica y principios de investigación. Corporación para Investigaciones Biológicas. Pág. 138,139 (2002)

CARRANZA, Newman. Periodontología clínica... Capítulo 5 "Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal" Pag. 72 y 73. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. 1998

CLARK, C.A; FINTZ, J.B; ELWELL, K.R. Eliminating Dental Plaque in the Sixth Grade. Journal of Public Dental. Health Dentistry 33, 70-74. 1973.

CERQUEIRA, M.T. Promoción de la salud: retos y perspectivas, presentado en el Congreso de Salud Pública, celebrado en Cuernavaca, México, el 25 de enero de 1995.

CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA. Santafé de Bogotá: ImpreAndes S.A. 1994.

CUENCA, E Y BACA, G. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. 3 Ed. Masson. 2007.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General--Resumen Ejecutivo. Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000

EVARISTO CHIYONG Teresa, PINTO PAZOS Helen, SALAS SAYÁN Omar, GALLEGOS HUAMANÍ Joe. Educación odontológica en escolares de 7-9 años del colegio Andrés Rázuri del distrito San Martín de Porres. *Odontol. Sanmarquina* 2007; 10(2): 21-23

HERAZO ACUÑA, Benjamín. *Clínica del Sano en Odontología*. Ecoe Ediciones. Santafé de Bogotá. 2003.

IDSN. *Boletín indicadores*. 2003

III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL (ENSAB III). 1998.

KATZ S MCDONALD JL Y STOOKEY G.K. *Odontología Preventiva*. Edición. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana. 1986.

LEY 100 DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Santafé de Bogotá. 1993.

LEY 91 FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO. Santafé de Bogotá. 1989.

MURRAY, J. *The Preention of Dental*. Oxford: Oxford. University Press. 1983

PETERSEN P, BOURGEOIS D, OGAWA H, ESTUPINAN-DAY S, NDIAYE C. La carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2005, 83: 661-669

PIÉDROLA, G et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona. Masson-Salvat. 2000.

RAMÍREZ, Jorge Hernán; CONTRERAS, Adolfo. ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? *Colomb Med* 2007; 38(3):181-182. ICID: 502131

RESOLUCIÓN NUMERO 3997. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá. 1996

RESOLUCIÓN NÚMERO 412. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá. 2000

RESOLUCION NUMERO 3577 DE. PNSB. Ministerio de Protección Social. Santafé de Bogotá. 2006

SALLERAS L. *Educación sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones*. Madrid. Díaz de Santos. 1990

SHANLEY, D.B. *Efficacy of Treatment Procedores in Periodontics* Berlin. Quintessence Publishing Co. 1980.

TERRIS, M. Approaches to an epidemiology of health. American Journal of Public Health, 65: 1037-1045. 1975

THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION AND AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Periodontology. Vol. 7, 1995, pp 54-68. 2000

THE WORLD ORAL HEALTH REPORT. OMS. 2003

WHO. World Health Organization. Ottawa Charter. For Health Promotion Genere. 1986.

YÉPEZ, M.A. El Club de la Sonrisa Feliz, un programa de intervención comunitaria en salud oral, Bogotá. 2000.

## ANEXO 1

### REGISTRO DE CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA

#### 1. DATOS PERSONALES

FECHA DE INCIO	DD	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>	AA	<input type="text"/>
IDENTIFICACION	CC	<input type="text" value="1"/>	TI	<input type="text" value="2"/>	RC	<input type="text" value="3"/> No
DOMICILIO	URBANO	<input type="text" value="1"/>	RURAL	<input type="text" value="2"/>		
EDAD	<input type="text"/>	AÑOS				
TIPO DE AFILIACION	AFILIADO	<input type="text" value="1"/>				
	BENEFICIARIO	<input type="text" value="2"/>				
SEXO	M	<input type="text" value="1"/>				
	F	<input type="text" value="2"/>				
OCUPACION	DOCENTE	<input type="text" value="1"/>				
	HOGAR	<input type="text" value="2"/>				
	EMPLEADO	<input type="text" value="3"/>				
	ESTUDIANTE	<input type="text" value="4"/>				
	MENOR	<input type="text" value="5"/>				

**2. ANTECEDENTES PERSONALES**

(COLOCAR HALLAZGOS SEGÚN REGISTRO DE HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA)

HTA	<input type="text" value="1"/>
DIABETES	<input type="text" value="2"/>
ALERGIAS	<input type="text" value="3"/>
GASTRITIS	<input type="text" value="4"/>
ENF. RESPIRATORIAS.	<input type="text" value="5"/>

**3. EXAMEN DENTAL**

No CARIES  
No DE ENDODONCIAS  
No DE EXODONCIAS

PROMOCION Y PREVENCIÓN	ADAPTACION	PROFILAXIS	PROFILAXIS	FLUOR	CONTROL DE PLACA
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DETARTRAJE	SELLANTES	EDUCACION
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No DE SECCIONES PARA TERMINAR TRATAMIENTO

TERMINO TRATAMIENTO	SI <input type="text"/>	NO <input type="text"/>
---------------------	-------------------------	-------------------------

REMISION A CLINICA DEL SANO	SI <input type="text"/>	NO <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------	-------------------------

FECHA DE TERMINACION DEL TRATAMIENTO	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**ANEXO 2**

**REGISTRO DE PACIENTES INSCRITOS EN CLÍNICA DEL SANO**

**1. DATOS PERSONALES**

FECHA DE CONTROL	DD	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>	AA	<input type="text"/>
IDENTIFICACION	CC	<input type="text"/>	TI	<input type="text"/>	RC	<input type="text"/>
DOMICILIO	URBANO	<input type="text" value="1"/>	RURAL	<input type="text" value="2"/>		
EDAD		<input type="text"/>	AÑOS			
TIPO DE AFILIACION	AFILIADO			<input type="text" value="1"/>		
	BENEFICIARIO			<input type="text" value="2"/>		
SEXO	M	<input type="text" value="1"/>				
	F	<input type="text" value="2"/>				

**2. ANTECEDENTES PERSONALES**

(COLOCAR HALLAZGOS SEGÚN REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA)

HTA	<input type="text" value="1"/>
DIABETES	<input type="text" value="2"/>
ALERGIAS	<input type="text" value="3"/>
GASTRITIS	<input type="text" value="4"/>
ENF. RESPIRATORIAS	<input type="text" value="5"/>

**3. EXAMEN DENTAL**

1.# CARIES	<input type="text"/>
2. # DE ENDODONCIAS	<input type="text"/>
3. # DE EXODONCIAS	<input type="text"/>
4. PROM PREV	<input type="text"/>

<b>ADAPTACION PROFILAXIS</b>	<b>PROFILAXIS</b>	<b>FLUOR</b>	<b>CONTROL DE PLACA</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DETARTRAJE</b>	<b>SELLANTES</b>	<b>EDUCACION</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	