

# Colegio Superior de Odontología

Proyecto Social de Salud Bucal, PSAB

Documento ejecutivo



## **Introducción**

La salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso *salud-enfermedad*; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental<sup>1</sup>.

En México, la evolución del perfil epidemiológico muestra un evidente proceso de transición, caracterizado por la coexistencia de enfermedades y muertes por causas infecciosas, con aquellas relacionadas a padecimientos crónico-degenerativos, accidentes, y lesiones. Las enfermedades bucodentales no son la excepción a estas tendencias. Las prioridades a las que se aboca la política de salud bucal en México son disminuir la experiencia de caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal, para lo cual se han diseñado diversos componentes de la política, como son: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y el de fluoruración de la sal<sup>2</sup>.

Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son de las mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública bucal. Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados<sup>3, 4, 5, 6</sup> y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe<sup>7, 8</sup>.

---

<sup>1</sup> Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información. Número 15, Volumen 25, 2008. México.

<sup>2</sup> Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Programa de Salud Bucal. SSA México; 2000.

<sup>3</sup> Anderson RJ. The reduction of dental caries prevalence in English schoolchildren. J Dent Res 1982; 61(Special Iss): 1311-6.

<sup>4</sup> Downer MC. Secular changes in caries dental experience in Scotland. J Dent Res 1982; 61(Special Iss):1336-9.

<sup>5</sup> Holst A, Braune K, Kjellberg M. Changes in caries experience among 6-year-olds in Blekinge, Sweden between 1994 and 2000. Swed Dent J 2004; 28:129-35.

## **Panorama de la morbilidad de las enfermedades bucales**

Las enfermedades bucales, son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo. Representan una carga para la población, afectando sobre todo a los más desfavorecidos y marginados socialmente.

Los principales problemas bucales en nuestra población son la caries dental y la enfermedad periodontal. Ambas tienen un alto impacto en la calidad de vida de las personas y se pueden prevenir y controlar con medidas sencillas y económicas así como, el apoyo de los profesionistas con formación odontológica, en conjunto con la comunidad.

La Organización Panamericana de la Salud señala que las familias de bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislados geográficamente, además de los migrantes y los individuos con capacidades diferentes, son los que menor cuidado reciben y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales<sup>9, 10, 11</sup>.

De acuerdo a lo anterior, se definen las estrategias y metas para la atención de la conservación de la salud bucal con base en el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años (CPOD-12). La clasificación internacional utilizada para obtener el perfil de CPOD se dividió en tres etapas, las cuales corresponden a la gravedad de la caries dental conforme a lo siguiente<sup>12</sup>:

Como se observa, de 1996 a 2005 se registra una reducción del índice CPOD-12, de 35 a 85% en la región de las Américas. Este decremento demuestra un cambio sustancial en el perfil epidemiológico de la caries dental, lo que demuestra la eficacia comprobada de los modelos de mejores prácticas propuestas por la OPS. La integración de la salud bucal dentro de las estrategias de promoción de la salud ha propiciado un cambio de actitud hacia la prevención, lo que ha influido en una modificación de hábitos, disminuyendo así,

---

<sup>6</sup> Pieper K, Schulte AG. The decline in dental caries among 12-year-old children in Germany between 1994 and 2000. Community Dent Health 2004; 21:199-206.

<sup>7</sup> Escobar P: Gloria, Ortiz Z., Ana Cecilia; Mejía O., Luz Mery. Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 21, Núm. 2, julio-diciembre, 2003, Universidad de Antioquia Colombia

<sup>8</sup> Miriam Ortega-Maldonado, Vanesa Mota-Sanhua y Juan C. López-Vivanco. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México Rev. salud pública. 9 (3):380-387, 2007

<sup>9</sup> Poul Erik Petersen, Continuous Improvement of Oral Health in The 21st Century The World Oral Health Report 2003. WHO

<sup>10</sup> Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas, a través de avances críticos en la salud oral. El camino hacia delante: 2005-2015 OPS.

<sup>11</sup> Estupiñán D,S. Improving Oral Health in Latin America. Oral Care Report /Harvard 1999,Vol.9,núm 3.

<sup>12</sup> Organización Panamericana de Salud. Boletín Epidemiológico Publicación Científica y Técnica No. 615

los factores de riesgo a las enfermedades bucales más comunes. La información disponible en 1989 para México, muestra un índice CPOD-12 de 4.4% mientras que para el año 2001 el promedio nacional es de 1.9%

Clasificación	Escenarios		
	Emergente	De Crecimiento	De Consolidación
1.0 Clasificación del perfil de CPOD (de acuerdo a la gravedad de la caries dental)	CPOD-12 de más de 5.0 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.	CPOD-12 de entre 3.0 y 5.0 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.	CPOD-12 de menos de 3.0 y la existencia de un programa nacional de fluoruración de la sal.
1.1. Clasificación de la Salud Bucodental en las Américas, 1996	<b>Emergente CPOD 5 9 países</b>	<b>Emergente CPOD 3-5 9 países</b>	<b>Emergente CPOD &lt;5 9 países</b>
	Belice, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana	Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Puerto Rico, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela	Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Puerto Rico, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela
1.2. Clasificación de la Salud Bucodental en las Américas, 2005	<b>Emergente CPOD 5 2 países</b>	<b>Emergente CPOD 3-5 7 países</b>	<b>Emergente CPOD &lt;5 29 países</b>
	Guatemala, Santa Lucía	Argentina, Bolivia, Chile, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana	Anguila, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guayana, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela

## **Higiene bucal**

Como la mayoría de las enfermedades, las patologías bucales están causadas por algún agente. Pero estos agentes necesitan ciertas condiciones propicias para poder desarrollarse y enfermarnos. Algunos hábitos pueden llevar a perder calidad en la salud, y la falta de cuidado e higiene bucal es uno de ellos. La higiene bucal tiene como objetivo eliminar la placa dental, que está formada por masas invisibles de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y se pegan a los dientes. Algunos tipos de placa causan las caries dentales y otras enfermedades de las encías.

La presencia de placa dentobacteriana y por ende la eficacia de la higiene bucal, es una medida importante de la salud oral. Por otra parte el cálculo dental resulta de la acumulación de los depósitos de placa (biopelículas) que se han mineralizado a través de los iones de calcio de la saliva y se adhiere a los dientes y dentaduras, el cálculo impiden una limpieza eficaz y por lo tanto un indicador importante para la enfermedad periodontal; ambos componentes son evaluados para determinar la higiene bucal en el individuo. Para el registro de la higiene bucal en las unidades centinelas se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), desarrollado por Greene y Vermillion, éste ha demostrado ser un instrumento confiable para estudios epidemiológicos de gran tamaño<sup>13</sup>.

Se debe de tomar en cuenta que durante la niñez y hasta los 14 años los dientes de la segunda dentición van erupcionando y por lo tanto la higiene bucal debe de realizarse mínimo tres veces al día. Por otra parte, el proceso de erupción puede provocar inflamación en los tejidos blandos y asociarse las molestias a otros padecimientos. En esta etapa de la vida se evidencia un incremento de las enfermedades bucales, principalmente caries y periodontopatías, causas de pérdidas prematuras de órganos dentales.

---

<sup>13</sup> Greene, J. C., and Vermillion, J. R.: The simplified oral hygiene index. J Amer Dent Assoc 68: 7-13, January 1964.

## Estado Periodontal

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro<sup>14</sup>.

Teniendo en cuenta estos modelos de comportamiento, resulta fácil pensar que el adolescente puede adoptar estos comportamientos en lo que a salud bucal se refiere; por lo el objetivo fundamental estuvo encaminado a lograr la motivación adecuada a los cambios conductuales, de modo que los adolescentes participen activa y no pasivamente en el logro de mayor salud bucal para todos<sup>15</sup>.

Cuadro no. 1  
 Distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en niños y adolescentes por grupo de edad México, SIVEPAB 2010

Grupo de Edad	N	IHOS			
		0	0.1 – 1.2	1.3 – 3.0	3.1 – 6.0
6-9 años	17,526	62.8	31.4	5.6	0.2
<b>10 a 14*</b>	<b>20,803</b>	<b>56.4</b>	<b>34.0</b>	<b>9.0</b>	<b>0.6</b>
15 a 19	23,371	44.2	36.2	18.0	1.6
Total	61,700	53.6	34.1	11.4	0.9

Grupo, objeto de estudio

Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2010

El estado periodontal<sup>16, 17</sup> se determinó midiendo la profundidad de las bolsas periodontales, la presencia de hemorragia al realizar el sondeo y la presencia de cálculo empleando el Índice Periodóntico Comunitario (IPC), en

<sup>14</sup> Suárez Vera D. Psicología de las edades. En: Nuñez de Villavicencio Porro F. Psicología y salud. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.p. 135- 44

<sup>15</sup> Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p.32- 52

<sup>16</sup> Mirna Minaya-Sánchez,a Carlo Eduardo Medina-Solís,b\* Juan Fernando Casanova-Rosado,a Alejandro José Casanova-Rosado,a Ma. De Lourdes Márquez-Corona,b Horacio Islas-Granillob y Arturo José Islas-Márquezb. Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos. Gac Méd Méx Vol. 146 No. 4, 2010

<sup>17</sup> Juan Cardentey García, Ania Mercedes Silva Contreras, Yoleine Pulido Valladares. Caracterización de la salud bucal en la adolescencia temprana en un área de la salud. Rev. Ciencias Médicas jul-sep 2011; 15(3): 15-27

niños y adolescentes a partir de los 6 años de edad que es cuando empiezan a aparecer los dientes permanentes. El examen periodontal se lleva a cabo con el auxilio de una sonda periodontal diseñada por la OMS; la cual es ligera, de punta esférica de 0.5 mm, tiene una banda oscura situada entre 3.5 y 5.5 mm, además anillos situados a 8.5 y 11.5 mm de la punta esférica. Al introducir la sonda, la punta esférica debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dental. La profundidad de las bolsas periodontales se determinó para cada diente índice, se registró la medición más profunda encontrada utilizando las siguientes categorías:

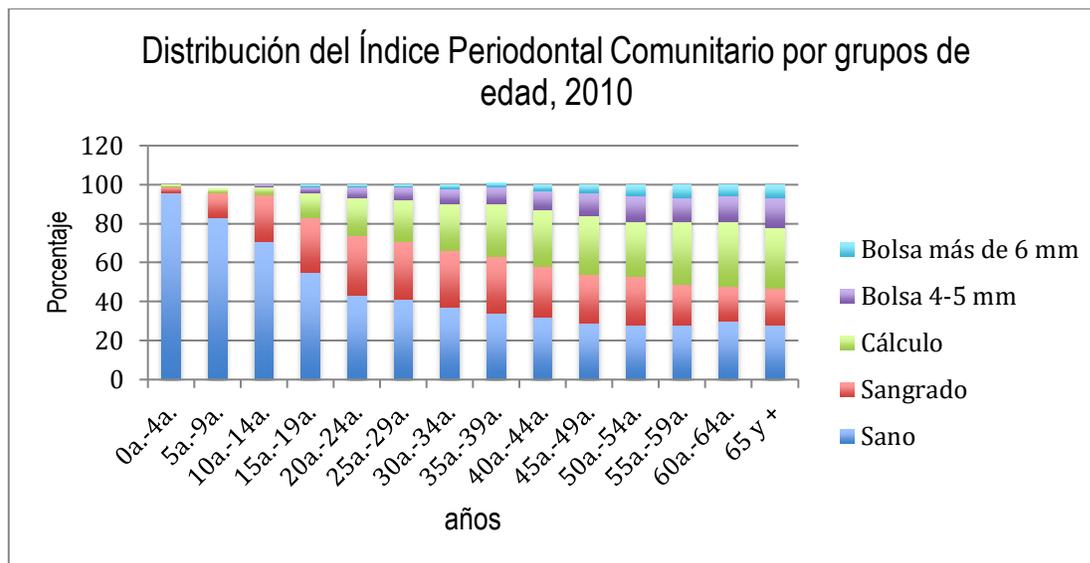
Los resultados muestran que un gran porcentaje de los niños y adolescentes que acuden a los servicios de salud tenían un periodonto sano (76.6%), el 13.4% de ellos presentaba sangrado gingival, y el 9.5% cálculo dental en por lo menos un sextante. Debido a la recomendación de la OMS de no utilizar sonda en menores de 15 años, el cuadro no muestra la presencia de bolsas en estas edades. Para los adolescentes de 15 a 19 años la presencia de bolsas periodontales superficiales fue del 1 %, menos de 0.2% resultaron ser bolsas periodontales profundas. El Cuadro 9 muestra el número de niños y adolescentes así como la distribución porcentual de acuerdo con la puntuación más alta del IPC y la edad.

Cuadro no. 2  
Distribución del Índice Periodóntico Comunitario (IPC)  
en niños y adolescentes por grupo de edad  
México, SIVEPAB 2010

Grupo de edad	N	Sano		Sangrado		Cálculo		Bolsa de 4 a 5 mm		Bolsa > 6 mm	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6 a 9	6,231	5,713	91.7	442	7.1	76	1.2	0	0	0	0
<b>10 a 14*</b>	<b>7,811</b>	<b>6,508</b>	<b>83.3</b>	<b>801</b>	<b>10.3</b>	<b>502</b>	<b>6.4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
15 a 19	11,722	7,513	64.1	2,197	18.7	1,868	15.9	121	1.1	23	0.2
Total	25,764	19,734	76.6	3,440	13.4	2,446	9.5	121	0.4	23	0.1

Grupo, objeto de estudio  
Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2010

Cuadro no. 3  
 Distribución del Índice Periodontal comunitario por grupo de edad México, SIVEPAB 2010



Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2010

El cuadro “Distribución del Índice Periodontal Comunitario por Grupos de Edad, 2010”, explica la falta de aplicación continua de las estrategias enfocadas a grupos de riesgo específicos, como son escolares, embarazadas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónico degenerativas, personas que viven con VIH/SIDA y con capacidades diferentes, se traduce en mayor incidencia de enfermedades bucales, lo que implica una menor calidad de vida. Además, en el grupo de escolares se ha detectado insuficiente promoción de la salud, irregularidad en la aplicación del esquema básico de prevención, así como escasa atención curativa por la limitación de recursos humanos, materiales y financieros.

Otro problema que actualmente enfrenta el Programa es el cáncer bucal por su elevada morbilidad y mortalidad. De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias, durante 2003 se notificaron 1,449 casos de neoplasias malignas localizadas en labio, cavidad bucal y faringe, lo que representa 1.3% del total de casos;11 la tasa de mortalidad fue de 7.3 por millón de habitantes.12

## **Estado dental**

Dentro de los indicadores epidemiológicos de riesgo se ha empleado la experiencia de caries dental pasada, éste dato ha demostrado ser el más poderoso predictor de caries para la dentición permanente joven<sup>18</sup>. Lo anterior es de suma importancia ya que facilita la detección temprana de niños con alta probabilidad de presentar un número elevado de lesiones cariosas en la dentición permanente. Es por esta razón que en el caso de los niños y adolescentes se revisa la experiencia de caries dental tanto en dentición primaria como permanente; ha demostrado ser el mejor predictor en la mayoría de los modelos probados para caries en dentición decidua y permanente. Dentro de esta variable, los indicadores que se han usado son las medidas directas y medidas indirectas. La inclusión de medidas de experiencia pasada de caries dental puede mejorar la precisión del modelo de predicción, pero tales modelos son menos útiles en identificar factores que pueden ayudar en tratar el proceso de la enfermedad<sup>19</sup>.

Para determinar el estado de caries dental en dentición permanente se calculó el promedio de dientes cariados, el promedio de dientes perdidos, el promedio de dientes obturados así como el total de la experiencia de caries dental (CPOD). En el total de niños y adolescentes de 6 a 19 años el índice CPOD promedio fue de 3.5. Las cifras muestran un incremento en la experiencia de caries dental con la edad encontrándose el más alto a los 19 años cuyo promedio fue 6.9 dientes afectados.

En general al igual que en la dentición primaria, el número promedio de dientes cariados fue el mayor componente, representando más del 83 % del índice total. El siguiente cuadro se muestra el promedio del índice CPOD y la distribución de sus componentes en los diferentes grupos de edad. La comparación de los índices de caries entre ambos sexos, mostraron que a medida que aumenta la edad las niñas presentan índices de caries más elevados que los niños. La Figura 3 muestra la comparación del índice CPOD por sexo.

---

<sup>18</sup> Rebecca Harris, Alison D Nicoll, Pauline M Adair and Cynthia M Pine. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literatura. Community Dental Health (2004) 21 (Supplement), 71–85`

<sup>19</sup> Mattos MA, Melgar RA. Riesgo de caries dental. Rev Estomatol Herediana 2004;14(1-2) : 101 - 106

Cuadro no. 4  
 Promedio del índice de caries dental en dentición permanente  
 (CPOD) por edad en pacientes de 6 a 19 años

Edad	N	Cariado	Perdido	Obturado	CPOD
6	4,945	0.0	0.0	0.0	0.0
7	4,670	0.2	0.0	0.0	0.2
8	4,936	0.9	0.0	0.1	1.0
9	5,010	1.2	0.0	0.1	1.3
10	4,988	1.4	0.0	0.2	1.6
11	3,651	1.7	0.0	0.3	2.0
<b>12</b>	<b>4,245</b>	<b>2.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.3</b>	<b>2.4</b>
<b>13</b>	<b>3,957</b>	<b>3.2</b>	<b>0.1</b>	<b>0.5</b>	<b>3.8</b>
<b>14</b>	<b>4,397</b>	<b>4.0</b>	<b>0.1</b>	<b>0.6</b>	<b>4.7</b>
<b>15</b>	<b>4,559</b>	<b>4.8</b>	<b>0.1</b>	<b>0.8</b>	<b>5.7</b>
16	4,730	5.0	0.1	0.9	6.0
17	5,015	5.5	0.1	1.0	6.7
18	4,603	5.3	0.2	1.2	6.7
19	4,630	5.4	0.2	1.3	6.9
<b>Total</b>	<b>64,336</b>	<b>2.9</b>	<b>0.1</b>	<b>0.5</b>	<b>3.5</b>

Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2010

Cuadro No. 5

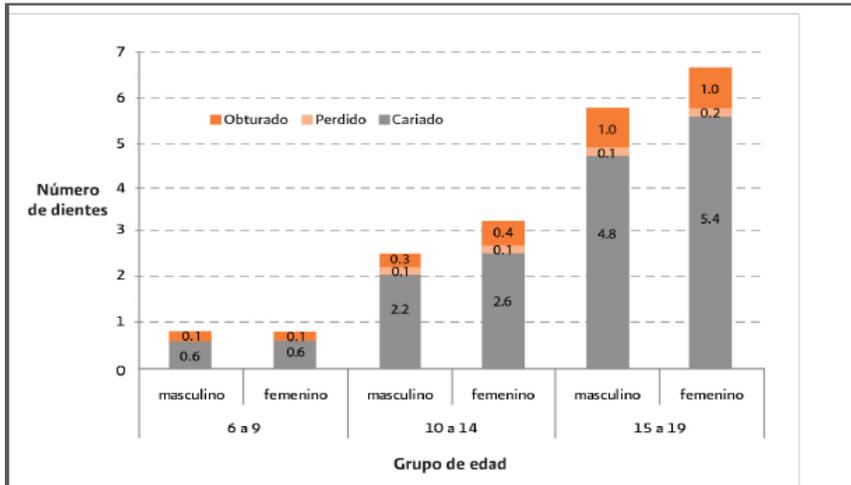
Distribución del índice de CPOD-12 por entidad federativas

Entidad federativa	CPOD-12	Categoría	Entidad federativa	CPOD-12	Categoría
Tamaulipas	0.5 -1.0	Muy bajo	Campeche	1.1 - 2-0	Bajo
Coahuila	0.5 -1.0	Muy bajo	Quintana Roo	1.1 - 2-0	Bajo
Durango	0.5 -1.0	Muy bajo	Querétaro	1.1 - 2-0	Bajo
Yucatán	0.5 -1.0	Muy bajo	Baja California Norte	2.1 - 3-0	Moderado
Oaxaca	0.5 -1.0	Muy bajo	Sinaloa	2.1 - 3-0	Moderado
Colima	0.5 -1.0	Muy bajo	San Luis Potosí	2.1 - 3-0	Moderado
Baja California Sur	1.1 - 2-0	Bajo	Guanajuato	2.1 - 3-0	Moderado
Sonora	1.1 - 2-0	Bajo	Michoacán	2.1 - 3-0	Moderado
Chihuahua	1.1 - 2-0	Bajo	Estado de México	2.1 - 3-0	Moderado
Nayarit	1.1 - 2-0	Bajo	Tabasco	2.1 - 3-0	Moderado
Jalisco	1.1 - 2-0	Bajo	Puebla	3.1 ó más	Alto
Guerrero	1.1 - 2-0	Bajo	Tlaxcala	3.1 ó más	Alto
Chiapas	1.1 - 2-0	Bajo	Hidalgo	3.1 ó más	Alto
Campeche	1.1 - 2-0	Bajo	Distrito Federal	3.1 ó más	Alto
Veracruz	1.1 - 2-0	Bajo			

Como se puede observar, los estados con los índices más altos se concentran en la región centro del país, con un índice de 3.1 ó más en los estados de Puebla, Tlaxcala, Hidalgo y el Distrito Federal, de acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2010 (SIVEPAB), con información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos, 100% padece caries dental y 53% presenta algún grado de enfermedad periodontal, por lo que se requiere conocer el comportamiento de estas patologías en el resto de la población

Cuadro no. 6  
Promedio índice de caries dental en dentición  
permanente (CPOD) por sexo y grupo de edad en

pacientes de 6 a 19 años



Fuente: Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. Dirección General Adjunta de Epidemiología México Septiembre 2010.

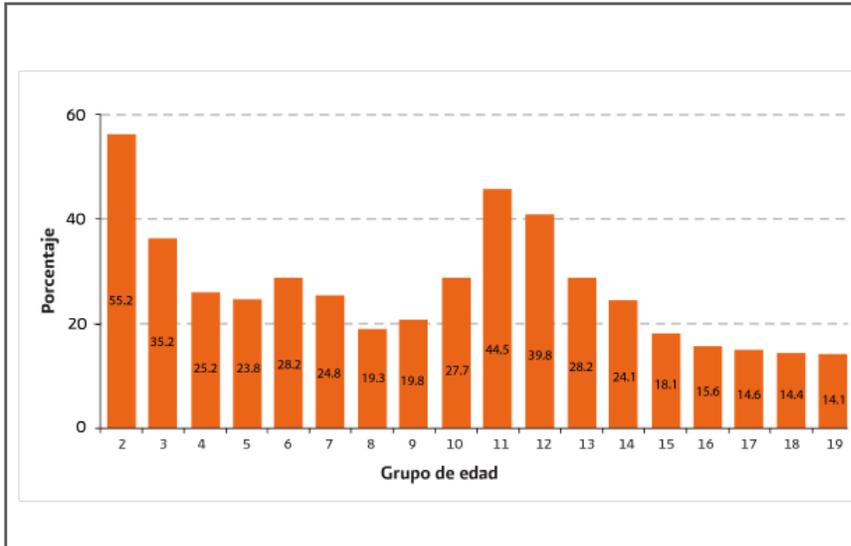
La caries dental es un proceso multifactorial mediado por la presencia de una biopelícula que puede alojar bacterias cariogénicas cuyo metabolismo produce ácidos, los cuales disminuyen el pH de la biopelícula y afecta el esmalte causando la pérdida de mineral en la estructura dental<sup>20</sup>. Uno de los indicadores más importantes para la planificación de los servicios de salud odontológicos, y que proporciona información sobre el estado de salud bucal en relación a la caries dental es la “población libre de caries dental”. La medida utilizada es la proporción de la población que no ha experimentado caries dental en ambas denticiones, es decir, su CPOD + cpod = 0 (esta medida es el complemento de la prevalencia de caries dental). Esta medida proporciona información sobre la eficacia del auto cuidado y los servicios de atención odontológica, así como de las medidas de control a nivel de salud pública.

El índice CPOD no identifica las lesiones cariosas en sus fases iniciales, sino una vez que existe cavitación en el diente, lo cual por un lado mejora la exactitud de las mediciones, pero tiene la limitación de excluir las lesiones tempranas, lo cual se traduce en una subestimación de la prevalencia de caries; de acuerdo a los resultados del SIVEPAB 2010, está libre de caries dental el 24% de la población de 2 a 19 años de edad que acude a los servicios de salud.

Cuadro no. 7

<sup>20</sup> Kidd EAM, Fejerskov O. What Constitutes Dental Caries? Histopathology of Carious Enamel and Dentin Related to the Action of Cariogenic Biofilms. J Dental Res 2004; suppl 1: C35-C38

Porcentaje de niños y adolescentes libres de caries dental por edad (CPOD+cpod=0). México, SIVEPAB 2010

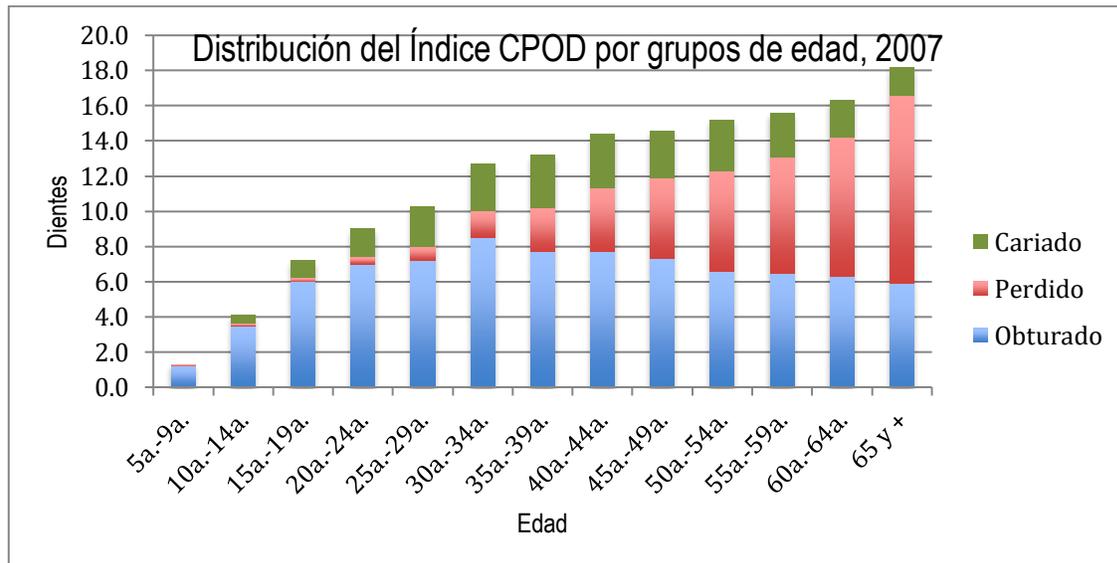


Fuente: Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de

Patologías Bucales. Dirección General Adjunta de Epidemiología México Septiembre 2010.

Cuadro 8

Distribución de Índice de Caries por grupos de edad, 2010



Fuente: Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. Dirección General Adjunta de Epidemiología México Septiembre 2010.

El cuadro “Distribución del Índice CPOD por Grupos de Edad, 2010” muestra un alto índice de caries dental en todos los grupos de edad, así como el aumento paulatino en la pérdida de piezas dentales a través de la vida, observándose más de 10 piezas perdidas en promedio a los 65 años y más. Sólo tres piezas han sido tratadas en promedio en todos los grupos de edad, lo que genera un índice de necesidades de tratamiento de más de 70%. En cuanto a las enfermedades periodontales, la población usuaria muestra una prevalencia promedio de 70% en el grupo de 30 a 50 años de edad, en el que se presentan las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor frecuencia. En mujeres en edad reproductiva esta cifra es de 60%.

## **Organización del Programa**

### Misión

Disminuir la morbilidad bucal en la población, a través de medidas para establecer, fortalecer y vigilar, programas de atención, a través de evaluar las condiciones de la salud bucal y ampliar equitativamente la atención odontológica con ética, calidad y eficiencia para mejorar la calidad de vida de la población.

### Visión

Ser un programa de excelencia, líder en la vigilancia, conservación y restauración de la salud bucal, en el ámbito nacional e internacional, centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro, eficiente y sensible; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.

## **Objetivo general**

Promover, conservar y restaurar la salud bucal de la población para disminuir la morbilidad de las enfermedades bucales, para mejorar la calidad de vida.

## **Objetivos específicos**

### **Objetivo específico 1**

---

Promover el acceso a los servicios odontológicos mediante la sistematización de protocolos atención en comunidades del ámbito de injerencia de la Institución Educativa.

### **Líneas de acción**

---

1. Coordinar las acciones entre la comunidad y la Institución Educativa para la implantación de protocolos de atención bucal
2. Unificar criterios en la sistematización de la atención bucal entre la comunidad y la Institución Educativa
3. Integrar el esquema de conservación y restauración de la Salud Bucal
4. Garantizar que a la comunidad se le otorgue el esquema de conservación y restauración de la Salud Bucal, de acuerdo al grupo de edad.
5. Elaborar y difundir materiales educativos y didácticos referentes a medidas de promoción de la salud bucal y prevención de las enfermedades bucales, con base al grupo de edad.
6. Complementar en la comunidad atendida con programas relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida

### **Metas**

---

- Contar con los esquemas de conservación y restauración de la salud bucal
- Alcanzar 100% de cobertura en el esquema de conservación de la salud bucal del grupo de edad.
- Alcanzar el 25% de cobertura en el esquema de restauración de la salud bucal del grupo de edad.
- Realizar una plática del esquema de conservación de la salud cada 40 alumnos por cada grupo de edad.
- Contar con un programa de intervención relacionado a obesidad/desnutrición, embarazo, adulto mayor y personas con capacidades diferentes
- Contar con un programa de intervención relacionado con problemas socio-familiares como violencia, adicciones, desempleo y marginación.

### **Objetivo específico 2**

Brindar atención odontológica eficiente, de calidad y seguridad a los usuarios atendidos por la Institución Educativa

### **Líneas de acción**

1. Capacitación de individuos que participan en el Proyecto Social de Atención Bucal.
2. Diseñar instrumentos para medir la percepción relacionada a la satisfacción para servicios de atención bucal
3. Aplicar protocolos de control de infecciones.
4. Diseñar la logística para la implantación del servicio de conservación y restauración de la salud bucal.

### **Metas**

Contar con un instrumento de satisfacción para servicios de atención bucal  
Alcanzar 100% de seguridad en el control de infecciones  
Contar con el manual para la movilización de las unidades portátiles de atención bucal

### **Objetivo específico 3**

Coordinar y fortalecer la investigación y enseñanza en materia de salud bucal para el desarrollo del conocimiento y beneficio de los odontólogos y población en general.

### **Líneas de acción**

1. Definir las líneas de investigación de la Institución Educativa
2. Definir las líneas de trabajo de la producción de materiales educativos
3. Diseñar protocolos de investigación relacionados con las actividades del Proyecto Social de Atención Bucal.
4. Diseñar materiales educativos relacionados con la atención bucal.
5. Realizar estudios básicos, clínicos y epidemiológicos, sobre los factores de riesgo.
6. Desarrollar convenios con diferentes instituciones.
7. Gestionar recursos financieros para el desarrollo de investigaciones.

### **Metas**

- Contar con el documento que describa la línea de investigación del esquema de atención relacionado a la conservación de la salud bucal.
- Contar con el documento que describa la línea de investigación del esquema de atención relacionado a la restauración de la salud bucal.
- Contar con un protocolo de investigación relacionado con las actividades del Proyecto Social de Atención Bucal.
- Elaborar ocho productos académicos relacionados al Proyecto Social de Atención Bucal

## **Implementación del Programa de Intervención**

La implementación es usualmente considerada un proceso de menor valor en comparación a los procesos de diseño o evaluación de los proyectos de salud bucal, por lo que ha recibido menor atención de parte del mundo institucional y/o profesional. En la base de esta indiferencia está la idea -muy extendida- de que la implementación consiste en la "aplicación" de un diseño previamente elaborado, negociado y acordado. Se considera así al diseño y a la planificación como los momentos más importantes del ejercicio estratégico. Sin embargo, la experiencia, la investigación científica y el quehacer académico muestran que la implementación es en sí misma fuente de complejos problemas, que no pueden ser solucionados "ajustándose" mejor a lo planificado o exigiendo a los diseñadores que revisen su tarea. Se ha hallado además que los problemas de implementación no suelen ser resultado de grandes desacuerdos sobre los valores, objetivos o metodologías de las políticas. Paradójicamente, tales problemas suelen responder a la complejidad que tienen rutinas y actividades que solemos considerar ordinarias.

La salud de la población tiene determinantes tanto a nivel individual como social. Es por ello que se considera un modelo operativo que debe brindar información relevante, oportuna y de calidad que responda a las diferentes necesidades, agentes y acciones en los niveles de cobertura general, selectivas y dirigido a grupos o sectores específicos.

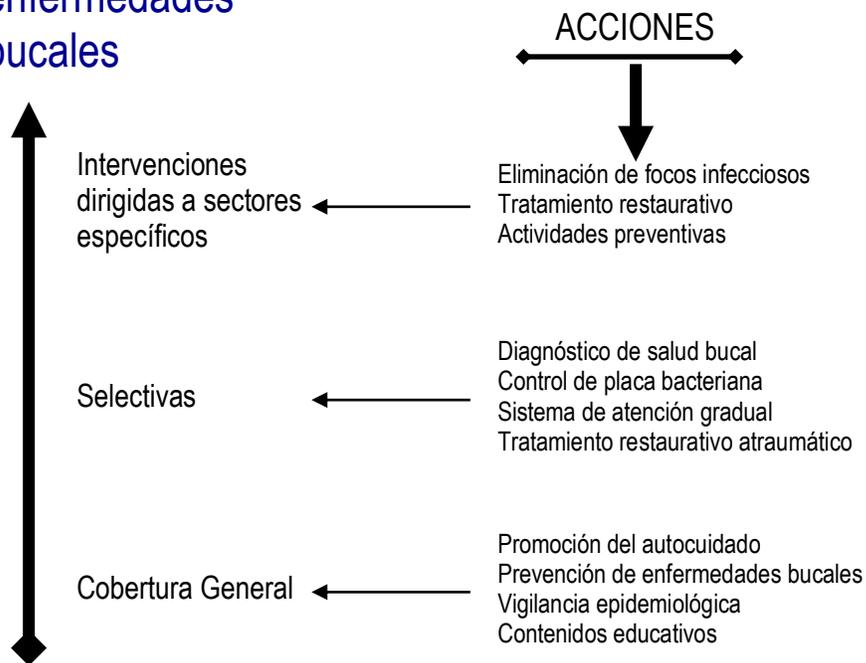
En el primer nivel, la vigilancia epidemiológica de las principales causas de morbilidad de las enfermedades bucales tiene como objetivo contar con información detallada acerca de los principales problemas de salud de la población mexicana. Los productos de información generados deberán servir de insumo para aquellas acciones que se deberán emprender, es decir, la información producida debe utilizarse como guía para la toma de decisiones.

En el segundo nivel, la vigilancia epidemiológica contempla sistemas especiales para condiciones de salud prioritarias para poblaciones particulares, ya sea por las características geográficas de la zona en que habitan, así como por condiciones relacionadas con aspectos sociales y conductuales, como las adicciones o lesiones de causa externa; o por su grupo de edad, como los defectos congénitos.

Para el tercer nivel, acciones dirigidas para la atención de la restauración de la salud bucal o la investigación operativa de problemas particulares, se orientan a la aplicación de procedimientos complejos en situaciones especiales. Como en las anteriores, debe ser el soporte para la toma de decisiones.

Cuadro no. 9

## Disminución de la morbilidad de las enfermedades bucales



Esquema de acciones del Proyecto Social de atención bucal (PSAB)

## **Seguimiento y Evaluación**

La vigilancia es esencial para la planeación y toma de decisiones, en los distintos niveles técnico-administrativos del Proyecto Social de Atención Bucal. Consiste en el monitoreo continuo y recopilación permanentes de datos sobre el impacto y funcionalidad del programa. Incluye la valoración de los determinantes, entornos y problemática que influyen en el desempeño por niveles de atención.

Es necesario fortalecer la infraestructura para el monitoreo y seguimiento continuo del Programa en todos sus componentes con recursos específicos que permitan contar con información para la elaboración de indicadores que den cuenta de las metas de conservación y restauración de las enfermedades bucales. En apoyo a las acciones antes señaladas, se sistematizarán los mecanismos de supervisión como una herramienta adicional de evaluación, monitoreo y capacitación en servicio del personal de salud.

La información necesaria para la evaluación de estos indicadores va a derivar de los sistemas de información en salud del Colegio Superior de Odontología y apoyará directamente los diferentes formatos de recopilación de información relacionados al estado de salud de la población; alimentará sustancialmente al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucles (SIVEPAB), coadyuvando a fortalecer así la integridad de los individuos y mejorando la calidad de vida.

La evaluación permanente de resultados requiere de disponibilidad y acceso a fuentes de información oportunas y confiables que estará disponible para todos el sector. En ausencia o insuficiencia de dichas fuentes de información, será necesario contar con infraestructura y recursos de operación para su construcción.

Las medidas e índices epidemiológicos se utilizan en los programas de intervención para la salud bucal, se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de Caries Dentales y Enfermedades Periodontales, entre otras enfermedades bucales, en diferentes poblaciones; se usan para comparar los efectos que intervenciones o tratamientos determinados producen sobre la salud bucal del grupo que se esta interviniendo; y se obtienen los siguientes beneficios

- Permite conocer la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucodentales en la población
- Clasifica la patología bucal
- Permite conocer la distribución de las enfermedades bucodentales entre la población
- Estima riesgos
- Proporciona información necesaria para planear, evaluar y optimizar recursos en la atención Odontológica

- Evalúa el impacto de los programas que se aplican entre la población

**Instrumentos de Medición de Aplicación en Proyectos Sociales relacionados a la boca.**

Índice CPOD

(Índice de Piezas cariadas, perdidas, obturadas de la segunda dentición)

- Se utiliza para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Índice IHOS

(Índice de Higiene oral simplificado)

- Determinar y evaluar cuantitativamente y cualitativamente el grado de higiene oral en la población. Los resultados obtenidos de aplicar medidas estrictas relacionadas a los cuidados de la integridad de la boca.

## **Bibliografía**

1. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información. Número 15, Volumen 25, 2008. México.
2. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Programa de Salud Bucal. SSA México; 2000.
3. Anderson RJ. The reduction of dental caries prevalence in English schoolchildren. *J Dent Res* 1982; 61(Special Iss): 1311-6.
4. Downer MC. Secular changes in caries dental experience in Scotland. *J Dent Res* 1982; 61(Special Iss):1336-9.
5. Holst A, Braune K, Kjellberg M. Changes in caries experience among 6-year-olds in Blekinge, Sweden between 1994 and 2000. *Swed Dent J* 2004; 28:129-35.
6. Pieper K, Schulte AG. The decline in dental caries among 12-year-old children in Germany between 1994 and 2000. *Community Dent Health* 2004; 21:199-206.
7. Escobar P: Gloria, Ortiz Z., Ana Cecilia;Mejia O., Luz Mery. Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 21, Núm. 2, julio-diciembre, 2003, Universidad de Antioquia Colombia
8. Miriam Ortega-Maldonado, Vanesa Mota-Sanhua y Juan C. López-Vivanco. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México *Rev. salud pública*. 9 (3):380-387, 2007
9. Poul Erik Petersen, Continuous Improvement of Oral Health in The 21st Century The World Oral Health Report 2003. WHO
10. Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas, a través de avances críticos en la salud oral. El camino hacia delante: 2005-2015 OPS.
11. Estupiñan D,S. Improving Oral Health in Latin America. *Oral Care Report /Harvard* 1999; Vol.9,núm 3.
12. Organización Panamericana de Salud. Boletín Epidemiológico Publicación Científica y Técnica No. 615
13. Greene, J. C., and Vermillion, J. R.: The simplified oral hygiene index. *J Amer Dent Assoc* 68: 7-13, January 1964.
14. Suárez Vera D. Psicología de las edades. En: Nuñez de Villavicencio Porro F. *Psicología y salud*. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.p. 135- 44
15. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p.32- 52
16. Mirna Minaya-Sánchez,a Carlo Eduardo Medina-Solís,b\* Juan Fernando Casanova-Rosado,a Alejandro José Casanova-Rosado,a Ma. De Lourdes Márquez-Corona,b Horacio Islas-Granillo y Arturo José Islas-Márquezb. Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos. *Gac Méd Méx* Vol. 146 No. 4, 2010
17. Juan Cardentey García, Ania Mercedes Silva Contreras, Yoleine Pulido Valladares. Caracterización de la salud bucal en la adolescencia temprana en un área de la salud. *Rev. Ciencias Médicas* jul-sep 2011; 15(3): 15-27
18. Rebecca Harris, Alison D Nicoll, Pauline M Adair and Cynthia M Pine. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literatura. *Community Dental Health* (2004) 21 (Supplement), 71-85`
19. Mattos MA, Melgar RA. Riesgo de caries dental. *Rev Estomatol Herediana* 2004;14(1-2) : 101 – 106
20. Kidd EAM, Fejerskov O. What Constitutes Dental Caries? Histopathology of Carious Enamel and Dentin Related to the Action of Cariogenic Biofilms. *J Dental Res* 2004; suppl 1: C35-C38