



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HOSPITALIZACIONES POR CONDICIONES BUCALES
REGISTRADOS EN LAS BASES DE DATOS DE LA
SECRETARÍA DE SALUD.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

JUAN ROBERTO HERNÁNDEZ REYES

TUTOR: MTRO. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR

ASESORA: MTRA. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



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.



Agradecimientos

A Dios, que me permitió terminar esta etapa de mi vida, donde conocí a personas maravillosas y únicas.

Mamá y Papá, les doy gracias por aportar a mi vida toda su sabiduría, por todo su amor mostrado y por llevarme de la mano sobre un camino recto, el de Dios, gracias mami por todo tu esfuerzo durante estos años.

Li y Ange, muchas gracias por haber servido como “conejiillos de indias”, revisoras, motivadoras y psicólogas a la vez, Li, te doy gracias por tu apoyo económico y por ser mí hermana.

A ti, por compartir toda la licenciatura conmigo, tu paciencia y tu sonrisa con la cual iluminaste muchos de mis días durante estos años de estudio, gracias por siempre motivarme a seguir adelante.

Te agradezco Maestro Alberto Zelocuatecatl Aguilar por todas tus enseñanzas, tu tiempo, tu paciencia y la dedicación para realizar este trabajo.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de esta gran institución.



Resumen

La Secretaría de Salud a través del SIVEPAB reportó una prevalencia del 4% de pacientes con una Óptima Salud Bucal en una muestra de adolescentes y adultos, esto se contrasta con el número de hospitalizaciones que se realizan por alguna condición bucal, lo que pone en evidencia una falta de atención y cultura de prevención en México.

Objetivo: Identificar las hospitalizaciones por condiciones bucales registradas en las bases de datos de la Secretaría de Salud. **Material y**

método: Se realizó un estudio transversal a partir de las bases de datos de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud. Se analizaron los años 2012 y 2013 para identificar las hospitalizaciones por condiciones bucales según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El análisis se realizó con el paquete estadístico Stata 12.0. **Resultados:** La muestra

estuvo conformada de 4,178 pacientes hospitalizados por alguna condición bucal, la edad promedio fue de 23 años, el 51.46% corresponde al sexo masculino, el estado con mayor número de hospitalizaciones por alguna condición bucal fue el Estado de México con 470 casos, el grupo con mayor frecuencia hospitalización fue la Estomatitis y lesiones afines con 1,270 casos.

Conclusiones: El uso de este indicador para establecer la capacidad de resolución de la atención primaria en salud está sujeto a limitantes, por lo que se sugiere ajustar los diagnósticos de CSAA por un grupo de expertos que codifique por grupo de edad pediátrico y adulto para la población mexicana.



Índice

	Página
1. Antecedentes.....	5
1.1 Salud bucal en México según el SIVEPAB	5
1.2 Salud bucal del niño y del adolescente.....	6
1.3 Salud bucal del adulto	9
2. Atención primaria en salud, primer nivel de atención y prevención primaria	12
2.1 Diferencia entre atención primaria en salud, primer nivel de atención y prevención primaria.....	13
2.1.1 Niveles de atención	13
2.1.2 Niveles de prevención	14
2.1.3 Atención primaria en salud	15
2.1.3.1 Funciones de la APS.....	15
2.2 Conclusiones sobre el primer nivel de atención, prevención primaria y atención primaria en salud.....	16
2.3 Sistema de salud en México.....	17
2.4 Condiciones sensibles a la atención ambulatoria	20
2.4.1 Condiciones Bucales dentro de las CSAA	22
3. Planteamiento del problema	23
4. Justificación	24
5. Objetivos.....	25
5.1 Objetivo general	25
5.2 Objetivos específicos.....	25
6. Material y métodos.....	26
6.1 Tipo de estudio.....	26
6.2 Población de estudio	26
6.2.1 Criterios de inclusión	26
6.2.2 Criterios de exclusión	27
7. Modelo teórico	28
8. Variables.....	28
8.1 Variables independientes	28
8.2 Variables dependientes	28
9. Conceptualización y operacionalización de las variables	29
10. Análisis estadístico	32
10.1 Procedimiento	32
11. Aspectos éticos.....	33
12. Recursos	33
12.1 Materiales.....	33
12.2 Humanos.....	33
13. Resultados.....	34
14. Discusión	40
15. Conclusión.....	43
16. Referencias.....	45
17. Anexos.....	48



1. Antecedentes

1.1 Salud bucal en México según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB).

La Secretaría de Salud a través del SIVEPAB, reportó en su informe de 2013, la proporción de la población usuaria de los Servicios de Salud en México, con Óptima Salud Bucal (OpSB). La población diagnosticada fueron los usuarios de los Servicios de Salud entre 2 a 99 años de edad.

Se definió con OpSB a la persona que cumpliera con los siguientes criterios:

- 20 o más dientes naturales presente en boca.
- 18 o más dientes sanos que no presenten lesiones cariosas activas.
- Sin daño periodontal, sin cálculo dentario o sangrado, sin bolsas periodontales superficiales o profundas.

La muestra total fue de 274,192 pacientes; los datos reportados en este documento ameritan ser analizados a detalle pese al sesgo de representatividad de la muestra debido a que la información que se reporta pertenece sólo a personas que acudieron a las unidades a solicitar atención.

De la muestra de adolescentes y adultos (15 a 99 años) que acudieron a los Servicios de Salud, sólo 8,327 (4.0%) resultaron con una Óptima Salud Bucal, esto se puede interpretar, que uno de cada veinticinco adultos (4%) cumplió con los criterios de OpSB. El 9.8% de los adolescentes de entre 15 a 19 años, mantienen una óptima salud bucal, pero, conforme avanza la edad, los adultos tienen menos probabilidad de mantener este estado. De los 25 a 29 años, se reduce hasta el 4.7%, y a partir de los 45 años de edad la población usuaria con OpSB es menor al 2%.



1.2 Salud bucal del niño y del adolescente

El SIBEPAV agrupó a la población de 2 a 19 años, en niños y adolescentes, la muestra fue de 84,448 pacientes, para el registro de la Higiene Bucal se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Los resultados que obtienen mostraron que el 48.3% tenía cálculo visible en los dientes. La falta de higiene se vuelve evidente al aumentar la edad, así en los niños de 6 a 9 años el 38.1% presentaba un IHOS>0, mientras que en los adolescentes de 15 a 19 años el 55.8%.

Para determinar el estado de Caries Dental en dentición primaria emplearon el índice CPO-D, arrojando los siguientes resultados: en el total de niños y adolescentes de 2 a 10 años el índice CPO-D promedio fue de 3.8. De los cuales 3.4 fueron cariados, 0.1 perdidos y 0.3 obturados (Cuadro 1). El componente cariado fue el de mayor proporción representando más del 84% del índice total para todos los grupos de edad, mientras que el componente perdido fue el más bajo.

Cuadro 1. Promedio de CPOD por edad de 2 a 10 años.

Grupo de edad	N	Cariado	Perdido	Obturado	CPOD
2	832	2.3	0.0	0.1	2.4
3	1,974	3.8	0.0	0.2	4.0
4	3,028	4.3	0.0	0.2	4.5
5	3,965	4.3	0.0	0.3	4.6
6	5,362	3.9	0.1	0.3	4.3
7	5,720	3.8	0.1	0.4	4.3
8	5,080	3.3	0.1	0.4	3.8
9	5,326	2.7	0.1	0.4	3.2
10	5,329	1.8	0.1	0.2	2.1
Total	36,616	3.4	0.1	0.3	3.8

Fuente: SIVEPAB 2013.



En el total de niños y adolescentes de 6 a 19 años, el índice CPOD promedio fue de 3.6, se puede observar que el componente cariado incrementa con la edad, encontrándose a los 19 años un promedio de 6.9 dientes afectados, en este grupo de edad el componente de mayor peso fue nuevamente el cariado, representando más del 80% del índice total (Cuadro 2).

Cuadro 2. Promedio de CPOD por edad de 6 a 19 años

Grupo de edad	N	Cariado	Perdido	Obturado	CPOD
6	5,362	0.0	0.0	0.0	0.0
7	5,720	0.5	0.0	0.0	0.5
8	5,080	1.0	0.0	0.1	1.1
9	5,326	1.2	0.0	0.1	1.3
10	5,329	1.5	0.0	0.1	1.6
11	5,022	1.7	0.0	0.2	1.9
12	5,072	2.3	0.0	0.3	2.6
13	4,932	3.7	0.1	0.5	4.6
14	5,056	4.2	0.1	0.7	5.0
15	5,195	4.5	0.1	0.7	5.3
16	5,363	4.9	0.1	0.8	5.8
17	5,755	5.1	0.1	0.9	6.1
18	5,873	5.4	0.2	1.0	6.6
19	5,564	5.5	0.2	1.1	6.9
Total	74,649	3.0	0.1	0.5	3.6

Fuente: SIVEPAB 2013.



De acuerdo a los resultados del SIVEPAB 2013, el 23.5% de la población de 2 a 19 años de edad que acude a los Servicios de Salud, está libre de caries dental, aproximadamente la mitad de los niños de 2 años de edad están libres de caries dental.

El componente Periodontal también fue evaluado en niños por el SIVEPAB, empleando el Índice Periodóntico Comunitario (IPC), en niños y adolescentes mayores a 6 años de edad, momento en el que empiezan a aparecer dientes permanentes, la medición utilizó las siguientes categorías:

0 – Sano

1 – Hemorragia

2– Cálculo

3– Bolsas periodontales superficiales de 4 a 5 mm

4– Bolsas periodontales profundas de ≥ 6 mm

Los resultados obtenidos son los siguientes: con periodonto sano 74.3%, el 13.7% presentaba sangrado gingival, y el 11.5% cálculo dental en por lo menos un sextante, debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no utilizar sonda en menores de 15 años no se obtuvieron estos datos, pero, para los adolescentes de 15 a 19 años la presencia de bolsas periodontales superficiales fue del 1.0 %, y menos de 0.1% resultaron ser bolsas periodontales profundas.



1.3 Salud bucal del adulto

La muestra examinada por el SIVEPAB de adultos fue de un total de 189,744 pacientes de 20 a 99 años de edad.

Los resultados obtenidos mediante el IHOS mostró que el 68.2% tenían visible cálculo sobre los dientes, el cual aumenta considerablemente con la edad, alcanzando hasta 76.7 % en los adultos de 65 a 69 años. El 26.0 % de los adultos mayores de 80 años no presentan cálculo (IHOS = 0), esto se asocia generalmente a que el número de dientes en la población adulta mayor es menor.

Es necesario comentar que del total de pacientes examinados el 0.4 % fue desdentado. En los pacientes entre 20 a 49 años el porcentaje de edentulismo total fue cero por ciento, en el grupo de 65 a 79 años el 2.5 % de los pacientes habían perdido todos sus dientes, y las personas mayores de 79 años la cifra fue del 8.6%.

Al igual que con los niños y adolescentes se evaluó a los pacientes con el Índice CPO-D, resultando lo siguiente: el promedio fue de 13.0, de los cuales 6.6 fueron cariados, 3.4 perdidos y 3.0 obturados. (Cuadro 3)



Cuadro 3. Promedio de CPOD de 20 a 99 por sexo.

Grupo de edad						
	Total	20 a 34	35 a 49	50 a 64	65 a 79	80 y más
Total						
Cariado	6.6	6.5	7.0	6.6	6.0	5.6
Perdido	3.4	0.8	3.0	6.4	10.5	14.5
Obturado	3.0	2.3	3.7	3.5	2.5	1.6
CPOD	13.0	9.6	13.7	16.5	19.0	21.8
Femenino						
Cariado	6.7	6.8	7.1	6.3	5.6	5.0
Perdido	3.5	0.8	3.2	6.9	11.2	15.6
Obturado	3.1	2.3	3.8	3.7	2.6	1.7
CPOD	13.3	9.9	14.2	16.9	19.5	22.3
Masculino						
Cariado	6.5	6.1	6.8	7.0	6.5	6.3
Perdido	3.2	0.7	2.5	5.6	9.6	13.4
Obturado	2.9	2.4	3.6	3.1	2.3	1.5
CPOD	12.6	9.2	12.8	15.7	18.4	21.1

Fuente: SIVEPAB 2013.



El SIVEPAB realizó a través del IPC un análisis en 92,698 pacientes, en donde aproximadamente el 59.6% tenían algún signo de enfermedad periodontal, un poco más de la de la quinta parte (20.3%) tenían gingivitis, 4.7% tenían signos de enfermedad periodontal leve y 1.3% tenía signos de enfermedad periodontal avanzada. El porcentaje de pacientes con un periodonto sano (código “0”) disminuye con la edad, de 20 a 24 años el porcentaje de adultos sanos fue de 53.2%, en los de 40 a 44 años de 37.7%; y 30.2% en adultos de 80 años y más. A partir de los 45 años la categoría con mayor peso fue el cálculo dental (código “2”), y en el grupo de 45 a 49 años un poco más de la tercera parte (37.4%) presenta cálculo dental.¹

Los resultados obtenidos a través del estudio realizado por el SIVEPAB nos dejan ver que en las próximas décadas, el odontólogo se enfrentará al reto de proporcionar atención dental para un número creciente de personas mayores con múltiples problemas bucales, tratando que estas conserven su boca funcional. Estos resultados reflejan más allá de la disminución de la OpSB conforme a la edad, una ausencia de medidas de prevención y promoción de la salud bucal, ya sea a través de los centros de salud o de las instituciones con capacidad de fomento y promoción, en el caso específico del Sistema Nacional de Salud, y por otro lado exponen una falta de concientización y cultura por parte de la población para el autocuidado de su salud bucal.

La Caries y la Enfermedad Periodontal son dos enfermedades que se previenen con medidas de Higiene Bucal Básicas, específicamente con una técnica de cepillado, que por un lado estimule el tejido periodontal y por otro limpie la superficie dental, por lo que los esfuerzos deben estar dirigidos a la generación de hábitos saludables.



Dentro del Sistema de Salud en México existe un limitado sector de la población que cuenta con una OpSB, por lo que el Sistema de Salud Odontológico está ocupado en atender a la población enferma que no cuenta con los recursos financieros para pagar un tratamiento dental, al no contar con el recurso económico, esta población se caracteriza por tener mecanismos de búsqueda de atención tardíos y por lo general, acuden cuando el dolor es el condicionante, por lo tanto el tratamiento es de carácter curativo, o en muchos de los casos mutilante con la pérdida del órgano dental.

2. Atención primaria en salud, primer nivel de atención y prevención primaria.

En nuestro país hay una carencia de cultura de prevención y en el ámbito de la salud bucal no es una excepción, por ello es importante fortalecer los Sistemas de Salud Odontológicos por medio de la Atención Primaria en Salud (APS), mediante la Prevención Primaria en el Primer Nivel de Atención a fin de que la población infantil y adolescente mantenga una OpSB, que a largo plazo impacte en una mayor proporción de adultos con mejores condiciones bucales.

En México, dentro del Sistema de Salud, existen hospitales de alta especialidad con recursos tanto humanos, como materiales, de muy alta calidad, osamos presumir la atención de primer mundo que se otorga en dichos hospitales, pero olvidamos que tenemos una Atención Primaria en Salud «pobre y deficiente», dejando de lado que si la Prevención Primaria en el Primer Nivel de Atención fuera de calidad no habría la necesidad de tener hospitales de segundo y tercer nivel.



2.1 Diferencia entre primer nivel de atención, prevención primaria y atención primaria en salud.

Dentro del Sistema de Salud en México se tienen tres conceptos parecidos, pero no son sinónimos y hay que aclararlos.

- Niveles de Atención
- Niveles de Prevención
- Atención Primaria en Salud (APS)

2.1.1 Niveles de atención

Los niveles de atención se entienden como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención:

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría.



El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

2.1.2 Niveles de prevención

Los niveles de prevención se definen como: medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Se distinguen tres niveles de prevención:

La prevención primaria se entiende como las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

La prevención secundaria está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas), esto significa, la búsqueda en sujetos «aparentemente sanos» de enfermedades lo más precozmente posible. En consecuencia, comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

La prevención terciaria se refiere a acciones relativas a la recuperación íntegra de un individuo de la enfermedad que clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el



control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente.²

2.1.3 Atención primaria en salud

La APS de acuerdo a la Conferencia de Alma Ata en 1978 se define como:

«La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación».³

2.1.3.1 Funciones de la APS

La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.³

La APS es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población, las experiencias acumuladas en países desarrollados y en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales.⁴



La definición de Atención Primaria en Salud propuesta en Alma Ata nos deja un gran margen para las interpretaciones, ya que, al referirse a la atención primaria se requiere aclarar si se habla de un nivel de atención dentro del sistema o por el contrario, lo que se expresa es una serie de valores que deben regir toda la atención de servicios de salud.⁵

De tal manera que entendemos a la APS como una estrategia que se basa en la promoción de salud y prevención de la enfermedad a costos razonables para la población, en la que destacan elementos esenciales como: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.²

2.2 Conclusiones sobre prevención primaria, primer nivel de atención y APS.

Por consiguiente podemos decir que:

Las estrategias de la APS son aplicables en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta los servicios de alta complejidad en el tercer nivel, la APS no es sinónimo de primer nivel de atención.

La APS se refiere a la calidad de vida que un determinado país ofrece a sus habitantes mediante factores como: alimentación adecuada, correcto suministro de agua, servicios médicos y odontológicos de calidad etc.



Los niveles de atención, por lo tanto, se refieren a la complejidad de enfermedades que se atienden ya sea en el primer, segundo y tercer nivel, dentro de cada nivel de atención se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo, en el primer nivel de atención se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, como instrucción y enseñanza de técnica de cepillado, o la colocación de una prótesis maxilofacial (prevención terciaria) después de haber realizado una cirugía en el tercer nivel de atención.²

Por lo tanto, prevención primaria y primer nivel de atención no son sinónimos, debido a que la prevención primaria se enfoca en evitar la aparición de enfermedades mediante el control de factores predisponentes y causales.

La APS no es sinónimo de prevención primaria, ya que la estrategia desarrolla todos los niveles de prevención.

Esto nos permite observar que no son sinónimos: primer nivel de atención, prevención primaria y atención primaria en salud

2.3 Sistema de salud en México

Los servicios de salud se clasifican según la forma en que se encuentran estructurados, sus fuentes y formas como obtienen financiamiento y las formas a través de las cuales los grupos o clases sociales acceden a ellos.⁶En México el Sistema de Salud está conformado por tres grandes áreas que son: instituciones de seguridad social, sistema dirigido a la población abierta y el sector privado.



Dentro de las instituciones de seguridad social se atiende a personas llamadas derechohabientes, que tienen derecho a los servicios de salud por cotizar mediante cuotas obrero-patronales, este servicio lo otorgan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), dichas instituciones atienden cerca de la mitad de la población del país.

El sistema dirigido a la población abierta o no asegurada, otorga servicio por medio de la Secretaría de Salud (federal o estatal) por medio de dos programas principales, IMSS-Prospera y el Seguro Popular, en los cuales se cobran cuotas por tabulador socioeconómico, dando así la oportunidad a la población de adquirir servicios médicos a bajo costo.

El tercer grupo está conformado por el Sector Privado, el cual se enfoca a la atención sobre todo de quienes tienen la capacidad económica necesaria para solventar los gastos generados por esta atención, mediante consultorios u hospitales privados, en donde el pago es directo o por medio de aseguradoras transnacionales que ofrecen distintos planes según la capacidad de pago de las personas.

El Sector Público se encuentra dividido en tres Niveles de Atención, a los cuales la población puede acceder mediante la afiliación obrero-patronal o mediante la afiliación a programas como el Seguro Popular.

En el caso de México su primer nivel de atención se enfoca en una atención ambulatoria, de acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud definimos a la Atención Ambulatoria como:

«Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento sin que sea hospitalizada».⁷



Este nivel es el primer contacto de las personas con el sistema formal de atención, la mayoría de consultas médicas en este nivel las otorgan médicos generales, quienes resuelven una gran cantidad de problemas de salud sin necesidad de derivar a atención especializada. El primer nivel de atención resulta fundamental en cualquier sistema de salud. Parte importante de las actividades de salud pública como: actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, se realizan en este nivel.⁶ Del total de unidades de salud que existen en el Sector Público en México, más del 95% corresponden a unidades de atención primaria.

Los servicios de atención primaria representan la cara más visible del sistema de salud, en 2008 se realizaron más de 73 millones de consultas, cifra que da una clara idea de la demanda a la que dan respuesta los servicios ambulatorios.

En 2008 se disponía de 19,377 unidades ambulatorias en el primer nivel de atención, el 88.1% de establecimientos dirigen sus servicios a población no cubierta por la seguridad social.⁵

De esta manera podemos ver que la demanda de servicios de salud de la población mexicana se concentra en la atención primaria, pero el diseño del propio sistema de salud en México concentra la oferta de servicios en la atención hospitalaria de segundo y tercer nivel.⁸

El segundo nivel de atención esta formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas de salud que requieren hospitalización. Estos hospitales están organizados en cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, dentro de este nivel se concentra la mayor parte de los especialistas del país.



El tercer nivel de atención está formado por hospitales de «alta especialidad», dentro de este nivel se encuentran los hospitales de alta especialidad del IMSS, el Instituto de Cancerología, Neurología, Cardiología y Pediatría, entre otros. En este nivel de atención se atienden problemas de salud que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles y que requieren conocimientos más especializados o una tecnología específica, generalmente más costosa.

En México los tres niveles de atención cubren distintas partes de la población, pero se pueden observar varias inequidades, dado que los sectores pobres, por lo regular, cuentan sólo con acceso al primer nivel de atención.

2.4 Condiciones sensibles a la atención ambulatoria

Debido a la carencia de prevención y atención primaria en el primer nivel de atención, en nuestro país existe un número creciente de hospitalizaciones innecesarias por Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria (CSAA), las cuales se definen como: un conjunto de enfermedades y diagnósticos para las cuales el primer nivel de atención debería tener la capacidad de disminuir el riesgo de hospitalización mediante una atención ambulatoria adecuada.⁹

A nivel internacional se han propuesto un grupo de enfermedades que se consideran como CSAA, por ejemplo, la Universidad de Colorado propone una clasificación (Cuadro 4), tanto para población adulta como para población pediátrica.¹⁰



Cuadro 4. CSAA por categoría según la Universidad de Colorado.

CSAA pediátricas	CSAA adultos
Apéndice perforado	Apéndice perforado
Asma pediátrica	Asma en adultos
Deshidratación	Deshidratación
Neumonía bacteriana	Neumonía bacteriana
Infección en tracto urinario	Infección en tracto urinario
Gastroenteritis pediátrica	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
	Hipertensión
	Angina de pecho sin tratamiento
	Insuficiencia Cardíaca congestiva
	Complicaciones de la diabetes a corto plazo
	Complicaciones de la diabetes a largo plazo
	Diabetes no controlada
	Amputación de extremidades en pacientes diabéticos

Fuente: Hospitalization for ACSC, University Of Colorado, 2005.

Para que una enfermedad sea considerada como una CSAA debe tener indicaciones de cuidados y medidas preventivas aplicables en el primer nivel de atención, de no ser así la enfermedad no es considerada dentro del grupo de CSAA.¹¹

En España se han presentado reportes relacionados con las CSAA, se ha explorado el comportamiento del indicador CSAA en la población pediátrica¹² y se han incorporado otras enfermedades como las ocasionadas por abuso de drogas, lesiones accidentales y enfermedades relacionadas con la prevención por inmunización.¹³



2.4.1 Condiciones bucales dentro de las CSAA

Márquez-Calderón y cols.¹⁴, proponen introducir en las CSAA problemas dentales, basándose en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Novena Versión¹⁵ (CIE-9) para codificar las afecciones dentales que entrarán en su estudio (Anexo 1).

Introducen en su estudio patologías como caries, enfermedad periodontal, pulpitis, estomatitis por hongos, abscesos y quistes, entre otras.

Tanto la CIE-9 como la CIE-10¹⁶ constituyen los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo, esta clasificación se empezó a usar en los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1994. La Secretaría de Salud captura sus datos con base a esta clasificación, debido a que permite la clasificación y conversión de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y análisis posterior.

Algunos autores como Cáliz-Peña mencionan que el nivel de educación y de ingresos es inversamente proporcional a las tasas de hospitalización por CSAA y sugieren que podrían evitarse si la población tuviera un mejor acceso a los servicios de atención primaria ya que esto posibilitaría la detección de la enfermedad en un estadio temprano.⁹

Uno de los desafíos constantes del sistema de salud en México es alcanzar resultados satisfactorios mediante el uso racional de recursos, para ello el servicio de APS debería tener una mejor respuesta, lo cual implicaría una disminución en los ingresos hospitalarios por CSAA.¹⁷



3. Planteamiento del problema

La OpSB de la población debe ser uno de los objetivos a mejorar, debido a que las consecuencias de una deficiente salud bucal no sólo repercuten directo en boca, este problema tiene gran impacto en la salud general, en aspectos como: la fisiología, estética, nutrición, autoestima y calidad de vida.

Es importante comenzar por identificar la frecuencia de las condiciones bucales que terminan en hospitalización para poder discriminar cuáles ameritan una atención de segundo nivel y en cuáles es necesario realizar actividades de prevención o programas encaminados a que la persona aprenda a identificar los signos y síntomas para buscar atención odontológica, evitando que llegue en estadios avanzados donde el detonante de la búsqueda sea el dolor.

Teniendo esta información a nuestro alcance surge la necesidad de realizar este trabajo para identificar las hospitalizaciones ocurridas por condiciones bucales que se registran en las bases de datos de la Secretaría de Salud.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las condiciones bucales más frecuentes que son hospitalizadas dentro de unidades de atención de segundo nivel de la Secretaría de Salud?



4. Justificación

Identificar los padecimientos bucales nos proporcionara amplia información sobre la Atención Primaria en Salud (APS) en México y su efectividad en relación a hospitalizaciones bucales prevenibles.

Conocer dichas hospitalizaciones nos ayudará a determinar el estado actual no sólo de la APS, también nos ayudará a determinar el funcionamiento del primer nivel de atención y la prevención primaria que este ofrece en relación con la salud bucal.

De acuerdo con la literatura, al obtener una evaluación, analizar y comprender el funcionamiento de los tres pilares del Sistema de Salud en México, que son la APS, Primer Nivel de Atención y Prevención Primaria, nuestros resultados derivarían en la reducción de costos hospitalarios y mejora de la eficiencia en el primer nivel de atención.



5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Identificar las hospitalizaciones por condiciones bucales registradas en las bases de datos de la Secretaría de Salud.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (CIE-10) las afecciones bucales.
- Identificar en las bases de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) las hospitalizaciones por afecciones bucales.
- Determinar por edad y sexo las condiciones bucales que se hospitalizan.
- Determinar el número de días que permanecen hospitalizados por alguna condición bucal.
- Identificar las entidades con mayor porcentaje de hospitalizaciones por condiciones bucales.



6. Material y método

6.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal a partir de las bases de datos de egresos hospitalarios disponible en la página de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud disponible en su portal <http://www.dgis.salud.gob.mx/>.

Se descargó la información de egresos hospitalarios de 2012 y 2013, para identificar las condiciones bucales hospitalizadas en estos años, previo a esto se buscó en la CIE-10 los códigos relacionados a las condiciones bucales (anexo 1), a su vez se realizó una equivalencia con los códigos de la CIE-9 que propone Márquez-Calderón y cols.

Se revisó la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud para definir variables como egreso hospitalario, cama censable, día de estancia, condición bucal. Estas definiciones nos ayudarán a entender cuando una hospitalización se considera como tal.

6.2 Población de estudio

La población de estudio será el registro de hospitalizaciones que se encuentran concentrados en las bases de datos disponibles en el portal de las DGIS, para este estudio sólo se trabajara con la base de egresos del 2012 y 2013.

6.2.1 Criterios de inclusión

Sólo se incluyeron afecciones bucales con los siguientes códigos a tres dígitos: K02, K03, K04, K05, K06, K08, K12 y K13. (Cuadro 5)



Cuadro 5. Nombre de cada grupo dental

Nombre	Grupo
Caries Dental	K02
Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes	K03
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	K04
Gingivitis y enfermedades periodontales	K05
Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula	K06
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	K08
Estomatitis y lesiones afines	K12
Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal	K13

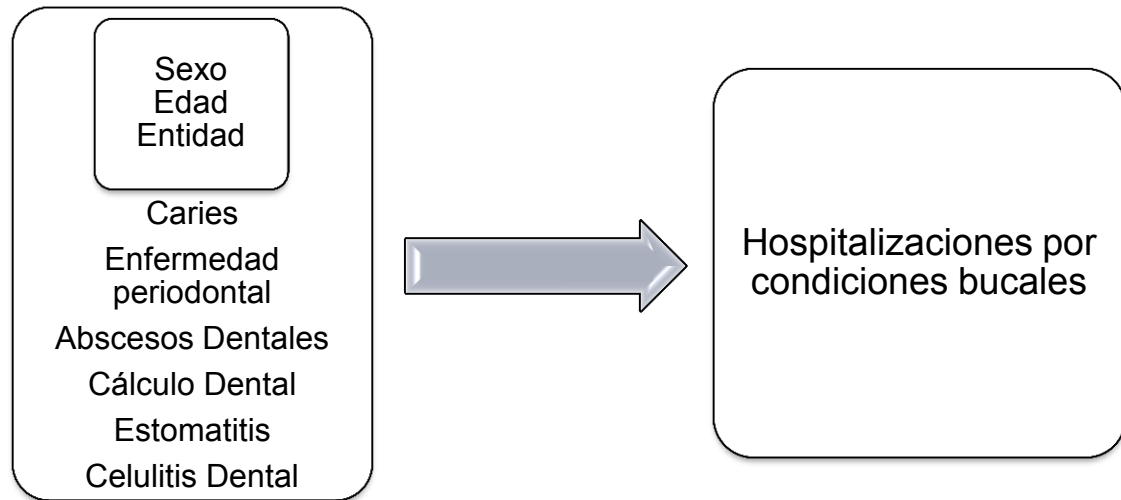
Fuente: Directa

- Sólo se incluirán las hospitalizaciones que hayan ocurrido en los años correspondientes a las bases de datos.

6.2.2 Criterios de exclusión

- Se excluyeron las hospitalizaciones con sexo no definido.
- Se excluyeron edades mayores de 65 años y menores de un año de edad.
- Se excluyeron hospitalizaciones sin entidad de residencia definido.
- Se excluyeron días de estancia mayores a 120 días.

7. Modelo teórico



8. Variables

8.1 Variables independientes

- Sexo
- Edad
- Entidad
- Caries
- Enfermedad Periodontal
- Abscesos Dentales
- Cálculo Dental
- Estomatitis (protésica, ulcerativa)
- Celulitis dental
- Egreso hospitalario
- Día de estancia
- Cama censable
- Condición bucal

8.2 Variables dependientes

- Hospitalización por condiciones bucales.



9. Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Escala de medición
Caries	Enfermedad infecto-contagiosa multifactorial que produce desmineralización del esmalte, causada por bacterias (Placa bacteriana) que se adhieren a la superficie dentaria.	La CIE-10 identifica a la caries dental en los siguientes códigos: K20, K21, K22, K23, K24, K28 y K29.	Razón
Enfermedad periodontal	O periodontitis, existen dos tipos aguda y crónica, destrucción de los tejidos de soporte del diente, generalmente producida por bacterias.	La CIE-10 identifica a la enfermedad periodontal en los siguientes códigos: K30, K31, K32, K33, K34, K35, K36, K37, K38 y K39.	Razón
Absceso Dental	Acumulación delimitada de material purulento por una infección bacteriana localizada en los tejidos adyacentes al diente.	La CIE-10 identifica a absceso dental en los siguientes códigos: K46 y K47.	Razón
Cálculo Dental	Endurecimiento de la placa bacteriana por acumulo de sales minerales sobre la misma.	La CIE-10 identifica a la cálculo dental en los siguientes códigos: K36 y K39.	Razón
Estomatitis protésica o ulcerativa	Inflamación Crónica o aguda del revestimiento de la mucosa bucal, suele estar provocada por infecciones.	La CIE-10 identifica a estomatitis en el siguiente grupo: K12.	Razón



Celulitis dental	Inflamación difusa del tejido celular subcutáneo que se extiende por los espacios entre el tejido celular a más de una región anatómica o espacio aponeurótico a causa de la infección de uno o varios dientes o de patología asociadas al periodonto.	La CIE-10 identifica a la celulitis dental en los siguientes códigos: K122.	Razón
Egreso hospitalario	Evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.	De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.	Nominal
Cama censable	Su característica fundamental, es que genera un Egreso Hospitalario; ésta se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente), incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.	De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.	Razón



Días estancia	Número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización y hasta su egreso; se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha, ocupando una cama censable, se cuenta como un día estancia. Se contabiliza cero días de estancia cuando el paciente es atendido exclusivamente en los servicios de corta estancia, dado que en estos servicios ha utilizado una cama no censable.	De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.	Razón
Condición Bucal	Los trastornos o padecimientos propios de la cavidad bucal, que derivaran en una hospitalización, como por ejemplo: caries, enfermedad periodontal, atrición, abrasión, erosión, pulpitis, abscesos, etc.	De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.	Razón



10. Análisis estadístico

10.1 Procedimiento

Se realizó un análisis estadístico utilizando la paquetería Stata 12.0 para Windows 7. Las bases de datos se bajaron del portal de la DGIS en formato Access (.accdb) y después se trasladaron a formato Stata (.dta). Se elaboró un archivo do file (.do) para la sintaxis del cálculo estadístico. (Anexo 1). Además se generó un archivo en Excel para tabular y graficar.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, en el caso de variables cualitativas se obtuvieron proporciones y para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión.

Con la variable días de estancia se generó con un intervalo de 1 a 200 días, las estancias mayores o menores se eliminaran.

La edad se agrupó en dos, el primero de 1 a 18 años de edad y el segundo de 19 a 64, para identificar a la población pediátrica y adulta.

Se tomó como referencia lo propuesto por Márquez-Calderón y cols., que propone un listado de las afecciones bucales de acuerdo a la clasificación CIE-9, sin embargo con fines de análisis se hizo la equivalencia a los códigos del CIE-10, debido a que las bases de datos de egresos proporcionadas por la Secretaría de Salud, emplea esta clasificación para su captura. (Anexo 2)



11. Aspectos éticos

Este estudio es una análisis de las bases de datos, las cuales no contienen información personal de los pacientes y no se pone en riesgo la confidencialidad de los datos.

12. Recursos

12.1 Materiales

Una Computadora de escritorio Intel Pentium IV Windows XP, Notebook Intel Centrino Windows 7 con paquetería estadística, Macbook Pro con paquetería estadística.

12.2 Humanos

Para la elaboración metodológica y estadística se cuenta con la dirección del Mtro. Alberto Zelocuatecatl Aguilar y la asesoría de la Mtra. Miriam Ortega Maldonado y un alumno de tesina.



13. Resultados

La muestra estuvo conformada de 4,178 pacientes hospitalizados por alguna condición bucal. La edad promedio fue de 23 años, con un intervalo de edad de 1 a 64 años. La desviación estándar (DE) fue de ± 18 años de edad. El 51.46% correspondió al sexo masculino y el 49.54% al sexo femenino. El grupo de edad pediátrico corresponde al 48.59% (2,030 casos) y el grupo de edad adulta el 51.41% (2,148 casos) del total de la muestra. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Hospitalizaciones por grupo de edad y grupo dental

Grupo Dental	Grupo pediátrico	Grupo adulto	Total
K02	788	68	856
K03	18	18	36
K04	232	500	732
K05	186	328	514
K06	70	66	136
K08	32	96	128
K12	386	884	1,270
K13	318	188	506
Total	2,030	2,148	4,178

Fuente: Directa

Al tabular la edad los resultados obtenidos nos muestran que: el rango de edad de 1 a 9 años presenta el mayor número de casos hospitalizados (35.85%). (Cuadro 7)



El intervalo de días de hospitalización por condiciones bucales fue de 1 a 43 días, con un promedio de 3.9 días y una DE de 4.5 días.

Cuadro 7. Edades con mayor número de casos hospitalizados

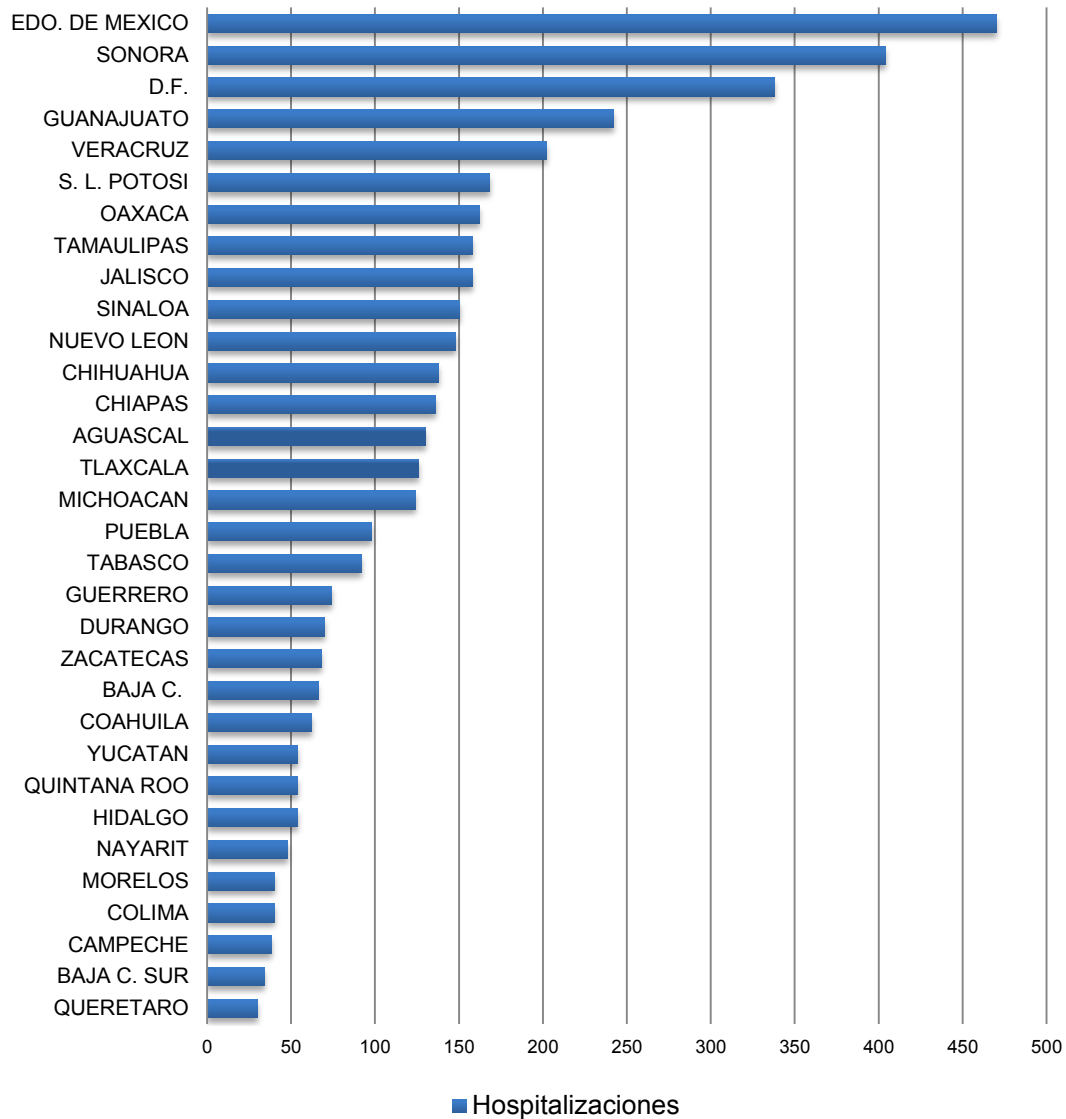
Edad	N° de casos	Porcentaje
3	298	7.13
4	240	5.74
2	196	4.69
5	186	4.45
6	152	3.64
8	116	2.78
1	112	2.68
7	102	2.44
9	96	2.3
Total	1498	35,85

Fuente: Directa

A nivel nacional se obtuvieron 4,178 condiciones bucales hospitalizadas en el periodo 2012 y 2013, las entidades con el mayor número de condiciones bucales fueron: el Estado de México con 470 casos (11.3%), seguido por Sonora 404 casos (9.7%) y el DF 338 casos (8.1%). Los estados con menor frecuencia de casos son: Querétaro con 30 casos (0.7%), Baja California Sur 34 casos (0.8%), Campeche 38 casos (0.9%) (Grafica 1).



Grafica 1. Frecuencia de condiciones bucales hospitalizadas por entidad.



Fuente: Directa

Los tres grupos con mayor frecuencia de afecciones bucales fueron: Estomatitis y lesiones afines (K12) con 1,270 casos (30.4%), el padecimiento más hospitalizado dentro de este grupo es Absceso submandibular y Celulitis de la boca (K122) con una frecuencia de 1,198 casos (28.6%), el segundo lugar lo ocupa el grupo de Caries Dental (K02) con 856 casos (20.5%), el padecimiento más frecuente dentro de este grupo



es Caries no específica (K29) con 670 casos (16%), el tercer grupo con mayor frecuencia es Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales (K04) con 732 casos (17.5%), la afección más frecuente de este grupo es Absceso periapical sin fístula (K47) con 526 casos (12.29%).

El grupo K03 correspondiente a Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes es el menos hospitalizado presentando solo 36 casos (0.9%), seguido del K08 que presenta 128 casos (3.1%) y en tercer lugar el grupo K06 con 136 casos (3.3%). (Cuadro 8)

Cuadro 8. Número de casos por grupo dental

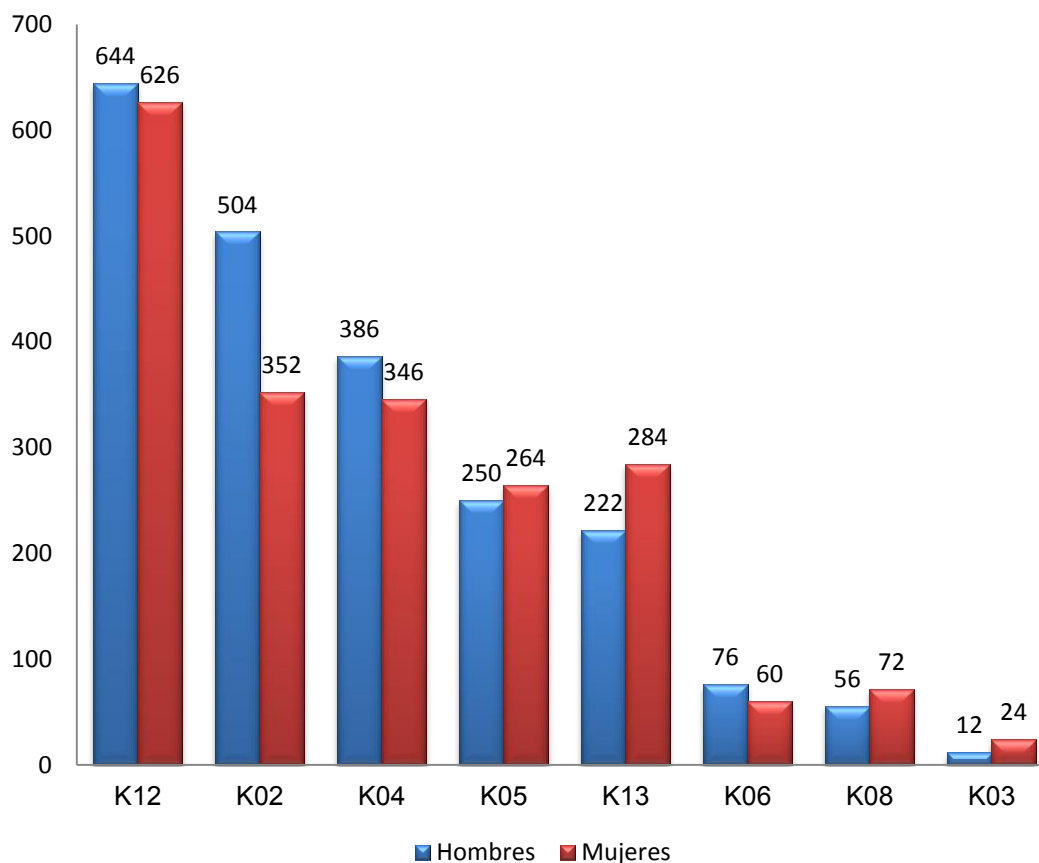
Grupo	N° de casos	Porcentaje
K12	1,270	30.4
K02	856	20.5
K04	732	17.5
K05	514	12.3
K13	506	12.1
K06	136	3.3
K08	128	3.1
K03	36	0.9
Total	4,178	100

Fuente: Directa

Los resultados obtenidos al analizar las hospitalizaciones por grupo con respecto al sexo arrojan los siguientes datos: en los dos grupos con más hospitalizaciones (K12 y K02) el sexo masculino tiene una mayor frecuencia, sin embargo en los grupos más bajos (K03 y K08) las mujeres predominan. (Grafica 2)



Grafica 2. Hospitalizaciones por grupo dental y sexo



Fuente: Directa

Las afecciones con más días de hospitalización fueron: Estomatitis Protésica y Ulcerativa (K121) que presenta dos casos hospitalizados por 43 días, mientras que el Absceso submandibular y celulitis de boca (K122) presenta 2 casos hospitalizados por 38 días y 4 casos por 37 días.

Dos personas se hospitalizaron 39 días por Absceso periapical con fístula (K046) y 344 personas estuvieron hospitalizadas por Periodontitis Aguda (K52) entre 1 a 27 días, mientras la Periodontitis Crónica presenta una frecuencia de 78 casos hospitalizados entre 1 a 18 días.



El grupo K02, presenta 670 casos de caries sin especificar (K29) hospitalizados entre 1 a 18 días y 90 casos de caries en dentina (K21) hospitalizados entre 1 a 18 días.

El siguiente cuadro muestra el promedio y DE de los días de estancia por grupo dental, teniendo el promedio más alto en el grupo K12 y la DE más alta en el grupo K06, el promedio y la DE más bajos los encontramos en el grupo K02.

Cuadro 9. Promedio de días de estancia por grupo de afección dental

	N° de casos	Promedio	DE	Mínimo	Máximo
Grupo K02					
	856	1.4	±1.2	1	18
Grupo K03					
	36	2.9	±2.8	1	9
Grupo K04					
	732	4.5	±4.3	1	39
Grupo K05					
	514	3.5	±3.3	1	27
Grupo K06					
	136	3.3	±5.8	1	34
Grupo K08					
	128	2.8	±3.7	1	25
Grupo K12					
	1270	6.4	±5.6	1	43
Grupo K13					
	506	1.6	±2.5	1	30



14. Discusión

Este trabajo analiza las hospitalizaciones por CSAA, pero está limitado por la clasificación para afecciones dentales propuestas por Márquez-Calderón, ya que no hay un grupo de CSAA que esté adaptado para la población mexicana, sin embargo, se toma como base la CIE-10 debido a que la Secretaría de Salud trabaja con base en esta clasificación. De acuerdo con los resultados de este trabajo, el sexo masculino representa poco más de la mitad del total de la población de estudio, el porcentaje de hombres es mayor aproximadamente dos puntos porcentuales, lo cual apoya los resultados obtenidos por el SIVEPAB, en donde el sexo masculino predomina por menos de un punto sobre el femenino, lo cual nos permite entender que los hombres buscan atención dental cuando se ven afectadas sus actividades cotidianas, y el dolor los condiciona a buscar atención dental de urgencia. El intervalo de edad manejado en estos dos estudios difiere, pero al observar los resultados en ambos estudios los grupos de edad adulta presentan mayor número de casos en comparación con el grupo pediátrico.

Al analizar los resultados de casos por estado encontramos al Estado de México y Distrito Federal dentro de los primeros tres lugares, si bien estos estados presentan un gran número de hospitalizaciones por condiciones bucales no debemos olvidar que en estos estados existe un mayor número de habitantes en relación con los demás estados, por lo que sería inadecuado evaluar su primer nivel de atención con base solo en el número de hospitalizaciones reportadas en este trabajo.

Los resultados obtenidos por el SIVEPAB nos muestran que del total de la muestra de población adulta el 97% presenta caries lo que apoya nuestro



resultado obtenido en el grupo de Caries Dental (K02) donde este representa más del 20% de nuestra muestra, siendo la caries una de las afecciones bucales más prevalentes en ambos estudios. El 78% de los días de estancia para las hospitalizaciones por caries corresponden a un día, retomando el apartado de conceptualización y operacionalización de las variables para definir días de estancia, se toma como un día de estancia cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha, por lo que los casos de caries hospitalizados un día entraron al segundo nivel de atención al ocupar una cama censable, tomando en cuenta que la caries es una de las enfermedades más frecuentes en boca y que de esta derivan problemas dentales más complejos, podemos concluir que los casos de caries no debieran hospitalizarse, ya que esta enfermedad es prevenible mediante medidas de higiene básica y de promoción de la salud.

Para las demás afecciones bucales encontradas en este trabajo no existe punto de comparación por que no se encontraron estudios semejantes, pero dentro de estas afecciones sobresalen tres grupos principales. El primer grupo es el K12, que presenta el mayor número de casos, en este grupo se engloban Estomatitis y lesiones afines, dentro de este grupo se encuentra la afección con mayor número de casos hospitalizados, el absceso submandibular y celulitis de boca (K122) y la afección con más días de hospitalización, Estomatitis Protésica y Ulcerativa (K121), este grupo de padecimientos nos permite observar el poco interés de la población para la búsqueda de atención dental en estadios tempranos de la enfermedad, la deficiente prevención primaria y la nula información sobre higiene bucal relacionada a prótesis. El segundo grupo con el mayor número de afecciones es el K02, discutido en el párrafo anterior.



El tercer grupo es el K04 que corresponde a Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, dentro de este grupo la afección más frecuente es el Absceso periapical sin fistula, si recordamos la etiología más frecuente de un absceso periapical encontramos que la caries es una de las causas más importantes de la enfermedad periapical, esta provoca la destrucción de los tejidos duros del diente, sin estas barreras el tejido pulpar no puede defenderse al ser afectado por acción bacteriana lo que provoca un proceso inflamatorio y posteriormente lesiones periapicales, lo que nos lleva a discutir de nuevo el punto de la caries como una enfermedad prevenible.

Existen casos aislados de otras afecciones con periodos de hospitalización largos, como Absceso periapical con fístula (K046) que presenta dos personas hospitalizadas 39 días, Periodontitis Aguda (K52) con 344 personas hospitalizadas por un periodo de entre 1 a 27 días, mientras la Periodontitis Crónica presenta una frecuencia de 78 casos hospitalizados entre 1 a 18 días, el encontrar estas afecciones en los resultados se pone en evidencia que todas estas enfermedades son prevenibles mediante cuidados tan sencillos como el cepillado dental.

Las afecciones bucales encontradas en este trabajo con base en el listado de CSAA de Márquez-Calderón contienen afecciones dentales para las cuales la hospitalización no siempre es necesaria, ya que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención mediante prevención y promoción de la salud, evitando así lleguen al segundo nivel de atención.



15. Conclusiones

En México las prioridades que atienden los programas de salud bucal son disminuir la caries dental y los problemas periodontales, para lo cual se han diseñado diversos programas como: educar preventivamente a escolares, el atender a pacientes con problemas dentales y la fluoruración de la sal, si bien estas medidas ayudan, el problema parte de la falta de prevención y promoción de la salud. La práctica dental en México se ha caracterizado por otorgarse a nivel individual tratando problemas dentales en estadios avanzados, el caso del Distrito Federal resulta interesante debido que a pesar de existir gran número de cirujanos dentistas en la capital del país las afecciones dentales hospitalizadas no disminuyen por la carente prevención y promoción de la salud que se otorga en consultorios privados.

Si la prevención primaria y las medidas de promoción de la salud se tomaran como prioridades en la educación universitaria y práctica profesional la atención dental sería más acorde con las necesidades de la población, lo cual derivaría en la disminución inmediata de hospitalizaciones innecesarias, dado que los odontólogos estarían ampliamente calificados para prevenir y promover una OpSB desde el primer nivel de atención, su consultorio.

La Universidad Nacional Autónoma de México, es una de las instituciones con mayor prestigio a nivel nacional y a través de la Facultad de Odontología otorga atención dental a población abierta, durante el curso de mi carrera en esta facultad otorgué atención dental a pacientes que asistían a consulta a la clínica de operatoria dental, periodoncia y endodoncia por mencionar algunas, en donde en la mayoría de los casos el paciente acudía a consulta por dolor, esto hace notar la poca importancia que el paciente otorga a su higiene bucal y la nula cultura de prevención y promoción de la salud por parte del odontólogo, dado que el paciente busca únicamente



atención dental por dolor y deja de asistir a consulta cuando este desaparece.

La Facultad de Odontología mediante su nuevo plan de estudios considera un enfoque diferente en la enseñanza de la odontología al incorporar, desde los primeros semestres, la salud pública e introducción al pensamiento científico como materias, si el Instituto Politécnico Nacional¹⁸ y la Universidad Autónoma Metropolitana¹⁹ en conjunto con la Universidad Autónoma de México, como las tres principales universidades públicas que ofrecen licenciaturas, ya sea en odontología o estomatología, realizan una mejor planeación y norman adecuadamente la educación dental, como lo menciona Medina-Solís,²⁰ a mediano plazo, esto llevará a la formación de recursos humanos que vayan de acuerdo con las necesidades de la población.

Finalmente, la propuesta de este trabajo, hace evidente la posibilidad de ahorrar recursos a partir de hospitalizaciones innecesarias que se pueden evitar al fortalecer la atención primaria, así como el fomento de medidas preventivas en la población. Recomendamos ampliamente que para estudios futuros se ajusten los diagnósticos de CSAA de afecciones dentales por un grupo de expertos que codifiquen por grupo de edad pediátrico y adulto para la población mexicana.



16. Referencias

1. Secretaría de Salud, Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, SIVEPAB 2013, Primera edición, México, Diciembre 2014. Disponible en : http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_sivepab.html
2. Julio, V, Vacarezza, M, Álvarez, C, Sosa, A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011;XXXIII(1): 11-14.
3. OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. 1978.
4. OPS, Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, Washington, D.C., 2008. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
5. Secretaría de Salud, Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008 Primera edición, México 2009. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf
6. Soto, E. Capítulo 9: Rasgos generales del sistema de salud en México. En: Mc Graw-hill, (ed.) La salud pública y el trabajo en comunidad. México: UNAM; 2010. p. 119-138.
7. Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012



8. Durán, L, Salinas, G, Granados, V, Martínez, S. La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria, Gaceta Médica de México, 2012;148:552(7): 552-557
9. Cáliz, O, Hospitalizaciones Prevenibles por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio en Cinco Hospitales de la Red Pública de Bogotá 2006-2008. Revista EAN, 2009: 95-106. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20612971007>.
10. Burns, E, McGloin, J, Westfall, J. Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions, University Of Colorado, Colorado Area Health Education Center System, 2005: 1-1 - 11-1.
11. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012.
12. Bermúdez-Tamayo, C, et al, Características Organizativas de la Atención Primaria y Hospitalización por los Principales Ambulatory Care Sensitive Conditions, Aten Primaria 2004;33(6):305-11 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704707982>
13. Caminal, J, et al, Avances en España en la Investigación con el Indicador «Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria», Rev Esp Salud Pública, 2002; 76: 189-196.
14. Márquez-Calderón, S, et al, Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios, Gac Sanit 2003;17(5):360-7.
15. OMS, Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica, CIE-9-MC, 7ª Edición, Enero 2010.
16. OMS, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10ª Revisión, CIE-10.
17. Rodríguez, G, et al, Serie Sobre Hospitalizaciones Evitables y Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, El Caso de México, BID-DP-273, 2012



-
18. Universidad Autónoma Metropolitana, Plan de estudios vigente de la Licenciatura en Estomatología. Disponible en: http://www.uam.mx/licenciaturas/pdfs/75_2a_Lic_en_Estomatologia_XOC.pdf
 19. Instituto Politécnico Nacional, Plan de estudios vigente de la Licenciatura en Odontología. Disponible en: http://www.cicsma.ipn.mx/carreras/Documents/MAPA_ODONTOLOGIA.pdf
 20. Medina-Solís, C. et al, Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción, Rev Biomed 2006; 17:269-286.



17. Anexos

Anexo 1. Do file (.do) para la sintaxis del cálculo estadístico.

****DO para el análisis de CSAA de Padecimientos Dentales****

****Se trabajara la BD del 2012 y se realizara el mismo procedimiento en la BD del 2013****

****Se eliminan de la base de datos variables y solo se dejan las siguientes****

keep id clues folio egreso ingre dias_esta cveedad edad sexo entidad proced motegre
diag_ini afecprin

****Se elimina sexo no definido****

drop if sexo=="9" (123 observations deleted)

****Se eliminan días de estancia mayores a 200 y menores a 1****

drop if dias_esta>=200(334 observations deleted)

drop if dias_esta==0 (155804 observations deleted)

****Se conserva la edad con cveedad 3, las demás se eliminan****

drop if cveedad=="9" (88 observations deleted)

drop if cveedad=="0"(65235 observations deleted)

drop if cveedad=="1"(63276 observations deleted)

drop if cveedad=="2"(53082 observations deleted)

****Análisis para base de datos robustecida 2012-2013 con 5049548 de observaciones****

****Se utilizó el comando append para juntar las bases de datos 2012 y 2013, se procede a generar grupo de edad****

gen gpoedad=0

replace gpoedad=1 if edad>=1 & edad<=18

replace gpoedad=2 if edad>=19 & edad<=64

replace gpoedad=3 if edad>=65

****Se elimina el grupo de edad 3, personas mayores a 64 años****

drop if gpoedad== 3 (424020 observations deleted)

tab gpoedad

gpoedad	Freq.	Percent	Cum.
-----+-----			
1	1,094,790	21.68	21.68
2	3,530,738	69.92	91.60
3	424,020	8.40	100.00
-----+-----			
Total	5,049,548	100.00	

****Se genera la variable estado para asignar nombre a las entidades federativas****

gen estado=""



```
replace estado="AGUASCALIENTES" if entidad=="01"  
replace estado="BAJA CALIFORNIA" if entidad=="02"  
replace estado="BAJA CALIFORNIA SUR" if entidad=="03"  
replace estado="CAMPECHE" if entidad=="04"  
replace estado="COAHUILA" if entidad=="05"  
replace estado="COLIMA" if entidad=="06"  
replace estado="CHIAPAS" if entidad=="07"  
replace estado="CHIHUAHUA" if entidad=="08"  
replace estado="DISTRITO FEDERAL" if entidad=="09"  
replace estado="DURANGO" if entidad=="10"  
replace estado="GUANAJUATO" if entidad=="11"  
replace estado="GUERRERO" if entidad=="12"  
replace estado="HIDALGO" if entidad=="13"  
replace estado="JALISCO" if entidad=="14"  
replace estado="MEXICO" if entidad=="15"  
replace estado="MICHOACAN" if entidad=="16"  
replace estado="MORELOS" if entidad=="17"  
replace estado="NAYARIT" if entidad=="18"  
replace estado="NUEVO LEON" if entidad=="19"  
replace estado="OAXACA" if entidad=="20"  
replace estado="PUEBLA" if entidad=="21"  
replace estado="QUERETARO" if entidad=="22"  
replace estado="QUINTANA ROO" if entidad=="23"  
replace estado="SAN LUIS POTOSI" if entidad=="24"  
replace estado="SINALOA" if entidad=="25"  
replace estado="SONORA" if entidad=="26"  
replace estado="TABASCO" if entidad=="27"  
replace estado="TAMAULIPAS" if entidad=="28"  
replace estado="TLAXCALA" if entidad=="29"  
replace estado="VERACRUZ" if entidad=="30"  
replace estado="YUCATAN" if entidad=="31"  
replace estado="ZACATECAS" if entidad=="32"
```

```
replace estado="AGUASCALIENTES" if entidad=="01"  
estado was str1 now str14  
(73464 real changes made)  
. replace estado="BAJA CALIFORNIA" if entidad=="02"  
estado was str14 now str15  
(87162 real changes made)  
. replace estado="BAJA CALIFORNIA SUR" if entidad=="03"  
estado was str15 now str19  
(31090 real changes made)  
. replace estado="CAMPECHE" if entidad=="04"  
(51230 real changes made)  
. replace estado="COAHUILA" if entidad=="05"  
(89294 real changes made)  
. replace estado="COLIMA" if entidad=="06"  
(34812 real changes made)  
. replace estado="CHIAPAS" if entidad=="07"  
(229570 real changes made)  
. replace estado="CHIHUAHUA" if entidad=="08"  
(126096 real changes made)
```



. replace estado="DISTRITO FEDERAL" if entidad=="09"
(343028 real changes made)
. replace estado="DURANGO" if entidad=="10"
(79332 real changes made)
. replace estado="GUANAJUATO" if entidad=="11"
(272400 real changes made)
. replace estado="GUERRERO" if entidad=="12"
(150408 real changes made)
. replace estado="HIDALGO" if entidad=="13"
(107616 real changes made)
. replace estado="JALISCO" if entidad=="14"
(305962 real changes made)
. replace estado="MEXICO" if entidad=="15"
(588454 real changes made)
. replace estado="MICHOACAN" if entidad=="16"
(188170 real changes made)
. replace estado="MORELOS" if entidad=="17"
(73964 real changes made)
. replace estado="NAYARIT" if entidad=="18"
(49830 real changes made)
. replace estado="NUEVO LEON" if entidad=="19"
(89838 real changes made)
. replace estado="OAXACA" if entidad=="20"
(159660 real changes made)
. replace estado="PUEBLA" if entidad=="21"
(186670 real changes made)
. replace estado="QUERETARO" if entidad=="22"
(67354 real changes made)
. replace estado="QUINTANA ROO" if entidad=="23"
(69694 real changes made)
. replace estado="SAN LUIS POTOSI" if entidad=="24"
(103298 real changes made)
. replace estado="SINALOA" if entidad=="25"
(121480 real changes made)
. replace estado="SONORA" if entidad=="26"
(115720 real changes made)
. replace estado="TABASCO" if entidad=="27"
(155604 real changes made)
. replace estado="TAMAULIPAS" if entidad=="28"
(140468 real changes made)
. replace estado="TLAXCALA" if entidad=="29"
(72906 real changes made)
. replace estado="VERACRUZ" if entidad=="30"
(295262 real changes made)
. replace estado="YUCATAN" if entidad=="31"
(77986 real changes made)
. replace estado="ZACATECAS" if entidad=="32"
(77458 real changes made)

Los padecimiento dentales que fueron hospitalizados incluyen los códigos K02, K03, K04, K05, K06, K08, K12 y K13 presentes en el CIE-10



****Se genera el nombre de los padecimientos dentales****

gen nomdental=" "

replace nomdental="Caries limitada al esmalte" if afecprin=="K020"

replace nomdental="Caries dentina" if afecprin=="K021"

replace nomdental="Caries del cemento" if afecprin=="K022"

replace nomdental="Caries dentaria detenida" if afecprin=="K023"

replace nomdental="Odontoclasia" if afecprin=="K024"

replace nomdental="Otras caries dentales" if afecprin=="K028"

replace nomdental="Caries sin especificar" if afecprin=="K029"

replace nomdental="Atrición excesiva de los dientes" if afecprin=="K030"

replace nomdental="Abrasion de los dientes" if afecprin=="K031"

replace nomdental="Erosión de los dientes" if afecprin=="K032"

replace nomdental="Reabsorción patológica de los dientes" if afecprin=="K033"

replace nomdental="Hipercementosis" if afecprin=="K034"

replace nomdental="Anquilosis" if afecprin=="K035"

replace nomdental="Calculo y biofilm" if afecprin=="K036"

replace nomdental="Cambios del color de los tejidos dentales duros" if afecprin=="K037"

replace nomdental="Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes" if afecprin=="K038"

replace nomdental="Enfermedad no especificada de los tejidos dentales duros" if afecprin=="K039"

replace nomdental="Pulpitis y abscesos de la pulpa" if afecprin=="K040"

replace nomdental="Necrosis de la pulpa" if afecprin=="K041"

replace nomdental="Calcificaciones de la pulpa" if afecprin=="K042"

replace nomdental="Formación anormal de dentina en pulpa" if afecprin=="K043"

replace nomdental="Periodontitis apical aguda originada en la pulpa" if afecprin=="K044"

replace nomdental="Periodontitis apical crónica" if afecprin=="K045"

replace nomdental="Absceso periapical con fístula" if afecprin=="K046"

replace nomdental="Absceso periapical sin fístula" if afecprin=="K047"

replace nomdental="Quiste radicular" if afecprin=="K048"

replace nomdental="Otras enfermedades no especificadas de la pulpa y del tejido periapical" if afecprin=="K049"

replace nomdental="Gingivitis aguda" if afecprin=="K050"

replace nomdental="Gingivitis crónica" if afecprin=="K051"

replace nomdental="Periodontitis aguda" if afecprin=="K052"

replace nomdental="Periodontitis crónica" if afecprin=="K053"

replace nomdental="Periodontosis juvenil" if afecprin=="K054"

replace nomdental="Otras enfermedades periodontales" if afecprin=="K055"

replace nomdental="Enfermedad del periodonto no especificadas" if afecprin=="K056"

replace nomdental="Retracción gingival" if afecprin=="K060"

replace nomdental="Hiperplasia gingival" if afecprin=="K061"

replace nomdental="Lesiones de la encía y zona edéntula asociadas con traumatismo" if afecprin=="K062"

replace nomdental="Epulis y granuloma" if afecprin=="K068"

replace nomdental="Trastorno no especificado de la encía y de la zona edéntula" if afecprin=="K069"



```
replace nomdental="Exfoliación de los dientes debida a causas sistémicas" if
afecprin=="K080"
replace nomdental="Pérdida de dientes por accidente, extracción o enfermedad periodontal
local" if afecprin=="K081"
replace nomdental="Atrofia del reborde alveolar desdentado" if afecprin=="K082"
replace nomdental="Raiz dental retenida" if afecprin=="K083"
replace nomdental="Otras afecciones especificadas de los dientes y de sus estructuras de
sosten" if afecprin=="K088"
replace nomdental="Trastorno de los dientes y de sus estructuras de sosten, no
especificado" if afecprin=="K089"
```

```
replace nomdental="Estomatitis aftosa recurrente" if afecprin=="K120"
replace nomdental="Estomatitis protesica y ulcerativa" if afecprin=="K121"
replace nomdental="Abscesos submandibulares y Celulitis de la boca" if afecprin=="K122"
```

```
replace nomdental="Enfermedades de los labios" if afecprin=="K130"
replace nomdental="Mordedura del labio y de la mejilla" if afecprin=="K131"
replace nomdental="Leucoplasia y otras alteraciones del epitelio bucal, incluyendo la
lengua" if afecprin=="K132"
replace nomdental="Leucoplasia pilosa" if afecprin=="K133"
replace nomdental="Granuloma y lesiones semejantes de la mucosa bucal" if
afecprin=="K134"
replace nomdental="Fibrosis de la submucosa bucal" if afecprin=="K135"
replace nomdental="Hiperplasia irritativa de la mucosa bucal" if afecprin=="K136"
replace nomdental="Otras lesiones y las no especificadas de la mucosa bucal" if
afecprin=="K137"
```

```
**Se genera la variable afec3 para codificar a tres dígitos y poder así obtener los grupos**
gen afec3=substr(afecprin,1,3)
```

```
** Los padecimientos dentales por grupo que se incluyen son K02, K03, K04, K05, K06,
K08, K12 y K13,
```

```
* para el análisis solo se incluirá a las hospitalizaciones que tienen como padecimiento
principal alguno evento bucal**
```

```
**Se genera la variable dental para establecer por grupo dental a las afecciones**
```

```
gen dental=0
replace dental=1 if afec3=="K02"
replace dental=2 if afec3=="K03"
replace dental=3 if afec3=="K04"
replace dental=4 if afec3=="K05"
replace dental=5 if afec3=="K06"
replace dental=6 if afec3=="K08"
replace dental=7 if afec3=="K12"
replace dental=8 if afec3=="K13"
tab dental
gen dentaldico=0
replace dentaldico=1 if dental!=0
tab dentaldico
```

```
replace dental=1 if afec3=="K02"
(856 real changes made)
replace dental=2 if afec3=="K03"
(36 real changes made)
```



```
replace dental=3 if afec3=="K04"  
(732 real changes made)  
replace dental=4 if afec3=="K05"  
(514 real changes made)  
replace dental=5 if afec3=="K06"  
(136 real changes made)  
replace dental=6 if afec3=="K08"  
(128 real changes made)  
replace dental=7 if afec3=="K12"  
(1270 real changes made)  
replace dental=8 if afec3=="K13"  
(506 real changes made)
```

```
gen dentaldico=0  
replace dentaldico=1 if dental!=0  
(4178 real changes made)
```

****Se elimina el componente dental 0 que son las afecciones no bucales****
drop if dental==0 (4621350 observations deleted)

****Se comienza el análisis descriptivo con los siguientes comandos****

```
tab sexo  
tab edad  
sum edad  
tab gpoedad  
sum dias_esta  
tab estado  
tab dental  
tab dental gpoedad
```

```
tab afecprin if dental==7  
tab afecprin if dental==1  
tab afecprin if dental==3  
tab afecprin if dental==2
```

```
tab sexo dental
```

```
tab dias_esta afecprin if dental==7  
tab dias_esta afecprin if dental==3  
tab dias_esta afecprin if dental==4  
tab dias_esta afecprin if dental==1
```

**** Análisis del promedio de días de estancia e intervalo de días por grupo dental****

```
sum dias_esta if dental==1  
sum dias_esta if dental==2  
sum dias_esta if dental==3  
sum dias_esta if dental==4  
sum dias_esta if dental==5  
sum dias_esta if dental==6  
sum dias_esta if dental==7  
sum dias_esta if dental==8
```



Anexo 2. Tabla de equivalencia entre la CIE-9 y la CIE10

Código CIE-9	Descriptor	Código CIE-10	Descriptor
521	ENFERMEDAD TEJIDO DURO DIENTE	K02	CARIES DENTAL
521.0	CARIES DENTAL(+)	K02.0	CARIES LIMITADA AL ESMALTE
521.00	CARIES DENTAL. NEOM	K02.1	CARIES DE LA DENTINA
521.01	CARIES DENTAL. ESMALTE	K02.2	CARIES DEL CEMENTO
521.02	CARIES DENTAL. DENTINA	K02.3	CARIES DENTARIA DETENIDA
521.03	CARIES DENTAL.PULPA		ODONTOCLASIA
		K02.4	
521.04	CARIES DENTAL. DETENIDA	K02.8	OTRAS CARIES DENTALES
521.05	ODONTOCLASIA	K02.9	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA
521.06	CARIES DENTAL PUNTUAL Y FISURA	K03	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES
521.07	CARIES DENTAL SUPERFICIE LISA	K03.0	ATRICIÓN EXCESIVA DE LOS DIENTES
521.08	CARIES DENTAL SUPERFICIE RAÍZ	K03.1	ABRASIÓN DE LOS DIENTES
521.09	CARIES DENTAL.OTRA	K03.2	EROSIÓN DE LOS DIENTES
521.1	ATRICIÓN EXCESIVA (+)	K03.3	REABSORCIÓN PATOLÓGICA DE LOS DIENTES
521.2	ABRASIÓN (+)	K03.4	HIPERCEMENTOSIS
521.3	EROSIÓN (+)	K03.5	ANQUILOSIS DENTAL
521.30	EROSIÓN.NEOM	K03.6	DEPÓSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES
521.31	EROSIÓN.ESMALTE		
521.32	EROSIÓN.DENTINA	K03.7	CAMBIOS POSTERUPTIVOS DEL COLOR DE LOS TEJIDOS DENTALES DUROS
521.33	EROSIÓN.PULPA		
521.34	EROSIÓN.LOCALIZADA	K03.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES
521.35	EROSIÓN.GENERALIZADA		
521.4	REABSORCIÓN PATOLÓGICA (+)	K03.9	ENFERMEDAD NO ESPECIFICADA DE LOS TEJIDOS DENTALES DUROS
521.5			
521.6	HIPERCEMENTOSIS		
521.7	ANQUILOSIS ALVEOLO DENTAL		
521.8	CAMBIO POSTERUPCIÓN COLOR DIENTE	K04	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES
521.9	ENFERMEDAD TEJIDO DURO DIENTE OTRA ESP	K04.0	PULPITIS
	ENFERMEDAD TEJIDO DURO DIENTE.NEOM	K04.1	NECRÓSIS DE LA PULPA
			DEGENERACIÓN DE LA PULPA
522	ENFERMEDAD PULPA Y TEJIDO PERIAPICAL		
522.0	PULPITIS		



522.1	NECROSIS PULPA DENTAL	K04.2	FORMACIÓN ANORMAL DE
522.2	DEGENERACIÓN PULPA DENTAL	K04.3	TEJIDO DURO EN LA PULPA
522.3	FORMACIÓN TEJIDO DURO		PERIODONTITIS APICAL
522.4	ANORMAL EN PULPA DENTAL		AGUDA ORIGINADA EN LA
522.5	PERIODONTITIS APICAL AGUDA		PULPA
522.6	ORIGEN PULPAR	K04.4	PERIODONTITIS APICAL
522.7	ABSCESO PERIAPICAL SIN SENO		CRÓNICA
522.8	PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA	K04.5	ABSCESO PERIAPICAL CON
522.9	ABSCESO PERIAPICAL CON SENO		FÍSTULA
523	ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL	K04.6	ABSCESO PERIAPICAL SIN
523.0	GINGIVITIS AGUDA (+)	K04.7	FÍSTULA
523.1	GINGIVITIS CRÓNICA (+)		QUISTE RADICULAR
523.2	RECESION GINGIVAL (+)	K04.8	OTRAS ENFERMEDADES Y LAS
523.3	PERIODONTITIS AGRESIVA Y	K04.9	NO ESPECIFICADAS DE LA
523.4	AGUDA		PULPA Y DEL TEJIDO
523.5	PERIODONTITIS CRÓNICA (+)		PERIAPICAL
523.6	CRÓNICA.GENERALIZADA	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES
523.7	PERIODONTOSIS		PERIODONTALES
523.8	CONCRECION DENTAL	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
523.9	ENFERMEDAD	K05.1	GINGIVITIS CRÓNICA
525	ENFERMEDAD DIENTE Y ESTRUCTURA APOYO OTRA	K05.2	PERIODONTITIS AGUDA
525.0	EXFOLIACION DENTAL POR	K05.3	PERIODONTITIS CRÓNICA
525.1	CAUSA SISTEMICA	K05.4	PERIODONTOSIS
525.2	PERDIDA DENTAL POR	K05.5	OTRAS ENFERMEDADES
525.4	ACCIDENTE, EXTRACCION O ENF		PERIODONTALES
525.40	PERIODONTAL (+)	K05.6	ENFERMEDAD DEL
525.5	ATROFIA REBORDE ALVEOLAR		PERIODONTO, NO
525.50	EDENTULAR (+)		ESPECIFICADA
525.6	RESTO RADICULAR RETENIDO	K06	OTROS TRASTORNOS DE LA
525.7	EDENTULISMO COMPLETO (+)		ENCÍA Y DE LA ZONA
525.8	EDENTULISMO PARCIAL (+)		EDÉNTULA
	RESTAURACION NO	K06.0	RETRACCIÓN GINGIVAL
	SATISFACTORIA DIENTE (+)	K06.1	HIPERPLASIA GINGIVAL
	RESTAURACION NO	K06.2	LESIONES DE LA ENCÍA Y DE
	SATISFACTORIA DIENTE.NEOM		LA ZONA EDÉNTULA
	ENFERMEDAD DIENTE Y		ASOCIADAS CON
		K06.8	TRAUMATISMO
			OTROS TRASTORNOS
			ESPECIFICADOS DE LA
			ENCÍA Y DE LA ZONA
			EDÉNTULA
		K06.9	TRASTORNO NO
			ESPECIFICADO DE LA ENCÍA Y
			DE LA ZONA EDÉNTULA
		K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS
			DIENTES Y DE SUS



525.9	ESTRUCTURA APOYO.OTRO		ESTRUCTURAS DE SOSTÉN
		K08.0	EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTÉMICAS
		K08.1	PÉRDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCIÓN O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL
528	ENFERMEDAD TEJIDO BLANDO BOCA EXCEPTO ENCIA Y LENGUA	K08.2	ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR DESDENTADO RAÍZ DENTAL RETENIDA
528.0	ESTOMATITIS Y MUCOSITIS (ULCERATIVA) (+)	K08.3	OTRAS AFECCIONES
528.00	ESTOMATITIS Y MUCOSITIS.NEOM MUCOSITIS (ULCERATIVA) POR	K08.8	ESPECIFICADAS DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN
528.01	TERAPIA ANTINEOPLASICA (E) MUCOSITIS (ULCERATIVA) POR		TRASTORNO DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN, NO ESPECIFICADO
528.02	FÁRMACO OTRO (E) ESTOMATITIS Y MUCOSITIS (ULCERATIVA) OTRA	K12	ESTOMATITIS Y LESIONES AFINES
528.09	AFTA BOCA	K12.0	ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE
528.2	ABSCESO Y CELULITIS BOCA	K12.1	OTRAS FORMAS DE ESTOMATITIS
528.3	QUISTE TEJIDO BLANDO BOCA	K12.2	CELULITIS Y ABCESO DE BOCA
528.4	ENFERMEDAD LABIO		
528.5	LEUCOPLASIA MUCOSA BOCA	K13	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS LABIOS Y DE LA MUCOSA BUCAL
528.6	INCLUYENDO LENGUA TRASTORNO EPITELIO ORAL, INCLUIDA LENGUA (+)	K13.0	ENFERMEDADES DE LOS LABIOS
528.7	MUCOSA BORDE RESIDUAL MINIMAMENTE QUERATINIZADA	K13.1	MORDEDURA DEL LABIO Y DE LA MEJILLA
528.71	MUCOSA BORDE RESIDUAL EXCESIVAMENTE QUERATINIZADA	K13.2	LEUCOPLASIA Y OTRAS ALTERACIONES DEL EPITELIO BUCAL, INCLUYENDO LA LENGUA
528.72	TRASTORNO EPITELIO ORAL INCLUIDA LENGUA	K13.3	LEUCOPLASIA PILOSA
528.79	FIBROSIS SUBMUCOSA BOCA INCLUSO LENGUA	K13.4	GRANULOMA Y LESIONES SEMEJANTES DE LA MUCOSA BUCAL
528.8	ENFERMEDAD TEJIDO BLANDO BOCA.OTRA Y NEOM	K13.5	FIBROSIS DE LA SUBMUCOSA BUCAL
528.9		K13.6	HIPERPLASIA IRRRITATIVA DE LA MUCOSA BUCAL
		K13.7	OTRAS LESIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUCOSA BUCAL