

ENCUESTA NACIONAL

Salud Bucal

 2025 - 2026

MANUAL DE ORIENTACIÓN PARA EXAMINADOR Y ANOTADOR

Sumario

Introducción.....	2
Capacitación, entrenamiento y calibrado	3
Entrenamiento.....	4
Calibración Interexaminador	4
Calibración Intraexaminador.....	4
Taller de entrenamiento	7
Taller teórico de las variables utilizadas, códigos y criterios de examen (6 horas)	7
Entrenamiento práctico (2 horas para niños y 2 horas para adultos)	7
Calibración	8
Discusión final.....	9
Pautas de trabajo en el territorio.....	10
Tramos de edad considerados	11
Cuestionario sociodemográfico	12
Condiciones bucales	14
CRIES.....	14
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEBIDO A CRIES	18
ESTADO PERIODONTAL	19
ESTADO DE LA OCLUSIÓN DENTAL.....	24
TRAUMATISMOS DENTALES	27
FLUOROSIS DENTAL.....	29
EDENTULISMO	31
NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE URGENCIA.....	34
LESIONES DE LA MUCOSA ORAL.....	35
Referencias	38
APÉNDICE 1. Ficha sociodemográfica	39
APÉNDICE 2 . Ficha de examen bucal.....	44
APÉNDICE 3. Receta de derivación para lesiones de mucosa	45

Introducción

Este Manual forma parte de una serie de instrumentos destinados a apoyar la capacitación de equipos en los diferentes niveles operativos de la Encuesta Nacional de Salud Bucal en Uruguay 2025-2026 (ENSB). Este proyecto tiene como objetivo evaluar las condiciones de salud bucal de la población uruguaya a través de un estudio epidemiológico.

La implementación de esta encuesta constituirá un avance significativo para la epidemiología de la salud bucal en Uruguay, proporcionando datos sustantivos para la planificación y evaluación de la política en salud. Contribuirá además al establecimiento de un sistema nacional de vigilancia de la salud bucal.

La base metodológica de la ENSB 2025-2026 sigue la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la investigación epidemiológica en salud bucal. Esta encuesta es llevada a cabo por la Facultad de Odontología de la Universidad de la República (FO) contando con el auspicio del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Para la construcción este documento se tomó como referencia, el Manual de Encuesta Básica de Salud Bucal de la OMS en sus ediciones de 1997 y 2013 y el Projeto Tecnico 2020 propuesto por Brasil para su pesquisa nacional de salud bucal.

Capacitación, entrenamiento y calibrado

Este manual pretende acompañar el proceso de establecer estándares uniformes para el examen epidemiológico en salud bucal y determinar parámetros aceptables de consistencia interna y externa para los examinadores. Las encuestas epidemiológicas en salud bucal suelen involucrar a un gran número de examinadores. Es prácticamente imposible que un solo examinador pueda realizar estudios que cubran muestras grandes y a su vez varios índices en diferentes grupos de edad.

Dadas las características de los índices utilizados en salud bucal y la subjetividad inherente al examen de los tejidos bucales, mantener una buena reproducibilidad de las observaciones es una condición fundamental para la confiabilidad de los datos. Es fundamental analizar tanto la consistencia de cada examinador por separado (reproducibilidad intra-examinador) como las diferencias que puedan existir entre los distintos examinadores (reproducibilidad inter-examinador).

En términos generales, se puede decir que los principales objetivos de la estandarización y calibración de examinadores en encuestas epidemiológicas son (OMS, 1993):

- Garantizar la interpretación, comprensión y aplicación uniformes de los criterios de las enfermedades y condiciones que deben observarse y registrarse.
- Garantizar que cada examinador pueda examinar según un estándar consistente.
- Minimizar las variaciones entre diferentes examinadores.

En otras palabras, se trata de dar consistencia a los exámenes epidemiológicos realizados por uno o más examinadores. Para ello, es importante que adopten los mismos criterios en la mayoría de las observaciones, actuando como si fueran un solo examinador.

En el cuadro 1 se presenta un cronograma de las actividades previstas para la capacitación y la recolección de los datos del equipo de campo conformado por examinadores y anotadores.

Entrenamiento

Tiene el objetivo de ajustar los criterios diagnósticos de las diferentes condiciones bucales de modo de obtener una razonable similitud entre los examinadores. Durante esta fase, los examinadores reciben formación teórica y práctica sobre los criterios diagnósticos establecidos, con el fin de garantizar una comprensión común y precisa de cada una de las variables a evaluar. Además, se realizan ejercicios de observación clínica guiada y discusiones grupales sobre casos simulados o reales, lo que permite afinar la aplicación de los criterios antes de iniciar la fase de calibración propiamente dicha. Este proceso busca reducir la variabilidad diagnóstica entre examinadores y asegurar la calidad y la comparabilidad de los datos obtenidos en el trabajo de campo (World Health Organization, 2013).

Calibración Interexaminador

El equipo debe aplicar criterios diagnósticos uniformes, procurando alcanzar el mayor grado posible de concordancia en sus evaluaciones. Para ello, antes de iniciar la recolección de datos, los examinadores deben evaluar a un mismo grupo de individuos y luego comparar los resultados obtenidos, los cuales deberían ser altamente similares. Es fundamental tener presente que el objetivo de la calibración interexaminador no es establecer quién tiene razón o está equivocado, sino identificar qué examinadores presentan mayores discrepancias en sus diagnósticos, con el fin de reducir la variabilidad entre ellos. En caso de detectarse diferencias significativas, el ejercicio de calibración debe repetirse. Si, tras reiterar el procedimiento, uno o más examinadores no alcanzan un nivel aceptable de concordancia con el resto del equipo, no podrían participar en la recolección de datos.

Calibración Intraexaminador

Debido al reconocido grado de subjetividad que implica el diagnóstico de las enfermedades bucales, es común que un cierto porcentaje de exámenes repetidos por un odontólogo no sean iguales (Ministerio de Saúde de Brasil, 2022). En estudios epidemiológicos, el problema podría intensificarse cuando los examinadores deben realizar numerosas observaciones en un solo día.

Por lo tanto, es necesario evaluar el acuerdo intraexaminador —es decir, en qué medida un mismo examinador mantiene sus criterios diagnósticos— con el fin de comprobar si la consistencia lograda durante el entrenamiento se sostiene durante el trabajo en campo.

Durante la encuesta, el acuerdo intraexaminador debe evaluarse mediante la práctica del examen duplicado, lo que implica que cada examinador vuelva a evaluar aproximadamente al 10% de la muestra (es decir, se reexamina a un individuo por cada diez examinados). En la medida de lo posible, el examinador no debe identificar al paciente que está siendo re examinado. El hecho de que el examinador sepa que el individuo ha sido examinado previamente puede influir en el grado de atención y, en consecuencia, en las observaciones. Se puede invitar a la persona encargada de tomar notas a que invite a otra persona en la sala (docente, líder comunitario, etc.) a asumir la tarea de escribir los nombres de los individuos seleccionados (1 de cada 10) para examinarlos nuevamente durante la encuesta.

En este estudio, se realizará 1 examen clínico duplicado (formulario odontológico) cada 10 exámenes clínicos realizados, con un periodo de tiempo mínimo de 5 días entre el primer y segundo examen.

Cuadro 1. Cronograma de actividades para la capacitación y recolección de datos

Actividad	Objetivo	Carga horaria	Modalidad
Lectura del proyecto de la ENSB 2024-2025	Comprensión del proyecto y contextualización de la actividad a desarrollar	2 hs	Virtual-Asincrónica
Lectura del manual del equipo de campo	Aprendizaje de los indicadores a utilizar	2 hs	Virtual-Asincrónico
Taller teórico	Intercambiar sobre indicadores y criterios diagnósticos.	6 hs	Presencial
Entrenamiento formulario sociodemográfico	Ejercitar y estandarizar el cuestionario	2 hs	Presencial
Entrenamiento niños	Ejercitar prácticamente los indicadores y estandarizar criterios en base a casos reales.	2 hs	Presencial
Calibrado niños	Calibrar para las condiciones de caries y maloclusiones	4 hs	Presencial
Entrenamiento adultos	Ejercitar prácticamente los indicadores y estandarizar criterios en base a casos reales.	2 hs	Presencial
Calibrado adultos	Calibrar para las condiciones de caries, CPI y PIP.	4 hs	Presencial
Entrenamiento y calibrado in look	Calibración mediante imágenes de: Traumatismos y fluorosis.	3 hs	Virtual-Sincrónico
Trabajo de campo	Recoger datos de condiciones bucales y sociodemográficos de la población sorteada	3 meses	Presencial en territorio

Taller de entrenamiento

Duración aproximada: 10 hs

Taller teórico de las variables utilizadas, códigos y criterios de examen (6 horas)

En esta etapa se llevará a cabo una presentación teórica y una discusión conjunta entre el equipo de examinadores y el equipo de referencia, abordando todos los índices, códigos y criterios diagnósticos que se utilizarán. El objetivo principal es resolver la mayor cantidad posible de dudas y, al mismo tiempo, identificar situaciones que requieran la definición de reglas de decisión. Es importante tener presente que, si bien los criterios de examen epidemiológico son diseñados para ser lo más estrictos y objetivos posibles, pueden presentarse casos extremos que deben ser discutidos en profundidad dentro del grupo. De este modo, durante la recolección de datos, podrá prevalecer el consenso colectivo del equipo por sobre el juicio individual de cada examinador.

Entrenamiento práctico (2 horas para niños y 2 horas para adultos)

Cada miembro del equipo deberá evaluar a 5 personas en los siguientes grupos de edad: 12 a 17 años y 35 a 50 años. El entrenamiento se llevará a cabo en turnos separados para cada grupo, es decir, un turno estará destinado a 5 personas del grupo de 12 a 17 años y otro turno a 5 personas de 35 a 50 años.

Estas 5 personas deben estar sentadas en una silla que se colocará sobre la pared para que el participante apoye la cabeza. Cada silla estará identificada con un número (1, 2, 3, etc.). Una vez culminado el examen clínico el equipo (examinador y anotador) se moverá de silla en silla. Esta etapa finalizará cuando todos los examinadores hayan examinado a las 5 participantes, ver Figura 1.

Durante este entrenamiento, el examinador y el anotador podrán discutir con los demás examinadores y el equipo referente. En esta instancia se abordarán las discrepancias identificadas en examen clínicos, de los criterios de diagnóstico, así como los errores de codificación y registro, con el objetivo de lograr un nivel aceptable de acuerdo. En esta fase

buscamos lograr la máxima asimilación uniforme de todos los criterios y reglas de decisión.

Lo importante es que esta fase sólo se completa después de que los examinadores hayan asimilado todos los criterios, ya que sólo entonces se puede pasar a la siguiente fase, donde se mide estadísticamente el acuerdo entre los examinadores.

Calibración

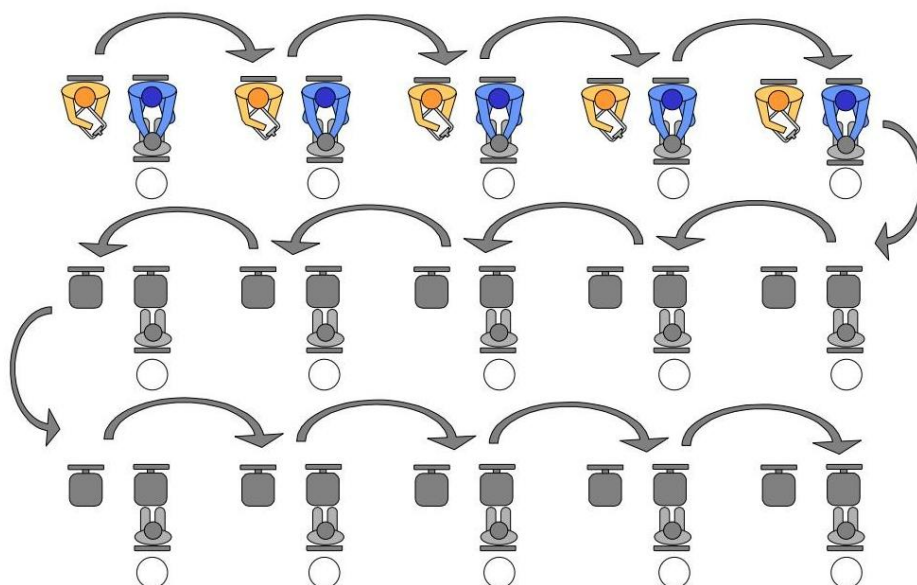
Duración aproximada: 12 horas

La calibración debe realizarse de la misma manera que el ejercicio anterior, pero ahora el número de personas examinadas serán alrededor de 15 y los examinadores no podrán discutir los resultados con otros miembros del equipo ni con los referentes.

El principio fundamental en esta etapa es que las discrepancias que puedan surgir ya no deberían deberse a interpretaciones incorrectas de los criterios diagnósticos, puesto que la mayoría de ellas debieron haberse resuelto en la etapa anterior. Por lo tanto, cualquier diferencia observada debería atribuirse exclusivamente a la variabilidad inherente al juicio clínico individual de cada examinador. Los datos obtenidos en esta instancia servirán como base para el cálculo del acuerdo interexaminador.

En la figura 1 se diagrama del proceso de examen para el ejercicio de calibración. El ejemplo muestra 15 pacientes, dispuestos en 15 sillas, por donde deben pasar todos los 5 examinadores que participan en el proceso.

Figura 1. Diagrama del proceso de examen para el ejercicio de calibración



Discusión final

La última parte del ejercicio de calibración debe utilizarse para garantizar que el equipo examinador esté completamente familiarizado con todos los procedimientos de examen y registro, los criterios de diagnóstico, los formularios de registro y el manejo de instrumentos y materiales. La evaluación del acuerdo (cálculo estadístico) puede considerarse parte del entrenamiento y la calibración, ya que cualquier desacuerdo puede identificarse, discutirse y reducirse a valores aceptables. Además, a través de este proceso, los examinadores pueden desarrollar una comprensión clara de los criterios y una forma consistente de aplicarlos.

Sin embargo, si se encuentran valores de discrepancia altos, se toma la decisión de repetir el ejercicio o un examinador del equipo no podrá realizar el trabajo en el territorio.

Pautas de trabajo en el territorio

Desarrollo de la visita

El equipo, integrado por el examinador y el anotador, deberá presentarse en el domicilio e informar el motivo de la visita. Se explicará que la realización de la encuesta requiere el ingreso al hogar y que la duración total de la actividad será de aproximadamente 15 minutos por persona encuestada.

Todos los datos serán recogidos en el software RedCap a través de dos formularios contruidos para esta Encuesta. Un formulario destinado a los datos sociodemográficos, y otro al examen bucal. Ambos se vinculan de la forma que se explicita en el instructivo de uso.

A continuación, se expondrá la relevancia del proyecto y sus aspectos generales. Una vez respondidas todas las inquietudes, se procederá a la obtención del consentimiento informado, el cual se formalizará mediante la firma del formulario en duplicado. Una copia quedará en poder del encuestado y la otra será resguardada por el equipo. Todos los formularios de consentimiento deberán conservarse y serán entregados al supervisor al concluir el período de trabajo.

Es importante explicar al encuestado que se trata de un cuestionario con preguntas preestablecidas y que, en ningún momento, la información recopilada será cruzada con datos de otros organismos o entidades.

Se debe dejar en claro que el objetivo exclusivo de la encuesta es vincular ciertos aspectos de la situación de vida de la persona con su salud bucal, y que todas las respuestas serán utilizadas únicamente con fines estadísticos y de investigación, resguardando la confidencialidad de los datos personales.

La recolección de datos sociodemográficos en los hogares es una práctica que incluye información sensible (como ingresos, estado de salud o identidad de género), es imprescindible actuar con respeto, neutralidad y empatía.

Las preguntas deben ser formuladas en un lenguaje claro, inclusivo y accesible, evitando el uso de tecnicismos o expresiones que puedan resultar estigmatizantes. Si es necesario, se puede adaptar ligeramente las preguntas del formulario para facilitar la comprensión

por parte de las personas encuestadas, siempre respetando el sentido original. Es fundamental realizar todas las preguntas sin asumir respuestas ni dar por hecho ningún aspecto de la situación del entrevistado.

Al retirarse deberán entregar al participante el kit de pasta y cepillo, en caso de requerir intervención urgente se deberá derivar al servicio de salud que corresponda según afiliación de la persona.

Tramos de edad considerados

12 años (tramo 11-14)

A los 12 años, es probable que ya hayan erupcionado todos los dientes permanentes, con excepción de los terceros molares. Por este motivo, se ha establecido esta edad como un grupo de referencia a nivel global para la comparación internacional y el monitoreo de las tendencias en enfermedades bucales.

15-24 años (tramo 15 – 26)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la edad de 15 años para relevar la situación epidemiológica en salud bucal de la población juvenil. En el caso de Brasil, este relevamiento se realiza en el grupo etario de 15 a 19 años. En Uruguay, dado que la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística —que constituye el marco muestral de referencia— utiliza la franja de edad de 15 a 24 años, se adoptó este intervalo para los estudios nacionales.

En este grupo etario, los dientes permanentes han estado expuestos al ambiente bucal durante más de tres años, lo que permite una evaluación adecuada de la prevalencia de caries en la población adolescente. Asimismo, la franja de 15 a 19 años reviste especial importancia para la evaluación de la enfermedad periodontal en este grupo etario.

35–44 años (tramo de 33 – 46)

Este grupo etario constituye el estándar internacional para la vigilancia de las condiciones de salud bucodental en adultos. La recolección de datos en esta franja permite a los planificadores y responsables de políticas evaluar de manera integral el impacto de la

caries dental, el grado de afectación periodontal severa y los efectos generales de la atención en salud bucodental recibida.

65–74 años (tramo 63 - 76)

El grupo etario de 65 a 74 años ha adquirido una relevancia creciente debido a los cambios en la estructura etaria de las poblaciones y al aumento global de la esperanza de vida. En esta franja de edad, es posible estimar la manifestación de las enfermedades bucodentales desde una perspectiva centrada en el ciclo de vida. La recopilación de datos en este grupo es fundamental tanto para la planificación de intervenciones adecuadas dirigidas a personas mayores como para la evaluación del impacto final de los programas de salud bucodental en la población general.

Cuestionario sociodemográfico

Discusión y entrenamiento: Duración aproximada 2 hs

Para fines de comparación y estandarización, las preguntas del cuestionario serán similares a las utilizadas en el Relevamiento 2011, con algunas adaptaciones. Las preguntas fueron seleccionadas de instrumentos previamente validados y están organizadas en bloques.

Se utilizará un cuestionario con el objetivo de evaluar: el perfil demográfico y socioeconómico de las familias, la edad, el sexo, el género, la ascendencia étnica y la educación de los participantes; acceso y utilización de servicios de salud; autopercepción de la salud bucal y el impacto de la salud bucal en las actividades diarias. De esta manera, se incorpora la valoración de los determinantes sociales de la salud y aspectos subjetivos en salud bucal, lo que permitirá una mejor comprensión del proceso salud-enfermedad bucal.

El formulario será aplicado a los participantes de 15 a 26, 33 a 46 y 63 a 76 años. Para participantes de 12 (11-14) años y personas con discapacidad intelectual el formulario será aplicado al adulto responsable. Además, en el caso de participantes con funciones mentales limitadas se aclarará en el apartado de observaciones al final del formulario electrónico.

Sexo, edad, ascendencia étnica y educación

El registro de la edad debe basarse en la fecha de nacimiento, el género con que se identifica y la ascendencia étnica principal se completa por autodeclaración del participante o tutor. El sexo biológico puede ser completado por el encuestador.

También a nivel individual se preguntará sobre el máximo nivel de estudios alcanzado, sobre el tipo de prestador de salud y sobre la ocupación. Para el caso de niños de 12 años se preguntará por el nivel educativo de la madre o tutor principal y no se preguntará sobre la ocupación.

Caracterización de la familia e información sobre el hogar

Para el caso de los adolescentes de 12 años (tramo entre 11 y 14 años) y personas con discapacidad intelectual las preguntas de este bloque deben aplicarse a un adulto responsable del hogar.

El Índice de Nivel Socioeconómico (INSE) es una herramienta desarrollada por la Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado del Uruguay (CEISMU) para clasificar los hogares uruguayos según su capacidad de consumo o poder adquisitivo; se utiliza ampliamente en investigaciones sociales y estudios de mercado para segmentar la población en diferentes niveles socioeconómicos. Este se basa en datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) y permite segmentar la población en siete niveles (de más bajo a más alto).

En este estudio se aplicará el INSE Reducido 1 que es una versión simplificada, en él se presentan los siguientes ítems: *región geográfica* (Departamentos/Barrios de Montevideo/Área metropolitana Canelones), *composición del hogar* (cantidad de perceptores, presencia/ausencia de menores y cantidad de personas del hogar), *educación y atención a la salud* (presencia de persona con título universitario, presencia de usuario del sistema público de atención de la salud), *elementos de confort del hogar* (cantidad de automóviles dos/más de dos, aire acondicionado uno/dos/más de dos y suscripción a servicio de streaming) y características de la vivienda (cantidad de baños dos o más de tres). Finalmente esta versión simplificada permitirá agrupar en niveles socioeconómicos amplios (bajo, medio y alto).

Hábitos, factores de riesgo uso de los servicios de salud y autopercepción de salud bucal

A continuación, hay un apartado sobre factores de riesgo, hábitos de higiene y alimentación y consumos como el tabaco y alcohol. Para el caso de 12 años no se deberán realizar las preguntas sobre tabaco, marihuana o alcohol.

También se evaluará a los participantes respecto al acceso y uso de los servicios de salud bucal, el motivo de uso y la evaluación de los servicios de salud bucal utilizados.

Se evaluará la autopercepción de la salud bucal y el impacto de la salud bucal en las actividades cotidianas a través del indicador OIDP en su versión validada en español. Los ítems del OIDP abordan aspectos funcionales causados por problemas bucales en los últimos seis meses con respecto a los siguientes aspectos de la vida diaria: alimentación; hablar claramente; limpieza de los dientes/dentaduras postizas; realizar actividades físicas; trabajar o estudiar; dormir; mantener un estado emocional equilibrado; salir, divertirse, ir a fiestas, salidas; sonreír y mostrar tus dientes sin vergüenza.

Condiciones bucales

En el esquema 1 se detallan las condiciones bucales estudiadas según cada grupo etario. A continuación se describe el indicador y la forma de recoger los datos según cada condición dental.

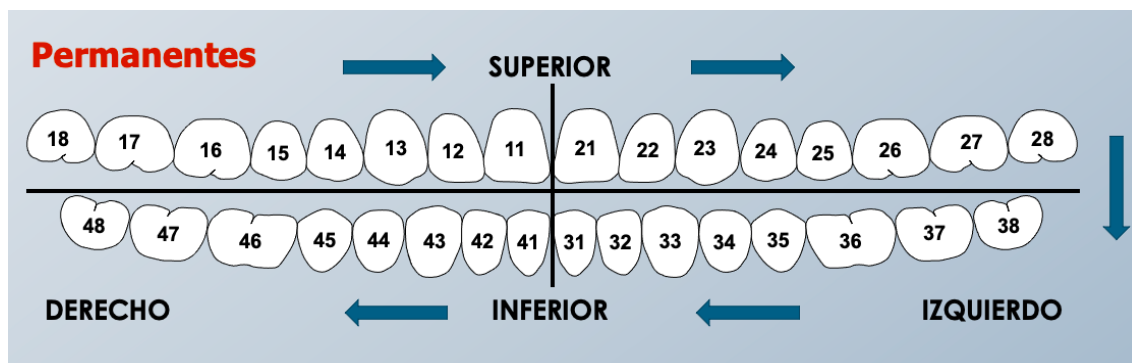
Esquema 1. Condiciones bucales estudiadas según grupo etario.

Grupo etario	Caries		Condición periodontal	Lesiones de mucosa	Uso y necesidad de Prótesis	Fluorosis	Traumatismos dentarios	Maloclusiones	Necesidad de tto de Urgencia
12 años (11 a 14)	CPOD (Corona)	Necesidad de tto	Sangrado y sarro	Tipo y localización		DEAN	Tipo y localización	DAI	SI
15-26 años	CPOD (Corona)	Necesidad de tto	Sangrado, sarro y bolsa	Tipo y localización	SI			DAI	SI
33 – 46 años	CPOD (Corona y Raíz)	Necesidad de tto	Sangrado, sarro , bolsa + PIP	Tipo y localización	SI				SI
63-76	CPOD (Corona y Raíz)	Necesidad de tto	Sangrado, sarro , bolsa + PIP	Tipo y localización	SI				SI

CARIES

En la Figura 2 se muestra la secuencia que debe seguirse para el examen clínico para evaluar la caries dental y las necesidades de tratamiento.

Figura 2. secuencia del examen bucal para el diagnóstico de Caries dental



La caries dental se ha evaluado sistemáticamente utilizando el índice CPOD/dmft (número de dientes cariados, perdidos y obturados) en encuestas poblacionales, según lo recomendado por la OMS. Sin embargo, la OMS ha sugerido índices complementarios para la evaluación de la caries dental, como el diagnóstico de caries radicular y la evaluación de las necesidades de tratamiento (se detalla en el punto 2), propuestos en la quinta edición del manual para encuestas epidemiológicas en salud bucal (OMS, 2013).

Por tanto, se propone la utilización del índice recomendado por la OMS (OMS, 1997), a partir del cual se puede inferir el CPOD (número de dientes permanentes; cariados, perdidos/extraídos y obturados).

En el cuadro 2 se presentan los códigos y criterios de estado dentario de corona y raíz, de cada diente individual y su codificación, según la Manual de la OMS (OMS, 1997, 2013), con las modificaciones adoptadas en el Proyecto Tecnico Brasil 2020. Las condiciones para **raíz** solo son registradas en los tramos de 33 a 46 y de 63 a 76 años.

Cuadro2. Criterios de evaluación y diagnóstico del estado de caries dental

Código		Condición	Descripción
Corona	Raíz		
0	0	Sano	Corona: No hay evidencia clínica de caries cavitadas o tratadas. No se tienen en cuenta las fases iniciales de la enfermedad (desmineralización del esmalte mancha blanca). Los siguientes signos deben codificarse como sanos: manchas blanquecinas; puntos rugosos resistentes a la presión de la sonda; surcos y fisuras del esmalte manchados, pero que no muestran signos visuales de base ablandada, esmalte socavado o ablandamiento de las paredes, detectables con la sonda; áreas oscuras, brillantes, duras y fisuradas del esmalte de un diente con fluorosis moderada o severa; lesiones que, según su distribución o historia, o examen táctil/ visual, son resultado de abrasión. Raíz: la raíz está expuesta y no hay evidencia de caries o restauración. Las raíces no expuestas, cubiertas por la encía se codifican como 8 (raíz no expuesta,).
1	1	Cariado	Corona: surco, fisura o superficie lisa que presenta cavidad evidente o tejido blando en la base o decoloración del esmalte o de la pared o hay una restauración temporal (excepto ionómero de vidrio). La sonda CPI debe utilizarse para confirmar la evidencia visual de caries en las superficies oclusales, bucales y linguales. <i>En caso de duda, considere el diente sano.</i> En los casos donde la corona está destruida por caries y solo existe presencia de raíz residual (restos radiculares), se debe considerar que la caries se originó en la corona del diente y por lo tanto se codifica solo como corona cariada. Raíz: Se registra caries como presente cuando una lesión presenta una consistencia blanda o cueril al sonarla con la sonda CPI. Si la lesión de caries radicular no afecta la corona, debe registrarse como caries radicular. En el caso de lesiones cariosas únicas que afecten tanto la corona como la raíz, el sitio probable de origen de la lesión debe registrarse como el sitioariado. Cuando no es posible identificar el sitio de origen, tanto la corona como la raíz deben codificarse como cariadas.
2	2	Obturado con caries	Corona: hay una o más restauraciones permanentes y al mismo tiempo una o más zonas cariadas. No existe distinción entre lesiones de caries primarias o secundarias, es decir, si las lesiones están asociadas o no con la(s) restauración(es). Raíz: una raíz se considera obturada, con caries, cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más superficies con caries. No se hace distinción entre caries primarias y secundarias. En el caso de restauraciones que involucran tanto la corona como la raíz, identificar el sitio de origen es más difícil. Para cualquier restauración que involucre la corona y la raíz con caries secundaria, el sitio más probable de la lesión cariosa primaria se registra como restaurado, con caries. Cuando no es posible identificar el sitio de la lesión cariosa primaria, tanto la corona como la raíz deben codificarse como restauradas, con caries.

3	3	Obturado sin caries	Corona: existe una o más restauraciones definitivas y no existe caries primaria ni secundaria. En esta categoría se incluye un diente que tiene una corona colocada debido a una caries. Un diente con una corona por razones distintas a la caries o como soporte de una dentadura postiza se codifica como H o 7 (soporte de puente o corona). Raíz: Una raíz se considera restaurada y libre de caries, cuando existen una o más restauraciones permanentes y no hay caries en ninguna parte de la raíz. En el caso de restauraciones que involucran tanto la corona como la raíz, identificar el sitio de origen es más difícil. Para cualquier restauración que involucre la corona y la raíz, el sitio más probable de la lesión cariosa primaria se registra como restaurado. Cuando no se puede identificar el sitio de origen, tanto la corona como la raíz deben codificarse como restauradas.
4	No se aplica	Perdido por caries	Se extrajo un diente permanente debido a caries y no por otras razones. Esta condición se registra en la casilla correspondiente a la corona. La condición de la raíz de un diente registrado como perdido debido a caries debe codificarse como “7” o “9”.
5	No se aplica	Perdido por otras causas	Si la ausencia se debe a razones ortodóncicas, periodontales, traumáticas o congénitas. La condición de la raíz de un diente registrado como perdido debido a caries debe codificarse como “7” o “9”.
6	No se aplica	Sellante	Hay un sellador de fisuras o se ha agrandado la fisura oclusal para recibir un composite. Si el diente tiene sellante y está cariado, prevalece el código cariado “1”.
7	7	Pilar de prótesis fija Implante	Corona: Indica un diente que forma parte de una prótesis fija. Este código también se utiliza para rehabilitaciones totales instaladas por razones distintas a la caries dental o para dientes con carillas estéticas. Los dientes extraídos y reemplazados por un puente fijo (pontico) se codifican en el cuadro de estado de la corona como 4 (perdido debido a caries) o 5 (perdido por otras razones). En este caso, poner código 9 en la raíz. Raíz: este código se utiliza cuando el diente fue extraído y se colocó un implante. En corona es código 4 o 5, perdido por caries o por otra razón respectivamente.
8	8	No erupcionado	Cuando el diente permanente aún no ha erupcionado, según la cronología de erupción, y no hay ningún diente temporario en el espacio. No incluye dientes perdidos por problemas congénitos, traumatismos dentales, etc.
9	9	No se registra	Corona: Se aplica en cualquier diente que no pueda ser examinado (presencia de bandas de ortodoncia, de hipoplasia severa, etc.). Raíz: Este código debe elegirse cuando el diente ha sido extraído (código 4 o 5 en la corona), o cuando el examen no es posible por la presencia de cálculo

NECESIDAD DE TRATAMIENTO DEBIDO A CARIES

Al registrar las necesidades de tratamiento, es posible identificar, además de las propias necesidades, la presencia de lesiones de caries no cavitadas y los diferentes niveles de intervención según la gravedad de la lesión (desmineralización, restauración en una o mas superficies y tratamiento y restauración pulpar).

Cuadro 3. Códigos y criterios de necesidad de tratamiento

Código	Tratamiento
0	Ningún tratamiento
1	Restauración de una superficie
2	Restauración de dos o más superficies
3	Realización de corona por cualquier razón
4	Faceta estética
5	Tratamiento y restauración pulpar
6	Extracción
7	Remineralización de mancha blanca
8	Sellante
9	No se registra

ESTADO PERIODONTAL

La evaluación del estado periodontal seguirá el método utilizado en el Proyecto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009), así como la recomendación del manual de la OMS (OMS, 2013), e incluirá: el Índice Periodontal Comunitario (IPC – del inglés, Índice Periodontal Comunitario), propuesta por Ainamo y colaboradores (1982), suprimiendo las necesidades de tratamiento; y el índice de pérdida de inserción periodontal (PIP) (OMS, 2013). Y el índice de pérdida de inserción.

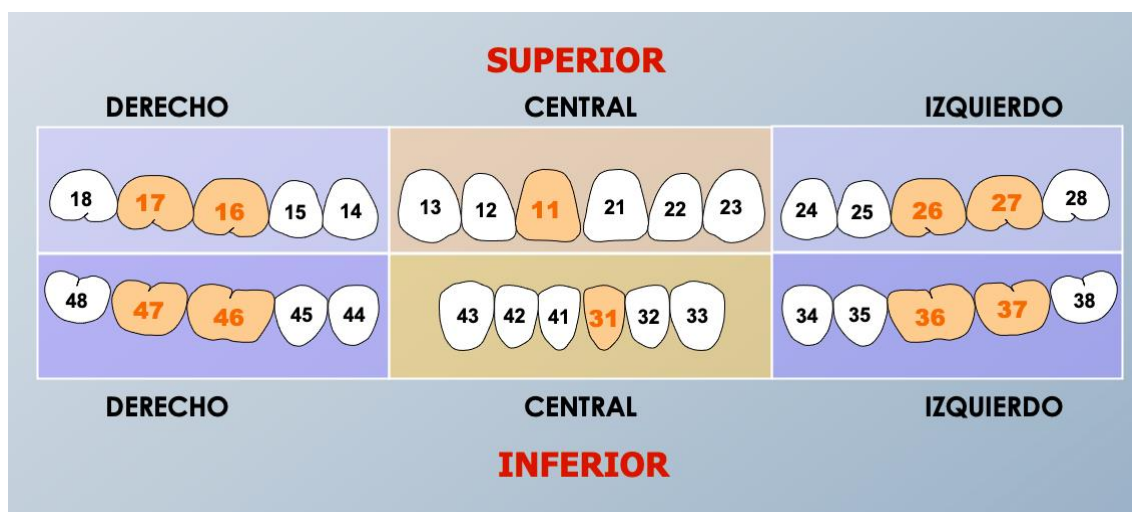
El CPI permite evaluar el estado periodontal en términos de salud, presencia de sangrado de encías, cálculo dental o bolsas periodontales, los cuales tendrán sus códigos registrados por separado, posibilitando observar la prevalencia de cada condición para cada sextante.

No se realizan registros de bolsas periodontales en los participantes de 12 años (11 a 14 años), debido a la baja prevalencia de enfermedad periodontal destructiva y la posibilidad de un diagnóstico falso positivo de bolsas periodontales, debido a la erupción de dientes permanentes. Los códigos y criterios del IPC se describen en los cuadros 4 a 6 a continuación.

Para el examen será utilizanda la sonda OMS/CPI, con una punta esférica de 0,5 mm y un área rodeada de un anillo negro entre 3,5 mm y 5,5 mm desde la punta (Figura 4)

El CPI y el PIP se registran por sextante y de acuerdo a dientes índice (Figura 3), en caso de no estar presente el o los dientes índices se medirán los demás dientes del sextante registrándose la peor condición, estos dientes no tienen por qué ser contiguos. Si en el sextante existen menos de dos dientes posibles de ser examinados, o estos tienen extracción indicada, el sextante será excluido.

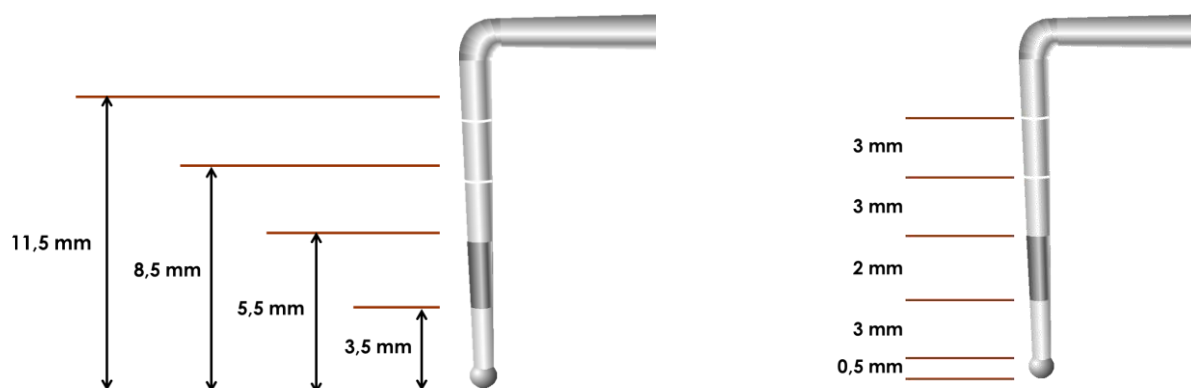
Figura 3 Dientes índice para registrar el IPC y el PIP



Se debe sondear un diente índice, utilizando la sonda como instrumento de “detección” para determinar la profundidad de la bolsa y detectar cálculo subgingival y la respuesta al sangrado. Una prueba práctica para establecer esta fuerza es colocar la punta de la sonda debajo de la uña del pulgar y presionar hasta que palidezca. La punta de la sonda debe insertarse suavemente en el surco gingival, con movimientos cortos de entrada manteniendo la sonda paralela al eje longitudinal del diente, en 6 sitios siguiendo esta secuencia: disto vestibular, medio vestibular y mesiovestibular, mesio lingual/palatino, medio lingual/ palatino y disto lingual/ palatino.

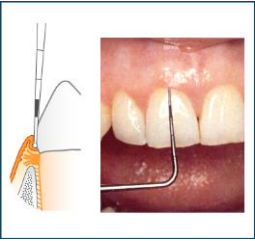
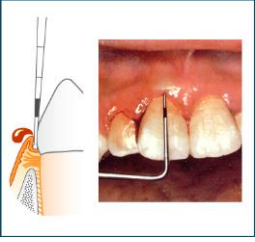
Tenga en cuenta que las peores condiciones para CPI y PIP se pueden registrar en el mismo diente índice o no.

Figura 4 Sonda periodontal OMS



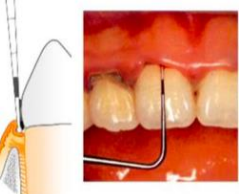
SANGRADO

Cuadro 4. Códigos, categoría, criterios y ejemplos para sangrado

Código	Categoría	Criterio	Ejemplo
0	Sano	Ausencia de sangrado	
1	Sangrado	Cuando el diente índice o uno de los dientes índice del sextante está sangrando	
9	Excluido	No hay dos piezas posibles de examen	

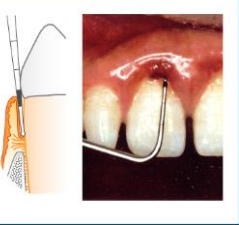
SARRO

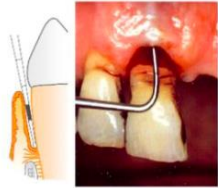
Cuadro 5. Códigos, categoría, criterios y ejemplos para sarro

Código	Categoría	Criterio	Ejemplo
0	Sano	No hay señales de sarro.	
1	Sarro	Cuando se detecta cálculo en cualquier cantidad en el diente índice o en uno de los dientes índice del sextante.	
9	Excluido	No hay dos piezas posibles de examen.	

BOLSA PERIODONTAL

Cuadro 6. Códigos, categoría, criterios y ejemplos para bolsa periodontal

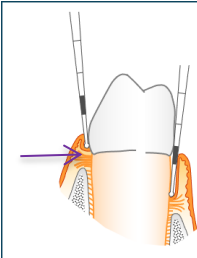
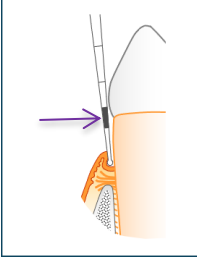
Código	Categoría	Criterio	Ejemplo
0	Sano	Cuando no hay señales de una bolsa examen periodontal. Surco no toca la primera banda negra.	
1	Bolsa 4 mm	Cuando la marca negra de la sonda está parcialmente cubierta por el margen gingival de uno de los dientes índice del sextante. Dado que la marca inferior del área negra corresponde a 3,5 mm y la superior a 5,5 mm, la bolsa detectada debe ser entre 4 mm y 5 mm.	

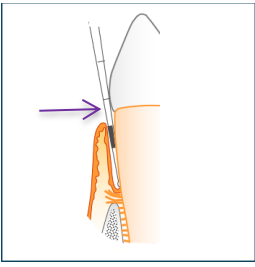
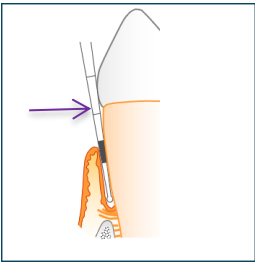
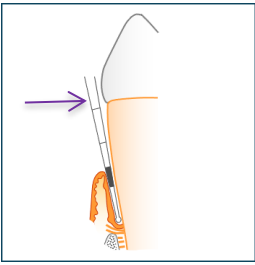
2	Bolsa de 6 o más mm	Cuando el área negra de la sonda esté completamente cubierta por el margen de la encía. Dado que la marca superior del área negra está a 5,5 mm de la punta, la bolsa está de al menos 6 mm.	
9	Excluido	No hay dos piezas posibles de examen	

ÍNDICE DE PÉRDIDA DE INSERCIÓN PERIODONTAL (PIP)

El PIP evalúa la acumulación de enfermedad periodontal destructiva a lo largo de la vida, se realiza solo en los tramos de 33 a 47 y de 63 a 77 años. La medición del PIP se registra desde la distancia entre la unión ameloementaria (LAC) hasta el fondo del surco gingival o bolsa periodontal.

Cuadro 7. Códigos, categoría, criterios y ejemplos para PIP

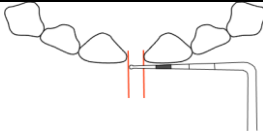
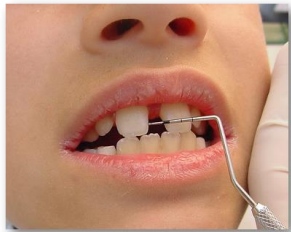
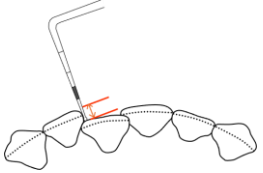
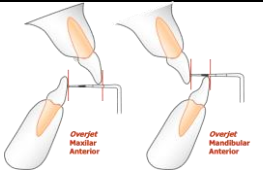
Código	Condición	Descripción	Ejemplo
0	Sano	LAC no visible y CPI entre 0 y 3 mm	
1	Pérdida de inserción entre 4 mm y 5 mm	LAC visible dentro del área negra de la sonda OMS.	

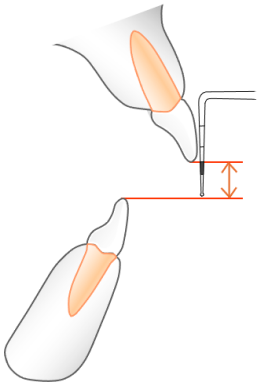
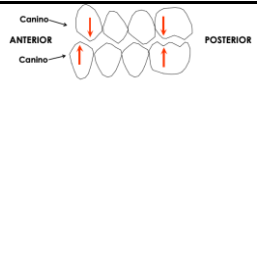
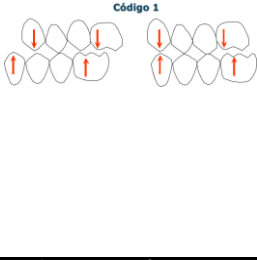
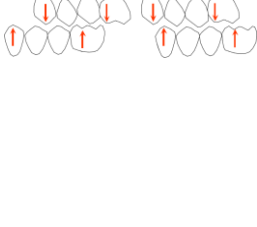
2	Pérdida de inserción entre 6 mm y 8 mm	LAC visible entre el límite superior del área negra de la sonda OMS y la marca de 8,5 mm – (3ra banda)	
3	Pérdida de inserción entre 9 mm y 11 mm	LAC visible entre las marcas de 8,5 mm y 11,5 mm (4ª banda).	
4	Pérdida de inserción de 12 mm o más	LAC visible más allá de la marca de 11,5 mm.	
9	Sextante excluido	Menos de 2 piezas posibles de ser examinadas	

ESTADO DE LA OCLUSIÓN DENTAL

En su cuarta edición, el Manual de la OMS de 1997 (OMS, 1997), propuso el uso del índice de Estética Dental (DAI), desarrollado por Cons y colaboradores (1986), para la evaluación de maloclusiones en dentición permanente. El principio básico del DAI es una combinación de mediciones, que, en conjunto, expresan el estado oclusal del individuo y, en consecuencia, la necesidad de tratamiento de ortodoncia, y debido a su composición también considera el deterioro estético. En total se obtuvieron diez mediciones, evaluadas considerando tres dimensiones: (1) dentición, (2) espacio y (3) oclusión propiamente dicha (relación entre dientes superiores e inferiores). Con base en los objetivos de este proyecto, se propone aplicar los criterios DAI para evaluar la oclusión dental y el deterioro estético en individuos de 12 y 15 a 24 años. En el cuadro 8 se describen brevemente los códigos y criterios del DAI.

Cuadro 8. Dimensiones, Condiciones; códigos, criterios y ejemplos de DAI

Dimensiones	Condiciones	Códigos/Criterios	Ejemplos	Ejemplos
Dentición	Condiciones de dentición	Número de incisivos, caninos y premolares faltantes en las arcadas superior e inferior.		
	Apiñamiento en el segmento incisal	0 – Sin apiñamientos. 1 – Apiñamiento en un segmento. 2 – Apiñamiento en dos segmentos.		
	Espaciado en el segmento incisal	0 – Sin espaciado. 1 – Espaciado en un segmento. 2 – Espaciamiento en dos segmentos.		
Espacio	Diastema incisal	Espacio, en milímetros, entre los dos incisivos centrales superiores permanentes, cuando pierden el punto de contacto.		
	Desalineación maxilar anterior	Medida, en milímetros, de la mayor irregularidad encontrada en la alineación de los incisivos superiores.		
	Desalineación anterior mandibular	Medida, en milímetros, de la mayor irregularidad encontrada en la alineación de los incisivos inferiores.		
	Sobrepaso horizontal mandibular	Medida, en milímetros, de la resalte maxilar y mandibular.		

Oclusión	Mordida abierta vertical anterior	Medida, en milímetros, de la mordida abierta anterior.		
	Relación molar anteroposterior	0 – Cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.		
		1 – Media cúspide. El primer molar inferior es desplazado media cúspide mesial o distal a la posición normal.		
		2 – Cúspide entera. El primer molar inferior es desplazado una cúspide mesial o distal de la posición normal.		

TRAUMATISMOS DENTALES

El trauma dental representa un problema de salud pública, por su alta prevalencia en niños y adolescentes, con potencial impacto psicosocial y en la calidad de vida (TRAEBERTy otros,2012; Borgesy otros,2017; ZAROR y otros,2018). Su evaluación en estudios poblacionales permite identificar la necesidad de programas de prevención y control, ya que sus causas son ampliamente conocidas y los costos de tratamiento son elevados.

Se han utilizado diferentes índices para establecer la prevalencia, extensión y gravedad de las lesiones traumáticas en la dentición permanente. Sin embargo, los índices tienen en común los criterios para identificar fracturas de corona y la ausencia de un diente debido a un traumatismo.

Si bien al evaluar el estado dentario se codifican los dientes que presentan lesiones traumáticas, existe una clara pérdida de información, particularmente en dos aspectos. En primer lugar, en los casos donde existe una lesión de caries asociada, se pierde la información del trauma, ya que prevalece el registro de la caries dental. En segundo lugar, la información está demasiado simplificada y una pequeña fractura podría codificarse de la misma manera que una pérdida extensa de la estructura dental debido a un traumatismo. Además, no es posible saber cuándo un diente se pierde por un traumatismo, ya que se utiliza el mismo código para pérdidas por otro motivo. Por lo tanto, es importante que el traumatismo dental se evalúe utilizando un índice específico.

El índice de O'Brien se ha utilizado en encuestas poblacionales y adopta criterios que indican signos clínicos de la extensión de la fractura de la corona y la avulsión dentaria (O'BRIEN, 1994). Este índice fue adaptado de acuerdo a la 5a edición del manual de la OMS, 2013 (OMS, 2013), y representa la propuesta para la evaluación del traumatismo dental en incisivos permanentes superiores e inferiores, según los códigos y criterios descritos en el Cuadro 9.

Cuadro 9 . Dimensiones, Condiciones ; códigos, criterios y ejemplos del índice de O ´Brien para traumatismos dentales.

Código	Critério	Descripción	Ejemplo
0	Sin trauma	No hay signos de trauma	
1	Tratado	Trauma com tratamiento	
2	Fractura de esmalte	Pérdida de una pequeña porción de la corona que involucra solo el esmalte, o fractura que involucra el esmalte.	
3	Fractura de esmalte y dentina	Pérdida de una porción mayor de la corona que involucra esmalte y dentina (se nota la diferencia de coloración, siendo más amarillenta en la estructura dentinaria) o fractura que involucra esmalte y dentina.	
4	Pulpa involucrada	Pérdida de una porción mayor de la corona que involucra esmalte, dentina (se nota la diferencia de coloración, siendo más amarillenta en la estructura dentinaria) y exposición de la pulpa, con sangrado o punto oscuro en la porción central de la estructura de dentina expuesta, o fractura que involucra esmalte, dentina y pulpa.	

5	Perdido por trauma	Ausencia del diente debido a avulsión o diente perdido a causa de traumatismo.	
6	Otros daños	Ejemplo: luxación lateral, intrusión.	
9	No se registra	No se puede examinar por distintos motivos	

FLUOROSIS DENTAL

La fluorosis dental es una anomalía en el desarrollo del esmalte debido a la excesiva ingesta de flúor durante la formación de los tejidos dentales. Los dientes afectados por fluorosis se caracterizan principalmente por la hipomineralización y mayor porosidad de la estructura del esmalte, que se observa como manchas o decoloraciones en el esmalte dental estas configuran la lesión de fluorosis.

Las lesiones fluoróticas suelen ser bilateralmente simétricas y tienden a mostrar un patrón estriado horizontal a través del diente. Los premolares y segundos molares son los más frecuentemente afectados, seguidos por los incisivos maxilares. Los incisivos mandibulares son los menos afectados.

El examinador debe observar el patrón de distribución de cualquier defecto, utilizando los criterios del índice de Dean y determinar si son típicos de fluorosis. Los defectos que se clasifican de "cuestionables" a "leves" (los más comunes) pueden consistir en finas líneas o manchas blancas y tienden a difuminarse en el esmalte circundante, ver Cuadro 9.

Para facilitar la diferenciación de las lesiones de fluorosis de otras opacidades no relacionadas con el flúor, es importante recordar que las lesiones de fluorosis suelen observarse cerca de los bordes de los incisivos o las puntas de las cúspides; sin embargo, dependiendo de la gravedad, las lesiones pueden ser fácilmente evidentes en otras áreas del diente y ser fácilmente visibles en premolares y molares. Las opacidades no relacionadas con el flúor pueden localizarse en el centro de la superficie lisa, aunque

pueden afectar a toda la corona. Las lesiones por fluorosis generalmente se presentan como líneas finas con un aspecto de pompones de nieve, mientras que las opacidades no relacionadas con el flúor presentan una forma redonda u ovalada.

La codificación se realiza según los dos dientes más gravemente afectados. Si ambos dientes no presentan la misma gravedad, la puntuación se basa en la apariencia del diente menos afectado. Al puntuar los dientes, el examinador debe comenzar por el extremo superior del índice («grave») y eliminar cada puntuación hasta llegar a la condición presente. En caso de duda, se debe asignar la puntuación más baja.

Cuadro 10. Dimensiones, Condiciones ; códigos, criterios y ejemplos del índice de Dean para Fluorosis dental.

Clasificación	Código	Criterio	
Normal	0	El esmalte presenta la translucidez habitual con una estructura semi vítrea. La superficie es lisa, pulida y de color crema claro.	
Cuestionable	1	El esmalte revela una pequeña diferencia en relación con la <u>translucidez normal</u> , con manchas blanquecinas ocasionales. Utilizar este código cuando la clasificación como "normal" no se justifique.	
Muy leve	2	Áreas blanquecinas, <u>opacas</u> , pequeñas manchas distribuidas irregularmente por el diente, pero <u>que no abarcan más del 25% de la superficie</u> . Incluye opacidades claras de 1 mm a 2 mm en las puntas de las cúspides de los molares (picos nevados).	

Leve	3	La <u>opacidad</u> es más extensa, <u>pero no abarca más del 50% de la superficie</u> .	
Moderada	4	<u>Todo el esmalte</u> dental está afectado (pared blanca) y las superficies sometidas a atrición se muestran desgastadas. Puede haber manchas marrones o amarillentas, frecuentemente desfigurantes.	
Grave	5	La hipoplasia está generalizada y la propia forma del diente puede verse afectada. El signo más evidente es la <u>presencia de depresiones en el esmalte</u> , que parece corroído. <u>Manchas marrones generalizadas</u> .	
Sininformación	9	Cuando, por alguna razón (prótesis, por ejemplo), un individuo no pueda ser evaluado respecto a la fluorosis dental. Utilizar este código también en situaciones en las que el examen no esté indicado (de 65 a 74 años, por ejemplo).	

EDENTULISMO

La evaluación del uso y necesidad de prótesis dentales en la población permitirá la comparación histórica del edentulismo/pérdida dentaria de forma estandarizada, siguiendo las directrices de la OMS para encuestas epidemiológicas (OMS, 1997).

En la práctica, la evaluación del uso y necesidad de prótesis ayuda a comprender el problema del “edentulismo/pérdida dentaria” y sirve, al mismo tiempo, para estimar la gravedad del problema, a través del análisis conjunto de datos de uso y necesidad, y para sustentar acciones de planificación basadas en el análisis de necesidades. En el cuadro 11 y 12 se resumen los códigos y criterios utilizados para evaluar el uso y la necesidad de prótesis superiores e inferiores, por separado.

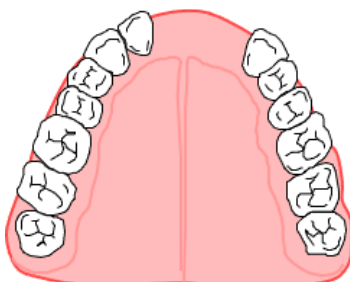
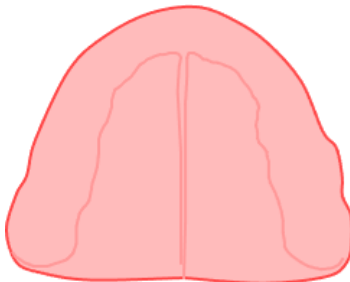
Observación Importante, la verificación de la necesidad de prótesis debe incluir una evaluación de la calidad de la prótesis cuando esta esté presente. Los dos índices no son excluyentes, es decir, es posible estar usando una prótesis y aun así necesitar otra.

USO DE PRÓTESIS (para cada maxilar)

Cuadro 11. Códigos y criterios para indicar el uso de prótesis dental.	
Código	Criterio
0	No usa
1	Usa uno o más puentes fijos
2	Usa prótesis parcial removible
3	Usa un puente fijo y una prótesis parcial removible
4	Usa una prótesis completa
5	Usa prótesis completa fija (Sobredentadura, Sobreimplante)
9	No se registra

NECESIDAD DE PRÓTESIS (para cada maxilar)

Cuadro 12. Códigos, criterios y ejemplos para indicar la necesidad de prótesis dental.		
Código	Criterio	
0	No necesita prótesis	
1	Necesita prótesis fija o PPR (1 pieza dental)	

2	Necesita prótesis fija o PPR (> 1 pieza dental)	
3	Necesita combinación prótesis fija y/o PPR (1 y/o > 1 pieza dental)	
4	necesita prótesis completa	
9	No se registra	

La evaluación de la necesidad de prótesis dentales superiores e inferiores removibles debe tener en cuenta la evaluación de la calidad de la prótesis, cuando esté presente. Por lo tanto, las tasas de uso y necesidad de prótesis dentales no son excluyentes, ya que es posible que un individuo utilice y también necesite una prótesis total o parcial. Los criterios para evaluar si una prótesis en uso es inadecuada y por tanto debe ser sustituida se basan en el Índice de Calidad de Prótesis y debe utilizarse para prótesis removible total o parcial, considerando los criterios de la figura 5. Se recomienda cambiar la prótesis si está presente al menos una de estas condiciones, procediendo a evaluar la necesidad.

Figura 5. Criterios para valoración de prótesis presentes y su necesidad de recambio

Condiciones	Criterios
Retención	La prótesis está floja o apretada.
Estabilidad y reciprocidad	La prótesis presenta desplazamiento o inclinación.
Fijación	La prótesis lesiona los tejidos blandos y/o la mucosa.
Estética	La prótesis presenta manchas y/o fracturas y no es adecuada al perfil facial del individuo.

Fuente: Brasil (2009).

NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE URGENCIA

La evaluación de la urgencia del tratamiento fue propuesta en la 4a edición del manual de la Organización Mundial de la Salud para encuestas epidemiológicas en salud bucal (OMS, 1997), y revisada en la 5a edición del mismo manual (OMS, 2013). La necesidad inmediata (urgente) de tratamiento se registra como la peor condición del individuo en casos de dolor, infección o enfermedad grave. El dolor dental, los abscesos alveolares crónicos, el absceso periapical y la gingivitis ulcerosa necrosante aguda (GUNA) son afecciones que también requieren tratamiento inmediato. Condiciones bucales relacionadas con riesgo de muerte, tales como cáncer oral y lesiones precancerosas, o cualquier otra lesión dudosa que requiera evaluación/diagnóstico para su tratamiento.

Cuadro 13. Los códigos y criterios recomendados para evaluar la urgencia del tratamiento.

Código	Criterio
0	No requiere tratamiento
1	Necesidad de tratamiento preventivo o rutinario.
2	Necesidad de tratamiento electivo.
3	Necesidad de tratamiento inmediato (urgencia) debido a dolor o infección dental/oral.
4	Necesidad de derivación para evaluación integral o tratamiento médico/dental (condición sistémica).

LESIONES DE LA MUCOSA ORAL

La mucosa oral y los tejidos blandos de la boca y su periferia deben examinarse en todos los sujetos. El examen debe ser exhaustivo y sistemático, y realizarse en la siguiente secuencia:

1. Mucosa labial y surcos labiales (superior e inferior)
2. Parte labial de las comisuras y mucosa bucal (derecha e izquierda)
3. Lengua (superficies dorsal y ventral, márgenes)
4. suelo de la boca
5. paladar duro y blando
6. Crestas alveolares/encías (superior e inferior).

Se utilizará el espejo bucal y el mango de la sonda periodontal para retraer los tejidos. Los examinadores deben estar atentos a estas afecciones y pueden realizar un diagnóstico provisional durante la exploración clínica. El código 8 debe utilizarse para registrar una afección no mencionada en la lista; por ejemplo, leucoplasia vellosa o sarcoma de Kaposi. Siempre que sea posible, el diagnóstico provisional debe especificarse en el espacio provisto para un máximo de tres afecciones.

Protocolo en caso de diagnóstico epidemiológico de lesiones de mucosa oral: Se debe completar la ficha de derivación y orientar a la persona hacia su prestador de salud, destacando la importancia de asistir lo antes posible al centro correspondiente, sin alarmar pero remarcando la necesidad de atención oportuna

En forma paralela se registrará en el cuaderno: Nombre, apellido, edad, cédula, prestador de salud, tipo de lesión y localización. Al finalizar la jornada se deberán ingresar esos datos en la planilla excel correspondiente: (

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/16luuVoZpTPPNc-S-wS2a4dkiKmp2XjIwkHpjluHKYI/edit?usp=sharing>)

Cuadro 14.a. Codigos, condiciones y ejemplos de lesiones de mucosa oral			Tabla 14.b. Códigos y localización de lesiones de mucosa oral	
Código	Condición	Ejemplo	Código	Localización
0	No hay condición anormal		0	Borde del bermellón
1	Tumor maligno (cáncer oral)		1	Comisuras
2	Leucoplasia		2	Labios
3	Liquen plano		3	Surcos
4	Ulceración		4	Mucosa bucal
5	Gingivitis ulcerosa necrosante aguda		5	Suelo de la boca
6	Candidiasis		6	Lengua

7	Absceso		7	Paladar duro y/o blando
8	Otra condición (especificar si es posible) (por ejemplo, queratosis)		8	Crestas alveolares/encía
9	No registrado		9	No registrado

Referencias

Ministerio de Saúde de Brasil. (2022). *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2020. Projeto técnico*. Ministério da Saúde.

Organización Mundial de la Salud. (1997). Encuestas de Salud bucodental. *Organización Mundial de la Salud*, 5(4), 84.

World Health Organization. (2013). *Oral Health Surveys. Basic methods* (Vol. 5). World Health Organization. https://doi.org/10.1007/978-3-642-15352-5_3

95
AÑOS



Facultad de
Odontología

175
AÑOS



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Facultad de Odontología – Universidad de la República
Las Heras 1925 | 24873048 | odon.edu.uy

Apéndice 1. Ficha sociodemográfica

A. Datos personales:

Departamento: precargado

Zona Geográfica: precargado

Ciudad: precargado

Sección: precargado

Manzana: precargado

- 1) Calle:
- 2) Número de puerta: (agregar número de edificio y apartamento si corresponde)
- 3) Fecha de la entrevista: dd, mm, aaaa
- 4) ID: cédula de identidad
- 5) Fecha de nacimiento: dd, mm, aaaa
- 6) Género: ¿Cuál es su identidad de género? **1.** Mujer, **2.** Mujer trans, **3.** Varón, **4.** Varón trans, **5.** Otra, **6.** No sabe / No contesta
- 7) Sexo: **1.** Femenino, **2.** Masculino, **3.** Intersexual (biológico lo coloca el anotador)
- 8) Etnia: ¿Cuál es su ascendencia étnica principal: **1.** Afro o negra, **2.** Asiática o amarilla, **3.** Blanca, **4.** Indígena, **5)** Otra...Especifique (determinar un lugar para escribir).

B. Nivel socioeconómico del hogar:

- 9) ¿Cuántas personas viven habitualmente en este hogar? (sin considerar el personal doméstico):
Uno. Dos. Tres. Cuatro. Cinco o más.
- 10) ¿En el hogar vive algún menor de 18 años?: **NO. SI.**
- 11) ¿Cuántas personas perciben ingresos en el hogar? (ingresos por trabajo, seguro de desempleo, jubilaciones y pensiones o renta):
Uno. Dos. Tres. Cuatro o más.
- 12) ¿Alguna persona del hogar tiene estudios universitarios completos? (incluye SÓLO carreras de grado universitario culminado y posgrados completos o no): **NO. SI.**
- 13) Alguna persona del hogar cuando está enfermo se atiende en:
1. ASSE, Hospital de Clínicas, Policlínico Municipal (Sector público): **NO. SI.**
2. Mutualistas/Cooperativas Médicas (FONASA), Sanidad Policial/Militar: **NO. SI.**
3. Seguro Médico Privado (Medicina Personalizada, Blue Cross, otras): **NO. SI.**
- 14) ¿Cuántos baños tiene la vivienda?: **Cero/Uno, Dos, Tres o más.**
- 15) ¿Este hogar tiene automóvil para el uso personal?: **No, Uno, Dos o más.**
- 16) ¿La vivienda cuenta con equipo de aire acondicionado?: **No, Uno, Dos o más, Tres o más.**
- 17) ¿Este hogar cuenta con suscripción paga a algún servicio de Streaming? (Netflix, Spotify, etc.) **NO. SI.**
- 18) ¿En pesos uruguayos cuánto es el total del ingreso corriente del hogar en el último mes? (Incluye ingreso por trabajo, jubilación, pensión, rentas de alquileres, intereses, asignaciones familiares o ayudas de otros hogares). Un espacio que posibilite el ingreso de 7 dígitos

C. Otras variables socioeconómicas personales:

Para 12 años, 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

19) Cuando usted está enfermo se atiende en:

1. ASSE, Hospital de Clínicas, Policlínico Municipal (Sector público).
2. Sanidad Policial/Militar.
3. Mutualistas/Cooperativas Médicas (FONASA),
4. Seguro Médico Privado (Medicina Personalizada, Blue Cross, otras).

20) ¿Qué nivel de educación tiene su madre o tutor principal?

Para 12 años

1. Nunca fue a la escuela/educación no formal.
2. Primaria y/o Ciclo básico Incompleto (menos de 9 años de estudio).
3. Primaria y Ciclo Básico Completo (9 años de estudio).
4. Secundaria y Bachillerato Incompleto (9 hasta 12 años de estudios).
5. Secundario y Bachillerato Completo (12 años de estudios).
6. Terciario Incompleto (formación docente, militar/policial, superior universitario).
7. Estudios de Posgrado

21) ¿Qué nivel de educación usted tiene?

Para 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

1. Nunca fue a la escuela/educación no formal.
2. Primaria y/o Ciclo básico Incompleto (menos de 9 años de estudio).
3. Primaria y Ciclo Básico Completo (9 años de estudio).
4. Secundaria y Bachillerato Incompleto (9 hasta 12 años de estudios).
5. Secundario y Bachillerato Completo (12 años de estudios).
6. Terciario Incompleto (formación docente, militar/policial, superior universitario).
7. Estudios de Posgrado

22) ¿Cuál es la ocupación que desempeña?

Para 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

1. Asalariado/a público
2. Asalariado/a privado
3. Miembro de cooperativa de producción
4. Patrón/a
5. Cuenta propia sin local o inversión
6. Cuenta propia con local o inversión
7. Miembro del hogar no remunerado
8. Programa social de empleo
9. Pensionista
10. Jubilado/a
11. Rentista (vive de rentas)
12. Desocupado/a (nunca trabajó)
13. Desocupado/a (si trabajó) preguntar último trabajo:.....

D. Hábitos y factores de riesgo común

DIETA

Para 12 años, 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en pequeñas cantidades?

23) Fruta fresca: **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

24) Galletitas dulces, alfajores: **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

25) Biscochos o bollos dulces **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

26) Mermelada dulce o miel **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

27) Chicles con azúcar **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

28) Caramelos **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

29) Refrescos cola, jugos en caja u otros refrescos embotellados **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

30) Jugos de fruta natural o limonadas **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

31) Chocolatada, té o café con leche con azúcar **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

32) Té o café con azúcar **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

33) Mate dulce (con azúcar) **1)** rara vez /nunca, **2)** varias veces al mes, **3)** una vez a la semana, **4)** varias veces a la semana, **5)** una vez al día, **6)** varias veces al día.

Para 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

TABACO

34) ¿Fuma actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, puros o pipas? NO. SI.

35) Si la respuesta es SI: ¿fuma usted a diario? NO. SI. (Si la repuesta es NO pasar al 38)

36) Si la respuesta es SI: ¿a qué edad comenzó a fumar? Un espacio que posibilite el ingreso de 2 dígitos para número de edad en años. Con la palabra *número de años* tiene que estar al lado

37) En promedio, ¿cuántos cigarros fuma usted al día? Un espacio que posibilite el ingreso de 2 dígitos para número de cigarros. Con la palabra *número de cigarros* tiene que estar al lado

38) ¿Fumó usted a diario en el pasado? NO. SI. (Si la repuesta es NO pasar al 3.3.1)

39) Si la repuesta es SI: ¿recuerda cuantos años usted fumó? (determinar un lugar para escribir dos dígitos).

Para 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

OTROS CONSUMOS

40) ¿Consume usted cigarros electrónicos o vaper, pipas de agua? NO. SI. (Si la repuesta es NO pasar al 42)

41) Si la repuesta es SI: Su consumo **1)** mensual **2)** semanal **3)** diario

42) ¿Consume usted marihuana? NO. SI. (Si la repuesta es NO pasar al 44)

43) Si la repuesta es SI: ¿Cuántos gramos por semana consume? Un espacio que posibilite el ingreso de 2 dígitos para número de gramos. Con la palabra *gramos semanales* tiene que estar al lado

ALCOHOL

Para 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

44) ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses? NO. SI.

45) Si la repuesta es SI: Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica? **1)** una vez al mes o menos, **2)** 1 a 2 veces al mes, **3)** 3 a 4 veces a la semana, **4)** 5 a 6 veces a la semana, **5)** a diario.

Para 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

ENFERMEDADES NO TRASMITIBLES

46) ¿Alguna vez le ha dicho el médico u otro profesional de la salud que su presión está elevada? NO. SI.

47) ¿Alguna vez le ha dicho el médico u otro profesional que usted tiene diabetes? NO. SI.

48) ¿Alguna vez el médico le ha realizado algún diagnóstico de cáncer? NO. SI.

C. SALUD BUCAL

Para 12 años, 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

AUTOPERCEPCIÓN

49) ¿Cómo describiría el estado de sus dientes? **1)** Muy bueno, **2)** Bueno, **3)** Más o menos **4)** Malo, **5)** Muy malo, **6)** No sabe.

50) ¿Cómo describiría el estado de sus encías? **1)** Muy bueno, **2)** Bueno, **3)** Más o menos **4)** Malo, **5)** Muy malo, **6)** No sabe.

51) ¿Usted cree que actualmente necesita tratamiento odontológico? NO. SI (Si la repuesta es NO pasar al 54)

52) Si la repuesta es SI: ¿Cuál es el motivo principal? (determinar un lugar para escribir).

53) ¿Dónde se atiende cuando tiene un problema de salud en su boca y/o dientes? **1)** Nunca fue al dentista, **2)** ASSE (Público sistema), **3)** Sanidad militar/policial o policlínicos municipales o asignaciones familiares (Público no sistema A), **4)** Hospital de clínicas/Facultad de Odontología (Público no sistema B). **5)** Mutualistas (IAMC), **6)** Atención privada (Consultorio particular, cooperativas odontológicas), **7)** Otro especifique.

54) ¿Cuánto tiempo ha transcurrido que visitó a un dentista por última vez? **1)** Nunca recibió asistencia dental, **2)** Menos de 6 meses, **3)** Entre 6 y 12 meses, **4)** Más de 1 año pero menos de 2 años, **5)** 2 o más años pero menos de 5 años, **6)** Más de 5 años. (Si la respuesta es nunca recibió asistencia dental pasar a la 58)

55) Durante los pasados 6 meses ¿sus dientes o su boca le han ocasionado dolor o incomodidad? NO. SI. (Si la repuesta es NO pasar al 58).

56) ¿Cuál fue el motivo principal de su última visita al dentista? **1)** Consulta/Consejo, **2)** Dolor o problemas en los dientes, encías o en la boca, **3)** Tratamiento (empezar o continuar), **4)** Control de rutina (control en salud), **5)** Otro. *Si coloca el 5 que lleve un espacio para especificar.*

57) Finalmente ¿cuál fue el tratamiento que recibió en su última visita al dentista? *Colocar espacio para especificar*

58) ¿Con que frecuencia limpia sus dientes? **1)** Nunca, **2)** Una vez por mes, **3)** 2 a 3 meses, **4)** Una vez a la semana, **5)** 2 a 6 veces por semana, **6)** Una vez al día, **7)** 2 a más veces al día. *(Si la respuesta es nunca pasar al 62)*

59) ¿Usted usa pasta dental para limpiar sus dientes? NO. SI.

60) ¿Usted usa pasta dental con fluoruro/flúor? NO. SI.

61) ¿Usted usa algunos de los siguientes implementos para limpiar sus dientes? **1)** cepillo de dientes, **2)** Escarbadientes de madera, **3)** Escarbadientes de plástico, Hilo dental, Cepillo interdentario/interproximal, **6)** Gasa, **7)** Otro. *Si coloca el 7 que lleve un espacio para especificar.*

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD BUCAL

62) En los últimos 6 meses ¿usted ha experimentado algún problema en su boca o en sus dientes que ha causado dificultades para las siguientes actividades diarias?:

- A. ¿Has tenido alguna dificultad para comer (comida, helados...) alimentos a causa de su boca o dientes? **NO. SI. No sabe/No contesta**
- B. ¿Has tenido dificultad para hablar claro y pronunciar bien, por problemas con tus dientes o boca? **NO. SI. No sabe/No contesta**
- C. ¿Has tenido dificultad de limpiarte tu boca (enjuagarte o cepillarte los dientes)? **NO. SI. No sabe/No contesta**
- D. ¿Has tenido dificultad para relajarte o dormir bien por tener problemas con tus dientes o boca? **NO. SI. No sabe/No contesta**
- E. ¿Te has enfadado o irritado más de lo normal por tener problemas con tus dientes o boca? **NO. SI. No sabe/No contesta**
- F. ¿Has tenido dificultad para sonreír, reír o enseñar tus dientes sin avergonzarte, por problemas con tus dientes o boca? **NO. SI. No sabe/No contesta**
- G. ¿Has tenido dificultad para llevar a cabo tus tareas escolares/laborales (ir a la escuela/al trabajo, hacer deberes/tareas del trabajo) por problemas con tus dientes o boca? **NO. SI. No sabe/No contesta**
- H. ¿Has tenido dificultad para tratar con la gente (salir con tus amigos, ir a casa de tus amigos.... por problemas con tus dientes o boca? **NO. SI. No sabe/No contesta**

63) Autopercepción de Tratarnos Temporo-mandibular

Para 15-24 años, 35-44 años y 65-74 años

- A. ¿Tiene dificultad para abrir la boca? **1)** No, **2)** A veces, **3)** SI
- B. ¿Tiene dificultad para mover la mandíbula de lado a lado? **1)** No, **2)** A veces, **3)** SI
- C. ¿Siente fatiga o dolor muscular al masticar? **1)** No, **2)** A veces, **3)** SI
- D. ¿Tiene dolor de oído o dolor en sus articulaciones? **1)** No, **2)** A veces, **3)** SI
- E. ¿Ha notado algún clic en su articulación temporomandibular al masticar o al abrir la boca? **1)** No, **2)** A veces, **3)** SI

[illegible]

Apéndice 3. Receta de derivación para lesiones de mucosa

ENCUESTA NACIONAL
Salud Bucal
 **2025 - 2026**

Durante un examen bucal realizado en el marco de la Encuesta Nacional de Salud Bucal se identifico en el sr/sra _____ una lesión mucosa de tipo _____

Quién suscribe recomienda que la lesion sea evaluada y controlada por un odontólogo del prestador de salud.

Firma _____

