



Fotografía ganadora en la 8.ª Conferencia Científica de Epidemiología de las Américas 2014. Autor: Natalia Muñoz

Caracterización de la salud bucal mediante el análisis de fuentes secundarias de información,  
Colombia 2010-2011.....86



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



**Ministro de Salud y Protección Social**

Alejandro Gaviria Uribe

**Dirección de Epidemiología y Demografía**

Martha Lucía Ospina Martínez

**Director General, Instituto Nacional de Salud**

Fernando Pio de la Hoz Restrepo

**Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública**

Máncel Enrique Martínez Durán

**Comité Editorial**

Oscar Eduardo Pacheco García

Andrea Patricia Villalobos Rodríguez

Ivonne Natalia Solarte Agredo

Jacqueline Espinosa Martínez

Liliana Castillo Rodríguez

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Vilma Fabiola Izquierdo

Natalia Muñoz Guerrero

Milena Rodríguez

Máncel Martínez Ramos

Angélica María Olaya Murillo

**Edición y corrección de estilo**

Angélica María Olaya Murillo

**Diseño y Diagramación**

Claudia P. Clavijo A.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

**Instituto Nacional de Salud**

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382 y 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

**Cita sugerida:**

Lineamientos 2014 para la prevención, vigilancia y control en salud pública;19 (5): 62-84.

## Caracterización de la salud bucal mediante el análisis de fuentes secundarias de información, Colombia 2010-2011

Sandra Patricia Misnaza Castrillón<sup>1</sup>

### Resumen

**Introducción:** las enfermedades bucodentales son un problema de salud de impacto mundial que causan dolor e incapacidad y que afectan en especial a las comunidades más vulnerables [1,2].

**Propósito:** describir la magnitud de los principales problemas bucodentales a partir de las fuentes secundarias de información existentes en Colombia.

**Métodos:** análisis descriptivo de fuentes secundarias de información (encuestas nacionales, documentos técnicos, registros de prestación de servicios y bases de datos de vigilancia en salud pública), en términos de tiempo, persona y lugar de caries dental, enfermedad periodontal y labio leporino y paladar fisurado.

**Resultados:** la caries fue la afección dental que se presentó con mayor prevalencia y proporción en las encuestas nacionales de acuerdo con los datos de atención en Colombia; se produjo más en el sexo femenino y con una tendencia al incremento conforme aumenta la edad de las personas.

Las fases menos severas de la enfermedad periodontal superaron el 90% en las encuestas nacionales y se presentaron en mayor proporción en el sexo femenino (57,39%).

El labio leporino y paladar fisurado expuso las mismas prevalencias en las dos encuestas nacionales (0,2%) y fue mayor para el sexo masculino.

**Conclusión:** las fuentes secundarias de información actuales en Colombia para salud bucal brindan un panorama general del comportamiento de los eventos priorizados en términos de persona, tiempo y lugar;

sin embargo, existen limitaciones tales como la actualización de las encuestas nacionales y demás documentos técnicos o como la oportunidad de la información resultante de registros de prestación de servicios y de vigilancia en salud pública.

**Palabras clave:** salud bucal, encuestas, vigilancia.

<sup>1</sup> Referente de vigilancia en salud bucal, Grupo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Instituto Nacional de Salud.

## Introducción

La salud bucal es un concepto que con el pasar del tiempo ha trascendido la salud dental, puesto que:

Es una parte esencial de la vida cotidiana. Una buena salud bucal aumenta la capacidad de hablar, sonreír, oler, gustar, tocar, masticar, tragar y transmitir sentimientos y emociones a través de expresiones faciales. Sin embargo, las enfermedades bucales, que van desde la caries hasta el cáncer oral, causan dolor e incapacidad [1].

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial; se estima que cinco mil millones de personas en el planeta sufrieron caries dental para el 2004 [2].

En Colombia las fuentes de información para salud bucal son variadas, existen datos publicados de tres encuestas poblacionales y documentos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), adicionalmente se encuentra la información rutinaria de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) e información de la vigilancia en salud pública.

Teniendo en cuenta lo anterior, el propósito fue describir la magnitud de los principales problemas bucodentales a partir de las fuentes secundarias de información existentes en Colombia.

## Métodos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de fuentes secundarias de información: Estudio Nacional de Morbilidad Oral 1977-1980 [3], Encuesta Nacional en Salud Bucal (ENSAB) III [4], RIPS del 2010 reportados al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) [5], documento técnico del MSPS: *Informe línea de base 2010-2011 para el seguimiento a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010* [6] y bases de datos del Instituto Nacional de Salud, producto de la vigilancia de anomalías congénitas 2010-2011.

La población objeto estuvo constituida por los registros encontrados en las fuentes de RIPS 2010 y bases de anomalías congénitas 2010-2011. Los datos de las encuestas y el informe de línea de base correspondieron a documentos publicados por el MSPS.

Fueron priorizados según magnitud: caries dental [4,7], enfermedad periodontal [4,7] y labio leporino y paladar fisurado [4]. Los datos fueron analizados en tiempo, lugar y persona.

El análisis de lugar se desarrolló: para las encuestas nacionales por regiones, para los RIPS y para la línea de base por departamento y distrito capital, y para la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) por departamentos y distritos.

El análisis de los RIPS se efectuó con base en los códigos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10.<sup>a</sup> versión: K020 – K029, K050 – K056 y Q350 – Q386 [8].

El documento técnico de la línea de base de caries dental trabajó un índice COP modificado con criterios de la International Caries Detection and Assessment System (ICDAS), de tal forma que fueron evaluados los criterios de: diente sano, caries no cavitacional, caries cavitacional, obturado por caries, perdido por caries, no presente por otra razón. Los resultados se presentan por índice COP-D tradicional (cariados, obturados y perdidos por caries) y modificado.

## Consideraciones éticas

El análisis de esta información es considerado por la normatividad colombiana [9] como de bajo riesgo. Este estudio contempló los principios metodológicos para salvaguardar el interés de la ciencia y el respeto por los derechos de las personas. Las bases de RIPS no contenían información de identificación de los individuos; en los procedimientos realizados no se intervino a ninguna persona, por lo tanto no incurre en ninguna falta bioética al ser humano y no se violó el derecho de privacidad.

Los resultados de este informe apoyarán la caracterización en salud bucal en Colombia, ofreciendo información para la toma de decisiones sobre fuentes de información y magnitud de eventos bucodentales.

## Resultados

### 1. Caries dental

#### 1.1. Estudio Nacional de Morbilidad Oral 1977-1980

El 96,7% de la población Colombiana presentó historia de caries dental, la prevalencia de esta en dentición permanente mostró un aumento según la edad: del 14,1% en el grupo de edad entre los 5 y 14 años, del 33,4% entre los 15 y 19 años y, con el valor más alto, del 82,8% en los mayores de 65 años. La prevalencia de caries fue mayor en mujeres (47%) que en hombres (37,8%).

La mayor prevalencia se presentó en Bogotá (47,2%), seguida de la región Oriental (46,8%) y central (43,60%).

#### 1.2 Encuesta Nacional en Salud Bucal (ENSAB) III 1998

El 60,4% de los niños de 5 años presentó historia de caries en la dentición temporal, el 73,8% a los 7 años y se observa una disminución del 13% a los 12 años; la prevalencia de caries en esta dentición fue de 45,7%, y el índice ceo-d fue de 3,0 a los 5 años, con un promedio de dientes temporales sanos de 16,3% a la misma edad. La historia de caries fue de 71,9% a los 12 años y de 89,5% en la adolescencia (15 a 19 años).

La prevalencia de caries para dentición permanente fue de 65,3%; a los 12 años la prevalencia fue del 57% y se alcanzó el máximo valor (76,0%) en el grupo de 30 a 34 años. Al confrontar la historia de caries con la prevalencia de la enfermedad se observa una relación de 3:2.

La prevalencia de caries en dentición temporal fue mayor en hombres (47,4%) que en mujeres (44%), y en dentición permanente el comportamiento fue diferente, 32,2% en hombres y 37% en mujeres.

La mayor prevalencia se presentó para dentición temporal en la región Oriental (54,9%), seguida de la región Atlántica (43,4%). Para dentición permanente, la mayor prevalencia se presentó en la región Occidental (63,7%), seguida de la región Central (43,9%).

#### 1.3 Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) 2010

De 17769075 personas atendidas y registradas en 2010, el 9,25% correspondió a atenciones con códigos K020 a K029 (n=1 644 283).

La caries dental se presentó en mayor proporción en personas entre 19 y 44 años (4,25%), seguida de niños entre los 5 y 14 años (2%) y de 1 a 4 años (0,59%). Este grupo de patologías fue más frecuente en el sexo femenino (5,39%).

El tipo de caries que se presentó en mayor proporción con respecto a todas las caries fue la caries de dentina, seguida de la caries dental no especificada (81,58% y 1,14% respectivamente), lo cual correspondió al 7,54% y 1,05% del total de personas reportadas en 2010.

Vichada, Guainía, Casanare y Guaviare fueron los departamentos que atendieron la mayor proporción de personas con diagnósticos de caries dental. La distribución de los diagnósticos en los 10 primeros departamentos se observa en la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución porcentual de personas atendidas por caries dental por departamentos fuente RIPS, Colombia, 2010**

Departamento	Caries limitada al esmalte	Caries de la dentina	Caries del cemento	Caries dentaria detenida	Odontoclasia	Otras caries dentales	Caries dental, no especificada	Total 2010
Vichada	3,80	25,05	,24	,12	,00	,05	,08	29,17
Guainía	,27	14,88	,07	,07	,02	,00	1,20	15,96
Casanare	1,76	13,03	,02	,76	,00	1,33	,66	15,80
Guaviare	2,09	10,56	,23	,01	,00	5,13	,05	15,08
Cauca	1,02	10,90	,07	,12	,00	,16	1,95	13,72
Arauca	,37	12,08	,26	,06	,00	,01	,93	13,41
Cundinamarca	,71	10,62	,32	,12	,01	,34	1,90	12,52
Meta	,59	9,44	,13	,04	,00	,22	3,06	12,29
La Guajira	3,36	5,46	,13	2,64	,00	,12	1,36	11,96
Bogotá, D.C.	,43	9,94	,13	,04	,00	,57	1,44	11,58

\* Los denominadores fueron la totalidad de personas atendidas por departamento  
Fuente: Sispro 2010

#### 1.4 Línea de base 2010-2011

El 30% de los reportes correspondió a la edad de 12 años, seguido de los reportes de personas de 25 años (27%); el menor reporte correspondió a adultos de 65 años. Se presentaron más reportes en el sexo masculino que en el femenino (58% y 42% respectivamente).

El promedio de dientes con caries cavitacional fue mayor en hombres de 35 años (4,05) y en mujeres del mismo grupo de edad (3,61). A los 12 años, el promedio en mujeres fue de 1,94 y en hombres de 1,81.

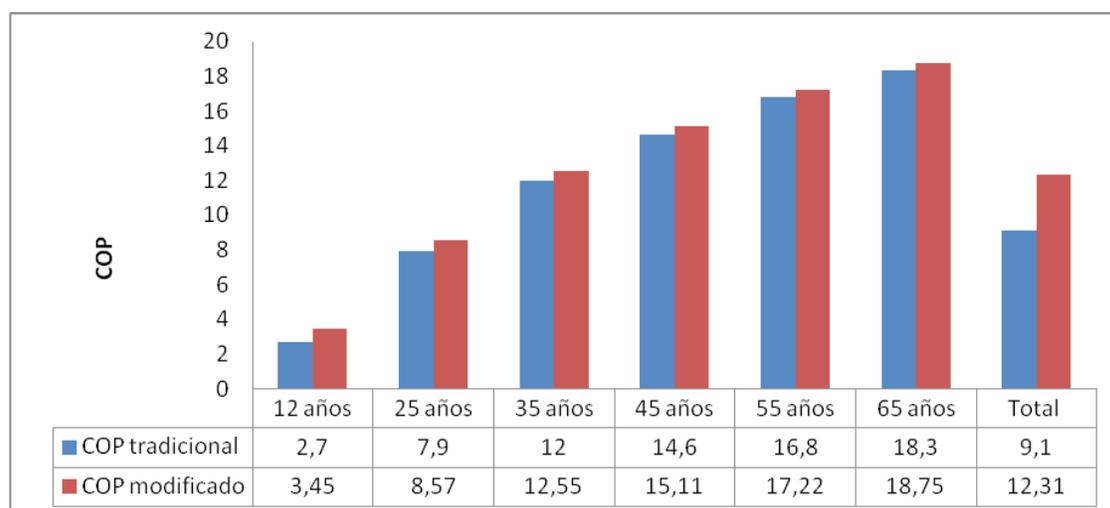
En cuanto a caries no cavitacional, el promedio de dientes fue mayor en mujeres de 35 años (1,34) y en hombres de 45 años (1,22). A los 12 años, el promedio en mujeres fue de 1,12 y en hombres de 1,14.

El promedio de dientes con caries cavitacional y no cavitacional simultáneamente fue mayor en mujeres de 25 y 35 años (0,52) y en hombres de 45 años (0,47). A los 12 años, el promedio en mujeres fue de 0,4 y en hombres de 0,37.

El índice COP tradicional fue de 2,7 a los 12 años, lo que muestra un aumento a través de los años hasta alcanzar un promedio de 18,3 a los 65 años; fue mayor en hombres y mujeres de 65 años (18,61 y 18,53 respectivamente).

Al comparar el COP tradicional con el modificado, se encuentra un aumento esperado por la inclusión de la caries no cavitacional (ver gráfica 1).

**Gráfica 1. Índice COP tradicional y modificado Línea de base, Colombia, 2010-2011**



Fuente: Línea de base, Colombia, 2010-2011

Los departamentos con mayores gravedades de índice COP a los 12 años se diferencian según COP clásico o modificado.

Caquetá fue el único departamento con COP “muy alto” y Vichada, Arauca, Nariño y Chocó presentaron COP “alto”. Caquetá, Vichada, Arauca y Nariño presentaron COP modificado “muy alto” y Amazonas, Vaupés, Cauca, Quindío, Huila, Boyacá, San Andrés, Norte de Santander, Casanare, Cundinamarca, Cesar, Putumayo, Santander, Guainía, Tolima, Bolivar, Atlántico, Meta, Caldas, Valle del Cauca, Bogotá y Guaviare presentaron COP modificado “alto”.

La historia y prevalencia de caries determinada en la línea de base se observa en la tabla 2.

**Tabla 2. Historia y prevalencia de caries dental Línea de base, Colombia, 2010-2011**

Edad	Historia	Prevalencia
12 años	70,2	57,5
25 años	95	78,7
35 años	98,4	82,5
45 años	91	81,7
55 años	99	78,4
65 años	98,3	71,8
Total	89,2	73,2

Fuente: Línea de base, Colombia 2010-2011

En los adultos, las mujeres presentaron una menor prevalencia de caries con respecto a los hombres.

## 2 Enfermedad periodontal

### 2.1 Estudio Nacional de Morbilidad Oral 1977-1980

El 94,7% de la población presentó enfermedad periodontal en cualquiera de sus fases. Se presentó mayor afectación en hombres que en mujeres (95,9% y 93,4% respectivamente).

Las proporciones de afectación varían de acuerdo con la presencia de sacos periodontales y el grupo de edad; el grado de afectación aumenta a medida que la edad aumenta.

La región Atlántica expone el mayor índice de Russel grado 1 (49,1), la región Central el mayor índice grado 2 (53,1) y Bogotá el mayor índice grado 6 y 8 (11,7 y 4,1 respectivamente).

### 2.2 Encuesta Nacional en Salud Bucal (ENSAB) III

Se reportó una prevalencia para enfermedad periodontal con pérdida de inserción del 50,2%, siendo mayor en hombres que en mujeres (52,6% y 47,6% respectivamente). La presencia de al menos un marcador se observó en el 92,4% de las personas examinadas, de estas el 8,8% presentó sangrado al sondaje, el 53,3% sangrado y cálculos simultáneamente, el 26,5% bolsas periodontales menores de 6 mm y el 3,8% bolsas mayores de 6 mm.

La región Central registró la mayor proporción de pérdida de inserción severa (1,5%), seguida de la región Atlántica (1,4%).

### 2.3 Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) 2010

El 5,59% de las personas atendidas durante 2010 presentaron como diagnóstico principal enfermedades gingivales y periodontales (n=994 052); cuya mayor proporción se dio en personas entre 19 y 44 años (2,61%), seguida de niños entre los 5 y 14 años (1,05%) y adolescentes entre 15 y 18 años (0,46%).

Estas afecciones se presentaron en mayor proporción en el sexo femenino que en el masculino (3,22% y 2,37% respectivamente).

La gingivitis crónica fue el diagnóstico que se presentó en mayor proporción (3,03%), seguida de la gingivitis aguda (2,19%).

Esta misma patología con respecto al total de enfermedades gingivales y periodontales representaron el 54,23% y el 39,21% respectivamente.

Huila, Antioquia, Norte de Santander y Putumayo fueron los departamentos con mayor proporción de reporte por estos diagnósticos. La distribución en los diez primeros departamentos se observa en la tabla 3.

**Tabla 3. Distribución porcentual de personas atendidas por enfermedades gingivales y periodontales por departamentos fuente RIPS, Colombia, 2010**

Departamento	Gingivitis aguda	Gingivitis crónica	Periodontitis aguda	Periodontitis crónica	Periodontosis	Otras enfermedades periodontales	Enfermedad de periodonto, no especificada	Total general
Huila	8,26	1,76	,15	,23	,01	,04	,00	10,00
Antioquia	1,82	7,12	,14	,47	,01	,07	,16	9,26
Norte de Santander	4,68	2,65	,10	,24	,02	,04	,01	7,46
Putumayo	5,30	1,08	,07	,06	,01	,04	,00	6,51
Amazonas	,13	5,88	,40	,04	,00	,01	,00	6,29
Quindío	2,92	2,64	,27	,22	,02	,04	,01	5,75
Risaralda	,93	4,34	,17	,38	,05	,06	,01	5,64
Nariño	1,31	2,33	,07	,20	,01	1,82	,01	5,62
Bolívar	2,20	3,06	,07	,21	,07	,02	,03	5,53
Cundinamarca	2,60	2,44	,25	,29	,01	,05	,01	5,38

\* Los denominadores fueron la totalidad de personas atendidas por departamento  
Fuente: Sispro 2010

### 3 Labio leporino y paladar fisurado

#### 3.1. Estudio Nacional de Morbilidad Oral 1977-1980

La prevalencia de labio leporino y paladar fisurado fue de 0,2%, las mismas prevalencias se presentaron tanto para hombres como para mujeres (0,2%).

La región Central presentó la mayor prevalencia (0,5%), seguida de las regiones Oriental y Pacífica (0,2% cada una).

#### 3.2 Encuesta Nacional en Salud Bucal (ENSAB) III

La prevalencia fue de 0,2% en las personas examinadas, en los niños de 5, 6, 7 y 12 años las prevalencias son menores de 0,1% y alcanzan el 0,2% en los mayores de 15 años. Se observa un mayor porcentaje en hombres que en mujeres (0,6% y 0,2% respectivamente).

En Bogotá y en la región Central se encontraron el mayor número de personas con esta afectación (0,4% con labio leporino y 0,7% con paladar fisurado).

#### 3.3 Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública Sivigila

Fueron notificados al Sivigila 260 casos confirmados de fisura oral entre 2010 y 2011, de estos 64 casos fueron notificados en 2010 y correspondieron al 11,11% de la notificación total por anomalías congénitas, y 196 casos fueron notificados en 2011 y correspondieron al 10,62% del total de la notificación.

La mayor proporción de notificación se presentó en el sexo masculino (56,25% en 2010 y 61,73% en 2011). La notificación por grupos de edad se presentó en mayor proporción en niños menores de un mes en el 2010 y niños entre uno y seis meses en 2011.

El comportamiento de la notificación por entidad territorial evidenció un aumento en 2011, pasando de 21 a 28 entidades territoriales notificadoras; durante el 2010 Bogotá, Cauca, Nariño y Tolima fueron las entidades territoriales que notificaron el mayor número de casos (6 casos cada uno), y en 2011 Bogotá y Cauca (31 y 20 casos respectivamente).

El 3,6% de los casos de fisura oral notificados al Sivigila entre 2010 y 2011 correspondieron a mortalidades (dos casos en 2010 y ocho en 2011); sin embargo, al revisar las bases de datos se identifica que estos presentaron más de una anomalía y cuya ubicación fue en sistemas diferentes.

### 3.4 Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

De 17769075 personas atendidas y registradas en 2010, el 0,013% correspondió a atenciones con códigos K020 a K029 (n=2387)

El labio y paladar fisurados (LPF) se presentaron en mayor proporción en niños entre 5 y 14 años (0,0040%, n= 723), seguida de niños entre 1 y 4 años (0,0039%, n= 709). Este grupo de patologías fue más frecuente en el sexo masculino (0,0070%).

El tipo de anomalía congénita que se presentó en mayor proporción con respecto a todo el grupo de LPF fue la fisura de paladar con labio leporino bilateral sin otra especificación (12,81%), seguida de la fisura de paladar con labio leporino unilateral sin otra especificación (12,31%), lo cual correspondió a 0,0017% y 0,0016% del total de personas reportadas en 2010.

Vaupés, Guaviare, Guainía y Huila fueron los departamentos que reportaron en mayor proporción personas con LPF, superando incluso la proporción nacional. La distribución de los casos a nivel nacional y en los diez primeros departamentos se observa en la tabla 4.

**Tabla 4. Distribución de personas atendidas con diagnóstico de labio y paladar fisurados por departamento fuente RIPS, Colombia, 2010**

Departamento	Casos	%
Vaupés	2	0,4000
Guaviare	23	0,0816
Guainía	3	0,0538
Huila	108	0,0204
Bogotá, D.C.	711	0,0191
Caquetá	32	0,0185
Meta	49	0,0162
Caldas	58	0,0161
Nariño	124	0,0160
Antioquia	412	0,0151
Colombia	2327	0,0132

\*Los denominadores fueron la totalidad de personas atendidas por departamento  
Fuente: Sispro 2010

## Discusión

La caries es la afección dental que se presenta con mayor prevalencia y proporción en las encuestas nacionales de acuerdo con los datos de atenciones en Colombia; esto concuerda con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1,2,7] y otros estudios [10-13]. La caries dental aumenta en prevalencia a medida que aumentan los grupos de edad, lo cual podría estar relacionado con falencias en procesos de prevención primaria y secundaria, detección temprana y tratamientos oportunos.

De acuerdo con lo reportado en RIPS, la caries que se presenta en mayor proporción es la caries de dentina, lo que indica una progresión de las lesiones cariosas desde los primeros años de vida. Estos hallazgos son una evidencia importante para soportar estrategias de demanda inducida a las acciones de detección temprana y protección específica, que permitan disminuir las prevalencias de caries cavitacionales [7]. Esta afección se presenta en mayor proporción en el estudio de morbilidad y en los RIPS para el sexo femenino, reporte que concuerda con lo descrito en dos estudios realizados en Cartagena [12,14] y otra investigación desarrollada en México [15].

Por el contrario, la ENSAB III y la Línea de base presentaron mayores prevalencias de caries en hombres, lo cual concuerda con un estudio llevado a cabo en adultos en Venezuela [11]; sin embargo, entre las limitaciones para la comparación se encuentra que los datos sobre sexo y caries, en su mayoría, se presenta en promedio para todos los grupos de edad y, por el contrario, los estudios puntuales presentan grupos etarios segmentados, generalmente diferenciando niños de adultos.

La información geográfica es muy variada de acuerdo con la fuente de información revisada, no obstante brinda un panorama general que puede constituirse en un insumo para la priorización de zonas de intervención. El estudio de morbilidad oral 1977-1980 y los RIPS determinaron una mayor proporción de caries dental en Bogotá, situación esperada dada la concentración de población y servicios de salud en la capital del país.

El análisis de las fuentes de información con datos de enfermedades gingivales y periodontales presentó entre sus limitaciones las diferencias entre los índices utilizados en las encuestas nacionales. Las fases menos severas de la enfermedad periodontal o la presencia de marcadores fueron un hallazgo generalizado en la población Colombiana durante las dos encuestas nacionales, superando en las dos fuentes el 90%; los resultados de la ENSAB son acordes a los encontrados en Cartagena, donde el 100% de los pacientes presentan al menos un marcador de esta enfermedad [16]. El patrón de presentación según sexo fue diferente para estas dos fuentes, en el estudio de morbilidad de 1977 las mujeres fueron las más afectadas y en la encuesta de 1998 fueron los hombres los que presentaron mayor afectación.

La información reportada por RIPS muestra cómo la gingivitis crónica es la enfermedad que se presenta en mayor proporción dentro del grupo de afecciones de este tipo, lo que puede ser un indicador del progreso de hábitos deficientes de higiene oral; tal como lo demuestra un estudio que reporta la relación entre la higiene oral y la enfermedad periodontal [16].

La información por regiones y departamentos no es concordante entre las tres fuentes de información analizadas, lo cual era un resultado esperado dadas las diferencias en los periodos de tiempo y las metodologías.

Las prevalencias de labio leporino y paladar fisurados (LPF) fueron las mismas en las dos encuestas nacionales, la región central se mantuvo como la de mayor prevalencia; la única diferencia fue que en 1998 fue mayor la prevalencia en hombres. La prevalencia esperada para Suramérica es de 15 por 10 000 nacidos vivos y para Colombia es de 16 por 10 000 nacidos vivos [17].

La notificación al Sivigila para este diagnóstico ha presentado un aumento entre 2010 y 2011 del 67%, lo cual puede deberse al posicionamiento del evento a nivel nacional. La proporción de notificación por sexo fue mayor en el sexo masculino durante 2010 y 2011;

situación similar a la presentada en la ENSAB III [4] y en un estudio llevado a cabo en Cali [18].

La notificación por departamentos varía en los dos años aumentado en 2011, lo cual también es esperado dado el proceso de apropiación del evento de vigilancia en las entidades territoriales.

Los datos de mortalidad oscilan entre el 3% y el 4% para los años analizados, no obstante se identificó como limitación la incoherencia entre los reportes de condiciones finales de los casos y el diligenciamiento de las variables nativivo y natimorto, por lo cual es recomendable establecer otros mecanismos de validación que permitan analizar mortalidad para estos eventos mediante la notificación.

Las fuentes de información actuales en Colombia para salud bucal brindan un panorama general del comportamiento de los eventos priorizados en términos de persona, tiempo y lugar; sin embargo, existen limitaciones tales como la actualización de las encuestas nacionales, dado que la diferencia entre una y otra es de 18 años; en la actualidad la IV Encuesta Nacional ya está en marcha y se espera tener resultados entre 2014 y 2015. La ventaja de las encuestas nacionales radica en las muestras poblacionales utilizadas.

Los RIPS se constituyen en una fuente muy interesante de información para eventos crónicos en salud bucal [19], permitiendo analizar un gran número de variables [7] y brindando una amplia cobertura [20].

La Línea de base de caries dental determinada por el Ministerio de Salud no solo establece con claridad los índices tradicionales de caries, si no que incluye información muy importante sobre lesiones no cavitacionales; la identificación de estas lesiones significa un proceso importante en la apropiación y actualización desde la clínica de otros criterios de detección de caries más precisos [21] y desde los cuales el abordaje es menos invasivo.

La notificación de anomalías congénitas al Sivigila mostró un aumento en los dos años analizados, pero debe fortalecerse el posicionamiento del evento en cuanto a notificación y calidad de variables de interés como las que permiten establecer mortalidad.

## Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Salud por el acceso a las bases de datos de vigilancia de anomalías congénitas, al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) por facilitar las claves para analizar los RIPS y en especial a la Doctora Sandra Tovar Valencia, referente de salud bucal de la Subdirección de Enfermedades no transmisibles del MSPS, por permitir el uso del documento técnico de línea de base de caries dental.

## Bibliografía

- 1] Centers for disease control and prevention [Internet]. Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Oral Health. Preventing Cavities, Gum Disease, Tooth Loss, and Oral Cancers. At A Glance 2011. [citado noviembre 20 de 2013] Disponible en: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/doh.htm>
- 2] World health organization [Internet]. Country area profile Project. Oral health database. [citado noviembre 20 de 20'13]. Disponible en: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/AMRO/>
- 3] República de Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Estudio nacional de salud. Morbilidad oral*. Bogotá, 1984.
- 4] República de Colombia. Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud Bucal, ENSAB III*. Colombia, 1998.
- 5] República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección general de planeación y análisis de política. Sistema Integral de Información de la Protección Social, SISPRO. Documentación Reporte de Prestación Individual de Servicios de Salud. Colombia, 2007.
- 6] República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe línea de base 2010-2011 para el seguimiento a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Documento de trabajo, Bogotá 2012.
- 7] Misnaza S. “Caracterización de la morbilidad atendida en salud bucal mediante el análisis de Registros Individuales de Prestación de Servicios, Colombia, 2010”. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)* 2012;17(23):324-338.
- 8] Organización Mundial de la Salud [Internet]. International classification of diseases [citado 2012 noviembre 21]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- 9] República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993. Bogotá, 1993.
- 10] Alfonso N. M., Pría M.C., Alfonso O., García A. Indicadores familiares de salud bucal. *Rev. Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2005 ; 42(1):. [citado noviembre 26 de 2012]- Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072005000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000100003&lng=es).
- 11] González A., Martínez T., Alfonso N., Rodríguez J. A., Morales A. Caries dental y factores de riesgo en adultos jóvenes: Distrito Capital, Venezuela. *Rev. Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2009 Sep; 46(3): 30-37. [Citado 27 de noviembre de 2012]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300004&lng=es).
- 12] Díaz S., Gonzalez F. “Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia”. *Rev Salud Pública*, Bogotá. 2010; 12(5): 843-851.

- 13] García L., Giraldo S., Mossos R., Muñoz M., Perea C., Prado C. "Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005". *Colomb. Med* [revista en internet]. 2008; 56(1) supl. [Citado 23 de febrero 2010]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165795342008000500005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795342008000500005&lng=es&nrm=iso)
- 14] Díaz S., Costa M., Flores L., Puerta F. "Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos". *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 2011; 2 (5): 47-55.
- 15] Ramírez J., Rueda M., Morales M., Gallegos A. *Prevalencia de caries dental y maloclusiones en escolares de tabasco, México*. Horizonte sanitario. 2012; (11): 13.23
- 16] Pulido M., González F., Rivas F. "Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia". *Rev. salud pública* [serial on the Internet]. 2011; 13(5): 844-852. [Citada mayo 7 de 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000500013>
- 17] Anomalíascongénitas.org [internet]. Frecuencia y causas. [Citado 10 de mayo 2013]. Disponible en: [http://www.anomaliascongenitas.org/app/webroot/blog/?page\\_id=9](http://www.anomaliascongenitas.org/app/webroot/blog/?page_id=9)
- 18] Duque A., Estupiñán B., Huertas P. "Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años". *Revista Colombia Médica*. 2002; 33 (3):108-112.
- 19] Pacheco O., Buitrago N., Mendivelso F., Misnaza S., Ramírez M. "Evaluación de la calidad del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) como fuente de información para búsqueda activa de enfermedades crónicas no transmisibles en las localidades Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2008". *Informe Quincenal Epidemiológico (IQEN)*. 2009;14 (23).
- 20] Forero L. "Los RIPS como fuente de información sobre lesiones de causa externa, violentas y no intencionales, Colombia, 2009". *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)* 2011;16(19):231-41.
- 21] Martignon S., Tellez M. Criterios ICDAS: nuevas perspectivas para el diagnostico de la caries dental. *Dental Main News*. 2007: 14-19.