

MORBILIDAD BUCO-DENTAL EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL
ADULTO DE LA UNIVERSIDAD-COOPERATIVA-DE- COLOMBIA, BOGOTÁ

2017-2019

INVESTIGADORES

Paula Camila Álvarez González.

Luis Daniel Ávila Peña.

Jessica Daniela Medina González

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

BOGOTÁ, D.C.

2020

MORBILIDAD BUCO-DENTAL EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL
ADULTO DE LA UNIVERSIDAD-COOPERATIVA-DE- COLOMBIA, BOGOTÁ

2017-2019

INVESTIGADORES

Paula Camila Álvarez González.

Luis Daniel Ávila Peña.

Jessica Daniela Medina González

Asesor

ALEJANDRA CASTRO TOBÓN.

Odontóloga. Colegio Odontológico Colombiano.

Esp. Odontología Legal y Forense. Pontificia Universidad Javeriana.

Maestría en Educación Universidad Cooperativa de Colombia.

Profesora Facultad de Odontología. Universidad Cooperativa de Colombia, sede

Bogotá.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREGRADO

BOGOTÁ, D.C.

2020

MORBILIDAD BUCO-DENTAL EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL
ADULTO DE LA UNIVERSIDAD-COOPERATIVA-DE- COLOMBIA, BOGOTÁ

2017-2019

PAULA CAMILA ÁLVAREZ GONZÁLEZ.

LUIS DANIEL ÁVILA PEÑA.

JESSICA DANIELA MEDINA GONZÁLEZ

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO GENERAL

Asesor

ALEJANDRA CASTRO TOBÓN.

Odontóloga. Colegio Odontológico Colombiano.

Esp. Odontología Legal y Forense. Pontificia Universidad Javeriana.

Maestría en Educación Universidad Cooperativa de Colombia.

Profesora Facultad de Odontología. Universidad Cooperativa de Colombia, sede

Bogotá.

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREGRADO

BOGOTÁ, D.C.

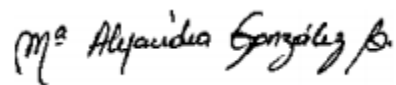
2020

iii

El trabajo de Grado MORBILIDAD BUCO-DENTAL EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD-COOPERATIVA-DE-COLOMBIA, BOGOTÁ 2017-2019, elaborado por PAULA CAMILA ÁLVAREZ GONZÁLEZ, LUIS DANIEL ÁVILA PEÑA, JESSICA DANIELA MEDINA GONZÁLEZ, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el Título de odontólogos



Martha Gladys López Fajardo
Jefe de Programa



María Alejandra González Bernal
Coordinadora de Investigación



Alejandra Castro Tobón
Asesora

Bogotá, D.C, 15 de enero de 2021

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de grado a Dios por darnos la vida y sabiduría.

A nuestros familiares que nos acompañan en todo momento, quienes nos motivan y alientan en momentos difíciles.

A todos nuestros amigos y compañeros que se convirtieron en apoyo emocional e incondicional en el transcurso de la carrera.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

ALEJANDRA CASTRO TOBÓN, Docente de pregrado de la facultad de odontología Universidad Cooperativa de Colombia, por su constante acompañamiento, su gran corazón, ayuda y dedicación. Por cuidar los saberes del mundo y permitirles a otros, expandir sus conocimientos, ayudando a vivir el sueño de superarnos y cumplir nuestras expectativas, y siempre ir por la constante mejora, para ser mejores personas y excelentes profesionales.

A TODOS LOS PROFESORES de investigación que a lo largo de éste proceso aportaron sus ideas y conocimientos para la finalización de éste proyecto.

A NUESTROS PADRES, por haber proporcionado la mejor educación y lecciones de vida, a cada uno de nosotros, por enseñarnos que con esfuerzo y constancia todo se consigue, y que nada en la vida se consigue sin la constancia que se requiere.

Contenido

GLOSARIO.....	xii
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO 1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 JUSTIFICACIÓN	21
1.3 MARCO REFERENCIAL.....	23
1.4 EPIDEMIOLOGIA.....	23
1.4.1 Definición.....	23
1.4.2 La epidemiología descriptiva	24
1.4.3 La epidemiología analítica	24
1.4.4 Razón	25
1.4.5 Tasas.....	25
1.4.6 Proporciones.....	25
1.5 MEDIDAS EPIDEMIOLOGICAS	25
1.5.1 Incidencia	25
1.5.2 Prevalencia.....	25
1.5.3 Morbilidad	26
1.5.4 Morbilidad sentida.....	26

1.5.5	Morbilidad diagnosticable	26
1.5.6	Morbilidad diagnosticada	26
1.6	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	26
1.7	DIAGNÓSTICO	27
1.7.1	Definición	27
1.7.2	CIE10	27
1.7.3	Salud bucal	27
1.7.4	RIPS	27
1.7.5	CUPS	28
1.8	MARCO TEORICO	28
1.8.1	Antecedentes	28
1.9	OBJETIVOS	34
1.9.1	Objetivo general	34
1.9.2	Objetivos específicos	35
CAPITULO 2: MÉTODO		36
2.1	TIPO DE ESTUDIO:	36
2.2.	POBLACIÓN	36
2.3.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
2.4.	MUESTRA	36
2.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37

2.6. HIPÓTESIS.....	40
2.7. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	40
2.8. CONTROL DE SESGOS	41
2.8.1 Control de sesgos de selección	41
2.8.2 Control de sesgos de información o medición.....	41
2.8.3 Control de sesgo de disponibilidad y confirmación	41
2.9. PROCEDIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	43
2.11. ASPECTOS ÉTICOS	43
CAPITULO 3: RESULTADOS	45
3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN.	45
3.2 DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA.....	47
3.3 DETERMINACIÓN DE LA MORBILIDAD DIAGNOSTICADA.....	48
3.4. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS.....	49
CAPITULO 4: DISCUSIÓN.....	51
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Variable

Tabla 2 Análisis estadístico

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Distribución de la muestra por sexo

Gráfica 2 Distribución de la muestra según ciclo vital

Gráfica 3 Frecuencia por estrato de pacientes atendidos en la clínica del adulto

Gráfica 4 Frecuencia por localidad de procedencia de pacientes atendidos en la clínica del adulto.

Gráfica 5. Frecuencia del motivo de consulta en pacientes atendidos en la clínica del adulto.

Gráfica 6 Frecuencia del diagnóstico oral en pacientes atendidos en la clínica del adulto

Gráfica 7 Frecuencia de diagnósticos por grupo etario.

GLOSARIO

Morbilidad: Se define como la cantidad de seres que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados, este dato es recopilado para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades.(1).

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.(2).

Morbilidad bucal: Es la cantidad de individuos que padecen enfermedades buco dentales.(3),(1).

Morbilidad Sentida: Es la definición que da el individuo o paciente, a partir de la percepción de sus síntomas, conocido como el motivo de consulta. (4),(5).

Morbilidad Diagnosticable: Es la interpretación que se le da a los síntomas referidos por el paciente, pero como diagnóstico tentativo.(6),(5).

Morbilidad diagnosticada: Se le conoce como el diagnóstico definitivo.(5).

Incidencia: Es el número de casos nuevos de la enfermedad en un periodo de tiempo específico.(4).

Prevalencia: Es el número de casos existentes de la enfermedad en un punto particular de tiempo.(4).

Caracterización: Determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás.(7).

RESUMEN

El impacto en la morbilidad bucodental de la población atendida en la facultad de odontología de la Universidad-Cooperativa-de-Colombia-Bogotá, es esencial para una planificación sanitaria; por ello se analizó la morbilidad de los pacientes atendidos a través de sus historias clínicas, caracterizando socio-demográficamente por sexo, edad, estrato y lugar de procedencia, comparando el comportamiento de la morbilidad bucal. **Métodos:** se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo de corte transversal. Se revisaron historias clínicas digitales del adulto en el pregrado de odontología de la UCC-Bogotá, de los años 2017-2019. Con un tamaño de muestra de 384 historia clínicas aleatorizadas en Excel. Los criterios de inclusión fueron Historias Clínicas diligenciadas y aprobadas por la clínica del adulto. Los criterios de exclusión no aplicaron para este proyecto. El estudio cuantitativo se realizó mediante un análisis de frecuencia a partir de la tabulación de información en una plantilla diseñada con el software para Microsoft Excel®. **Resultados:** La morbilidad diagnosticada bucodental más prevalente fue la enfermedad periodontal con un 36%, seguido de la caries con un 21%; la morbilidad sentida fue del 27% para la población que consulta por “Revisión general” y por “Estética” un 22%. El 64% de la población, pertenece al sexo femenino, el ciclo de vida con mayor atención es el de “Adultez” y provienen en su mayoría de las localidades de Kennedy, Bosa, Engativá y Suba. **Conclusión:** los principales motivos de consulta no concuerdan con los diagnósticos obtenidos. **Palabras clave:** Morbilidad bucal, salud oral, incidencia, prevalencia, caracterización.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones de salud y enfermedad bucodental de un individuo, comunidad, población en un lugar y tiempo determinado se expresa en términos del perfil epidemiológico. Siendo la morbilidad uno de los principales indicadores. Tal como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), La Federación Dental Internacional (FDI), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la caries dental, enfermedades gingivales, enfermedades de la ATM, edentulismo, cáncer oral, VIH/SIDA entre otra; son las patologías crónicas de mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial en los diferentes cursos del ciclo de vida, impactando de manera negativa en la salud de los individuos ya que comparte los factores etiológicos con otras alteraciones sistémicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares.

En la actualidad y según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal en Colombia la distribución y severidad de las patologías bucodentales varía de una región a otra, siendo influenciado por factores económicos, culturales, y sociales.

El Conocer la morbilidad bucal de los pacientes adultos atendidos en las clínicas odontológicas de la sede Bogotá durante el 2017-2019, es un dato estadístico importante que permite saber el porqué, el para que consultan los pacientes, de donde provienen y como es el comportamiento de las principales patologías en dicha población.

Para abordar este trabajo de investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes capítulos:

Capítulo 1: contexto de la investigación en donde se encuentra planteamiento del problema, justificación, marco teórico y referencial el objetivo general y 3 objetivos específicos.

Capítulo 2: Marco Metodológico, en donde se evidencia el tipo de estudio la población estudiada, criterios de selección, muestra, variables, procedimiento, análisis estadístico y los aspectos éticos.

Capítulo 3: Resultados y descripción de cada uno de ellos. Estos se presentan en frecuencias y porcentajes teniendo en cuenta que son variables de tipo nominal.

Capítulo 4: Discusión, en donde se comparan los resultados obtenidos en el presente estudio con otros similares.

Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO 1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La organización mundial de la salud define la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal, facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o que comprometan el bienestar psicosocial” (8), afectando a la mitad de la población mundial (3.580 millones de personas).

Es importante ,destacar que la morbilidad es conocida como la cantidad de seres que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados, este dato es recopilado para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades; entre las enfermedades no transmisibles más comunes, que afectan a las personas durante toda su vida se encuentran las bucodentales ; Las enfermedades bucodentales son las enfermedades que afectan a la mitad de la población mundial (3580 millones de personas), la caries dental y las periodontopatías en dientes permanentes son los trastorno más prevalente, causando desde dolor, hasta desfiguración o muerte; Por lo tanto ,desde el espectro de morbilidad, puede afirmarse que la morbilidad bucal es la cantidad de individuos que padecen enfermedades buco dentales.(1,9).

Además de las patologías antes mencionadas, La Federación Dental Internacional (FDI) describe el VIH-SIDA, Noma, cáncer Oral y las anomalías congénitas como patologías que también aquejan a la población a nivel mundial.

La caries dental aún es considerada un problema a nivel de salud pública en el mundo, se estima que un 40% de personas la padecen causando dolor oral, dificultad para comer y dormir, por lo que ocasiona ausentismos o también llamado absentismo escolar y laboral, presentándose de igual manera en América latina.

En Colombia, según el último reporte oficial ofrecido por Ministerio de protección social, en 2014. Los resultados mostraron como promedio basados en el índice de COP, 88.49%, para dientes permanentes de prevalencia de caries dental en la población colombiana. La prevalencia en el área urbana fue de un 93.30% y en rural con un 99.72%. El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/ CPO-D) a nivel nacional fue de 92.47% para menores de 15 años y 93.80% para las edades de 18 años y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-D-12) a nivel nacional fue de 88.81%(10,11).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de las personas presenta enfermedad periodontal, En Colombia, según el último reporte oficial ofrecido por Ministerio de protección social, en 2014. Los resultados mostraron un 21.90% de prevalencia de enfermedad periodontal, para pacientes con 18 años de edad en la población colombiana. De acuerdo a la distribución de la enfermedad por sexo, se presenta un mayor porcentaje de ausencia de la enfermedad periodontal en las mujeres con un 42.59% y en los hombres con un 33.59% La prevalencia de enfermedad periodontal con pérdida de inserción específicamente por regiones es de, bolívar sur, sucre y córdoba con un porcentaje del 19.71% y seguido del litoral pacífico con un 18.66% y de menor prevalencia Santander con un 5.84% y Cali con

1.39%.En lo que se refiere a Bogotá, la prevalencia de enfermedad periodontal en el 2014 fue del 33.62%, con una severidad del 1.77mm dentro de los parámetros de diagnósticos de (Armitage,1999) (10,11).

El proceso de esta enfermedad aun esta sin ser bien entendida, pero su progreso puede o no ser de rápida destrucción de modo irreversible. Por lo tanto, el 30% de los sujetos en edades comprendidas entre los 65-74 años han perdido todos sus dientes, por esta causa (8).

Por otro lado, el cáncer oral se sitúa entre los 10 cánceres más comunes dependiendo del país y región del mundo. Se estima que cada año se producen entre 300.000 y 700.000 nuevos casos, siendo elevada en países de Europa, África y América Latina. (2,8).

La Organización Mundial de la Salud, refiere que, en algunos países de Asia y el Pacífico, el cáncer bucal (cáncer de labio y la cavidad bucal) es uno de los tres principales tipos de cáncer en razón de su incidencia.(2).

Hacia 2013, se estimó en que entre las enfermedades de cavidad oral que amenaza la vida, se encuentra el cáncer oral (CaO), ocupando entre el sexto y octavo lugar en los diferentes tipos de cáncer con un el 4% de todos los tipos de, con una mortalidad del 3 al 10% de la mortalidad por cáncer. Este cáncer es el más común en la cabeza o cuello y afecta a más a hombres, su detección se da en un 75% de los casos, alrededor de los 60 años y el 90% corresponden a carcinoma escamocelular oral (CEC). Es de destacar que se diagnostican anualmente alrededor de 300 000 nuevos casos de cáncer oral en el mundo, de los cuales más de la mitad se presenta en países en desarrollo.

Se observa en Colombia un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología, titulado “Estudio epidemiológico de cáncer bucal en Colombia 1989-2008” en este se reporta una incidencia de cáncer oral, para ambos sexos del 3.05% en el año de 1999, y se disminuye con un 2.04% a 1.98% entre los años 2000 y 2002, desde ahí se observan varios comportamientos de Incidencia, con un aumento del 0.54% desde el año 2003 al 2008 (12,13).

En cuanto al VIH-SIDA continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. A nivel mundial la tasa de incidencia es de 54%, con mayor incidencia y prevalencia en el viejo continente (África, Europa, y Asia) y a nivel nacional su estadística o tasa de incidencia es del 3.2%. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. (14,15). Actualmente, las clínicas odontológicas de la UCC solo cuentan con un estudio epidemiológico en los posgrados de periodoncia – óseo integración y ortodoncia - ortopedia funcional de la facultad y se desconoce el comportamiento de la morbilidad sentida y diagnosticable en las clínicas del adulto del pregrado de odontología seccional Bogotá. A nivel latinoamericano, no se encuentran enfermedades con reportes de incidencias como lo es el Noma, la cual es una enfermedad desatendida de patología gangrenosa agresiva oro-facial que daña los tejidos duros, blandos de la boca y cara, con una tasa de mortalidad de cerca del 8.5% prevalente en África. (2,16).

Actualmente, las clínicas odontológicas de la UCC solo cuentan con un estudio.

Por tal motivo, es de vital importancia caracterizar, medir e identificar el comportamiento del perfil mórbido que demanda la atención en las clínicas odontológicas de la Universidad Cooperativa de Colombia como una alternativa para sus tratamientos bucales.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En Colombia se han desarrollado diferentes estudios relacionados a la morbilidad bucal en la población, cabe resaltar los resultados de los Cuatro Estudios Nacionales de Salud Bucal – en los que a través de una encuesta y valoraciones clínicas en los diferentes municipios que para el IV estudio fueron 197 en los 32 departamentos del País, se recolectó información sobre la caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis, edentulismo, lesiones pre malignas, etc., teniendo en cuenta los diferentes grupos etarios.(10,17,18).

Respecto a la caries dental, según la FDI (World Dental Federation) “los resultados muestran que El 90% presentan dicha patología, mientras que las enfermedades periodontales presentan un 5-20% incluyendo la gingivitis y en edades de 65-74 años en torno al 30% de los sujetos, han perdido todos sus dientes siendo las enfermedades periodontales la causa principal”, lo que pone en evidencia que la mayoría de la población colombiana presenta problemas de salud bucal a lo largo de la vida, siendo entonces un problema de salud pública.(8).

La facultad de odontología seccional Bogotá presta servicios de ortodoncia y periodoncia desde el año 2005 y el pregrado desde el año 2012. En el año 2013 se realizó un estudio descriptivo de la caracterización de los pacientes que asistieron a los servicios de las clínicas odontológicas por ortodoncia y periodoncia cuyos datos fueron tomados a partir de las historias clínicas.(12).

El pregrado de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Bogotá, viene desarrollando actividades clínicas desde el año 2012 al servicio de la población tanto Bogotana como de los municipios aledaños a la capital, quienes consultan por diferentes motivos, entre los cuales se encuentra dolor, control general, inconformidad en la estética de sus restauraciones o sus dientes.

Para este estudio se seleccionaron las clínicas odontológicas de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Bogotá, ya que no existe un estudio que dé cuenta de la morbilidad sentida y la morbilidad diagnosticada de las personas atendidas por el pregrado en las clínicas del adulto.

Es importante conocer el comportamiento de las alteraciones buco dentales según la OMS y el IV estudio Nacional de Salud bucal (ENSAB IV) para relacionarlos con la morbilidad identificada en las clínicas odontológicas, según los diferentes grupos etarios.

Este proyecto arrojará datos de incidencia y prevalencia que permitirán generar estrategias de promoción y prevención tanto de índole académico como administrativo a partir de un enfoque integral acorde a la normatividad legal vigente en los diferentes ciclos de vida.

1.3 MARCO REFERENCIAL

Existen entidades encargadas de difundir globalmente la información, por medio de libros, periódicos, revistas indexadas, y artículos científicos, que permiten el estudio de cifras epidemiológicas exactas de las diferentes enfermedades bucodentales que se presentan a nivel mundial; algunas de estas son: la OMS, FDI, ADA, OPS y la FOC.

1.4 EPIDEMIOLOGIA

1.4.1 Definición

“Es la disciplina que estudia la distribución de la frecuencia en los eventos de salud y las variaciones del proceso salud-enfermedad en los grupos sociales (espacios-población) los factores ambientales y sociales que las determinan” (4), esta debe ser y estar apoyada en el método científico, en común ayuda de otras disciplinas como lo son la estadística, la bioética, la antropología, sociología, psicología, biología, política, economía y todas aquellas ciencias relevantes para el diseño e implementación de un estudio poblacional con características similares o que presenten un patrón repetitivo de signos o síntomas igualmente marcados, brindando posibilidades de solución a futuro, que puedan prevenir el desarrollo de enfermedad, es ahí cuando se fundamentan estrategias de tipo político-económico-administrativo.(19).

En la consulta odontológica de cualquier entidad prestadora de servicio de salud, la epidemiología, tiene alcances para la definición de los cuadros clínicos de una enfermedad o varias enfermedades, siendo una facultad que se adquiere con el ejercicio de practica constante, para el reconocimiento de esos signos que afectan

cualquier sistema en el cuerpo humano; es importante recalcar que las ayudas diagnósticas son de útil ayuda para los diagnósticos presuntivos y definitivos y por lo tanto deben estar presentes en el momento de la valoración, de la consulta y de la resolución del tratamiento. (4,15). El objetivo de la epidemiología clínica se centra en el desarrollo y aplicación de métodos de observación clínica que den lugar a conclusiones validas, evitado errores sistemáticos y del azar.

Según el investigador Osvaldo Esteban Suescún Montoya en su artículo sobre “Conceptos e indicadores básicos de la epidemiología aplicados a la inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y productos farmacéuticos.” los anteriores propósitos de la epidemiología se dividen en dos áreas: “descriptiva y analítica. (19).

1.4.2 La epidemiología descriptiva

recoge las características generales de la distribución de un evento de salud puesto en términos de variables de persona, tiempo y lugar. (20).

1.4.3 La epidemiología analítica

conlleva la evaluación de los factores de riesgo y la búsqueda de los factores determinantes o causales”. (19).

Por tanto, los estudios epidemiológicos al tener factores determinantes o causales de la enfermedad postuladas en su mayoría como variables, se interpretarían como eventos probabilísticos, que denotan, “si hay mayor o menor probabilidad que un evento ocurra debiéndose precisamente a los factores de sospecha que intervienen en su etiología y no al azar. Para que esto no sea al azar, la investigación epidemiológica se basa en la construcción de tres tipos de medidas: a) de

frecuencia; b) de asociación o efecto, y c) de impacto potencial. La construcción de estas medidas se realiza por medio de operaciones aritméticas simples y de los instrumentos matemáticos conocidos como razones, proporciones y tasas.” (21).

1.4.4 Razón

Es un cociente que indica cuantas veces sucede un hecho que se encuentra en el numerador con respecto al hecho que está en el denominador, quiere decir que no hay ningún dato contenido en común entre las variables.(4).

1.4.5 Tasas

Expresan la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo, quiere decir que es el Cociente que resulta de dividir un número de acontecimientos sucedidos durante un periodo de tiempo, por lo tanto, es una proporción que mide riesgo. (22).

1.4.6 Proporciones

Es un cociente en el que el numerador está incluido en el denominador expresa la importancia relativa que el dato del numero tienen con respecto al denominador, este puede variar entre 0 y 1. (4).

1.5 MEDIDAS EPIDEMIOLÓGICAS

1.5.1 Incidencia

Número de casos nuevos de la enfermedad en un periodo de tiempo específico (4).

1.5.2 Prevalencia

Número de casos existentes de la enfermedad en un punto particular de tiempo. (4).

1.5.3 Morbilidad

Se define como las medidas que describen la frecuencia del evento muerte en una población se conocen como medidas de mortalidad y las que describen la frecuencia de los eventos enfermedad y discapacidad se conocen como medidas de morbilidad. Las dos medidas de morbilidad más comúnmente usadas son la prevalencia y la incidencia.(3).

1.5.4 Morbilidad sentida

Es la definición que da el individuo o paciente, a partir de la percepción de sus síntomas, conocido en la historia clínica como el motivo de consulta.(4).

1.5.5 Morbilidad diagnosticable

Hace referencia a lo que se presume a partir de los signos y síntomas interpretados por el paciente o individuo dando lugar al diagnóstico presuntivo.(4).

1.5.6 Morbilidad diagnosticada

Se refiere al diagnóstico definitivo dado por el profesional.(4).

1.6 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Es el proceso dinámico y sistemático de monitoreo y evaluación permanente de la situación de salud en una comunidad y de sus factores determinantes, que permite utilizar la información para tomar decisiones a nivel individual y colectivo, con el fin de disminuir los riesgos de enfermar y morir”. Actualmente también se la suele denominar: “información para la acción”.

La investigación de brotes: Brote (epidémico): Es un número de casos de una enfermedad que es mayor de lo esperado, pero que usualmente están referidos a

una población limitada, un periodo de tiempo corto y un área geográfica reducida, teniendo generalmente una fuente de infección común. Ej. los brotes de ETA. la investigación de la etiología de las enfermedades y de sus factores de riesgo; la evaluación de las medidas preventivas y terapéuticas; la evaluación de los servicios de salud y la formulación de políticas públicas". (15).

1.7 DIAGNÓSTICO

1.7.1 Definición

La aplicación de conocimientos y habilidades organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida. Se utiliza indistintamente de "tecnología de la asistencia sanitaria".(9).

1.7.2 CIE10

Es la clasificación estadística internacional, de enfermedades y problemas relacionados con la salud, contienen las orientaciones para el registro y la codificación de la información, junto con mucho material nuevo sobre los aspectos prácticos para utilizar dicha clasificación y un resumen sobre su historia.(23).

1.7.3 Salud bucal

Es un Estado exento de dolor bucodental o facial crónico.(15).

1.7.4 RIPS

Es el conjunto de datos mínimos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control para el servicio. Estos datos identifican las actividades de salud que realizan las IPS o profesionales

independientes de salud, siendo una de las fuentes principales de información, demanda y oferta de los servicios en Bogotá.(24).

1.7.5 CUPS

Clasificación única de procedimientos en salud CUPS, corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país.(25).

1.8 MARCO TEORICO

1.8.1 Antecedentes

Lo que se busca es demostrar estadísticamente la morbilidad de afecciones que se presentan en la clínica odontológica de la UCC sede Bogotá. En Colombia el ENSAB IV estudio nacional de salud bucal, ha permitido caracterizar las condiciones que impactan en la salud bucal de la población colombiana y aproximarse comprensivamente a los procesos de determinación social de la salud y su componente bucal con el propósito de proveer información actualizada que contribuya al diseño de políticas, planes y proyectos describe entonces las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal de la población colombiana, acerca a la comprensión del sentido de la salud bucal que tienen los individuos con el abordaje cualitativo y aproxima a aspectos sociales que al parecer influyen en dichas condiciones. Así pretende trascender las relaciones casualistas de los estudios epidemiológicos, a la comprensión de la salud bucal como un proceso

estructurado de carácter colectivo, y de esa manera ampliar el análisis del proceso salud- enfermedad más allá de los aspectos abordados por la epidemiología clásica (17), Ministerio de tecnologías de la información y geográficas, intrínsecas y de comportamiento, con el fin de identificar las necesidades y motivaciones de los mismos al acceder a un servicio, Los beneficios de la caracterización permite ofrecer de manera eficiente la atención y satisfacer las necesidades que el paciente solicita(12), a nivel internacional OMS define la salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor oro facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. menciona enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries, las afecciones periodontales (de las encías), el cáncer de boca, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas, La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública (15). En la universidad cooperativa de Colombia se hizo un estudio sobre la morbilidad de los pacientes, el estudio fue caracterizar la población atendida en el servicio de salud de la Facultad de Odontología en las especialidades de Periodoncia y Ortopedia Funcional- Ortodoncia, de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá durante 2010-2014 donde se revisó 519 historias clínicas revisadas en este periodo, 248 correspondieron a pacientes con diagnóstico en periodoncia y Oseointegración y

271 a ortopedia funcional y ortodoncia. el 14,6% de las mujeres tenían entre 25 a 29 años, mientras el 14,5% de los hombres entre 30 a 34 año, Según asistencia a tratamiento y estado civil, el 41,2% de mujeres solteras acude a periodoncia y 34,7% de hombres casados a ortodoncia. Al referirse al motivo de consulta se encontró que el diagnóstico predominante en periodoncia fue la valoración no específica (51.5%), ortodoncia (26.2%) y oseointegración (21.3%), Los principales motivos de consulta fueron la valoración no específica, implantes y mal posición. El diagnóstico en periodoncia fue la gingivitis asociada a placa bacteriana y el tratamiento, raspaje y alisado radicular a campo cerrado. En ortodoncia se diagnosticó la relación molar clase I, y en ortopedia la relación canina clase II. El tratamiento ortodoncia fue la fase correctiva y ortopedia la fase interceptiva. (12,17).

En el libro desafío de las enfermedades bucodentales una llamada a la acción global realizado por la Federación Dental Internacional segunda edición, publicado en el 2015, en el cual se hace un acercamiento al firme propósito de servir de herramienta de apoyo a los profesionales de salud bucodental y a todos aquellos con responsabilidades en cuanto a la inaceptable carga que representa la patología bucodental. El atlas proporciona a la vez información, datos y hechos sobre un amplio abanico de temas relacionados con la salud bucodental. Se centra en el estado de salud bucodental global bajo un enfoque de salud pública con el claro objetivo de servir de ayuda y soporte a la acción. (8).

En el año 2013 el estudio titulado Motivos de visita a los servicios de atención odontológica en Ouagadougou, Burkina, publicado por Varenne, Msellati,

Zoungrana, Fournet, & Salem. Donde el objetivo fue determinar por qué razones acuden los pacientes a los centros de atención odontológica en Ouagadougou, Burkina Faso, y conocer mejor los medios que disponen los servicios de atención bucodental en las zonas urbanas de África occidental, se llegó a observar que las necesidades de atención odontológica de los pacientes diferían significativamente según el sexo, la cobertura de seguro médico y la ocupación, donde su método empleado fue estudiar una muestra seleccionada aleatoriamente de pacientes que acudieron a 15 establecimientos de atención odontológica de Ouagadougou a lo largo de un periodo de un año en 2004. Se logró evidenciar un resultado del problema más frecuente como principal causa de la visita odontológica era la caries con afección de la pulpa en 52,4%, y el 60% de los pacientes sufrían dolor. Se observó que las necesidades de atención odontológica de los pacientes diferían significativamente según el sexo, la cobertura de seguro médico y la ocupación, se concluyó que los centros de salud deberían contribuir también a la puesta en práctica de programas comunitarios de prevención de las enfermedades bucodentales y promoción de la salud bucodental. Es necesario conocer urgentemente las experiencias de otros sistemas de atención bucodental de interés para los países en desarrollo a fin de poder hacer frente a la creciente carga de enfermedades bucodentales.(14,15).

El informe titulado Caracterización de la salud bucal mediante el análisis de fuentes secundarias de información, publicado en el 2014 por la revista informe quincenal epidemiológico nacional, en el que su tiempo de estudio fue durante los años 2010-2011, lo que nos permite describir la magnitud de los principales problemas bucodentales a partir de las fuentes secundarias de información existentes en

Colombia, el método implementado fue un análisis descriptivo de fuentes secundarias de información (encuestas nacionales, documentos técnicos, registros de prestación de servicios y bases de datos de vigilancia en salud pública), en términos de tiempo, persona y lugar de caries dental, enfermedad periodontal y labio y paladar fisurado. Se obtuvo que el principal diagnóstico que se reflejó a través de las encuestas realizadas a nivel nacional fue caries y este se produjo más en el sexo femenino y con una tendencia al incremento conforme aumenta la edad de las personas. Se llegó a la conclusión que fuentes secundarias de información actuales en Colombia para salud bucal brindan un panorama general del comportamiento de los eventos priorizados en términos de persona, tiempo y lugar; sin embargo, existen limitaciones tales como la actualización de las encuestas nacionales y demás documentos técnicos o como la oportunidad de la información resultante de registros de prestación de servicios y de vigilancia en salud pública. (26).

De acuerdo con el estudio Morbilidad oral de la población subsidiada de Manizales atendida en el modelo docencia-servicio en una clínica universitaria dirigido por la Marrugo, Avilés, Rodríguez. El cual fue un estudio descriptivo donde se busca conocer la morbilidad oral de la población subsidiada de Manizales atendida en el modelo docencia-servicio en una clínica universitaria. Donde se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes sistémicos y alteraciones orales como: alteraciones en la superficie dental, gingivales, periodontales, de la oclusión, pulpares, periapicales, articulares, de la estructura dental, fractura dental, resto radicular, alveolitis, celulitis y fluorosis dental, Se encontró que las cinco primeras causas de morbilidad oral en los pacientes fueron caries en dentina, enfermedades de origen pulpar, enfermedad periodontal, trastorno de atm y raíz dental retenida,

La discusión a la que se llegó es la misma que en estudios anteriores, donde la caries y la enfermedad periodontal siguen siendo los diagnósticos con mayor prevalencia en la consulta odontológica a nivel nacional e internacional (27).

En el artículo dirigido por Agudelo y Martínez, titulado La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico, en el que se desarrollaron prácticas donde proponen una dimensión colectiva, en él los principios planteados son la salud como un derecho fundamental, la capacidad comunitaria para asumir el control de la salud y sus determinantes sociales, donde se plantea algunas aproximaciones y recomendaciones no definitivas en el tema, teniendo como premisa que la salud bucal colectiva en Colombia es un campo de acción política en construcción.(11).

En el estudio realizado por la Secretaría distrital de salud de Bogotá titulado Diagnóstico sectorial de salud Bogotá D.C, En el que la entidad se orienta con base en la premisa de garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía bogotana, tomando como punto de partida y eje central de la respuesta estatal el reconocimiento de condiciones, estilos y modos de vida diferenciales entre individuos, comunidades, grupos y territorios de la ciudad; que separadamente y en conjunto, actúan como determinantes de la salud de la población. Es decir, ser el rector del sector, establecer y/o modular la regulación, realizar la vigilancia de los actores, entidades, recursos y procesos del sistema General de Seguridad Social en el ámbito de la jurisdicción de Bogotá D.C.(28).

Según Guzmán y colaboradores en el año 2014, en el estudio titulado caracterización de los pacientes atendidos en las especialidades de periodoncia - oseointegración y ortopedia funcional y ortodoncia, cuyo objetivo fue caracterizar la población atendida en el servicio de salud de la facultad de odontología en las especialidades de periodoncia-oseointegración y ortopedia funcional-ortodoncia, de la universidad cooperativa de Colombia, sede Bogotá durante 2010-2014. La metodología empleada fue un estudio descriptivo de corte transversal, analizando 519 historias clínicas. Como resultado encontraron que los principales diagnósticos en periodoncia-oseointegración fue la periodontitis con el 42.3% y el tratamiento realizado fue el raspaje coronal y alisado radicular en el 60.9% de los casos; el principal diagnostico encontrado en ortopedia funcional y ortodoncia fue la relación canina Clase I (39.7%) y relación esquelética Clase II (39.2%), siendo predominante el tratamiento de ortodoncia correctiva (97%).(12).

1.9 OBJETIVOS

1.9.1 Objetivo general

Analizar la morbilidad de los pacientes atendidos en las clínicas del adulto de pregrado de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Bogotá, 2017-2019

1.9.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población atendida socio-demográficamente según variables de edad, sexo, estrato socioeconómico, lugar de procedencia y nivel de escolaridad en la población atendida.
- Describir la morbilidad sentida de los pacientes que asistieron a las clínicas del adulto de la Universidad Cooperativa de Colombia.
- Identificar la morbilidad diagnosticada de los pacientes que asisten a las clínicas del adulto de la Universidad Cooperativa de Colombia.
- Listar los principales diagnósticos por grupo etario de los pacientes que asisten a las clínicas del adulto de la Universidad Cooperativa de Colombia.

CAPITULO 2: MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo-Retrospectivo.

2.2. POBLACIÓN

Historias clínicas de pacientes atendidos en las clínicas del adulto del pregrado de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Bogotá durante los años 2017-2019

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Historias clínicas digitales.
- Historias clínicas de pacientes en los rangos de edad de 14 a 80 años.

Criterios de exclusión

- No aplicó.

2.4. MUESTRA

- El tamaño de la muestra estuvo conformado por 384 historias clínicas que se calculó teniendo en cuenta la siguiente formula: donde N representa 36.0000 historias clínicas según datos reportados por el analista de sistemas de la universidad, con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. *Variables.*

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Ciclo de vida	Es el proceso vital de un organismo desde su nacimiento hasta su muerte.	12-18 (adolescencia)= 1 19-26 (Juventud)= 2 27-59 (Adultez)= 3 > 60 (Vejez)= 4	Cualitativa Nominal	La información se tomó de la historia clínica y fue plasmada en tablas estadísticas.
Sexo	Término de la biología que distingue a hombres y mujeres.	Hombre=1 Mujer=2	Cualitativa Nominal	Archivo en Excel®
Estado civil	Está constituido por un conjunto de	Soltero (a)=1 Casado (a)=2	Cualitativa Nominal	Archivo en Excel®

Tabla 1. (Continuación) *Variables*.

	situaciones jurídicas relacionan a cada persona con la familia de donde proviene, o con la familia que ya formado y con ciertos hechos fundamentales.	Unión libre=3 Viudo (a)=4 Divorciado (a)=5		
Estrato socio-demográfico	La estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, para el cobro diferencial, es decir, para asignar subsidios y cobrar sobrecostos o contribuciones.	1 2 3 4 5 6	Cuantitativa Ordinal	Archivo en Excel®

Tabla 1. (Continuación) *Variables*

Localidad	División	Usaquén= 1	Cualitativa	Archivo en
	administrativa de	Chapinero=2	Nominal	Excel®
	un territorio	Santa fe=3		
		San Cristóbal=4		
		Usme=5		
		Tunjuelito=6		
		Bosa=7		
		Kennedy=8		
		Fontibón=9		
		Engativá=10		
		Suba=11		
		Barrios Unidos=12		
Morbilidad sentida (motiva de consulta)	Dada por el individuo a partir de la percepción de los síntomas o molestias	Control=1 Dolor=2 Estética=3 Función=4 Revisión general=5 Otra=6	Cualitativa Nominal	Archivo en Excel®
Morbilidad diagnóstica (Diagnóstico) (ver archivo adjunto)	Es la que es objeto de un diagnóstico por parte de los profesionales) Procedimiento en la cual se identifica cualquier situación	CIE 10 Caries=1 Edentulismo=2 Enfermedad periodontal=3 Pulpitis=4 Otra=5	Cualitativa Nominal	Archivo en Excel®

Tabla 1. (Continuación) *Variables*

de salud o enfermedad

2.6. HIPÓTESIS

No aplica.

2.7. PROCEDIMIENTO

2.7.1 FUENTES DE INFORMACION

Primaria: Se realizó una búsqueda y revisión de artículos científicos en las revistas como; Scielo, British Journal of Psychiatry, Bulletin of the World Health Organization, Revista Nacional de Odontología, Salud Publica de México, etc. en las bases de datos encontradas en la UCC. Y las historias clínicas de los pacientes atendidos en las clínicas del adulto durante los periodos 2017-2019.

Secundaria: Se utilizaron las bases de datos de la Universidad Cooperativa De Colombia las cuales fueron Pubmed, Proquest, Visibility, Science direct.

Terciaria: Se indagó en los catálogos de la biblioteca en la UCC sobre trabajos de grado relacionados con el tema en investigación.

2.7.2 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.

Recopilación documental: Se obtuvo a partir de las historias clínicas digitales que se encuentran debidamente diligenciadas en la plataforma Panacea, las cuales permitieron la recolección de datos en documento Excel, diseñado para el registro por variables.

2.7.3 CONTROL DE SEGOS

Control de sesgos de selección

Para controlar los sesgos de selección, se utilizó una muestra probabilística con un muestreo aleatorio simple.

Control de sesgos de información o medición

El control de este sesgo se hizo definiendo cada una de las variables a medir en el estudio y haciendo la estandarización de criterios con la asesora temática; se llevó a cabo un estudio piloto para identificar y corregir problemas logísticos en la recolección de la información y su respectivo registro.

Control de sesgo de disponibilidad y confirmación

En cuanto a los sesgos de disponibilidad y confirmación, se previó el margen de error mediante la codificación numérica que se le realizó a cada variable de la investigación.

2.7.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

FASE 1. Estandarización y calibración de criterios.

Se realizó una búsqueda de artículos que dieron bases a la investigación, aportando de manera teórica fundamentos importantes. Además, se contó con la asesoría de la M. Sc., En Educación Alejandra Castro Tobón de la Universidad Cooperativa de Colombia, que aportó de forma teórico practica a la investigación. Se realizó una estandarización de criterios con el asesor científico, donde se llevó a cabo una

discusión sobre los conceptos para tener en cuenta y el registro de los mismos en el formato diseñado para tal fin.

FASE 2: Permisos administrativos

Se presentó el proyecto a los comités de investigación y de bioética para su respectiva aprobación. Una vez aprobado el proyecto, se obtuvo el permiso administrativo del coordinador de clínicas, para lo cual se envió carta de solicitud para llevar a cabo el estudio en las clínicas del adulto de odontología de la UCC, sede Bogotá (Anexo 1.) solicitando su colaboración para el desarrollo del proyecto.

FASE 3 Recolección de la información

Después de realizar el muestreo aleatorio simple al total de las historias clínicas, se evaluaron un total de 802 historias de las cuales se obtuvieron 384 historias clínicas, las cuales fueron organizadas en un documento Excel®. El registro de la información en el formato Excel® estuvo a cargo de dos estudiantes; uno de ellos con el registro de las historias pares y el otro estudiante de las historias impares.

Este registro conto con la información de la historia clínica el cual contiene como encabezados de las columnas: el número jerárquico consecutivo (1-384), ciclo de vida, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, localidad, motivo de consulta y diagnóstico 1 y diagnóstico 2.

FASE 4 Análisis de los datos

Los análisis estadísticos se presentaron como frecuencias y porcentajes para las variables tanto de tipo cualitativo como cuantitativo.

FASE 5 Socialización de resultados

Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron presentados en la jornada de sustentación de trabajos de grado, programados por la facultad de odontología de la seccional Bogotá.

2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla 2. *Análisis estadístico*

VARIABLES	ANÁLISIS
Estrato sociodemográfico	Frecuencia y porcentaje
Edad	Frecuencia y porcentaje
Sexo	Frecuencia y porcentaje
Lugar de procedencia	Frecuencia y porcentaje
Nivel de escolaridad	Frecuencia y porcentaje
Motivo de consulta	Frecuencia y porcentaje
Diagnósticos	Frecuencia y porcentaje
Diagnósticos por grupo etario	Frecuencia y porcentaje

2.9. ASPECTOS ÉTICOS

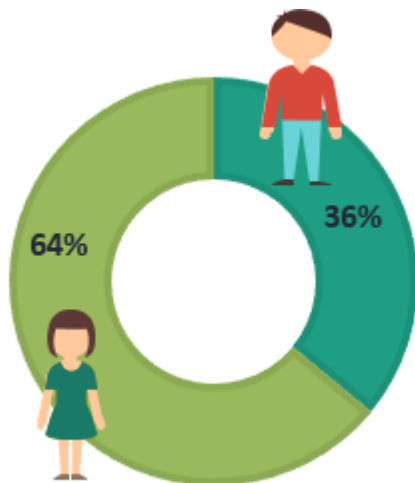
Según la resolución 008430 de 1993 esta investigación se considera sin riesgo, ya que se va a realizar una investigación documental. Dado que la historia clínica es un documento legal y privado se van a seguir los conductos regulares para cumplir con este precepto.

Se guardará el secreto profesional, en todo lo que, por razón del ejercicio haya visto, escuchado y comprendido, según lo estipulado en el Capítulo III, Artículo 23 de la Ley 35 de 1989 Código de Ética del Odontólogo. Se aplicará la Ley Estatutaria de Protección de datos personales (1581 del 2012). Se tendrá en cuenta la resolución 1995 de 1999 que guarda relación con la Historia clínica.

CAPITULO 3: RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN.

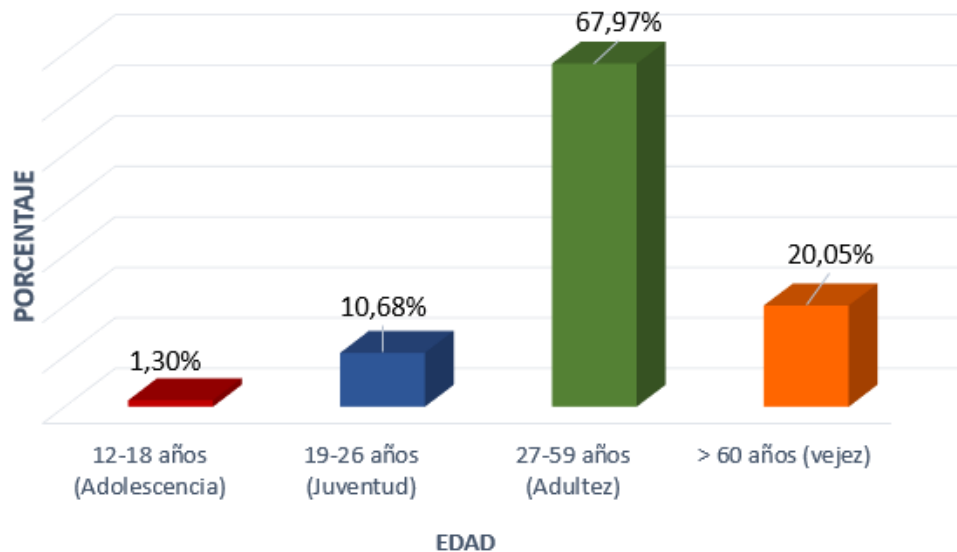
En el estudio se evaluaron un total de 384 historias clínicas de pacientes, con una edad promedio de 43 años, con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 84 años, el 64% (244/384) corresponde al sexo femenino y, el 36% (140/384) a hombres. Grafica 1.



Gráfica 1. *Distribución de la muestra por sexo.*

Fuente: elaboración propia con base a la recolección de la información de las historias clínicas.

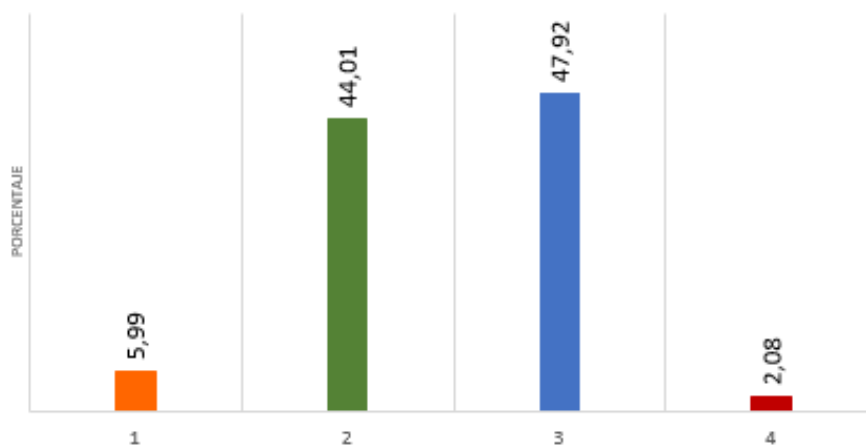
La distribución correspondiente al ciclo de vida se presentó en un mayor porcentaje para adulto con un 68 % (261/384), seguido por el grupo de >60 años con un 20% (77/384) y en menor porcentaje a los adolescentes con un 1% (5/384). Gráfica 2.



Gráfica 2. *Distribución de la muestra según ciclo vital.*

Fuente: elaboración propia con base a la recolección de la información de las historias clínicas.

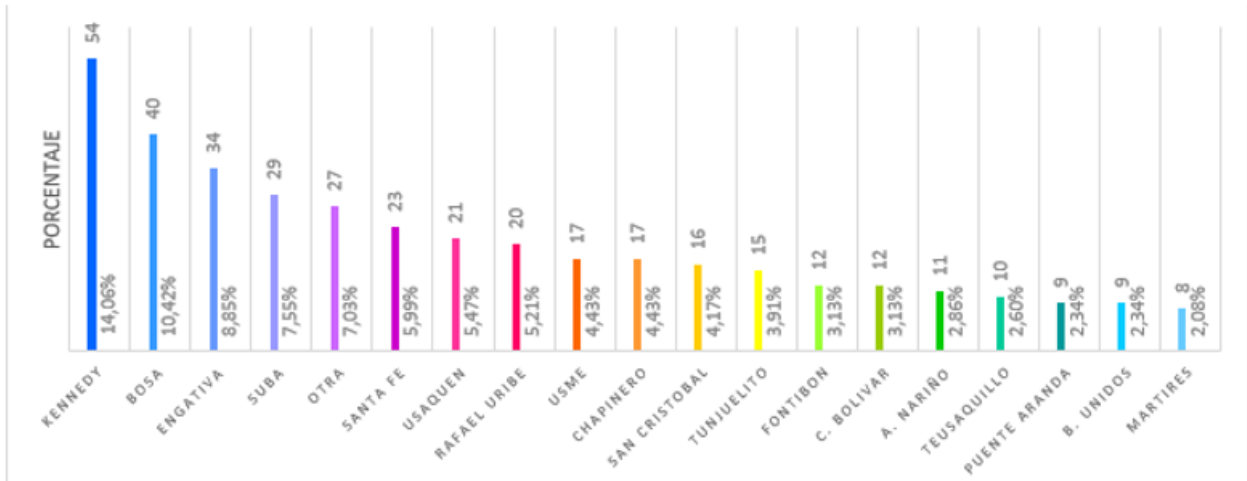
En cuanto al estrato se presenta una tendencia invertida de los porcentajes de frecuencia desde el estrato tres y dos hasta el estrato cuatro, con frecuencias que van desde 48% (184/384) hasta 2% (8/384) respectivamente. Gráfica 3.



Gráfica 3. *Frecuencia por estrato de pacientes atendidos en la clínica del adulto*

Fuente: elaboración propia con base a la recolección de la información de las historias clínicas.

Cuando se evaluó la frecuencia según la localidad de procedencia, se encontró que el 33% (128/384) provienen de Kennedy, Bosa y Engativá, mientras que son pocos los pacientes de las localidades de Puente Aranda, Teusaquillo y Mártires 7% (26/384). Gráfica 4.

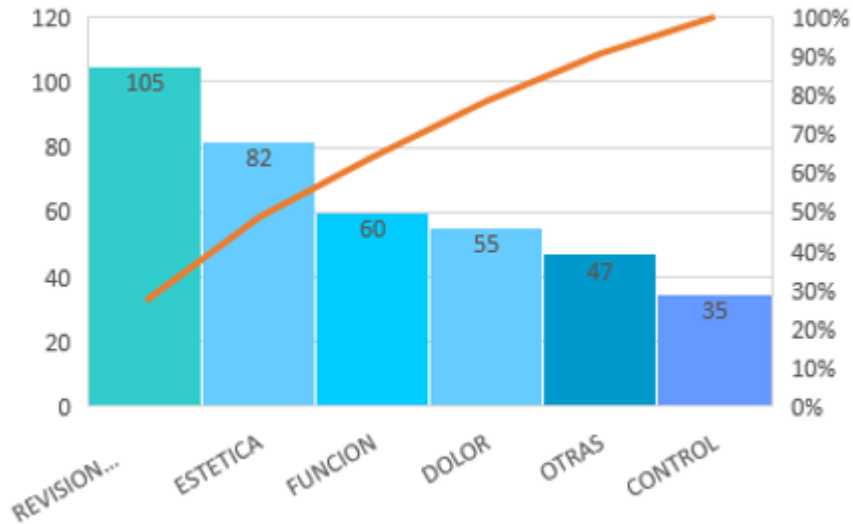


Gráfica 4. Frecuencia por localidad de procedencia de pacientes atendidos en la clínica del adulto.

Fuente: elaboración propia con base a la recolección de la información de las historias clínicas.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD SENTIDA.

De las personas que fueron atendidas en la clínica del adulto, 27%(105/total de individuos) consultaron por revisión general, la estética representó la segunda causa con un 22% (82/384), otras causas clínicas importantes fueron la función con un 16% (60/384) y dolor con un 14% (55/384). Gráfica 5.

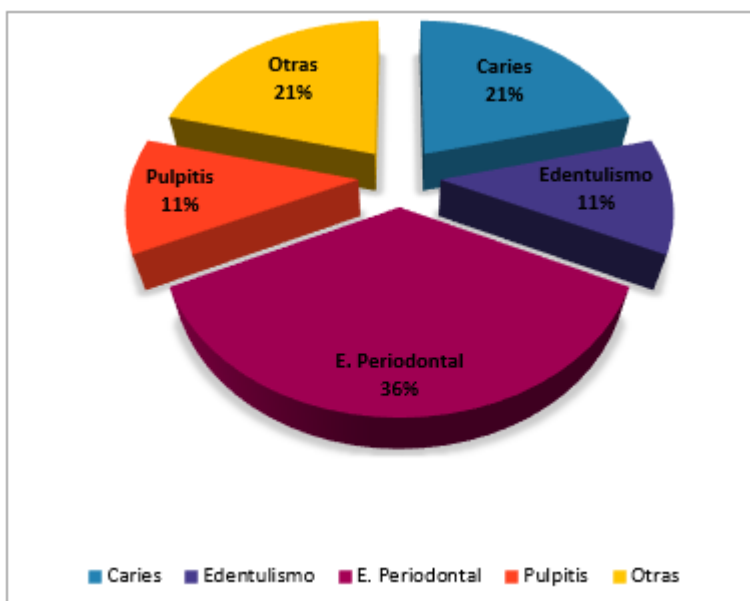


Gráfica 5. Frecuencia del motivo de consulta en pacientes atendidos en la clínica del adulto.

Fuente: elaboración propia con base a la recolección de la información de las historias clínicas.

3.3 DETERMINACIÓN DE LA MORBILIDAD DIAGNOSTICADA.

Los diagnósticos orales más frecuentemente observados en los pacientes fueron: La enfermedad periodontal con un 36 % (140/384), caries y otros diagnósticos (examen odontológico o no específica), 21% (80/384), edentulismo en un 11% (42/384), pulpitis con un 11% (43/384), como se observa en la gráfica 6.



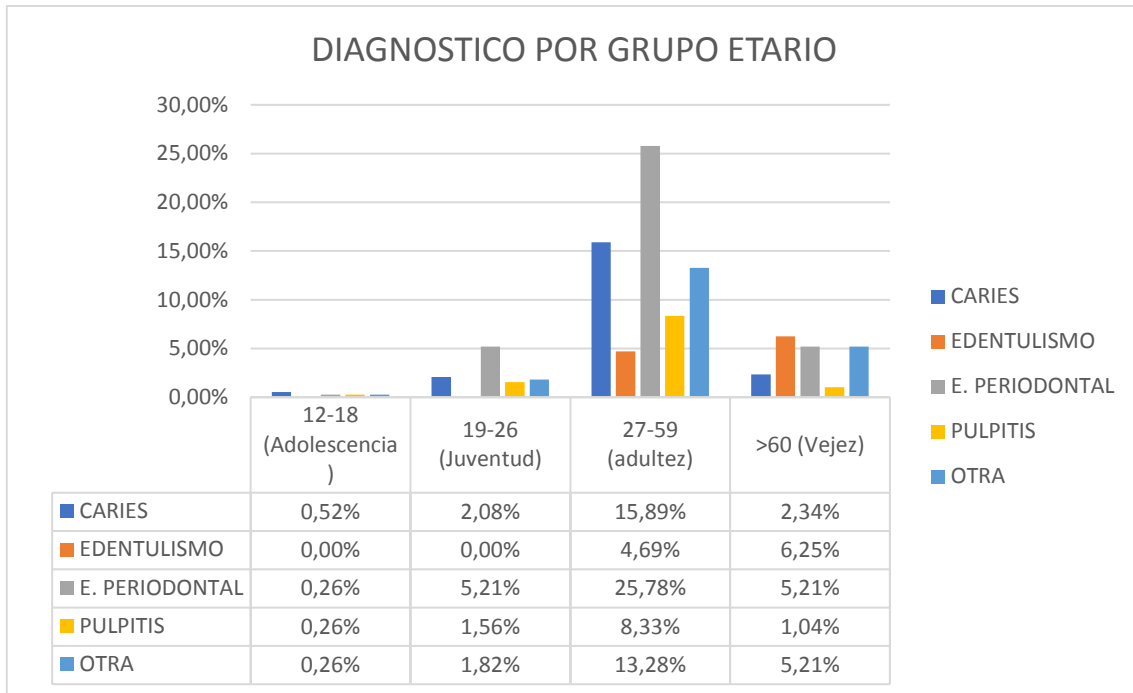
Gráfica 6. *Frecuencia del diagnóstico oral en pacientes atendidos en la clínica del adulto*

Fuente: elaboración propia con base a la recolección de la información de las historias clínicas.

3.4. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS.

En relación al diagnóstico según el grupo etario se puede observar que los pacientes del grupo adultez presentaron los porcentajes más altos en caries, enfermedad periodontal, pulpitis y otra; sin embargo el edentulismo fue el principal diagnóstico en el grupo de edad de >60 años con un porcentaje de 5%; el grupo de juventud obtuvo su mayor porcentaje con un 5% en enfermedad periodontal, mientras que el grupo de adolescencia mantuvo un promedio <1% en todas las enfermedades, sin embargo se observa una mayor relevancia en el diagnóstico caries en éste grupo.

Gráfica 7.



Gráfica 7. Frecuencia de diagnósticos por grupo etario.

Fuente: elaboración propia con base a la recolección de la información de las historias clínicas.

CAPITULO 4: DISCUSIÓN

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival), los tipos de cáncer en boca y/o la faringe, los principales factores de riesgo relacionados con la conducta que afecta la salud bucodental; como lo son, aquellas que se manifiestan luego del contacto con el Virus. Son de gran importancia en salud pública a nivel mundial, porque es un tema que afecta a países industrializados y más, a los países en vías de desarrollo, ya sea por sus niveles educativos, círculo social, lugar de procedencia o nivel socioeconómico. (31).

De acuerdo con el comportamiento de las enfermedades anteriormente mencionadas; estas influyen en la toma de decisiones y el planeamiento de estrategias encaminadas a la promoción y prevención de la Enfermedad a nivel mundial en Salud Pública, según su gravedad y porcentaje de población enferma. Por lo tanto, esta investigación se realizó con el propósito de analizar la morbilidad de los pacientes atendidos en las clínicas del adulto de la UCC-Bogotá, la cual nos permitió conocer la caracterización sociodemográfica, la morbilidad sentida y la morbilidad diagnosticada, según los datos registrados en 384 historias clínicas de formato digital

De los resultados obtenidos en este estudio, los pacientes que asistieron a la clínica del adulto de la facultad de odontología, en mayor porcentaje fueron mujeres; lo que coincide con la investigación realizada por Membreño y Col. con una población

chilena atendida en las clínicas de periodoncia, la cual, muestra resultados donde la comunidad que solicitaba más demanda en tratamientos orales era en el sexo femenino con un 68% (23), similar al estudio presentado por Rengifo y Col. titulado “En la caracterización de la morbilidad, necesidades de tratamiento y ofertas de servicio de salud oral de una empresa social del estado, en Cali Valle del Cauca Colombia”; en este se obtuvo que un 62.2% es representado por mujeres en las edades de 15 a 44 años (32).

Dentro de la población evaluada en el presente proyecto; la Morbilidad sentida con mayor representación fue “Revisión general” seguido de “Estética”. Estos datos se comparan con un estudio realizado en la Universidad Peruana Cayetano De Heredia investigado por Romero F, comprobando que el principal motivo de consulta en esta comunidad era “Evaluación” con un 24.51% (33).

En cuanto al Ciclo de vida; los pacientes que más asistieron a consulta odontológica a la clínica del adulto de la UCC- Bogotá son los que se encuentran entre los 29-59 años, conocido como grupo etario “Adultez” , del cual se obtuvo una comparación entre morbilidad diagnosticada y grupos etarios; siendo “enfermedad periodontal” el diagnóstico con mayor porcentaje encontrado, seguido por el diagnóstico de Caries en la “ADULTEZ” de acuerdo con esto, los resultados difieren con una investigación realizada por Medrano Cortes y col; llamado “Asociación entre el motivo de consulta y el diagnóstico en pacientes de la Climuzac”, en este se observa significancias para la variable “diagnostico”, indicando que, el 69.2% tiene caries, el 17.6% tiene edentulismo parcial, total o falso, enfermedad periodontal un 9.9% y por último el

4.1% dientes impactados o retenidos, en una totalidad de 1030 historias clínicas evaluadas. (34). Mientras que en otro estudio titulado “Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años” se concluyó que el número de la muestra presentó gingivitis en un 72.2%, alcanzando sus valores máximos en el grupo etario de 25-34 años, los más afectados con periodontitis fueron los que se encontraban entre los 60 y más años, con un 49,9% (35),

Y de acuerdo con la variable por localidades, en este estudio asistieron pacientes a la UCC sede Bogotá, solicitando servicios de salud bucodental, con mayor porcentaje proveniente de localidad de Kennedy con 14.06% seguido de Bosa con un 10.42%, Engativá con un 8.85% y suba con un 7.55%. De los cuales, se reporta que el 100% de las localidades comunican en el SISVESO los eventos de salud oral y que conforme a lo reportado en el “Informe Quinquenal Epidemiológico Nacional del 2017” las localidades con mayor frecuencia de casos reportados fueron, suba Engativá Fontibón, Bosa y Kennedy en el respectivo orden (28,36).

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente estudio se analizaron 384 historias, de acuerdo con los datos, se encontró que el mayor número de pacientes atendidos fueron de sexo femenino en un 64 % del total de la población, los rangos de edad más frecuentes estuvieron entre 27 a 59 años, siendo el ciclo de vida “adultez” el más atendido en las clínicas odontológicas.

En cuanto a la morbilidad sentida se observó que los pacientes del estudio acuden a las clínicas mayormente a una revisión general o tratamientos relacionados con estética y los valores relativos de la morbilidad diagnosticada destacaron a la enfermedad periodontal como el diagnóstico más prevalente en este grupo de estudio.

El grupo adultez presentó los porcentajes más altos de caries, enfermedad periodontal, pulpitis y otras; sin embargo, el edentulismo fue el principal diagnóstico en el grupo de edad superior a 60 años.

A nivel general, los hallazgos evidencian que los comportamientos socioeconómicos son un factor que aumenta la presencia y prevalencia de las alteraciones en el sistema estomatognático, lo cual nos indica que es necesario realizar programas de prevención y promoción que favorezcan a las poblaciones más vulnerables y de acuerdo con esto, es pertinente continuar con más estudios que permitan conocer la situación de morbilidad bucal de todas las clínicas, para tener un registro y generar estrategias de inversión en tratamiento para dichas poblaciones.

Se recomienda realizar jornadas de capacitación y seguimiento continuo al personal administrativo y de apoyo en el área de citas, en cuanto a la apertura de la historia clínica con el fin de obtener toda la información completa.

Se recomienda supervisión continua en la relación docente - estudiante en el diligenciamiento de la historia clínica digital en la plataforma panacea.

Se recomienda realizar capacitaciones a los estudiantes para el correcto diligenciamiento de los códigos CIE-10, Y códigos CUPS en los RIPS para tener un diagnóstico acorde al motivo de la consulta.

REFERENCIAS

1. Bennett, Daniel M. Ospina H. Perfil de morbilidad atendida en salud oral durante la vigencia 2013 secretaria de salud municipal de santiago de cali valle del cauca. Br J Psychiatry [Internet]. 2014 Jul 2;205(1):76–7. Disponible en http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2015_Salud Oral/MORBILIDAD ATENDIDA EN SALUD ORAL CALI 2013.pdf
2. Organizacion Mundial en Salud. Salud bucodental [Internet]. OMS. 2018 [cited 2020 Mar 25]. p. 5. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. Ortiz L. Plan de desarrollo institucional 2008 -2011. [Internet]. 1st ed. Ortiz, Luis, Martinez E y co., editor. Cartagena: 2009; 2011. 141 p. Disponible en <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010b/690/MORBILIDAD ODONTOLOGICA.htm>
4. Suescún O. Conceptos e indicadores básicos de la epidemiología aplicados a la inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y productos farmacéuticos. 2014;5–6. Disponible en http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/eva/pluginfile.php/3063/mod_resource/content/4/Lectura 1. Conceptos e Indicadores_controlde cambios-ok.pdf
5. Varo J. Gestion estrategica de la calidad en los servicios sanitarios. [Internet]. 1st ed. S.A. D de S, editor. Vol. 1, Diaz de Santos. Madrid España.; 1994. 27 p. Disponible en <https://bit.ly/2T8DQP3>
6. Muñoz Garzón LE. Perfil Epidemiológico Red De Salud De Ladera E.S.E. 2010;1:2–4. Disponible en

http://calisaludable.cali.gov.co/planeacion/2012_ConcursoESE/Plan_Gerencial/Ese_Ladera/epidemiologico-ladera.pdf

7. Luengo Ferreira JA, Toscano Garcia I, Anaya Alvarez M, Carlos Medrano LE, Lopez Avila L, Marquez Sanchez S. Evaluación del nivel de conocimientos sobre salud oral en embarazadas que acuden al Hospital de la Mujer, Zacatecas - México. *Multidiscip Heal Res* [Internet]. 2016;1(3):83–90. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/313091362_Evaluacion_del_nivel_de_conocimientos_sobre_salud_oral_en_embarazadas_que_acuden_al_Hospital_de_la_Mujer_Zacatecas_-_Mexico
8. Federación Dental Internacional (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales, una llamada a la acción global. [Internet]. Segunda ed. Editions P para la FDI (FDI) por M, editor. Brighton, Ru: 2015; 2015. 119 p. Disponible en https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
9. Salud bucodental [Internet]. [cited 2020 Mar 10]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
10. MINSALUD. ENSAB-IV Metodología y Determinación social de la Salud Bucal. [Internet]. 1st ed. Creativos B y, editor. Vol. 1. Bogota: Minsalud; 2012. 1–19 p. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>
11. Agudelo Suárez AA, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto

- colombiano: un análisis crítico TT - Collective oral health and the colombian context: a critical analysis A saúde bucal coletiva e o contexto colombiano: uma analise crítica. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2009;8(16):91–105. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a06.pdf>
12. Guzmán Betancourt Yamile, López Rodríguez Juan Carlos, Martínez Tintinago Diana Marcela, Navarrete Garzón Lina Constanza, Jurado Orosco Guillermo GBMA. Caracterización de los pacientes atendidos en las especialidades de periodoncia -oseointegracion y ortopedia funcional y ortodoncia de la universidad cooperativa de colombia, sede bogota. 2010–2014. Vol. 1. BOGOTA; 2014.
 13. Ordóñez D, Aragón N, García LS, Collazos P, Bravo LE. Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: Análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. Salud Publica Mex [Internet]. 2014;56(5):465–72. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n5/v56n5a14.pdf>
 14. OMS. Salud Bucodental OMS [Internet]. Vol. 2, WHO. World Health Organization; 2018 [cited 2018 Oct 10]. p. 119–22. Disponible en http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/
 15. Benoît Varenne, Philippe Msellati, Célestin Zoungrana, Florence Fournet & GS. OMS | Motivos de visita a los servicios de atención odontológica en Ouagadougou, Burkina Faso. WHO [Internet]. 2013;1–2. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/73326/bulletin_2005_83%289%29_650-655.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Srour ML, Watt B, Phengdy B, Khansoulivong K, Harris J, Bennett C, et al. Noma in Laos: Stigma of severe poverty in rural Asia. Am J Trop Med Hyg

- [Internet]. 2008 Apr [cited 2019 Oct 16];78(4):539–42. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/5468014_Noma_in_Laos_Stigma_of_Severe_Poverty_in_Rural_Asia
17. Ministerio de Salud y Protección Social, MINSALUD. IV Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB IV [Internet]. 1st ed. Creativos B y, editor. Vol. 3, Bogotá, Colombia. Bogota: Minsalud; 2014. 381 p. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
 18. polanco H, Acuña C, Gonzalez C AS. Prevalencia de Caries Dental en una Comunidad Escolar de la Etnia Wayúu, en la Guajira Colombiana y su Manejo con Medicina Ancestral. Acta Odontológica Colomb [Internet]. 2011;1(1):25–38. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/28357/28717>
 19. González M, Galindo A. Morbilidad relacionada con la anestesia odontológica. 2000 [Internet]. 2000;LVII(1):33–5. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od001f.pdf>
 20. Herrera A. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Dirección de Epidemiología y Demografía [Internet]. Apoyo en l. Imprenta Nacional de Colombia ©, editor. BOGOTA: Junio de 2019.; 2019. 1–273 p. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2018.pdf>
 21. Bonet-Morón J, Guzmán-Finol K. Economía regional: Un análisis regional de la salud en Colombia [Internet]. Numero 1. Bonet-Morón, Jaime, Guzman-finol

- K, editor. Cartagena: Agosto, 2015; 2015. 48 p. Disponible en http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf
22. Membreño IAJ. Caracterización del paciente que solicita atención de especialidad en periodoncia en una población chilena. *Rev Odontológica Mex* [Internet]. 2015;19(3):165–9. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v19n3/1870-199X-rom-19-03-00165.pdf>
23. Benedetti F. *Mental and behavioural disorders* [Internet]. Segunda. OUP Oxford 2014, editor. *Placebo Effects*. New York: USA, Oxford; 2014. 432 p. Disponible en [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=ZfuKBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Mental+and+behavioural+disorders+Benedetti,+Fabrizio&ots=hcRKp2jj7&sig=EvYBjHMttnx706mQHSZIZIrhXok#v=onepage&q=Mental and behavioural disorders Benedetti%2C Fabrizio&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=ZfuKBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Mental+and+behavioural+disorders+Benedetti,+Fabrizio&ots=hcRKp2jj7&sig=EvYBjHMttnx706mQHSZIZIrhXok#v=onepage&q=Mental+and+behavioural+disorders+Benedetti%2C+Fabrizio&f=false)
24. Arévalo S, Palacios J, Ruiz M, Sierra L, Col. Validación de registros individuales de prestación de servicios de salud-Rips [Internet]. Vol. 1. Bogotá; 2017 [cited 2020 Mar 10]. p. 17. Disponible en http://www.saludcapital.gov.co/Lineamientos/32_SDS_PGS_LN_005_Lineamiento_Validacion_de_RIPS.pdf
25. Nates F, Gutiérrez O. Informe actualización de la calificación única de procedimiento en salud-Cups. [Internet]. Ministerio de Salud. Bogotá; 2019 [cited 2020 Mar 10]. p. 49. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/actualizacion-de-cups-2018.pdf>
26. Muñoz N. Caracterización de la salud bucal mediante el análisis de fuentes

- secundarias de información, Colombia 2010-2011 [Internet]. Volumen 19. Gaviria, Alejandro, Ospina, Martha, Pio de la Hoz fernando., editor. Vol. 19 N° 6, Informe quincenal epidemiológico nacional. Bogota: 31 de marzo de 2014; 2014. 14 p. Disponible en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN vol 19 2014 num 6.pdf>
27. De la Rosa-Marrugo E, Avilés-Franco P, Rodriguez-Lezama D. Morbilidad oral de la población subsidiada de Manizales atendida en el modelo docencia-servicio en una clínica universitaria. Rev Nac Odontol [Internet]. 2014;10(19):7–13. Disponible en <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/841>
28. Salud. S distrital de. Secretaría distrital de salud de Bogotá d.c. diagnóstico sectorial de salud Bogotá D.c [Internet]. 1st ed. Salud S de, editor. Octubre del 2015. Bogota: Alcaldía Mayor de Bogota D.c; 2015. 190 p. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/Empalme del Sector Salud 20122016/DIRECTIVA 09 DE 2015/1 DIAGNOSTICO SECTORIAL DE SALUD.pdf>
29. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ [Internet]. 2005;83(9):10. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/7554914_The_Global_Burden_of_Oral_Diseases_and_Risks_to_Oral_Health
30. Rengifo HA. Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca. RevEstomat [Internet]. 2008;16(2):7–14. Disponible en

https://www.researchgate.net/publication/277074226_Caracterizacion_de_la_morbilidad_las_necesidades_de_tratamiento_y_la_oferta_de_servicios_de_salud_oral_de

31. Joan RF. Motivo de consulta odontológica de los pacientes atendidos en la clínica dental docente de la Universidad peruana cayetano heredia según la clasificación de las cinco generaciones de strauss & howe, período 2014-2015. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/914/Motivo_RomeroChanta_Fernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Medrano Cortes E, Franco Trejo CS, Medrano Rodríguez JC, Casas Gómez C. Asociación entre el motivo de consulta y el diagnóstico en pacientes de la climuzac / Association between the reason for medical consultation and diagnosis in patients of la climuzac. RICS Rev Iberoam las Ciencias la Salud [Internet]. 2015 Jan 6;3(6):1. Disponible en <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/22/40>
33. Rubio G, Cruz I, Torres M. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Área Norte. Sancti Spíritus 2010. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2013;15(1):48–55. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v15n1/gme07113.pdf>
34. Muñoz C, Barbosa S. IQEN 2017 (informe quinquenal epidemiológico nacional). Inst Nac Salud Colomb [Internet]. 2017;22(0122–9907):308–27. Disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN_vol_22_2017_num_19.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Formato archivo plano Excel para recolección de información.

CICLO DE VIDA	
12-18 (ADOLESCENCIA)	1
19-26 (JUVENTUD)	2
27-59 (ADULTÉZ)	3
>60 (VEJÉZ)	4

SEXO	
HOMBRE	1
MUJER	2

ESTADO CIVIL	
SOLTERO	1
CASADO	2
VIUDO	3
DIVORCIADO	4

ESTRATO	
BAJO -BAJO	1
BAJO	2
MEDIO-BAJO	3
MEDIO	4
MEDIO- ALTO	5
ALTO	6

MOTIVO DE CONSULTA	
CONTROL	1
DOLOR	2
ESTÉTICA	3
FUNCION	4
REVISION GENERAL	5
OTRA	6

DIAGNOSTICO	
CARIES	1
EDENTULISMO	2
ENFERMEDAD PERIODONTAL	3
PULPITIS	4
OTRA	5

LOCALIDAD	
USAQUÉN	1
CHAPINERO	2
SANTA FÉ	3
SAN CRISTOBAL	4
USME	5
TUNJUELITO	6
BOSA	7
KENNEDY	8
FONTIBÓN	9
ENGATIVÁ	10
SUBA	11
BARRIOS UNIDOS	12
TEUSAQUILLO	13
MÁRTIRES	14
ANTONIO NARIÑO	15
PUENTE ARANDA	16
CANDELARIA	17
RAFAEL URIBE	18
CIUDAD BOLIVAR	19
SUMAPÁZ	20
OTROS	21