

Evaluación del programa de salud oral en una población entre 0 y 17 años

Evaluation of the oral health program in population between 0 to 17 years old

Lina F Millán^{1,2}, Diego F Botero³

¹ IPS MEDICIPS, Cali, Colombia

² COOMEVA, Cali, Colombia.

³ Universidad Libre, Facultad de Ciencias de la Salud, GRIEPIS, Programa de Maestría en epidemiología, Cali, Colombia

Correspondencia: Lina Fernanda Millán Henao:
email: lina.millan1013@gmail.com

Recibido: 11 julio 2020

Aceptado: 3 septiembre 2020

Publicado: 30 diciembre 2020

Palabras clave: Salud oral, Índice CEO, Índice COP, programa salud oral, niños, adolescentes

Keywords: Oral health, CEO Index, COP Index, oral health program, children, teenager

Citación: Millan LF, Botero DF. Evaluation of the oral health program in population between 0 to 17 years old. *ijepH*. 2020; 3(2): e-6919. Doi: 10.18041/2665-427X/ijepH.2.6919.

Contribución: Lina Fernanda Millán Henao realizó la recolección y análisis de la información, Diego Fernando Botero Henao participó como asesor metodológico y científico de la investigación. Ambos escribieron el artículo.

Conflicto de interés: Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés.

Resumen

Antecedentes: El plan nacional de salud pública, estableció metas para objetivos definidos como prioritarios en salud pública, incluido el de mejorar la salud bucal. El cumplimiento de estas metas se relaciona con logros en niveles básicos de atención.

Objetivo: Evaluar el programa de atención en salud Oral en la población infantil en un centro ambulatorio de primer nivel de la ciudad de Cali.

Métodos: se realizaron dos mediciones, una en marzo de 2019 y otra en marzo del 2020. El estudio se concentró en analizar los datos recolectados sobre RIPS y los índices COP y CEO de los pacientes.

Resultados: El índice CEO de los pacientes entre 0 y 5 años al inicio fue de 2.49 y al finalizar fue de 2.51, lo cual aumentó en 0.02 el indicador, quedando por fuera de la meta establecida por el PDSP, para los pacientes entre 6 y 17 años al inicio del estudio en 2.00 y al final del estudio en 1.99, para esta población el índice COP disminuyó en 0.01.

Conclusión: Según el índice CEO (pacientes 0-5 años) no se obtuvieron resultados esperados del programa de salud oral. El indicador aumento en 0.02 quedando por fuera de la meta del PDSP, el índice COP (pacientes 6-17 años) aunque disminuyó en 0.01, no representó una mejoría real en la salud oral de la población.

Abstract

Introduction: The national public health plan established goals for objectives defined as priorities in public health, including improving oral health. The fulfillment of these goals is related to achievements obtained in basic levels of care.

Objective: To evaluate the Oral health care program in the child population in a first-level outpatient center in the city of Cali.

Methods: Evaluation of the results of an oral health program with two measurements: one measurement was carried out in March 2019 and another in March 2020. The study focused on analyzing the data collected on RIPS and the COP and CEO indices of patients.

Results: The CEO index of patients between 0-5 years old at the beginning was 2.49 and at the end it was 2.51, which increased the indicator by 0.02, being outside the goal established by the PDSP, for patients between 6-17 years at the beginning of the study in 2.00 and at the end of the study in 1.99, for this population the COP index decreased by 0.01.

Conclusion: The CEO index (patients 0-5 years-old) did not obtain expected results from the oral health program, the indicator increased by 0.02, being outside the goal of the PDSP, the COP index (patients 6-17 years-old) although it decreased at 0.01, it did not represent a real improvement in the oral health of the population.

Contribución clave del estudio

Objetivo	Evaluar el programa de atención en salud Oral en la población infantil (0 a 17 años) entre el año 2019 al 2020 en un centro ambulatorio de primer nivel de la ciudad de Cali.
Diseño del estudio	Estudio descriptivo con dos mediciones para evaluar el impacto del programa de salud oral
Fuente de información	Bases de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), índice CEO (cariados, extraídos y obturados) y COP (cariados, obturados y perdidos).
Población / muestra	Población en edades de 0 a 17 años que fue atendida en el centro ambulatorio de la ciudad de Cali entre el periodo comprendido de marzo de 2019 y marzo de 2020.
Análisis estadísticos	Estadística descriptiva de las variables edad, sexo, grupo étnico, clasificación del riesgo por medio de los índices CEO para edades comprendidas entre los 0 y 5 años u COP para las edades comprendidas entre los 6 y 17 años
Principales hallazgos	Se evidencia que en el grupo de 0 a 5 años donde se evaluó el índice CEO se obtuvo una disminución en la cantidad de dientes afectados por caries dental, pero se presentó un aumento en los dientes perdidos por patología afectando en un 0.02 el indicador. En el grupo de 6 a 7 años donde se evaluó índice COP se presentó una disminución en el indicador que se vio reflejado en la cantidad de dientes afectados por patología.

Introducción

Los programas de atención básica deben ser impulsados para la prevención de enfermedades. Es así que la OMS y la OPS impulsan estos programas, específicamente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuyo objetivo principal busca la salud para todos y de esta manera elevar la calidad de vida de la población mundial (1).

En Colombia según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) la prevalencia de caries grave a la edad de 5 años fue de 52.2% (dentición temporal), a los 12 años fue de 37.5% (dentición permanente) y a los 18 años fue de 47.8%. La prevalencia de caries de todo tipo presentó un aumento significativo para todas las edades: a la edad de 5 años la prevalencia llegó a 82.6% y a los 18 años de 93.8% (2). Esto puede tener efectos negativos en la salud de los niños y adolescentes. Si no se trata, la caries puede llevar al dolor, infección y pérdida de función, con efectos colaterales como problemas de aprendizaje, comunicación, nutrición y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal del individuo (2).

La salud oral presenta variaciones epidemiológicas entre países, dependiendo de factores como la economía, el sistema de salud existente, la cultura de los hábitos de alimentación y el medio ambiente. En algunos países en donde existen programas de prevención para la población infantil, bien organizados se evidencia una mejoría en la salud oral. Estos programas presentan modelos integradores centrados en la atención primaria de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción tanto de la exposición como del riesgo. En Colombia y en el mundo, la caries dental sigue siendo la de mayor presencia en toda la población, desde las edades más tempranas, hasta las edades adultas. En materia de salud oral ésta situación merece toda la atención, puesto que las enfermedades bucodentales se han convertido en un problema de salud pública, no solo por su frecuencia sino por su impacto en la salud en general (3).

El Plan Decenal de Salud Pública –PDSP- (2012-2021) del país estableció como metas para el año 2021 incrementar en un 20% la población sin caries, con énfasis en la primera infancia, la niñez y la adolescencia, con meta de un índice de caries dental COP= 0. En la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible; las prácticas de autocuidado para la prevención y manejo de las enfermedades bucales desde la primera infancia en entornos y programas sociales y las coberturas de prevención y detección temprana de las alteraciones de la salud bucal (4).

El centro ambulatorio de primer nivel de la ciudad de Cali estableció la necesidad de reforzar en su comunidad, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad pertenecientes a su complejidad, ajustándolo a las necesidades y condiciones de la población, cuyo objetivo estuvo enfocado en la atención en salud oral encabezada por los odontólogos generales. Todo está articulado con los programas de promoción y prevención establecidos por la EPS y liderados por el personal de odontología.

El objetivo de esta investigación fue realizar la evaluación del impacto del programa de atención en salud oral de la población infantil en edades entre los 0 a 17 años después de haber recibido una intervención en salud oral en un periodo de tiempo entre el año 2019 a 2020 en un centro ambulatorio de primer nivel.

Materiales y Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo con dos mediciones para evaluar el impacto del programa de salud oral. Se realizó una medición al inicio del estudio en el mes de marzo de 2019 y otra al final del mes de marzo del 2020, el cual permitió evidenciar el estado de salud bucodental en la población escolar mediante la recolección de registros obtenidos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) (5), y planes decenales CEO (cariados, extraídos, obturados) y COP (cariados, obturados, perdidos) para dar cuenta de la evolución de las metas que fueron definidas para el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) con el fin de evaluar planes de mejora para el modelo de atención primaria en salud del centro de atención ambulatoria (6).

La intervención en las bases de datos y registros en el centro ambulatorio de primer nivel se realizó teniendo en cuenta las metas de salud oral que se generan a nivel nacional para tener patrón de comparación. El Plan Nacional de Salud Pública, estableció metas para todos los objetivos definidos como prioridades en salud pública, incluido en mejorar la salud bucal. El cumplimiento de estas metas a nivel nacional, está íntimamente relacionado con los logros que se obtengan en los niveles básicos, es decir los logros que los prestadores, las entidades administradoras, los departamentos y los municipios puedan alcanzar (7).

Se incluyó toda la población en edades de 0 a 17 años que fue atendida en el centro ambulatorio de la ciudad de Cali entre el periodo comprendido de marzo de 2019 y marzo de 2020. Se excluyó del estudio la población que solo asistió a la cita de examen odontológico de primera vez asignada en la institución y no regresaron para control y seguimiento.

La recolección de la información se realizó mediante el formato diseñado en excel registrando la identificación, la fecha de la primera cita de odontología efectiva, diagnóstico de la primera consulta según CIE-10 (Codificación Internacional de enfermedades) (8), índice CEO para las edades entre los 0 y 5 años y COP inicial para las edades entre los 6 y los 17 años, diagnóstico de la última consulta donde se finaliza la intervención según CIE 10, índice CEO y COP final, número total de eventos o atenciones que aparecen registrados del usuario en el periodo de tiempo estudiado, en el servicio de salud oral del centro ambulatorio y la diferencia entre índice CEO y COP inicial y final.

En la primera etapa de evaluación se realizó la recolección de las bases de datos del grupo comprendido entre las edades de 0 a 17 años atendida en el centro ambulatorio de primer nivel, donde se clasificó el índice CEO (donde se realizó la sumatoria de dientes cariados, extraídos y obturados, sobre el total de la población perteneciente a este grupo), COP (donde se realizó la sumatoria de dientes cariados, obturados y perdidos, sobre el total de la población perteneciente a este grupo) y RIPS (que corresponde a

las actividades realizadas por cada paciente); en la segunda etapa se realizó la evaluación de los registros de la última intervención de los pacientes del grupo poblacional comprendido entre las edades de 0 a 17 años, y en la tercera etapa se realizó la evaluación de los registros durante el año después de realizada la primera cita de odontología donde se definió el plan de tratamiento.

Consideraciones éticas

El comité de investigaciones de la Universidad Libre de Cali revisó y aprobó el presente artículo. El centro ambulatorio de primer nivel de la ciudad de Cali dio su consentimiento por escrito para usar sus bases de datos. Para este estudio se utilizaron registros, por lo tanto, está clasificado sin riesgo acorde al Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud de Colombia.

Resultados

El total de pacientes evaluados del programa de salud oral del centro ambulatorio fue de 888. El 25.3% de la población correspondiente a pacientes entre los 0 a 5 años con un promedio de edad de 3.54 ± 1.28 años. El 74.7% de la población evaluada correspondió a pacientes entre los 6 a 17 años con un promedio de edad de 11.19 ± 3.45 años (Tabla 1).

Se evidenció que el 51.8% de la población fueron niños ($n=460$). De igual manera se identificó que el 100% de la población pertenece al régimen contributivo (Tabla 1).

Al realizar la evaluación por consultas se evidenció que el 79.5% fueron citas por procedimiento, con un promedio de cinco citas

Tabla 1. Características demográficas de la población a estudio.

Variable	Descripción	n (888)	%
Edad (años)	0-5	225	25.3
	6-17	663	74.7
Sexo	Femenino	428	48.2
	Masculino	460	51.8
Grupo étnico	Otro	738	92.6
	Afrocolombiano	150	7.4
	22	120	13.5
	20	117	13.1
	19	104	11.7
	17	104	11.7
	12	108	12.1
Comuna	11	100	11.2
	13	88	9.9
	2	63	7.9
	3	51	5.7
	5	33	3.7

Fuente: Base de datos, registro individual de prestación de servicios. meta h CEO, meta h COP.

por paciente, el 15.7% de las consultas fueron de valoración por odontología general en donde se realizó el diagnóstico inicial según el CIE-10 (codificación Internacional de Enfermedades) y la identificación de los CEO y COP iniciales para cada paciente según la edad. El 3.1% de consultas fueron por urgencias, y el 1.8% restantes es de aquellos pacientes que siguieron un control y seguimiento del tratamiento. Los principales cinco diagnósticos se presentan en la Tabla 2.

Respecto a la atención recibida el 85.9% recibieron atención preventiva que consiste en control de placa dental, aplicación de sellantes, topicación de flúor y detartraje, el 10.9% corresponde a la cantidad de obturaciones dentales realizadas (resinas, amalgamas y ionómeros de vidrio), y el 3.2% tuvieron una experiencia odontológica con otro tipo de tratamiento como por ejemplo exodoncias y tratamiento endodóntico (Tabla 3).

Al realizar la comparación de los indicadores el índice CEO al inicio del estudio es de 2.49 (Tabla 4), el cual se encuentra por encima de la meta definida por el Plan Decenal de Salud Pública que establece para el año 2021 incrementar en un 20%: la población del país sin caries con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia con índice de caries dental COP= 0.

Al final del estudio, el índice CEO de la misma población fue de 2.51 (Tabla 4), se evidenció que los pacientes entre 0 y 5 años tuvieron una disminución en la cantidad de dientes afectados por caries dental, pero presentando un aumento en los dientes extraídos por patología afectando en un 0.02 el indicador.

Para los pacientes entre 6 y 17 años se evidencia que el COP al inicio del estudio fue de 2.00. Al final del estudio, el índice COP de la misma población en que se inició el estudio fue de 1.99, disminución que se ve reflejada en la cantidad de dientes afectados por patología (Tabla 5).

Discusión

Teniendo en cuenta los resultados se logró evidenciar que en ambos rangos de edad (0-5 y 6-17 años) no se obtuvieron los resultados esperados en el programa. Se evidenció una disminución en los dientes afectados por patología, pero no se evidenció una reducción importante en los indicadores finales. Es claro que una de las metas definidas por el Plan Decenal de Salud Pública (4), es lograr el incremento de la población del país sin caries con énfasis

Tabla 2. Principales diagnósticos según el CIE -10 de la primera consulta Odontológica.

Diagnósticos	n = 1,576	%
Caries de la dentina	1,224	77.7
Gingivitis aguda	138	8.8
Alteraciones de la erupción dental	99	6.3
Pulpitis irreversible	65	4.1
Caries limitada al esmalte	50	3.1

Fuente: Base de datos, registro individual de prestación de servicios

Tabla 3. Descripción por procedimientos realizados en el periodo evaluado.

		n = 4,458	%
Promoción y prevención	Control de placa dental	1,604	36.0
	Aplicación de barniz de flúor	1,478	33.2
	Detartraje supragingival	726	16.3
	Aplicación de sellantes	20	0.4
Obturaciones	Amalgamas, resinas y ionómero de vidrio	488	10.9
Exodoncias	Dientes temporales	76	1.7
	Dientes permanentes	30	0.7
Tratamiento endodóntico	Dientes permanentes	36	0.8

Fuente: Base de datos, registro individual de prestación de servicios

en la primera infancia, niñez y adolescencia con índice de caries dental COP= 0.

En 2016, Se realizó una evaluación del riesgo de caries dental donde se implica ante todo identificar a las personas con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en el futuro y resaltaron la importancia de identificar correctamente a todas las personas con mayor riesgo de que se agraven las lesiones que ya tienen. En comparación con este estudio, el programa de salud oral del centro ambulatorio no parte de la identificación de riesgos de las personas sino de simplemente realizar el diagnóstico y tomar los índices de CEO y COP para ser reportados a la aseguradora y esta a su vez a la Secretaria de Salud (9).

En 2012, manifestaron que en Colombia la caries de infancia temprana requiere un abordaje con programas basados en adquisición de hábitos saludables mediados por educación, con énfasis en nutrición e higiene desde antes del nacimiento y con alianzas estratégicas con la escuela saludable y las empresas promotoras de salud (10). Para el centro ambulatorio de la población objeto de estudio, no es “rentable”, ya que dentro del programa establecido de salud oral, la consulta de nutrición no está convenida con la aseguradora, con enfoque de prevención,

además no existe comunicación o alianzas estratégicas con el programa “escuelas saludables”.

En 2010, se identificó que la afiliación de las familias al sistema de salud, ha considerado como riesgo no tener acceso a los servicios de salud por falta de afiliación o por no uso de los servicios. Para Díaz fue contradictorio encontrar en los resultados que un gran porcentaje de los niños con caries dental, se encontraban afiliados al sistema de seguridad social en salud en el régimen subsidiado (11), a diferencia con el presente estudio que el 100% de la población es del régimen contributivo, y se encontró un gran número de niños con caries dental. Los malos resultados pueden explicarse en primera instancia por la escasa utilización de los servicios, ya sea por dificultad de acceso o mala calidad de los mismos, además se pueden presentar pocas oportunidades para acceder a las actividades de promoción y prevención en salud oral.

Es necesario considerar reforzar el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ajustarlo a las necesidades y condiciones de la población, no limitar la oportunidad para las atenciones, establecer un contacto estrecho y motivacional con el paciente y sus familiares, para lograr generar adherencia al tratamiento desde la primera consulta y todo esto enfocado en la atención encabezada por los odontólogos que son quienes poseen el conocimiento técnico y la experiencia asistencial para lograrlo; se crea la necesidad de realizar un estudio de cohortes que permita evaluar en un seguimiento más estricto la eficacia de un programa de salud oral en un primer nivel de atención.

Conclusiones

Al realizar la evaluación del programa de atención en salud oral de la población infantil en edades entre los 0 y 17 años después de haber recibido intervención en el periodo entre marzo de 2019 y marzo de 2020 en un centro ambulatorio de primer nivel de la ciudad de Cali, se concluye que, los índices de CEO de los pacientes entre 0 a 5 años no obtuvieron los resultados esperados del programa de salud oral, aunque se obtuvo una disminución en la cantidad de dientes afectados por caries dental, se presentó un aumento en los dientes extraídos por patología afectando en un 0.02 el indicador, y así quedando por fuera de la meta establecida por el Plan Decenal de Salud Pública, en cuanto al COP de los pacientes entre 6 a 17 años

Tabla 4. Indicador para índice CEO

Nombre del indicador	Grupo de población	Meta	Definición del indicador	Formulación	Total inicial	Indicador inicial	Total final	Indicador final
Índice CEO 0-5 años		Índice CEO <2.3 (<3 dientes temporales cariados, extraídos u obturados/niños)	Numerador	Total de dientes cariados	441	2.49	254	2.51
				Total dientes extraídos por caries	17		38	
			Denominador	Total dientes obturados	103		272	
				Total paciente con examen	225		225	

Fuente: Base de datos, Meta h CEO.

Tabla 5. Indicador para índice COP

Nombre del indicador	Grupo de población	Meta	Definición del indicador	Formulación	Total inicial	Indicador inicial	Total final	Indicador final
Índice COP	0-17 años	Índice CEO <2.3 (<3 dientes temporales cariados, extraídos u obturado/niños	Numerador	Total de dientes cariados	1,020	2.00	769	1.99
				Total dientes extraídos por caries	307		546	
				Total dientes obturados	1		3	
				Total paciente con examen	663		663	
Denominador								

Fuente: Base de datos, Meta h COP

el indicador disminuyó a un 1.99 reflejado en la disminución de dientes afectados por caries dental, por las obturaciones realizadas por tratamiento y no por pérdida por patología.

Referencias

1. OMS. Alma-Ata, Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-ata. Alma-Ata, URSS: OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1978.
2. Ministerio de Salud. IV estudio nacional de salud bucal. Situación en salud bucal. Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: Ministerio de Salud; 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.
3. Moncada O, Herazo B. Estudio nacional de salud. Morbilidad oral colombiana 1977-1980. Bogotá: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Ascofame; 1984.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsulud.pdf
5. Ministerio de Salud. Registros médicos e historias clínicas. Bogotá: Oficina de planeación, división e informática, Ministerio de salud; 1993.
6. Tovar VS. De cuidado, estrategia incremental; salud, bucal y. Protección específica en. Soy generación más sonriente. Bogotá: Subdirección de Enfermedades No transmisibles, Grupo de Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y otras condiciones crónica. Ministerio de Salud; 2020.
7. Ministerio de salud y protección social. Informe quincenal epidemiología nacional. IQEN. 2012; 17(23): 311-321.
8. OMS. De la salud, asamblea mundial. Undécima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Organización Mundial de la Salud; 2019.
9. Ramon JR, Castañeda DM, Corona CMH, Estrada PGA, Quinzán LAM. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. Medisan. 2016; 20(5): 648-655.
10. González CGE. Jardín infantil de la universidad nacional de colombia: evaluación de un programa para la promoción de salud bucal en la primera infancia. Universitas Odontológico. 2012; 31(66): 59-74.
11. Díaz-Cárdenas S, González-Martínez F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Salud Pública. 2010; 12(5): 843-851. Doi: 10.1590/S0124-00642010000500014.

©Universidad Libre 2020. Licence Creative Commons CCBYNC-ND-4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

