

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 242

**NORMAS PARA LA NOTIFICACION
DE ENFERMEDADES Y ALTERACIONES
DENTALES**

**Informe
de un Comité de Expertos
en Higiene Dental**

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1962

COMITE DE EXPERTOS EN HIGIENE DENTAL

Ginebra, 14-20 de noviembre de 1961

Miembros :

Dra. A. Chaput, Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Francia

Dr. A. I. Darling, Professor of Dental Medicine, University of Bristol,
Inglaterra

Dr. G. N. Davies, Associate Professor and Head of Department of Preventive,
Public Health and Children's Dentistry, University of Otago, Dunedin,
Nueva Zelandia (*Relator*)

Dr. R. M. Grainger, Professor, Research Division, Faculty of Dentistry,
University of Toronto, Canadá

Dr. J. W. Knutson, Professor of Preventive Dentistry and Public Health,
University of California, Los Angeles, Calif., Estados Unidos de América
(*Presidente*)

Dr. V. F. Rudko, Jefe del Servicio de Estomatología, Ministerio de Salud
Pública de la URSS, Moscú, URSS (*Vicepresidente*)

Dr. S. Swelim, Subsecretario de Estado Adjunto, Ministerio de Salud Pública,
El Cairo, Egipto, RAU

Secretaría

Profesor L. J. Baume, Directeur du Service de Traitements dentaires conser-
vateurs, Institut universitaire de Médecine dentaire, Ginebra, Suiza
(*Consultor*)

Dr. F. Bruce Rice, Jefe del Servicio de Higiene Dental, Organización Mundial
de la Salud (*Secretario*)

INDICE

	Página
1. Introducción	5
2. Utilidad de las estadísticas sobre enfermedades y alteraciones dentales	7
3. Evaluación de las enfermedades y alteraciones dentales.	8
3.1 Definición y análisis de los términos comunes a todos los tipos de evaluación	8
4. Evaluación de las caries dentarias	10
4.1 Definiciones	10
4.2 Índices	11
4.3 Método de examen	14
4.4 Registro de datos	14
5. Evaluación de las parodontopatías	15
5.1 Definiciones	15
5.2 Clasificación	15
5.3 Índices	16
5.4 Métodos de examen	17
5.5 Registro de datos	17
5.6 Sarro	17
6. Evaluación de las anomalías dentofaciales incapacitantes	18
6.1 Definición	18
6.2 Clasificación	18
6.3 Índice	18
6.4 Notificación de fisuras palatinas y labiales	19
7. Evaluación de la necesidad de tratamiento protésico	19
8. Principios aplicables a la organización de encuestas, al registro de datos y a la preparación de informes	20
8.1 Formación del personal encargado de las encuestas	20
8.2 Organización de las encuestas	20
8.3 Fichas para el registro de datos	21
8.4 Preparación de informes	21
9. Resumen	22
Anexo 1. Modelo de ficha de inspección odontológica	23
Anexo 2. Modelo de ficha para encuestas de higiene dental	24



NORMAS PARA LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DENTALES

Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental

El Comité de Expertos en Higiene Dental se reunió en Ginebra del 14 al 20 de noviembre de 1961, con objeto de estudiar la posibilidad de establecer normas aplicables a la notificación de enfermedades y alteraciones dentales. Inauguró la reunión el Dr. F. Grundy, Subdirector General, quien, después de exponer sucintamente la misión de los comités de expertos y la finalidad de la presente reunión, puso de relieve la fundamental importancia del tema suscitado para los odontólogos y autoridades sanitarias de todo el mundo. Los estudios de epidemiología dental son cada vez más numerosos y completos, pero en muy pocos casos es posible comparar los resultados obtenidos a consecuencia de las diferencias de la terminología y los criterios de diagnóstico empleados, así como de la diversidad de los métodos seguidos en los exámenes y en el registro y la notificación de datos. La misión del Comité será por consiguiente establecer normas uniformes y aceptables en todos los países, a fin de unificar las estadísticas de higiene dental y facilitar los estudios comparativos de carácter internacional.

El Comité eligió Presidente al Dr. J. W. Knutson, Vicepresidente al Dr. V. Rudko y Relator al Dr. G. N. Davies.

1. INTRODUCCION

Las estadísticas de higiene dental no constituyen una novedad, pues han seguido un ritmo de desarrollo análogo al de las demás ramas de la estadística sanitaria. El creciente interés que hoy despierta la odontología de salud pública hace altamente aconsejable el establecimiento de normas internacionales aplicables a las encuestas que sirven de base para organizar y evaluar los servicios de higiene dental y para estudiar la epidemiología de las afecciones dentales.

El Comité entiende pues que su primera misión es determinar cuáles son los datos básicos indispensables y en qué medida es posible obtener esos datos por procedimientos sencillos que garanticen al mismo tiempo un grado razonable de precisión. En consecuencia, el Comité ha decidido abstenerse de examinar cualquier procedimiento que resulte excesivamente complejo, por considerar que, si se desea, siempre será posible completar los datos básicos recomendados con los detalles que resulten necesarios en función de la finalidad perseguida.

El Comité ha tratado de formular un conjunto de principios generales aplicables a la evaluación de las enfermedades y alteraciones dentales, procurando que no sólo sirvan para evaluar los problemas planteados a ese respecto, sino también para promover la adopción de medidas inteligentes con vistas a su solución. Ha tenido asimismo en cuenta la necesidad de obtener una serie de datos de referencia en función de los cuales sea posible medir la eficacia y grado de desarrollo de los programas de higiene dental y efectuar comparaciones entre la situación de las distintas zonas y países.

El establecimiento de definiciones uniformes de las enfermedades y alteraciones dentales es condición esencial para el estudio de los problemas de higiene dental; el enunciado de tales definiciones dependerá, en cierta medida, de la aplicación que pretenda darse a los datos reunidos. Conviene advertir, no obstante, que la principal finalidad que se persigue al reunir datos sobre las enfermedades y alteraciones dentales es disponer de una información cuantitativa que permita resolver problemas que afectan a grupos de población.

Todo esquema práctico destinado a facilitar la definición de las enfermedades y alteraciones dentales ha de concebirse pues en función de diversos factores. Por otra parte, una generalización de carácter científico debe siempre fundarse en datos susceptibles de ser comparados y reproducidos. Las definiciones formuladas con anterioridad, basadas en la etiología y en la anatomía patológica de esas enfermedades y anomalías, han fracasado debido a que los odontólogos de distintos países e incluso los de un mismo país les han dado diferentes interpretaciones.

Por ese y otros motivos ha estimado el Comité que el primer requisito que ha de observarse en la reunión de datos sobre enfermedades y alteraciones dentales es la certeza de que dichos datos son fidedignos y susceptibles de reproducción. Ahora bien, para cumplir esa condición es necesario que los examinadores efectúen previamente una serie de ensayos de adiestramiento práctico con vistas a reducir al mínimo las diferencias en la interpretación de los criterios de diagnóstico.

Teniendo en cuenta que los examinadores tienden a renovarse a medida que el tiempo pasa, resulta extremadamente conveniente que en cada encuesta participen varios de ellos. Será más fácil así mantener el nivel de calidad de los trabajos, garantizado no sólo por la continuidad de algunos

examinadores de un año a otro, sino por el hecho de que el promedio de los resultados obtenidos por un número bastante grande de examinadores debe estar más cerca de la verdad que la evaluación efectuada por uno solo. Es posible constituir en algunos países grupos nacionales de examinadores con un grado equivalente de capacitación, pero no se podrá conseguir lo mismo en el plano internacional si no se definen previamente las enfermedades y anomalías dentales de una manera que, además de específica, resulte fácilmente comprensible para los odontólogos de todos los países, por distintas que sean su mentalidad, su formación científica y profesional y su experiencia.

2. UTILIDAD DE LAS ESTADISTICAS SOBRE ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DENTALES

El Comité, aun reconociendo que la reunión de datos sobre enfermedades y anomalías dentales puede hacerse con fines muy diversos, ha decidido limitarse al examen de las encuestas odontológicas realizadas con una finalidad sanitaria. El Comité desea señalar a este propósito la excelente labor realizada por la Comisión Especial sobre Estadística Oral y Dental de la Fédération Dentaire Internationale.

Los objetivos principales ¹ de las encuestas odontológicas practicadas con fines sanitarios son los siguientes :

- a) determinar el tipo, la frecuencia y la gravedad de las enfermedades y alteraciones dentales en relación con otros problemas de salud pública ;
- b) determinar en qué medida una colectividad o nación está en condiciones y disposición de mantener un programa preventivo y curativo eficaz ;
- c) obtener los datos objetivos necesarios para evaluar la eficacia de los programas de higiene dental ;
- d) fomentar y mantener el interés de la población por la higiene dental ;
- e) determinar, con fines de investigación epidemiológica, la prevalencia y la incidencia de las enfermedades y alteraciones dentales en los distintos grupos de población y esclarecer los factores que dan lugar a las diferencias observadas o guardan con ellas alguna relación.

¹ General principles concerning the international standardization of dental caries statistics, *Int. dent. J.*, Vol. 12, marzo de 1962.

3. EVALUACION DE LAS ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DENTALES

Las enfermedades y alteraciones dentales que se examinan en el presente informe son la caries dentaria, las parodontopatías, el sarro, las anomalías dentofaciales incapacitantes y la ausencia de dientes.

Cada una de estas enfermedades y alteraciones dentales ha de registrarse en función de las características generales del grupo de población examinado. Entre esas características el Comité estima indispensable la indicación de la edad. La inclusión de otros datos, como el sexo, el grupo étnico, el lugar de nacimiento, los lugares de residencia y el número de dientes presentes, es facultativa y dependerá de la finalidad particular de cada encuesta.

3.1 Definición y análisis de los términos comunes a todos los tipos de evaluación

3.1.1 Prevalencia en un momento dado

« Prevalencia en un momento dado » o « prevalencia momentánea (*point prevalence*) » son las expresiones recomendadas para designar la proporción de casos de enfermedades o procesos en curso en un momento determinado.

Siempre que el término « prevalencia » aparezca en el presente informe habrá de interpretarse por « prevalencia en un momento dado ».

3.1.2 Incidencia

« Incidencia » (incremento) es el término recomendado para designar la proporción de nuevas lesiones y anomalías que aparecen en un periodo determinado, que suele ser de un año. Puede referirse asimismo a la frecuencia con que aparecen nuevos casos, es decir, a la proporción de personas afectadas.

3.1.3 Grupo de edad

El Comité ha tomado nota de las clasificaciones por grupos de edad que se proponen en el Artículo 6 del Reglamento de la Nomenclatura de la OMS,¹ pero estima que esos grupos son demasiado amplios para el estudio analítico de las estadísticas odontológicas. Recomienda, en consecuencia, que se consignen separadamente los datos correspondientes a cada año de edad, por lo menos hasta los 15 años, y que a partir de esta edad se establezcan grupos de 5 ó 10 años, tal como se indica a continuación: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-44, 45-54, 55-54, 65-74 y 75 en adelante.

¹ Organización Mundial de la Salud, (1957) *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, Ginebra, Vol. 1, pág. 425.

3.1.4 Grupo étnicos

En la publicación de las Naciones Unidas « Principios y recomendaciones relativos a los censos nacionales de población »¹ se exponen las dificultades que suscita toda tentativa de clasificar a la población por razas o grupos étnicos con fines de empadronamiento en los siguientes términos :

« El estudio de las características étnicas depende de las condiciones y necesidades de cada país en la materia. Según los países, los grupos étnicos se definen con arreglo a diversos criterios : país o región de origen, raza, color, afinidades lingüísticas, religiones, indumentaria o hábitos de alimentación, tribu a que pertenece la persona, o varias combinaciones de estas características. Además, algunos de los términos utilizados, como « raza » u « origen », tienen acepciones muy diversas. Por consiguiente, el concepto y criterio que cada país emplee en la investigación de cualquier aspecto de las características étnicas de la población deberán regirse por la naturaleza de los grupos que se trata de identificar. Puesto que, por su propia índole, estos grupos varían considerablemente de un país a otro, no es posible recomendar ninguna norma que sea de aceptación universal.

Debido a las dificultades de interpretación con que se puede tropezar, se considera importante que, cuando se incluya en el censo el estudio de las características étnicas, se explique claramente en el informe del censo el criterio básico que ha sido seguido, a fin de no dejar dudas sobre el significado de las estadísticas que se presenten. »

Esos principios son igualmente aplicables a la clasificación por grupos étnicos de cualquier colectividad para el establecimiento de estadísticas odontológicas. La inclusión de ese dato es facultativa y dependerá de la finalidad de la encuesta.

3.1.5 Lugar de residencia

Por lo general basta con indicar el lugar donde se efectúa el examen. No obstante, en los estudios epidemiológicos detallados cuya finalidad es precisar la significación de las diferencias registradas entre distintos grupos de población en cuanto a la frecuencia de las odontopatías, puede ser necesario indicar el lugar de nacimiento y los sucesivos lugares de residencia de cada persona examinada.

3.1.6 Número de dientes

Si se estima oportuno obtener datos acerca del momento de erupción de las diferentes piezas dentarias, convendrá hacer un recuento de las existentes al efectuar el examen. Se considera que un diente ha brotado cuando es posible tocar alguna de sus partes con una sonda exploradora. Se efectuará por separado el recuento de los dientes de leche y el de los permanentes y se expresarán esos datos como promedios para cada grupo de edad.

¹ Naciones Unidas (1958) *Principios y recomendaciones relativos a los censos nacionales de población*, Nueva York (Informes Estadísticos, Serie M, N° 27).

4. EVALUACION DE LAS CARIES DENTARIAS

4.1 Definiciones

4.1.1 *Caries dentaria*

Se entiende por caries dentaria un proceso patológico y localizado de origen externo, que se inicia después de la erupción, determina un reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad.

4.1.2 *Caries clínica*

Desde el punto de vista estadístico se entiende por caries clínica una cavidad cuya existencia puede diagnosticarse mediante un examen practicado con espejo bucal y sonda.

Ha de advertirse que la carie clínica es una *fase* del proceso de la caries dentaria. Esta última comienza por una lesión microscópica, que no puede diagnosticarse con certeza mediante los métodos clínicos actuales, y termina por la formación de una cavidad (caries clínica), que puede ser diagnosticada por exploración.

Se han excluido deliberadamente, por no poder diagnosticarse con absoluta certeza, las fases de la caries dentaria que preceden a la cavitación, así como otras alteraciones semejantes a las primeras fases de la caries, entre las que figuran las siguientes :

- manchas blancas o cretáceas ;
- manchas discrómicas o rugosas ;
- fosas o fisuras del esmalte, coloreadas y duras, que retienen la sonda pero no presentan reblandecimiento apreciable del fondo, esmalte socavado ni soluciones de continuidad en sus paredes.

4.1.3 *Vestigios de caries*

Al igual que la presencia de caries clínicas, los vestigios de caries ofrecen un interés tanto epidemiológico como sanitario. Los vestigios de caries pueden descubrirse por la existencia de un empaste o por la ausencia de un diente, perdido a consecuencia de una caries. Ha de ponerse el mayor cuidado en distinguir los dientes perdidos a consecuencia de una caries de los perdidos por otras causas, como las parodontopatías.

4.1.4 *Historial de caries*

El conjunto de vestigios de caries y de caries clínicas presentes constituye el *historial* de caries. Ese dato puede expresarse como la suma de los dientes cariados, perdidos y empastados.

4.1.5 *Prevalencia de la caries clínica*

Se emplea esa expresión para designar la frecuencia de la caries dentaria clínica en un momento dado. Cuando la prevalencia se expresa como un cociente, el denominador ha de ser el número de personas examinadas.

4.1.6 *Incidencia (incremento) de la caries clínica*

Se emplea esa expresión para designar la frecuencia con que aparecen nuevas cavidades en el curso de un periodo determinado. La incidencia suele formularse en forma de tasa anual media por persona.

4.2 **Indices**

El índice debe elegirse en función de la finalidad de la encuesta y facilitar la obtención de los datos buscados con la mayor sencillez, economía y exactitud. Sin ignorar que son muchos los índices aplicables, el Comité ha limitado su examen a los más apropiados para las encuestas odontológicas de carácter sanitario. Dichos índices pueden emplearse para las dos finalidades que se indican a continuación.

4.2.1 *Determinación de la prevalencia*

La primera de las finalidades indicadas es determinar la *prevalencia* de caries clínicas, de dientes ausentes a consecuencia de caries o de dientes obturados, en relación con el total de personas afectadas. Para calcular un índice de ese género es necesario efectuar un recuento del número de personas con una o más cavidades (caries clínicas), con uno o más dientes ausentes a consecuencia de caries o con uno o más dientes obturados. Las cifras así obtenidas se dividen por el número de personas examinadas y se multiplican por 100.¹ Los resultados constituyen las *tasas de prevalencia en un momento dado* de caries clínicas, de dientes ausentes a consecuencia de caries y de dientes obturados. Tales tasas deben expresarse en función de la edad y, si se estima oportuno, en función del sexo y del grupo étnico. También deben calcularse por separado para los dientes temporales y para los permanentes. Las tasas de prevalencia así establecidas permitirán determinar la proporción de personas que han de ser tratadas por caries clínicas, la de las que han perdido dientes a consecuencia de caries, la de las que tienen dientes obturados y, por último, la de exentas de caries.

¹ Adviértase que las tasas de prevalencia en un momento dado son el porcentaje de personas afectadas en la población, mientras que los índices CAO y *co* corresponden al promedio de dientes afectados por persona.

4.2.2 *Determinación de la intensidad*

La segunda finalidad de los índices de este tipo es determinar la *intensidad* o *alcance* de la caries dentaria en función del número de dientes afectados por persona. El Comité recomienda el empleo de los índices CAO y *co*, que se definen como sigue :

El *índice CAO* es el promedio por persona de dientes permanentes cariados (C), ausentes a consecuencia de caries (A) u obturados (O). Se trata de una expresión cuantitativa del historial de caries de los dientes permanentes. Para el cálculo del índice CAO, el numerador será el total de dientes CAO y el denominador el total de individuos examinados.¹

El *índice co* es la expresión cuantitativa del número de dientes temporales cariados (c) u obturados (o). Para el cálculo de dicho índice, el numerador será el total de dientes temporales con caries clínicas o empastes y el denominador el total de individuos examinados.¹

Como no es fácil determinar si un diente de leche se ha perdido de modo natural o a consecuencia de una caries, el Comité estima que la aplicación del índice *co* es el método más eficaz para establecer el historial de caries de los dientes temporales. Sin embargo, en ciertos casos puede ser conveniente también determinar la proporción de dientes de leche perdidos a consecuencia de caries.

Para calcular los índices CAO y *co*, cada diente se cuenta una sola vez. Cuando un diente está a la vez cariado y empastado se cuenta como cariado.

La principal ventaja de los índices recomendados por el Comité es su flexibilidad. Cuando se desee evaluar el historial de caries de una población dada podrán utilizarse los índices CAO y *co* en el sentido antes definido. Cabe también la posibilidad de utilizar distintos elementos de cada uno de esos índices para obtener datos suplementarios que resulten de importancia práctica en la preparación y la evaluación de los programas de odontología de salud pública (véase la figura de la página 13).

El promedio por persona de dientes que requieren obturación se puede calcular dividiendo el número de dientes C o c por el número de personas examinadas. De igual modo, el promedio de dientes ya obturados corresponde al número de dientes O u o dividido por el número de personas examinadas ; el promedio de dientes permanentes ausentes a consecuencia de caries es el número de dientes A dividido por el número de personas examinadas.

¹ Adviértase que las tasas de prevalencia en un momento dado son el porcentaje de personas afectadas en la población, mientras que los índices CAO y *co* corresponden al promedio de dientes afectados por persona.

cializado, pero no ofrecen interés en el caso de las encuestas odontológicas efectuadas con fines sanitarios de carácter general.

4.2.5 Tablas de conversión

Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre el porcentaje de niños de una edad determinada con uno o más dientes permanentes CAO y la media de dientes permanentes CAO por niño del correspondiente grupo de edad. Se trata de una relación de importancia fundamental ya que, gracias a ella, el simple recuento de sujetos con uno o más dientes CAO constituye una indicación fidedigna del historial de caries del grupo considerado. Es necesario, no obstante, efectuar nuevos trabajos para determinar las variaciones de esa relación en las distintas zonas.^{1, 2}

4.3 Método de examen

Los exámenes para las encuestas odontológicas de índole sanitaria han de efectuarse con buena iluminación, sea natural o artificial, y empleando espejos bucales planos y sondas de punta fina. No se recomienda la exploración radiográfica para ese tipo de exámenes en razón de la imposibilidad de imponerla como requisito general.

La minuciosidad del examen clínico dependerá del tipo de datos que se pretenda obtener. Si la encuesta sólo tiene por objeto determinar la proporción de personas con uno o más dientes CAO o *co* (prevalencia en un momento dado), el examen de cada persona se dará por terminado tan pronto como se localice un diente afectado. En el caso de los individuos aparentemente exentos de caries, se examinará cuidadosamente cada diente para confirmar el diagnóstico. De igual modo, si se trata de determinar la media de dientes CAO o *co* por persona, será necesario examinar todos los dientes de cada individuo.

4.4 Registro de datos

4.4.1 Para establecer *el porcentaje de personas de una edad determinada con uno o más dientes CAO o co* bastará con indicar si uno o más dientes, permanentes o de leche según el caso, están afectados. Para ello puede hacerse una marca (✓) en la casilla correspondiente (véase asimismo el anexo 1):

dientes <i>co</i> :	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Uno o más	<input type="checkbox"/>
dientes CAO :	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Uno o más	<input type="checkbox"/>

¹ Knutson, J. W. (1944) An index of the prevalence of dental caries in school children, *Publ. Hlth. Rep. (Wash.)*, 59, N° 8.

² Lilienthal, B. & Andrews, N. H. (1961) The applicability of Knutson's index of prevalence of dental caries to data for Australian, Formosan and Indonesian children, *Arch. oral Biol.*, 3, 207.

4 4.2 Para establecer las tasas *CAO* o *co* basadas en el examen de cada diente es necesario registrar el número de dientes permanentes cariados (C), ausentes (A) u obturados (O) y el total CAO, así como el número de dientes temporales cariados (c) u obturados (o) y el total co (véase asimismo el anexo 1):

Número de dientes :	Cariados :	Temporales	<input type="text"/>	Permanentes	<input type="text"/>
	Ausentes :			Permanentes	<input type="text"/>
	Obturados :	Temporales	<input type="text"/>	Permanentes	<input type="text"/>
	Total :	Temporales	<input type="text"/>	Permanentes	<input type="text"/>

5. EVALUACION DE LAS PARODONTOPATIAS

5.1 Definiciones

5.1.1 Parodocio

El parodocio está formado por todos los elementos de sostén del diente, es decir, el cemento, la membrana periodontal, el alvéolo óseo y la encía.¹

5.1.2 Parodontopatías

Pueden considerarse como parodontopatías todos los procesos patológicos de naturaleza inflamatoria y degenerativa que afectan al parodocio. Tales procesos suelen tener las siguientes características clínicas: gingivitis, formación de bolsas, resorción del alvéolo óseo y, por último, caída de los dientes.

5.2 Clasificación

No es posible por el momento adoptar un sistema universalmente válido para la clasificación de las parodontopatías a partir de la etiología o de la anatomopatología de estos procesos, ya que los criterios de ese tipo carecen de precisión suficiente. No obstante, con vistas a la ejecución de encuestas internacionales, puede admitirse una clasificación de las parodontopatías basada exclusivamente en el registro de sus signos clínicos. Cabe por tanto clasificar a las personas que padecen parodontopatías en dos grupos, a saber: el de las que padecen *lesiones superficiales* limitadas a la inflamación

¹ Organización Mundial de la Salud (1961) *Las parodontopatías: Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental*, Ginebra (*Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 207).

de la encía y el de las que padecen *lesiones profundas* con formación de bolsas, acompañadas o no de inflamación.

5.2.1 *Inflamación gingival*

Se considerará que existe inflamación gingival cuando se descubra alrededor de uno o más dientes cualquiera de los siguientes signos: enrojecimiento, hinchazón, ulceración o hemorragia.

5.2.2 *Bolsas peridentales*

Debe registrarse la presencia de toda bolsa de más de 3 mm de profundidad. Este criterio, aunque fijado arbitrariamente, es al menos objetivo. En este tipo de evaluación no se pretende distinguir las bolsas propiamente dichas de las falsas bolsas.

5.3 **Indices**

5.3.1 *Determinación de la prevalencia*

El Comité recomienda que se emplee una clasificación fundada en signos clínicos como base para establecer las *tasas de prevalencia* según el número de personas afectadas. Los índices apropiados para poner en práctica ese sistema son los siguientes:

- a) el porcentaje de personas que presentan uno o más signos de parodontopatía (gingivitis, formación de bolsas o ambos procesos);
- b) el porcentaje de personas que presentan uno o más signos de inflamación gingival alrededor de uno o más dientes;
- c) el porcentaje de personas que presentan una o más bolsas.

Esos índices se establecen como tasas de frecuencia en función de la edad (véase el apartado 3.1.3) y sirven para determinar la proporción de personas que necesitan tratamiento parodóntico. Indican también en cierta medida la intensidad de las parodontopatías en una población, ya que las personas con un proceso puramente inflamatorio pueden clasificarse en un primer grupo de lesiones superficiales, y las que presentan bolsas, o inflamación y bolsas, en un segundo grupo de lesiones más profundas.

5.3.2 *Determinación de la intensidad*

Puede ser útil para fines epidemiológicos determinar con mayor detalle en algunas encuestas el *alcance o intensidad* de las parodontopatías. Un método sencillo que puede aplicarse con ese fin es efectuar un recuento del número de unidades gingivales con signos de inflamación y del número de bolsas en cada enfermo, y establecer a partir de esos datos los promedios

por individuo. En un informe anterior del Comité de Expertos en Higiene Dental¹ se describen otros procedimientos más complejos.

5.4 Métodos de examen

La existencia de inflamación gingival puede determinarse mediante una inspección practicada con buena iluminación natural o artificial y empleando un espejo bucal plano.

La presencia de una bolsa puede determinarse empleando una sonda parodontal roma que posea una marca a 3 mm de la punta. La sonda se introduce en las caras interproximal, labial y lingual de cada diente y cuando la marca desaparece se diagnostica la presencia de una bolsa y se consigna la observación. Si el objeto de la encuesta es tan sólo determinar la proporción de personas con una o más bolsas, se dará por terminado el examen de cada individuo tan pronto como se localice la primera. En el caso de las personas aparentemente exentas de bolsas ha de hacerse un examen diente por diente para confirmar el diagnóstico. Ese tipo de examen es igualmente necesario para la determinación de la intensidad.

5.5 Registro de datos

La presencia o la ausencia de inflamación gingival y de bolsas gingivales puede registrarse haciendo una marca (✓) en la casilla correspondiente (véase asimismo el anexo 1):

Inflamación gingival : No Si
Bolsas gingivales : Ninguna Una o más

5.6 Sarro

La relación entre ciertos tipos de parodontopatías y el sarro es manifiesta y constante; conviene por consiguiente determinar la presencia de sarro siempre que se practique una encuesta sobre parodontopatías.

Se registrará la presencia de sarro supragingival cuando se encuentren depósitos duros claramente apreciables en uno o más dientes.

Se registrará la presencia de sarro subgingival cuando éste se localice en uno o más dientes.

La presencia o ausencia de cada tipo de sarro puede indicarse haciendo una marca (✓) en la casilla correspondiente (véase asimismo el anexo 1):

No Supragingival Subgingival

¹ Organización Mundial de la Salud (1961) *Las parodontopatías: Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental*, Ginebra (*Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 207).

6. EVALUACION DE LAS ANOMALIAS DENTOFACIALES INCAPACITANTES

6.1 Definición

Se considera que una anomalía dentofacial tiene carácter incapacitante cuando desfigura al individuo o le impide el ejercicio de una función.

6.2 Clasificación

La clasificación de las anomalías dentofaciales incapacitantes depende forzosamente del criterio del odontólogo encargado de practicar el examen ; por consiguiente, el Comité no ha estimado oportuno proponer otra clasificación que la basada en el hecho de que sea necesario o no un tratamiento.

Una anomalía debe ser tratada cuando la deformación o el defecto funcional es o puede ser obstáculo para el equilibrio físico o psicológico del enfermo.

6.3 Índice

El índice recomendado por el Comité es el porcentaje de personas de una edad determinada que, a juicio del examinador, presentan una anomalía dentofacial incapacitante que requiere tratamiento. Ese dato se indica haciendo una marca (✓) en la casilla correspondiendo, según se indica a continuación :

Necesidad de tratamiento : Si No

Cuando el tratamiento se considera necesario deberá ponerse una marca (✓) en la casilla o casillas correspondientes a la causa :

Fisura palatina	<input type="checkbox"/>	Fisura labial	<input type="checkbox"/>
Prognatismo	<input type="checkbox"/>	Retrognatismo	<input type="checkbox"/>
Sobreoclusión pronunciada	<input type="checkbox"/>	Maloclusión incisiva	<input type="checkbox"/>
Dientes cabalgados	<input type="checkbox"/>	Separación excesiva	<input type="checkbox"/>
Otras anomalías	<input type="checkbox"/>	----- (precisar)	

(Nota : Cuando el tratamiento esté indicado por una causa distinta de las que figuran en la ficha, deberá hacerse una marca en la casilla correspondiente a « Otras anomalías » y especificar el tipo de anomalía de que se trate.)

Las anomalías enumeradas no se excluyen entre sí, lo que significa que en ciertos casos podrá ponerse la marca (✓) en más de una casilla.

Los resultados de ese tipo de evaluación se pueden expresar como porcentajes de las personas de una edad determinada que han de ser tratadas a causa de una o más anomalías o que padecen una anomalía concreta.

6.4 Notificación de fisuras palatinas y labiales

El Comité recomienda que, en razón de la importancia de estas malformaciones, el Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria examine la posibilidad de incluirlas en la lista de enfermedades y anomalías cuya notificación es obligatoria en el momento del nacimiento.

7. EVALUACION DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTESICO

El Comité reconoce que la ausencia de dientes constituye también una causa de deformidad o de incapacidad funcional. Convendría pues efectuar también una evaluación específica de las personas que, a juicio del odontólogo que practica el examen, necesitan un tratamiento protésico.

Los datos enumerados a continuación podrían registrarse poniendo una marca (✓) en la casilla correspondiente (véase asimismo el anexo 1) :

	<i>Mandibula superior</i>		<i>Mandibula inferior</i>	
Ausencia de todos los dientes naturales :	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Extracción indicada de todos los dientes naturales restantes :	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Uso de prótesis completas :	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

(Nota : Cuando una persona haya perdido todos sus dientes naturales y use una prótesis completa habrá qué registrar ambos datos.)

Los resultados pueden expresarse como porcentajes de personas en que la extracción de los dientes naturales restantes está indicada, de personas que han perdido todos los dientes naturales y de personas que usan prótesis completas. Dichas tasas pueden establecerse por separado para las mandíbulas superior e inferior y, en cualquier caso, se calcularán en función de la edad de los sujetos estudiados (véase el apartado 3.1.3).

También se podrá evaluar, a condición de que se haga por separado, la presencia o la necesidad de prótesis parciales.

8. PRINCIPIOS APLICABLES A LA ORGANIZACION DE ENCUESTAS, AL REGISTRO DE DATOS Y A LA PREPARACION DE INFORMES

8.1 Formación del personal encargado de las encuestas

Si se pretende identificar y registrar debidamente las distintas enfermedades y alteraciones dentales es preciso que el personal encargado de practicar los exámenes posea la preparación y la experiencia indispensables para formular un juicio clínico definitivo. Aunque los criterios recomendados en el presente informe tienden en general a reducir el número de categorías comunmente usadas en las clasificaciones que emplean los odontólogos, ello no significa en modo alguno que se subestime la necesidad de establecer con el mayor cuidado las clasificaciones más generales.

El adiestramiento teórico y práctico de los examinadores constituye una fase preparatoria indispensable en toda encuesta odontológica. Dicha formación debe servir para que ese personal comprenda e interprete de manera uniforme los criterios aplicables a las enfermedades y anomalías dentales desde el triple punto de vista de la observación, la clasificación y la notificación ; al mismo tiempo, debe facilitar en todo lo posible la obtención de observaciones clínicas constantes y reproducibles, tanto por parte de cada examinador como entre distintos examinadores. No son los exámenes excesivamente minuciosos ni los excesivamente superficiales los que permiten obtener los resultados más constantes.

Se conseguirá aumentar la precisión y constancia de las observaciones clínicas haciendo que cada examinador consigne por separado las observaciones por él efectuadas en distintos días y en el mismo grupo de enfermos. El número de nuevos exámenes y comparaciones que será preciso hacer hasta conseguir resultados suficientemente constantes dependerá de las características personales de cada examinador.

Cuando se practican encuestas en gran escala será también necesario evaluar las diferencias debidas a la intervención de distintos examinadores a fin de asegurar la obtención de resultados comparables.

8.2 Organización de las encuestas

El Comité estima que para planear debidamente la ejecución de una encuesta es necesario contar desde el primer momento con la colaboración de un estadígrafo. El buen entendimiento entre el estadígrafo y el odontólogo es condición indispensable para la obtención de resultados satisfactorios. La finalidad de la encuesta ha de formularse con toda precisión a fin de que el estadígrafo sepa a qué atenerse acerca de los problemas concretos

sobre los que ha de recoger información, las relaciones o comparaciones que habrá de establecer para estudiar las enfermedades y anomalías dentales, de una parte, y los factores con ellas asociados, de otra, la forma en que tendrá que analizar los datos obtenidos y, por último, el empleo de los resultados previstos. Conviene dar también alguna indicación acerca de los factores conocidos por su influencia sobre las manifestaciones de la enfermedad en los distintos grupos de población, a fin de poder elaborar un plan de estratificación aceptable. Habrá que indicar además el grado de precisión exigido por cada uno de los índices que se desea determinar, a fin de calcular en consecuencia las dimensiones de las muestras.

El Comité hace notar por último que la planificación minuciosa de una encuesta no sólo tiene por objeto seleccionar una muestra representativa de la población u obtener con el mínimo de gastos la información deseada, sino también indicar el grado de confianza que puede ponerse en los datos obtenidos, habida cuenta de los errores de muestreo y de las diferencias de capacidad de diagnóstico de los distintos examinadores.

8.3 Fichas para el registro de datos

En los anexos 1 y 2 se reproducen dos modelos de fichas que pueden emplearse para el registro de datos sobre todas las enfermedades y alteraciones dentales mencionadas en el presente informe.

En el anexo 1 figura el modelo de ficha destinado a los exámenes odontológicos individuales. Una vez terminado el examen del grupo de personas de que se trate, se ordenarán las fichas por grupos de edad, se obtendrán los totales correspondientes a cada dato recogido y se inscribirán después en la columna apropiada de la ficha para encuestas de higiene dental (anexo 2).

Se calcularán después los promedios de dientes *có* y CAO por persona en cada grupo de edad y se inscribirán también en la ficha de encuestas.

Si se desea expresar los datos recogidos como porcentajes deberá utilizarse otra ficha distinta (análoga a la reproducida en el anexo 2).

8.4 Preparación de informes

El Comité toma nota de que la Subcomisión de Muestras Estadísticas de las Naciones Unidas¹ y la Comisión Especial sobre Estadística Oral y Dental de la FDI² han formulado recomendaciones especiales acerca de la

¹ Subcomisión de Muestras Estadísticas de las Naciones Unidas (1959) *Preparación de informes sobre encuestas a base de muestras*, Nueva York (Informes Estadísticos, Ser. C, N° 1).

² General principles concerning the international standardization of dental caries statistics, *Int. dent. J.*, Vol. 12, marzo de 1962.

preparación de los informes relativos a las encuestas por muestreo, recomendaciones que, si se adoptan, facilitarán la comparación de los resultados obtenidos en cada encuesta. El Comité recomienda a su vez que los informes relativos a las encuestas odontológicas se ajusten en la mayor medida posible a los principios generales establecidos en las publicaciones mencionadas.

9. RESUMEN

El Comité expone en el presente informe los datos de importancia básica para las encuestas odontológicas de carácter sanitario y recomienda criterios e índices adecuados para la obtención de esos datos.

Los métodos de examen y de notificación propuestos se han elegido deliberadamente en función de su sencillez; el Comité espera así facilitar su generalización y contribuir al establecimiento de normas aplicables a los estudios comparativos e internacionalmente aceptables.

El presente informe se ocupa de un grupo de enfermedades y alteraciones dentales que constituyen problemas sanitarios de primer orden en gran número de países: la caries dentaria, las parodontopatías, el sarro, las anomalías dentofaciales incapacitantes y la ausencia de dientes.

El informe contiene además una sucinta exposición de los principios aplicables a la organización de encuestas, el registro de datos y la preparación de informes.

NOTA

El Comité da las gracias al Dr. S. Swaroop, Jefe del Servicio de Métodos de Estadística Sanitaria de la División de Estadística Sanitaria de la OMS, por la preciosa ayuda que le ha prestado en el curso de sus deliberaciones.

Anexo 1

MODELO DE FICHA DE INSPECCION ODONTOLOGICA

Nombre: Edad (años cumplidos):

* Grupo étnico:

* Localidad: Sexo: V H

* NUMERO DE DIENTES PRESENTES: Temporales <input type="checkbox"/> Permanentes <input type="checkbox"/>	
CARIES DENTARIA	
dientes co	Ninguno <input type="checkbox"/> Uno o más <input type="checkbox"/>
dientes CAO	Ninguno <input type="checkbox"/> Uno o más <input type="checkbox"/>
Número de dientes:	Cariados: Temporales Permanentes
	Ausentes: Permanentes
	Obturados: Temporales Permanentes
Total:	Temporales Permanentes
PARODONTOPATIAS	
Inflamación gingival:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Bolsas gingivales:	Ninguna <input type="checkbox"/> Una o más <input type="checkbox"/>
SARRO: No <input type="checkbox"/> Supragingival <input type="checkbox"/> Subgingival <input type="checkbox"/>	
ANOMALIAS DENTOFACIALES INCAPACITANTES	
Necesidad de tratamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Causa:	Fisura palatina <input type="checkbox"/> Fisura labial <input type="checkbox"/>
(si procede)	Prognatismo <input type="checkbox"/> Retrognatismo <input type="checkbox"/>
	Sobreoclusión pronunciada <input type="checkbox"/> Maloclusión incisiva <input type="checkbox"/>
	Dientes cabalgados <input type="checkbox"/> Separación excesiva <input type="checkbox"/>
	Otras anomalías <input type="checkbox"/> (precisar)
NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTESICO	
Ausencia de todos los dientes naturales:	<i>Mandíbula superior</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Mandíbula inferior</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Extracción indicada de todos los dientes naturales restantes:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uso de prótesis completas:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

* [Otros datos recogidos con fines especiales]

* Observaciones:

Fecha del examen:/...../19..... Firma del examinador:

* Facultativo

Apexo 2

MODELO DE FICHA PARA ENCUESTAS DE HIGIENE DENTAL

FICHA PARA ENCUESTAS DE HIGIENE DENTAL

País o región:
 Ciudad o centro urbano:
 Grupo de población examinado:
 Fechas del examen: del: al:
 Jefe del grupo de examinadores:
 Número de examinadores:

		GRUPO DE EDAD * (V/H)											Más de 75										
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
TOTALES		[Grid area with a large 'X' mark]																					
NUMERO DE PERSONAS EXAMINADAS																							
* NUMERO DE DIENTES PRESENTES	temporales																						
	permanentes																						
CARIES DENTARIA	nº de personas con uno o más dientes co																						
	promedio de dientes co por persona																						
	nº de personas con uno o más dientes CAO																						
	promedio de dientes CAO por persona																						
PARADON- TOPATIAS	signos clínicos de periodontopatías																						
	inflamación gingival exclusivamente																						
	bolsas																						
SARRO	supragingival																						
	subgingival																						
ANOMALIAS DENTO- FACIALES INCAPACI- TANTES	total de personas que necesitan tratamiento																						
	fisura palatina																						
	fisura labial																						
	prognatismo																						
	retrognatismo																						
	sobreoclusión pronunciada																						
	maloclusión incisiva																						
	dientes cabalgados																						
	separación excesiva																						
	otras anomalías																						
NECESIDAD DE TRATA- MIENTO PROTÉSICO	ausencia de todos los dientes naturales																						
	extracción indicada de todos los dientes naturales restantes																						
	uso de prótesis completas	Mandíbula superior																					
		Mandíbula inferior																					
		Mandíbula inferior																					
* (datos para fines especiales)																							

OBSERVACIONES:
 * Facultativo