

Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales

Octubre 2024



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud

**Manual de Procedimientos Estandarizados
para la Vigilancia Epidemiológica
de las Patologías Bucales**

Octubre 2024

Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica
de las Patologías Bucales
Octubre 2024

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología

Francisco de P. Miranda 157
Unidad Lomas de Plateros,
Alcaldía Álvaro Obregón
México, Ciudad de México, CP 01480
Tel. 52 (55) 5337 16 00

Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este documento, siempre y cuando se cite la fuente.
Hecho en México

DIRECTORIO

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Gabriel García Rodríguez

Director General de Epidemiología

Dra. María Nohemí Colín Soto

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

Dra. Yaneth Fortunata López Santiago

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Juan Francisco Román Pedroza

Director de Investigación Operativa Epidemiológica

Biol. Irma López Martínez

Directora de Diagnóstico y Referencia

MGS. Lucía Hernández Rivas

Directora de Servicios y Apoyo Técnico

Mtro. Carlos Escondrillas Maya

Subdirector de Información Epidemiológica y encargado
de los asuntos de la Dirección de Información Epidemiológica

Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE)

Dr. David Kershenobich Stainkowitz

Secretario de Salud
Presidente

Dr. Ramiro López Elizalde

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
Vicepresidente

Dr. Gabriel García Rodríguez

Director General de Epidemiología
Secretario General

Mtro. José Esteban Fernández Gárate

Encargado de los Asuntos de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Dr. Víctor Hugo Bautista Hernández

Subdirector de Prevención y Protección a la Salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Dr. Jonathan Max Melgoza Salazar

Titular de la Coordinación de Atención Integral a la Salud del Programa IMSS Bienestar

Dra. Célida Duque Molina

Titular de la Unidad de Atención a la Salud de la Dirección General de los Servicios de Salud del IMSS para el Bienestar

General de Brigada Diplomado del Estado Mayor Miguel Ángel Aguirre Lara

Director Interino de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

Contralmirante SSN. MCN. Hematólogo, Pediatra Roberto Mar Aldana

Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina (SEMAR)

Dr. Jaime Nieto Zermeño

Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

Director General de Rehabilitación e Inclusión del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Dr. Gustavo Adolfo Torres Cisneros

Coordinador General de Patrimonio Cultural, Investigación y Educación Indígena del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI)

Colaboración Nacional

Grupo Interinstitucional de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales

Secretaría de Salud

Mtra. Kathia Guadalupe Rodríguez González
Dr. Jorge Alejandro Muñúzuri Hernández
Mtra. Jessica Contreras Rosales
CD Guadalupe Lomelí Buyoli
CD Adriana Marcela Mejía González
CD Marcela Claudia Gaxiola Cortés

Servicios de Salud IMSS-Bienestar

Dra. María del Carmen Martínez de la O
Dra. Diana Fernanda Arzate Arenchavala
Dra. Zareth Garrido Quiroz
Lic. María Esther Martínez Morales
Dra. Diana Nayeli Mejía Sánchez

IMSS-Bienestar

CD. Beatriz Hernández Alvarado

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Esp. SP. Olivia Menchaca Vidal

Secretaría de la Defensa Nacional

C. Teniente CD Alejandra Libertad Cosgaya Morán

Secretaría de Marina

Cap Frag. SSN CD E Orto. Carmen Gabriela Nava Grammont
Tte. Nav. Graciela Cárdenas Robles.

Petróleos Mexicanos

Lic. En Odontología Sonia García Ramos Díaz Escobar
CD. Anabelle Viridiana Castillo Castro

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

CD. María Elena Escobar Ramos

Coordinación General

Dr. Gabriel García Rodríguez

Director General de Epidemiología

Dr. Rafael Ricardo Valdez Vázquez

Director General del CENAPRECE

Dirección

Mtro. Carlos Escondrillas Maya

Subdirector de Información Epidemiológica y encargado de los asuntos de la Dirección de Información Epidemiológica

MAIS Jorge Alejandro Muñúzuri Hernández

Encargado del Despacho de la Subdirección del Programa de Salud Bucal

Autoras

CD. Guadalupe Lomelí Buyoli

CD. Adriana Marcela Mejía González

Mtra. Kathia Guadalupe Rodríguez González

Mtra. Jessica Contreras Rosales

Compiladoras

CD. Guadalupe Lomelí Buyoli

CD. Adriana Marcela Mejía González

Revisora

CD. Marcela Claudia Gaxiola Cortés

Agradecimiento

Dra. Yamely Ruiz Vázquez

Por su colaboración en la revisión del tema *Lesiones de la mucosa bucal* y en el apartado *Otro tipo de patologías*.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
ANTECEDENTES	13
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVO DEL MANUAL	14
MARCO JURÍDICO	15
PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	16
Caries dental	17
Proporción de usuarios con caries en dentición temporal	17
Proporción de usuarios con caries en dentición permanente	18
Severidad de caries en dentición temporal (cpod)	19
Severidad de caries en dientes permanentes (CPOD) en adolescentes y adultos ..	20
Indicadores de caries dental de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud ...	21
Enfermedad periodontal	22
Edentulismo	24
Fluorosis dental	25
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA	26
Selección de las unidades centinela	27
Alta o modificación de unidades centinela	28
Bajas de unidades centinela.	28
DEFINICIONES OPERACIONALES	29
Paciente de primera vez	29
Caso confirmado de caries dental	29
Caso confirmado de gingivitis	29
Caso confirmado de periodontitis	29
Caso sospechoso de cáncer bucal	30
Caso confirmado de cáncer bucal	30
Caso confirmado de fluorosis dental	30
PROCEDIMIENTOS DE OPERACIÓN POR NIVEL TÉCNICO ADMINISTRATIVO	30
Nivel local	31
Nivel delegacional	31
Nivel zonal y/o distrital	31
Nivel jurisdiccional	31
Nivel estatal	31
Nivel federal	31
ETAPAS Y ACTIVIDADES BÁSICAS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA	32
Detección	32
Notificación	32
Validación	33
Análisis y difusión de la información	36
Capacitaciones	38

Supervisiones	40
Flujo de Información	40
Periodos de envío de la información	41
Aplicación del formato de estudio de caso (SIVEPAB 1-2019)	42
DESCRIPCIÓN DEL FORMATO DE ESTUDIO DE CASO	42
EXPLORACIÓN	47
Lesiones de la mucosa bucal	47
Otro tipo de patologías presentes en la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares	50
Higiene bucal	54
Estado periodontal	61
Estado dentario	67
PLATAFORMA DEL SINAVE	72
EVALUACIÓN	82
ANEXOS	83
REFERENCIAS	88

Introducción



Las enfermedades crónicas son el principal problema de salud pública en la mayor parte del mundo. El patrón de enfermar se ha transformado principalmente por los estilos de vida cambiantes, que incluyen dieta rica en azúcares, el uso generalizado de tabaco y el aumento en el consumo de alcohol.¹ Las enfermedades bucales están muy relacionadas con estos estilos de vida, además de los determinantes socio ambientales que las impactan desfavorablemente. Estas están consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y como en todas las enfermedades, la mayor carga es en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente.

De acuerdo con la OMS, la Salud Bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal.²

Diferentes investigaciones han mostrado que más de 120 enfermedades sistémicas se manifiestan en la cavidad bucal. Las enfermedades bucales se han asociado con compromiso nutricional, cáncer, xerostomía, neumonía, bacteriemia, enfisema, problemas del corazón, diabetes y complicaciones en cirugía entre otras. Las enfermedades bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias.³

Los costos de tratamiento directo debido a enfermedades bucales en todo el mundo se han estimado en US\$298 mil millones por año, lo que corresponde a un promedio de 4.6% del gasto sanitario mundial. Los costos indirectos por estas enfermedades ascendieron a US\$144 mil millones anuales, lo que se equipara a pérdidas económicas dentro del rango de las 10 causas de muerte más frecuentes en el mundo.⁴ El tratamiento de las enfermedades bucales en nuestro país, se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud.

En países de altos ingresos, la carga de la enfermedad bucal se ha abordado mediante la creación de avanzados servicios de salud bucal que ofrecen principalmente tratamiento restaurativo. La mayoría de los sistemas se basan en la demanda de atención otorgada por los estomatólogos privados, aunque en algunos países de altos ingresos, se han organizado servicios públicos de salud bucodental. En la mayoría de los países de bajos y medios ingresos, la inversión en el cuidado de la salud bucal es baja y los recursos se asignan principalmente a la atención de urgencias y alivio del dolor.^{5,6}

En México existen 6,879 consultorios de estomatología, 10,111 estomatólogos y 3,906 pasantes en contacto con pacientes (2017), esto sin considerar a los consultorios del sector privado.⁷

El propósito de este documento es proporcionar los elementos conceptuales que orientarán la vigilancia epidemiológica de las enfermedades bucales. Constituye un esfuerzo conjunto de todo el Sector Salud.

Antecedentes



Los Servicios de Salud Estomatológicos en México tienen una participación tanto pública como privada. Anualmente se otorgan, alrededor de 17 millones de consultas odontológicas a la población en el Sector Salud. El 56.3% de esta cifra corresponde a la población no asegurada y el 43.7% a la población derechohabiente. Al estratificar por institución la Secretaría de Salud otorga más de la mitad de consultas odontológicas (53.2%) y el Instituto Mexicano del Seguro Social un poco más de la cuarta parte (27.0%).⁸

Monitorear, evaluar y analizar el estado de salud bucal es una función esencial, no obstante, a pesar de su importancia para la toma de decisiones estratégicas, en los diferentes niveles del Sistema de Salud, la vigilancia de la salud bucal en México, hasta el año 2000 fue fragmentada y a menudo, se centró en enfermedades y grupos de edad específicos. El intercambio de datos se vio obstaculizado ya que no se utilizaban métodos estandarizados. En respuesta a la necesidad de información, se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) el cual surge en el año 2005 con el aval del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). De esta manera se establecen los lineamientos de operación epidemiológica, así como las funciones en los diferentes niveles administrativos, además de considerar los aspectos clínicos estandarizados necesarios que el odontólogo de la unidad centinela debe observar para el correcto llenado del formato de estudio de caso.

El Sistema está basado en unidades centinela, que obtienen información de los pacientes que acuden a recibir atención odontológica, principalmente a los servicios de primer nivel de atención del Sector Salud. A mediados del 2004 se concluyeron los lineamientos operativos, y en 2005 se inició la operación del sistema con una prueba piloto en seis entidades. Durante los años siguientes y hasta el 2008 se fueron integrando el resto de las entidades federativas.

Desde el año 2005, la Dirección General de Epidemiología y el Programa de Salud Bucal han coordinado la recolección y análisis de datos de la salud bucal, con el objetivo de asegurar que la normatividad en la captura y la calidad de la información se cumplan en las entidades e instituciones del Sector Salud que participan.

La red de vigilancia del SIVEPAB actualmente cuenta con más de 450 unidades médicas centinela con servicio dental que pertenecen al Sector Salud distribuidas en todo el territorio nacional. La información corresponde únicamente a los pacientes que buscan tratamiento dental en los consultorios de los Centros de Salud o unidades médicas del Programa IMSS-BIENESTAR, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF, OPD IMSS BIENESTAR, los Servicios de Salud Estatales y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en Coordinación de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología y el Programa de Salud Bucal del CENAPRECE.

Justificación



La vigilancia sustenta la acción de salud pública al vincular los datos con las políticas y programas de salud. La vigilancia proporciona una recopilación continua, un análisis e interpretación de los datos de salud de la población y la divulgación oportuna de dichos datos a los usuarios.⁹ Hasta hace un par de décadas los sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades y padecimientos bucales eran prácticamente inexistentes. La información de los países se basaba en encuestas que se realizaban con cierta periodicidad, en el caso de México la mayor parte de la información corresponde a encuestas realizadas en escolares.

A partir del año 2005, dada la importancia que tiene este grupo de padecimientos en salud pública, se estableció el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucleales (SIVEPAB) por lo cual es necesario contar con un documento oficial que establezca de manera homogénea e integral los procedimientos para la vigilancia epidemiológica de Patologías Bucleales en los diferentes niveles técnico administrativo.

Objetivo del Manual



Este documento desarrollado por el Grupo de Trabajo Interinstitucional del SIVEPAB, que es una parte del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica CONAVE, proporciona una referencia general de las actividades de vigilancia para las enfermedades y padecimientos bucales en todos los niveles del Sector Salud. Por otra parte, es un recurso para la capacitación, supervisión y evaluación de actividades de vigilancia.

Este manual está destinado principalmente para epidemiólogos, estomatólogos, capturistas en las unidades médicas y los diferentes niveles administrativos que conforman el Sector Salud.

El presente manual describe los criterios, procedimientos y acciones de vigilancia epidemiológica específicos, necesarios para la obtención de información epidemiológica de calidad que, mediante el análisis correspondiente, conduzca en recomendaciones eficaces y eficientes que orienten las acciones de promoción, prevención, protección y control de la salud bucal de la población.

Marco Jurídico



Ley General de Salud

El título sexto hace referencia a la información para la salud, el cual establece que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud. La información se referirá, básicamente, a la morbilidad.

El título sexto hace referencia a la Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes, el cual establece que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, que las propias autoridades sanitarias determinen. Esta incluye, entre otros la realización de estudios epidemiológicos.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica

Establece que la vigilancia epidemiológica debe contemplar la dinámica de las enfermedades, los eventos relacionados con la salud y sus determinantes. La Secretaría de Salud (SSA) establece y opera el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) con la participación de las instituciones de los sectores público, social y privado, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares, para la salud y de la población en general.

La misma norma señala que la gingivitis y enfermedad periodontal deberán ser notificada bajo un sistema especial (Apéndice informativo A). Así mismo menciona que los formatos para el registro, notificación y estudio epidemiológico de los padecimientos y eventos bajo vigilancia epidemiológica especial son los consensuados en el CONAVE a disposición del público para su consulta, en el portal electrónico de la DGE.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales

Menciona la Normatividad vigente para el registro y la notificación Epidemiológica para el registro de las enfermedades bucales.

Los estomatólogos de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, así como las organizaciones educativas y asociaciones gremiales, son los responsables de notificar problemas emergentes bucales a las áreas epidemiológicas de los servicios de la Secretaría de Salud.

El registro y notificación de las patologías bucales se llevará a cabo mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales.

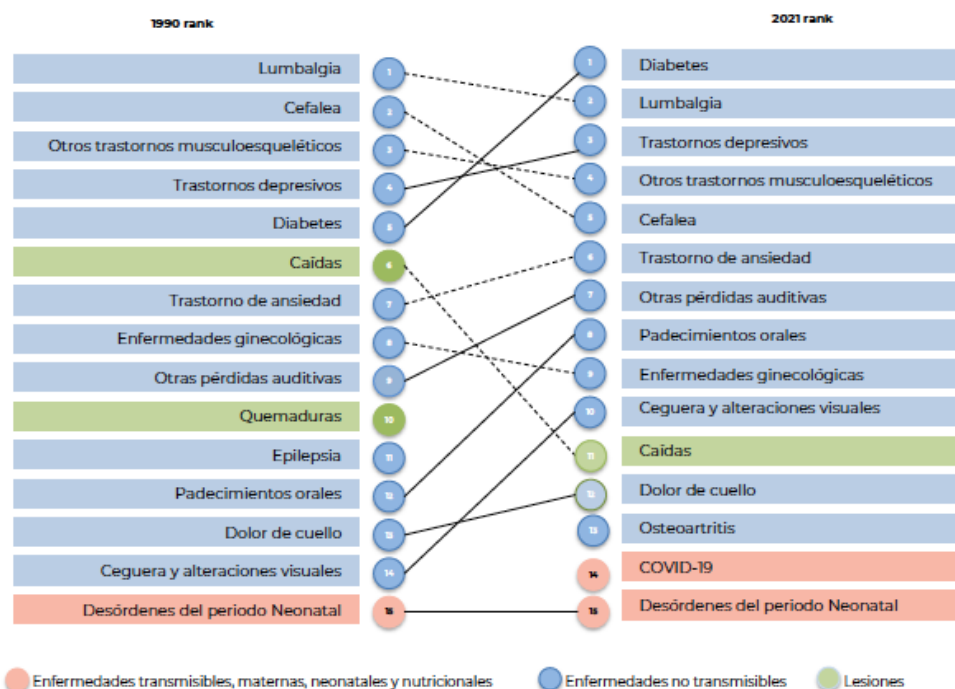
El presente manual sustituye a las versiones anteriores de los manuales de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales.

Panorama Epidemiológico

Debido a la transición demográfica y epidemiológica, la carga global de la enfermedad ha cambiado. Varios factores han contribuido a este cambio, incluidos los avances observados en la reducción de la prevalencia y severidad de la caries dental principalmente en la etapa de la infancia.¹⁰ Esto se refleja en el “Estudio de la carga mundial de la enfermedad”, publicado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y otros grupos. La carga de las enfermedades bucales parece haber aumentado en los últimos 20 años, pero no de manera uniforme. Mientras que los Años de vida Ajustados por Discapacidad AVAD (DALYs por sus siglas en inglés) debido a caries no tratadas y periodontitis severa aumentaron desde 1990, los que corresponden a la pérdida severa de dientes disminuyeron. Las condiciones orales combinadas representaron 15 millones de AVAD a nivel mundial, lo que implica una pérdida de salud promedio de 224 años por cada 100,000 personas. Las condiciones orales se clasificaron entre las 100 causas principales detalladas de AVAD.¹¹

Cifras del estudio de la carga mundial de enfermedades 2021 (GBD 2021) proporcionadas por el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés), muestran que, en los últimas décadas, las enfermedades bucales en México se encuentran dentro de las principales causas de años vividos con discapacidad.¹² Figura 1

Figura 1
Principales causas de años vividos con discapacidad en México Nivel 3.
Cifras del estudio de la carga mundial de enfermedades, 2021.



La caries dental y la enfermedad periodontal son dos de los problemas más significativos de la salud pública bucal. Existen también trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes, enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, anomalías dentofaciales, lesiones en la mucosa bucal, así como la fluorosis dental y cáncer de la cavidad oral que afectan a la población.

En este apartado se presenta el panorama epidemiológico captado a través del SIVEPAB de los aspectos más relevantes.

CARIES DENTAL

Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en todo el mundo; los individuos son susceptibles a esta enfermedad durante toda su vida. Progresiona lentamente en la mayoría de las personas, inicialmente es reversible y se puede detener en cualquier etapa. Es importante señalar que el término caries dental se utiliza para identificar tanto a “la enfermedad como proceso” así como al “resultado de ese proceso”. La lesión cariosa o cavidad es la secuela del proceso y un signo de que la enfermedad se encuentra avanzada.¹³

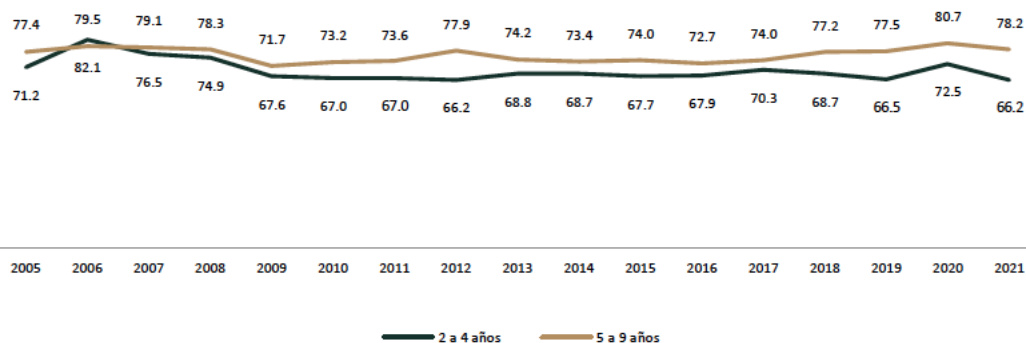
Operativamente dentro del SIVEPAB, se considera que un individuo tiene caries dental cuando al realizarle un examen clínico odontológico con espejo y sonda, se identifiquen uno o más dientes cariados (cuando en una foseta, fisura o superficie lisa se presente una lesión reblandecida evidente), perdidos u obturados por caries.

Además de la proporción de personas con caries dental, la epidemiología bucal utiliza índices con el fin de estimar la severidad de la enfermedad, por lo que se emplea el índice CPOD para dentición permanente y el índice cpod para dentición temporal. Ambos índices son acumulativos e irreversibles.

Proporción de usuarios con caries en dentición temporal

La distribución porcentual de caries dental en dentición primaria (cpod>0) por grupo de edad se presenta en la Gráfica 1. Los datos muestran que para los niños de 2 a 4 años la proporción de caries dental es superior al 66% y en los niños de 5 a 9 años la proporción es superior al 71% en el período 2005-2021.¹⁴ Considerando la información desde el año 2005, la gráfica muestra una ligera reducción en la caries dental en ambos grupos de edad. No obstante, hay que recordar que a partir del 2009 todas las entidades empezaron a reportar, partiendo de este hecho se observa un ligero incremento en la proporción de caries dental en la dentición primaria para ambos grupos de edad, que se ha mantenido para el período 2009-2021.

Gráfica 1
Proporción de usuarios de los servicios de salud, con caries en dentición temporal (cpod>0) por grupo de edad. México, SIVEPAB 2005-2021.

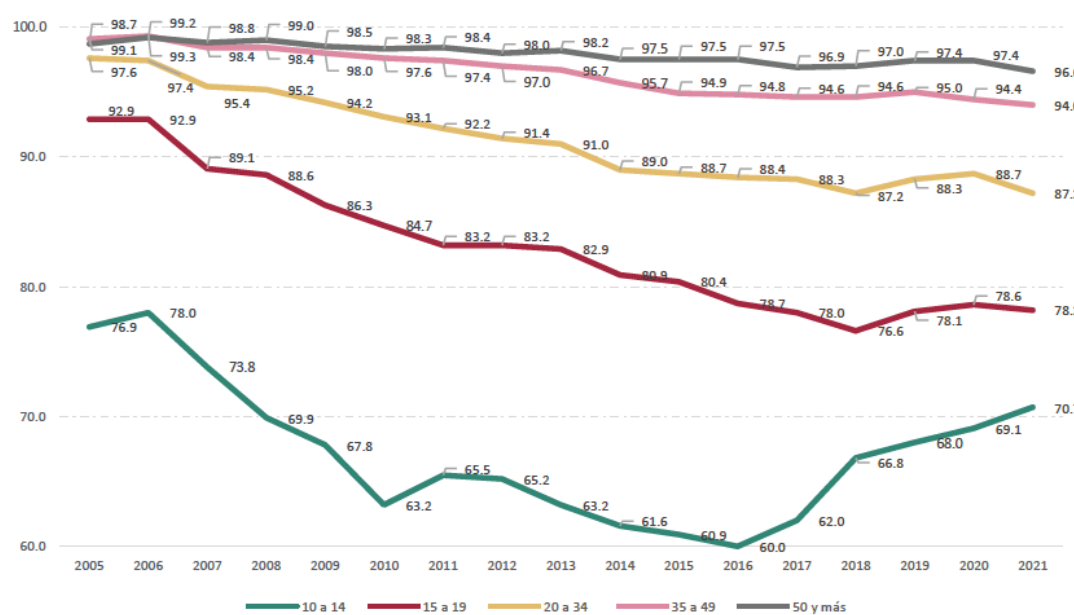


Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DGAE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

Proporción de usuarios con caries en dentición permanente

A lo largo de la vida se tienen dos denticiones. Aproximadamente a los 5 años, los dientes temporales comienzan a exfoliarse para dar lugar a los dientes permanentes. Alrededor de los 12 años, un niño ha perdido todos sus dientes temporales y generalmente ya cuenta con 28 de los 32 dientes permanentes. El último de los dientes permanentes que aparece es el tercer molar, entre las edades de 17 y 21 años. La gráfica 2 muestra la proporción de caries dental en dentición permanente (CPOD>0) por grupo de edad. Más del 60% de adolescentes de 10 a 14 años presentaron lesiones de caries en la dentición permanente en el período 2005-2021, este porcentaje se incrementa con la edad, por lo que los adultos de 50 años y más mostraron una proporción superior al 95%, lo que se traduce en una diferencia del 35% entre los adolescentes y los adultos.

Gráfica 2
Proporción usuarios de los servicios de salud con caries en dentición permanente (CPOD>0) por grupo de edad. México, SIVEPAB 2005-2021.



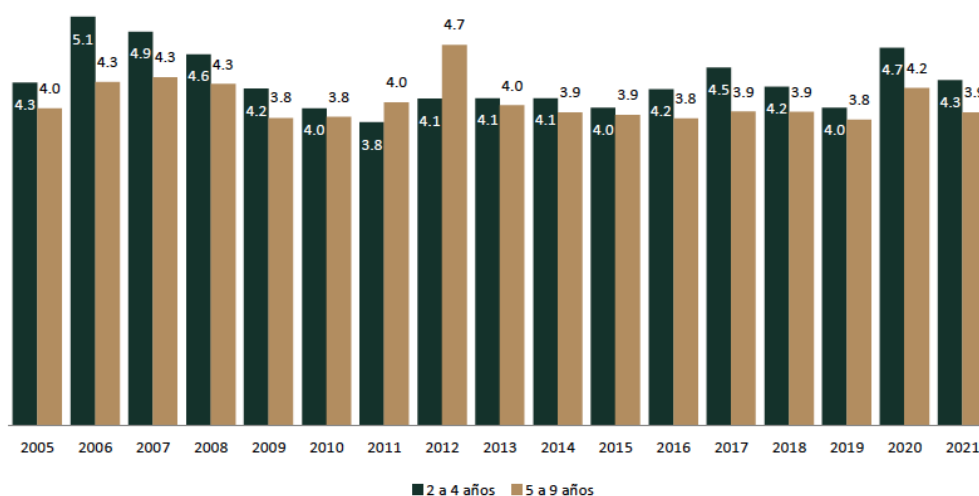
Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DGAE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

Severidad de caries en dentición temporal (cpod)

Los datos sobre caries dental se han registrado internacionalmente utilizando los índices CPOD/cpod. Estos índices están todavía en uso 70 años después de su primera descripción por Klein, Palmer y Knutson, lo que indica su éxito, así como la dificultad para desarrollar y conseguir la aceptación de cualquier otra alternativa.¹⁵

Para determinar la severidad de caries dental en dentición temporal se calculó el promedio de dientes afectados por caries dental, el cual es el resultado de la sumatoria del total de dientes temporales cariados, perdidos y obturados (cpod). Considerando los patrones de erupción, para el análisis del índice cpod se estratificó los niños en dos grupos de edad: 2 a 4 años y 5 a 9 años. (Gráfica 3). En el periodo 2005-2021, el promedio de dientes temporales afectados por caries dental (cpod) en ambos grupos fue superior a 3.8 dientes. Al comparar ambos grupos de edad, con excepción de los años 2011 y 2012 el promedio de dientes afectados fue mayor en el grupo de 2 a 4 años. A pesar de que no se muestra cada uno de los componentes del índice es importante señalar que en el periodo 2005 a 2021 para ambos grupos de edad, más del 85% de la carga corresponde a dientes con caries activa, es decir, los niños de 2 a 9 años tienen más de 3 dientes afectados por caries dental que necesitan tratamiento.

Gráfica 3
Promedio de dientes temporales afectados por caries dental (cpod) por grupo de edad.
México SIVEPAB 2005 a 2021.



Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DGAE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

Severidad de caries en dientes permanentes (CPOD) en adolescentes y adultos

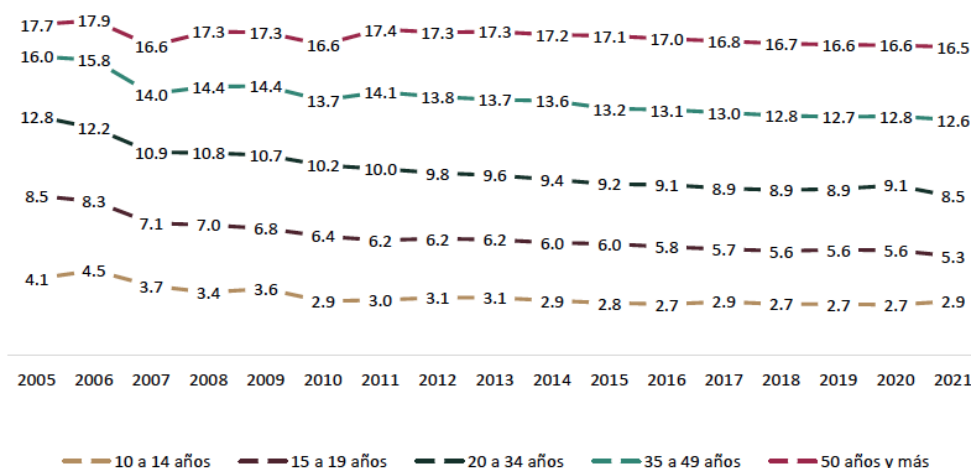
Para determinar la severidad de caries dental en dentición permanente se calculó el promedio de dientes afectados por caries dental el cual es el resultado de la sumatoria del total de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD). Para el análisis del índice CPOD se estratificaron los adolescentes y adultos en cinco grupos de edad: 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 34 años, 35 a 49 años, así como el de 50 años y más.

La severidad de caries dental es mayor en los adultos de 50 años y más, el número de dientes afectado por caries dental para este grupo de edad se encuentra en el rango de 16.6 a 17.9 dientes en los últimos diez años. Los adolescentes de 10 a 14 años muestran menor severidad en un rango de 2.7 a 4.5 dientes afectados por caries dental.

El aumento de dientes afectados por caries dental es de 3 a 4 dientes entre un grupo y otro, con excepción del año 2005, donde existió una diferencia menor a 2 dientes entre el grupo de 35 a 49 años y el de 50 años y más años de edad.

A pesar de que no se muestra cada uno de los componentes del índice es importante señalar que en el periodo 2005 a 2021 para los menores de 50 años de edad la mayor carga del índice corresponde a dientes con caries activa mientras que en los adultos de 50 años y más la mayor carga corresponde al componente perdido. La Gráfica 4 muestra el promedio de dientes permanentes afectados por caries dental (CPOD) por grupo de edad en el periodo 2005 a 2021.

Gráfica 4
Promedio de dientes permanentes afectados por caries dental (CPOD) por grupo de edad. México SIVEPAB 2005 a 2021.



Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DGAE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

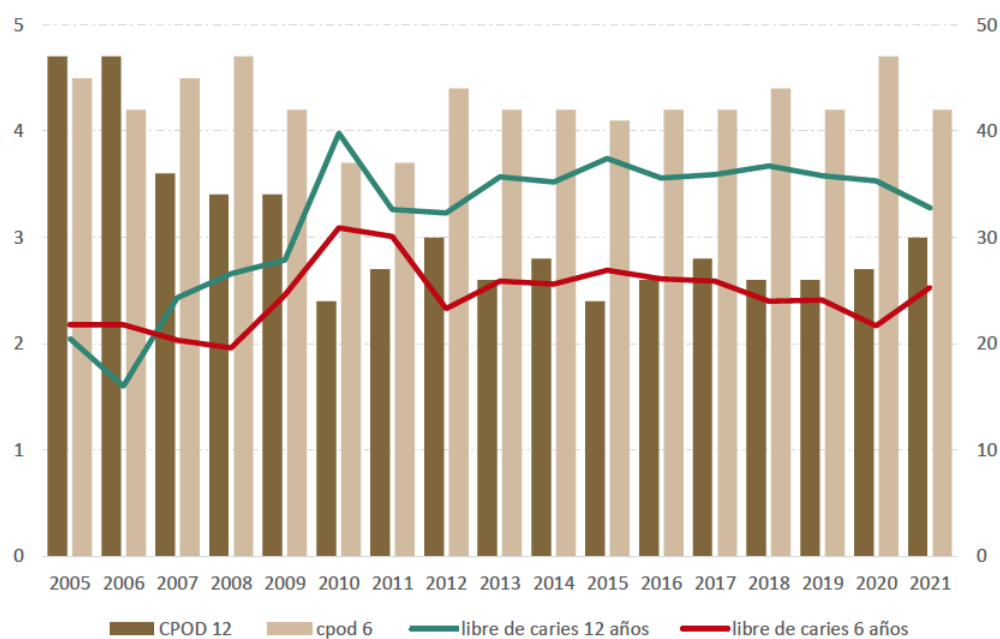
Indicadores de caries dental de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud

Por varias décadas el Programa de Salud Bucal de México ha dependido únicamente de las encuestas nacionales de escolares para la medición del progreso de las metas de salud bucal. Hoy en día además se dispone de la información del SIVEPAB. Si bien estos datos corresponden únicamente a la población que acude a los servicios de salud, permiten explorar las tendencias de caries en el país. Por otro lado, la OMS establece edades y metas significativas para la salud bucal en niños y adolescentes: 6 y 12 años de edad.

En relación con la caries dental y conforme a los resultados del SIVEPAB de los años 2005-2021, existe una leve mejoría en la salud bucal de los usuarios de los servicios de salud (incluso considerando sólo el periodo 2009-2021 donde se incluyen a todas las entidades federativas). Esto es más evidente en los adolescentes de 12 años de edad, por una parte, se presenta un incremento en la proporción de pacientes sanos y por otra, una ligera reducción en el número de dientes afectados en la dentición permanente. La Gráfica 5 muestra la tendencia de caries dental a los 6 y 12 años en usuarios de los servicios de salud del 2005 a 2021.

Tanto el total de la población afectada por caries como la severidad de la enfermedad (número de dientes afectados) que proporciona el SIVEPAB son superiores a la información oficial que proporciona el Programa de Salud Bucal, esto se puede explicar principalmente por la metodología en la recolección de datos, la del programa corresponde a una muestra probabilística de los escolares y la información del SIVEPAB se obtiene a través de una muestra de los pacientes que acuden a las unidades centinela ubicadas en los servicios de salud.

Gráfica 5
Tendencia de caries dental a los 6 y 12 años en usuarios de los servicios de salud. México, SIVEPAB 2005 a 2021



Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DIE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es otra de las enfermedades bucales que afectan a la población con una alta proporción en todo el mundo.^{16,17}

La metodología para estudios periodontales sigue siendo difícil en gran parte debido a la dificultad de establecer definiciones operacionales. Los investigadores han utilizado históricamente una serie de signos y síntomas clínicos, tales como la gingivitis, el sangrado al sondaje, la profundidad de la bolsa, la pérdida de inserción clínica, la estimación de pérdida de hueso alveolar (a través de rayos X) e incluso la pérdida de dientes

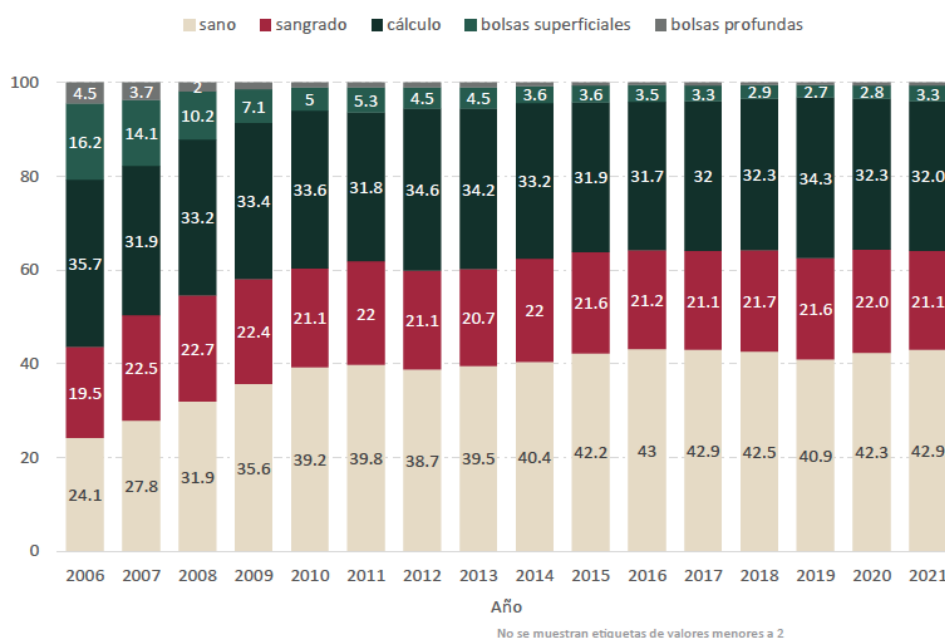
El Índice Periodontal Comunitario (IPC)¹⁸ fue presentado por la OMS para proporcionar perfiles del estado de salud periodontal de los países, así como para la planificación y elaboración de programas de intervención para el efectivo control de la enfermedad periodontal. Las ventajas del IPC son la simplicidad, rapidez, reproducibilidad, y la uniformidad internacional.

De acuerdo con el SIVEPAB, el mayor porcentaje de pacientes sanos se presenta entre los niños y adolescentes hasta los 18 años con valores entre 38.3% y 96.4% para el periodo 2005-2021. Al igual que las estimaciones mundiales de la OMS la categoría que mayormente se presenta es el cálculo con valores de 31.7% a 35.7%

en el grupo de 35 a 44 años de edad y del 31.5% a 39.0% entre los adultos de 65 a 74 años de edad.

Por otra parte, se observa, que las bolsas profundas en el grupo de edad de 65 a 74 años, se presentan del 2.1% al 11.9%, cifra por debajo de las estimaciones de la OMS para la región de las Américas. Esta diferencia se puede explicar por varias situaciones, la primera puede deberse al tipo de población examinada por el SIVEPAB, ya que revisa únicamente a los usuarios de los servicios de salud, que acuden a las unidades centinela, segundo, el número de personas examinadas de éste grupo de edad representa alrededor del 5% del total de usuarios revisados anualmente. Por último, a lo largo de los años de operación del sistema, se ha insistido a los responsables de las unidades centinela en la importancia de la medición de las bolsas periodontales con la sonda reglamentaria de la OMS, pero en la mayoría de los casos no cuentan con ella, tienen otro tipo de sonda o prefieren hacer una detección visual. La Gráfica 6 muestra la distribución del Índice Periodontal Comunitario en adultos jóvenes, de 35 a 44 años de acuerdo con lo recomendado por la OMS.

Gráfica 6
Porcentaje del índice Periodontal Comunitario en adultos de 35 a 44 años de edad.
México SIVEPAB 2006 a 2021



Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DGAE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

EDENTULISMO

El edentulismo se define como la ausencia de dientes naturales, puede ser parcial o total. Se ha documentado que contribuye a la ingesta inadecuada de frutas, verduras y granos enteros, es decir insuficiencia de fibra dietética y vitaminas A y C.¹⁹

Es una condición debilitante e irreversible y se describe como el "marcador definitivo de la carga de enfermedad para la salud oral".²⁰ Aunque la proporción de la pérdida total de los dientes ha disminuido en la última década, el edentulismo sigue siendo una enfermedad significativa en todo el mundo, especialmente entre los adultos mayores.²¹ Los resultados del SIVEPAB a lo largo de estos años han demostrado que ésta condición es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.²²

En el periodo 2005 a 2021, el porcentaje de adultos de 65 a 74 años con ausencia total de dientes naturales, se ubicó en el rango de 1.02% a 2.65% (Gráfica 7). Este bajo porcentaje, comparado con el reportado en la Encuesta Nacional de Edentulismo²³ para el mismo grupo de edad, se puede deber en primera instancia a que el número de pacientes revisados de éste grupo de edad, representa únicamente 3.6% del total de pacientes revisados y la segunda, a la creencia por parte de los adultos mayores de que al ser totalmente desdentados, ya no hay necesidad de asistir al servicio dental.

Gráfica 7
Porcentaje de pacientes con edentulismo total (ausencia de dientes naturales) en adultos de 65 a 74 años de edad, 2005-2021.



Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DGAE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

FLUOROSIS DENTAL

Es una alteración irreversible, que clínicamente se caracteriza por la presencia de delgadas líneas blanquecinas distribuidas en el esmalte dental correspondientes a la disposición de las periquimatas, y en grados más avanzados de la enfermedad se observan cambios en toda la superficie del esmalte, que adquiere un aspecto opaco, como de piedra caliza. En los niveles más severos de fluorosis dental, la presencia de hipomineralización, y el aumento en la porosidad del esmalte dental propicia la pérdida de porciones importantes de su estructura, produciendo fracturas, por lo que se deteriora la apariencia y funcionalidad de los dientes afectados.^{24,25}

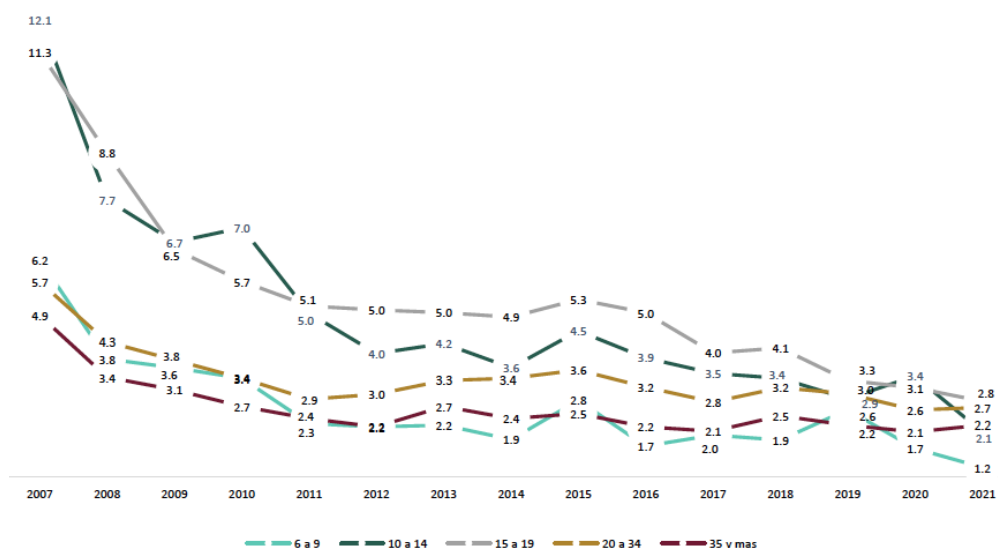
La severidad de la fluorosis dental depende de la cantidad de exposición al fluoruro, la edad del niño, la respuesta individual, peso, nivel de actividad física, la nutrición y el crecimiento óseo.²⁶

Dentro del SIVEPAB, se considera que un individuo tiene fluorosis dental cuando presente al menos dos dientes permanentes con opacidades blancas en la superficie dental que involucre más de 50% de su extensión o bien manchas cafés o amarillas desfigurantes y/o en presencia de depresiones en el esmalte con apariencia corroída.

En algunas regiones del país, se han encontrado niveles importantes de flúor en el agua de consumo humano, lo que se refleja en una elevada fluorosis en estados de la República como: Aguascalientes, Zacatecas y Durango. De acuerdo con la información disponible de la fase permanente del SIVEPAB, en los años 2007 a 2021, se observa una mayor proporción de fluorosis dental en los grupos más jóvenes (10 a 14 y 15 a 19 años de edad) en relación a los mayores de 20 años y los niños de 6 a 9 años. Este aumento es un fenómeno que ocurre en numerosos países del mundo y se asocia a una mayor disponibilidad de fluoruro^{27,28,29} ya que puede estar presente en el agua, en los alimentos, en algunos productos dentales y en el caso de México en la sal de mesa.

La Gráfica 8 muestra la proporción de pacientes con fluorosis dental en usuarios de los servicios de salud. Cabe señalar, que no se dispone de información para el periodo 2005-2006 ya que el formato SIVEPAB 1-2004 no contaba con un rubro específico para este fin, por otra parte, se observa que desde el 2007 a 2021 hay una reducción en el número de pacientes con fluorosis dental en todos los grupos de edad, esto puede ser consecuencia de que ha mejorado la notificación de este trastorno, ya que anteriormente los odontólogos notificantes no aplicaban adecuadamente la definición operacional como lo marca el manual de operación del sistema, es decir, cualquier irregularidad en esmalte lo clasificaban como fluorosis dental.

Gráfica 8
Proporción de pacientes con fluorosis dental por grupo de edad en usuarios de los servicios de salud, 2007 a 2021.



Fuente: Base de datos SIVEPAB 2005-2006. CENAPRECE/DGAPP/PSB. Secretaría de Salud. México.
Base de datos SIVEPAB 2006-2021. SINAVE/DGE/DGAE/ DIE. Secretaría de Salud. México.

Descripción del Sistema

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades y padecimientos bucales, requiere de un proceso continuo, sistemático, oportuno y efectivo, de captación de información específica sobre su ocurrencia y distribución, así como de los factores que las condicionan. Esta información analizada permite un mejor y más racional uso de los recursos y técnicas. La actividad debe ser parte de las funciones habituales de los servicios de salud y su aplicación facilita el desarrollo de las acciones para la prevención y control de las alteraciones bucales. En este contexto el Sector Salud cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) desde el año 2005.

En el presente manual se establecen los procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las Enfermedades y Trastornos Bucles. En nuestro país existen alrededor de 4,500 servicios públicos odontológicos³⁰ de los cuales se seleccionan algunos para fungir como unidades monitoras (centinela), esto permite cubrir distintas áreas geográficas y socioeconómicas, reduciendo costos y esfuerzos del personal de salud. La red de vigilancia está constituida por unidades médicas con servicio odontológico (unidades centinela) distribuidas en las 32 entidades federativas del país. La información obtenida puede articularse con la que producen los sistemas de rutina, permitiendo una interacción complementaria entre unos y otros. Su escala reducida permite obtener la información con la frecuencia requerida (mensual, trimestral, semestral o anual).

La vigilancia centinela proporciona una alternativa a la vigilancia basada en la población. La recopilación de datos a través de esta modalidad es útil para documentar tendencias, pero no se basa en la totalidad de la población. En lugar de seleccionar una muestra representativa a nivel nacional, un número limitado de sitios centinela monitorean la situación de las enfermedades y padecimientos bucales. Utiliza menos recursos humanos y de infraestructura, y permiten obtener información rápida y oportuna para orientar las acciones de los servicios de salud

La red de vigilancia del SIVEPAB tiene algunas limitantes por lo cual, si se requiriera alguna información no prevista, se podrán realizar otro tipo de estudios como encuestas, aplicando los criterios epidemiológicos que establezca la normatividad en vigilancia epidemiológica vigente. También se podrá implementar investigaciones en problemas específicos detectados a través de la información que genera el sistema.

Selección de las unidades centinela

Para seleccionar un centro de salud, unidad médica o unidad hospitalaria con servicio odontológico como unidad centinela, se deberá:

Realizar una evaluación de las unidades del Sector Salud (SS, IMSS-BIENESTAR, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF y las Universidades), disponibles en cada municipio.

Cada institución propondrá el número y la cantidad de consultorios odontológicos que fungirán como unidades centinelas considerando la infraestructura en el estado, población de responsabilidad, cobertura y nivel de marginación (para este último rubro deberá considerarse la última publicación del Consejo Nacional de Población CONAPO).

La selección de unidades centinela deberá realizarla la entidad federativa con la aprobación de todos los integrantes de instituciones de salud del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE).

Al menos deberá existir una unidad centinela por jurisdicción sanitaria, asegurándose que todas las unidades estén distribuidas homogéneamente dentro del territorio de cada entidad federativa.

Entendiendo que cada institución tiene diferentes modelos de atención y diferentes indicadores de productividad, las unidades seleccionadas deberán asegurarse de contar con suficientes pacientes de primera vez diarios. Es conveniente (**pero no necesario**) seleccionar aquellas que cuenten con más de un odontólogo en el consultorio, esto con la finalidad de que la vigilancia epidemiológica no se detenga por eventos como vacaciones y/o incapacidad del personal.

Solicitar mediante oficio dirigido a la Dirección de Información Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología, la inclusión de la clínica o unidad médica que deberá funcionar como unidad centinela, conforme a las reglas anteriormente descritas.

Alta o modificación de unidades centinela.

Cuando alguna institución requiera incluir un servicio de salud odontológico como unidad centinela, o hacer cambio por otra, deberá solicitarlo al epidemiólogo estatal para que a su vez lo solicite a la DGE a través de un oficio. El Procedimiento completo para la solicitud de claves de acceso para el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) está disponible en:

http://intranetdge.sinave.gob.mx/doctos/2024/tics/Procedimiento_claves_SINAVE_2024.pdf

Bajas de unidades centinela.

Si la unidad centinela está imposibilitada para operar, se deberá informar a la Coordinación del SIVEPAB en la Dirección General de Epidemiología el motivo, para determinar si será una Baja temporal o definitiva.

En caso de baja temporal, la productividad de esa unidad no se tomará en cuenta durante el periodo de Baja que se haya definido, para no afectar los indicadores de la entidad federativa. Las bajas temporales no deben exceder los seis meses.

Las unidades centinela que por alguna razón no podrán seguir operando por un periodo mayor a seis meses, deberán ser cambiadas por alguna clínica o unidad médica con servicio de odontología, que esté en el mismo municipio, o en su defecto a una unidad con similar nivel de marginación.

Definiciones Operacionales



De conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica, se deben establecer definiciones de los eventos a vigilar. En este sentido, el CONAVE a través del grupo de trabajo del SIVEPAB proporciona criterios uniformes para la notificación de casos. Las definiciones se construyeron considerando en gran parte los criterios clínicos de los manuales “Encuestas de Salud Bucal” editados por la Organización Mundial de la Salud.¹⁸

Es importante señalar que un caso en epidemiología es una persona en la población o grupo de estudio identificada como portadora de la enfermedad, trastorno de salud o condición particular que se investiga. Es decir, brindan una descripción general de la enfermedad y no necesariamente indican todas las características necesarias para el diagnóstico clínico individual.³¹

El uso de una definición de caso estándar, garantiza que cada caso registrado sea equivalente, independientemente de cuándo o dónde ocurrió o quién lo identificó.³¹

Paciente de primera vez

Individuo que acude al servicio odontológico por primera vez en el año (del 1 enero al 31 de diciembre del mismo año) independientemente del motivo de consulta (urgencia o revisión sin causa aparente).

Caso confirmado de caries dental

Individuo en el que, al realizarse un examen clínico odontológico con espejo e instrumento de detección, se identifiquen uno o más dientes cariados, perdidos por caries u obturados, ya sea en dentición primaria o permanente. Utilizando los criterios de los índices CPOD y cpod de la OMS.

Caso confirmado de gingivitis

Individuo que, al examen clínico presente en la encía, inflamación, edema, sangrado, cambios en el contorno y al utilizar auxiliares de diagnóstico (sonda y/o rayos X) se detecta que no hay pérdida de hueso alveolar.

Caso confirmado de periodontitis

Individuo que al examen clínico presente inflamación en la encía, edema, sangrado, cambios en el contorno, movilidad dentaria, pérdida de inserción o de hueso y al utilizar auxiliares de diagnóstico (sonda y rayos X) se detecta que existen bolsas mayores o iguales a 4 mm de profundidad.

Caso sospechoso de cáncer bucal

Individuo que al examen clínico presenta en la mucosa una úlcera, lesión blanca (leucoplasia), roja (eritroplasia) o mixta, que puede presentar nódulos o aumentos de volumen (masas) que no se resuelve por sí misma en tres semanas y que no se caracteriza como ninguna otra entidad de origen infeccioso, inflamatorio o traumático.

Caso confirmado de cáncer bucal

Individuo que al examen clínico presenta en la mucosa una úlcera, lesión blanca (leucoplasia), roja (eritroplasia) o mixta, que puede presentar nódulos o aumentos de volumen (masas) que no se resuelve por sí misma en tres semanas, que no se caracteriza como ninguna otra entidad de origen infeccioso, inflamatorio o traumático y que al realizar un estudio histopatológico se confirme y se notifique de acuerdo a la CIE-10 como C00-C08.

Caso confirmado de fluorosis dental

Individuo mayor de seis años de edad que al examen clínico presente al menos dos dientes permanentes con opacidades blancas en la superficie dental que involucre más de 50% de su extensión, o bien manchas cafés o amarillas desfigurantes y/o presencia de depresiones en el esmalte con apariencia corroída y corresponda a la clasificación K00.31 (CIE-OE).

Procedimientos de Operación por Nivel Técnico Administrativo



La red de servicios de salud detecta, notifica y confirma los eventos de salud bajo vigilancia, y a través de ella se ejecutan las acciones de los programas de control. Por lo tanto, el funcionamiento eficiente del sistema de vigilancia depende de la organización, infraestructura, capacidad técnica y compromiso de las redes de servicios de atención a la salud.

A diferencia de los otros sistemas de vigilancia epidemiológica presentes en nuestro país hay que considerar que el SIVEPAB se basa en la información proporcionada por un grupo seleccionado de fuentes de notificación “unidades centinelas”, que informan sobre una muestra predeterminada de individuos o “muestra centinela”, en quienes se detectan diferentes eventos (manifestación de una enfermedad, trastornos o factores de riesgo para la Salud Bucal).³¹

En esta sección se desarrollan los elementos básicos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales; enfatizando la responsabilidad de cada nivel conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-20123.1.23

Niveles técnico-administrativos del SIVEPAB:

Nivel local

Representados por las áreas aplicativas: Centro de Salud, Unidad Médica o Unidades Hospitalarias seleccionadas como unidades monitoras, en las que se presta atención odontológica o servicios para la salud bucal y en donde se instrumentan acciones de prevención y control de las enfermedades bucales.

Nivel delegacional

Representada por la Delegación que, en las instituciones de Seguridad Social, funge como instancia de enlace técnico y administrativo para la vigilancia epidemiológica. El titular responsable de este nivel es el Epidemiólogo designado por la delegación. En caso de contar con Responsable de Salud Bucal delegacional, este último colaborará al desarrollo de la vigilancia en el área de influencia.

Nivel zonal y/o distrital

Representado por el Director de zona o distrital que, en ciertas instituciones, funge como instancia de enlace técnico y administrativo para la vigilancia epidemiológica. El titular responsable de este nivel es el Epidemiólogo designado por la zona o el distrito. En caso de contar con Responsable de Salud Bucal zonal o distrital, este último colaborará al desarrollo de la vigilancia en el área de influencia.

Nivel jurisdiccional

Representada por la Jurisdicción Sanitaria funge como instancia de enlace técnico y administrativo para la vigilancia epidemiológica. El titular responsable de este nivel es el Epidemiólogo Jurisdiccional. En caso de contar con Responsable de Salud Bucal Jurisdiccional, este último colaborará al desarrollo de la vigilancia en el área de influencia.

Nivel estatal

Representado por los 32 servicios de salud de las Entidades Federativas. El titular responsable de este nivel es el Epidemiólogo Estatal. En caso de contar con Responsable de Salud Bucal Estatal, este último colaborará al desarrollo de la vigilancia en el estado.

Nivel federal

Instancia o nivel técnico-administrativo que establece y conduce la vigilancia epidemiológica. Representado por la Dirección General de Epidemiología, que se apoyará en el grupo de trabajo del CONAVE para la vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales y la Subdirección de Salud Bucal del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Etapas y Actividades Básicas del Sistema de Vigilancia

Detección

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel local. Odontólogo de la unidad centinela	Identificar a los pacientes que acudan por primera vez en el año independientemente del motivo de la consulta (paciente aparentemente sano o con presencia de signos y/o síntomas). Apóyese en el expediente clínico para identificarlo. Exploración de la Cavidad Bucal. Identificar los factores de riesgo, enfermedades subyacentes relacionadas con la cavidad bucal, así como, las enfermedades y trastornos de notificación obligatoria de acuerdo con los criterios establecidos en este manual.	Espejo, guantes, gasas y sonda periodontal.

Notificación

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel local. Odontólogo de la unidad centinela	Registrar los hallazgos de la exploración del paciente en el formulario estandarizado del SIVEPAB. Envío rutinario de los formularios para su captura al área de estadística.	Formato SIVEPAB 1-2019 (Anexo 1)
Nivel local. Unidad médica. Área de estadística. Odontólogo de la unidad centinela	En unidades donde existe la figura del estadístico, o área de estadística este será el responsable de la recolección diaria de los formularios, así como la captura de los formularios en la plataforma del SIVEPAB. En el caso de que exista la infraestructura dentro del consultorio odontológico será directamente el prestador del servicio el que garantizará la custodia de los formularios y su captura en la plataforma del SIVEPAB.	Formato SIVEPAB 1-2019 (Anexo 1) Equipo de cómputo. Servicio de internet.
Nivel local. Unidad médica. Área de estadística.	Gestionar el suministro de insumos para la vigilancia (formularios, equipo de cómputo, servicio de internet, instrumental e insumos para la exploración de la cavidad bucal). En el caso de que no exista la infraestructura informática dentro de la unidad médica, el director de ésta unidad, gestionará el envío de los formularios al <i>nivel inmediato superior</i> para su captura en la plataforma del SIVEPAB.	Oficios. Documentos de programación y presupuesto anual.
Nivel zonal, distrital o delegacional.	Gestionar el suministro de insumos para la vigilancia (formularios, equipo de cómputo, servicio de internet, instrumental e insumos para la exploración de la cavidad bucal). En el caso de que no exista la infraestructura en el nivel local, gestionará la captura de los formularios en la plataforma del SIVEPAB.	Oficios. Documentos de programación y presupuesto anual.

Validación

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel local	Validación de formatos.	Formato SIVEPAB 1-2019. Formato de validación (Anexo 2)
Odontólogo de la unidad centinela	El odontólogo revisará y validar la información diariamente, para evitar casos duplicados y confirmar que las variables del formulario se registraron correctamente y no existen campos vacíos.	
Área de estadística.	Para revisar y asegurar que todos los datos sean de calidad se deberá verificar que:	
Unidad médica.	Todos los rubros estén llenos con letra clara, los datos deben ser coherentes.	
	Considerar edad para el estado dentario e índices.	
	De acuerdo a las reglas del IHOS solo se registran individuos con dientes permanentes índices completamente erupcionados por lo que en menores de 7 años deberán registrarse todos los sextantes como no registrado (código 9).	
	De acuerdo a las reglas del IPC solo se registran individuos con dientes permanentes índices completamente erupcionados por lo que en menores de 7 años deberán registrarse todos los sextantes como excluidos.	
	Para validar enfermedad periodontal a través de otro tipo de sonda. Sólo deberá registrarse en mayores de 6 años. En pacientes de 6 a 14 años de edad se puede colocar sano, gingivitis o no registrado (0, 1 y 9 respectivamente). En pacientes de 15 años y más de edad, se puede colocar sano, gingivitis periodontitis o no registrado (códigos 0, 1, 2 y 9 respectivamente).	
	Considere al patrón de erupción dentaria para validar el diagrama de estado dentario. Todos los espacios deben estar llenos.	
	Asegurar que los datos siguen un patrón establecido conforme a su edad, sexo, ocupación, escolaridad.	
	Si existen inconsistencias, el odontólogo debe rectificar o ratificar la información.	
	Cualquier dato atípico ratificado podrá ser reportado a través del formato de validación.	
	Llenado del formato de validación y envío al nivel inmediato superior. Realizar la validación antes de los 5 primeros días naturales del mes siguiente.	

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel zonal, distrital, delegacional y/o jurisdiccional.	Validación en plataforma. El responsable de vigilancia epidemiológica en coordinación del responsable del programa de salud bucal, revisan la calidad de la información. Elabora diferentes cuadros en la plataforma (ver los criterios de validación para el odontólogo), que incluyan entre otros: Edad Sexo Ocupación Escolaridad IHOS Estado periodontal CPOD cpod IPC Otras patologías. Si detectan alguna inconsistencia, deben avisar a la unidad centinela para que rectifique o ratifique la información. Realizar la validación antes de los 10 primeros días naturales del mes siguiente. Conforme a los acuerdos del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE) se enviará el formato de validación al responsable jurisdiccional o a responsable estatal. El responsable de epidemiología jurisdiccional llena el formato de validación y lo envía al nivel estatal.	Plataforma del SINAVE, módulo SIVEPAB Formato de validación (Anexo 2). Oficios.

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel Estatal	Recibe los formatos de validación de todas las instituciones que conforman el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE). El responsable de vigilancia epidemiológica en coordinación del responsable del programa de salud bucal, revisan la calidad de la información en plataforma. Elabora diferentes cuadros en la plataforma (ver los criterios de validación para el odontólogo), que incluyan entre otros: Edad Sexo Ocupación Escolaridad IHOS Estado periodontal CPOD cpod IPC Otras patologías. Hay que considerar que, en este nivel, todas las variables que conforman el formato son susceptibles de ser revisadas a través de cuadros de salida de la plataforma o directamente en la base de datos que mensualmente tiene disponible cada entidad federativa. Si detectan alguna inconsistencia, deben avisar a la jurisdicción sanitaria y/o a la Institución para que rectifique o ratifique la información. Realizar la validación antes de los 15 primeros días naturales del mes siguiente. El responsable de epidemiología llena el formato de validación y lo envía a la Dirección de Información Epidemiológica perteneciente a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.	Plataforma del SINAVE, módulo SIVEPAB Formato de validación (Anexo 2). Oficios.
Nivel Nacional	Recibe los formatos de validación de las entidades federativas. Elabora diferentes cuadros en la plataforma, con los criterios ya descritos anteriormente. La validación de los registros se hace de manera trimestral. Diseña y calcula indicadores para evaluar la calidad del sistema que permita verificar, la exactitud, cobertura, consistencia y oportunidad.	Plataforma del SINAVE, módulo SIVEPAB Formato de validación (Anexo 2) Oficios

Análisis y difusión de la información

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel local Odontólogo de la unidad centinela Área de estadística. Unidad médica.	Integrar anualmente un informe de la situación de Salud Bucal de la población usuaria de los servicios de salud de la unidad centinela. El informe deberá contener al menos los siguientes cuadros de salida: Índice ceod (general y por componentes) por grupo de edad. Índice CPOD (general y por componentes) por grupo de edad. Higiene bucal (IHOS) por grupo de edad. Estado periodontal por grupo de edad. Fluorosis dental por grupo de edad. Dientes permanentes presentes por grupo de edad. Lesiones sospechosas de cáncer bucal (lesiones con tres o más semanas de evolución). Casos oportunos y extemporáneos.	Plataforma única Modulo del SIVEPAB
Nivel zonal, distrital, delegacional y jurisdiccional.	Integrar anualmente un informe de la situación de Salud Bucal de la población usuaria de los servicios de salud conforme al nivel (área de influencia). El informe deberá contener al menos los siguientes cuadros de salida: Índice ceod (general y por componentes) por grupo de edad. Índice CPOD (general y por componentes) por grupo de edad. Higiene bucal (IHOS) por grupo de edad. Estado periodontal por grupo de edad. Fluorosis dental por grupo de edad. Dientes permanentes presentes por grupo de edad. Lesiones sospechosas de cáncer bucal (lesiones con tres o más semanas de evolución). Casos oportunos y extemporáneos. El responsable de vigilancia epidemiológica jurisdiccional y en caso de contar con su homólogo de salud bucal, analizarán la información de su área de influencia. Elaborar de informes, analizar, evaluar y proponer actividades para mejorar la Salud Bucal en el área de influencia.	Plataforma única Modulo del SIVEPAB
Nivel estatal.	Integrar anualmente un informe de la situación de Salud Bucal de la población usuaria de los servicios de salud de todo el estado, el cual deberá incluir los indicadores básicos del Anexo 3. El responsable de vigilancia epidemiológica en coordinación con el responsable del programa de salud bucal, analizarán la base de datos. Se realizará la difusión de manera anual de la información de todo el estado en los medios utilizados comúnmente dentro del CEVE, boletín epidemiológico estatal, página de internet del área de epidemiología estatal). Elaboración de informes, analizar, evaluar y proponer actividades para mejorar la Salud Bucal en el área de influencia.	Plataforma única Modulo del SIVEPAB Base de datos. Publicaciones. Informes

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel Nacional	Los responsables nacionales de cada institución deberán: recopilar, consolidar, procesar, analizar y difundir en forma continua la información remitida por los subniveles. La Dirección de Información Epidemiológica perteneciente a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en coordinación con la Subdirección de Salud Bucal del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades: Analizará la base de datos anualmente e integrarán un informe de la situación de Salud Bucal de la población usuaria de los servicios de salud de todo el país, el cual deberá incluir los indicadores básicos del Anexo 3. Realizará análisis e investigaciones epidemiológicas en el ámbito nacional sobre la base de la información suministrada por las entidades federativas. Elaboración de informes, analizar, evaluar y proponer actividades para mejorar la Salud Bucal en el país. Realizará la difusión de la información de todo el país en los medios utilizados comúnmente dentro del CONAVE, boletín epidemiológico, página de internet de la Dirección General de Epidemiología. La DGE informará en las sesiones ordinarias del grupo de trabajo del CONAVE los indicadores de calidad del sistema.	Plataforma única Modulo del SIVEPAB Base de datos Publicaciones. Informes. Minutas del grupo de trabajo del SIVEPAB.

Capacitaciones

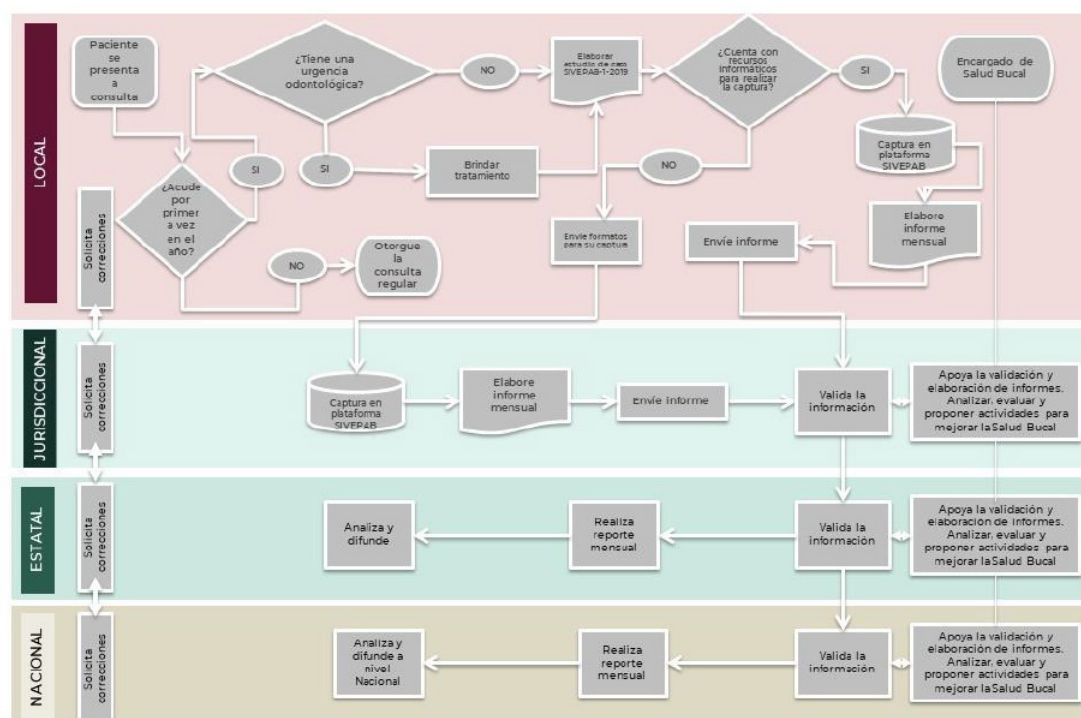
Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel local Odontólogo de la unidad centinela Dirección de la Unidad médica.	El odontólogo deberá atender las convocatorias para participar en las capacitaciones que se organicen desde el nivel jurisdiccional, estatal o federal. La Dirección de la Unidad Médica brindará las facilidades para atender las sesiones de capacitación, estas dependerán del tipo (presencial o en línea). La capacitación básica para el personal operativo tendrá una vigencia de 3 años, posteriormente se tendrá que volver a tomar la capacitación.	Oficio. Correo electrónico. Espacios de enseñanza online. Aula de capacitación.
Nivel jurisdiccional	Anualmente realizará un plan de capacitación para el personal operativo encargado del SIVEPAB. Los cursos podrán desarrollarse en la modalidad presencial y/o en línea, considerando los recursos de que se dispongan. Informará al nivel estatal las necesidades de capacitación para el desarrollo de las actividades del SIVEPAB.	Oficio. Correo electrónico. Espacios de enseñanza online. Aula de capacitación.
Nivel estatal (delegacional, intermedio o regional)	Anualmente realizará un plan de capacitación para el SIVEPAB. Los cursos podrán desarrollarse en la modalidad presencial y/o en línea, considerando los recursos de que se dispongan. Los encargados de este nivel brindarán la capacitación básica al personal operativo para el desarrollo eficiente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles en su área de trabajo. Los temas previstos en la capacitación básica serán: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Patologías Bucles. Formato de estudio de caso. Alteraciones mucosas y otras patologías bucales. Aspectos Higiene Oral Simplificado (IHOS). Índice Periodontal Comunitario de Tratamiento (IPC). Índice de caries dental (CPOD y ceod) Plataforma SINAVE. Módulo de captura SIVEPAB. Criterios para validar la información de SIVEPAB. Informará a la DGE las necesidades de capacitación para el desarrollo de las actividades del SIVEPAB.	Oficio. Correo electrónico. Espacios de enseñanza online. Aula de capacitación.

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel Nacional	La Dirección General de Epidemiología conjuntamente con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades realizará: a. Encuesta para detectar las necesidades de capacitación del personal encargado del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. b. Detección de las necesidades de capacitación con base en la calidad de la Información del SIVEPAB. Anualmente realizará un plan de capacitación para el SIVEPAB. Conforme al presupuesto asignado para ese año fiscal, determinarán la modalidad del curso. En caso de existir varias solicitudes, se priorizará conforme a la detección de necesidades de capacitación y con base en el indicador estatal de calidad de la información del SIVEPAB. Así mismo, se brindarán 2 tipos de capacitaciones: La Básica (ya descrita en el nivel estatal) cuyo propósito es brindar las bases al personal para operar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales en su área de trabajo. La Especializada, dirigida a resolver necesidades o problemas sobre aspectos particulares del SIVEPAB, aplicada a situaciones concretas ya sea en el manejo de la información o, sobre temas específicos clínicos para el odontólogo/estomatólogo.	Aplicación de formularios. Correo electrónico. Espacio para actividad presencial. Plataforma de video.

Supervisiones

Responsable	Actividad	Instrumento
Nivel jurisdiccional	Anualmente realizará un plan de supervisión del SIVEPAB, considerando los recursos de que se dispongan. Informará al nivel estatal las necesidades de supervisión de las unidades centinela SIVEPAB.	Oficio. Correo electrónico. Espacios de enseñanza online. Aula de capacitación.
Nivel estatal (delegacional, intermedio o regional)	Anualmente realizará un plan de supervisión del SIVEPAB, considerando los recursos de que se dispongan. Informará al nivel nacional las necesidades de supervisión de las unidades centinela SIVEPAB. Los encargados de este nivel acordarán la supervisión interinstitucional con los Servicios Estatales de Salud Pública.	Oficio. Correo electrónico. Espacios de enseñanza online. Aula de capacitación.
Nivel Nacional	La Dirección General de Epidemiología conjuntamente con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades realizará un plan de supervisión del SIVEPAB, considerando los recursos de que se dispongan. Los encargados de este nivel acordarán la supervisión interinstitucional con el Sector Salud.	Aplicación de formularios. Correo electrónico. Espacio para actividad presencial. Plataforma de video.

Flujo de Información



Periodos de envío de la información

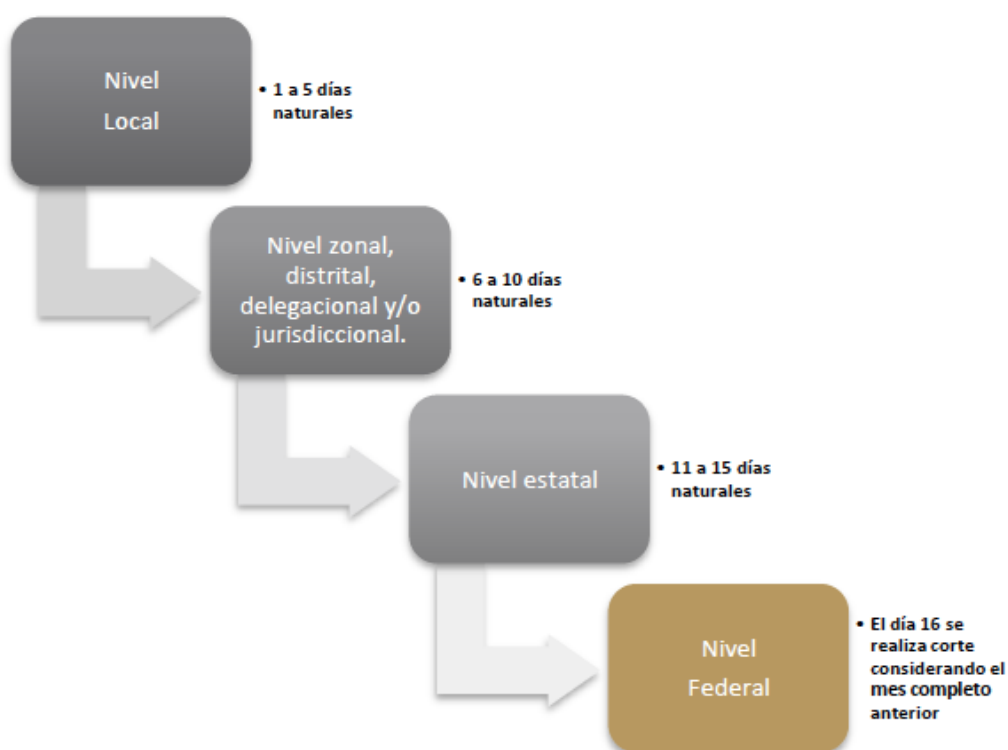
Para el envío de la información a través de los diferentes niveles administrativos, desde la unidad centinela hasta el nivel federal, el SIVEPAB cuenta con un formato llamado “Formato de validación” (ver *Anexo 2*), donde cada unidad centinela registra el número de formatos elaborados por mes y consigna en el apartado de Comentarios, todas aquellas situaciones encontradas que deben ser especialmente validadas para su aceptación y mejor comprensión.

Cada jurisdicción recibe los formatos de validación de las unidades de su responsabilidad y en un nuevo formato, concentra y copia todos los comentarios registrados.

El nivel estatal a su vez concentra la información de las jurisdicciones que participan con el sistema y a su vez genera un formato de validación con la información de toda la entidad y lo envía al nivel federal.

De esta manera se garantiza que tanto el número de formatos registrados por cada unidad, como los comentarios de validación se conserven y consideren en todos los niveles administrativos y se apliquen como información de calidad.

Para el tiempo de envío de la información se cuenta con los primeros 15 días naturales posteriores al mes completo anterior. Se sugiere que cada nivel administrativo disponga de cinco días para la revisión y en su caso, corrección de la información, antes de enviarla al siguiente nivel de acuerdo al esquema que se presenta a continuación:



Aplicación del formato de estudio de caso (SIVEPAB 1-2019)

El estudio de caso SIVEPAB 1 -2019 (ver Anexo 1), se aplica a toda persona que acuda al consultorio odontológico de primera vez en el año (año en curso), independientemente del motivo de consulta (paciente aparentemente sano, expedición de certificado o con cualquier tipo de trastorno o enfermedad bucal). Para las personas que requieran tratamiento de urgencia (aquellas condiciones que requieren atención inmediata para aliviar el dolor intenso y/o el riesgo de infección) se les aplicará el examen inmediatamente después de la solución del problema.

Se sugiere que se realicen tres o cuatro formatos al día por cada odontólogo a fin de cumplir con la meta mensual determinada para cada unidad centinela. Para efecto de considerar la participación de cada unidad se deberá cumplir con al menos el 50% de los formatos esperados.

Una vez completado el formato de estudio de caso y capturado en línea, es altamente recomendado se integre al expediente clínico, esto permitirá que cualquier odontólogo de la unidad centinela verifique fácilmente, si se ha aplicado el formato de estudio de caso al paciente en el año en curso.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO DE ESTUDIO DE CASO



El formato de estudio de caso de patologías bucales SIVEPAB 1-2019 tiene como objetivo principal captar la información de las principales enfermedades y padecimientos bucales de los pacientes que acuden a los servicios de salud por primera vez en el año y está conformado por cinco secciones:

- Identificación del formato de estudio de caso.
- Datos de identificación del paciente.
- Datos de identificación de la unidad, prestador del servicio.
- Antecedentes personales patológicos y embarazo.
- Exploración bucal.

Recomendaciones generales para el llenado

Seguir los lineamientos establecidos permitirá recabar información de calidad con alto grado de confiabilidad, por lo que se sugiere hacer la exploración clínica correspondiente, asimismo, atender las indicaciones incluidas en el instructivo que se encuentra al reverso del formato.

Identificación del formato

Llene el rubro de la fecha con los datos del día en que se aplica el instrumento, iniciando con día, mes y año.

Para llenar el folio del formato, cada unidad inicia con el número uno, en la casilla de extrema derecha, el resto de las casillas con ceros. Reinicie la numeración con el número uno cada año.

Identificación del paciente.

Llene completamente todos los datos que se solicitan. El primer apellido, segundo apellido y nombre completo (sin abreviaturas). Entidad y municipio de nacimiento. En el caso de pacientes migrantes, marcar "SI". La misma situación para los pacientes que se consideren indígenas, en cuyo caso, se deberá registrar también, la lengua indígena que habla.

Registre la fecha de nacimiento con dos espacios para el día, dos para el mes y cuatro para el año. La edad en años cumplidos y en el apartado sexo, se encuentran las opciones femenino o masculino. Estos datos son muy necesarios para que el sistema de manera automática genere una clave para el paciente.

En este apartado también se registra la ocupación y escolaridad. Considere la edad del paciente para su correcto llenado. En menores de cinco años en estas variables se registra "NO APLICA".

Finalmente deberá identificar el lugar de residencia habitual del paciente. Esto hace referencia al domicilio completo, calle, colonia, localidad, municipio y estado.

Datos de la unidad.

Aquí se registran los datos de identificación de la unidad que hace la notificación. Su clave de establecimiento, estado, jurisdicción y municipio, así como la institución y nombre de la unidad. Además, deberá registrarse el nombre completo (sin abreviaturas) del estomatólogo responsable.

Antecedentes.

Hace referencia a padecimientos sistémicos actuales del paciente, mismos que han sido diagnosticados por un médico y que impactan en la salud de la cavidad bucal o que complican la atención odontológica. Para mayor comprensión de cada enfermedad listada, consulte la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10.)

Para facilitar la selección del o los padecimientos, el formato contiene algunos de mayor interés para el aparato estomatognático. En caso de que el paciente presente varios padecimientos registre en orden de importancia.

Pregunte al paciente y registre:

Ninguno: Cuando un paciente no refiera enfermedades diagnosticadas por algún médico, anote el número 0.

Diabetes: Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Se registrará como diabético a la persona que previamente cuente con diagnóstico confirmado por un médico.

Inmunodeficiencias: Las inmunodeficiencias constituyen un grupo de enfermedades frecuentemente graves y a menudo mortales que reflejan un déficit cuantitativo o cualitativo en uno o más componentes del sistema inmunitario. Se registrará a la persona que previamente cuente con diagnóstico confirmado por un médico de inmunodeficiencia primaria (causada por mutaciones genéticas) o inmunodeficiencia secundaria (ocasionada por factores externos).

Tabaquismo: Enfermedad adictiva crónica que evoluciona. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción. Se registrará como fumador a la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.

Enfermedades Hipertensivas: La hipertensión arterial se define como una condición médica, caracterizada por un incremento permanente de los valores de presión arterial: sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg. o el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg. Se registrará a la persona que previamente cuente con diagnóstico confirmado por un médico

Embarazo: Se define a la condición fisiológica de mujeres entre 14 y 49 años que se presenta desde la concepción hasta el parto. Siempre se deberá colocar en el recuadro, la semana de gestación.

Para facilitar el quehacer del odontólogo a continuación se presenta un listado de los padecimientos que con mayor frecuencia se presentan en la población, de relevancia para el tratamiento odontológico y que no están considerados en el listado anterior. ***Si el paciente refiere otro padecimiento, es necesario que previamente cuente con diagnóstico confirmado por un médico, deberá seleccionar alguno de los que se presentan a continuación.***

Hipotensión (I95.-): condición en la que la presión sanguínea es mucho más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo.

Enfermedad isquémica crónica del corazón (I25.-): Conjunto de alteraciones cardíacas que ocurren por un desequilibrio entre el flujo sanguíneo de las arterias coronarias o flujo coronario y el requerimiento de oxígeno del músculo cardíaco o miocardio.

Hipotiroidismo (E02.X, E03.-): Incluya aquí todos los síndromes derivados por insuficiencia de hormona tiroidea para satisfacer las necesidades del cuerpo.

Tirotoxicosis (Hipertiroidismo) (E05.-): Trastorno metabólico causado por el aumento de las hormonas tiroideas T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina).

Historia personal de alergia a drogas, medicamentos y sustancias biológicas (Z88.-): Efecto adverso de diferente magnitud, atribuible a la utilización de antibióticos, analgésicos, anestésicos, etcétera.

Asma (J45.-): Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, produce un incremento en la reactividad de la vía aérea y episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, tiraje intercostal, tos y opresión torácica, especialmente en la noche y en la mañana.

Rinitis alérgica y vasomotora (J30.-): Trastorno heterogéneo nasal sintomático que cursa con síntomas nasales de hipersensibilidad (prurito, rinorrea, obstrucción, estornudos) mediados por el sistema inmunitario.

Sinusitis (J01.-): Inflamación de origen infeccioso de la mucosa de los senos paranasales y en ocasiones, de las paredes óseas que la rodean y sobre las que se asienta esta mucosa.

Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (J20.-, J21.-, J22.X): Incluye procesos que afectan al parénquima pulmonar (neumonía) como a las vías respiratorias (bronquitis), caracterizado por la presencia de tos, a veces productiva, que puede prolongarse.

Poliartropatías inflamatorias (M05.-M14.-): La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.

Gastritis no especificada (K29.7.-): Es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos.

Enteritis y colitis no infecciosas (K50.-, K52.-): Incluir en este apartado todas las enfermedades intestinales inflamatorias no infecciosas como Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerativa.

Epilepsia (G40.-, G41.-): Epilepsia es una alteración de la función de las neuronas de la corteza cerebral. En conformidad con OMS, se define por dos o más convulsiones no provocadas. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de

la consciencia y del control de los esfínteres repentinos caracterizados por convulsiones violentas y pérdida del conocimiento.

Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10.-): conforme a la OMS son el conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol.

Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones (Q20.-): Malformaciones cardíacas o de sus grandes vasos presentes al nacimiento y que se originan en las primeras semanas de gestación por factores que actúan alterando o deteniendo el desarrollo embriológico del sistema cardiovascular. Las cardiopatías congénitas en niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos, se manifiestan por cianosis universal, insuficiencia cardíaca, síncope cardiogénico, palpitaciones, soplos cardíacos en pacientes asintomáticos.

Síndrome de Down (Q90.-): Es una condición de salud por una afección genética que puede o no tener otras afecciones o enfermedades, que va a depender de cada individuo.

Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas (D65.-, D69.-): son un grupo de trastornos de la coagulación que incluye, coagulación intravascular diseminada [síndrome de desfibrinación], deficiencia hereditaria del factor VIII, deficiencia hereditaria del factor IX y púrpura entre otros.

Anemias nutricionales (D50.-, D53.-): La anemia es un trastorno en el que el número y tamaño de los eritrocitos, o bien la concentración de hemoglobina, se encuentran por debajo de los rangos de referencia normales dependiendo de la edad y sexo. La anemia está presente cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 13 g/L en los hombres o 12 g/L en las mujeres. Esta regla no aplica para niños ni para mujeres embarazadas para los cuales existen sus propias tablas de límites de concentración de hemoglobina

Insuficiencia renal (N17.-, N18.- N19.X): Se define como la disminución en la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos nitrogenados de desecho, la concentración plasmática de creatinina y la de urea proporcionan una estimación eficaz y rápida de la tasa de filtrado glomerular. En este apartado se incluirán, fallo renal agudo, enfermedad renal crónica y la no especificada.

Exploración



Realice la revisión completa del aparato estomatognático y marque en los espacios correspondientes lo encontrado en el orden en que aparecen tomando en cuenta los criterios detallados a continuación:

- Lesiones de la mucosa bucal.
- Otro tipo de patologías presentes en la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares.
- Higiene bucal.
- Estado periodontal.
- Estado dentario.

El estomatólogo realizará el examen clínico. Se deberá explorar la cavidad bucal del paciente con auxilio de la luz artificial (lámpara de la unidad), cubre boca y guantes de látex desechables, espejo plano núm. 5, sonda IPC-OMS, abatelenguas desechable y gasas.

Es importante que el estomatólogo continúe con las medidas de control de infecciones según lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, "Para la prevención y control de enfermedades bucales",³² disponible en la página del CENAPRECE Programa de Salud Bucal

En el sistema se utilizan en su mayoría los criterios de los índices reconocidos universalmente y recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para describir las condiciones encontradas en la cavidad bucal: a) lesiones de la mucosa bucal, (caso sospechoso de cáncer bucal), b) otras patologías de la cavidad bucal c) Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS); d) Índice Periodontal Comunitario (IPC); e) Índices de Dientes Cariados, Perdidos u Obturados en dentición permanente y temporal (CPOD o cpod).

El personal estomatológico de nivel operativo es el responsable de la exploración y llenado del formato de estudio de caso; tomando en cuenta los criterios y las definiciones que a continuación se describen.

LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

El examen visual de las alteraciones de la mucosa tiene como propósito detectar cáncer bucal de manera precoz, este es un método que se caracteriza por su simplicidad y bajo costo. Para una mejor detección se deberá tomar en cuenta los factores de riesgo como: el uso de alcohol y tabaco, prótesis mal ajustadas, hábitos nocivos, exposición prolongada a la luz solar y el grupo de edad del paciente.

Procedimiento de exploración

El examen sistemático de la cavidad bucal debe incluir:

- Labios.
- Mucosa bucal.
- Paladar.
- Lengua.

La finalidad de la exploración de la mucosa bucal, es la detección y registro de alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas, por lo cual el odontólogo tendrá que poner atención en las características de advertencia como son³³:

Lesiones rojas (eritroplasia)
Lesiones blancas
Bulto (aumento de volumen)
Apariencia granular
Úlcera con márgenes exofíticos agrietados o elevados
Vasos sanguíneos anormales suministran un bulto
Dolor o entumecimiento
Diente con movilidad
Alvéolo post-extracción no cicatrizando
Induración debajo de una lesión
Cambio de voz
Agrandamiento de los ganglios linfáticos
Pérdida de peso

Para tener la seguridad de que todos los trastornos sean detectados, a continuación, se ofrece una explicación de las lesiones a registrar. Sin embargo, si se desea una descripción detallada de cómo realizar esta exploración y la detección de otro tipo de alteraciones de la mucosa consulte el "Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal y Lesiones Premalignas".³⁴

Criterios para registrar

Las condiciones patológicas de la cavidad bucal que deben buscarse principalmente se observan en el Cuadro 1.

Cuadro 1
Criterios para registrar lesiones de la mucosa

CODIGO	CATEGORIA	DESCRIPCION
0	Ninguna	No se observa ningún signo o evidencia de lesión.
1	Úlcera	Lesión aislada de base indurada en la cual es evidente la pérdida de continuidad de la mucosa bucal, puede presentar márgenes elevados, indurados.
2	Leucoplasia bucal	Presencia de una placa o mancha uniforme de color blanco con superficie lisa o rugosa, no se desprende al raspado y no puede ser atribuida a otra causa clínica aparente.
3	Eritroplasia	Mancha o placa roja que no se desprende y no puede ser atribuida a otra causa clínica aparente.
4	Mixta	Mácula o placa mixta (roja y blanca), puede tener zonas elevadas o zonas ulceradas.
5	Aumento de volumen	Nódulo o neoformación persistente, sin causa aparente. Puede presentar una apariencia granular.

Tiempo de evolución

Un criterio importante en la detección de lesiones potencialmente malignas es el tiempo de evolución. Se considera una línea de tiempo de siete a catorce días (dos semanas) para la resolución de lesiones que tienen otro origen y que con el tratamiento adecuado remite favorablemente.

En este sentido el SIVEPAB establece el registro de más de tres semanas como el tiempo para establecer si una lesión es potencialmente maligna. Este dato se deberá registrar también en el formato de estudio de caso.

Registro

Dado el gran número de enfermedades que pueden presentar estas lesiones, se deberán registrar aquellas en las cuales no se sospeche un origen infeccioso, inflamatorio o traumático.

Referencia

Si bien el primer nivel de atención no cuenta con los medios para confirmar algunas enfermedades, se deberá remitir a los pacientes que así lo requieran a los siguientes niveles de atención para la confirmación de caso. El estomatólogo, a través de la ruta crítica establecida en cada unidad médica, deberá dar seguimiento a los pacientes que presenten lesiones potencialmente malignas o sospeche una neoplasia maligna.

Otro tipo de patologías presentes en la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares

En este apartado el personal odontológico deberá identificar aquellos padecimientos de la cavidad oral que representen un problema de salud pública dentro del área de influencia de la unidad notificante. Las opciones posibles son ninguna, fluorosis u otra.

CÓDIGO	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
0	Ninguna	No se observa ningún signo o evidencia de otra patología
1	Fluorosis Dental	Individuo mayor de 6 años de edad que presente al menos dos dientes permanentes con opacidades blancas en la superficie dental que involucre más del 50% de su extensión; manchas cafés o amarillas desfigurantes y/o presencia de depresiones en el esmalte
2	Otra	Identificar de acuerdo con la clasificación de la CIE-10

A pesar de que se da énfasis a la fluorosis dental como padecimiento de importancia en la notificación, se debe considerar que pueden existir otros padecimientos, diferentes a la caries, enfermedad periodontal, lesiones de los tejidos blandos o fluorosis que se presentan con frecuencia y que deben ser registrados. Para ello se pone a disposición del estomatólogo un listado con los padecimientos de más alta incidencia o que pueden ser el motivo de la consulta:

B00.2 Gingivoestomatitis y faringoamigdalitis herpética

Presencia de vesículas esféricas, con contenido sérico o serohemático, localizadas en la encía, mucosa labial, mucosa yugal, paladar blando y duro, mucosa sublingual, lengua y pilares amigdalinos. Posteriormente las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras dolorosas, con un borde en halo rojo y una porción central blanca, blanca-amarilla que corresponde a la fibrina. Puede presentar sialorrea. Y siempre se acompaña de un cuadro febril con odinofagia y linfadenopatía cervical o submentoniana.

B07 Verrugas víricas

Papiloma escamoso, Verruga vulgar, Condiloma acuminado e Hiperplasia epitelial focal o multifocal. Las primeras se aprecian como neoformaciones exofíticas, con superficie papilar, de curso asintomático. Mientras que la hiperplasia epitelial focal o multifocal, puede ser única o múltiples pápulas, de superficie lisa, sin síntomas asociados.

B08.1 Molusco contagioso

Clínicamente, se presentan como pápulas con un centro crateriforme. El color puede ser similar al de la piel o la mucosa, o ligeramente rosado o más amarillas. Se observan principalmente en la piel y los labios, aunque también pueden encontrarse dentro de la boca. Son asintomáticas,

B37.0 Estomatitis candidiásica

Las candidiasis, anteriormente conocidas como estomatitis candidiásica, estomatitis protésica o glositis romboidea media. Es una infección micótica común que puede tener diversas presentaciones clínicas.

- Forma pseudomembranosa. El signo más típico consiste en la presencia de una placa blanca, que puede estar combinada con zonas rojas, pero que la zona blanca es desprendible o eliminable con una gasa.
- Forma eritematosa (forma atrófica crónica). Se caracteriza por máculas o manchas de color rojo brillante y tamaño variable que puede ser asintomática o provocar una sensación de ardor y disgeusia.
- Forma hiperplásica: Se caracteriza por placas, pápulas o neoformaciones de color similar a la mucosa, más rojo o blanco. Clínicamente se pueden confundir con fibromas traumáticos o leucoplasias. Es la única presentación de candidiasis que necesita tratamiento quirúrgico.
- Queilitis angular: Se observan fisuras en una o ambas comisuras de los labios, también puede haber síntomas como ardor, y se puede observar un tono más rojo a los lados de las fisuras.

D10.- Tumor benigno de la boca y de la faringe

Provee la codificación para neoformaciones o neoplasias, anteriormente englobadas en el término tumor. Esta clasificación está basada principalmente en características anatómicas (topográficas). Registre con este código cualquier entidad que se caracterice por un crecimiento anormal en la boca, encía, paladar, suelo de la boca o lengua y cuyas características clínicas indiquen neoformaciones de crecimiento lento y asintomática de origen mesenquimal Lipoma (neoformación o nódulo amarillo y blando a la palpación), Fibroma (neoformación de color similar a la mucosa o más blanca, asintomática, bien delimitado), de origen vascular: Hemangioma (neoformación de color morado, rojo o azul, bien delimitado, sin síntomas asociados), o lesiones de melanocitos: Nevo (pápula o mácula de color café claro, café oscuro o incluso negro). Recuerde que esta clasificación no permite precisar histopatológicamente (morfológicamente) el tipo de lesión.

Si desea realizar el registro para la morfología y la topografía utilice la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, CIE-O. Los códigos de morfología constan de cinco caracteres; los cuatro primeros identifican el tipo histológico de la lesión y el quinto su comportamiento.

M8050/0 Papiloma
M8850/0 Lipoma
M8810/0 Fibroma
M9120/0 Hemangioma
M8720/0 Nevo pigmentado

F45.82 Rechinamiento, apretamiento o bruñimiento dentario (Bruxismo)

Apretar o rechinar de dientes de forma no funcional durante el día o durante el sueño, con atrición de los dientes, hipertrofia de los músculos masticatorios, enfermedad periodontal y dolor de la articulación temporomandibular.

G50-G51 Trastornos del nervio trigémino y del nervio facial

Neuralgia del trigémino, Parálisis de Bell.

K00.- Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes

Inclúyase aquí los casos de: anodoncia, dientes supernumerarios, anomalías del tamaño y de la forma del diente, alteraciones en la erupción dentaria.

K01.0 Dientes incluidos

Diente que no ha erupcionado sin obstrucción por otro diente.

K01.1 Dientes impactados

Diente que no ha erupcionado debido a la obstrucción por otro diente.

K03.0 Atrición excesiva de los dientes

Desgaste producido por la fricción diente con diente. Se localiza en caras oclusales y bordes incisales, también en caras palatinas de incisivos superiores y caninos.

K03.1 Abrasión de los dientes

Desgaste producido por la acción repetitiva de fricción, raspado o frotado sobre los dientes con un material exógeno.

K04.0 Pulpitis

Inclúyase aquí los casos de: absceso pulpar, Pólipo pulpar. Pulpitis: aguda, crónica (hiperplásica) (ulcerativa), supurativa.

K04.1 Necrosis de la pulpa

K04.6 Absceso periapical con fístula

K04.7 Absceso periapical sin fístula

K05.2 Periodontitis aguda

Inclúyase aquí los casos de pericoronitis aguda.

K06.- Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula

Retracción gingival, hiperplasia gingival, lesiones de la encía y de la zona edéntula asociadas con traumatismo.

K07.- Anomalías dentofaciales (incluyendo maloclusión)

Inclúyase aquí los casos de: macrognacia, micrognacia, prognatismo, retrognatismo, distoclusión, mesioclusión, mordida: abierta, cruzada, sobremordida: horizontal, vertical, apiñamiento y rotación.

K08.2 Atrofia del reborde alveolar desdentado

K08.3 Raíz dental retenida

K09.- Quistes de la región bucal, del desarrollo de los dientes

Inclúyase aquí los casos de: queratoquiste odontogénico, quiste dentígero, y quiste de erupción.

K10.0 Trastornos del desarrollo de los maxilares

Inclúyase aquí los casos de: torus mandibular o palatino.

K11.- Enfermedades de las glándulas salivales

Inclúyase aquí los casos de: sialolito, mucocelo de glándula salival, hiposecreción salival, y xerostomía.

K12.0 Estomatitis aftosa recurrente

Aparición en la mucosa de úlceras redondas, con un halo eritematoso. Pueden ser aisladas o múltiples, duelen y aparecen de manera repetida, con un lapso variable de tiempo entre cada paciente. Puede ser menor, mayor o herpetiforme.

K12.2 Celulitis y abscesos de la boca. Abscesos submandibulares.

K13.- Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal.

Inclúyase aquí los casos de: queilitis exfoliativa, mordedura del labio y de la mejilla, leucoedema, hiperplasia irritativa de la zona edéntula.

K14.- Enfermedades de la lengua

Inclúyase aquí los casos de: lengua geográfica, lengua pilosa y/o pigmentada.

M35.0X.- Manifestaciones bucales de síndrome seco (Sjögren)

Q35.- Fisura del paladar

Q36.- Labio hendido

Q37.- Fisura del paladar con labio hendido

Q38.1 Anquiloglosia

S01.5 Herida del labio y de la cavidad bucal

S02.5 Fractura de los dientes

Z01.2 Examen odontológico (revisión)

Z02.- Exámenes para admisión y extensión de certificado médico

HIGIENE BUCAL

Para medir la higiene bucal se utiliza el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillion. Se registra la presencia de detritos (desechos) y cálculo. Incluye solo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca, por lo que es sencillo y de bajo costo para medir la higiene bucal de grandes poblaciones.

Procedimiento

- Se emplea para la exploración del examen un espejo bucal y la sonda de la OMS
- Se divide la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes uno por cada sextante.
- Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS.
- Cada superficie del diente es dividida en 3 planos horizontales; en plano oclusal o incisal, plano medio y plano cervical; como se muestra en la Figura 2

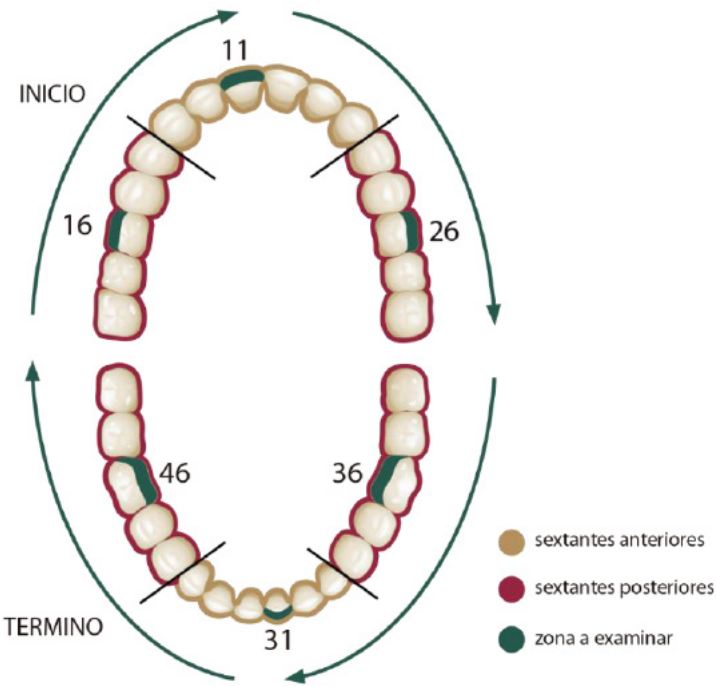
Figura 2
División de las superficies en planos horizontales



Identificación de los dientes específicos

1. **Segmentos posteriores.** Examine el primer molar permanente (erupcionado completamente) que se encuentre hacia distal del segundo premolar. Revise el primer molar 16, 26, 36 y 46, pero si no estuviese presente o se encuentra restaurado con una corona total sustitúyalos por el segundo molar y, en el caso de no encontrarse, por el tercer molar. En los molares superiores se revisan las superficies vestibulares y en los molares inferiores las superficies linguales (véase Figura 3).
2. **Segmentos anteriores.** Se explora la superficie bucal del central superior derecho (11) y la superficie bucal del central inferior izquierdo (31). Cuando se encuentre ausente o restaurado, sustitúyalo por el otro central, el 11 por 21 y 31 por 41.

Figura 3
División de la boca en sextantes (seis partes) y zonas a examinar



Secuencia

Examine el diente de borde incisal a cervical con la sonda a lo largo de la superficie en forma de zigzag. La puntuación debe reflejar la estimación de toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto. Revise siguiendo la secuencia 16, 11, 26, 36, 31 y 46, para valorar detritos y cálculo.

Diente índice	16	11	26	36	31	46
Diente sustituto	17 o 18	21	27 o 28	37 o 38	41	47 o 48
Superficie que se revisa	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Lingual	Vestibular	Lingual
Detritos						
Cálculo						

Exclusión

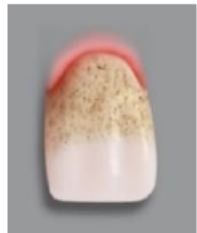
1. Segmentos posteriores. Si no se encuentra ningún molar (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) se deberá excluir ese segmento de la revisión.
2. Segmentos anteriores. Si no se encuentra ningún central (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) también se deberá excluir.

Para indicar la exclusión, llene la celda con el código 9.

Registro de detritos

Los detritos se definen como la materia suave adherida al diente, formada por mucina, bacterias, así como los restos alimenticios. En el Cuadro 2 se describen los criterios clínicos establecidos para obtener el índice de detritos.

Cuadro 2
Criterios para establecer el grado de detritos

CÓDIGO	CRITERIO	SIGNO CLÍNICO
0	Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie dental examinada	
1	Presencia de detritos cubriendo menos de un tercio de la superficie del diente o ausencia de detrito con presencia de mancha extrínseca	
2	Presencia de detritos cubriendo más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie del diente. Puede haber presencia de mancha extrínseca.	
3	Presencia de detritos cubriendo más de dos tercios de la superficie del diente. Puede haber presencia de mancha extrínseca.	

Registro de cálculo dentario

Utilice la sonda para estimar el área cubierta por depósitos de cálculo supragingival e identifique los depósitos subgingivales. En el Cuadro 3 se describen los criterios establecidos para obtener el índice de cálculo dentario.

Cuadro 3
Criterios para establecer el grado de cálculo

CÓDIGO	CRITERIO	SIGNO CLÍNICO
0	Ausencia de cálculo supragingival	
1	Presencia de cálculo supragingival cubriendo menos de un tercio de la superficie del diente.	
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie del diente o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.	
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de dos tercios o bien una franja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical.	

Obtención del índice

Es importante señalar que todos los cálculos se efectúan a través del programa dispuesto para ello, sin embargo, se presenta la forma manual de realizarlos para que el estomatólogo los conozca.

Posterior al registro de los valores del detrito y del cálculo, se realiza el cómputo del IHOS para cada individuo. Para calcular este índice deben registrarse por lo menos dos sextantes.

El promedio del detrito se obtiene al sumar los valores encontrados y dividir entre las superficies examinadas. El mismo método se utiliza para obtener el promedio del cálculo dentario. El IHOS es la suma de ambos promedios. El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6.

Ejemplo para la obtención del IHOS

Diente índice	16 17	11 21	26 27	36 37	31 41	46 47
Superficie que se revisa	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Lingual	Vestibular	Lingual
Detrito	1	1	2	3	1	9
Cálculo	1	0	1	1	2	9

Nota: En este ejemplo, en el último sextante, ningún diente índice (46, 47 o 48) está presente, por lo tanto, se coloca el código 9 que indica que ése sextante fue excluido.

Promedio de detritos bucales = Suma del índice de detritos/número de dientes examinados = $8/5 = 1.6$

Promedio de cálculo dentario = Suma del índice de cálculo/número de dientes examinados = $5/5 = 1.0$

IHOS = Promedio de detritos bucales + Promedio de cálculo dentario = $1.6+1.0 = 2.6$

ESTADO PERIODONTAL

Es necesario determinar el estado periodontal por medio del Índice Periodontal Comunitario (IPC).

Este índice tiene la ventaja de su simplicidad y rapidez para el examen.

Procedimiento

El examen periodontal se lleva a cabo con el auxilio de una sonda periodontal diseñada por la OMS; es una sonda ligera, de punta esférica de 0.5 mm, una banda blanca situada entre 3.5 y 5.5 mm, además anillos situados a 8.5 y 11.5 mm de la punta esférica (véanse Figura 4 y Figura 5).

Figura 4
Comparación de diferentes sondas con la recomendada por la OMS

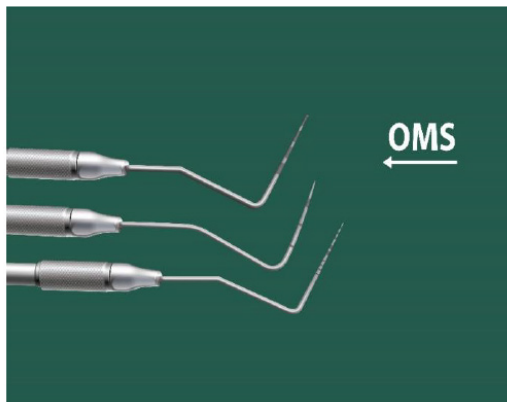
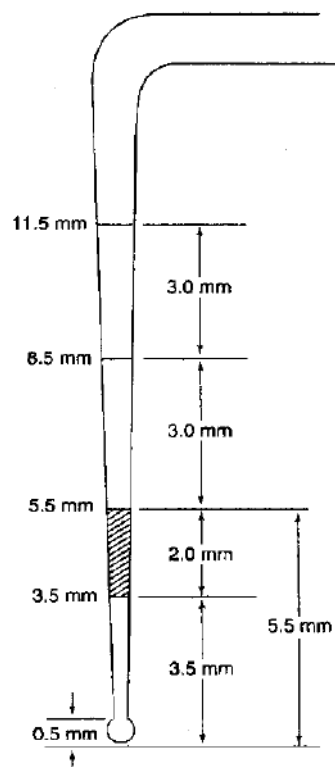


Figura 5
Especificaciones de la sonda OMS



- El objetivo de sondar consiste en determinar la profundidad de la bolsa periodontal y confirmar la presencia de sangrado y de cálculo.
- Al introducir la sonda, la punta esférica debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dental.
- Para ello coloque la punta de la sonda suavemente en el surco o la bolsa periodontal y explore la totalidad del surco o bolsa (vestibular, palatino o lingual). Si el paciente siente dolor al efectuar la exploración, significa que el sondaje se está realizando con demasiada presión.
- La boca se dividirá en seis partes (sextantes): 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 y 44-48.
- En cada sextante se evalúan los dientes índices dependiendo de la edad.

El IPC en niños niñas menores de 7 años.

En este caso no es necesario realizar el examen ya que los problemas periodontales son raros y los dientes índices frecuentemente no se encuentran completamente erupcionados. Todas las casillas deberán tener código 9 no registrado.

El IPC en niños, niñas y adolescentes (de 7 a 14 años).

Únicamente se examinan 6 dientes permanentes; conforme a la siguiente secuencia 16, 11, 26, 36, 31 y 46 es decir los cuatro primeros molares y dos centrales. Es importante señalar que para evaluar el periodonto de cada uno los dientes índices, estos deberán estar completamente erupcionados. Recuerde deberá explorarse todo el periodonto alrededor del diente índice y sólo deberá detectarse la presencia de sangrado y cálculo, por lo tanto, sólo los códigos 0, 1 y 2 pueden usarse en este grupo de edad.

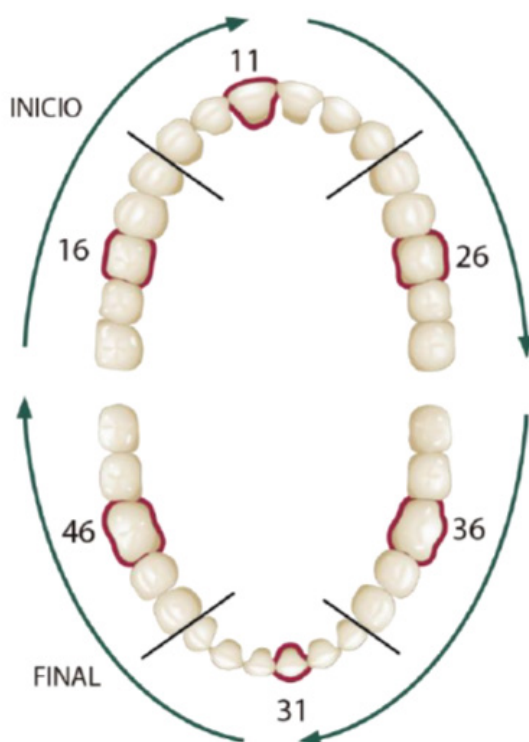
No es necesario examinar si hay bolsas periodontales ya que las pseudobolsas son frecuentes alrededor de dientes parcialmente erupcionados y las verdaderas bolsas periodontales son poco comunes en este grupo de edad.

Nota: Cuando se detecte movilidad de dientes, encías eritematosas e inflamadas y/o supuración sin causa aparente en estos pacientes, deberán ser remitidos para la opinión de un especialista.

El IPC en adolescentes (de 15 a 19 años).

Se examinan también los dientes 16, 11, 26, 36, 31 y 46. Sólo que en esta ocasión además evaluar la presencia de sangrado y cálculo se deberá detectar bolsas superficiales (código 3) y bolsas profundas (código 4). Recuerde deberá explorarse todo el periodonto alrededor del diente índice y registrarse el valor más alto encontrado en la casilla correspondiente.

Figura 6
Dientes para revisión en niños y adolescentes



El IPC en adultos de 20 años o más

Un sextante debe tener al menos dos dientes permanentes funcionales y no estar indicados para extracción.

El sistema excluye a los terceros molares, excepto cuando funcionan en lugar de los segundos molares.

Se consideran diez dientes 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 y 47 (Figura 7).

Se asigna el valor más alto encontrado a todo el sextante.

Si no hay primero y segundo molar en un sextante, examine todos los dientes presentes. En tal caso, no incluya en la calificación las superficies distales de los terceros molares.

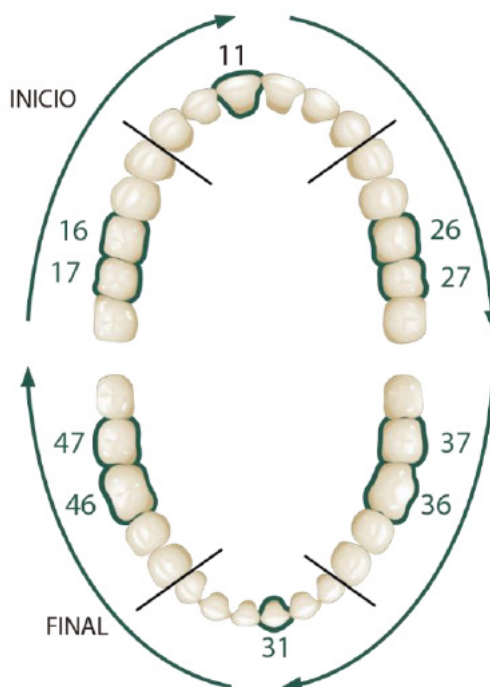
Revisar los dientes 11 y 31 para los sextantes anteriores.

Revise el primero y segundo molar por todas las superficies.

Consideraciones

- Use solo una casilla para registrar cada sextante.
- Recuerde revisar todo el surco gingival y registrar el valor más alto que le corresponda a cada sextante.
- Anote código 9 (NO REGISTRADO) donde no existan al menos dos dientes en el sextante.

Figura 7
Dientes para revisión en adultos mayores de 20 años



Criterios y códigos utilizados

Para facilitar la asignación de códigos el Cuadro 4 muestra los criterios así como sus códigos correspondientes.

Cuadro 4
Códigos y criterios utilizados para el Índice Periodontal Comunitario, IPC

CÓDIGO	CRITERIO	SIGNO CLÍNICO
0	No presenta sangrado, cálculo ni bolsas periodontales	
1	Al introducir la sonda suavemente, se presenta únicamente sangrado. No hay presencia de cálculo ni bolsas periodontales.	
2	Presencia de sangrado y cálculo supragingival. No existen bolsas periodontales y la banda oscura de la sonda es completamente visible.	
3	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Existen bolsas periodontales superficiales, es decir la banda oscura de la sonda es parcialmente visible.	
4	Presencia de sangrado y cálculo supragingival y subgingival. Existen bolsas periodontales profundas es decir la banda oscura de la sonda ya no es visible.	
9	No registrado. Cuando no se tienen los dientes permanentes requeridos.	

Registro y obtención del Índice Periodontal Comunitario

Cada valor encontrado se registrará en el sextante correspondiente en la cédula, se ha dispuesto una cuadrícula con seis casillas para ello. El siguiente ejemplo muestra a un individuo con diferentes grados de enfermedad periodontal. Para la obtención manual del índice basta con seleccionar el código que corresponde al sextante más afectado es decir 4.

17/16	11	26/27	IPC del Paciente 4
3	1	4	
9	2	9	
47/46	31	36/37	

Registro con otro tipo de sonda periodontal

Cuando se disponga de otra sonda, el examen periodontal se lleva a cabo revisando toda la cavidad bucal, se podrá apoyar de un estudio radiográfico para el diagnóstico. En este caso la clasificación se realizará conforme al Cuadro 5.

Sólo deberá registrarse en mayores de 6 años.

En pacientes de 6 a 14 años de edad se puede colocar 0, 1 y 9.

En pacientes de 15 años y más cualquier código está permitido 0, 1, 2 3, 4 y 9.

Cuadro 5
Condición del periodonto con otro tipo de sonda

Condición del periodonto	Inflamación y hemorragia gingival al introducir la sonda	Bolsas periodontales	Pérdida de inserción	Evidencia de pérdida ósea por rayos X	Movilidad dentaria	Código
Normal	No	No	No	No	No	0
Gingivitis	Si	Pueden presentarse pseudobolsas	No	No	No (excepto durante el embarazo)	1
Periodontitis	Si	Si	Si	Si	Si	2

ESTADO DENTARIO

La experiencia de caries dental en un paciente, se determina por medio de los criterios de los índices CPOD y cpod, como se describe a continuación.

Procedimiento

Realice el examen con el auxilio de una sonda y un espejo bucal plano, inspeccione visualmente las caras oclusal, mesial, distal, vestibular, lingual o palatina de cada diente.

Adopte una rutina sistemática para el examen de caries dental, procediendo de manera organizada (véase Figura 8), la revisión se describe a continuación:

- Iniciar el examen en el espacio correspondiente al tercer molar superior derecho (18) y proseguir hasta el incisivo central superior derecho (11).
- Continuar el examen de acuerdo a las manecillas del reloj, hasta el tercer molar inferior derecho (48).
- Para el registro del estado del diente permanente, utilice códigos numéricos y para los dientes temporales letras.
- Para el registro de la dentición temporal se utilizan las casillas del 55 al 85 (véase Figura 9).

Figura 8
Recorrido a seguir en la revisión dental

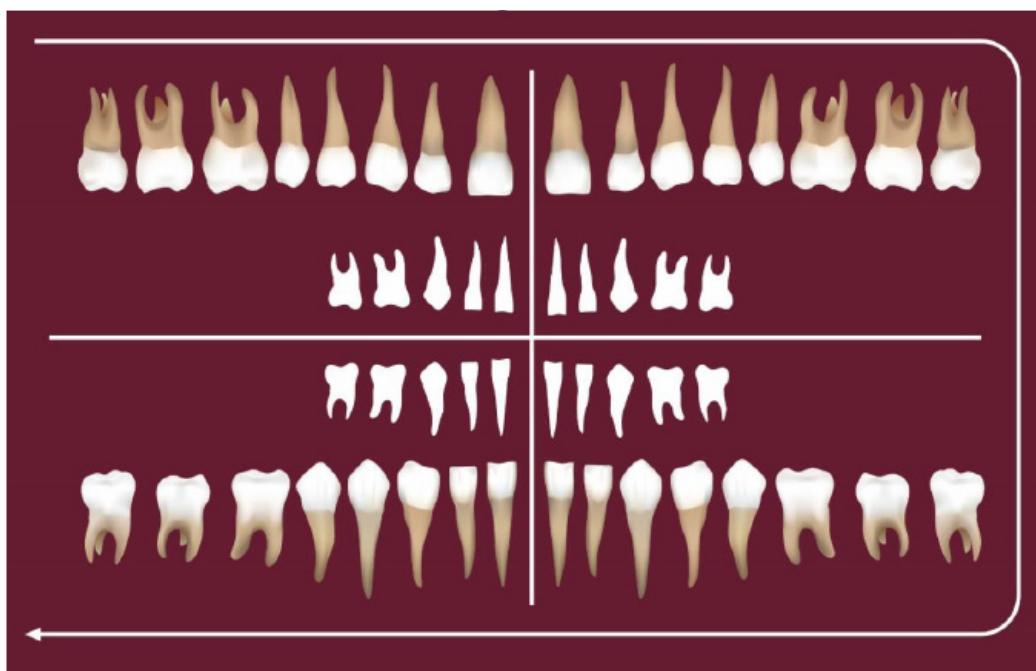


Figura 9
Estado dentario

<table style="width: 100%;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11													55	54	53	52	51	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28													61	62	63	64	65
18	17	16	15	14	13	12	11																																												
				55	54	53	52	51																																											
21	22	23	24	25	26	27	28																																												
				61	62	63	64	65																																											
<table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="4"></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> </tr> </table>					85	84	83	82	81										48	47	46	45	44	43	42	41	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	71	72	73	74	75						31	32	33	34	35	36	37	38						
				85	84	83	82	81																																											
48	47	46	45	44	43	42	41																																												
71	72	73	74	75																																															
31	32	33	34	35	36	37	38																																												

CÓDIGO DIENTES PERMANENTES	CRITERIO	CÓDIGO DIENTES TEMPORALES
0	Sano	A
1	Cariado	B
2	Obturado y cariado	C
3	Obturado	D
4	Ausente por caries	E
5	Ausente por otra razón	H
6	Sellador	F
7	Soporte de puente o corona especial	G
8	No erupcionado	K
9	Diente presente no registrado	M

Criterios y código para registrar el estado dentario

Sano 0 (A)

- Pigmentación café en fosetas, fisuras o superficie lisa asociada con un proceso de desmineralización-remineralización del esmalte.
- Lesiones blancas en fosetas, fisuras o superficie lisa asociada con un proceso desmineralización-remineralización del esmalte.
- No se detecta con la sonda reblandecimiento en el esmalte o la dentina.
- Existan zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa.
- Pérdida de estructura dental debido a abrasión o fractura.
- Diente anterior temporal o permanente con cambio de color debido a un traumatismo.

Cariado 1 (B)

- Lesión reblandecida evidente y obvia en el esmalte y/o la dentina.
- Obturación con material temporal en ambas denticiones a cualquier edad.
- Pérdida total de restauración aún sin reincidencia de caries.
- Diente con sellador y presencia de caries dental.

Obturado con caries 2 (C)

- Restauración desajustada o fracturada donde se observa dentina cariada.
- Dientes con restauraciones y además presencia de lesiones cariosas no aso-

ciadas a la restauración.

- Pérdida parcial de restauración con reincidencia de caries.

Obturado sin caries 3 (D)

- Cuando existe una o más restauraciones y no presenta caries dental en el diente.
- Diente con una corona de cualquier tipo de material (oro, porcelana, acrílico, cerómeros, zirconia, acero, etc.) colocada debido a una caries extensa.
- Restauración desajustada sin reincidencia de caries.

Perdido por caries 4 (E)

- Dientes permanentes o temporales que han sido extraídos debido a la presencia de caries dental. En el caso de dientes temporales esta categoría debe emplearse sólo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de la ausencia.

Ausente por otra razón 5 (H)

- Diente permanente o temporal ausente de modo congénito.
- Dientes permanente o temporal extraído por motivos ortodónticos, periodontales, traumatismos, etc.

Sellador 6 (F)

- Dientes en los que se ha colocado un material compuesto para prevenir caries dental.

Soporte de puente, corona especial o funda 7 (G)

- Diente pilar de un puente fijo.
- Funda o carilla estética que cubren la superficie labial de un diente en el que no hay signos de caries.
- Corona completa en diente anterior permanente debido a razones estéticas.
- Pilar de puente en Maryland.
- Corona de acero o banda en diente temporal o permanente con anza para conservar el espacio del diente perdido.

Diente no erupcionado 8 (K)

- Diente permanente sin erupcionar en ausencia del diente temporal, esta categoría debe emplearse de acuerdo con la cronología de la erupción.
- Diente temporal sin erupcionar, esta categoría debe emplearse de acuerdo con la cronología de la erupción.
- Dientes retenidos.

Diente no registrado 9 (M)

- Para cualquier diente permanente erupcionado que por algún motivo no se puede examinar (por ejemplo, presencia de bandas ortodónticas, hipoplasia intensa, etc.).
- Para cualquier diente temporal erupcionado que por algún motivo no se puede examinar (hipoplasia intensa).

Consideraciones

1. Diente erupcionado. Un diente se considera erupcionado cuando cualquier parte de él sea visible.
2. Un diente es considerado presente, aun cuando la corona esté totalmente destruida, quedando sólo las raíces.
3. Si un diente permanente está erupcionando y se encuentra presente el temporal, se registra únicamente la condición del diente permanente.
4. Cada casilla deberá contener sólo una anotación.
5. Si existe duda entre cariado y sano se clasifica como sano.
6. Si existe duda entre 1° y 2° premolar, se clasifica como primer premolar.
7. En algunos grupos de edad, puede ser difícil distinguir entre dientes no erupcionados (código 8) y dientes extraídos, para diferenciar se deberá aplicar las reglas de cronología de la erupción dentaria.

Registro

En la cédula se encuentran casillas para registrar tanto los dientes superiores como los inferiores, cada casilla tienen un número que corresponde al diente a examinar; en ella debe indicarse el estado del diente. Para reducir los errores se sugiere que las anotaciones sean claras.

Obtención del índice

El cálculo de los índices CPOD y cpod se realiza a partir de las 32 casillas dispuestas para este fin, por lo que el llenado de la cédula debe ser completo para la dentición temporal y permanente para cada paciente.

Índice CPOD

El índice CPOD es la suma de los componentes cariado, perdido y obturado. La base para los cálculos de CPOD es 32, o sea, todos los dientes permanentes incluyendo el tercer molar. El valor puede ir de 0 a 32. Los componentes se determinan de la siguiente forma:

- El componente C (diente cariado) incluye todos los dientes clasificados con código 1 o 2.
- El componente P (diente perdido) comprende los dientes con código 4 en

individuos menores de 30 años de edad, y los dientes codificados 4 y 5 para individuos de 30 años y mayores, o sea, ausentes debido a caries o cualquier otra razón.

- El componente O (diente obturado) incluye sólo los dientes con código 3.
- Los dientes con código 6 (sellador) o código 7 (corona, apoyo de puente) no se incluyen en el CPOD.

Índice cpod

El índice cpod es la suma de los componentes cariado, perdido obturado. La base para los cálculos de cpod es 20, o sea, todos los dientes temporales; por lo que su valor puede ir de 0 a 20. Los componentes se determinan de la siguiente forma:

- El componente c (diente cariado) incluye todos los dientes clasificados con código B o C.
- El componente e (diente perdido) comprende los dientes con código E.
- El componente o (diente obturado) incluye sólo los dientes con código D.
- Los dientes con código F (sellador) o código G (corona, mantenedor de espacio) no se incluyen en el cpod.

Dientes temporales

El número de dientes primarios o temporales se calcula a partir de las 20 casillas centrales del odontograma, cinco por cada cuadrante a partir de la línea media. Es necesario se codifique con la letra adecuada para el estado dentario de cada diente en su casilla correspondiente. Para conocer el número total de dientes temporales se sumarán los dientes con código A, B, C, D, F y G.

Dientes permanentes

Para determinar el número de dientes permanentes presentes se sumarán los dientes con código 0, 1, 2, 3, 6, 7 y 9.

Plataforma del SINAVE



El SIVEPAB cuenta con un software para la captura en línea; además de, un servidor con mantenimiento a cargo de la Secretaría de Salud. El software fue desarrollado para computadoras personales y actualmente funciona preferentemente con Google Chrome y Microsoft Edge. La interfaz gráfica de usuario maneja múltiples tipos de documentos en un único entorno de trabajo, cada institución podrá ingresar por claves únicas jerarquizadas que les permitirán tener acceso a la información de acuerdo con las políticas de cada institución del Sector Salud. Cada tipo de documento es presentado en una ventana propia, manteniendo un enlace dinámico entre algunos de ellos. Los tipos de documentos son diversos desde una máscara de captura para el ingreso de los formatos de estudio de caso hasta cuadros de salida con los principales resultados, cada uno de ellos con funciones, menús, botones y herramientas propias. A continuación, se muestra la interfaz gráfica de ingreso.

Página inicial

Para acceder a la interfaz gráfica de usuario del sistema se introduce la dirección: www.sinave.gob.mx, donde se despliega la página de inicio (Home Page) y posteriormente se selecciona la opción “Vigilancia Epidemiológica”.

Figura 10
Pantalla inicial de la Plataforma del SINAVE



Visita la página: www.gob.mx/salud
¿Tienes problemas con las plataformas, dudas o correcciones? Levánta un ticket en la mesa de servicio
Manual de la mesa de servicio: [Mesa de servicio](#)
Mesa de servicio: [Mesa de servicio](#)

En la segunda pantalla (Figura 11) se registra el nombre de usuario y contraseña para entrar al entorno de trabajo. También se puede ingresar directamente a esta pantalla a través de la dirección: www.rhove.gob.mx

Figura 11
Página Inicial para identificación del usuario

Figura 11
Página Inicial para identificación del usuario



Para cualquier duda, comentario o incidencia en la operación del sistema favor de reportarlo a la Mesa de Servicio y/o al teléfono: (0155) 5337-1702

Figura 12
Menú principal



La Figura 12 muestra el menú principal, el cual tiene seis opciones: registro, seguimiento, reportes, catálogos, ayuda y la opción para salir del sistema.

Registro

Esta opción permite generar un registro nuevo, introduciendo la información del formato de estudio de caso aplicado al paciente de primera vez. Para iniciar la captura, al introducir los apellidos en los campos correspondientes se puede hacer “clic” en el botón de “Buscar Paciente”, esto facilitará al usuario recuperar la información sobre el paciente si este ya fue ingresado en otro módulo del SINAVE. Este comando dejará ver los datos de identificación del paciente solicitado y desplegará el resto del formato limpio para una nueva captura. Los datos de edad se actualizan automáticamente de acuerdo a la fecha de nacimiento ya registrada y la fecha en que se realiza la captura.

IMPORTANTE: Antes de iniciar la captura, es conveniente configurar el equipo para “permitir los elementos emergentes”, de esta forma podrá visualizar las opciones previstas para algunos rubros a capturar como Municipio y Localidad.

La captura de la información se realiza a través de dos secciones (pantallas), cada una contiene diferentes menús y botones que permiten desplegar diferentes opciones o comandos, de acuerdo con los catálogos disponibles en el sistema.

Para desplazarse entre las dos secciones (pantallas) de captura se puede hacer “clic” en los botones “siguiente” o “anterior”.

Figura 13
Primera sección del registro

Formato de Estudio de Caso Patologías Bucales

Registro

Foto: Foto de Formato:

SALUD BUCAL **I. Datos de identificación del paciente**

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre(s):

DATOS DE NACIMIENTO

Estado: Municipio o Alcaldía:

Fecha nacimiento: Sexo: Edad: mm: dd: Sexo:

Ocupación: Escolaridad:

RESIDENCIA HABITUAL

Calle y Número: Colonia: Estado:

Municipio o Abasco: Localidad:

Ex migrante: ☐ SI ☐ No ☐ País de nacionalidad: País de origen:

Pasos de tránsito en los últimos tres meses: 1. 2. 3. 4. Otro:

Fecha de ingreso al país:

Habla lengua indígena: ☐ SI ☐ No ☐ Se desconoce ☐ Culi:

Es indígena: ☐ SI ☐ No ☐ Se desconoce ☐

II. Datos de la Unidad

Nombre de Unidad: CUUES:

Clave: Estado: Jurisdicción:

Municipio: Localidad: Institución:

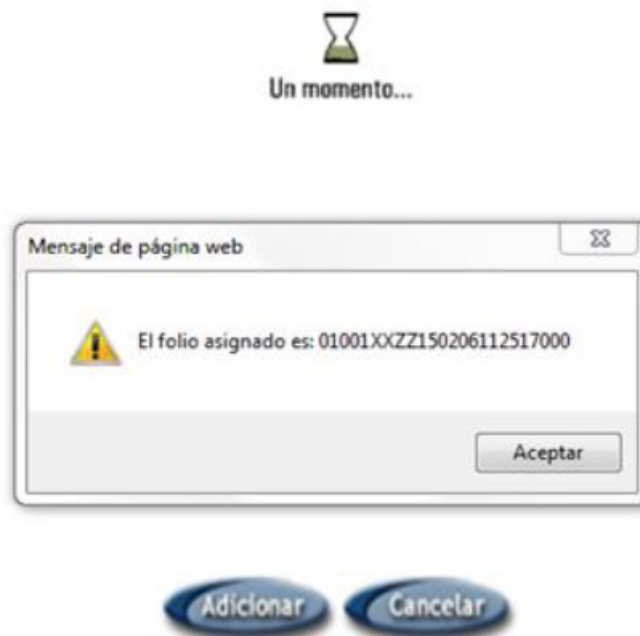
Odontólogo Notificante:

Figura 14
Segunda sección del registro

15. OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS PRESENTES EN LA CAVIDAD BUCAL GLANDULAS SALIVALES Y MAXILARES ☐ 0) Ninguna ☐ 1) Fluorosis dental ☐ 2) Otra (Priorizar el motivo de consulta) 																														
IV. Exploración																														
16. HIGIENE BUCAL (Índice de Higiene Oral Simplificado) Marque con el código correspondiente lo encontrado en la exploración Código para detritos y cálculos 0 = Ausencia 1 = Hasta 1/3 2 = Hasta 2/3 3 = Más de los 2/3 9 = No registrado		<table border="1"> <tr> <td>Superficie</td> <td>16</td> <td>11</td> <td>26</td> <td>36</td> <td>31</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vest</td> <td>Vest</td> <td>Vest</td> <td>Ling</td> <td>Vest</td> <td>Ling</td> </tr> <tr> <td>Detritos</td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> </tr> <tr> <td>Cálculos</td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> </tr> </table>	Superficie	16	11	26	36	31	46		Vest	Vest	Vest	Ling	Vest	Ling	Detritos	0	0	0	0	0	0	Cálculos	0	0	0	0	0	0
Superficie	16	11	26	36	31	46																								
	Vest	Vest	Vest	Ling	Vest	Ling																								
Detritos	0	0	0	0	0	0																								
Cálculos	0	0	0	0	0	0																								
☐ Si dispone de sonda de la OMS: 17a. ESTADO PERIODONTAL (Índice periodontológico comunitario IPC)		Marque el código correspondientes a las seis casillas 0 = Sano 1 = Hemorragia 2 = Cálculo 3 = Bolsa de 4-5 mm (la banda negra de la sonda es parcialmente visible) 4 = Bolsa >6mm (la banda negra de la sonda no es visible) 8 = Excluido 9 = No registrado <table border="1"> <tr> <td>17/16</td> <td>11</td> <td>26/27</td> </tr> <tr> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> </tr> <tr> <td> 0 </td> <td> 0 </td> <td> 0 </td> </tr> <tr> <td>47/40</td> <td>31</td> <td>30/37</td> </tr> </table>	17/16	11	26/27	0	0	0	0	0	0	47/40	31	30/37																
17/16	11	26/27																												
0	0	0																												
0	0	0																												
47/40	31	30/37																												
☐ Si cuenta con otro tipo de sonda 17b. Diagnóstico con otro tipo de sonda Nota: Marque el grado más severo																														

Una vez verificado que todos los campos del formato están capturados se hace "clic" en el botón "adicionar". Si la información está completa aparece un mensaje con el folio asignado por el sistema (Figura 15).

Figura 15
Imagen de la confirmación de la captura



Cabe señalar que, para ingresar un registro, el formato deberá tener todos los rubros llenos, ya que el sistema no permite dejar campos vacíos. Cuando por alguna razón no se llenó algún campo, el sistema al dar clic en adicionar, nos indica el dato que se está omitiendo.

Seguimiento

Este comando del menú principal, permite buscar dentro de la base de datos a un paciente previamente registrado (Figura 16), despliega la información existente y permite modificación o actualización y eliminación cuando sea necesario. Esta atribución solo se tiene con las claves de acceso a la plataforma de nivel "unidad centinela" y de manera automática queda registro de fecha de actualización en la plataforma.

Figura 16
Pantalla inicial de Seguimiento

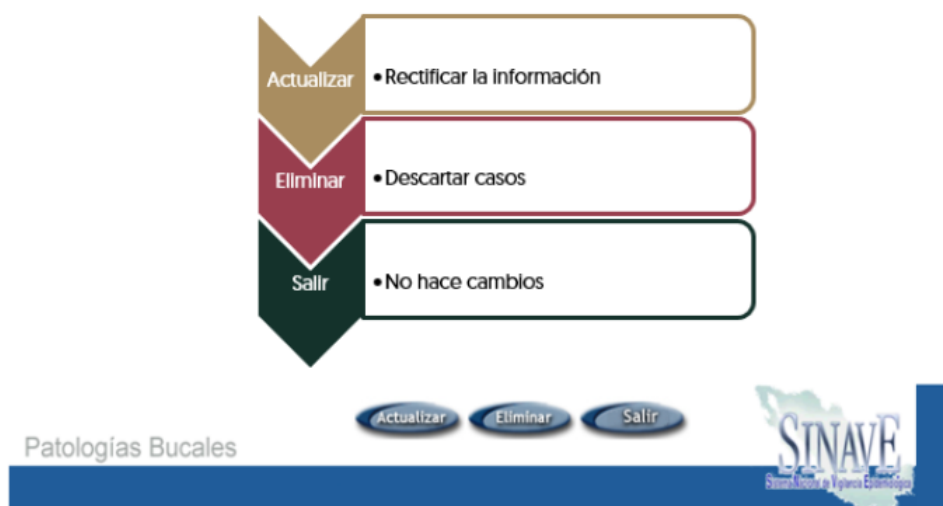
Colocando el nombre del paciente, tal y como fue registrado o el folio asignado, aparece una ventana emergente con el resultado de la búsqueda del paciente (Figura 17). Para solicitar acceso a la información del caso, sólo tiene que dar clic al folio (resaltado en azul), y se abrirá el historial del paciente.

Figura 17
Ventana emergente seguimiento

Folio	Caso	Nombre	RFC
16056GASA040823	2707421	GARCIA SANCHEZ ALFONSO	GASA040823
16056GASA040823	1574532	GARCIA SANCHEZ ALFONSO	GASA040823
16056GASA040823	1065869	GARCIA SANCHEZ ALFONSO	GASA040823
16056GASA040823	3147407	GARCIA SANCHEZ ALFONSO	GASA040823
16056GASM921215	1427466	GARCIA SANCHEZ MAGDALENA	GASM921215
16056GASM921215	3198421	GARCIA SANCHEZ MAGDALENA	GASM921215
16056GASM921215	2917071	GARCIA SANCHEZ MAGDALENA	GASM921215
16056GASM921215	793924	GARCIA SANCHEZ MAGDALENA	GASM921215
16056GASM731214	1372500	GARCIA SANCHEZ MARIA GUADALUPE	GASM731214
16056GASM830618	2114666	GARCIA SANCHEZ MIGUEL	GASM830618
16056GASM830618	928419	GARCIA SANCHEZ MIGUEL	GASM830618
16056GASV981212	547013	GARCIA SANCHEZ VICTOR MANUEL	GASV981212

La opción de seguimiento le permite visualizar los registros ya capturados de cada unidad. También, en esta sección tiene la posibilidad de rectificar la información a través del botón actualizar. Por último, el botón eliminar, mediante el cual podrá descartar los casos, esta última función es útil principalmente en casos duplicados (Figura 18).

Figura 18
Botones de seguimiento



Reportes

El acceso al comando de reportes (formato de salida), se determina por el nivel administrativo en el cual se encuentre el usuario. El sistema cuenta con parámetros previamente establecidos para la generación de estos informes de tal manera que sean útiles para los administradores de los servicios de salud bucal (Figura 19).

En la primera pantalla se podrá elegir el período, la edad y el sexo para generar el reporte. Posteriormente en la segunda pantalla, que se activa al hacer "clic" en el botón siguiente, se mostrarán los criterios de selección y las variables utilizadas para agrupar y categorizar la información permitiendo así la generación del reporte al hacer "clic" al botón "generar reporte".

Figura 19
Pantalla inicial de Reportes

● Registro ● Seguimiento ● **Reportes** ● Catálogos ● Ayuda ● Salir

SIVEPAB

Nivel			
Región	GENERAL	Jurisdicción	GENERAL
Estado	GENERAL	Dependencia	GENERAL
Tipo de Hospital		GENERAL	
Hospital			

FECHA BASE	
☒ fecha de elaboración	☐ fecha de captura

Periodo	
Años	AÑO ACTU/
Meses	
☒ Todos ☐ Selección	

EDAD	SEXO
☒ Años ☒ General ☐ Intervalo Inferior Superior	GENERAL

Cancelar Siguiente

En la segunda pantalla de reportes, se cuenta con la opción de cinco botones de reportes fijos; CPOD, ceod, dientes permanentes presentes por edad, higiene bucal y oportunos/extemporáneos, que al seleccionarlos muestran los reportes sin necesidad de cruzar variables (Figura 20).

Esta opción también permite la “Descarga de Datos Nominales y de Padecimiento”, que hace referencia a la Base de datos acumulados mes por mes para cada entidad federativa. Esta opción es atribución únicamente de las claves estatales de ingreso a la Plataforma.

Figura 20
Segunda pantalla para reportes

CRITERIO DE SELECCIÓN

Tipo de Paciente

GENERAL

▼

Estado de Nacimiento

GENERAL

▼

Ocupación

GENERAL

▼

Antecedentes

GENERAL

▼

Tiempo de Evolución

GENERAL

▼

Criterio Selection CPOD, ceod

GENERAL

▼

AGRUPADO POR

EDAD

MES

UNIDAD

ESTADO

OCUPACION

ESCOLARIDAD

TIPO DE PACIENTE

INSTITUCION

TIPO DE LESION

⬆

⬇

VARIABLES

-----Selecciones-----

EDAD

ESTADO

MES

UNIDAD

OCUPACION

ESCOLARIDAD

TIPO DE PACIENTE

INSTITUCION

TIPO DE LESION

⬆

⬇

EDAD

Genera Reporte

Cancelar

CPOD

ceod

Dtes_Perm_Pries/Edad

Hig_Bucal/Edad

Oport/Extemp

Descarga de Datos Nominales y de Padecimiento

Archivos Disponibles

La Figura 21 muestra un ejemplo del cuadro desplegado de la información conforme a las variables elegidas.

Figura 21
Ejemplo de cuadro de salida

Dirección General de Epidemiología													
DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD													
Región:	CD. DE MEXICO	Entidad Federativa:	GENERAL										
Jurisdicción:	GENERAL	Año:	2019										
Dependencia:	SSA	Mes:	General										
Tipo Hospital:	GENERAL	Edad:	Años 0 - 5										
Hospital:	GENERAL	Sexo:	GENERAL										
Fecha base:	Fecha de elaboración												
Criterio de Selección:	GENERAL												
GRUPOS DE EDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
<1	0	1	0	0	0	0	0	3	2	1	1	1	9
1-4	32	43	49	36	61	51	49	61	43	51	42	29	560
5-9	33	28	25	18	33	28	35	27	23	28	11	12	299
TOTAL	85	70	74	54	94	79	83	91	68	80	54	42	Gran Total 874

Catálogos

La opción de catálogos muestra los catálogos más utilizados en la plataforma del SINAVE los cuales se encuentran disponibles para los usuarios.

Figura 22
Menú de Catálogos

Menú de Catálogos				
Descripción				
Admisión	Antibiótico compuesto	Atención parto	Actividad Tumoral	Catálogo de Años de Antigüedad
Citogenético	Complicación de diabetes	Catálogo de Defectos al Nacimiento	Diagnóstico de Diabetes	Catálogo de Diagnóstico del DAN
Egreso de Diabetes	Catálogo de Enfermedades Crónicas	Catálogo de Enfermedades Padecidas Durante el Embarazo	Estadificación	Catálogo de Estado Actual de Paciente
Estado Actual del Paciente en Cáncer	Catálogo de Etapas de Fiebre Durante el Embarazo	Catálogo de Etapas de Padecimiento de Enfermedades Durante el Embarazo	Catálogo de Etapas de Exposición a Plaguicidas y Tóxicos	Catálogo de Etapas de Toma de Análisis Físicos
Catálogo de Etapas de Toma de Medicamentos	Exposición a Químicos	Fase de Remisión	ICCC en cáncer para leucemia	ICCC en cáncer para tumor sólido
Immunofenotipo	Catálogo de Lugar de Nacimiento	Catálogo de Métodos de Resuscitación	Morfología Clasificada	Muestra
Neoplasias	Penantes Expositos a Químicos	Catálogo de Personal que Atendió este Nacimiento	Riesgo	Catálogo de Sida
Catálogo de Sida	Catálogo de Sida	Catálogo de Sida	Catálogo de Sida	Catálogo de Sida
Catálogo de Sida	Tipo de Leucemias	Tipo Histológico	Topografía	Tratamiento
Catálogo de Tratamiento	Fármacos	Delegación IMSS (Opportunidades)	Delegación IMSS (Ordnance)	Delegación (SSTE)
Referencia	Tratamiento Genético	Catálogo diagnóstico de inicio	Catálogo diagnóstico Final	Catálogo DTN
Catálogo Encefalopatía	Catálogo Institución DEPMAT	Catálogo Meningeo	IMSS OPORTUNIDADES	Catálogos
Categoría de transmisión	Clasificación región	Clasificación rhiva	Complicaciones	Contexto estudiado para SIDA
Defecto	Diagnóstico Epidemiológico	Diagnóstico final	Diagnóstico inicial	Diagnóstico Vestibular
Edad de inicio de pecho	Enfermedad asociada	Escolaridad	Esquema tratamiento	Estado
Estados de País	Estadísticas	Estudio de laboratorio	Estudio de Laboratorio Epidemiológico	Fuente de información
Fuente de notificación	Históricas	Infección de transmisión sexual	Institución	Unidad de información
Laboratorio SIDA	Localidad	Localización de enfermedad	Lugar procesamiento	Metformación
Método de diagnóstico	Movile	Municipio	Ocupación	Opciones de embarazo
País	Resultado de vacuna	Secuelas	Servicio de Atención	Servicios de atención
Signos y Síntomas	Técnica empleada	Técnica utilizada para Nosocomial	Tipo de muestra	Tipo de paciente
Tipo de unidad	Tipo estudio Epidemiológico	Tratamiento recibido	Unidad médica	
CLUBS				

Descripción Catálogos IAAS				
Amplio	Cirugía	ICET	Defunción	Desenlace
Egreso de hospital	Paciente riesgo	Ornemen	Orde de contaminación	Orde de infección
Servicio de unidad médica	Sito de cultivo	Sito de infección	Subservicio de unidad médica	Técnica utilizada para Nosocomial
Tipo de cirugía				

Salir

Ayuda

La opción de ayuda permite la descarga del formato SIVEPAB 1 en formato PDF para su reproducción en papel, además en esta misma opción podrá descargar el formato de validación.

Figura 23
Menú de ayuda



Salir

Es importante cuando se finalice la sesión de trabajo y ya no se requiera continuar operando el sistema, se elija el comando “Salir” del menú principal, esto evitará inconsistencias o inestabilidad del programa o del sistema de cómputo.

Evaluación



Una de las partes esenciales para el funcionamiento del sistema son los mecanismos de evaluación. La evaluación del sistema podrá ser directa por medio de visitas o bien indirecta a través de los informes de actividades. Es importante señalar que cada institución podrá adecuar los indicadores de acuerdo a sus lineamientos internos vigentes.

La operación del SIVEPAB se podrá analizar por medio de tres indicadores esenciales: de cobertura, consistencia y calidad, cada uno de los cuales está constituido por diferentes denominadores.

Cuadro 6
Indicadores del SIVEPAB

Definición del indicador	Fórmula	Ponderación dentro del total	Fuente	Periodicidad
Cobertura	Total de unidades que reportan al menos el 50% de los formatos esperados por trimestre	20%	SIVEPAB/ Plataforma Única	Trimestral/ Anual
	Total de unidades odontológicas registradas por la entidad federativa, al menos una por jurisdicción			
Consistencia	Total de formatos registrados con oportunidad en la entidad federativa	30%	SIVEPAB/ Plataforma Única	Trimestral/ Anual
	Total de formatos esperados (Por nivel)			
Calidad	Número de registros recibidos con todas las variables sin error	50%	SIVEPAB/ Plataforma Única	Trimestral/ Anual
	Total de registros esperados por el sistema			

Anexos

Anexo 1 Formato SIVEPAB 1-2019


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
 SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PATOLOGÍAS BUCALES
 ESTUDIO DE CASO DE PATOLOGÍAS BUCALES
 FORMATO SIVEPAB 1



Fecha de elaboración:

--	--	--	--	--

 Folio del formato:

--	--	--	--	--

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1. NOMBRE: Primer apellido Segundo apellido Nombre (s)

2. LUGAR DE NACIMIENTO: Estado Municipio o Alcaldía

ES MIGRANTE: ☐ SI ☐ NO PAÍS DE NACIONALIDAD PAÍS DE ORIGEN

PAÍSES DE TRÁNSITO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES: 1.- 2.- 3.- 4.- OTRO

FECHA DE INGRESO AL PAÍS: Día Mes Año Se considera indígena ☐ SI ☐ NO Lengua indígena que habla

3. FECHA DE NACIMIENTO:

--	--	--	--	--	--	--	--

4. EDAD

--	--	--	--	--	--	--	--

5. SEXO 1) Masculino 2) Femenino ☐

6. OCUPACIÓN: 7. ESCOLARIDAD

8. CURP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. RESIDENCIA/HABITUAL: Calle y Número Colonia Estado
Municipio Localidad

II. DATOS DE LA UNIDAD

Clave Estado Jurisdicción Sanitaria
Municipio o Alcaldía Localidad Institución
Nombre de Unidad Odontólogo Notificante

III. ANTECEDENTES

10. MARQUE EL (LOS) QUE REFIERA EL PACIENTE

0) Ninguno ☐ 2) Inmunodeficiencias ☐ 4) Hipertensión Arterial ☐ 6) Otra: Especifique ☐
 1) Diabetes Mellitus ☐ 3) Tabaquismo ☐ 5) Embarazo Semana de gestación ☐ INCLUIR EL COMBO A

IV. EXPLORACIÓN (Marque en el espacio correspondiente lo encontrado en la exploración)

11. LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL: 0) Ninguna 1) Úlcera 2) Mancha blanca (leucoplasia) 3) Mancha roja (eritroplasia) 4) Mixta (leucoeritroplasia) 5) Aumento de volumen 11a. TIEMPO DE EVOLUCIÓN
1) Menos de tres semanas 2) Tres semanas o más

12. OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS PRESENTES EN LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES: 0) Ninguna 1) Fluorosis dental 2) Otra (Priorizar el motivo de consulta) Especifique INCLUIR EL COMBO B

13. HIGIENE BUCAL: Código para detritus y cálculo

(ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO)

0= Ausencia
 1= Hasta 1/3
 2= Hasta 2/3
 3= Más de los 2/3
 9= No registrado

Dientes índice					
16	11	26	36	31	46
Superficie Vest.	Vest.	Vest.	Ling.	Vest.	Ling.
Detritus					
Cálculo					

14. ESTADO PERIODONTAL: Si dispone de sonda de la OMS registre el punto 15a. Si cuenta con otro tipo de sonda registre 15b.

14a. ÍNDICE PERIODONTOLÓGICO COMUNITARIO: Marque el código correspondiente en cada caso

0= Sano 3= Bolsa de 4.5 mm (la banda negra de la sonda es parcialmente visible)
 1= Hemorragia 4= Bolsa > 6mm (la banda negra de la sonda no es visible)
 2= Cálculo 9= No registrado

17/16	18	26/27
47/46	31	30/37

14b. DIAGNÓSTICO CON OTRO TIPO DE SONDA: 0) Sano 1) Gingivitis 2) Periodontitis 9) No registrado Marque el grado de daño más severo

15. ESTADO DENTARIO (Índice CPOD o ceod)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		55	56	53	52	51		61	62	63	64	65			
		85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Permanentes	Descripción	Temporales
0	Sano	A
1	Cariado	B
2	Obturado y cariado	C
3	Obturado por caries	D
4	Ausente por caries	E
5	Ausente por otra razón	H
6	Sellador	F
7	Pilar de puente	G
8	Diente no erupcionado	K
9	Diente permanente presente NO	M

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO
ESTUDIO DE CASO DE PATOLOGÍAS BUCALES
SIVEPAB 1

INDICACIONES GENERALES. Este formato debe llenarse completamente (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de caso de caries, enfermedad periodontal, caries bucal y otras patologías. Llene todas las casillas según corresponda. Utilice una casilla para cada letra o número (con pluma, letra de molde y números arábigos). El instructivo solo contempla los incisivos que requieren explicación, para información detallada consulte el manual de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, Fase Permanente.

I IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (1-10). Se refiere a los datos del paciente al que se le realiza la exploración bucal. Este inciso debe de llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes.

1. Nombre: Debe anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombres.
2. Datos de Nacimiento: Indique el nombre del estado y municipio del lugar de nacimiento del paciente, si dispone de la jurisdicción registre.
3. Fecha de nacimiento: En caso de ignorar la fecha de nacimiento anote en la casilla el año correspondiente a la edad aproximada del paciente y la fecha que refiere cumplir años), o en su defecto complete las casillas del día y el mes con los números 01/01. Apóyese con los datos de la credencial de elector.
4. Edad: Si registró la fecha de nacimiento omita este punto.
5. Sexo: Anote 1) Masculino 2) Femenino según corresponda.
6. Ocupación: Indique la actividad que desempeña el paciente: Hogar, estudiante, pensionado, desempleado, trabajador por cuenta propia o trabajador contratado.
7. Escolaridad: Debe anotar el nivel máximo de estudios: primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura, posgrado, otra, no aplica, se ignora, sin escolaridad, menos de tres años de primaria, de 3 a 5 años de primaria, sabe leer y escribir.
8. CURP: Si el paciente conoce su Clave Única de Registro Poblacional (CURP) complete la información de lo contrario registre su (RFC) sin homoclave.
9. Tipo de paciente: anote incidente en pacientes de primera vez, si el paciente ya ha sido examinado anteriormente registre prevalente.
10. Residencia habitual: Indique la calle, número exterior e interior, colonia, estado municipio y localidad, si dispone de la jurisdicción registre.

II IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD. Debe de disponerse de las claves de los niveles y áreas correspondientes de la unidad que realiza el estudio (unidad, municipio, jurisdicción y/o delegación/subdelegación/zona militar, entidad e institución); registre los datos de la unidad.

III ANTECEDENTES (11). Antecedentes de otra(s) enfermedad (es), complicación (es) y/o adicción: Indique el padecimiento que refiera el paciente que haya sido diagnosticado y confirmado. De presentar dos opciones señálelo en el segundo cuadro. En otras mencione las que están relacionadas con manifestaciones bucales.

IV EXPLORACIÓN (12-16) La exploración será de los dientes referidos arriba de la casilla. Anote en la casilla el código, de lo encontrado en la exploración.

12. Lesiones de la mucosa. Revise la mucosa bucal de acuerdo al manual de detección de lesiones premalignas. Registre el tipo de la lesión 12a y el tiempo de evolución 12b.

13. Otro tipo de patología. Marque de acuerdo al código en caso de existir alguna otra patología. Si la opción es otra consulte la clasificación de la CIE-10. o CIE-OE.

14. HIGIENE BUCAL (Índice de Higiene Oral Simplificado IHO-S): En la casilla correspondiente marque de acuerdo al código lo encontrado en la exploración. Indique el diente explorado.

15. ESTADO PERIODONTAL

Si dispone de sonda de la OMS registre el punto 14a (omite el 14b y 14c). En caso contrario pase al punto 14b o 14c dependiendo del auxiliar de diagnóstico.

15a. Índice Periodontológico Comunitario: En esta sección de acuerdo al diagnóstico seleccione el código y regístrelo en la casilla correspondiente. Para considerar un sextante tendrá que haber al menos dos dientes presentes de lo contrario excluya el sextante. Al examinar niños menores de 15 años sólo se considerará el sangrado y la presencia de cálculos, no deberá de intentarse examinar bolsas.

Realice la exploración de los dientes índices: Para adultos de 20 años de edad o más, los dientes a examinar son diez: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 y 47; los segundos molares en cada sextante posterior se aparean para su registro. Si ninguno de los dientes índices estuviera presente en el sextante indicado para el examen, se examinarán todos los dientes restantes del sextante.

En menores de 20 años se examinarán los dientes 16, 11, 26, 36, 31 y 46.

15b. Diagnóstico con otro tipo de sonda: Marque de acuerdo al código la presencia de alguna de las afecciones señaladas, anotando en la casilla el grado más severo.

15c. Presencia de enfermedad periodontal: Marque de acuerdo al código la presencia de alguna de las afecciones señaladas, anotando en la casilla el grado más severo.

16. ESTADO DENTARIO Índice CPOD ó ceod.- Tomando en cuenta la codificación referida y acorde a la exploración realizada, codifique el odontograma con números los dientes permanentes y con letras los temporales. Cuando este presente pilar de puente se anotará el código 7, y cuando sea mantenedor de espacio registre el código G. Los códigos de letras no deberán ser registrados en las casillas siguientes (16,17,18,26,27,28,36,37,38,46,47,48).

Anexo 3 Indicadores Básicos

La información epidemiológica recibida en los diferentes niveles debe ser analizada conforme a sus necesidades y posibilidades; sin embargo, el análisis mínimo para cualquier nivel son los indicadores básicos, que consisten en:

Caries dental

Porcentaje de niños niñas y adolescentes libres de caries dental por edad 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 años.

Porcentaje de la población usuaria de los servicios de salud con caries dental por grupo de edad: 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más.

Promedio del índice de caries dental en dentición temporal (cpod) por edad: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 años

Promedio del índice de caries dental en dentición permanente (CPOD) por edad: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, y por grupo de edad para adultos: 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más.

Higiene bucal

Porcentaje del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) por edad: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, y por grupo de edad para adultos: 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más.

Enfermedad Periodontal

Distribución del Índice Periodontal Comunitario por grupo de edad: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más.

Porcentaje de usuarios de los servicios de salud con enfermedad periodontal a la edad de 18, 35 a 44 y de 60 años.

Edentulismo y dientes permanentes presentes

Promedio de dientes permanentes presentes por grupo de edad: 20 a 34, 35 a 49, 50 a 64, 65 a 79, 80 y más años.

Oclusión funcional 35 a 44 años.

Programa de Acción Específico

Porcentaje de niños libres de caries dental a la edad de 6 años.
Índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente)
a los 12 años.

Proporción de niñas y niños de 7 a 10 años con sellador de fosetas y fisuras.

Esta información epidemiológica debe integrarse en un diagnóstico situacional en cada nivel administrativo y deberá actualizarse permanentemente para su uso en la planeación y evaluación de los servicios de salud con una periodicidad mínima de un año.

Referencias



1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. OMS: Ginebra; 2011.
2. World Health Organization (2016). Oral Health fact-sheets 2018. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. Rudman, William J.; Hart-Hester, Susan; Jones, Warren A.; Caputo, Nadine; Madison, Mary. "Integrating Medical and Dental Records: A New Frontier in Health Information Management" *Journal of AHIMA* 81, no.10 (October 2010): 36-39.
4. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res*. 2015 Oct; 94(10):1355-61. doi: 10.1177/0022034515602879. Epub 2015 Aug 28.
5. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. WHO/NMH/NPH/ORH/03.2. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Heilmann A, Tsakos G, Watt RG. Oral Health Over the Life Course. In: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, et al., editors. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2015. Chapter 3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385369/> doi: 10.1007/978-3-319-20484-0_3
7. Recursos en Salud Cubos dinámicos. Sectorial (SINAIS) 2012-2017, plataforma. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_recursos_gobmx.html
8. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Recursos Físicos Y Materiales (Infraestructura). Numeralía de recursos físicos de los sectores público y privado, 2016.
9. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and diseaseprevention. *Bull World Health Organ* 2005;83:686–93
10. Velásquez O, Vera H, Irigoyen ME, Mejía A, Sánchez TL. Cambios en la prevalencia de la caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987-1988 y de 1997-1998. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 13(5):1-14.
11. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, Murray CJ. 2013. Global burden of oral conditions in 1990–2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 92(7):592–597
12. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2024. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare..> (Accessed julio 2024)
13. Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental Caries. *Lancet*, 2007; 369: 51-59.
14. Tooth eruption. The permanent teeth. *JADA* 2006; January Vol. 137:127.
15. Pitts N. The impact of diagnostic criteria on estimates of prevalence, extent and severity of dental caries In: Fejerskov O, Kidd E (ed). *Dental caries – The disease and its clinical management*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. chap. 9.

16. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 003; 31(Suppl. 1):3-24
17. Papapanou PN. Epidemiology of periodontal diseases: An update. *J Int Acad Periodontol* 1999; 1:110-116.
18. Oral health surveys – basic methods. 4th Edition. Geneva: World Health Organization; 1997.
19. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Oral Health and Nutrition. *J Am Diet Assoc* 2003; 103:615–625.
20. J. Cunha-Cruz, P. P. Hujoel, and P. Nadanovsky, "Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972–2001," *Journal of Dental Research*, vol. 86, no. 2, pp. 131–136, 2007.
21. C. W. Douglass, A. Shih, and L. Ostry, "Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020?" *Journal of Prosthetic Dentistry*, vol. 87, no. 1, pp. 5–8, 2002.
22. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SI-VEPAB 2010, primera edición, noviembre del 2011, Secretaría de Salud/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
23. Medina-Solís CE, Pérez-Núñez R, Maupomé G, Avila-Burgos L, Pontigo-Loyola AP, Patiño-Marín N, Villalobos-Rodelo JJ. National survey on edentulism and its geographic distribution, among Mexicans 18 years of age and older (with emphasis in WHO age groups). Próximamente en: *J Oral Rehabil* 2007
24. Moller IJ. Fluorides and dental fluorosis. *Int Dent J*. 1982 Jun; 32(2):135–147.
25. Fejerskov O, Thylstrup A, Larsen MJ, Clinical and structural features and possible pathogenic mechanisms of dental fluorosis. *Scand J Dent Res* 1977; 85:510-534.
26. Yeung CA. A systematic review of the efficacy and safety of fluoridation. *Evid Based Dent*. 2008;9(2):39-43.
27. Limeback H, Ismail A, Banting D, Den Besten P, Featherstone J, Riordan PJ. Canadian Consensus Conference on the appropriate use of fluoride supplements for the prevention of dental caries in children. *J Can Dent Assoc*. 1998 Oct; 64(9):636-9.
28. Beltrán-Aguilar ED, Griffin SO, Lockwood SA. Prevalence and trends in enamel fluorosis in the United States from the 1930s to the 1980s. *J Am Dent Assoc*. 2002 Feb; 133(2):157-65.
29. Riordan PJ, Banks JA. Dental fluorosis and fluoride exposure in Western Australia. *J Dent Res*. 1991 Jul; 70(7):1022-8.
30. Secretaria de Salud. Programa de Acción Específico de Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales 2020-2024. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Fecha de publicación 17 de diciembre del 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/714140/PAE_BUC_cF.pdf.
31. Organización Panamericana de la Salud. Módulo 4: Vigilancia en salud pública en: Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Tercera edición. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares No 26. Washington, D.C.: OPS; 2017.
32. NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de

- enfermedades bucales. Diario Oficial de la Federación, publicada el 23 de noviembre del 2016. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016.
33. Scully C, Felix DH. Oral medicine--update for the dental practitioner oral cancer. Br Dent J. 2006 Jan 14;200(1):13-7.
 34. Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/alteraciones_mucosa_bucal.pdf

