



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**POLÍTICAS DE SALUD ORAL EN PROGRAMAS
DIRIGIDOS A ESCOLARES Y ADOLESCENTES:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LAURA ELENA ELIZABETH MONTOYA MAGAÑA

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo está dedicado principalmente a mis padres José Nicolás Montoya Escalante y Laura Magaña Sánchez quiénes me han apoyado siempre y me han dejado la mejor herencia que es la educación. Gracias por todos los sacrificios que han realizado para brindarnos lo mejor a mis hermanas y a mí. Espero que esta nueva meta cumplida la sientan como el resultado de todos estos años de trabajo y esfuerzo, ustedes han sido la razón por la cuál seguir adelante y no rendirme. Gracias Papá, sin ti jamás habría podido llegar hasta aquí, Te Quiero y este logro está especialmente dedicado a ti.

Gracias a mis hermanas Araceli y Pilar por su apoyo cuando las he necesitado y gracias porque con cada una de ustedes he vivido momentos muy especiales y felices, siempre he estado orgullosa de ustedes y deseo que su vida esté llena de éxitos.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por recibirme y hacerme parte de esta maravillosa comunidad, pertenecer a esta casa de estudios ha sido la mejor experiencia de mi vida, estudiar en sus aulas es el mayor logro que he alcanzado, siempre he sido y seré ORGULLOSAMENTE UNAM. Gracias a la Facultad de Odontología y los académicos con los que tuve oportunidad de tomar clase, sin duda toda su experiencia y conocimientos han logrado una gran impresión en mi educación.

Gracias a mi tutora la Mtra. Miriam Ortega Maldonado por su apoyo durante la realización de este trabajo, siempre le estaré agradecida.

Gracias también a todos mis amigos que siempre han estado para apoyarme y escucharme cuando los he necesitado, comenzando con una gran amiga Fernanda Delgadillo con quién he compartido 20 años de amistad. Gracias a Alejandro, Arturo, Shoshana, Mario, Tania F., Marlene, Francisco, Lucio, Liliana, Fernanda S., Tania S., Oscar, Betel, Vanesa, Dr. Victor F., Mario M., y espero no olvidar a alguien, con cada uno de ustedes he vivido los mejores momentos de mi vida y por eso les estaré eternamente agradecida. Y por último, gracias a Marco Silva por el tiempo compartido, por quererme y apoyarme siempre, no podría ser más feliz si no fuera A tu lado, Te quiero ∞.

¡¡¡ Gracias!!!

Índice

Introducción	4
Objetivo	6
Propósito	7
1. Políticas de Salud	
1.1 Políticas de Salud Oral	8
1.2 Políticas de Salud Oral de acuerdo a la OMS	8
1.3 Políticas de Salud Oral en México	10
1.4 Políticas de Salud Oral en otros países	15
1.4.1 República de Colombia	15
1.4.2 Bolivia	16
1.4.3 Venezuela	17
1.4.4 Chile	18
2. Programas sobre Salud Oral	
2.1 Programa de acción Específico 2007-2012 Salud Bucal	19
2.2 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2010	28
2.2.1 Salud Bucal del Niño y Adolescente	30
2.2.2 Salud Bucal del Adulto	33
2.3 Encuestas de Salud Oral en México	
2.3.1 Encuesta de Morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal (1980)	35
2.3.2 Encuesta de Caries Dental (1988)	36
3. Programas dirigidos a Escolares y Adolescentes	
3.1 Salud Bucal del Niño y el Adolescente	39
3.2 Registros sobre Salud Oral en Escolares y Adolescentes	42
Conclusiones	47
Referencias	50

Introducción

Las Políticas de Salud Oral implementadas por los Sistemas de Salud de cada país sirven como estrategias para promover la salud oral, prevenir enfermedades en boca, además de identificar y resolver dichos eventos presentes en la cavidad oral. La aplicación de estas políticas es de gran importancia debido a que al ser el sistema estomatognático parte de un conjunto mayor de sistemas, el obtener salud a este nivel implica lograr una mejor calidad de vida en la población.

Es por ello que resulta importante el realizar una revisión sobre las diferentes políticas de salud oral que han sido implementadas a través de Planes y Programas de Acción creados por los diferentes gobiernos mediante las instituciones prestadoras de servicios de salud, para así conocer si éstas estrategias han obtenido resultados en la población, cómo se han beneficiado y los cambios y mejorías hechas en cuanto a políticas de salud oral.

En la actualidad, los principales eventos presentes en la población y por lo tanto, en donde se debe hacer mayor énfasis en la creación y aplicación de políticas de salud oral son la caries dental, la enfermedad periodontal, la pérdida de órganos dentarios y el cáncer en la cavidad oral, sin excluir a los factores predisponentes para el desarrollo de éstas (embarazo, enfermedades crónicas como la diabetes, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), hábitos como el tabaquismo, consumo de alcohol y una dieta inadecuada con alto consumo de carbohidratos).

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que a través de la elaboración de programas de acción sobre salud oral en cada país para la aplicación de políticas que lleven a la población mundial a mejores niveles en salud oral, salud general y por lo tanto calidad de vida.

Por lo tanto, las políticas de salud oral deben estar enfocadas en evitar que dichas patologías y factores de riesgo se presenten en la población mediante la implementación de programas de acción que muestran las diferentes estrategias que deben llevarse a cabo.

Objetivo

Describir las Políticas de Salud Oral existentes actualmente en programas de salud de países como Colombia, Venezuela, Bolivia, Chile y México que de acuerdo a su economía y gobierno se encuentran dentro del grupo de países en vías de desarrollo.

Asimismo, conocer las políticas sobre salud oral en niños y adolescentes que se han implementado en México a lo largo del tiempo a través de programas de acción creados específicamente para obtener una mejoría en la salud oral y revisar los resultados que se han registrado mediante encuestas, programas, estudios y datos recopilados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patología Bucal (SIVEPAB).

Propósito

Realizar una revisión bibliográfica sobre las políticas de salud en programas dirigidos a niños y adolescentes, conociendo en primer lugar, las políticas implementadas en países como Colombia, Venezuela, Bolivia, Chile y México.

Revisar el Programa de Acción Específico del 2007-2012 sobre Salud Bucal para identificar las políticas que se encuentran en él, además de las acciones y metas que propone. Así como la revisión de los resultados obtenidos por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) de 2010 y las Encuestas sobre caries dental de 1980 y 1988 para conocer si las metas propuestas se alcanzaron específicamente en niños y adolescentes.

Políticas de Salud Oral en Programas dirigidos a Escolares y Adolescentes: Revisión Bibliográfica.

1. Políticas de Salud

Las políticas de salud tienen un gran impacto en el estado de bienestar en una población. Si definimos cada uno de los conceptos para comprender a qué se refiere una Política en Salud, podemos entender que “Política” según el diccionario se define como: El arte de gobernar y mantener la tranquilidad y seguridades públicas y conservar el orden, progreso y buenas costumbres (...) Arte o traza con que se conduce un asunto o se emplean los medios para alcanzar un fin determinado.

¹ El concepto de “Salud” de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es El completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.² Por lo tanto, una Política de Salud será la forma en la que el gobierno a través de diferentes estructuras, leyes, normas y programas, llevará a la sociedad a un bienestar total común.

1.1 Políticas de Salud Oral

De acuerdo a lo anterior, las Políticas de Salud Oral tendrán como objetivo central la prevención y atención de las principales enfermedades orales, como lo son la caries dental, la enfermedad periodontal, y el cáncer bucal, mediante diferentes programas y estrategias de atención.

Tratándose de salud oral en una población, se debe tomar en cuenta que una población es un conjunto de individuos, por lo tanto, se logrará la meta de salud oral en este nivel llevando a cabo acciones que brinden salud a cada persona que forme parte de una comunidad, a través de la prestación de servicios individuales y comunitarios, además de las intervenciones en salud pública.

1.2 Políticas de Salud Oral de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la Asamblea para la Salud del año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso las políticas para el mejoramiento de la salud oral a nivel mundial haciendo énfasis en que ésta es esencial para lograr

un estado de salud general óptimo y por lo tanto tener una población con una mejor calidad de vida. La OMS establece como acciones prioritarias:

- El uso efectivo de fluoruros mediante la administración de fluoruro de forma sistémica a través del agua potable, la sal, o la leche, el uso tópico de fluoruro, así como en la pasta dental.
- Una dieta y nutrición adecuadas con bajo consumo de carbohidratos.
- La prevención y control del hábito del tabaquismo para así evitar las enfermedades causadas por el tabaco.
- La prevención del cáncer en la cavidad oral.
- La promoción de la salud oral en niños y adolescentes.
- El mejoramiento de la salud oral en los adultos mayores.
- El establecimiento de la salud oral como parte de la salud general y la calidad de vida.
- La creación de sistemas para la salud oral.
- La promoción y prevención de la salud oral en personas con enfermedades de transmisión sexual e infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como el tratamiento de acuerdo a las necesidades que presenten debido a su condición.
- La creación de sistemas de información sobre salud oral para obtener evidencia sobre el funcionamiento de las políticas de salud oral y la formulación de metas específicas para cada población.
- Y por último, promover la investigación sobre salud oral.³

De acuerdo a la OMS, la salud oral a nivel mundial depende de diferentes factores incluyendo los económicos, en donde países desarrollados con mejores programas de salud oral y que cuentan con sistemas y políticas de salud bien establecidos han reducido la prevalencia de caries dental en su población, mientras que en los países subdesarrollados, aunque en algunos la enfermedad de caries dental ha disminuido, en otros el índice de caries se ha visto incrementado debido probablemente a un alto consumo de carbohidratos y a la falta o

inadecuado establecimiento de acciones masivas de prevención como lo es la fluoruración del agua o la sal doméstica.

Estas políticas formuladas por la OMS deben servir como base para la creación de políticas sobre salud oral en cada país e implementadas a través de programas de acción adecuados para la población de acuerdo a sus necesidades de atención.

1.3 Políticas de Salud Oral en México

En México, así como en otros países del mundo principalmente los que pertenecen al tercer mundo o subdesarrollados, los eventos que con mayor frecuencia se presentan en cuanto a salud oral son la caries dental, la enfermedad periodontal y el cáncer en boca, debido a esto, tanto el gobierno -en sus diferentes estructuras-asociaciones, e instituciones de salud ya sea educativas como prestadoras de servicios, han realizado y llevado a cabo diferentes políticas para la atención, prevención y educación sobre dichas situaciones. De esta manera, se estaría más cerca de lograr el concepto de salud dado por la OMS, ya que la boca al tratarse del inicio del sistema estomatognático, es fundamental se encuentre libre patologías. Al ser una enfermedad en boca un elemento de bajo riesgo para la salud del paciente –excepto el cáncer oral- es decir, no amenaza su vida, la asistencia o utilización de servicios de salud dental es escasa, sin tomar en cuenta que cualquier alteración a nivel oral altera el funcionamiento general de los sistemas. Es bien sabida la relación existente entre las enfermedades bucodentales y los eventos sistémicos tales como endocarditis bacteriana, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, infarto, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria, y osteoporosis, así como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros, además de deficiencias nutricionales en los adultos y cáncer. Por lo tanto, es de suma importancia el control y prevención de las patologías que afectan la salud oral.⁴

Dicho lo anterior, el gobierno, junto con las instituciones de salud comenzaron a crear políticas que beneficiaran a los habitantes del país, comenzando con acciones preventivas, higiénicas y de fomento a la salud

dental en niños en edad escolar a través de los Centros de Salud, esto en los años sesenta, misma década en la que la Dirección de Odontología de la SSA fue creada. Así mismo, se inició el proyecto para añadir el ión flúor al agua potable o a la sal de mesa como estrategia preventiva masiva, lo cual reduciría la caries dental, comenzando con las plantas potabilizadoras de Los Mochis, Sinaloa, Veracruz, Veracruz y en el Distrito Federal. Sobre las metas alcanzadas durante este proyecto, no se tienen datos, ya que dichas plantas fueron cesadas debido a cambios en la administración y de recursos.

Continuando con las políticas implementadas en el siglo XX, en las décadas de los 70 y 80, al reconocer que los índices de caries en niños de edad escolar eran elevados, y observando que no todos los hogares en el país contaban con agua corriente y que además ésta no contenía el nivel adecuado para lograr un beneficio (0.7 1.59 ppm), se tomó como medida la fluoruración de la sal de uso doméstico con base en las cantidades recomendadas por organismos internacionales, para así lograr un efecto profiláctico en caries, además del cariostático. Y ya que es añadido a agua o sal doméstica, no es necesaria la participación consciente y continua del paciente.

En la actualidad en conjunto con los programas de Yodación y Fluoruración de sal, y con el objeto de brindar protección a los escolares, se propusieron diferentes estrategias, acciones y modelos basados en la norma "NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar". Maupomé, en su artículo sobre Políticas de salud bucal en México, resume la actividad política enfocada a la salud oral de los años 80 de la siguiente forma: 1) en 1981, la publicación del Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal, en el Diario Oficial de la federación en México; 2) en 1984, la definición de la fluoruración de la sal en el Programa Nacional de Salud; 3) en 1985, la promoción legal y económica para la fluoruración de la sal, por instancia del instituto de la Salud en el Estado de México; 4) en 1987, la creación del Comité Interinstitucional para la Fluoruración y elaboración del Programa nacional en México; 5) la segunda publicación

y reformas al reglamento para la sal yodada y fluorada; 6) la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988; y 7) la puesta en marcha de los modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud.

Comenzando en los años 90, surge el modelo de salud oral para escolares, interesado en mejorar la salud oral partir de involucrar de manera integral los aspectos educativos, preventivos, curativos y de participación social de esta población, También se pretendía que los niños obtuvieran los conocimientos, conductas, actitudes y hábitos positivos de salud oral.⁵

Otros programas y normas que se dieron durante la última década del siglo XX promocionando la salud bucal según Maupomé, son: El Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares y Escolares. La NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades orales, cuyo objetivo es establecer los métodos, técnicas y criterios de operación del sistema Nacional de Salud, con base en los niveles de prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades en boca de mayor frecuencia en la población, de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los establecimientos de salud y prestadores de servicios que realicen acciones para la promoción de la salud oral, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en boca. La NOM-040-SSA1-1993, publicada en 1995, que habla sobre establecer las especificaciones sanitaria que debe cumplir la sal yodada y sal yodada fluorada destinadas para consumo humano, sal yodada para uso de la industria alimentaria y sal yodada para consumo animal. Posteriormente en 1996 comenzaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, realizadas dos veces al año, en los 32 estados del país en clínicas y escuelas primarias, en donde participan las instituciones del Sector Salud y la Secretaría de Educación Pública. Su objetivo es aumentar la prevención enfocada a la caries dental, la gingivitis, las maloclusiones, el cáncer oral y los padecimientos dentofaciales.⁶

En el periodo 2000 – 2006 continúa una alta incidencia y prevalencia de caries y enfermedad periodontal en la población en un 90 y 70 por ciento, respectivamente. De acuerdo, al Programa Nacional de Salud 2001-2006 las principales políticas de salud en México son:

- Promoción de la salud oral de la población
- Fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional
- Intensificación de las actividades de salud oral durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal
- Promoción del desarrollo de investigaciones en salud oral
- Ampliación de la cobertura del servicio estomatológico a zonas marginadas de difícil acceso aplicando el Tratamiento Restaurativo Atraumático
- Fortalecimiento de la coordinación entre las áreas relacionadas con el Programa de Fluoruración de la sal de Mesa.⁷

Con esto se pretende reducir la prevalencia de caries a los 6 años de edad al 50 por ciento y obtener a los 12 años de edad un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de tres.

Incluida en la Política Nacional de Salud, encontramos el Programa de Acción 2001-2006 sobre Salud Bucal, cuyo objetivo fue, disminuir la morbilidad bucal mediante la promoción, prevención, protección y curación a todos los grupos de la población, contribuyendo a mejorar su calidad de vida a través de políticas y estrategias que vigilen, establezcan y fortalezcan mejores condiciones de salud oral, a efecto de brindar atenciones odontológicas seguras, de alta calidad, con eficiencia, y accesibles a toda la población. Dichos objetivos de este Plan de Acción, pretendían alcanzarse mediante diferentes estrategias como:

- La fluoruración de la sal de mesa como estrategia preventiva masiva
- Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA)

- La mejora en la calidad de la atención mediante la ampliación y actualización de los consultorios dentales y la capacitación continua a los odontólogos
- Las Semanas Nacionales de salud Bucal y el componente de salud bucal del Preescolar y Escolar.⁸
- El Sistema de Vigilancia epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB) para el seguimiento y determinación de las necesidades de atención.⁹

Siguiendo con las políticas, en el año 2003 se creó el Sistema Nacional de Cartillas de Vacunación, cuyo uso pretendió reducir el impacto de las secuelas por tratamientos tardíos de enfermedades y lesiones en individuos, familias, comunidades y sociedad. Para lograrlo, se planteó dos objetivos: reducir la carga de enfermedad, modificando los determinantes con entornos y comportamientos saludables e integrar la protección personal con prevención específica para cada etapa de la vida. Para ello, la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los servicios de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina(SEMAR) y Petróleos Mexicanos (PEMEX) se dieron a la tarea de diseñar cinco nuevas cartillas nacionales de Salud:

- Niñas y Niños de 0 a 9 años
- Del Adolescente de 10 a 19 años
- De la Mujer de 20 a 59 años
- Del Hombre de 20 a 59 años
- Del Adulto Mayor de 60 años

Mismas que integran acciones de promoción de la salud, nutrición, detección, prevención y control de enfermedades, esquema de vacunación y un apartado de citas médicas. En donde uno de los aspectos básicos es la salud oral.¹⁰

Con relación a fechas más recientes surge el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Salud Bucal, en donde se busca promover, prevenir y proteger la salud oral de la población para reducir la carga de morbilidad bucal, ayudando así a mejorar la calidad de vida, aplicando diferentes estrategias, políticas y programas estatales e institucionales.¹¹

1.4 Políticas de Salud en otros países

1.4.1 República de Colombia

En Bogotá, Colombia, el Ministerio de Protección Social incluyó como objetivo 3 la Salud Bucal dentro del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), sus objetivos para el periodo comprendido entre los años 2007 – 2010 es de un índice CPO menor de 2.3 a la edad de 12 años y que el 60% de los habitantes mayores de 18 años presenten en boca la mayoría de sus dientes permanentes. De acuerdo a los índices propuestos por la FDI, la OMS y la Asociación Internacional de Investigación Dental (IADR) para el año 2020, que mediante programas de salud nacionales, regionales y locales, propone un máximo de 3 dientes cariados en niños en edad escolar y el mantenimiento del 85% de todos los dientes en la población, las metas en cuanto al total de dientes, se encuentran por debajo de las estimadas por dichas Instituciones.

El Plan Nacional de Salud Pública establece metas para alcanzar sus objetivos, la primera de ellas es: Lograr un índice COP-D promedio a los 12 años de edad menor de 2.3., para llevar esto a cabo, según el PNSP es fundamental iniciar el proceso desde la primera infancia, siguiendo acciones de promoción de la salud oral y prevención de enfermedades y así evitar o disminuir la presencia de caries. Así mismo, este programa introduce a los niños menores de 1 año a la atención odontológica, con el fin de identificar, controlar e intervenir la enfermedad cariosa de forma temprana, por lo tanto el gasto económico se reduce. La segunda meta a alcanzar es: Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años. Es decir, “reducir el número de dientes permanentes perdidos por caries dental” mediante el fomento y promoción de la salud, prevención de enfermedades que

afectan la dentición y además contar con acceso a servicios odontológicos para diagnosticar y atender de forma más oportuna los órganos dentarios afectados y no recurrir a los servicios de exodoncia o rehabilitación.

Para llevar a cabo la aplicación de este programa, en cada entidad territorial se encontrarán las Instituciones Centinela, mediante las cuales se obtendrán la evaluación de las personas, el registro de la información, así como la consolidación y remisión de indicadores a través de su red de servicios odontológicos.

La población a la que va dirigido este plan es: Niños y niñas de 12 años para monitoreo de la meta 1. Y, para el monitoreo de la meta 2: adultos de ambos sexos de 25, 35, 45, 55 y 65 años.¹²

1.4.2 Bolivia

El Ministerio de Salud Pública y Previsión Social tiene como base el Programa Regional de Salud Oral de Bolivia del año 2003, el cuál, dentro de sus políticas y objetivos se encuentran lograr que la población obtenga una atención integral en salud y elimine toda forma de exclusión, participando activamente en la defensa de la salud oral con estrategias organizadas solidarias, accesibles, eficientes, que garanticen un desarrollo sostenible y con múltiples prestadores de servicios. Para así mejorar el estado de salud oral de la población boliviana con mayor énfasis en niños de 5 años, escolar, adolescente y madre gestante. Como políticas se mencionan el:

- Implementar programas de Promoción de la Salud Oral
- Implementar el uso de fluoruros en los diferentes grupos etéreos
- Disminuir el índice de caries mediante programas de fluoruración de la sal
- Mejorar la calidad y oportunidad de atención
- Desarrollar e implementar las normas de salud oral
- Supervisar, monitorear y evaluar los programas de salud oral
- Contribuir a mejorar el estado de salud biopsicosocial de los adolescentes, a través de su atención odontológica integral.

En Bolivia, los problemas principales ante los cuáles se debe prestar mayor atención son la enfermedad cariosa y enfermedad periodontal, la ingesta de una dieta altamente cariogénica en escolares y adolescentes, y la falta de educación para salud oral en la población. Por ello, es básico recurrir a la promoción, prevención y curación de la salud oral a través de programas de promoción de la salud, así como implementar y fortalecer el programa de fluoruración de la sal, llevar a cabo una vez al año la “Semana Nacional de Salud Oral”, Incrementar la aplicación de la Técnica de Restauración Atraumática (TRA). El Componente de Salud Oral para el Preescolar y Escolar cuyo objetivo es reducir la incidencia y severidad de caries y enfermedad periodontal en dicha población, educando y brindando prevención y atención curativa básica.¹³

1.4.3 Venezuela

En Venezuela así como en los países anteriores, la Caries Dental se considera como la de mayor prevalencia en esta población, continuando con la Enfermedad Periodontal y las Maloclusiones Dentarias, además de la Fluorosis Dental por la presencia de pozos en zonas de riesgo del país con concentración de Flúor mayor a 1ppm. Desplazando así la Fluorosis Dental a las Maloclusiones Dentales debido a su magnitud. Para regular y controlar dichas enfermedades, Venezuela cuenta con el Programa Nacional de Salud Oral, cuyo objetivo es el de “Mejorar las condiciones de Salud Bucal de la Población a través de:

- La Promoción de estilos saludables
- La Prevención Masiva y Específica
- La Atención Odontológica integral, con el apoyo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológico adecuado.

Involucrando a toda la población, pero principalmente a los grupos de edades de 3 a 14 años y mujeres embarazadas. A través de estrategias tales como la promoción, prevención, atención básica integral, capacitación, investigación, vigilancia epidemiológica y la participación de la comunidad con un mayor énfasis en Niños (3 a 14 años) y

Adolescentes (15 a 18 años) realizando una atención integral odontológica, prevención masiva a nivel escolar, fluoruración de la sal de mesa, brindando educación para la salud oral y promoviendo estilos de vida saludables. Otro grupo de importancia es la mujer embarazada en donde en el primer y tercer trimestre sólo se practicará tratamiento de emergencia y en el segundo trimestre, se educará a la madre, se podrá brindar atención odontológica básica, además de profilaxis y prevención de factores de riesgo. El último grupo de atención en este programa son los Adultos, aquí, la prevención de factores de riesgo, la promoción de estilos de vida saludables y la educación para la salud serán de suma importancia, así como la atención odontológica.¹⁴

1.4.4 Chile

Debido a que como en otros países las principales patologías son la Caries Dental, la Enfermedad Periodontal, y las anomalías dento-maxilares que aunque no ponen en riesgo la vida del paciente pero si su calidad de vida, la Política de Salud Bucal implementada ha estado enfocada a la prevención y promoción de la Salud Bucal, con actividades en grupos beneficiarios, es decir, menores de 20 años, mujeres embarazadas y acciones con un gasto económico efectivo. Para esto, se estableció el Plan Nacional de Salud Bucal 2000 – 2010 que consta de 3 componentes:

- Atención odontológica integral a estudiantes en módulos dentales, que comprenderá de acciones educativas, preventivas y curativas a los escolares de primer año básico y Controles de Mantenición a escolares de tercero, quinto y séptimo año básico.
- Promoción en escuelas saludables con condicionante de salud en boca, mediante la participación de la población escolar (alumnos, padres, profesores y administrativos).
- Leche fluorada a estudiantes beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar (PAE) que no cuentan con agua fluorada.¹⁵

2. Programas sobre Salud Oral

2.1 Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Bucal.

En el Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre la Salud Bucal, se muestran diferentes estrategias para reducir los factores de riesgo asociados a Caries Dental y Enfermedad Periodontal, para así mejorar la calidad de vida de los mexicanos mediante diferentes acciones de acuerdo a las necesidades de atención de la población.

El Programa de Acción de Salud Bucal es un documento que servirá como guía para promover la Salud Bucal en el país, compartiendo las metas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, para así disminuir la presencia de enfermedades bucales y por lo tanto costos económicos y sociales causados por éstas.

Según el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental, el Programa de Acción Específico de Salud Bucal ha llegado a ser un programa de consolidación en vez de uno de crecimiento, ya que evidencias demuestran una reducción en el índice CPOD-12 ahora menor a 3 a nivel nacional (1.9 en 2001) cuando en 1989 era de 4.4.

Estrategias del Plan de Acción Específico 2007-2012 sobre Salud Bucal.

Una de las estrategias preventivas con mayor alcance a nivel nacional ha sido el establecimiento de la fluoruración de la sal doméstica para disminuir la caries dental, que en la actualidad cubre más de 75 millones de personas.

El Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA), es otra estrategia con la cual se pretende incrementar y mejorar el acceso a la salud bucal para limitar el daño causado por los procesos cariosos en poblaciones con mayor dificultad de acceso al servicio odontológico.¹⁶

Igual de importante es la actualización del personal odontológico, así como la renovación y mejoramiento de las instalaciones, para así llevar a un mejor nivel la atención brindada a los pacientes que requieran asistencia dental, de acuerdo a esto, también se vuelve indispensable un

sistema para determinar y evaluar el estado de salud bucal, además de ubicar las necesidades de atención de la población, de esta forma se llegó a la creación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB), el cual nos ofrece una perspectiva epidemiológica del programa.

Una estrategia benéfica y eficaz que involucra prevención y promoción a la salud oral en escolares, desarrollando estilos de vida saludables para así disminuir factores de riesgo y contribuir al control efectivo de las enfermedades bucales son las Semanas Nacionales de Salud Bucal y el componente de Salud Bucal del Preescolar y el Escolar, el lograr educar en esta población específica llevará a una mejor salud en futuras generaciones.¹⁷

La estrategia más reciente implementada en todo el país, igualmente preventiva y de promoción a la salud, es el Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal en el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, este sistema divide a la población por edades, una cartilla por cada grupo de edad, en las cuáles se vuelve fundamental la promoción de la higiene bucal, la detección de lesiones en la cavidad oral y la higiene que deben procurar los adultos mayores que utilizan prótesis.¹⁸

A través de la implementación de estas estrategias se ha logrado fortalecer la salud bucal y general de la población mexicana.

El Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Salud Bucal, se encuentra relacionado con el Plan Nacional de Desarrollo llamado "Igualdad de Oportunidades", que en su apartado 3.2 salud, se vincula con los objetivos 4, 5, 6, 7 y 8 cuya meta es:

Plan Nacional de Desarrollo	Programa de Acción Específico: Salud Bucal.
Objetivo 4: Orientar a mejorar las condiciones de salud de la población.	Objetivo 4: Coordinar y fortalecer la investigación y enseñanza en materia de salud bucal para el desarrollo del conocimiento de los odontólogos en beneficio de la población en general.
Objetivo 5: Brindar servicios eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente.	Objetivo 3: Brindar atención odontológica eficiente, de calidad y seguridad a los usuarios de los servicios de salud. Objetivo 5: Promover el incremento de la productividad de la atención odontológica en el primer nivel de atención de los servicios de salud.
Objetivo 6: Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.	Objetivo 1: Reducir el rezago en atención odontológica mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables que se presentan en cada región del país.
Objetivo 7: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.	Objetivo 2: Universalizar las acciones de prevención odontológica en los servicios de salud del sector.

Fuente: Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012

Los sectores de la población con mayor riesgo a padecer enfermedades bucales son, según la Organización panamericana de la Salud, las familias con bajos recursos, marginadas geográfica y socialmente, migrantes y las personas con capacidades diferentes.¹⁹

Por ello, esta organización creó el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental, en el cuál México está incluido.²⁰ Este plan, al igual que sus similares, como meta principal tiene el reducir la carga de morbilidad de diversos padecimientos bucodentales para el año 2015, además dentro de sus objetivos están el reducir el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años, mejorar la evaluación y el tratamiento de otros problemas de salud bucodental en la región y aumentar el acceso a los servicios de salud bucodental. Para clasificar el progreso en los diferentes países, el plan se basa en el índice CPOD a los 12 años de edad, esta clasificación se divide en tres etapas de acuerdo a la gravedad de la caries dental:

- Emergente: definida por un CPOD-12 de más de cinco y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y el agua.

- De crecimiento: definida por un CPOD-12 de entre tres y cinco y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y agua.
- De consolidación: definida por un CPOD-12 de menos de tres y la existencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y agua.

De acuerdo a la OPS, en cuanto a la enfermedad de caries dental, hubo una reducción en el índice CPOD-12 de 35% a 85% en la región de las Américas, dentro del periodo 1996 a 2005.²¹

Cuadro 1: Cuadro de la clasificación de la salud bucodental, alrededor de 1996

Emergente CPOD 5 9 países	De crecimiento CPOD 3-5 15 países	De consolidación CPOD <3 8 países
Belice El Salvador 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	Bahamas Bermuda Canadá Cuba Dominica Estados Unidos de América Guyana Jamaica

Fuente: Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012

Cuadro 2. Clasificación de la Salud Bucodental en las Américas, 2005

Emergente CPOD 5 2 países	De crecimiento CPOD 3-5 7 países	De Consolidación CPOD <3 29 países	
Guatemala Santa Lucía	Argentina Bolivia Chile Honduras Panamá Paraguay República Dominicana	Anguila araba Bahamas Barbados Belice Bermuda Brasil Canadá Colombia Costa Rica Cuba Curazao Dominica Ecuador El Salvador Estados Unidos de América	Granada Guyana Haití Islas Caimán islas Turcas y Caicos Jamaica México Nicaragua Perú Suriname Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela

Fuente: Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012

En México, los estados en donde se encontraron los índices CPOD-12 con un rango moderado que va de 2.1 a 3.0 fue en la región centro del país. Siendo Morelos, Tlaxcala y Puebla, los estados con un índice de 3.1.²²



Fuente: Secretaría de Salud. Programa de Salud Bucal. Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. México. 2006.

Las estrategias utilizadas para llegar a tener estos índices son: La fluoruración de la sal doméstica; Acciones de educación para la salud para el cuidado y prevención de la caries dental en escolares mediante el

programa de Salud Bucal del Preescolar y el Escolar; Las Semanas Nacionales de Salud Bucal; Diseño de estrategias, prevención y atención de acuerdo a las necesidades de la población a través la información epidemiológica obtenida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB).

La caries dental sigue siendo el mayor problema en Salud Bucal, de acuerdo a datos recopilados por el SIVEPAB en el 2007, en donde el 100% de los pacientes que acuden a los servicios de salud odontológicos presentan esta patología y el 53% manifiestan algún grado de enfermedad periodontal. Existe un índice alto de caries dental en todos los grupos de edad, además de un incremento periódico de pérdida dental a lo largo de la vida, llegando a los 65 años habiendo perdido 10 órganos dentarios. Siguiendo con estos datos, sólo 3 dientes reciben tratamiento en los diferentes grupos de edad, lo que demuestra un índice de necesidades de más del 70%. Tratándose de enfermedad periodontal, se encuentra una prevalencia promedio de 70% en el grupo de edad de 30 a 50 años, en mujeres en edad reproductiva esta cifra es de 60%, resultado de la falta de higiene dental.

Otra situación que representa un problema para la Salud Bucal, son los grupos con mayor riesgo a presentar enfermedades bucales como son escolares, embarazadas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónico degenerativas, pacientes con VIH y con capacidades diferentes, resultando en una reducción en la calidad de vida. En escolares específicamente, se ha observado una pobre promoción y prevención de la salud, además de limitada atención curativa por la falta de recursos humanos, materiales y financieros.²³

De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias, durante el 2003 se reportaron 1,449 casos de neoplasias malignas localizadas en labio, cavidad bucal y faringe, lo que representa un problema con el que actualmente se enfrenta el Programa de Acción en Salud Bucal.

La calidad de atención, la escasa o nula actualización del personal profesional, la falta de equipo e instrumental, además del insuficiente presupuesto asignado a algunos estados, limitan los avances en los servicios odontológicos institucionales. El poco personal dedicado a desarrollar acciones de higiene oral y promoción de la salud, además del retraso salarial de los odontólogos del Sector Salud son problemas que también afectan la atención proporcionada a la población. Finalmente, el programa se ve afectado al no contar con una estructura administrativa adecuada en los niveles federal y estatal encargados de la evaluación, supervisión, investigación y desarrollo de nuevas tecnologías para lograr un buen funcionamiento.

Logros alcanzados en el periodo 2000-2006 de acuerdo al Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Salud Bucal.

La Organización Mundial de la Salud propuso como metas a alcanzar en el 2015, que el 50% de los niños al llegar a los 12 años de edad mantuvieran una boca sana, estableció como objetivo para América Latina un CPOD de 1 a 2.9. Al llegar a los 18 años de edad los individuos deberían tener el 85% de dientes en boca y finalmente, las personas de 60 años o más deben presentar en boca al menos 20 órganos dentarios.²⁴

Gracias a las estrategias de fluoruración de la sal doméstica, la promoción de la salud bucal mediante contenidos educativos dirigidos a la población general pero enfocados a grupos de riesgo (escolares, mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas y adultos mayores), la implementación de las Semanas Nacionales de Salud Bucal, la aplicación de técnicas como el Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA), el apoyo del SIVEPAB mediante sus reportes epidemiológicos sobre las patologías bucales presentes en la población y el trabajo profesional ofrecido en los servicios odontológicos de los Servicios de Salud en el periodo 2000-2006, se logró cumplir con la meta de la OMS, ya que en el 2001 se reportó en México que el 59% de los escolares con 6 años de edad se encontraban libres de caries, nueve puntos más que los establecidos por la OMS. En el 2001, México obtuvo un índice de 1.91,

lo cual indica una reducción en el índice de caries. En cuanto a la pérdida dental a los 18 años, en nuestro país sólo el 29% de la población alcanza la meta que originalmente es del 85% y por último en las personas de 60 años o más, el 69% de este grupo de edad cumple con la meta de la OMS según el SIVEPAB en el 2007.

Metas a alcanzar en el periodo 2007-2012 mediante el Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Salud Bucal.

Los retos de Salud Bucal para el país es educar para prevenir y así mejorar las condiciones bucales. Aumentar la calidad y cantidad de tratamientos en el servicio de salud, así como el número de odontólogos. Aplicar estrategias de prevención y promoción de la salud bucal en grupos poblacionales con alto riesgo de padecer enfermedades en boca. Reforzar las estrategias de salud pública para prevenir las enfermedades más comunes que se presentan como lo son la caries dental y la enfermedad periodontal. Diseñar y aplicar modelos de atención acordes con las necesidades de cada región del país, maximizando esfuerzos en comunidades con mayor rezago en salud.²⁵

En cuanto a las metas anuales para los años 2008-2012 que el Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Salud Bucal propone, se encuentran el: Mantener un índice CPOD-12 menor o igual a 2 en escolares de 12 años de edad. Lograr la aplicación del Esquema Básico de Prevención de Salud Bucal en el 90% de las niñas y niños de 4 a 15 años que acuden a escuelas inscritas al Programa Intersectorial de Escuela y Salud, y el 80% en pacientes que soliciten los servicios de salud. En los servicios de salud de la Secretaría, aumentar la calidad de atención en 2 puntos porcentuales por año. Aplicar en el 95% de los 100 municipios con menor índice de desarrollo el Tratamiento Restaurativo Atraumático. Aumentar el número de consultas odontológicas al 3% anualmente. Continuar con la realización de las Semanas Nacionales de Salud Bucal 2 veces al año. Promover la asistencia del personal odontológico de la Secretaría de Salud a dos cursos anuales de actualización.

Implementación de acciones del Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Salud Bucal.

Las intervenciones y acciones intersectoriales para la implementación del Programa de Acción Específico de Salud Bucal 2007-2012 enfocado a lograr “Una generación cero caries” se basan en las medidas siguientes:

- **Universales:** Medidas deseables para el público en general y pueden aplicarse sin conocimientos profesionales específicos. En este rubro participan el Sector Salud, La Dirección General de Profesiones (DGPS), La Dirección General de Administración Escolar (DGAE), la Secretaría de Educación Pública (SEP), el Sector Privado y el Congreso de la Unión. Estas instituciones están encargadas de la Promoción del autocuidado, la Prevención de enfermedades bucales, la Vigilancia epidemiológica y de los Contenidos educativos.
- **Selectivas o focalizadas:** Medidas deseables en poblaciones que representen un riesgo mayor a desarrollar una enfermedad. Estas medidas incluyen la fluoruración de la sal, el Sistema de atención gradual, las Caravanas de salud y el Tratamiento Restaurativo Atraumático, vigiladas por el Sector Salud, Sector Educativo, las Sociedades Académicas, la DGPS y Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OCS's).
- **Indicadas o dirigidas:** Medidas deseables individuales debido a la presencia de un factor de riesgo específico y requieren atención preventiva mediante la Eliminación de focos infecciosos, Tratamientos restaurativos o Actividades Preventivas proporcionadas por el Sector Salud, la Población en general y las OSC's.²⁶

Etapas para la Instrumentación del Programa de Acción Específico en Salud Bucal.

- Ejecución de las estrategias y acciones planeadas a través de la elaboración de programas y planes a nivel federativo con metas anuales, mecanismos de evaluación e indicadores.
- Para la implementación del programa se requiere: diseño y planeación en los tres órdenes del gobierno, difundir el programa en el Sector Salud, elaborar, actualizar y dar a conocer el material didáctico y la normatividad vigente, capacitación del personal, y definición de un sistema nacional de evaluación de resultados y toma de decisiones que permita una mejor aplicación del Programa en las Instituciones de Salud.
- Proceso de planeación y ejecución del Programa de Acción apoyados en los diferentes sistemas de información y estadística.
- Evaluación multidisciplinaria y sectorial permanente en intervalos trimestrales, semestrales y anuales.
- Difusión de los resultados obtenidos de las evaluaciones para corregir o mantener las acciones realizadas.²⁷

2.2 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2010

Debido a la importancia de contar con un sistema de evaluación estadística y epidemiológica para vigilar, evaluar y mejorar las estrategias de salud pública, se creó el SIVEPAB. Los datos que este sistema nos proporciona, orientan las políticas públicas en los niveles normativos y operativos a fin de señalar las mejoras que pueden ocurrir como resultado de las estrategias implementadas de promoción a la salud bucal en programas ya establecidos.²⁸

La recopilación de datos para este estudio se llevó a cabo mediante encuestas realizadas por cirujanos dentistas previamente capacitados de las 393 unidades centinela, utilizando los criterios

definidos por el Manual de Procedimientos Para el Odontólogo de la Unidad Centinela.

Panorama General de acuerdo al SIVEPAB 2010

Los datos reunidos por este estudio corresponden a los 32 estados de la República Mexicana, con una participación mayor de los estados de Tabasco, Veracruz, Michoacán y el Distrito Federal debido que éstos cuentan con un mayor número de unidades centinela. En total se estudió a una población de 223,240 individuos, de 2 a 99 años de edad en las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud que brindan atención odontológica.

El SIVEPAB menciona 3 condiciones especiales que pueden modificar el riesgo a padecer enfermedades en boca, estas son: el embarazo, el tabaquismo y la diabetes.

- La etapa de embarazo en una mujer representa innumerables cambios físicos y fisiológicos temporales, causados por el incremento en los niveles de diferentes hormonas como los estrógenos, progesterona y las gonadotropinas. Durante este periodo en la vida de una mujer, el sistema inmune se ve alterado, así como la producción de colágeno en la encía, lo que lleva a una dificultad del cuerpo a reparar y mantener el tejido gingival. Por lo tanto la enfermedad periodontal es el principal evento padecido por mujeres embarazadas, que en condiciones severas de la enfermedad pueden provocar un parto prematuro, bebés con bajo peso al nacer y preclampsia.²⁹
- En el año 2010 según el SIVEPAB, el 47.5% de las mujeres embarazadas en un rango de edad de 15 a 44 años presentaron un periodonto sano (IPC=0). El 3.6% de las mujeres embarazadas de 40 a 44 años tenían enfermedad periodontal severa con un IPC=4. Aunque la relación entre enfermedad periodontal y eventos adversos durante el embarazo no son concluyentes, es bien sabida la relación entre la experiencia materna e infantil sobre caries dental.

- El Tabaquismo representa el mayor factor de riesgo para la presencia de enfermedad periodontal. El SIVEPAB 2010 muestra que el 24.8% de la población fumadora que acude a recibir atención odontológica tiene un periodonto sano. Con enfermedad periodontal severa se encontraron 2.1% de la pacientes con el hábito de fumar (IPC=4). Por lo tanto, los pacientes fumadores tienen una mayor incidencia de pérdida dental que la población no fumadora.
- La Diabetes Mellitus tiene una conocida relación con la enfermedad periodontal, pacientes con esta enfermedad y además no controlados, tienen un mayor riesgo a presentar periodontitis severa y pérdida dental. El 26% de los pacientes con esta enfermedad que solicitaron servicios odontológicos en el Sector Salud presentaron un periodonto sano y 3.5% ya presentaba periodontitis severa.

2.2.1 Salud Bucal del Niño y Adolescente

El total de pacientes incluidos por el SIVEPAB fue de 73,067, 56.8% mujeres y 43.2% hombres en un rango de edad de los 2 a los 19 años en donde se evaluó la higiene bucal, el estado dental, a la población libre de caries, la caries de la infancia temprana (CIT), y el estado periodontal de cada paciente.³⁰ Los datos encontrados fueron registrados en los Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales del año 2012 y son los siguientes:

Higiene Bucal

Para registrar la presencia de placa dentobacteriana y por lo tanto la eficacia de la higiene bucal, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), desarrollado por Greene y Vermillion, éste índice demostró que del total de los niños y adolescentes el 46.4% tenían placa dentobacteriana calcificada o cálculo en los dientes (IHOS >0). En niños de 6 a 9 años el 37.2% presentaba un IHOS>0 y en adolescentes de 15 a 19 años el 55.8% manifestaba este mismo índice.

Estado Dental

Obteniendo el promedio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), se determinó el estado de caries dental en dentición primaria. En la población de 2 a 10 años de edad, el índice CPOD promedio fue de 3.6, dentro de este promedio, 3.1 cariados, 0.1 perdidos y 0.3 obturados, siendo el promedio de dientes cariados el de mayor porcentaje, con más del 84% del índice total para todos los grupos de edad. El índice más bajo que se obtuvo fue el de órganos dentarios perdidos en todos los grupos de edad.

En dentición temporal, el grupo de edad con mayor índice de caries dental (CPOD>4) fue el de niños y niñas de 2 a 5 años. Los índices disminuyen conforme la edad avanza, encontrando experiencias de caries menores en los grupos de 6 a 9 o de 10 a 14 años de edad debido principalmente a la exfoliación de la dentición temporal, y a medida que la edad aumenta, las niñas disminuyen aún más estos índices.

En dentición permanente, se utilizó el mismo índice CPOD para obtener el total de la experiencia de caries. El índice CPOD promedio fue de 3.5 en niños y adolescentes de 6 a 9 años de edad, aumentando este índice de caries dental llegando al nivel más alto a los 19 años, en donde se encontró un promedio de 6.9 de dientes afectados, representando más del 83% del índice total. Comparando los índices de caries entre sexo femenino y masculino, las niñas tuvieron índices más elevados que los niños conforme aumentaba la edad.³¹

Población libre de caries dental

Según el SIVEPAB 2010 el 24% de la población de 2 a 19 años de edad se encuentra libre de caries, más de la mitad de los niños de 2 años de edad no presentan caries, conforme la edad aumenta, la población libre de caries disminuye hasta los 6 años. Entre los 6 y 12 años etapa en la que existe una dentición mixta, se encuentran variaciones en la proporción de niños libres de caries debido a la exfoliación de dientes temporales y la erupción de dientes permanentes.

Caries de la Infancia Temprana (CIT)

El SIVEPAB concluyó que el 35.4% de los niños de 3 a 5 años presentó Caries Severa de la Infancia Temprana. La CIT se define como la presencia de uno o más dientes con caries, ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria en niños de 71 meses de edad o menos, que incluye la caries rampante en infantes, también llamada “caries de biberón” o “síndrome de biberón”.

Como criterio de evaluación se utilizó el de La Academia Americana de Odontología Pediátrica, en el que niños menores de 3 años que manifiesten cualquier signo de caries en una superficie lisa indica la presencia de Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT). Si se encuentra uno o más dientes cariados, ausentes o restaurados en la dentición primaria anterior superior en niños de 3 a 5 años de edad, se considera como CSIT. En esta evaluación también se observó que según la edad aumenta, también lo hace la presencia de caries.³²

Estado Periodontal

Para evaluar el estado periodontal se utilizó el Índice Periodóntico Comunitario (IPC) que mide la profundidad de las bolsas periodontales, la presencia de hemorragia al sondeo y la presencia de placa dentobacteriana calcificada, es decir, cálculo dental. Esta evaluación se realizó en niños y adolescentes desde los 6 años de edad, etapa en la que los dientes permanentes erupcionan en boca. Se midió la profundidad de las bolsas periodontales en cada diente para obtener el índice (IPC) registrando la medida más profunda, de acuerdo a estas categorías:

- “0” sano.
- “1” sangrado.
- “2” cálculo.
- “3” bolsas periodontales superficiales de 4-5 mm.
- “4” bolsas periodontales profundas de >6 mm.

Al llevarse a cabo esta evaluación se reportó que el 76.6% de los niños y adolescentes atendidos en los servicios de salud tenían un periodonto sano, el 13.4% manifestó sangrado gingival al sondeo, y el 9.5% cálculo dental en al menos un sextante. En adolescentes de 15 a 19 años la presencia de bolsas periodontales superficiales fue del 1% y se obtuvieron bolsas periodontales profundas en menos del 0.2%.

2.2.2 Salud Bucal del Adulto

En este rubro, el SIVEPAB 2010 evaluó la cavidad bucal de 93,191 individuos de 20 a 99 años de edad, en donde el 62.1% eran mujeres y el 37.9% hombres, de estos paciente se evaluó su higiene bucal, la pérdida dental, el número de dientes permanente presentes, si contaban con una oclusión funcional y la presencia de lesiones en mucosa. Los resultados encontrados por el SIVEPAB fueron los siguientes:

Higiene Bucal

El Índice de Higiene Oral Simplificado aplicado a la totalidad de adultos, arrojó que el 69.8% presentaban cálculo lo que implica un IHOS>0, aumentando con la edad hasta llegar a un 79.9% en adultos de 60 a 64 años. Finalmente, en el 27.4% de adultos mayores de 80 años, no se encontró cálculo debido al menor número de órganos dentarios presentes en boca y al cuidado que estos pacientes les proporcionan para mantener estos dientes en boca. En cuanto a las diferencias entre el IHOS en pacientes del sexo femenino o masculino hay una gran variación en todos los grupos de edad.³³

Edentulismo

De acuerdo a los registros obtenidos por esta evaluación, sólo el 0.2% presentó edentulismo, siendo el porcentaje de cero en pacientes con un rango de edad entre los 20 y 64 años. En pacientes con edades entre 65 y 79 años, el porcentaje fue de 2.14% habiendo perdido ya la totalidad de sus dientes, porcentaje que aumenta en adultos mayores a 79 años en donde la cifra fue de 7.53%.

Número de dientes permanentes presentes

Del total de pacientes atendidos, el promedio de dientes presentes en boca fue de 28.1, obteniendo un valor mayor en hombre que en mujeres (28.5 y 27.9 respectivamente). Al evaluar el número de dientes permanentes en boca, también se valoró el grado de escolaridad que tenían los pacientes, siendo los pacientes con mayor escolaridad (superior a 9 años) los que mantuvieron por mayor tiempo sus dientes en boca.³⁴

En cuanto a su distribución, el 99.3% de los pacientes tenían dientes en la mandíbula y 99.7% en el maxilar. Los dientes con menor presencia en boca fueron los laterales y centrales superiores en la zona anterior y en los cuadrantes posteriores, los terceros molares superiores, seguidos de los segundos molares inferiores fueron lo más usualmente ausentes. La evaluación también indicó que el 85% de los pacientes había perdido el primer molar superior y el 75% en el maxilar inferior. Los pacientes con mayor pérdida dentaria fueron los adultos de 65 años de edad o más, siendo premolares y molares de ambas arcadas los que en más de la mitad de la individuos se encontraron ausentes. En la población de 20 a 34 años de edad la falta de algún órgano dentario fue poco frecuente, sin embargo, la ausencia del primer molar tanto superior como inferior comienza a presentarse. Del 57% a 59.9% de los pacientes de este rango de edad, los terceros molares estaban presentes en boca, el resto podrían encontrarse sin erupcionar por falta de espacio o ya habían sido extraídos. En pacientes con edades de 35 a 49 años, se manifestó la ausencia de los primeros molares entre el 12.6% y 24.5%, después los dientes encontrados con mayor frecuencia ausentes fueron los segundos molares inferiores y el segundo premolar inferior. En adultos con más de 79 años, en un porcentaje menor del 48% se encontraron presentes los molares en ambas arcadas, además de los dientes anteriores inferiores.

Oclusión Funcional

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en 1992 propuso como meta el mantenimiento durante toda la vida, de una dentición natural, funcional, estética, de no menos de 20 dientes y sin necesidad de recurrir al uso de prótesis. Del total de pacientes evaluados por el SIVEPAB, el 95.1% contaban con mínimo 20 dientes. El porcentaje fue de 99.9% en el grupo que la OMS estableció como referencia (35-44 años). En relación al sexo de la población, el 94.8% de las mujeres tenían una oclusión funcional en boca, en tanto que el porcentaje en hombres fue de 95.6%.

Lesiones de la mucosa bucal

El SIVEPAB estableció como definición operativa para caso sospechoso de cáncer bucal a *“todo individuo que al examen clínico presenta en la mucosa bucal una úlcera, lesión blanca (leucoplasia), roja (eritroplasia) o mixta que puede presentar nódulos o bien un aumento de volumen (masas) que no se resuelvan por sí misma en tres semanas y que no se caracteriza como ninguna otra entidad de origen infeccioso inflamatorio o traumático.”*³⁵

En el estudio realizado por el SIVEPAB 2010, 590 lesiones con sospecha de posible cáncer bucal fueron registradas, la mayoría de ellas se presentaron clínicamente como un aumento de volumen. Debido a que los datos registrados por este sistema sólo son obtenidos en el primer nivel de atención, no se obtuvo un seguimiento para su confirmación.³⁶

2.3 Encuestas de Salud Bucal en México

2.3.1 Encuesta de Morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal (1980)

En 1980 la Dirección de Estomatología realizó la Encuesta de Morbilidad Bucal en escolares del Distrito Federal, en donde fueron examinados 3,835 niños habitantes de las 16 delegaciones. Se reportó una prevalencia de caries del 95.5% en la población con un rango de edad de 6 y 14 años. El índice CPOD fue de 5.5 dientes con caries y de ellos, el 87.3% no habían sido tratados.

En el grupo de edad de 6 a 14 años, se obtuvo una media de 3.27 en el índice CPOD, en donde 2.16 dientes presentaban caries, 0.31 órganos dentarios tenían obturaciones y el 0.80 obtuvieron el diagnóstico de extracción.

Para evaluar la dentición permanente se procedió de forma semejante. En los escolares de 6 a 14 años de edad, el índice CPOD encontrado fue de 3.26, demostrando un incremento de la presencia de caries dental conforme la edad aumentaba, ya que en los individuos estudiados con una edad de 14 años se obtuvo el índice con un nivel más alto (8.66 dientes).

Tratándose de enfermedades en los tejidos de soporte de los dientes, es decir, tejidos periodontales, el 94.7% de los escolares presentaron alguna patología relacionada a estos tejidos, siendo en los grupos de 9 y 10 años de edad en donde se encontró la mayor proporción de pacientes con enfermedad periodontal.³⁷

2.3.2 Encuesta de Caries Dental 1987-1989

La Secretaría de Salud mediante la Dirección General de Medicina Preventiva, como parte del monitoreo del Programa de Fluoruración de la Sal, realizó una encuesta de caries dental que abarcaba el periodo comprendido entre los años 1987 y 1989, esta encuesta abarcó 11 de los 32 estados de la República Mexicana.

Dicha encuesta estudió a un total de 4,475 escolares con un rango de edad de los 5 a los 12 años de edad, el 47.5%, es decir 2,128 fueron del sexo femenino y el 52.5% (2,347) correspondían al sexo masculino. De la totalidad de individuos examinados, el 90.5% presentó caries dental, incluyendo en este porcentaje dentición temporal o permanente. En escolares de 6 años de edad, la presencia de caries dental fue de 88.6% y de 61.6% en dentición permanente. Porcentajes que aumentaban en relación a la edad de los pacientes.

Midiendo el índice CPOD en escolares con dentición permanente, el promedio fue de 2.07 y un índice de Superficies Cariadas Perdidas u Obturadas (CPOS) de 3.09. Se encontraron índices superiores conforme

la edad de los pacientes avanzaba, incrementándose hasta en un 132% entre los 6 y 7 años de edad, y observándose la más baja entre los 9 y 10 años con un porcentaje de 14.5%.

De acuerdo al índice CPOD los dientes con experiencia de caries obtuvieron un promedio de 1.72, para dientes perdidos el promedio fue de 0.01 y para el de obturados de 0.33.

El porcentaje de pacientes con nula experiencia de caries fue de 38.4%, el 50.3% presentó un índice de 1 a 4 y el 11.3% de la población mostró índices mayores a 4.

En cuanto a las necesidades de atención o de tratamiento, el índice refirió un promedio de 79.6% y que el 13.2% de los escolares evaluados contaban con obturaciones en dientes permanentes.³⁸

3. Programas dirigidos a Escolares y Adolescentes

Considerando la salud oral como parte integral del estado de salud general de un individuo, es importante la implementación de estrategias que ayuden a preservar las condiciones de salud oral y así evitar las patologías más frecuentes en niños y adolescentes como lo son la caries dental y la enfermedad periodontal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 60-90% de los niños del mundo en edad escolar presentan caries dental, situación que se vería reducida llevando una dieta con bajo consumo de azúcares y obteniendo niveles adecuados de fluoruro en la cavidad oral mediante su ingesta sistémica a través de la fluoruración de la sal, el agua, la leche o por aplicaciones de fluoruro hechas por un odontólogo.³⁹

La Organización Panamericana de la Salud en el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental, clasifica a los países que conforman el continente Americano de acuerdo al desarrollo obtenido en la prevalencia de caries dental y la totalidad de órganos dentarios perdidos u obturados a través del índice CPOD-12. Esta clasificación coloca a México dentro de los países en situación de consolidación, en donde el índice CPOD-12 es de menos de 3, existiendo un programa nacional de fluoruración de sal y agua.⁴⁰

En México, a través del Programa de Acción Específico sobre Salud Bucal 2007-2012, se establecieron estrategias para reducir la prevalencia de enfermedades dentales como la caries dental, la enfermedad periodontal, el cáncer en la cavidad oral y así mejorar la salud oral y por lo tanto la salud general de la población mexicana. Estas estrategias involucran la fluoruración de la sal de uso doméstico para la prevención de caries dental, la aplicación de tratamientos como el Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA), mejorar la calidad en la atención odontológica a través de la capacitación y actualización tanto del personal como del equipo dental utilizado, las Semanas Nacionales de Salud en donde se promueve la salud oral principalmente en niños y adolescentes lo que a su vez fortalecerá la salud oral en futuras

generaciones, dentro de estas estrategias y como medida para determinar el estado de salud en la cavidad oral y así conocer las necesidades de atención dental se cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, y como medida de más reciente implementación también encontramos en este Programa de Acción, el Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal, el cual forma parte del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud en donde a cada grupo de edad se brindan acciones de promoción y prevención de la salud oral.⁴¹

3.1 Salud Bucal del Niño y el Adolescente

En los inicios de la prevención de la principal enfermedad en la cavidad oral, es decir, la caries dental, el uso de fluoruros fue el método empleado para los niños en edad escolar, comenzando en el año de 1977, con la autoaplicación de fluoruro de sodio como colutorio en bajas concentraciones en algunas escuelas. En 1981 se logró abarcar más escuelas primarias con incorporación a la Secretaría de Educación Pública (SEP) a través Del Programa De Atención a la Salud Bucal que incluía acciones educativas y preventivas además de autoaplicaciones de fluoruro de sodio al 0.2%. Posteriormente en 1989, la Secretaría de Salud (SSA) Y La Secretaría de Educación Pública (SEP) se unieron para llevar a cabo acciones de promoción de la salud oral a través del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los Preescolares y Escolares del Sistema Educativo Nacional. También en la década de los 80, se implementó la estrategia de Acción Gradual, que se refería a la promoción y prevención de la salud oral para así evitar las patologías más comunes (caries dental, enfermedad periodontal), también debía brindar atención odontológica para reducir el índice CPOD-12, así como el índice de necesidades y costos de tratamientos odontológicos, además de educar para lograr futuras generaciones con una mejor salud oral.⁴²

Actualmente, para cubrir las necesidades de atención odontológica, así como la implementación de estrategias para el cuidado de la salud oral, y principalmente educar y prevenir las enfermedades que se presentan en boca en niños y adolescentes, como lo son la caries

dental y la enfermedad periodontal, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) en su división de Salud Bucodental, crea el Programa de Salud Bucal del Preescolar y el Escolar publicado en el año 2011.

Sabiendo que la caries dental y la enfermedad periodontal siguen siendo las principales enfermedades en la cavidad oral, como lo demuestra en sus resultados el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB), enfermedades que se originan de una inadecuada higiene oral, una alimentación con gran cantidad de azúcares, además de la falta de prevención y promoción de la salud oral, el Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar se propone como objetivos:

- El mantenimiento de la salud oral a través de la promoción y prevención de la salud oral para así lograr niños libres de enfermedades en boca.
- Modificar los hábitos de higiene y alimenticios de la población preescolar y escolar e incluir al resto de la familia dentro de estos nuevos hábitos.
- Brindar atención odontológica a la población para así reducir el índice de necesidades de tratamiento.
- Formar un equipo entre padres, maestros, profesionales de la salud y niños para lograr una mejor salud oral.

Según el Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal, las acciones a realizarse deben llevarse a cabo en aulas o en los baños de la escuela si éstos cuentan con espejos grandes y en grupos de 10 niños, estas acciones incluyen la detección de placa dentobacteriana a través de la tinción con pastillas reveladoras, brindar la técnica de cepillado (técnica de Stillman modificada), enseñar a los niños con 6 años de edad la técnica de hilo dental y colutorios con fluoruro de sodio al 0.2% realizando estos enjuagues 14 veces durante el ciclo escolar.⁴³

Cuadro de Actividades a realizar en los escolares de acuerdo al grupo de edad

PREESCOLAR	PRIMARIA Y SECUNDARIA A partir de los 6 años de edad
Detección de placa bacteriana (4 durante el ciclo escolar)	Detección de placa bacteriana (4 durante el ciclo escolar)
Instrucción de Técnica de cepillado (4 durante el ciclo escolar)	Instrucción de Técnica de cepillado (4 durante el ciclo escolar)
Pláticas educativas (4 durante el ciclo escolar)	Instrucción de uso de hilo dental (4 durante el ciclo escolar)
	Enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2 % (14 durante el ciclo escolar)
	Pláticas educativas (4 durante el ciclo escolar)
12 actividades por niño(a) durante el ciclo escolar	30 actividades por niño(a) durante el ciclo escolar

Fuente: Salud Bucal en el Preescolar y Escolar

Dentro de los objetivos de este programa, se encuentra el promover y prevenir la salud oral mediante la educación para la salud, con lo cual además de evitar que se presente la enfermedad de caries dental y la enfermedad periodontal en la población preescolar y escolar, servirá para que se mantenga la salud oral de estos niños y de futuras generaciones. Para ello, se creó el documento “Contenidos Educativos en Salud Bucal”⁴⁴ que sirve como apoyo educativo en la promoción y prevención de la salud bucal, entre los temas de los que trata este documento se encuentran: la importancia del cuidado y de la higiene oral, medidas preventivas para conservar la salud oral, las principales enfermedades que se presentan en la cavidad oral, la alimentación y la salud oral, entre otros.⁴⁵

Así mismo y como también se menciona en el Programa de Acción Específico sobre Salud Bucal 2007-2012, las Semanas Nacionales de Salud Bucal, es otra de las estrategias que forma parte del Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar, éstas tienen como objetivo la educación, promoción y prevención de la salud oral mediante representaciones teatrales, concursos, desfiles y ferias de salud oral, las

Semanas Nacionales de Salud Bucal deben realizarse en las unidades de primer nivel de atención a la salud, en escuelas primarias, secundarias y jardines de niños, así como en los medios de comunicación informando sobre estas actividades.

Además de las acciones de prevención y promoción de la salud oral que el Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar implementa, también tiene como objetivo el reducir las necesidades de tratamiento de la población escolar, para resolver estas necesidades el Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar establece el Sistema de Acción Gradual, en donde las actividades a realizar incluyen un examen clínico y obtención del índice CPOD, identificación de niños sin experiencia de caries y la aplicación de tratamientos preventivos como por ejemplo los selladores de fisuras y foseetas, en caso de encontrar caries dental, se aplican acciones curativas, todo esto realizado dentro de las instalaciones educativas. Este sistema también considera la fase de mantenimiento, fase de suma importancia para así mantener a los niños sanos a lo largo de su estancia en la escuela.⁴⁶

3.2 Registros sobre Salud Oral en Escolares y Adolescentes

Diferentes encuestas se han realizado para observar la prevalencia de caries en la población escolar, entre ellas se encuentran la Encuesta de Morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal de 1980, en donde se reportó una prevalencia de caries del 95.5% de la población con edad de 6 a 14 años y un índice CPOD de 5.5 de dientes con caries y de ellos, el 87.3% requería tratamiento odontológico, una media en el índice CPOD de 3.27, en donde 2.16 de los dientes presentaban caries, 0.31 contaban con obturaciones y 0.80 con diagnóstico de extracción. En cuanto a dentición permanente, la encuesta demostró que en el mismo rango de edad (6 a 14 años), el índice CPOD fue de 3.26, y que conforme la edad de los escolares estudiados aumentaba, también incrementaba este índice, llegando al 8.66 de dientes con caries dental.⁴⁷

De igual forma de 1987 a 1989, se realizó la Encuesta de Caries Dental, la cual abarcó 11 de los 32 estados de la República Mexicana. En esta encuesta, el 90.5% de la población presentó caries dental incluyendo dentición temporal y permanente. En escolares de 6 años, la prevalencia de caries dental fue de 88.6% en dentición temporal y de 61.6% en dentición permanente (porcentaje que aumentaba conforme la edad del paciente se incrementaba).

Estas encuestas (1980 y 1987-1989) demostraron que a pesar de contar con programa de fluoruración de la sal de uso doméstico, los índices de caries dental siguen siendo elevados, ya que dentro de las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI) para el año 2000, se consideraba que la prevalencia de caries debía reducirse a menos 50% de los escolares de entre 5 y 6 años de edad.⁴⁸

Una encuesta más reciente es la Encuesta Nacional de Caries Dental que comenzó en el año de 1997 y terminó en 2001, en esta encuesta se consideró a la población escolar de entre 6 y 15 años, inscritos en escuelas primarias y secundarias públicas, federales, estatales y privadas del país con registro en la Secretaría de Educación Pública (SEP). En esta encuesta se encontró que los índices CPOD variaron de un estado a otro, por ejemplo en Yucatán hubo una prevalencia de caries del 34.6% y en el Distrito Federal y Estado de México el porcentaje fue superior al 80%. De la misma forma, en dentición temporal se encontraron diferentes niveles, registrándose en Yucatán un índice CPOD de 0.73 y en el centro del país se presentaron índices de más de 3. En dentición permanente, en estados como Yucatán se obtuvo un índice de 0.52 y en Zacatecas de 0.63, los cuáles son relativamente bajos, mientras que en el Estado de Morelos se obtuvo un índice de 3.74 y en el Distrito Federal de 2.82.⁴⁹

En esta encuesta se observa que aunque en algunos estados del país, la salud oral ha mejorado, en otros la prevalencia de caries sigue siendo alta. Dentro de las estrategias que han ayudado a que los índices

de caries dental disminuyan son la fluoruración de la sal doméstica, además de la prevención y promoción de la salud oral, es por ello que estas mismas estrategias deben reforzarse en los estados en donde los niveles de caries dental siguen siendo altos, así mismo, se deben cubrir las demandas de atención odontológica de la población de manera temprana y de esta forma reducir la necesidad y costo de tratamiento.

Diferentes autores han investigado sobre la prevalencia de caries en niños en edad escolar a partir de la implementación de la fluoruración de la sal de mesa como medida preventiva a nivel nacional, obteniendo como resultado una disminución en los niveles de caries dental en la población mexicana. A continuación se mencionarán algunos de los estudios realizados en la República Mexicana en las regiones norte (Sinaloa), sur (Campeche) y centro (Distrito Federal), para observar la prevalencia de caries dental en niños y adolescentes, reconociendo que hacen falta más evaluaciones a nivel nacional y con una frecuencia mayor para así tener un mejor registro sobre las enfermedades orales que se presentan en la población.

En 1995 se publicó un estudio en donde Irigoyen-Camacho, M.E. y colaboradores, observaron la prevalencia de caries en un grupo de niños de la Delegación Xochimilco perteneciente Distrito Federal en dos tiempos diferentes, la primera encuesta se realizó en 1984 y la segunda en 1992. Ambas encuestas se realizaron en niños con edades de entre 6 y 7 años.⁵⁰

Los resultados obtenidos en la encuesta de 1984 indicaron un índice CPOD en dentición primaria de 5.65, en 1992 el índice CPOD fue de 4.89. La prevalencia de caries dental en ambas denticiones fue de 92.5% en 1984 y 85.4% en 1992, resultados que refieren una disminución tanto en el índice CPOD y la prevalencia de caries dental en esta población pero aún existen niveles elevados de esta enfermedad por lo tanto es importante reforzar programas preventivos a nivel nacional como lo es la administración de fluoruro en forma sistémica y también lograr una

mayor promoción y prevención de la salud oral, además de brindar más y mejor atención odontológica.⁵¹

En los años de 1996 y 1998, Irigoyen-Camacho, M.E. y colaboradores realizaron un estudio en una escuela primaria en la Ciudad de México para registrar la prevalencia de caries dental en 137 niños de primer y tercer grado, para así observar si la administración de fluoruro a nivel sistémico mediante el consumo de sal de mesa ha obtenido los resultados deseados en cuanto a la disminución de la experiencia de caries en esta población. En este estudio también se tomó en cuenta la higiene oral que cada niño realizaba, si la población hacía uso de pasta de dientes con fluoruro y la cantidad de veces que los niños se cepillaban los dientes.⁵²

Como resultado de este estudio se registró que en 1996 el 90.4% de los niños examinados presentaban caries dental en ambas denticiones, 76.3% en dentición primaria y 56.1% en dentición permanente. Posteriormente en 1998 se evaluó nuevamente a esta población y la prevalencia de caries dental fue de 91.2%, 47.4% en dentición primaria y 79% en dentición permanente. Sin embargo, aunque los niveles de caries dental siguen siendo elevados, en este estudio se obtuvieron resultados menores a los registrados en la Encuesta de Caries Dental del D.F. de 1989, en donde el índice CPOD fue de 3.82, mientras que en la evaluación realizada en 1998 fue de 2.75, lo que representa una reducción del 28%. Estos resultados indican que la administración de fluoruro de forma sistémica y el uso de pastas de dientes con este ion reducen la experiencia de caries dental en esta población, pero que aún hacen falta esfuerzos para disminuir aún más estos niveles como lo sería una mejor y más temprana promoción y prevención de la salud oral, así como cubrir las necesidades de tratamiento de forma rápida para evitar que las lesiones cariosas avancen y se tenga un mejor pronóstico para estos órganos dentarios.⁵³

En el estado de Campeche en el año 2001, Maupamé, G. y colaboradores, estudiaron a 320 niños de 6 a 9 años de edad para

observar la prevalencia de caries y el índice CPOD en esta población. Los resultados obtenidos fueron de una prevalencia de caries de 53.1% en los pacientes examinados con dentición primaria, encontrando que los niños de 6 a 7 años tenían una prevalencia de caries del 50.2% y los niños con 8 a 9 años de edad contaban con un 63.0%. En cuanto a la dentición permanente el porcentaje general fue de 18.4% para la prevalencia de caries, en donde los niños con 6 a 7 años mostraron una prevalencia de 13.8% y los niños con 8 a 9 años presentaron un 34.3%. Como puede observarse, la prevalencia de caries en este estado de la República Mexicana es mucho menor que en los estudios y encuestas realizadas en la Ciudad de México probablemente por una mejor implementación de políticas de salud oral como lo es la fluoruración de la sal de mesa, además de los programas preventivos que se llevan a cabo en las escuelas de este estado.⁵⁴

En el norte del país, en Navolato, Sinaloa, Villalobos-Rodelo, J.J. y colaboradores en el año 2006, observaron a 3,048 de 6 a 12 años de edad inscritos en alguna de las 18 escuelas primarias de la ciudad de Navolato, en donde se registró una prevalencia de caries del 90.2% en dentición temporal y un índice CPOD de 4.68. En dentición permanente, el índice CPOD encontrado fue de 3.24 y una prevalencia de caries del 82%. Como puede observarse, en esta entidad federativa también es de suma importancia el reforzar medidas preventivas para reducir el índice CPOD y la prevalencia de caries, así como cubrir las necesidades de tratamiento que la población requiere.⁵⁵

Conclusiones

Entre Colombia, Venezuela, Bolivia, Chile y México las políticas de Salud son similares, en el sentido de que ocupan la misma estrategia de fluoruración de la sal y del agua, así como la implementación de las semanas nacionales de salud oral, la aplicación del TRA y la educación y promoción para la salud basada en una alimentación sana, en el control de la higiene oral y la eliminación de hábitos nocivos. Sin olvidar la relación entre la salud oral y la salud general como medio para la obtención de una mejora en la calidad de vida.

Considerando lo anterior, para el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental, éstos países se encuentran en una etapa de consolidación lo que quiere decir que el número de dientes con experiencia de caries es igual o menor a tres dientes y que cuentan con una política de fluoruración masiva ya sea en sal o agua. Sin embargo, al revisar la literatura en cada uno de éstos países se puede observar prevalencias por arriba del 60% y valores de CPOD menores a tres, lo que llama la atención y contrapone los resultados del Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental.

Es cierto, que los resultados encontrados no corresponden a Encuestas Nacionales y son realizadas con metodologías diferentes, pero son fuentes recientes y cercanas que brindan un panorama general de la caries dental.

Al igual que los demás países México, comparte estos resultados y discrepancias. Debido a que, México tampoco ha logrado alcanzar las metas propuestas por la OMS para el 2000 las cuales establecieron como máximo tres dientes cariados, perdidos u obturados a los 12 años de edad y tampoco se alcanzaron las metas que la FDI y la OMS propuestas para ese mismo año, las cuales hacen referencia a la ausencia de caries dental en 50% de los niños de cinco a seis años y la conservación de la totalidad de los dientes en 85% de los adolescentes de 18 años.

Asimismo, es difícil conocer si existe una disminución en la prevalencia de la enfermedad porque las encuestas nacionales no llevan

continuidad, no utilizan la misma metodología o los mismos grupos de edad. Lo cual, se ve reflejado en los datos de la encuesta llevada a cabo en 1980 y los datos obtenidos de la ENC del 2001. En la primera la prevalencia registrada abarca a niños y adolescentes de nueve y 14 años de edad, mientras que, la ENC separa las edades en preescolares (5 años), escolares (6 a 12 años) y adolescentes (13 a 15 años).

Por otra parte, la ENC se llevó a cabo como ya se mencionó en el año 2001 y hasta la fecha no existen reportes actuales, se conoce que en el año 2011 se llevó a cabo una segunda Encuesta Nacional siguiendo la misma metodología que en el 2001, sin embargo, esta información aún no ha sido publicada por lo que no se pueden realizar comparaciones nacionales o por estado.

Por otro lado, a pesar de que se instauró como medida preventiva el TRA, no existen registros si éste método cumplió con los objetivos obtenidos, ni tampoco que población fue beneficiada.

Probablemente los resultados que México presenta no son similares a los observados en Europa o E.U.A, porque a pesar de tener un programa de fluoruración de la sal doméstica a nivel masivo, no se le ha dado el seguimiento adecuado al programa y por ende, se desconoce la información que puede ser útil para comprar los alcances y/o avances. Una segunda razón probable es porque la sal no contiene los niveles adecuados para lograr un efecto preventivo en la prevención de las lesiones cariosas, (250 ppm en una bola de 1 kg).

Como un tercer punto del fracaso de las políticas de salud oral, es la ingesta excesiva de carbohidratos en la dieta diaria de la población, situación aún más grave en entidades como el Distrito Federal y el Estado de México.

Por último, a pesar de contar con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, además de las diferentes encuestas y estudios con registros sobre las principales enfermedades que se presentan en la población mexicana, aún es necesario promover la investigación sobre políticas de salud oral y la realización de la ENC

unificando la metodología y la periodicidad con la que ésta se realiza para sí poder conocer, observar y comparar los logros alcanzados, las necesidades de atención de la población y las medidas preventivas y de promoción a la salud que deben tomarse para así disminuir la presencia de enfermedades en boca y por lo tanto mejorar la calidad de vida de los habitantes de la República Mexicana.

Referencias

-
- ¹ Raluy Poudevida, Antonio. Diccionario Porrúa de la Lengua Española. México, 1988. Ed. Porrúa.
- ² Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948 (pag 1).
- ³ Poul E., World Health Organization global policy for improvement of oral health- World Health Assembly 2007. Geneva, Switzerland. Rev. International Dental Journal 2008 Vol. 58, Pags 115-121.
- ⁴ Medina-Solis Carlos E., Maupomé Gerardo, Avila-Burgos Leticia, Pérez-Núñez Ricardo, Pelcastre-Villafuerte Blanca, Pontigo-Loyola América. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Revista Biomédica 2006. Vol.17. No. 4. Pág 276.
- ⁵ Medina-Solis Carlos E., Maupomé Gerardo, Avila-Burgos Leticia, Pérez-Núñez Ricardo, Pelcastre-Villafuerte Blanca, Pontigo-Loyola América. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Revista Biomédica 2006. Vol.17. No. 4.
- ⁶ Medina-Solis Carlos E., Maupomé Gerardo, Avila-Burgos Leticia, Pérez-Núñez Ricardo, Pelcastre-Villafuerte Blanca, Pontigo-Loyola América. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Revista Biomédica 2006. Vol.17. No. 4.
- ⁷ Programa de Acción: Salud Bucal. SSA México; 2001
- ⁸ Programa de Acción: Salud Bucal. SSA México; 2001
- ⁹ Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB; 2010.
- ¹⁰ Cartillas Nacionales de Salud, Secretaría de Salud.
<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas.html>
- ¹¹ Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Salud Bucal 2007-2012.
- ¹² Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Documento Técnico. Aspectos metodológicos para la construcción de Línea base para el Seguimiento a las Metas del Objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública. 2009
- ¹³ Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, Bolivia. Programa Regional de Salud Oral (OPS/OMS). 2003.
- ¹⁴ Ministerio de Salud y Desarrollo Social Venezuela. Programa Nacional de Salud Oral, Venezuela.
- ¹⁵ Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Salud Bucal.
http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludbucal.html
- ¹⁶ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ¹⁷ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ¹⁸ <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas.html>
- ¹⁹ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ²⁰ Propuesta de Plan Regional Decenal Sobre Salud Bucodental. OPS-OMS. 2006.
- ²¹ Propuesta de Plan Regional Decenal Sobre Salud Bucodental. OPS-OMS. 2006.
- ²² Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ²³ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ²⁴ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ²⁵ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ²⁶ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ²⁷ Programa de Acción Específico: Salud Bucal. 2007-2012.
- ²⁸ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ²⁹ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ³⁰ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.

-
- ³¹ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ³² Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ³³ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ³⁴ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ³⁵ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ³⁶ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 2010.
- ³⁷ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. México. 2011.
- ³⁸ Irigoyen-Camacho ME. Caries Dental en Escolares del Distrito Federal.
- ³⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota informativa No. 318. Febrero de 2007. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>
- ⁴⁰ Plan Regional Decenal Sobre Salud Bucodental. Organización Panamericana de Salud. 2006.
- ⁴¹ Programa de Acción específico 2007-2012 sobre Salud Bucal.
- ⁴² Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar. CENAPRECE. 2011
- ⁴³ Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar. CENAPRECE. 2011
- ⁴⁴ Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar. CENAPRECE. 2011
- ⁴⁵ Contenidos Educativos en Salud Bucal. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.
- ⁴⁶ Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar. CENAPRECE. 2011
- ⁴⁷ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. México. 2011.
- ⁴⁸ Irigoyen-Camacho ME. Caries Dental en Escolares del Distrito Federal
- ⁴⁹ Encuesta Nacional de Caries Dental del 2001.
- ⁵⁰ Irigoyen-Camacho María E., Molina N., Villanueva, R., García, S. Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco México: 1984-1992. Salud Pública de México. 1995. Septiembre-Octubre. Vol. 37. No. 005.
- ⁵¹ Irigoyen-Camacho María E., Molina N., Villanueva, R., García, S. Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco México: 1984-1992. Salud Pública de México. 1995. Septiembre-Octubre. Vol. 37. No. 005.
- ⁵² Irigoyen-Camacho María Esther, Zepeda M.A., Sánchez L., Molina, N., Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Mayo-Junio de 2001. Vol. LVIII No.3.
- ⁵³ Irigoyen-Camacho María Esther, Zepeda M.A., Sánchez L., Molina, N., Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Mayo-Junio de 2001. Vol. LVIII No.3.
- ⁵⁴ Beltrán-Valladares Perla R., Cocom-Tun, H., Casanova-Rosado J.F., Vallejos-Sánchez A.A. Medina-Solis, C.E., Maupomé, G. Caries prevalence and some associated factors in 6-9 year old schoolchildren in Campeche, Mexico. RevBiomed 2006. Vol 17:25-33.

⁵⁵ Vallejos Sánchez Ana Alicia., Pontigo, A., Espinoza. J.L. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: Experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. Rev. Biomédica. Junio, 2006. Vol. 26. No. 002.