

**CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD BUCAL DE PERSONAS QUE
ACUDIERON A CENTROS ASISTENCIALES EN IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS EN LA
CIUDAD DE ARMENIA, DURANTE EL PERIODO 2015-2017**

Daniela Andrea Correa León

Cristian Camilo Medina Herrera

Hernán Darío Gómez Ramos

Anyi Carolina Olaya Castro

Angélica María Ospina Orozco

María Alejandra Rivera Valencia

Paola Andrea Londoño Marín- Gerente de Servicios

Universidad de Medellín

Ana Carolina Reyes Gallego – Magister Salud Pública

Universidad Autónoma de Manizales

Humberto Reyes Camero – Administrador de la Salud

Universidad Católica de Manizales

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Odontología

Armenia, Quindío.

2019

Agradecimientos

Gracias a Dios por darnos la oportunidad de culminar una nueva etapa en nuestras vidas, por permitirnos disfrutar de este proceso con amigos y familia, al ser nuestro pilar, por su dedicación y amor que siempre fueron los que nos motivaron a dar nuestros mejores esfuerzos para sacar adelante este proyecto de estudio. Agradecemos a nuestros amigos y compañeros que fueron una voz de aliento.

También queremos darle las gracias al Doctor José Leonardo Henao Agudelo y a nuestros asesores del trabajo de grado, especialmente al Doctor Humberto Reyes Camero, gracias por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y por su amor por la profesión; gracias por acompañarnos en esta ardua labor, por siempre tener la mejor disposición para ayudarnos; gracias por enseñarnos que lo importante no solo es el resultado, sino que en el proceso aprendas de cada persona o circunstancia que se presente, mostrándonos que esa es la clave de la vida y del éxito.

Gracias a todas las personas que han sido parte de este proceso.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue identificar la morbilidad en salud bucal de las personas que acudieron a centros asistenciales en Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, IPS, públicas y privadas de la ciudad de Armenia, generados durante el periodo 2015 – 2017. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. En su totalidad fueron analizados 417.512 datos suministrados por la alcaldía municipal de Armenia, se tomaron en cuenta variables como: grupos de edad, sexo, zona, diagnóstico principal, diagnóstico I, diagnóstico II, diagnóstico III, finalidad, causa externa, tipo de consulta, departamento de procedencia. **Resultados:** En el año 2017, el sexo con de mayor frecuencia fue el de las mujeres en un 53,3%, con respecto al grupo de edad de mayor frecuencia para los tres años estaba entre 27 a 59 años. La EPS con mayor afiliación para el año 2015 fue Cafesalud E.P.S., en un 24,8%, el departamento o región de procedencia de mayor consulta fue el Quindío, ocupando 96,9% en el 2015. La zona urbana fue la que predominó en los años 2015, 2016 y 2017, La finalidad de la consulta con la opción no aplica fue mayor para el año 2016 con el 92,6%. La Causa externa por enfermedad general fue la de mayor frecuencia en los tres años. **Conclusiones:** Las verrugas víricas ocupan un tercer y quinto lugar en los diagnósticos de mayor frecuencia en la ciudad durante los períodos estudiados, el examen odontológico surge como otro de los diagnósticos de mayor frecuencia, situación que permite evidenciar errores en el registro debido a que no corresponde a un diagnóstico.

Palabras clave: *morbilidad, frecuencia, salud oral, diagnóstico, EPS, IPS, RIPS.*

Abstract

The objective of this research was to identify the morbidity in oral health of people who attended care centers in Health Service Providers, IPS, public and private institutions in the city of Armenia, generated during the period 2015 – 2017. A quantitative, observational, descriptive, retrospective cross-sectional study was conducted. In its entirety 417,512 data provided by the Armenian municipal mayor, variables such as: age groups, sex, zone, main diagnosis, diagnosis I, diagnosis II, diagnosis III, purpose, external cause, type were taken into account consultation department, department of provenance. **Results:** In 2017, the sex most often was that of women in 53.3%, compared to the most frequent age group for the three years was between 27 and 59 years. The EPS with the highest affiliation for 2015 was Cafesalud E.P.S., at 24.8%, the department or region of highest consultation was Quindío, occupying 96.9% in 2015. The urban area was the one that dominated in the years 2015, 2016 and 2017; the purpose of the consultation with the option did not apply for the year 2016 with 92.6%. The external cause of general illness was the most common in the three years. **Conclusions:** Viral warts rank third and fifth in the most frequent diagnoses in the city during the periods studied, the dental examination emerges as another of the most frequent diagnoses, evidence of errors in the registry because it does not correspond to a diagnosis.

Keywords: morbidity, prevalence, oral health, diagnosis, EPS, IPS, RIPS

Tabla de contenido

Abstract	4
Introducción	12
1. Justificación	14
2. Planteamiento del problema.....	16
3. Marco teórico	17
4. Objetivos	24
4.1. Objetivo General.....	24
4.2. Objetivos Específicos.....	24
5. Metodología	25
5.1. Tipo de estudio.....	25
5.2. Población estudio	25
5.4. Unidad de análisis	25
5.5. Criterios de inclusión	25
5.6. Criterios de Exclusión.....	26
5.7. Variables	27
5.8. Plan de datos	27
6. Resultados.....	30
6.1. Caracterización Sociodemográfica de los pacientes del estudio.....	30
6.2. 10 primeras causas de morbilidad en salud bucal.....	37
6.3. Finalidad y Causa externa más prevalentes	39
7. Discusión.....	54
7.1. Aspectos sociodemográficos.....	55
8. Conclusiones.....	66

9. Recomendaciones 68

Bibliografía 69

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Distribución porcentual de las consultas realizadas en IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017	30
Gráfica 2. Distribución porcentual comparativa del sexo de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.....	32
Gráfica 3. Distribución porcentual comparativa de los grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.	33
Gráfica 4. Distribución porcentual de la EPS de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017	33
Gráfica 5. Distribución porcentual del departamento o región de procedencia de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.....	34
Gráfica 6. Distribución porcentual de la zona de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017	34
Gráfica 7. Distribución porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015 – 2017	35
Gráfica 8. Distribución porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015 – 2017.....	35
Gráfica 9. Distribución porcentual de los grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.....	36
Gráfica 10. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015	37
Gráfica 11. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.	37

Gráfica 12. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.....	38
Gráfica 13. Distribución absoluta de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.	39
Gráfica 14. Distribución absoluta de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016	40
Gráfica 15. Distribución absoluta de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.	41
Gráfica 16. Distribución absoluta de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.....	42
Gráfica 17. Distribución absoluta de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.....	43
Gráfica 18. Distribución absoluta de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.....	44
Gráfica 19. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en los hombres que consultaron en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.....	47
Gráfica 20. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en las mujeres que consultaron en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.....	48
Gráfica 21. Distribución del registro de otros diagnósticos de los pacientes que asistieron a consulta de Odontología en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015	51
Gráfica 22. Distribución del registro de otros diagnósticos de los pacientes que asistieron a consulta de Odontología en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.....	52

Gráfica 23. Distribución del registro de otros diagnósticos de los pacientes que asistieron a
consulta de Odontología en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017 53

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual de los aspectos sociodemográficos de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017	31
Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.	39
Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015	40
Tabla 4. Distribución absoluta y porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.	41
Tabla 5. Distribución absoluta y porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.	42
Tabla 6. Distribución absoluta y porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.	43
Tabla 7. Distribución absoluta y porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.	44
Tabla 8. Distribución absoluta y porcentual del tipo de consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.	45
Tabla 9. Distribución absoluta y porcentual del tipo de consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.	45
Tabla 10. Distribución absoluta y porcentual del tipo de consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.	45

Tabla 11. Distribución absoluta y porcentual del diagnóstico de mayor frecuencia de acuerdo a los distintos grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.	46
Tabla 12. Distribución absoluta y porcentual del diagnóstico de mayor frecuencia de acuerdo a los distintos grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.	46
Tabla 13. Distribución absoluta y porcentual del diagnóstico de mayor frecuencia de acuerdo a los distintos grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.	47
Tabla 14. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016	48
Tabla 15. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.	49
Tabla 16. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016	49
Tabla 17. . Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona rural de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.	50
Tabla 18. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017	50
Tabla 19. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona rural de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.	51

Introducción

En Colombia, durante el año 2000, con el fin de facilitar la relación entre los prestadores y los encargados del pago de los servicios prestados, se crearon los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, encargados de proveer los datos mínimos y básicos del paciente que asiste a consulta, independiente del régimen de salud al que esté afiliado el usuario.

Estos registros son para el seguimiento y mejor funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud y fueron creados con el fin de evaluar cada uno de los programas y estrategias planteadas a cumplir. Sin embargo, el registro inadecuado de los datos promueve al mejoramiento en el ingreso de la información por parte del profesional, que es de gran importancia para las acciones pertinentes y oportunas en el momento de la toma de decisiones. Por lo tanto, estos registros son fundamentales en el proceso de control para el ministerio de salud como ente regulador, y por parte de las EPS para evaluar la gestión del riesgo y de las IPS para su gestión y sostenibilidad. (OTIC, 2019)

El Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2007), tiene por objeto Regular algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

Y determina, entre otras normas, que el envío de los datos RIPS es de obligatorio cumplimiento, para que el Ministerio revise, ajuste y actualice el anexo técnico como se encuentra plasmado en este Decreto, especialmente en su Artículo 20.

Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS. El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de

Obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

El análisis epidemiológico de estos datos específicos de salud oral, es el inicio de un proyecto que genera a corto, mediano y largo plazo un impacto positivo sobre la salud de la población de Armenia, como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003, al registrar que por su alta frecuencia , las enfermedades bucales son un problema prioritario en salud pública, no solo por su alta frecuencia, sino por las implicaciones que representan para la salud en general de las personas (Petersen, y otros, 2005)

1. Justificación

La Alcaldía municipal, por medio de la Secretaría de Salud, realizó un convenio con la Facultad de Odontología sede Circasia, de la Universidad Antonio Nariño, para realizar un análisis más detallado de la situación actual en salud bucal, mediante los Registros Individuales de Prestación de Salud (RIPS), los cuales fueron generados por las IPS públicas y privadas durante el periodo 2015-2017.

Los RIPS reglamentados por la Resolución 3374 de 2000, proveen los datos mínimos y básicos, y facilitan las relaciones entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las IPS y los Profesionales Independientes. En este orden de ideas, los RIPS constituyen una herramienta principal del Sistema Integral de información del SGSSS, porque permite enfocar de una manera más extensa la problemática en cuanto a factores epidemiológicos que se presentan, realizando un aporte esencial para brindar información que sea útil y confiable determinando la morbilidad de las patologías orales más prevalentes y aportando datos favorables en materia de salud pública.

Por esa razón deben superar los problemas en la calidad y registro de la información, siendo necesario que los prestadores de Servicio de Salud sean evaluados continuamente respecto a los datos que reportan y así puedan aportar al perfil epidemiológico de la salud bucodental del municipio de Armenia y tomando medidas pertinentes en los casos más relevantes (Alcaldía de Medellín, 2017)

Es así, que se busca enfocar la información obtenida hacia el área de salud bucodental, proporcionando índices de mayor prevalencia en la población. Actualmente, se cuenta con un estudio a nivel departamental realizado por la Secretaría Departamental de Salud del Quindío, ASÍS, en donde se mencionan índices globales de la condición en la que se encuentran los habitantes de esta región. Por este motivo, se decide realizar un estudio más específico donde se puedan caracterizar las patologías orales con mayor relevancia en diferentes etapas de vida. Con este estudio se espera, por parte de las Entidades responsables del sistema de salud, tomar medidas estratégicas para proporcionar bienestar y mejora frente a la salud de la población.

2. Planteamiento del problema

Las patologías más prevalentes en la cavidad oral, caries y gingivitis, representan las tasas más altas de morbilidad en el municipio de Armenia, Quindío, y son registradas como la primera causa de consulta ambulatoria en las EPS, incluyendo tanto la población asegurada, como la no asegurada en régimen subsidiado o contributivo (Ministro de Salud y Protección Social, 2014). Esto implica que las afecciones de tipo bucal tienen vital importancia, debido a su alta prevalencia y demanda en servicios de salud que afecta la calidad de vida de la población de Armenia, en tal sentido, se solicita a la Secretaría de Salud Municipal colaborar en la realización de proyectos y actividades de seguimiento continuo en la salud bucodental de esta población, convirtiéndose en un desafío para la salud pública (Ministro de Salud y Protección Social, 2014)

En la actualidad, no hay un estudio que evidencie las patologías orales de mayor frecuencia en el municipio de Armenia. Únicamente hay datos proporcionados por el ASIS, Análisis Situacional de Salud, 2018, que corresponde al departamento del Quindío, donde se involucran datos generales de la población sin darle un enfoque detallado a los datos en salud bucal. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que, sin la actualización de esta información, no existe evidencia del estado bucal de los usuarios que consultan en la ciudad de Armenia, por lo tanto, no se ha podido establecer un adecuado control para la prevención de la enfermedad y rehabilitación de la salud buco-dental.

2.1 Formulación del problema

¿Cuáles son las condiciones de salud bucal de las personas que acudieron a centros asistenciales en IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia con base a los RIPS generados durante el periodo 2015 - 2017?

3. Marco teórico

En Colombia, existen los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, donde se registran los datos mínimos necesarios para controlar y regular la prestación de servicios de salud, y su principal fuente de información es proveniente de las facturas de venta de servicios y de las historias clínicas de los usuarios. El Ministerio de Salud es el encargado de recolectar y proporcionar los datos generados en el Sistema General de Seguridad Social por parte de sus integrantes, tales como Prestadores de servicios de Salud, IPS y profesionales Independientes, y EAPB a las que se facturan los servicios de salud prestados. Posteriormente, estos datos se deben almacenar, administrar y poner a disposición, para ser finalmente reportados al Sistema Integral de Información en Salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud deben enviar a las EAPB los datos registrados a través de un medio magnético con la estructura definida por la Resolución 3374 de 2000 (Ministerio de Salud Pública, 2000), que no puede ser modificada ni por las Direcciones Departamentales, Distritales o Municipales de Salud, ni por las propias EAPB y, finalmente, ser enviados al Ministerio de Salud.

La prestación de servicios pagados particularmente por usuarios debe enviarse por los Prestadores de Servicios a las Direcciones Locales y estos, a su vez, al Ministerio de Salud. Además, las EAPB están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de datos sobre la Prestación de Servicios de Salud, la entrega oportuna y la base de datos de Servicios prestados de manera individualizada. En cuanto a las Direcciones Departamentales y Locales que actúan como Administradoras de servicios prestados a la población vinculada y a los beneficios del régimen subsidiado con servicios fuera del POS-S, deben llevar a cabo los mismos requisitos

en lo que confiere a los registros de datos por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, teniendo como base la confiabilidad, seguridad y calidad de la información (Ministerio de Salud Pública, 2000).

La salud bucal es un parte fundamental en la vida de cada individuo y es una característica que puede ser modificada por diferentes factores sociales, culturales, educativos, biológicos, medioambientales y económicos. Las comunidades con difícil acceso a los recursos necesarios de saneamiento, limitación en la educación y desempleo tienen una mayor predisposición de contraer patologías bucodentales y patologías no bucales. Es así que los profesionales en odontología están encaminados a la promoción y prevención de la salud y tratamientos pertinentes para combatir las enfermedades orales (Seara, y otros, 2011)

Los adolescentes hacen parte de un extenso número de pacientes que asisten a consulta de odontología; por esta razón, se hace importante fomentar la atención primaria en salud para esta población, mediante el servicio de promoción y prevención, en tanto son más susceptibles a patologías bucales por el recambio dental, alto consumo de carbohidratos y/o desórdenes alimenticios. Por eso, la mejor atención recibida es la promoción y prevención de la enfermedad en cualquier grupo de edad, donde el odontólogo debe buscar no solo tratar de manera individual la patología, sino de manera colectiva para generar un mayor impacto sobre la sociedad, y así, los resultados sean significativamente positivos, comparados con generaciones anteriores, donde se limitaba a realizar intervenciones solo en la cavidad oral. (Hechavarria, y otros, 2013)

Las enfermedades bucales que se presentan con una mayor prevalencia en la población colombiana son diversas, pero entre las de mayor frecuencia y con impacto considerable en la salud general se encuentran La caries dental, enfermedades de las encías, (enfermedad periodontal), edentulismo, traumas dentales y fluorosis. (Ministerio de Salud, 2014)

Caries dental. La caries es un problema de salud pública, por ser una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una patología infectocontagiosa que involucra la salud bucal y la calidad de vida de las personas. Estudios realizados muestran que la edad establecida por la OMS para la vigilancia en pacientes con caries es de 12 años, con el fin de disminuir su prevalencia en la población de menores de 20 años de edad. (Díaz, Fernández González, & Núñez Franz, 2011)

Según el reporte generado por la OMS en el año 2003, el índice COP-d en la población de 12 años tuvo una gran disminución con respecto al grupo de edad de 35 a 44 años de edad. Se cree que el sector o área en el que vive cada individuo podría ser un factor determinante del padecimiento de la caries dental, debido al difícil acceso o disponibilidad económica para asistir a consulta odontológica. Es así que, desde hace varios años, se cree que esta patología tiene alguna relación con factores como ingresos económicos, educación, nutrición, hábitos y enfermedades sistémicas, los cuales podrían intervenir o no en el proceso de desarrollo de la misma (Suárez & Velosa, 2013).(13)

Enfermedad periodontal. La enfermedad periodontal se considera un problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia, por ocasionar daños evidentes en las personas, por el alto costo de tratamiento y por afectar la calidad de vida de la persona.

La salud pública se encarga de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a la sociedad; en efecto, la enfermedad periodontal se define como una patología infecciosa que resulta de un proceso inflamatorio crónico localizado en los tejidos duros y blandos que dan soporte a la estructura dental y su etiología es de origen bacteriano. Generalmente, se inicia como una gingivitis (inflamación de la encía con enrojecimiento y sangrado) en respuesta a la infección de las encías causada por diversos microorganismos que, al

No tener manejo y control, generan una infección más generalizada y crónica, destruyendo progresivamente los tejidos de soporte del diente generando bolsas periodontales e incluso la pérdida dental.

La frecuencia de esta enfermedad periodontal aumenta con la edad, en el género femenino y en presencia de factores de riesgo, tales como la mala higiene oral, tabaquismo, estrés y enfermedades sistémicas como la diabetes y la obesidad; además, también se ven afectados los grupos menos favorecidos socialmente, con una importante influencia de los ingresos de la familia y en la educación de los padres.

La enfermedad periodontal en el nivel primario de atención podría potencialmente reducir las tasas de enfermedad cardiovascular y diabetes, reduciendo el gasto asociado a estos problemas de salud en su conjunto (Carvajal, 2016)

El nivel primario de atención en salud es el más cercano a la población; es decir, el nivel del primer contacto, es allí donde se resuelven las necesidades de atención básicas y más frecuentes por medio de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación (Vignolo, y otros, 2011)

La periodontitis es la enfermedad crónica inflamatoria más prevalente y se caracteriza por la pérdida progresiva de la inserción clínica periodontal, pérdida ósea, sangrado y halitosis (Pardo & Hernández, 2018)

Edentulismo. Con el paso de los años, los hábitos y cuidados de las personas han generado repercusiones en su salud, en especial en los adultos mayores que son los más afectados en la cavidad oral por la pérdida de piezas dentarias por enfermedades de soporte, caries y lesiones en las encías por una higiene oral deficiente, poca educación, factores socioeconómicos, estilo de vida no saludable, edad, género y enfermedades sistémicas. El

edentulismo representa las tasas más altas de enfermedad en salud pública y de no ser rehabilitado de manera correcta generaría malnutrición, dolor, baja autoestima, deficiencias en la mucosa oral, glándulas salivales y en la masticación, porque al realizar fuerzas excesivas para cortar los alimentos, afecta directamente la musculatura facial, genera problemas psicológicos y físicos por la pérdida de altura y ancho del hueso alveolar ocasionando cambios significativos en la fisionomía de estas personas en cuanto a la dimensión vertical que involucra labios y mentón (Díaz, y otros, 2015)

Las personas que usan prótesis parcial o total tienen mayor posibilidad de presentar hiperplasias por prótesis desajustadas o fracturadas, estomatitis por higiene deficiente o inadecuada de la prótesis, lo cual hace que las personas estén expuestas a patógenos infecciosos que pueden ocasionar enfermedades como la neumonía, obesidad, cáncer gastrointestinal, pancreático, riesgo de diabetes mellitus, enfermedad coronaria y apnea (Emami, y otros, 2013)

Trauma dental. Cuando se presenta un trauma en cualquier parte de la cara en especial en la zona de la boca, genera motivo de consulta al odontólogo donde evalúa la gravedad del acontecimiento y así decidir el tratamiento a ejecutar. La edad donde más se presenta este tipo de traumas es en la infancia y adolescencia, donde genera un impacto negativo tanto en la estética y la función del aparato estomatognático, también el sexo masculino predomina más que en el femenino, por las actividades que realizan en su diario vivir (deportes, accidentes laborales), los traumas comunes que se generan: son fractura de esmalte, esmalte-dentina, avulsión dental, laceración de tejidos, fracturas de maxilar y mandíbula (Lora-Salgado & otros, 2018)

Fluorosis. La fluorosis se caracteriza por la hipomineralización del esmalte que se produce durante el desarrollo dental. La edad considerada crítica es de 0 a 5 años y, en esta edad,

existe un periodo de calcificación dental donde la exposición al flúor no controlada por la ingesta de cremas y una frecuencia inadecuada, son factores de riesgo para padecer dicha enfermedad.

La aplicación del flúor en los niños se puede presentar por vía sistémica como el agua del acueducto, la sal de cocina y vía directa como en gel, barniz o dentífricos, donde los últimos no son generalmente utilizados de la manera correcta e incrementan el número de afecciones en el esmalte y otras estructuras dentales. Se ha encontrado que muchas variables también influyen en el desarrollo de la enfermedad como el estrato socioeconómico, el sexo y la edad, que son fundamentales para evaluar la prevalencia de fluorosis en la población. Es deber de los padres acompañar a sus hijos en la higiene oral, sobre todo, cuando los niños están en edades comprendidas entre los 0 a 5 años.

El flúor genera muchos beneficios y da propiedades al diente, ayudando a la prevención de caries; sin embargo, se ha encontrado que el uso desmedido y sin control genera deficiencias en el esmalte, debido a la saturación en que se encuentra (González, Carmona, & Díaz, 2010). Las recomendaciones de las diferentes campañas de prevención oral deben ser dirigidas a los padres de familia, los cuales manifiestan que usar cremas u otros utensilios de higiene bucal con más frecuencia y en mayores cantidades, son más beneficiosos para sus hijos, pero el uso incorrecto de estos productos, puede ser perjudicial por el aumento en la ingesta y la poca destreza de los niños para expulsar la cantidad de dentífrico que tienen en su cavidad oral.

La cantidad recomendada para la utilización de cremas al momento del cepillado debe ser del tamaño de un guisante o lenteja, aproximadamente 0,25 gr.

En Colombia, se le atribuye el aumento de la fluorosis a la alta concentración de algunos dentífricos y, basados en investigaciones, según la cantidad de partes por millón de algunas

cremas dentales, se deben utilizar según las recomendaciones del fabricante, de una o dos veces al día.

Se busca disminuir la prevalencia de fluorosis en la población colombiana, siguiendo las recomendaciones de los profesionales en salud oral, cuando se haya evaluado los factores de riesgo para la prevención de la caries dental en los pacientes de este grupo de edad (Baez-Quintero, & otros, 2016)

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

- Caracterizar la morbilidad en salud bucal de las personas que acudieron a las IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, durante el periodo 2015 – 2017, con base en los RIPS.

4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que consultan en el municipio de Armenia.
- Determinar los diagnósticos de mayor frecuencia en salud bucal de las personas que asisten a consulta odontológica en el municipio de Armenia.
- Establecer la finalidad de la consulta y causa externa de mayor frecuencia.

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal

5.2. Población estudio

Primera consulta de los pacientes que asistieron a consulta de odontología en la diferentes IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015-2017

5.3. Marco muestral

Base de datos por cada año de interés con la primera consulta a odontología en las diferentes IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, Quindío para el periodo 2015-2017.

5.4. Unidad de análisis

Para este estudio, las unidades de análisis fueron las bases de datos por cada uno de los años de interés, con los diagnósticos que hacían referencia a odontología y la primera consulta realizada durante el año.

5.5. Criterios de inclusión

- Bases de datos correspondientes a los años 2015, 2016 y 2017 con diagnósticos del CIE 10 de odontología
- Primera consulta del año para cada periodo.
- Campos vacíos para observar la cantidad de registros sin dato o erróneos de los pacientes que asistieron a consulta en las diferentes IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, Quindío.
- Pacientes con procedencia de todo el territorio nacional.

CIE 10	Códigos
Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes K00	K000 a K009
Dientes incluidos e impactados K01	K010 a K011
Caries dental K02	K020 a K029
Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes K03	K030 a K039
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales K04	K040 a K049
Gingivitis y enfermedades periodontales K05	K050 a k056
Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula K06	K060 a K069
Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión) K07	K070 a k079
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén K08	K080 a K089
Quistes de la región bucal no clasificados en otra parte K09	K090 a K099
Otras enfermedades de los maxilares K10	K100 a K109
Enfermedades de las glándulas salivales K11	K110 a K119
Estomatitis y lesiones a fines K12	K120 a K122
Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal K13	K130 a K137
Enfermedades de la lengua K14	K140 a K149
Fractura de los huesos del cráneo S02	S021 a S029
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y de ligamentos de la cabeza S03	S030 a S035
Traumatismo de nervios craneales S04	S040 a S049
Infecciones herpéticas (herpes simple) B00	B000 a B009
Varicela B01	B010 a B019
Hérpes Zóster B02	B020 a B029
Sarampión B05	B050 a B059
Verrugas víricas B07	B07
Otras infecciones víricas caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas, no clasificadas en otra parte B08	B084
Tumores (neoplasias) malignos	C00 a C97
Tumor maligno del labio C00	C000 a C009
Tumor maligno de la base de la lengua C01	C01
Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua C02	C020 a C029
Tumor maligno de la encía C03	C030 a C039
Tumor maligno del piso de la boca C04	C040 a C049
Tumor maligno del paladar C05	C050 a C059
Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la boca C06	C060 a C069
Tumor maligno de la glándula parótida C07	C07
Tumor maligno de otras glándulas salivales mayores y de las no especificadas C08	C080 a C089
Tumor maligno de la amígdala C09	C090 a C099
Tumor maligno de la orofaringe C10	C100 a C109
Tumor maligno de la nasofaringe C11	C110 a C112
Examen odontológico Z012	Z012

5.6. Criterios de Exclusión

- Diagnósticos del CIE 10 diferentes a Odontología.
- Datos correspondientes a un año diferente al de consulta.
- Datos repetidos, posteriores a la primera consulta de Odontología

5.7. Variables

Sexo, grupos de edad, EPS, departamento o región de procedencia, zona, diagnóstico principal, finalidad de la consulta, causa externa, tipo de consulta, diagnóstico 1, diagnóstico 2 y diagnóstico 3.

5.8. Plan de datos

- **Recolección de datos.** Inicialmente, se firmó un acuerdo de confidencialidad para garantizar la privacidad de los datos contenidos en los RIPS proporcionados por la Alcaldía municipal de Armenia, mediante la Secretaría de Salud, a partir de los registros realizados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que correspondían a 417.512 datos.
- **Tabulación de los datos.** Se filtró la información obtenida de Excel y con ella se realizó el respectivo análisis.
- **Pruebas estadísticas propuestas para el análisis.** El análisis estadístico se realizó por medio del programa *Epiinfo* aplicando las respectivas pruebas estadísticas de acuerdo con la naturaleza de la variable y a los objetivos del estudio.
- **Presentación de la información.** La difusión de los resultados del presente estudio se presentó en tablas y gráficos de acuerdo a los datos obtenidos. Se realizará una socialización con el personal que labora en la Secretaría de Salud Municipal de Armenia e igualmente se va a socializar en un evento académico en la Universidad Antonio Nariño al finalizar el pregrado.

Sesgos observados.

- Pacientes con documento de identificación no correspondiente a su edad
- Control de sesgos

- No se tendrán en cuenta los tipos de documento de identificación de los pacientes para el análisis

Compromiso bioético. Se diligenció el acuerdo de confidencialidad institucional para hacer uso de la información contenida en sus bases de datos. No se utilizaron datos con la identificación, ni el nombre del paciente, con el fin de manejar la información confidencial al publicar los resultados; además, al ser una investigación de carácter retrospectivo no se hizo necesario el consentimiento individual, porque no se realizó intervención, ni experimentación sobre los pacientes.

Los resultados de la investigación no causaron lesiones a terceros, sólo se presentarán como aporte para que sean utilizados en estudios futuros, con el fin de mejorar las intervenciones en salud bucal. El grupo investigador se comprometió a cumplir con la normatividad nacional, Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993), además de lo contemplado en el consentimiento institucional de la Secretaria de Salud Municipal de la ciudad de Armenia, Quindío que se encuentra incluido en los anexos.

Referente medioambiental. Los investigadores se comprometieron a respetar y cuidar el entorno, de acuerdo con la normatividad internacional y nacional relacionada con el medio ambiente. La información se manejó en medios magnéticos haciendo mínimo uso de papel y los residuos fueron desechados de acuerdo a la norma nacional.

Responsabilidad social. Con la presente investigación se pretende aportar datos que sirvan de punto de partida para la toma de decisiones frente a las patologías de mayor frecuencia en la ciudad de Armenia, Quindío, y como estudio para futuras investigaciones.

Población beneficiada. La presente investigación es de gran aporte al personal de la Secretaría de Salud Municipal de Armenia, para la creación de estrategias y toma de decisiones,

para disminuir las enfermedades de mayor frecuencia en salud oral y beneficiar los pacientes que consultan en la ciudad con las distintas intervenciones realizadas por parte del área administrativa en salud de la ciudad de Armenia.

Difusión de resultados. La difusión de los resultados se realizará a través de una socialización en la institución de la población estudiada y en un evento académico en la Universidad Antonio Nariño.

6. Resultados

6.1. Caracterización Sociodemográfica de los pacientes del estudio

En el presente estudio se observaron 3.145.044 datos de consultas realizadas en la ciudad de Armenia, Quindío, durante el periodo 2015 – 2017; de los cuales 417.512 pertenecían al área de Odontología, 13%; y 2.727.532 a otras áreas de la salud, 87% restante. Ver gráfica 1.

De los datos correspondientes a consultas de odontología, fueron excluidos 250.453 que no cumplían con los criterios de inclusión, quedando en firme para realizar el análisis 167.059 consultas, de las cuales, para el año 2015, se tuvieron en cuenta 51.766; en el 2016, 48.333 y en el 2017, 66.960.



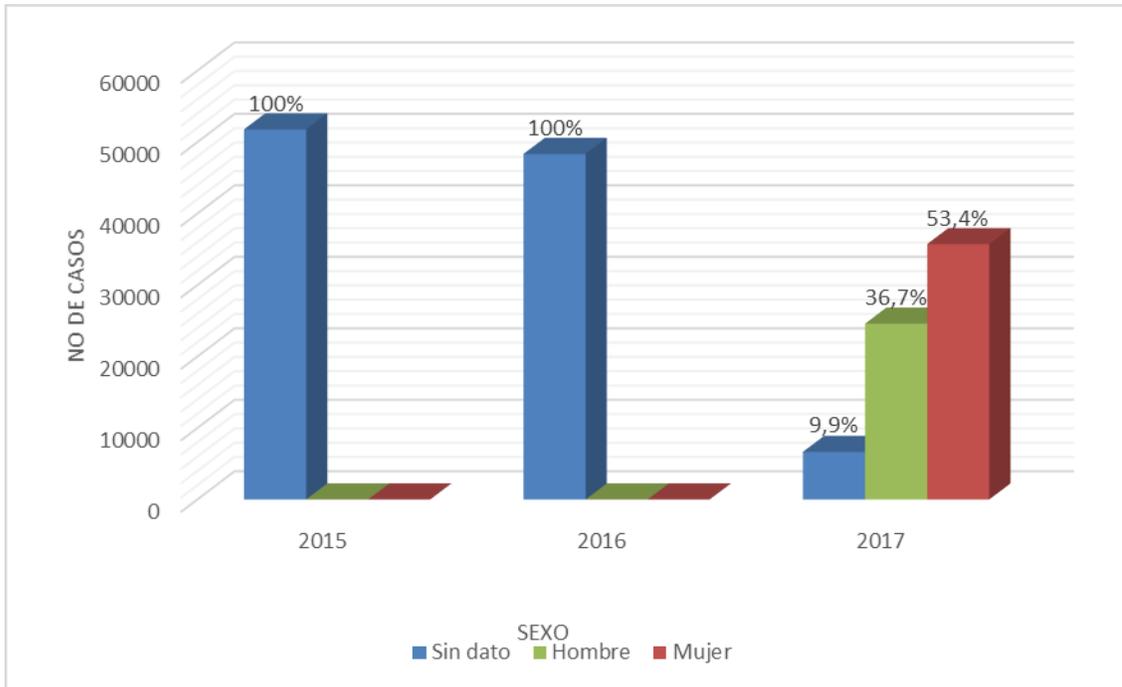
Gráfica 1. Distribución porcentual de las consultas realizadas en IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual de los aspectos sociodemográficos de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017

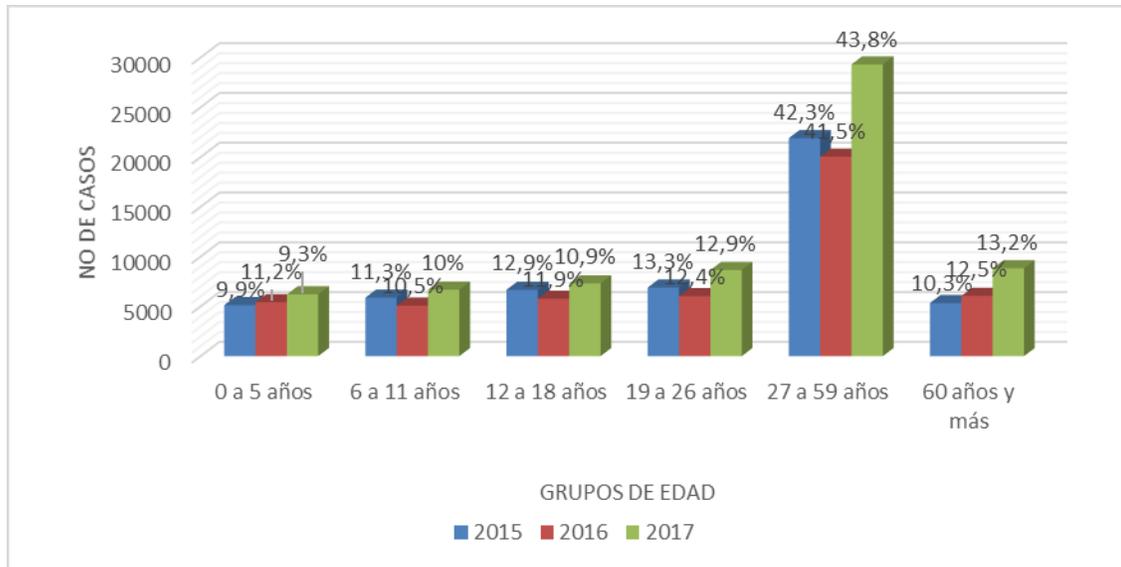
		2015	2016	2017
		n(%)	n(%)	n(%)
Sexo	Sin dato	51.766(100)	48.333(100)	6.650(9,9)
	Hombre	0(0,0)	0(0,0)	24.592(36,7)
	Mujer	0(0,0)	0(0,0)	35.718(53,3)
Grupos de edad	0 a 5 años	5.119(9,9)	5.411(11,2)	6.204(9,3)
	6 a 11 años	5.873(11,3)	5.065(10,5)	6.682(10)
	12 a 18 años	6.660(12,9)	5.761(11,9)	7.301(10,9)
	19 a 26 años	6.880(13,3)	6.014(12,4)	8.652(12,9)
	27 a 59 años	21.900(42,3)	20.037(41,5)	29.302(43,8)
	60 años y más	5.334(10,3)	6.045(12,5)	8.819(13,2)
EPS	Sin dato	1.139(2,2)	1.645(3,4)	477(0,7)
	Cafesalud E.P.S. S.A	12.828(24,8)	8.296(17,2)	14.801(22,1)
	Asociación Mutual la Esperanza Asmet Salud ESS	7.664(14,8)	11.183(23,1)	9.478(14,2)
	NUEVA EPS SA	4.280(8,3)	6.814(14,1)	8.346(12,5)
	Coomeva E.P.S. S.A.	3.873(7,5)	2.705(5,6)	6.151(9,2)
	SALUD VIDA S.A. E.P.S.	1.677(3,2)	1.627(3,4)	874(1,3)
	EPS SURA	33(0,1)	3.866(8)	7.794(11,6)
	Otras EPS	20.272(39,1)	12.197(25,2)	19.039(28,4)
	Error de digitación	0(0,0)	1(0,0)	647(1)
	Sin dato	956(1,8)	1.409(2,9)	0(0,0)
Departamento o región de Procedencia	Quindío	50.157(96,9)	43.525(90,1)	62.038(92,6)
	Región Andina	406(0,8)	1.888(3,9)	2.935(4,4)
	Región Caribe	17(0,0)	24(0,1)	58(0,1)
	Región Pacífico	185(0,4)	1.461(3)	1.234(1,8)
	Región la Orinoquía	30(0,1)	16(0,0)	30(0,1)
	Región la Amazonía	15(0,0)	9(0,0)	18(0,0)
Zona	Error de digitación	0(0,0)	1(0,0)	0(0,0)
	Sin dato	956(1,8)	1.408(2,9)	0(0,0)
	Rural	602(1,2)	3.180(6,6)	1.763(2,6)
	Urbana	50.208(97)	43.744(90,5)	65.197(97,4)

En la Tabla 1 se presenta la distribución del sexo (a excepción de los años 2015 y 2016), grupos de edad, EPS, departamento o región de procedencia y zona durante los años 2015, 2016 y 2017. Durante el año 2017, el sexo con mayor frecuencia fue el de las mujeres en un 53,3%. El grupo de edad de mayor frecuencia para los tres años estaba entre 27 a 59 años durante el año 2015, 2016 y 2017, correspondiente a 42,3%, 41,5% y 43,8%, respectivamente. La EPS con mayor afiliación para el año 2015 fue Cafesalud E.P.S. S.A, con 24,8%; para el año 2016, la

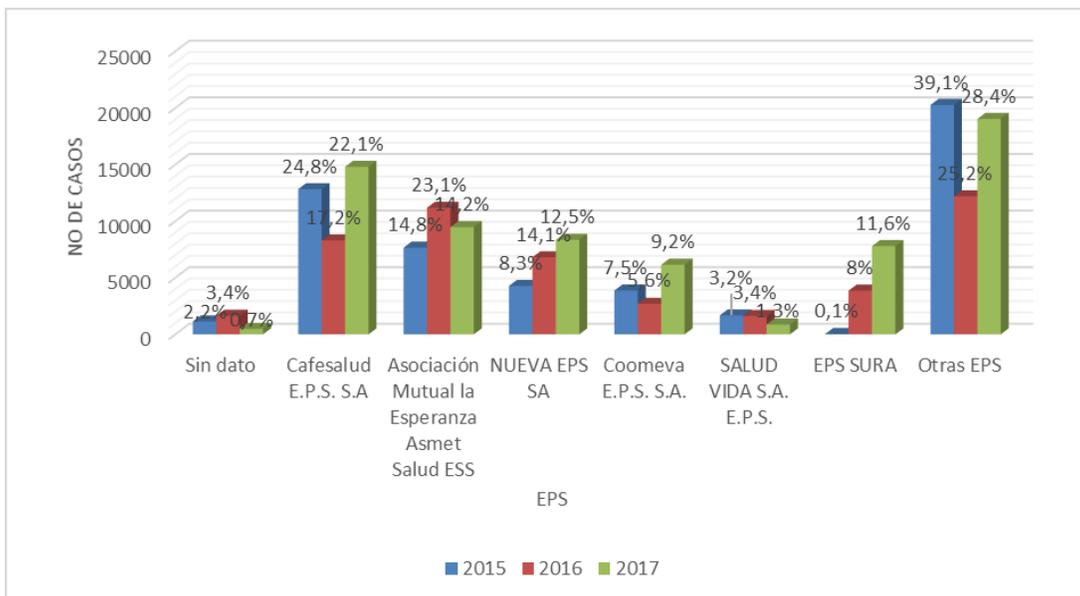
Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud ESS, con 23,1% y para el 2017, Cafesalud E.P.S. S.A. con 22,1%. El departamento o región de procedencia de mayor consulta fue el Quindío, ocupando 96,9% en el 2015; 90,1%, en el 2016 y 92,6%, en el 2017. La zona urbana fue la que predominó en los años 2015, 2016 y 2017 con 97%, 90,5% y 97,4% respectivamente.



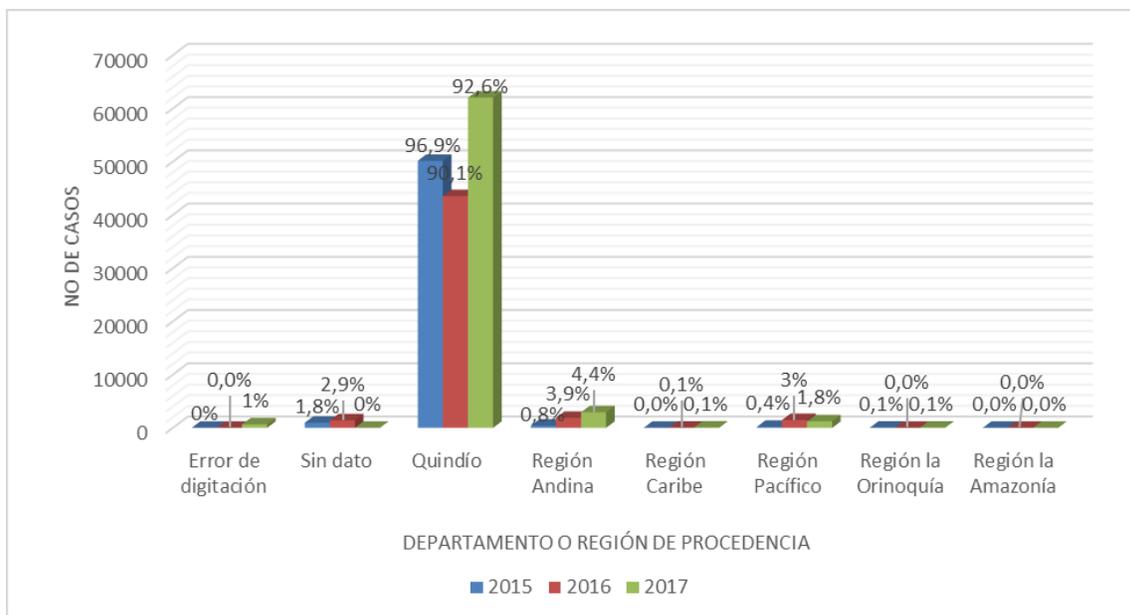
Gráfica 2. Distribución porcentual comparativa del sexo de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017



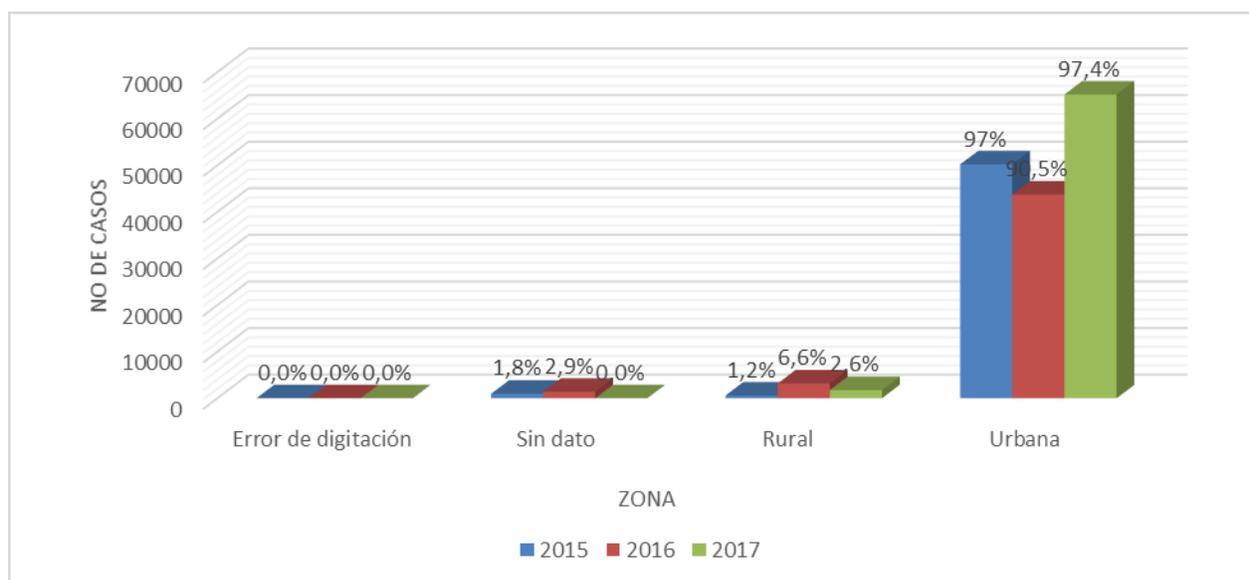
Gráfica 3. Distribución porcentual comparativa de los grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.



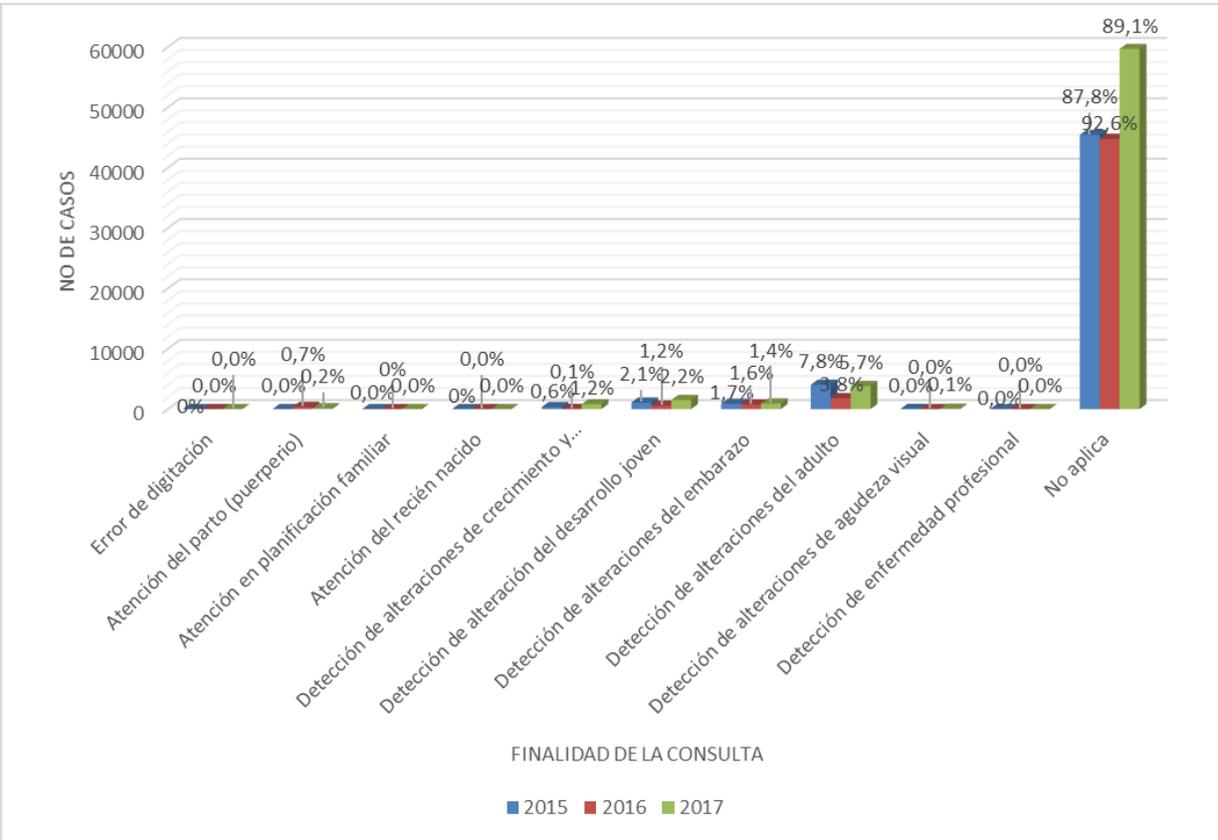
Gráfica 4. Distribución porcentual de la EPS de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017



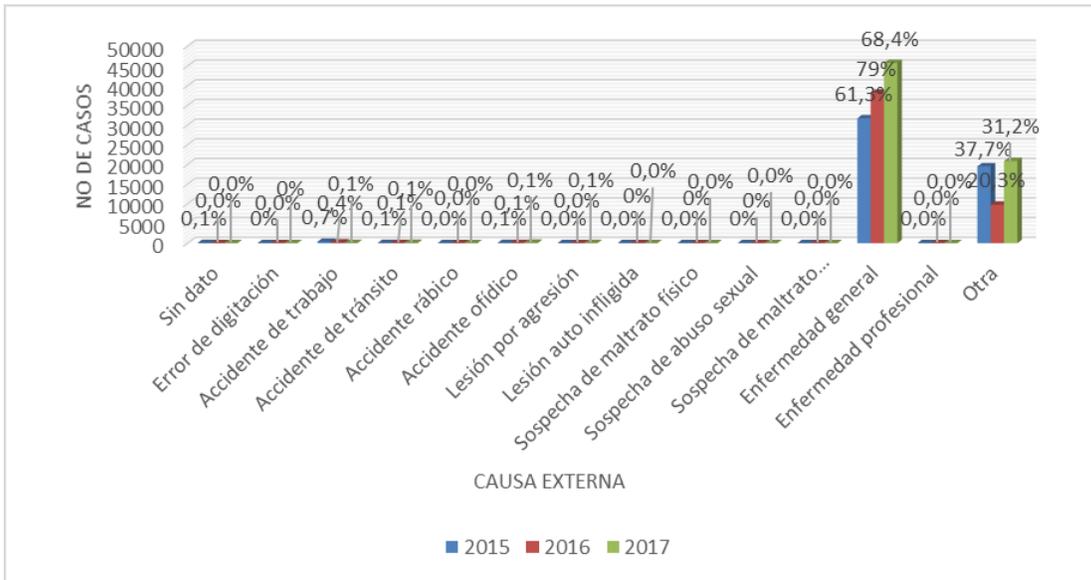
Gráfica 5. Distribución porcentual del departamento o región de procedencia de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.



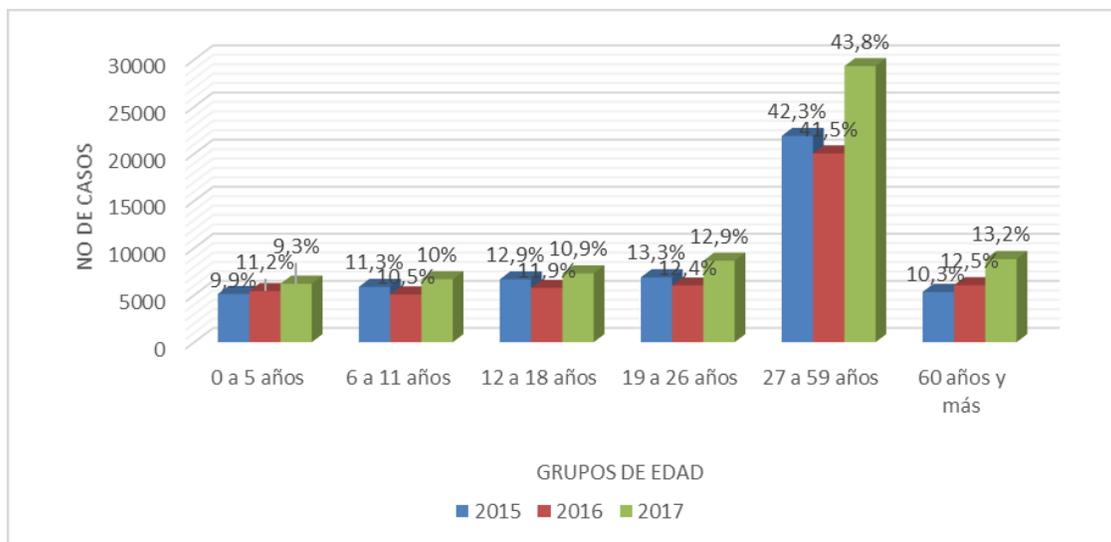
Gráfica 6. Distribución porcentual de la zona de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.



Gráfica 7. Distribución porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015 – 2017



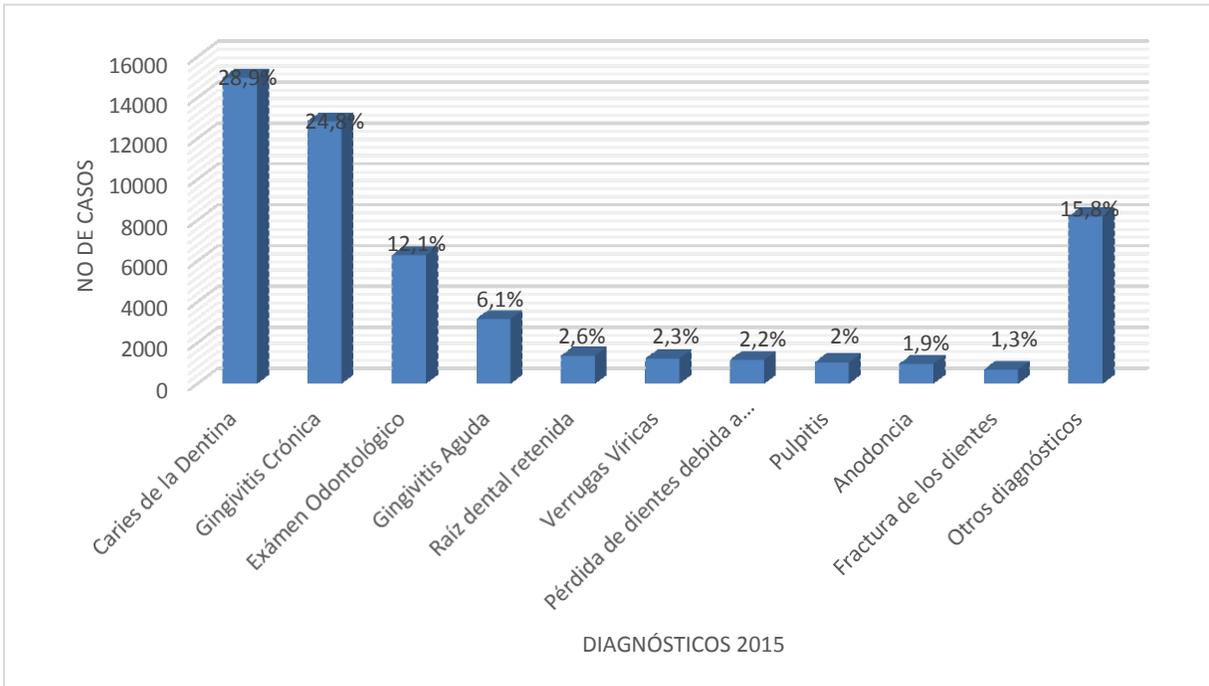
Gráfica 8. Distribución porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015 – 2017.



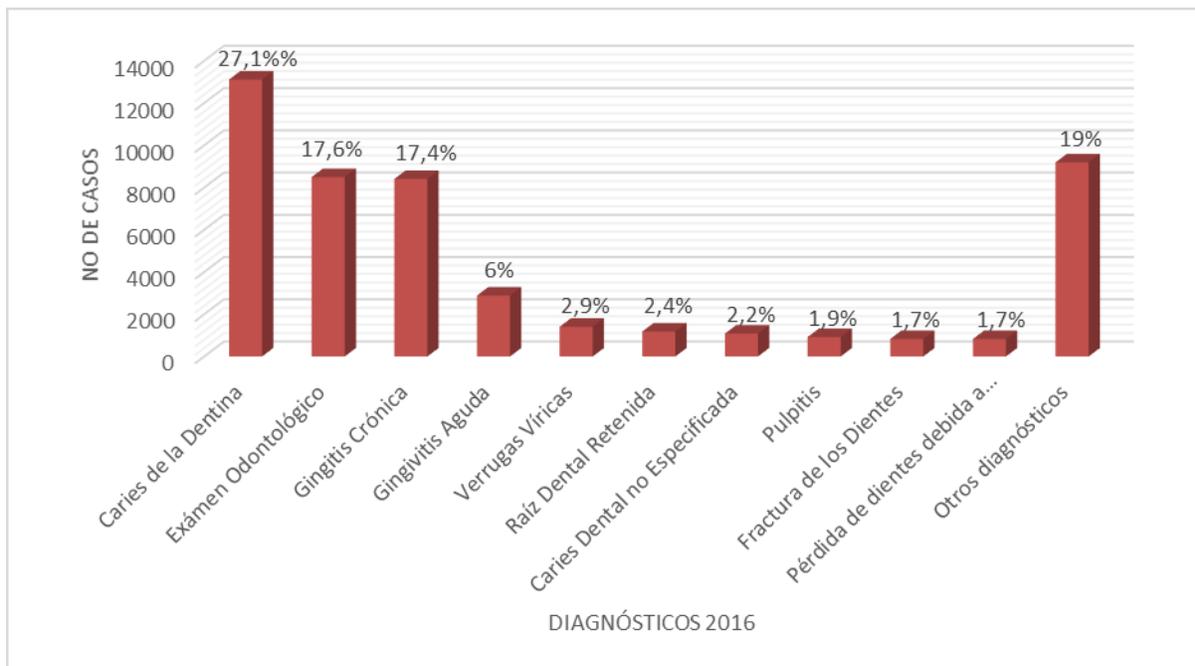
Gráfica 9. Distribución porcentual de los grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.

En la gráfica 9 se observa que el grupo de edad de mayor frecuencia, entre los 27 y 59 años, se presentó en el 2015, 2016 y 2017; lo que corresponde a 42,3%, 41,5% y 43,8% respectivamente.

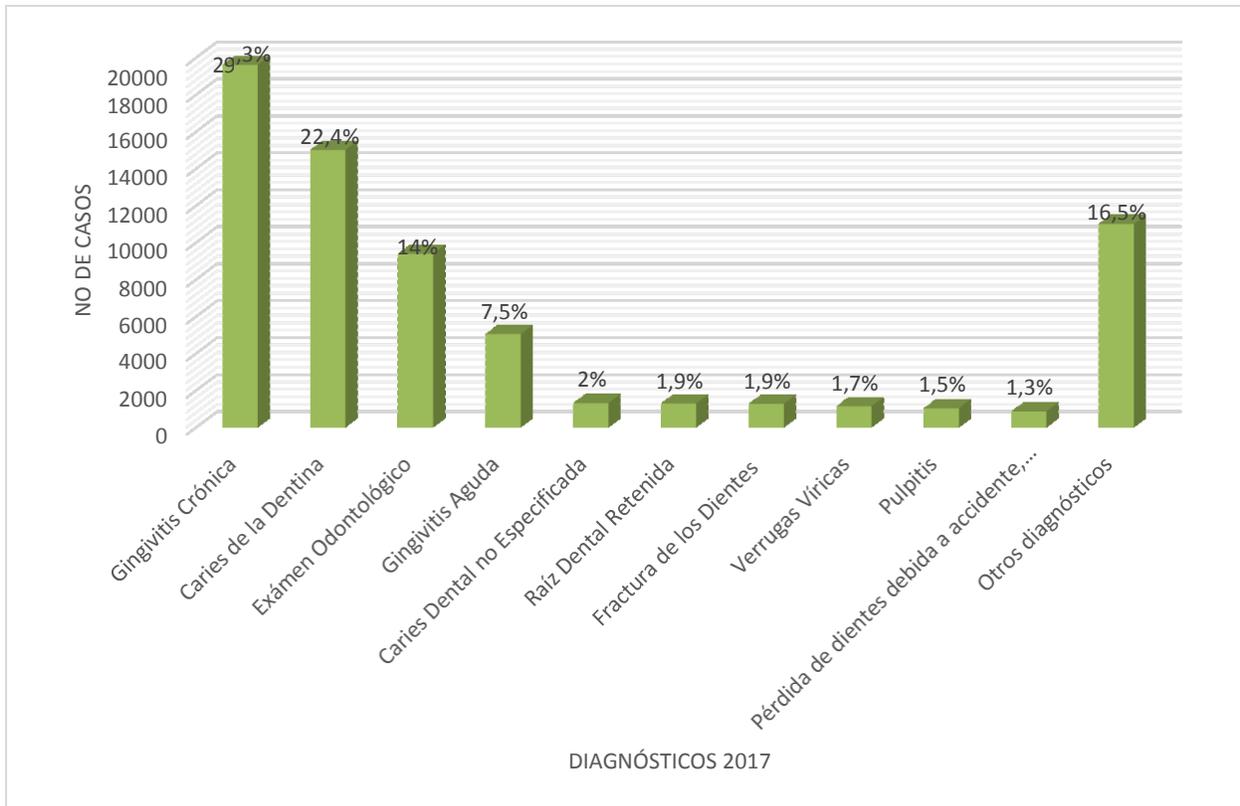
6.2. 10 primeras causas de morbilidad en salud bucal



Gráfica 10. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015



Gráfica 11. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.



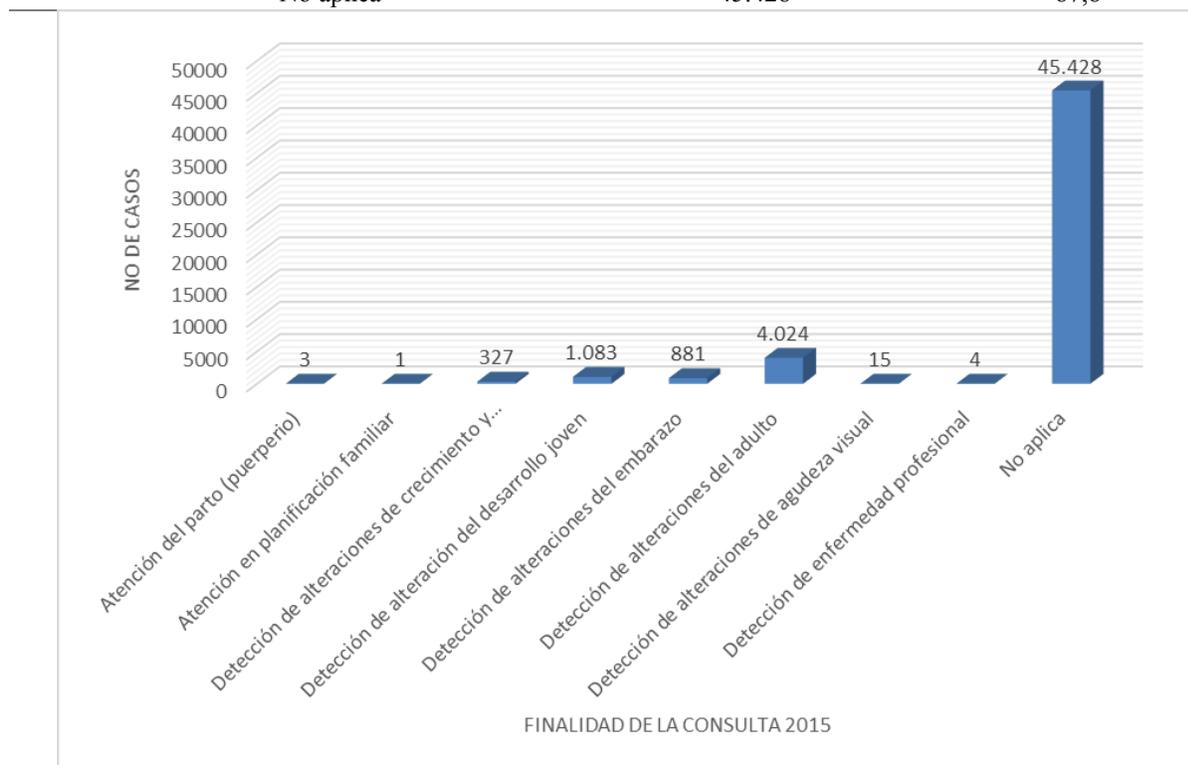
Gráfica 12. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

La caries de la dentina fue el diagnóstico de mayor frecuencia durante los años 2015 y 2016, con una ocurrencia del 28,9% y 27,1%, respectivamente. Caso contrario para el año 2017 donde el diagnóstico principal con de mayor frecuencia fue la Gingivitis Crónica en el 29,3% de los casos. Ver gráficas 10,11 y 12.

6.3. Finalidad y Causa externa más prevalentes

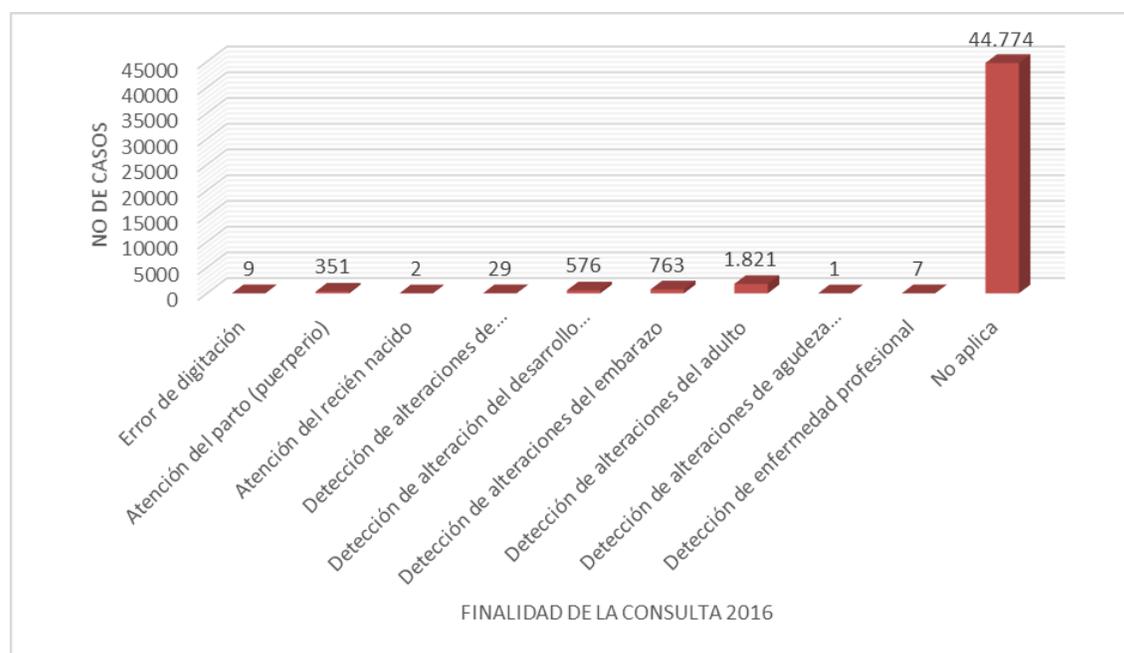
Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Atención del parto (puerperio)	3	0,0
Atención en planificación familiar	1	0,0
Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años	327	0,6
Detección de alteración del desarrollo joven	1.083	2,1
Detección de alteraciones del embarazo	881	1,7
Detección de alteraciones del adulto	4.024	7,8
Detección de alteraciones de agudeza visual	15	0,0
Detección de enfermedad profesional	4	0,0
No aplica	45.428	87,8



Gráfica 13. Distribución absoluta de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.

La finalidad de la consulta no aplica para los años 2015 en el 87,5%; 2016, 92,6% y para el año 2017, 89,1%. La causa externa por enfermedad general fue la de mayor frecuencia en los años 2015, 2016 y 2017, en un 61,3%, 79% y 68,4% respectivamente. Ver tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7 y Gráficas 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17 y 18.



Gráfica 14. Distribución absoluta de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016

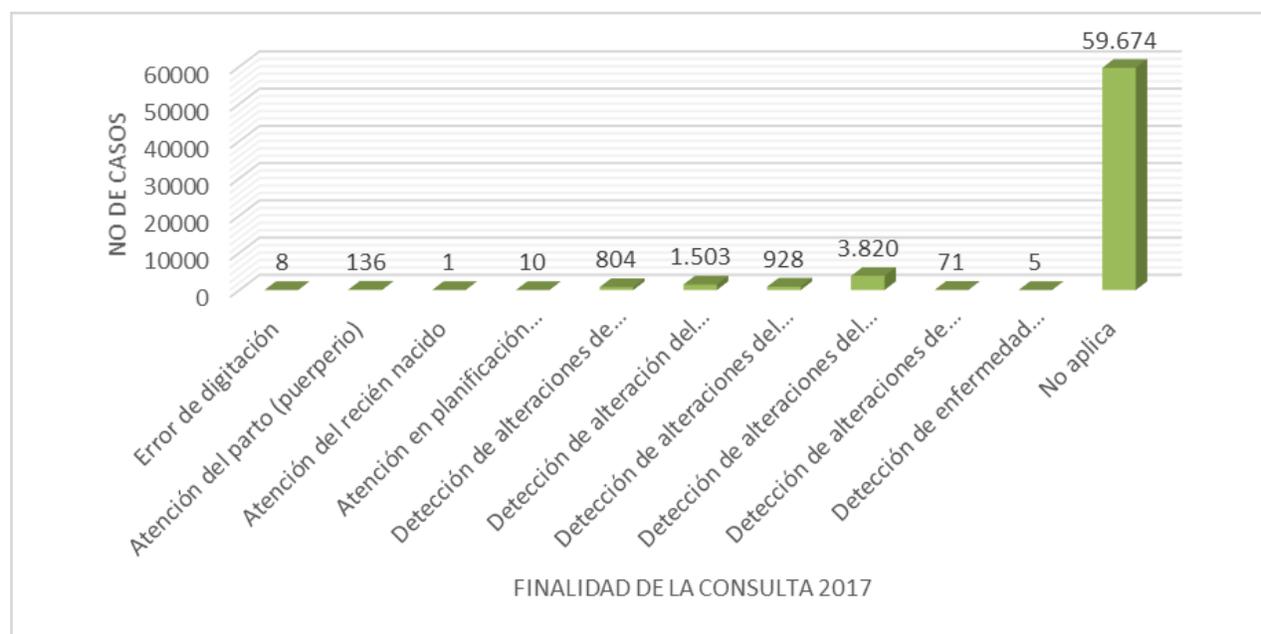
Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015

Finalidad de la consulta	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Error de digitación	8	0,0
Atención del parto (puerperio)	136	0,2
Atención del recién nacido	1	0,0
Atención en planificación familiar	10	0,0
Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años	804	1,2
Detección de alteración del desarrollo joven	1.503	2,2
Detección de alteraciones del embarazo	928	1,4

Detección de alteraciones del adulto	3.820	5,7
Detección de alteraciones de agudeza visual	71	0,1
Detección de enfermedad profesional	5	0,0
No aplica	59.674	89,1

Tabla 4. Distribución absoluta y porcentual de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

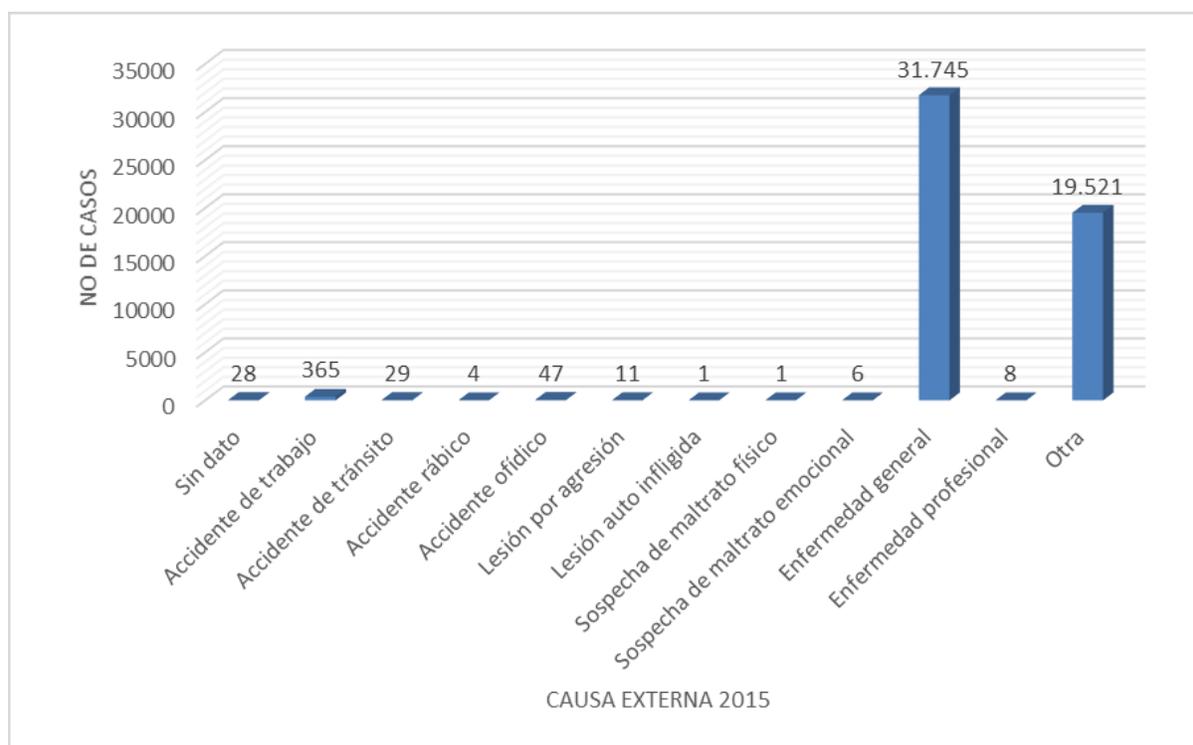
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Error de digitación	8	0,0
Atención del parto (puerperio)	136	0,2
Atención del recién nacido	1	0,0
Atención en planificación familiar	10	0,0
Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años	804	1,2
Detección de alteración del desarrollo joven	1.503	2,2
Detección de alteraciones del embarazo	928	1,4
Detección de alteraciones del adulto	3.820	5,7
Detección de alteraciones de agudeza visual	71	0,1
Detección de enfermedad profesional	5	0,0



Gráfica 15. Distribución absoluta de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

Tabla 5. Distribución absoluta y porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.

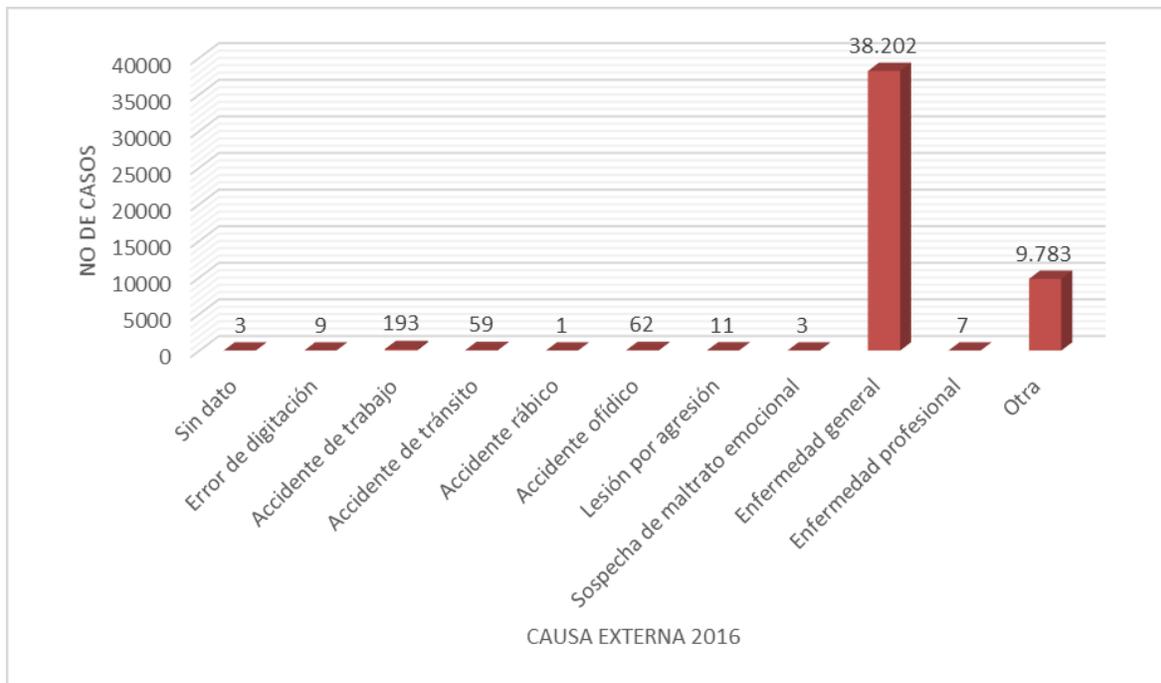
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Causa externa	Sin dato	28	0,1
	Accidente de trabajo	365	0,7
	Accidente de tránsito	29	0,1
	Accidente rábico	4	0,0
	Accidente ofídico	47	0,1
	Lesión por agresión	11	0,0
	Lesión auto infligida	1	0,0
	Sospecha de maltrato físico	1	0,0
	Sospecha de maltrato emocional	6	0,0
	Enfermedad general	31.745	61,3
	Enfermedad profesional	8	0,0
	Otra	19.521	37,7



Gráfica 16. Distribución absoluta de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.

Tabla 6. Distribución absoluta y porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.

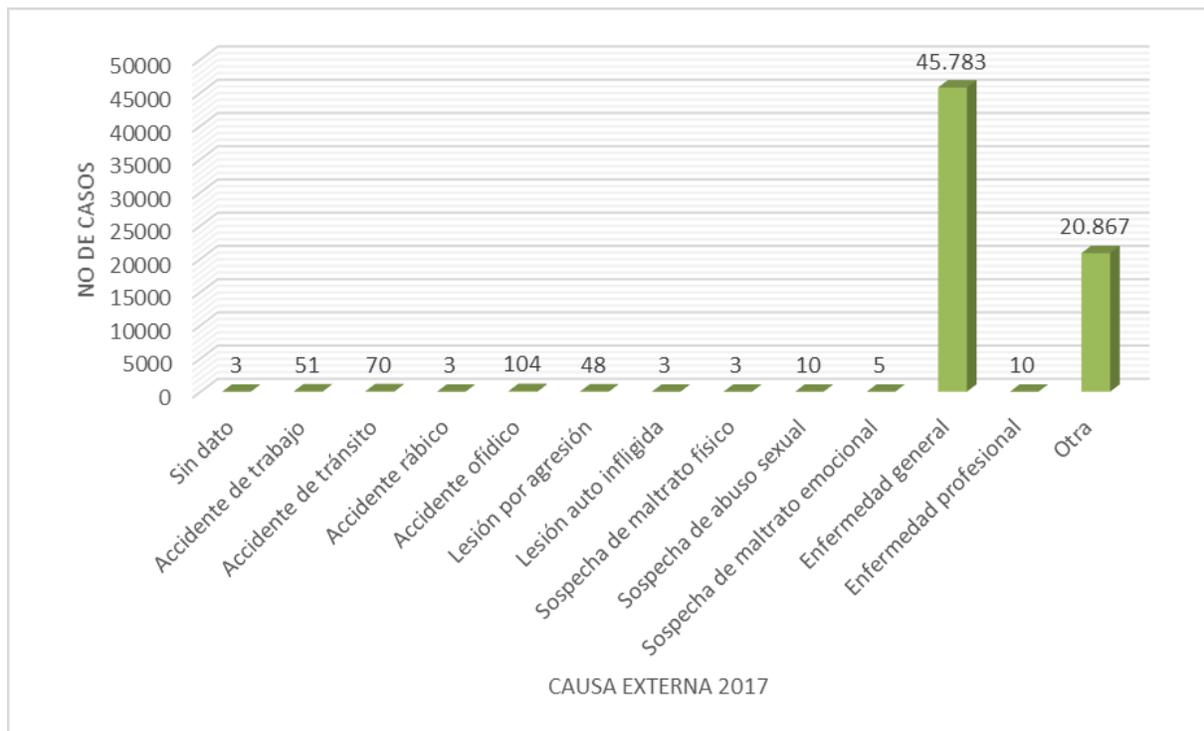
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Causa externa	Sin dato	3	0,0
	Error de digitación	9	0,0
	Accidente de trabajo	193	0,4
	Accidente de tránsito	59	0,1
	Accidente rábico	1	0,0
	Accidente ofídico	62	0,1
	Lesión por agresión	11	0,0
	Sospecha de maltrato emocional	3	0,0
	Enfermedad general	38.202	79
	Enfermedad profesional	7	0,0
	Otra	9.783	20,3



Gráfica 17. Distribución absoluta de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.

Tabla 7. Distribución absoluta y porcentual de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Sin dato	3	0,0
Accidente de trabajo	51	0,1
Accidente de tránsito	70	0,1
Accidente rábico	3	0,0
Accidente ofídico	104	0,1
Lesión por agresión	48	0,1
Lesión auto infligida	3	0,0
Sospecha de maltrato físico	3	0,0
Sospecha de abuso sexual	10	0,0
Sospecha de maltrato emocional	5	0,0
Enfermedad general	45.783	68,4
Enfermedad profesional	10	0,0
Otra	20.867	31,2



Gráfica 18. Distribución absoluta de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

Tabla 8. Distribución absoluta y porcentual del tipo de consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.

		n	%
Tipo de consulta	Consulta odontológica general de primera vez	39.660	76,6
	Consulta de odontología general	2.603	5
	Consulta odontológica general de . control	2.155	4,2
	Consulta de primera vez por medicina especializada	1.223	2,4
	Consulta de urgencia por medicina general	777	1,5
	Otros tipos de consulta	5.348	10,3

Tabla 9. Distribución absoluta y porcentual del tipo de consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.

		n	%
Tipo de consulta	Consulta odontológica general de primera vez	33.899	70,1
	Consulta odontológica general de control	5.594	11,6
	Consulta de odontología general:	2.856	5,9
	Consulta de primera vez por medicina especializada	1.208	2,5
	Consulta de urgencia por medicina general	964	2
	Consulta de Medicina General electiva	866	1,8
	Otros tipos de consulta	2.946	6,1

Tabla 10. Distribución absoluta y porcentual del tipo de consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

		n	%
Tipo de consulta	Consulta odontológica general de primera vez	45.663	68,2
	Consulta odontológica general de control	9.875	14,7
	Consulta de odontología general	3.743	5,6
	Interconsultas	1.245	1,9
	Consulta de Medicina General electiva	1.094	1,6
	Consulta de urgencia por medicina general	1.020	1,5
	Otros tipos de consulta	4.320	6,5

El tipo de consulta que se presentó con mayor frecuencia fue para el año 2015, 2016 y 2017 de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío fue 890.203 (consulta de odontología general de primera vez), lo que significó 76,6%, 70,1% y 68,2% respectivamente. Ver tablas 8, 9 y 10.

Tabla 11. Distribución absoluta y porcentual del diagnóstico de mayor frecuencia de acuerdo a los distintos grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2015.

Grupos de edad	Diagnóstico de mayor frecuencia	Frecuencia absoluta y relativa (%)	Otros diagnósticos
			frecuencia absoluta y relativa (%)
0 a 5 años	Examen odontológico	1.483(29)	3.636(71)
6 a 11 años	Caries de la dentina	1.686(28,7)	4.187(71,3)
12 a 18 años	Caries de la dentina	1.965(29,5)	4.695(70,5)
19 a 26 años	Caries de la dentina	1.896(27,6)	4.984(72,4)
27 a 59 años	Caries de la dentina	6.752(30,8)	15.148(69,2)
60 años y más	Caries de la dentina	1.357(25,4)	3.977(74,6)

Para el año 2015, la caries de la dentina fue el diagnóstico con mayor frecuencia fue entre los 27 a 59 años de edad en un 30,8% y con el mayor número de casos como principal diagnóstico con respecto a los otros grupos de edad. Ver Tabla 11.

Tabla 12. Distribución absoluta y porcentual del diagnóstico de mayor frecuencia de acuerdo a los distintos grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.

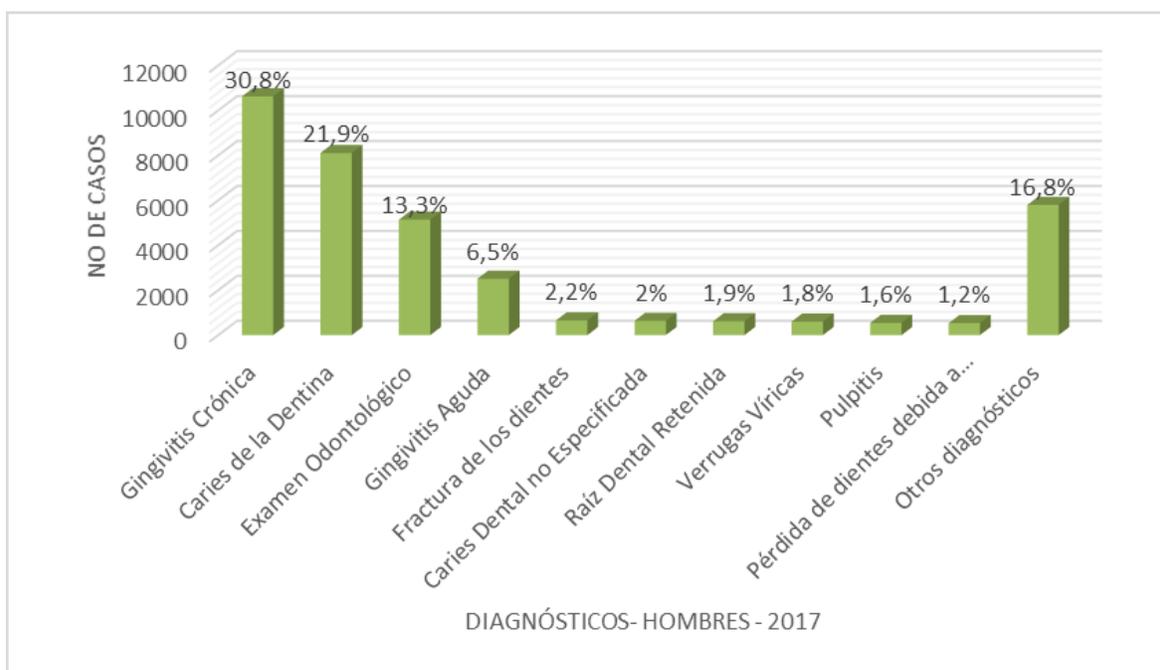
Grupos de edad	Diagnóstico de mayor frecuencia	Frecuencia absoluta y relativa (%)	Otros diagnósticos
			frecuencia absoluta y relativa (%)
0 a 5 años	Examen odontológico	1.416(26,2)	3.995(73,8)
6 a 11 años	Caries de la dentina	1.439(28,4)	3.626(71,6)
12 a 18 años	Caries de la dentina	1.528(26,5)	7.289(73,5)
19 a 26 años	Caries de la dentina	1.681(28)	4.333(72)
27 a 59 años	Caries de la dentina	5.899(29,4)	14.138(70,6)
60 años y más	Caries de la dentina	1.482(24,5)	4.563(75,5)

Para el año 2016, la caries de la dentina fue el diagnóstico con mayor frecuencia fue entre los 27 a 59 años de edad, que representa 29,4%, y con el mayor número de casos como principal diagnóstico con respecto a los otros grupos de edad. Ver Tabla 12

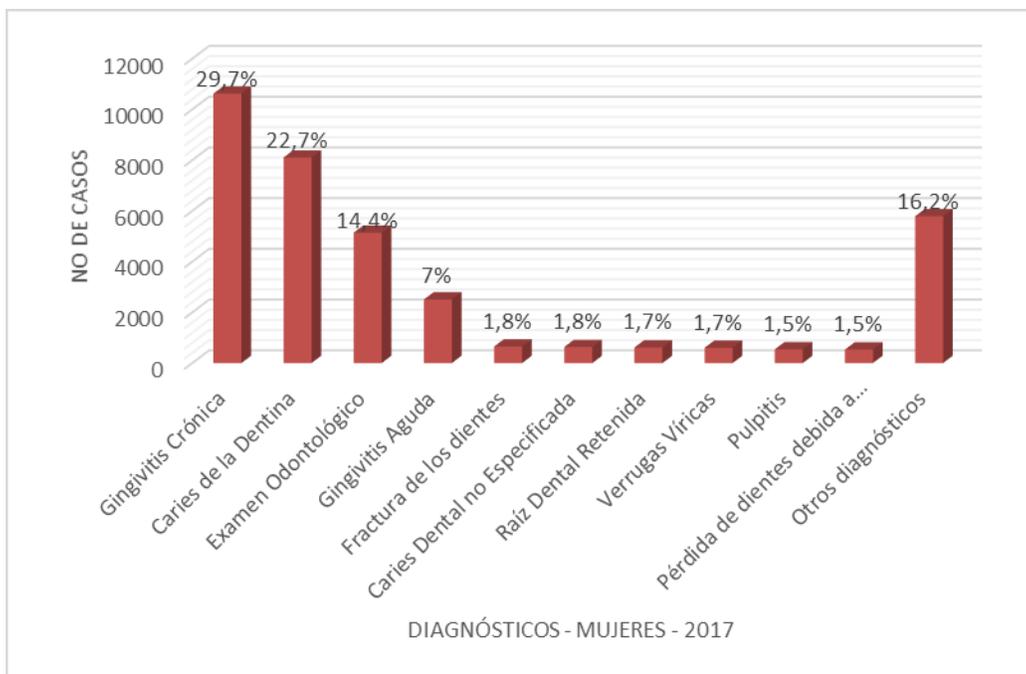
Tabla 13. Distribución absoluta y porcentual del diagnóstico de mayor frecuencia de acuerdo a los distintos grupos de edad de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

Grupos de edad	Diagnóstico de mayor frecuencia	Frecuencia absoluta y relativa (%)	Otros diagnósticos frecuencia absoluta y relativa (%)
	0 a 5 años	Examen odontológico	2.189(35,3)
6 a 11 años	Gingivitis crónica	1.932(28,9)	4.750(71,1)
12 a 18 años	Gingivitis crónica	2.133(29,2)	5.168(70,8)
19 a 26 años	Gingivitis crónica	2.969(34,3)	5.683(65,7)
27 a 59 años	Gingivitis crónica	9.286(31,7)	20.016(68,3)
60 años y más	Gingivitis crónica	1.988(22,5)	6.831(77,5)

Para el año 2017, la gingivitis crónica fue el diagnóstico con mayor frecuencia entre los 27 a 59 años de edad, con un 31,7% y con el mayor número de casos como principal diagnóstico con respecto a los otros grupos de edad. Ver Tabla 13.



Gráfica 19. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en los hombres que consultaron en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.



Gráfica 20. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en las mujeres que consultaron en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

Para hombres y mujeres, se evidenció que la gingivitis crónica fue el diagnóstico de mayor frecuencia para los pacientes que asistieron a consulta en la ciudad de Armenia, Quindío, en el año 2017; 30,8% en hombres y 29,7% en mujeres. Ver gráficas 19 y 20.

Tabla 14. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Caries de la dentina	14.588	29,1
Gingivitis crónica	12.638	25,2
Examen odontológico	5.999	11,9
Gingivitis aguda	2.837	5,7
Raíz dental retenida	1.308	2,6
Verrugas víricas	1.150	2,3
Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	1.130	2,3
Pulpitis	973	1,9
Anodoncia	959	1,9
Fractura de los dientes	648	1,3
Otros diagnósticos	7.978	15,8

Para el año 2015 se evidenciaron 956 campos vacíos para la zona, realizando un análisis para los 50.810 datos con registro para ese año. En la Tabla 14 se presentan los diagnósticos con de mayor frecuencia de la zona urbana, donde la caries de la dentina fue la de mayor frecuencia en un 29,1% de los casos.

Tabla 15. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Diagnósticos con mayor frecuencia en zona Rural	Gingivitis crónica	160
	Caries de la dentina	146
	Verrugas víricas	61
	Examen odontológico	60
	Gingivitis aguda	26
	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	13
	Pulpitis	12
	Dientes incluidos	11
	Raíz dental retenida	10
	Periodontitis crónica	9

Tabla 16. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Diagnósticos con mayor frecuencia en zona Urbana	Caries de la dentina	12.537
	Examen odontológico	8.277
	Gingivitis crónica	5.785
	Gingivitis aguda	2.684
	Verrugas víricas	1.310
	Raíz dental retenida	1.110
	Caries dental no especificada	1.078
	Pulpitis	831
	Fractura de los dientes	796
	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	765
	Otros diagnósticos	8.571

De los pacientes del área rural, la gingivitis crónica fue el diagnóstico de mayor frecuencia en un 26,6% de los pacientes que provenían de esta zona. Ver tabla 15.

Para el año 2016 se evidenciaron 1.409 campos vacíos para la zona, realizando un análisis para los 46.924 datos con registro para ese año. En la Tabla 16, se presentan los

diagnósticos con mayor frecuencia de la zona urbana, donde la caries de la dentina fue la de mayor frecuencia en un 28,7% de los casos.

Tabla 17. . Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona rural de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	
Diagnósticos con mayor frecuencia en zona Rural	Gingivitis crónica	1.778	55,9
	Caries de la dentina	418	13,1
	Examen odontológico	199	6,3
	Gingivitis aguda	100	3,1
	Verrugas víricas	89	2,8
	Pulpitis	67	2,1
	Raíz dental retenida	58	1,8
	Anomalías de la posición del diente	37	1,2
	Absceso periapical sin fistula	30	0,9
	Fractura de los dientes	29	0,9
	Otros diagnósticos	375	11,9

De los pacientes del área rural, la gingivitis crónica fue el diagnóstico de mayor frecuencia en un 55,9% de los pacientes que provenían de esta zona. Ver tabla 17.

Tabla 18. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona Urbana de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017

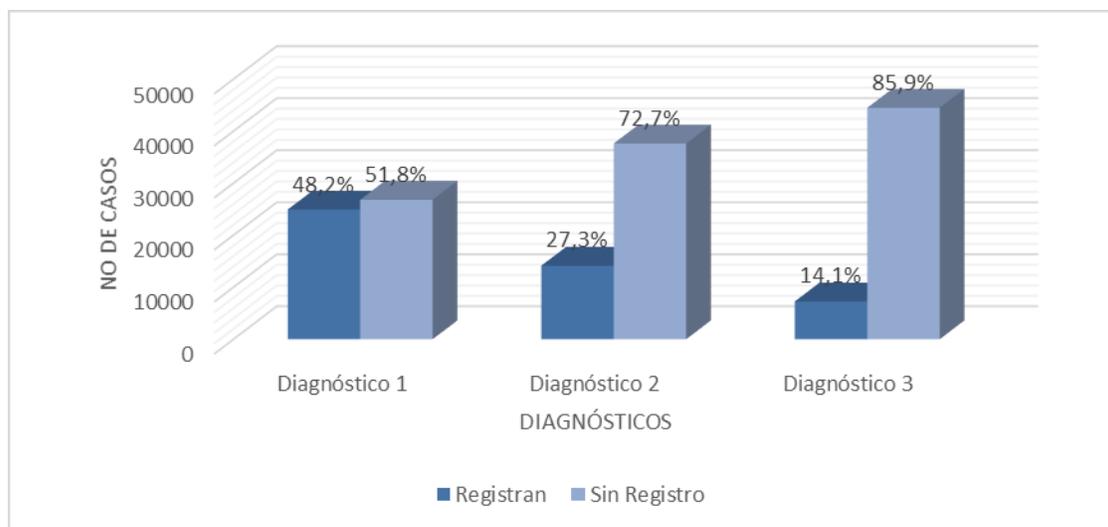
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	
Diagnósticos de mayor frecuencia en zona Urbana	Gingivitis crónica	18.294	28,1
	Caries de la dentina	14.912	22,9
	Examen odontológico	9.315	14,3
	Gingivitis aguda	5.030	7,7
	Caries dental no especificada	1.309	2
	Raíz dental retenida	1.282	2
	Fractura de los dientes	1.257	1,9
	Verrugas víricas	1.112	1,7
	Pulpitis	1.008	1,5
	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	838	1,3
	Otros diagnósticos	10.840	16,6

El diagnóstico con mayor frecuencia de la zona urbana en el año 2017, fue la gingivitis crónica en un 28,1% de los casos. Ver tabla 18.

Tabla 19. Distribución absoluta y porcentual de los diagnósticos con mayor frecuencia de la zona rural de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	
Diagnósticos de mayor frecuencia en zona Rural	Gingivitis crónica	1.313	74,5
	Caries de la dentina	92	5,2
	Examen odontológico	75	4,3
	Verrugas víricas	28	1,6
	Pulpitis	27	1,5
	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	19	1,1
	Gingivitis aguda	19	1,1
	Fractura de los dientes	15	0,9
	Herpes zóster sin complicaciones	15	0,9
	Raíz dental retenida	11	0,6
	Otros diagnósticos	149	8,3

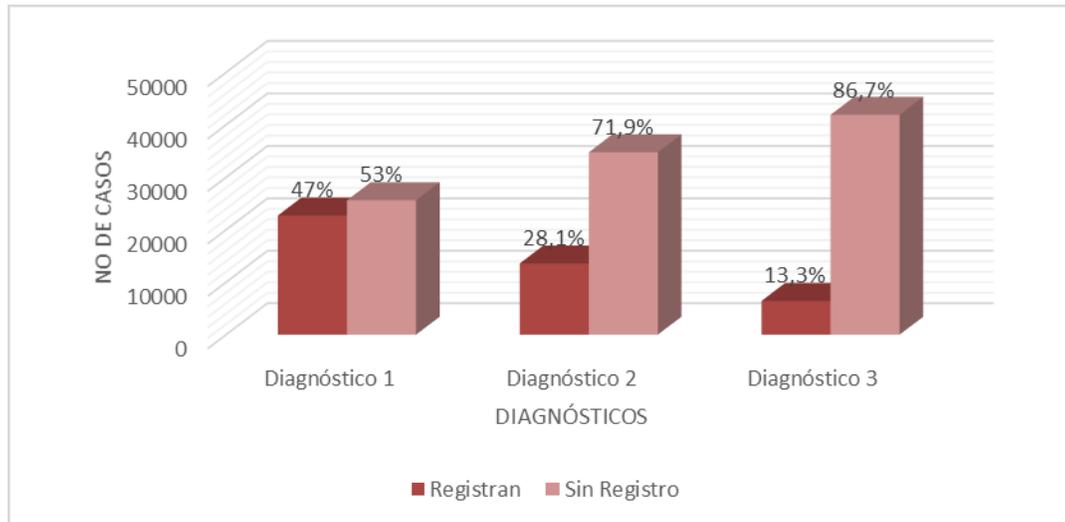
De los pacientes del área rural, la gingivitis crónica fue el diagnóstico de mayor frecuencia, 74,5%. Ver tabla 19



Gráfica 21. Distribución del registro de otros diagnósticos de los pacientes que asistieron a consulta de Odontología en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015.

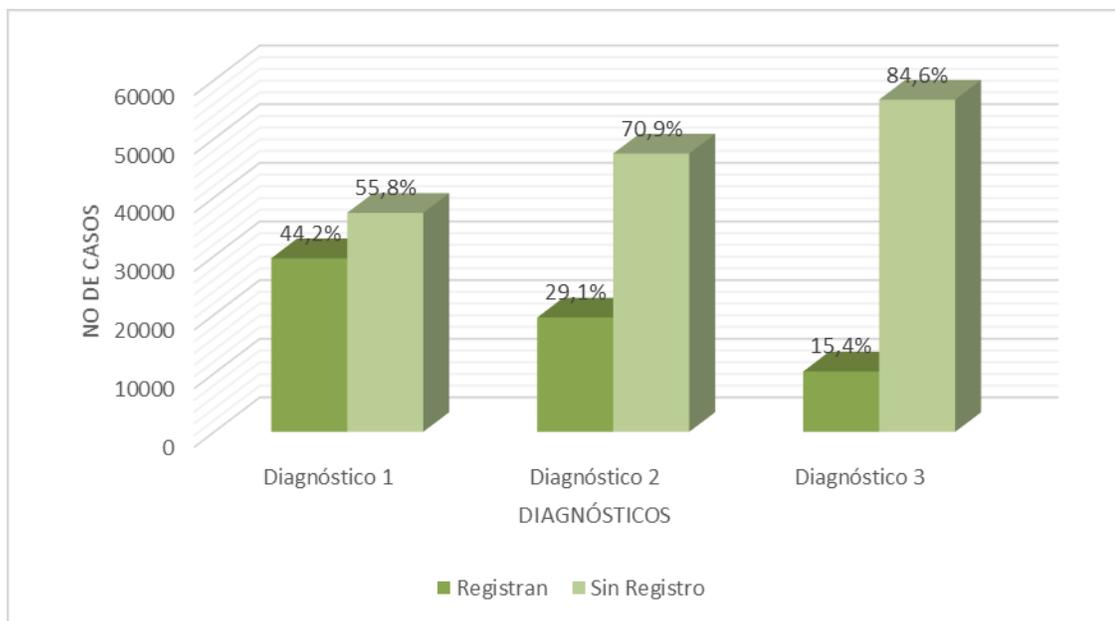
De acuerdo con el registro de los diagnósticos 1, 2 y 3, para los años 2015, 2016 y 2017, se evidenció que hay un subregistro en el diligenciamiento de esta información en los pacientes

que asistieron a consulta en la ciudad de Armenia, Quindío. Para el año 2015, se observó que la de mayor frecuencia fue sin registro del Diagnóstico 3 con respecto a los otros diagnósticos en un 85,9% y un registro en el 14,1%. Ver gráfica 21.



Gráfica 22. Distribución del registro de otros diagnósticos de los pacientes que asistieron a consulta de Odontología en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2016.

Para el año 2016, se observó que la de mayor frecuencia fue sin registro del Diagnóstico 3 con respecto a los otros diagnósticos, 86,7%, y un registro, 13,3%. Ver gráfica 22.



Gráfica 23. Distribución del registro de otros diagnósticos de los pacientes que asistieron a consulta de Odontología en la ciudad de Armenia, Quindío en el año 2017

Para el año 2017 se observó que la de mayor frecuencia fue sin registro del diagnóstico 3 con respecto a los otros diagnósticos en un 84,6% y un registro en el 15,4% y ver gráfica 23.

7. Discusión

Los RIPS son fuente de información importante en salud, de la que se pueden valer los diferentes actores del Sistema de Salud en Colombia para la planeación y ejecución de estrategias de salud y/o para la verificación de la ejecución de los mismos, y su impacto en las comunidades intervenidas. Sin embargo, la inconsistencia, incoherencia y duplicidad en el diligenciamiento de los mismos por parte de las entidades obligadas a reportar como: IPS, Profesionales Independientes, grupos de práctica profesional, EAPB y demás instituciones son fuente de constante preocupación a las diferentes organizaciones que señalan estos errores.

Un buen ejemplo de ello está reportado (OTIC, 2019), en el Manual para el reporte de información del servicio de salud bucal (Alcaldía de Medellín, 2017). De la misma manera, la Organización Panamericana de la Salud, en el 2007, reconoce como más fiable la Encuesta Nacional de Demografía en Salud, realizada por Profamilia en el 2005, que los RIPS generados ese mismo año respecto a estadísticas de IRA en Bogotá. En el análisis y formulación de conjuntos de prestaciones de atención para enfermedades respiratorias de carácter epidémico (OPS, 2007).

En el presente estudio se evidenció una problemática en lo referido a la confiabilidad, al excluir 250.453 datos, correspondientes al 59,98%, que no cumplían con los requisitos mínimos necesarios como: datos correspondientes a un año diferente al de consulta, datos repetidos posteriores a la primera consulta de odontología o con diagnósticos del CIE 10 diferentes a odontología, motivo de nuestro estudio, mostrando errores de digitación y registro por parte del personal que pertenece a centros que prestan un servicio en salud, causando gran preocupación, ya que los RIPS son una fuente de información indispensable que permite conocer el estado de

salud en Colombia. Por esta razón, se utilizaron para el análisis 167.059 registros de consultas que cumplían con los requisitos de inclusión, con las cuales se trabajó para contribuir en la construcción de perfiles epidemiológicos y sociodemográficos en la ciudad de Armenia.

7.1. Aspectos sociodemográficos

Se encontró que los hombres que consultaron por primera vez en la ciudad de Armenia, en el año 2017, fueron 36,7%, mientras que en las mujeres aumentó a un 53,3%, según el ENSAB IV, lo cual mostró que la totalidad de la población está distribuida en el 48.74% de hombres y el 51.26% de mujeres ENSAB IV. Al comparar estas evidencias, se deduce que las mujeres visitan más al odontólogo para recibir los tratamientos adecuados.

Al mismo tiempo, en los grupos de edad, cabe resaltar que en el país se toma como prioridad a los niños y niñas que se encuentran en las edades entre de 0-5 años de edad frecuencia de consulta odontológica durante la primera infancia (Franco-Cortés, Ramírez-Puerta, & Ochoa-Acosta, 2011).

De igual forma, se mostró que la edad entre los 6-11 años se presentó con un 10%, seguido del rango entre 12-18 años, 10.9%; entre los 19-26 años, 12.9%, aumentando entre los 27-59 años, 43.8%, y finalmente, entre los 60 años o más, 13.2% de personas que consultaron en odontología en la ciudad de Armenia, comparando con otro estudio, se demostró que, el grupo etéreo de mayor proporción (29,7%) estuvo entre los 26 y 45 años de edad, seguido de niños menores o iguales a 12 años de edad (28,6%) (Carrasco-Loyola, Landauro-Sáenz, & Orejuela-Ramírez, 2015), con esto se puede concluir que, en la actualidad, hay mayor consulta en pacientes que inician la etapa de adultez, ya que no hubo una buena prevención de la enfermedad al realizar una mala higiene bucal.

Por otro lado, las Entidades Prestadores de Servicio de Salud (EPS) más visitadas fueron Asmet Salud ESS, con un 14.2%; EPS SURA, 11.6%; Coomeva, 9.25%, disminuyendo notablemente con un 1.3% Salud vida y, para finalizar, otras EPS con un 28.4%. Es importante destacar que no hay un estudio que muestre cuáles son las EPS más visitadas en la ciudad de Armenia, por lo tanto, estos resultados nos servirán como modelo de estudio al conocer aquellas que tienen mayor flujo en cuanto a consulta odontológica.

Teniendo en cuenta la región de procedencia de los usuarios que más consultaron en odontología, se observó que el Quindío, 92.6%, ocupó el primer lugar, seguido de la región Andina, 4.4%; la región Pacífico, 1.8%, disminuyendo en la región Orinoquia, 0.1% y, para finalizar, en la región a Amazonía, con un 0.0%. De la misma forma, no hay estudios con los que se pueda comparar cuántas personas han consultado por región en odontología, ayudando a observar que personas de otras ciudades consultan en la ciudad de Armenia independientemente del motivo.

En cuanto a la zona, se evidenció que las personas que viven en una zona urbana consultan en un 97.4%, mientras que las de zona rural, llegan a 2.6%. Estos aspectos también se pueden relacionar con el área de vivienda en la que se encuentra la población, según el aporte realizado por la OMS donde se habla de que el desarrollo de una sociedad está basado en el estado de salud en el que se encuentra la población, independientemente de ser una persona rica o pobre. Por tal motivo, se tiene en cuenta que la accesibilidad y equidad en la atención de cada paciente puede variar dependiendo si proviene de una zona rural o urbana (Pineda, 2012) de manera que los factores socioeconómicos como la educación y la cultura influyen significativamente en el cuidado de la salud bucal en la ciudad de Armenia.

7.2 Aspectos Epidemiológicos

Respecto a las primeras causas de morbilidad en salud bucal en la ciudad de Armenia, se encontró que la caries de la dentina ocupa el primer lugar en los años 2015 y 2016 con un 28,9% y 27,1% respectivamente. En segundo lugar, en el año 2015, se encuentra gingivitis crónica con un 24,8% y en el año 2016 examen odontológico, 17,6%; mientras que en el año 2017 aparece con de mayor frecuencia la gingivitis crónica, 29,3% y caries de la dentina en segundo lugar, 22,4%. Por otro lado, en el 2015, se encuentran gingivitis aguda, raíz dental retenida, pérdida de dientes, pulpitis, anodoncia, fracturas de los dientes, verrugas víricas, examen odontológico y otros diagnósticos. Las mismas patologías se observaron en los años 2016 y 2017 a excepción de anodoncia, encontrando en su lugar caries dental no especificada.

Todos estos valores porcentuales son similares y comparables a los reportados en el ASIS Departamental y en el ENSAB IV, con algunas excepciones importantes, señaladas a continuación:

De acuerdo con lo anterior, el Examen Odontológico no corresponde a un diagnóstico, ya que al revisar el CIE 10 se registra como consulta odontológica por primera vez y no como diagnóstico de paciente sano; contrario a los resultados obtenidos donde aparece con altos porcentajes de frecuencia en las primeras causas de consulta odontológica en los tres años mencionados, generando un interrogante sobre la forma en la que los funcionarios de la salud interpretan esta información, lo cual se puede conjeturar que existen errores en el diligenciamiento y falta de capacitación para el personal encargado de estos registros.

Verrugas Víricas

Otro de los diagnósticos de mayor frecuencia encontrados en los RIPS, diferente a los reportados en los dos principales referentes (ASIS Dptal -ENSAB IV) son las verrugas víricas

ocupando un tercer, quinto y quinto lugar en los años correspondientes, ubicándose entre las 10 patologías de mayor frecuencias que generan una gran controversia, ya que tienen una gran incidencia en la población de Armenia, como se evidencia en este estudio, con un 2,3% del año 2015; 2,9% del año 2016 y el 1,7%, en el año 2017, y que corresponden efectivamente al porcentaje de población que asistió a consulta odontológica y fue diagnosticado con esta patología provenientes del virus del papiloma humano VPH. Una patología presente tanto en niños como en adultos y con manifestaciones a nivel de mucosas en cualquier parte del cuerpo, que puede llegar a afectar la calidad de vida del individuo.

Al comparar los resultados de este estudio con lo reportado por Duarte, (2017) que encontró que el virus del papiloma humano manifestado en boca es poco común, y su relación epidemiológica es escasa. En este estudio se encontró que esta patología fue diagnosticada en 1.420 personas por medicina especializada, y en un número similar diagnosticado por los odontólogos, valores completamente distintos a los reportados por el ENSAB IV y ASIS del Quindío, que nunca figuraron entre las 10 primeras causas de morbilidad.

Vale la pena resaltar que el VPH es el responsable de múltiples manifestaciones en boca, las cuales generalmente se caracterizan por lesiones vegetantes, verrugosidades o lesiones papulares. La incidencia de la enfermedad en boca ha aumentado, debido a que el contagio por vía sexual es una de las principales vías de transmisión, lo que también permite que cada vez exista un mayor número de diagnósticos de VPH oncogénico en cavidad bucal, reportada Por Martínez, Baldiris, & Díaz, (2012) en su estudio “Papiloma bucal producido por VPH y su relación con carcinoma”.

Diagnóstico relacionado con la edad

Este estudio proporciona una información indispensable sobre el estado de salud bucal en la ciudad de Armenia, Quindío, durante el periodo 2015-2017, en donde se tuvieron en cuenta las personas que acudieron a IPS públicas y privadas, tomando la información por medio de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS). Se observó alta frecuencia en caries de la dentina con un 28.9% en el año 2015; un 27.1% en el año 2016 y, por último, 22.4% en el año 2017.

Hallazgos relacionados con caries dental

De acuerdo con los rangos de edad establecidos, se encontró que entre 6-60 años o más la patología más prevalente es caries de la dentina para el año 2015 y 2016, con un 25.4 y 24.5% respectivamente, como se reporta en el **ABECÉ sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal “Para saber cómo estamos y saber qué hacemos** (Ministerio de Salud, 2014). Colombia, como en el mundo, sigue siendo la de mayor presencia en toda la población, desde las edades más tempranas hasta las edades adultas, el 55,8% de las personas de 12 a 79 años presentan caries sin tratar.

Asimismo, lo reporta el Estudio Nacional de Salud Bucal 2013-2014 (ENSAB IV) la frecuencia en las personas de 20 a 34 años que llegan a 52.81% y a 64.73%, en las personas de 35 a 44 años, aunque se reduce posteriormente hasta llegar a 43.47% entre los 65 y 79 años. Agregando a lo anterior, el presente estudio confirmó que la frecuencia en personas de 6-11 años alcanzan un 28.7%, las personas de 12-18 años, 29.5%; descendiendo con 27.6% entre los 19-26 años, aumentando notablemente con un 30.8% en los 27-59 años, y concluyó con un 25.4% entre los 60 años o más en el año 2015. A diferencia del año 2016 que presentó entre los 6-11 años un

28.4%, entre los 12-18 años un 26.5%; en las personas de 19-26 años, 28%, y se reduce en un 24.5% en los 60 años o más.

Al comparar las anteriores evidencias se puede observar que en la etapa adulta existe un mayor incremento de personas con caries dental, debido una educación insuficiente sobre el cuidado e higiene de la cavidad oral. Por otra parte, el año 2017, se encontró que la enfermedad más prevalente fue la gingivitis crónica con un 28,9% entre los 6-11 años, con un 29,2% en los años 12-18, se incrementó entre los 19-26 años con un 34,3%, la personas de 27-59 con un 31,7% y finalmente se redujo a un 22,5% entre los 60 años o más.

Hallazgos relacionados con enfermedad periodontal

Resaltando lo anterior, en Colombia, según el Estudio Nacional de Salud bucal (ENSab IV). De acuerdo con la estimación del índice de extensión y severidad a los 18 años, en promedio 11.8% de todas superficies dentales evaluadas por individuo (extensión) presenta pérdida del NIC mayor a 1 mm a los 18 años (Minsalud, 2012). En ese mismo contexto, muestra que la gingivitis es una patología bucal que incide en una gran cantidad en la población colombiana progresando rápidamente a la destrucción de las piezas dentarias, causando la pérdida de piezas dentales. Debido al resultado encontrado, se evidencia la pérdida dental abarcando los diez diagnósticos más prevalentes, ubicándose en el puesto seis para el año 2015 con un 2,2%, y en los años 2016-2017 en el puesto nueve con 1,7% y 1,3%.

Hallazgos relacionados con edentulismo

En tal sentido, en el estudio edentulismo parcial o total y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que la frecuencia de edentulismo fue mayor entre los sujetos de más edad ($p < 0,001$). Se observó que a mayor escolaridad ($p < 0,001$), a mejor nivel socioeconómico ($p < 0,001$) y en quienes tuvieron

automóvil en el hogar ($p < 0,05$) (Tantas, 2017), la frecuencia de edentulismo fue menor, aunque en este estudio no se puedan determinar las causas y frecuencia relacionadas con factores sociodemográficos, estas circunstancias podrían dar explicación a esta problemática.

Además, se ha encontrado que el edentulismo total se produce en el 10,5% de la población adulta, o en casi 18 millones de personas. Se ha señalado que un 5% de los adultos de entre 40 y 44 años presentan edentulismo total, y esta cifra aumenta hasta el 26% a los 65 años, y a casi el 44% en los ancianos de más de 75 años de edad. Tal como se esperaba, las personas más mayores son más proclives a sufrir pérdida de todos sus dientes (Borja, 2012) motivo por el cual no se le debe restar importancia, ya que es una secuencia del principal problema que en este caso es la caries, convirtiéndose en un ciclo al no tomar las medidas necesarias, lo que puede llevar a graves consecuencias no solo a nivel buco-dental, sino también a nivel general.

Diagnóstico relacionado con el sexo

Al comparar los diagnósticos de mayor frecuencia con el sexo de los habitantes de la ciudad de Armenia que consultaron en las IPS públicas y privadas, se hace necesario resaltar que tanto en hombres como en mujeres en el año 2017 se presenta la gingivitis crónica como diagnóstico principal, en hombres, 30,8% y en mujeres, disminuye, 29,7%.

Es así como reporta el Ministerio de Salud, (2014) existe predominio de adolescentes afectados por gingivitis en el sexo masculino (48,8 %), al igual que Traviesas y Sanjurjo, citados por Suárez & Velosa, 2013).

Algunos investigadores consideran que en estas edades es muy común encontrar inflamación gingival, aunque sea muy leve, y se debe fundamentalmente al descuido en los hábitos de higiene bucal y el incremento de la dieta cariogénica, así como las transformaciones

evidentes de la pubertad que agrava más este proceso (Carvajal, 2016; Vignolo, y otros, 2011), sobre todo en el sexo masculino.

Las afirmaciones anteriores sugieren que las enfermedades de las encías (enfermedades periodontales) presentan manifestaciones incluso desde los adolescentes, pero con poca frecuencia, incrementándose tanto en número de personas afectadas como en severidad, a medida que aumenta la edad (Ministerio de Salud, 2014). De este modo, se puede evidenciar que la gingivitis crónica se presenta más en hombres que en mujeres, ya que se ha demostrado que las mujeres visitan regularmente al odontólogo para controles y limpiezas, lo que reduce notablemente los factores que afectan directamente al periodonto.

En este mismo contexto, el segundo diagnóstico más prevalente es caries en la dentina en hombres con un 21,9% y finalmente aumentando a un 22,7% en mujeres, como reporta el ENSAB IV, la caries en relación al sexo, es mayor en mujeres con una experiencia de 92.90% (Minsalud, 2012) al comparar estos resultados se observó que esta patología sigue siendo de mayor predominio en las mujeres.

Diagnóstico relacionado con la zona

La presente investigación mostró que los diagnósticos de mayor frecuencia en la zona urbana en el año 2015 era la caries de la dentina con un 29.1%, y en la zona rural donde la patología de mayor frecuencia fue la gingivitis crónica con un 26,6%. Igualmente, en el 2016, con un 28.7% caries de la dentina en zona rural y en zona urbana gingivitis crónica con un 55,9%. Contrario a esto, en el año 2017 el diagnóstico más prevalente en la zona urbana fue la gingivitis crónica con un 28.1%, y en zona rural, 74,5%, con la misma patología.

Por otro lado, en México se obtuvieron diferencias significativas, en la zona rural con un 88,23%, disminuyendo en la zona urbana con un 53,3% en caries y gingivitis generalizada

(Cabrera & otros, 1015), con esto se evidencia que la población más afectada por caries y gingivitis es la zona rural.

Ligado con lo anterior, la salud bucal, está condicionada tanto por factores locales individuales como por factores sociales, comunitarios, económicos, culturales, ambientales y geográficos, entre estos últimos la condición urbano-rural, así la ruralidad generalmente se ve ligada a un mayor nivel de pobreza, menor nivel educativo y menor nivel socioeconómico.

Finalidad

En los RIPS, la finalidad se registra con el fin de resolver que tipo de problemas de salud motiva la consulta, si es diagnóstica y/o terapéutica o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (detección temprana o protección específica) en el documento Lineamientos Técnicos, se explica claramente que las casillas correspondientes a los números del 01 al 09 tienen una finalidad de promoción y prevención; y corresponderían a consultas en los diferentes programas de P y P, deberíamos esperar por lo tanto que los valores porcentuales en cada una de los programas fuera mucho más alto que el registrado en este estudio. Por otra parte, se observó con preocupación lo que se supone son errores en la digitación, al encontrar 136 consultas odontológicas registradas en el programa de Atención al Parto, o 71 en el programa de Agudeza Visual. La finalidad 10 denominada No Aplica es la más utilizada y corresponde a una finalidad resolutoria; es decir, cuando el paciente acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o ha sido víctima de un evento de causa externa, enfermedad general o específica u otras condiciones tales como accidentes, maltrato, agresión, violencia (OTIC, 2019).

Como se evidencia en este estudio, hubo una alta frecuencia en la finalidad de consulta número 10 en el año 2015, 37.7%; en el año 2016, 92.6%, y en el año 2017, 89.1%, seguido de finalidades como detección de alteraciones del desarrollo joven, que corresponde al número 05

en el año 2015, 7.8%; en el año 2016 y 2017, 5.7%, y detección de alteraciones del desarrollo del adulto que es la número 07.

Con estos resultados, se puede concluir que las instituciones encargadas de realizar el registro, no se esfuerzan por hacer demanda inducida para que, de esta manera, se incremente la adherencia a los distintos programas de promoción y prevención, fundamentales para impactar positivamente en la salud de nuestras comunidades y cambiar día a día, poco a poco, la visión asistencialista por una de vocación prevencionista.

Causa externa

La causa externa cuenta con una clasificación para identificar el motivo de consulta por la cual se realizó el ingreso. Se evidenció que la enfermedad general que corresponde al número 13 que fue la de mayor frecuencia con un 61,3% en el año 2015; 79%, en el 2016 y, finalmente, con en el año 2017, 64,1%, que se refiere a la enfermedad cuya etiología no corresponde a una causa externa, y cae en el ámbito de la “enfermedad general” (OTIC, 2019).

La siguiente causa de consulta mayoritaria que se reporta es la opción 15 otra que, en el año 2015, obtuvo un 37,7%; en el año 2016; 20,3% y, finalmente, en el año 2017, 31,2%, valores que crearon una gran interrogante con respecto si no estaban claras las causas de consulta o estas no estaban contempladas en esta tabla RIPS. En estas condiciones, es factible suponer que las personas que están diligenciando los RIPS no están lo suficientemente capacitados o supervisados por alguien que tenga dominio sobre el tema o la facilidad de clasificar como 15, sin corroborar la información para clasificar adecuadamente la causa y obtener datos confiables.

En Medellín, la problemática también ha sido detectada en las acciones de monitoreo realizadas a través del proyecto “Así Te Ves Salud”, donde además de las falencias ya registradas, se suman otras, como realizar RIPS manuales, incompleto diligenciamiento de las

variables definidas, principalmente el registro de los diagnósticos relacionados y deficiencias en los sistemas para el flujo de información. Esta situación quedó plasmada en la Política Pública de Salud Bucal, ratificando la debilidad en el diligenciamiento, procesamiento y análisis de los datos que aportan a la construcción del perfil epidemiológico de la ciudad (Alcaldía de Medellín, 2017)

Por otra parte, es necesario señalar como posibles errores en la digitación o en el manejo de los RIPS la aparición de causas externas en la consulta odontológica los ítems de: Accidente Ofidico con un promedio anual de 71 casos, en comparación con el promedio de Accidentes de trabajo de 203 o de accidentes de tránsito con un promedio anual de 52, situación evidentemente anormal o salida del contexto geográfico y social de la región.

8. Conclusiones

- Se debe reconocer que la caries sigue siendo la patología más prevalente en la ciudad de Armenia, al igual que en todo el país, y que se inicia desde etapas de vida temprana aumentando significativamente con la edad.
- De igual manera, la gingivitis, aunque avanza lentamente, trae consigo efectos severos a nivel bucal, aportando a la pérdida dental desde personas jóvenes hasta adultos mayores, lo cual conlleva a graves consecuencias en la salud de cada individuo como edentulismo parcial o total con todas sus consecuencias en el sistema estomatognático.
- El examen odontológico surge como otro de los diagnósticos de mayor frecuencia, situación que permite evidenciar errores en el registro debido a que no corresponde a un diagnóstico, sino a un tipo de consulta, generando preocupación por su alta frecuencia en el registro, ya que no es un indicativo real y se podría suponer que correspondería al diagnóstico de “Sano”; sin embargo, en cerca del 60% en ese mismo registro se encontraba como segundo o tercer diagnóstico alguna patología bucal, desvirtuando la información registrada.
- Las verrugas víricas ocupan un preocupante tercer y quinto lugar en los diagnósticos de mayor frecuencia en la ciudad durante los períodos estudiados, situación que amerita ser considerado como un problema de salud pública, al reconocer la relación documentada científicamente, entre la aparición de lesiones víricas asociadas al VPH y las lesiones oncogénicas bucales y peribucales.

- La variable sociodemográfica de sexo, evidenció que el género femenino es el que más acude a consulta odontológica, lo que sugiere que hay que mejorar las estrategias de educación, promoción en salud y prevención de la enfermedad, orientado al binomio madre –hijo, menores de edad y adolescentes, fundamentales en el momento de formar hábitos saludables. De igual manera, se debe tener en cuenta que el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas son factores influyentes en el control de los factores de riesgo.
- La finalidad de consulta más registrada entre el año 2015-2017 fue *no aplica*, que corresponde cuando el usuario acude a la institución de salud porque se siente enfermo o presenta alguna sintomatología; situación que refleja claramente la realidad actual, una modalidad netamente asistencialista, resolutive, en contravía de la filosofía enmarcada en la Ley 100 que aspiraba a ser más prevencionista, enmarcada en los diferentes programas preventivos previstos por la ley.
- En cuanto al registro consulta externa acorde con la tendencia asistencialista del sistema de salud, el ítem que más se registro fue enfermedad general en los tres años correspondientes, y se pudo evidenciar errores importantes en el registro de causa externa al encontrar valores anormalmente altos, en el ítem de accidente ofídico y sospechosamente bajos en Accidentes de Tránsito.

9. Recomendaciones

- Es importante mejorar la calidad del dato registrado por parte de los profesionales de la salud en odontología en Armenia, un registro coherente al diagnóstico de los usuarios que asisten a consulta por medio de los RIPS permiten complementar el análisis de situación de salud del municipio.
- Este trabajo es importante para establecer una línea epidemiológica de investigación, aporta al conocimiento, tanto municipal como departamental, porque no existe uno similar actualmente.
- Educar a los estudiantes de odontología con respecto al registro e importancia de un adecuado diligenciamiento de los RIPS.
- Continuar con el análisis para cada año de la situación actual en salud bucal del municipio de Armenia y el departamento del Quindío.
- Trabajo en equipo por parte de la facultad de odontología y la Secretaría de salud municipal para abordar las distintas líneas de investigación.

Bibliografía

- Alcaldía de Medellín. (2017). *Manual para el reporte de información del servicio de salud bucal. Conforme al Registro individual de prestación de servicios de salud (Rips)*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Baez-Quintero, L., Carlos-Botazzo, D., Nagata, E. M., & Pelim-Pessan, J. (2016). Concentración de flúor en cremas dentales y enjuagues bucales para niños vendidos en la ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Nacional de Odontología*, 12(23), 41-48.
- Borja, M. N. (2012). *Edentulismo y su incidencia en el conjunto de estructuras esquelético-musculares de la cavidad oral*. Portoviejo – Manabí - Ecuador: Universidad San Gregorio de Portoviejo.
- Cabrera, C., & otros. (1015). Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural. *International journal of odontostomatology*, 9(3), 341-348,.
- Carrasco-Loyola, M., Landauro-Sáenz, A., & Orejuela-Ramírez, F. (2015). Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(1), 27-35.
- Carvajal, P. (2016). Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 177-183.
- Díaz, N., Fernández González, C., & Núñez Franz, L. (2011). Determinantes de salud oral en población de 12 años. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 4(3), 17-121.
- Duarte, L. C. (2017). Verruga vulgar bucal, en comisura labial. *Odontología Vital*, 27, 23-28.

- Franco-Cortés, Á. M., Ramírez-Puerta, B. S., & Ochoa-Acosta, E. M. (2011). Frecuencia de consulta odontológica durante la primera infancia. *Revista Nacional de Odontología*, 9(16), 9-13.
- González, F., Carmona, L., & Díaz, A. (2010). Percepción de ingesta de flúor a través del cepillado dental en niños colombianos. *Rev Cubana Estomatol*, 47(3), 266-275.
- Lora-Salgado, I. M., & otros, y. (2018). Conocimiento, actitudes y experiencia respecto a trauma dental en estudiantes de odontología en Cartagena Colombia. *14*(26).
- Martínez, A., Baldiris, R., & Díaz, A. (2012). Papiloma bucal producido por VPH y su relación con carcinoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(2), 144-145.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Decreto Número 4747 de 2007*. Bogotá: El Ministerio.
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución Número 8430 de 1993 . Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: El Ministerio .
- Ministerio de Salud. (2014). *ABECÉ sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal*. Bogotá: El Ministerio.
- Ministerio de Salud Pública. (2000). *Resolución 3374 de 2000*. Bogotá: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Lineamientos 2014. Para la prevención, vigilancia y control en salud pública. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 19(5).
- Minsalud. (2012). *Estudio Nacional de Salud bucal (ENSab IV)*. . Bogotá: El Ministerio.
- OPS. (2007). *Análisis y formulación de conjuntos de prestaciones de atención para enfermedades respiratorias de carácter epidémico*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

- OTIC. (2019). *Lineamiento técnico para el registro de los datos del registro individual de las prestaciones de salud-RIPS, desde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Pardo, F. F., & Hernández, L. J. (2018). Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 258-264.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*, 83(9), 661-669.
- Pineda, B. d. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Univ Odontol*, 31(66), 97-102.
- Seara, S., Cantarini, L., S., ..., Coscarelli, N., Mosconi, E., & Albarracin, S. (2011). La salud bucal en poblaciones con alto riesgo de enfermedad. *XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria* (págs. 1-9). Santa Fe, Argentina: Facultad de Odontología – UNLP.
- Suárez, E., & Velosa, J. (2013). Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia. *Universitas Odontológica*, 32(68), 117-124.
- Tantas, S. I. (2017). *Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*, . Lima, Perú: Unversidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, XXXIII(1), 11-14.

CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD BUCAL DE PERSONAS QUE ACUDIERON A CENTROS ASISTENCIALES EN IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS EN LA CIUDAD DE ARMENIA, DURANTE EL PERIODO 2015-2017

Cristian Camilo Medina Herrera *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Daniela Andrea Correa León *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Maria Alejandra Rivera Valencia *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Angelica Maria Ospina Orozco *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Anyi Carolina Olaya Castro *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Hernán Darío Gómez Ramos *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Humberto Reyes Camero *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Ana Carolina Reyes Gallego *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Paola Andrea Londoño Marín *Universidad Antonio Nariño, Armenia, Colombia.

Introducción

En Colombia, durante el año 2000, con el fin

Salud, RIPS, encargados de proveer los datos mínimos y básicos del paciente que asiste a consulta, independiente del régimen de

Resumen

Introducción: En Colombia, durante el año 2000, con el fin de facilitar la relación entre los prestadores y los encargados del pago de los servicios prestados, se crearon los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, encargados de proveer los datos mínimos y básicos del paciente que asiste a consulta, independiente del régimen de salud al que esté afiliado el usuario.

Objetivo: El objetivo de esta investigación fue identificar la morbilidad en salud bucal de las personas que acudieron a centros asistenciales en Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, IPS, públicas y privadas de la ciudad de Armenia, generados durante el periodo 2015 – 2017.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. En su totalidad fueron analizados 417.512 datos suministrados por la alcaldía municipal de Armenia, se tomaron en cuenta variables como: grupos de edad, sexo, zona, diagnóstico principal, diagnóstico I, diagnóstico II, diagnóstico III, finalidad, causa externa, tipo de consulta, departamento de procedencia.

Resultados: En el año 2017, el sexo con de mayor frecuencia fue el de las mujeres en un 53,3%, con respecto al grupo de edad de mayor frecuencia para los tres años estaba entre 27 a 59 años. La EPS con mayor afiliación para el año 2015 fue Cafesalud E.P.S., en un 24,8%, el departamento o región de procedencia de mayor consulta fue el Quindío, ocupando 96,9% en el 2015. La zona urbana fue la que predominó en los años 2015, 2016 y 2017, La finalidad de la consulta con la opción no aplica fue mayor para el año 2016 con el 92,6%. La Causa externa por enfermedad general fue la

Abstract

Introduction: in Colombian, during the year 2000 in order to facilitate the relationship between providers and those in charge of paying the services provide, the individual registries of provision of health services, RIPS, were created, in charge of providing the minimum and basic data of the patient attending the consultation, regardless of the health regime to which the user is affiliated.

objective: The objective of this research was to identify the morbidity in oral health of people who attended care centers in Health Service Providers, IPS, public and private institutions in the city of Armenia, generated during the period 2015 – 2017.

Methodology: A quantitative, observational, descriptive, retrospective cross-sectional study was conducted. In its entirety 417,512 data provided by the Armenian municipal mayor, variables such as: age groups, sex, zone, main diagnosis, diagnosis I, diagnosis II, diagnosis III, purpose, external cause, type were taken into account consultation department, department of provenance.

Results: In 2017, the sex most often was that of women in 53.3%, compared to the most frequent age group for the three years was between 27 and 59 years. The EPS with the highest affiliation for 2015 was Cafesalud E.P.S., at 24.8%, the department or region of highest consultation was Quindío, occupying 96.9% in 2015. The urban area was the one that dominated in the years 2015, 2016 and 2017; the purpose of the consultation with the option did not apply for the year 2016 with 92.6%. The external cause of general illness was the most common in the three years.

Conclusions: Viral warts rank third and fifth in the most frequent diagnoses in the city during the periods studied, the dental examination emerges as another of the most frequent diagnoses, evidence of errors in the registry because it does not correspond to a diagnosis.

Keywords: morbidity, prevalence, oral health, diagnosis, EPS, IPS, RIPS

de facilitar la relación entre los prestadores y los encargados del pago de los servicios prestados, se crearon los Registros Individuales de Prestación de Servicios de

salud al que esté afiliado el usuario.

Estos registros son para el seguimiento y mejor funcionamiento del

Sistema de Seguridad Social en Salud y fueron creados con el fin de evaluar cada uno de los programas y estrategias planteadas a cumplir. Sin embargo, el registro inadecuado de los datos promueve al mejoramiento en el ingreso de la información por parte del profesional, que es de gran importancia para las acciones pertinentes y oportunas en el momento de la toma de decisiones.

Por lo tanto, estos registros son fundamentales en el proceso de control para el ministerio de salud como ente regulador, y por parte de las EPS para evaluar la gestión del riesgo y de las IPS para su gestión y sostenibilidad. (1)

El Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2007), tiene por objeto Regular algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones Y determina, entre otras normas, que el envío de los datos RIPS es de obligatorio cumplimiento, para que el Ministerio revise, ajuste y actualice el anexo técnico como se encuentra plasmado en este Decreto, especialmente en su Artículo 20.

Registro Individual de Prestaciones de Salud

– RIPS. El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS. (2)

El análisis epidemiológico de estos datos específicos de salud oral, es el inicio de un proyecto que genera a corto, mediano y largo plazo un impacto positivo sobre la salud de la población de Armenia, como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003, al registrar que por su alta frecuencia, las enfermedades bucales son un problema prioritario en salud pública, no solo por su alta frecuencia, sino por las implicaciones que representan para la salud en general de las personas (3).

Metodos

Diseño del estudio: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Descripción del procedimiento:

Inicialmente, se firmó un acuerdo de confidencialidad para garantizar la privacidad de los datos contenidos en los RIPS proporcionados por la Alcaldía municipal de Armenia, mediante la Secretaría de Salud, a partir de los registros realizados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que correspondían a 417.512 datos, luego se filtró la información obtenida de Excel y con ella se realizó el respectivo análisis; posteriormente se realizó el análisis estadístico por medio del programa *Epiinfo* aplicando las respectivas pruebas estadísticas de acuerdo con la naturaleza de la variable y a los objetivos del estudio.

Criterios de elegibilidad:**Criterios de inclusión:**

- Bases de datos correspondientes a los años 2015, 2016 y 2017 con diagnósticos del CIE 10 de odontología.
- Primera consulta del año para cada periodo.
- Campos vacíos para observar la cantidad de registros sin dato o erróneos de los pacientes que asistieron a consulta en las diferentes

IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, Quindío.

- Pacientes con procedencia de todo el territorio nacional.

Criterios de exclusión:

- Diagnósticos del CIE 10 diferentes a Odontología.
- Datos correspondientes a un año diferente al de consulta.
- Datos repetidos, posteriores a la primera consulta de Odontología.

Resultados**Caracterización Sociodemográfica de los pacientes del estudio**

En el presente estudio se observaron 3.145.044 datos de consultas realizadas en la ciudad de Armenia, Quindío, durante el periodo 2015 – 2017; de los cuales 417.512 pertenecían al área de Odontología, 13%; y 2.727.532 a otras áreas de la salud, 87%

restante. Ver figura 1.

quedando en firme para realizar el análisis 167.059 consultas, de las cuales, para el año 2015, se tuvieron en cuenta 51.766; en el 2016, 48.333 y en el 2017, 66.960.

De los datos correspondientes a consultas de odontología, fueron excluidos 250.453 que no

cumplían con los criterios de inclusión,



Figura 1. Distribución porcentual de las consultas realizadas en IPS públicas y privadas en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017.

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual de los aspectos sociodemográficos de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia, Quindío durante el periodo 2015 – 2017

		2015	2016	2017
		n(%)	n(%)	n(%)
Sexo	Sin dato	51.766(100)	48.333(100)	6.650(9,9)
	Hombre	0(0,0)	0(0,0)	24.592(36,7)
	Mujer	0(0,0)	0(0,0)	35.718(53,3)
Grupos de edad	0 a 5 años	5.119(9,9)	5.411(11,2)	6.204(9,3)
	6 a 11 años	5.873(11,3)	5.065(10,5)	6.682(10)
	12 a 18 años	6.660(12,9)	5.761(11,9)	7.301(10,9)
	19 a 26 años	6.880(13,3)	6.014(12,4)	8.652(12,9)
	27 a 59 años	21.900(42,3)	20.037(41,5)	29.302(43,8)
	60 años y más	5.334(10,3)	6.045(12,5)	8.819(13,2)
	Sin dato	1.139(2,2)	1.645(3,4)	477(0,7)
	Cafesalud E.P.S. S.A	12.828(24,8)	8.296(17,2)	14.801(22,1)
	Asociación Mutual la Esperanza Asmet Salud ESS	7.664(14,8)	11.183(23,1)	9.478(14,2)

EPS	NUEVA EPS SA	4.280(8,3)	6.814(14,1)	8.346(12,5)
	Cooameva E.P.S. S.A.	3.873(7,5)	2.705(5,6)	6.151(9,2)
	SALUD VIDA S.A. E.P.S.	1.677(3,2)	1.627(3,4)	874(1,3)
	EPS SURA	33(0,1)	3.866(8)	7.794(11,6)
	Otras EPS	20.272(39,1)	12.197(25,2)	19.039(28,4)
	Error de digitación	0(0,0)	1(0,0)	647(1)
Departamento o región de Procedencia	Sin dato	956(1,8)	1.409(2,9)	0(0,0)
	Quindío	50.157(96,9)	43.525(90,1)	62.038(92,6)
	Región Andina	406(0,8)	1.888(3,9)	2.935(4,4)
	Región Caribe	17(0,0)	24(0,1)	58(0,1)
	Región Pacífico	185(0,4)	1.461(3)	1.234(1,8)
	Región la Orinoquía	30(0,1)	16(0,0)	30(0,1)
Zona	Región la Amazonía	15(0,0)	9(0,0)	18(0,0)
	Error de digitación	0(0,0)	1(0,0)	0(0,0)
	Sin dato	956(1,8)	1.408(2,9)	0(0,0)
	Rural	602(1,2)	3.180(6,6)	1.763(2,6)
	Urbana	50.208(97)	43.744(90,5)	65.197(97,4)

En la Tabla 1 se presenta la distribución del sexo (a excepción de los años 2015 y 2016), grupos de edad, EPS, departamento o región de procedencia y zona durante los años 2015, 2016 y 2017. Durante el año 2017, el sexo con mayor frecuencia fue el de las mujeres en un 53,3%. El grupo de edad de mayor frecuencia para los tres años estaba entre 27 a 59 años durante el año 2015, 2016 y 2017, correspondiente a 42,3%, 41,5% y 43,8%, respectivamente. La EPS con

mayor afiliación para el año 2015 fue Cafesalud E.P.S. S.A, con 24,8%; para el año 2016, la Asociación Mutua La Esperanza Asmet Salud ESS, con 23,1% y para el 2017, Cafesalud E.P.S. S.A. con 22,1%. El departamento o región de procedencia de mayor consulta fue el Quindío, ocupando 96,9% en el 2015; 90,1%, en el 2016 y 92,6%, en el 2017. La zona urbana fue la que predominó en los años 2015, 2016 y 2017 con 97%, 90,5% y 97,4% respectivamente.

Principales Diagnosticos odontológicos en el periodo 2015-2017

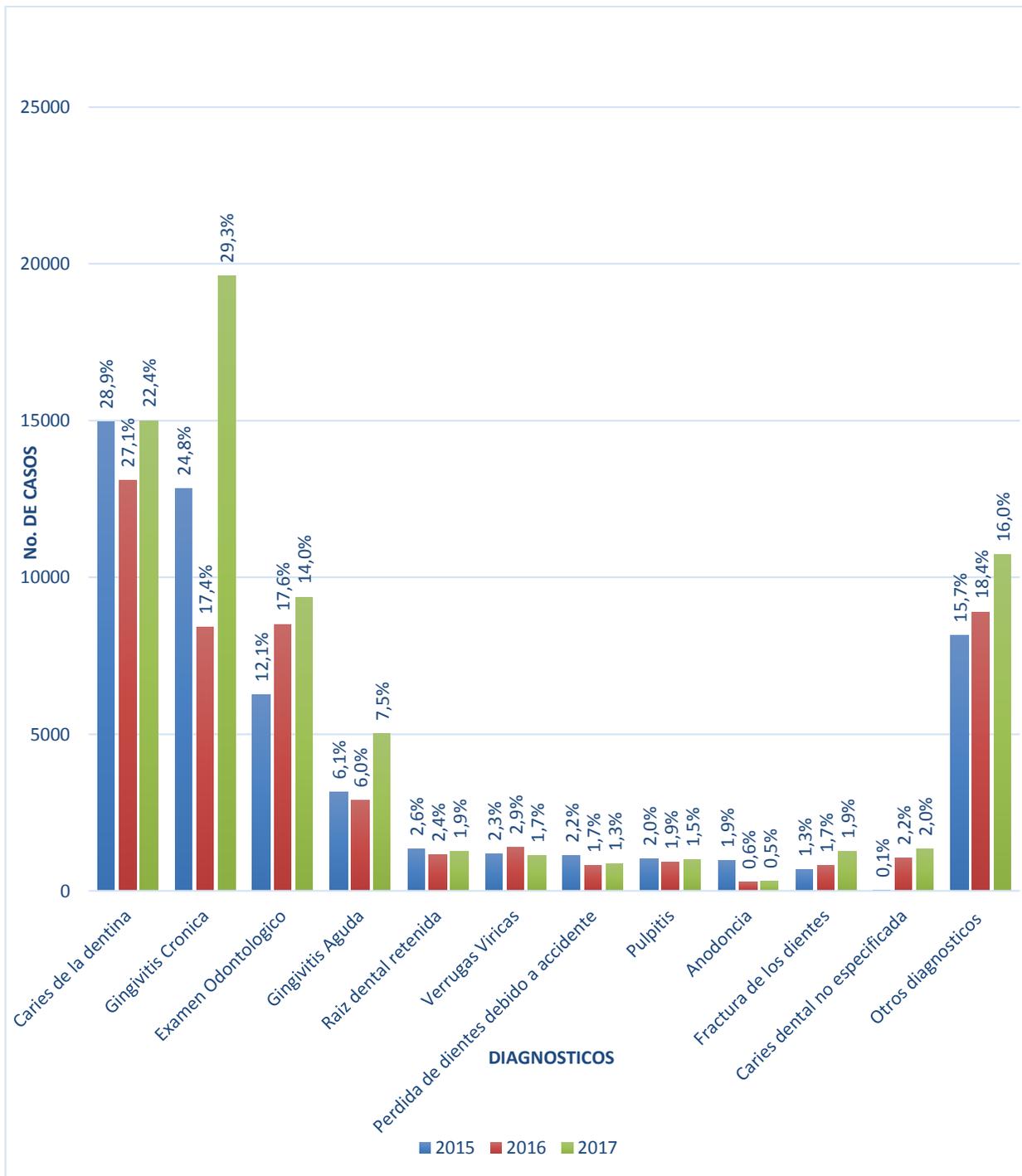


Fig 2. Distribución porcentual de los principales diagnósticos odontológicos en la ciudad de Armenia, Quindío en el periodo 2015-2017

La caries de la dentina fue el diagnóstico de mayor frecuencia durante los años 2015 y 2016, con una ocurrencia del 28,9% y 27,1%,

respectivamente. Caso contrario para el año 2017 donde el diagnóstico principal con de mayor frecuencia fue la Gingivitis Crónica en

el 29,3% de los casos.

Finalidad de consulta

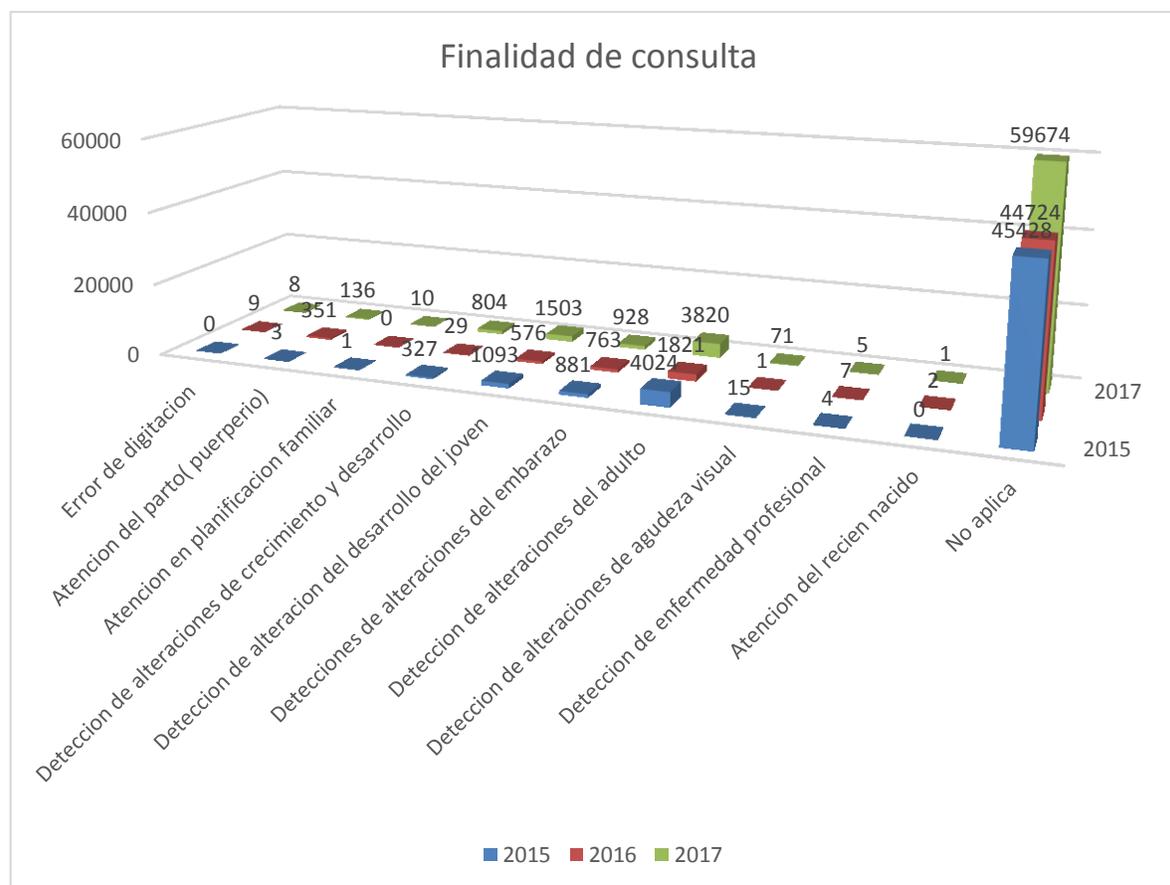


Fig. 3. Distribución absoluta de la finalidad de la consulta de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia-Quindío en el periodo 2015-2017

La finalidad de la consulta no aplica fue la que más se presentó para los años 2015 en el 87,5%; 2016, 92,6% y para el año 2017, 89,1%.

Causa externa

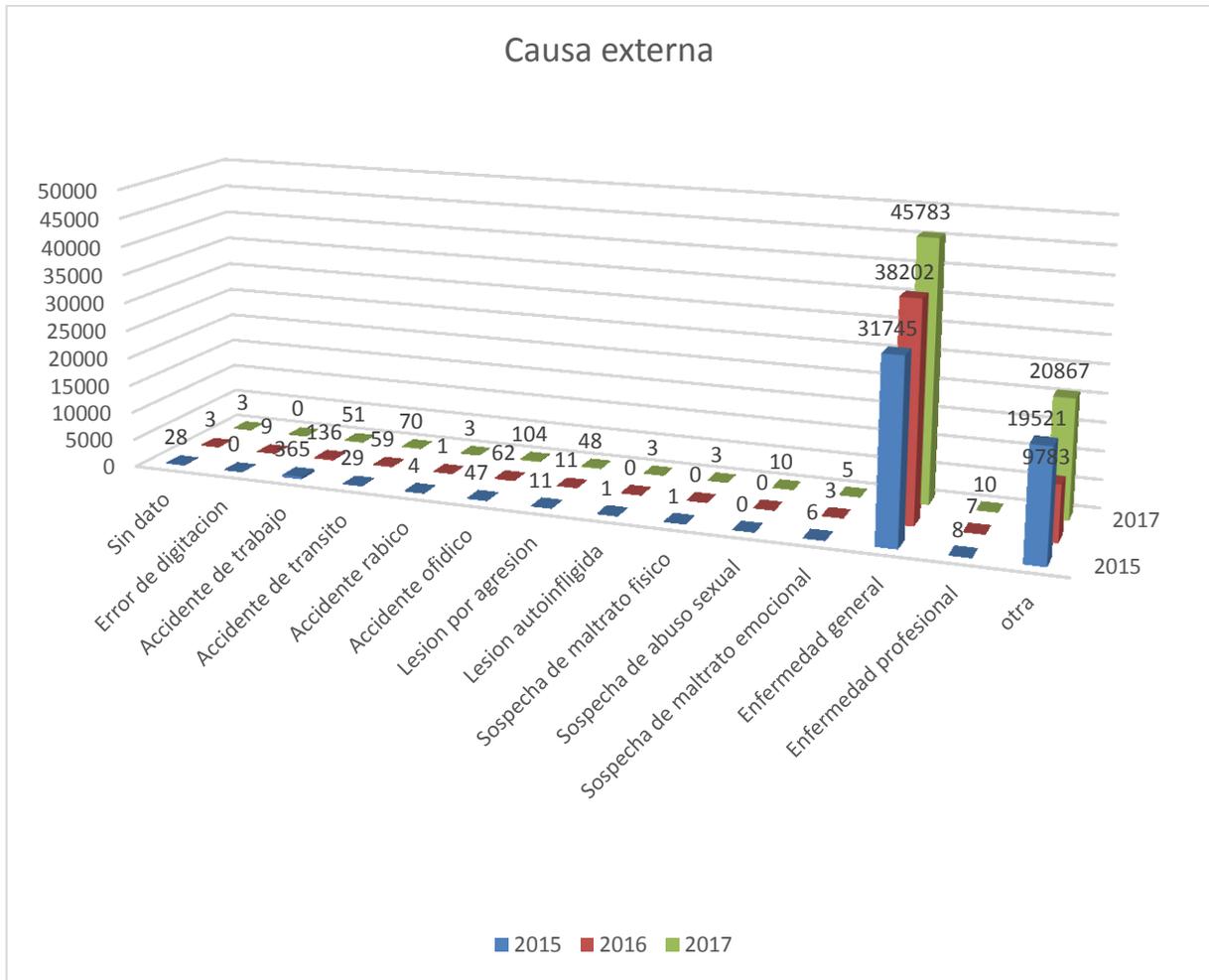


Fig.4. Distribución absoluta de la causa externa de los pacientes atendidos en la ciudad de Armenia-Quindío en el periodo 2015-2017

La causa externa por enfermedad general fue la de mayor frecuencia en los años 2015, 2016 y 2017, en un 61,3%, 79% y 68,4% respectivamente.

Discusión

Los RIPS son fuente de información importante en salud, de la que se pueden valer los diferentes actores del Sistema de Salud en Colombia para la planeación y ejecución de estrategias de salud y/o para la verificación de la ejecución de los mismos, y su impacto en las comunidades intervenidas. Sin embargo, la inconsistencia, incoherencia y duplicidad en el diligenciamiento de los mismos por parte de las entidades obligadas a reportar como: IPS, Profesionales Independientes, grupos de práctica profesional, EAPB y demás instituciones son fuente de constante preocupación a las diferentes organizaciones que señalan estos errores.

Un buen ejemplo de ello está reportado (OTIC, 2019), en el Manual para el reporte de información del servicio de salud bucal (4). De la misma manera, la Organización Panamericana de la Salud, en el 2007, reconoce como más fiable la Encuesta Nacional de Demografía en Salud, realizada por Profamilia en el 2005, que los RIPS generados ese mismo año respecto a estadísticas de IRA en Bogotá. En el análisis y formulación de conjuntos de prestaciones de atención para enfermedades respiratorias de carácter epidémico (5).

En el presente estudio se evidenció una problemática en lo referido a la confiabilidad, al excluir 250.453 datos, correspondientes al 59,98%, que no cumplían con los requisitos mínimos necesarios como: datos correspondientes a un año diferente al de

consulta, datos repetidos posteriores a la primera consulta de odontología o con diagnósticos del CIE 10 diferentes a odontología, motivo de nuestro estudio, mostrando errores de digitación y registro por parte del personal que pertenece a centros que prestan un servicio en salud, causando gran preocupación, ya que los RIPS son una fuente de información indispensable que permite conocer el estado de salud en Colombia. Por esta razón, se utilizaron para el análisis 167.059 registros de consultas que cumplían con los requisitos de inclusión, con las cuales se trabajó para contribuir en la construcción de perfiles epidemiológicos y sociodemográficos en la ciudad de Armenia.

Aspectos sociodemográficos

Se encontró que los hombres que consultaron por primera vez en la ciudad de Armenia, en el año 2017, fueron 36,7%, mientras que en las mujeres aumentó a un 53,3%, según el ENSAB IV, lo cual mostró que la totalidad de la población está distribuida en el 48.74% de hombres y el 51.26% de mujeres ENSAB IV. Al comparar estas evidencias, se deduce que las mujeres visitan más al odontólogo para recibir los tratamientos adecuados.

Al mismo tiempo, en los grupos de edad, cabe resaltar que en el país se toma como prioridad a los niños y niñas que se encuentran en las edades entre de 0-5 años de edad frecuencia de consulta

odontológica durante la primera infancia (6).

Aspectos Epidemiológicos

Respecto a las primeras causas de morbilidad en salud bucal en la ciudad de Armenia, se encontró que la caries de la dentina ocupa el primer lugar en los años 2015 y 2016 con un 28,9% y 27,1% respectivamente. En segundo lugar, en el año 2015, se encuentra gingivitis crónica con un 24,8% y en el año 2016 examen odontológico, 17,6%; mientras que en el año 2017 aparece con de mayor frecuencia la gingivitis crónica, 29,3% y caries de la dentina en segundo lugar, 22,4%. Por otro lado, en el 2015, se encuentran gingivitis aguda, raíz dental retenida, pérdida de dientes, pulpitis, anodoncia, fracturas de los dientes, verrugas víricas, examen odontológico y otros diagnósticos. Las mismas patologías se observaron en los años 2016 y 2017 a excepción de anodoncia, encontrando en su lugar caries dental no especificada.

Todos estos valores porcentuales son similares y comparables a los reportados en el ASIS Departamental y en el ENSAB IV, con algunas excepciones importantes, señaladas a continuación:

De acuerdo con lo anterior, el Examen Odontológico no corresponde a un diagnóstico, ya que al revisar el CIE 10 se registra como consulta odontológica por primera vez y no como

diagnóstico de paciente sano; contrario a los resultados obtenidos donde aparece con altos porcentajes de frecuencia en las primeras causas de consulta odontológica en los tres años mencionados, generando un interrogante sobre la forma en la que los funcionarios de la salud interpretan esta información, lo cual se puede conjeturar que existen errores en el diligenciamiento y falta de capacitación para el personal encargado de estos registros.

Verrugas Víricas

Otro de los diagnósticos de mayor frecuencia encontrados en los RIPS, diferente a los reportados en los dos principales referentes (ASIS Dptal -ENSAB IV) son las verrugas víricas ocupando un tercer, quinto y quinto lugar en los años correspondientes, ubicándose entre las 10 patologías de mayor frecuencias que generan una gran controversia, ya que tienen una gran incidencia en la población de Armenia, como se evidencia en este estudio, con un 2,3% del año 2015; 2,9% del año 2016 y el 1,7%, en el año 2017, y que corresponden efectivamente al porcentaje de población que asistió a consulta odontológica y fue diagnosticado con esta patología provenientes del virus del papiloma humano VPH. Una patología presente tanto en niños como en adultos y con manifestaciones a nivel de mucosas en cualquier parte del cuerpo, que puede llegar a afectar la calidad de vida del

individuo.

Al comparar los resultados de este estudio con lo reportado por Duarte, (7) que encontró que el virus del papiloma humano manifestado en boca es poco común, y su relación epidemiológica es escasa. En este estudio se encontró que esta patología fue diagnosticada en

1.420 personas por medicina especializada, y en un número similar diagnosticado por los odontólogos, valores completamente distintos a los reportados por el ENSAB IV y ASIS del Quindío, que nunca figuraron entre las 10 primeras causas de morbilidad.

Conclusión

- Se debe reconocer que la caries sigue siendo la patología más prevalente en la ciudad de Armenia, al igual que en todo el país, y que se inicia desde etapas de vida temprana aumentando significativamente con la edad.
- De igual manera, la gingivitis, aunque avanza lentamente, trae consigo efectos severos a nivel bucal, aportando a la pérdida dental desde personas jóvenes hasta adultos mayores, lo cual conlleva a graves consecuencias en la salud de cada individuo como edentulismo parcial o total con todas sus consecuencias en el sistema estomatognático.
- El examen odontológico surge como otro de los

diagnósticos de mayor frecuencia, situación que permite evidenciar errores en el registro debido a que no corresponde a un diagnóstico, sino a un tipo de consulta, generando preocupación por su alta frecuencia en el registro, ya que no es un indicativo real y se podría suponer que correspondería al diagnóstico de “Sano”; sin embargo, en cerca del 60% en ese mismo registro se encontraba como segundo o tercer diagnóstico alguna patología bucal, desvirtuando la información registrada.

- Las verrugas víricas ocupan un preocupante tercer y quinto lugar en los diagnósticos de mayor frecuencia en la ciudad durante los períodos estudiados, situación que amerita ser considerado como un problema de salud pública, al reconocer la relación documentada científicamente, entre la aparición de lesiones víricas asociadas al VPH y las lesiones oncogénicas bucales y peribucales.
- La variable sociodemográfica de sexo, evidenció que el género femenino es el que más acude a consulta odontológica, lo que sugiere que hay que mejorar las estrategias de educación, promoción en salud y prevención de la enfermedad, orientado al binomio madre –hijo, menores de edad y adolescentes, fundamentales en el momento de formar hábitos saludables. De igual manera, se debe tener en cuenta que el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas son factores influyentes en el control de los factores de riesgo.
- La finalidad de consulta más registrada entre el año 2015-2017 fue *no aplica*, que corresponde

cuando el usuario acude a la institución de salud porque se siente enfermo o presenta alguna sintomatología; situación que refleja claramente la realidad actual, una modalidad netamente asistencialista, resolutive, en contravía de la filosofía enmarcada en la Ley 100 que aspiraba a ser más prevencionista, enmarcada en los diferentes programas preventivos previstos por la ley.

la tendencia asistencialista del sistema de salud, el ítem que más se registro fue enfermedad general en los tres años correspondientes, y se pudo evidenciar errores importantes en el registro de causa externa al encontrar valores anormalmente altos, en el ítem de accidente ofídico y sospechosamente bajos en Accidentes de Tránsito.

- En cuanto al registro consulta externa acorde con

Referencias bibliográficas

1. OTIC. (2019). *Lineamiento técnico para el registro de los datos del registro individual de las prestaciones de salud-RIPS, desde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Ministerio de la Protección Social. (2007). *Decreto Número 4747 de 2007*. Bogotá: El Ministerio.
3. Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*, 83(9), 661- 669.
4. Alcaldía de Medellín. (2017). *Manual para el reporte de información del servicio de salud bucal. Conforme al Registro individual de prestación de servicios de salud (Rips)*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
5. OPS. (2007). *Análisis y formulación de conjuntos de prestaciones de atención para enfermedades respiratorias de carácter epidémico*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
6. Franco-Cortés, Á. M., Ramírez-Puerta, B. S., & Ochoa-Acosta, E. M. (2011). Frecuencia de consulta odontológica durante la primera infancia. *Revista Nacional de Odontología*, 9(16), 9-13.
7. Duarte, L. C. (2017). Verruga vulgar bucal, en comisura labial. *Odontología Vital*, 27, 23-28.