

RELEVAMIENTO NACIONAL DE SALUD BUCAL DE JÓVENES Y ADULTOS URUGUAYOS 2011



Coordinación de la publicación

Prof. Agda. Susana Lorenzo

Prof. Agdo Ramón Alvarez

Servicio de Epidemiología y Estadística
Cátedra de Odontología Social

EQUIPO DE REDACCION:

Susana Lorenzo-Erro

Silvana Blanco

Ramón Alvarez-Vaz

Massa F

Anunzziatta Fabruccini-Fager

Patricia Olmos

Mariana Musto

Mariana Ourens

PRIMER RELEVAMIENTO NACIONAL DE SALUD BUCAL DE JOVENES Y ADULTOS URUGUAY, 2011.

Resultados



**ESPACIO ACADEMICO RESPONSABLE DE LA EJECUCION:
SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA y ESTADISTICA, CATEDRA
ODONTOOGIA SOCIAL**

COORDINADORA GENERAL

Mag. Susana Lorenzo

EQUIPO DE REDACCION

Phd. Silvana Blanco

Mag. Susana Lorenzo-Erro

Mag. Ramón Álvarez-Vaz IESTA-Facultad de Ciencias Económicas y de
Administración

Mag. Fernando Massa- IESTA-Facultad de Ciencias Económicas y de
Administración- Facultad de Odontología

Mag. Anunzziatta Fabruccinni-Fager

Dra. Patricia Olmos-Franchi

Dra. Mariana Musto

Mag. Mariana Ourens

EQUIPO DE TRABAJO DEL RELEVAMIENTO NACIONAL

EQUIPO TECNICO

PhD. Silvana Blanco

Mag. Ramón Álvarez-Vaz IESTA-Facultad de Ciencias Económicas
y de Administración

Mag. Fernando Massa- IESTA-Facultad de Ciencias Económicas y de
Administración- Facultad de Odontología

BECARIA DE INVESTIGACION

Dra. Mariana Musto

COLABORADORES EN ETAPA DE CALIBRADO

Anunzziatta Fabruccinni-Fager

Marta Casamayou

Ernesto Andrade

Natalia Di Catterina

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

ODONTOLOGOS EXAMINADORES

Beatriz Casnati	Patricia Nicola
Juan Pablo Solivellas	Patricia Olmos
María Fernanda Álvarez	Sebastián Beñarán
Mariana Ourens	Sylvia Piovesan
Marianela Barcia	Victoria Fontenla
Mónica Martínez	Virginia Piccardo

ESTUDIANTES REGISTRADORES

Constanza Paniza	Lucía Lucas
Emilia Sytia	Luciana Goyén
Fabiana Meléndez	Luciana Tarragona
Gimena Valeta	Luis González
Gonzalo Pacheco	Mariana Peña
Jorge Fernández	Nicolás Díaz
Lorena Medina	Patricia Burgos

ASESORES INTERNACIONALES

MARCO PERES
Professor of Population Oral
Health Director Australian
Research Centre for Population
Oral Health (ARCPOH)
School of Dentistry

MARCOS BRITTO CORREA
Professor Adjunto
Faculdade de Odontologia -
PPGO – UFPel The University
of Adela

Agradecimiento

Agradecemos a:

- Todos los docentes y estudiantes de Facultad de Odontología que participaron y colaboraron en los procesos de calibrado y trabajo de campo.
- Al Servicio de Registro y Admisión de Pacientes de la Facultad de Odontología, así como también a los pacientes y funcionarios no docentes de la misma que colaboraron en la etapa de calibrado.
- A los estadísticos que trabajaron en todas las etapas de esta investigación.
- A la Federación Odontológica del Interior (FODI) y a las Cooperativas Odontológicas de Interior (COFI).
- A la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.
- A la Sociedad Uruguaya de Investigación Odontológica (SUIO), por su colaboración a través de su programa “Regional Development Project”.
- A la firma Colgate Palmolive - Uruguay.
- Al Ministerio de Salud Pública (MSP) que auspició el proyecto.
- Al Profesor Marcos Britto Correa que colaboró en la etapa de calibrado.
- A todos los uruguayos encuestados.

Aclaración

La presente publicación ha tomado como base la difusión inicial del “Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en la Población Joven y Adulta Uruguaya” realizada por la Facultad de Odontología, Revista Odontoestomatología (número especial XV), que si bien resume los aspectos metodológicos de toda la investigación, solo reporta resultados de los departamentos del interior del país, no incluyendo datos de la capital. En el presente trabajo se incorpora la información correspondiente a Montevideo y se presentan los datos globales del país.

Presentación

La investigación contempla un objetivo establecido como prioritario por nuestra Institución: relevar datos fidedignos, rigurosos y sistemáticos a nivel nacional sobre el estado de Salud Bucal de nuestra población. Sin dejar de lado relevamientos anteriores, era menester incorporar una visión global y metodológicamente acorde con los actuales modelos sanitarios. Este se ha llevado a cabo con recursos de la Facultad de Odontología, de la Sociedad Uruguaya de Investigación en Odontología (SUIO), y particularmente de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República. También ha recibido el auspicio del MSP. Es innegable que desde el punto de vista académico representa un invalorable apoyo para las tareas de Docencia, Investigación y Asistencia Integral. Igualmente se espera que sea un aporte al diagrama de políticas sanitarias inclusivas. Partir de un diagnóstico objetivo facilita las acciones de Promoción, Prevención y Tratamiento Integral, racionalizando esfuerzos y optimizando recursos. Se han utilizado indicadores de valor comparativo a nivel nacional, regional e internacional, relevando datos sobre: Caries, Paradenciopatías, Lesiones de Mucosa, Maloclusiones y otros. En suma, es un relevamiento de sumo valor para nuestra institución, el cual aspiramos sea útil en futuras estrategias de verdadero impacto socio-epidemiológico. Sus autores - y todo el colectivo de nuestra casa - quedan a entera disposición para trabajar en conjunto en pro de la Salud Bucal de los Uruguayos, un capítulo (a la luz de los datos relevados) todavía hoy lamentablemente postergado.

Dr. Hugo Calabria Díaz
Decano FO – Udelar

Índice

Aclaración.....	5
Presentación.....	5
Prefacio	8
Resumen	9
Antecedentes y Justificación	10
Objetivos.....	11
Metodología.....	12
1. Características generales de la investigación.....	12
2. Estrategia de muestreo y diseño muestral.....	13
2.1 Estrategia muestral	13
2.2 Diseño Muestral.....	13
2.3 Selección de la muestra	14
2.4 Calibración de la muestra	15
3. Condiciones Relevadas.....	16
3.1 Caries Dental	16
3.2 Condiciones Periodontales	17
3.3 Maloclusiones	17
3.4 Pérdida Dentaria	18
3.5 Lesiones de mucosa.....	18
4. Cuestionario sobre condiciones socioeconómicas, factores de riesgo, uso de servicios de salud, y auto percepción en salud bucal ..	18
5. Captura de la Información	20
6. Entrenamiento y preparación de los equipos (calibrado)	20
7. Recolección de datos, trabajo de campo.....	21
8. Implicancias Éticas	22
9. Reporte de cada condición.....	22
9.1 Caries Dental	22
9.2 Condiciones Periodontales	22
9.3 Maloclusiones.....	23

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

9.4 Pérdida dentaria	23
9.5 Lesiones de mucosa	23
Resultados.....	24
1. Caries dental	24
2. Condición Periodontal	27
3. Maloclusiones.....	30
4. Pérdida Dentaria	32
5. Lesiones de mucosa	35
6. Condiciones relevadas según la cobertura de salud.....	36
Artículos publicados en revistas internacionales con resultados sobre caries dental, enfermedad periodontal y pérdida dentaria.	37
1.Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay.	37
2. Dental caries in Uruguayan adults and elders: findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey.....	38
3. Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay	39
Análisis de datos y consideraciones finales.....	40
Conclusiones.....	43
Bibliografía.....	45
Anexos	47

Prefacio

El presente informe es una síntesis de los resultados del proyecto desarrollado por la Facultad de Odontología de la Universidad de la República que permite conocer la distribución de los principales problemas de salud bucal de la población adulta y adolescente de nuestro país y refiere a la descripción de las patologías más prevalentes: caries, enfermedad paradencial, maloclusiones, lesiones de mucosa, pérdida dentaria. A través del mismo esperamos contribuir al conocimiento de la realidad nacional en salud bucal y anhelamos que sea un insumo para pensar la estrategia de abordaje de los problemas de salud bucal en el país en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Aspiramos asimismo que en la tarea de planificación, competencia de la autoridad sanitaria, la Facultad de Odontología y la profesión odontológica, trabajen mancomunados en pro del bien colectivo.

Entendemos a la salud bucal como parte integrante de la salud general, como proceso socio histórico determinado socialmente. La salud bucal habilita a las personas, entre otras funciones a hablar, comer y socializarse. Entre las variables sociodemográficas que explican los diferentes niveles de salud y enfermedad bucales, se encuentran la clase social, la educación, el trabajo, ingresos, género, grado de urbanización, la vida de relación y afectos, entre otras, que impactan directamente sobre la vida cotidiana de las personas.

Hasta el año 2008 eran casi inexistentes datos confiables en salud bucal para jóvenes y adultos en Montevideo e interior del país, lo que justificó la realización del proyecto que se presenta y se pone a disposición de las autoridades sanitarias.

Es de importancia mencionar que fue la Facultad quién tuvo la iniciativa y responsabilidad de conducir el relevamiento (el propio manual para Encuestas Básicas, en su primer capítulo refiere a la responsabilidad de la autoridad sanitaria o en su defecto de la academia en la realización de este tipo de estudios).¹

MSc Prof. Agda. Susana Lorenzo-Erro
Servicio de Epidemiología y Estadística
Cátedra de Odontología Social.

Resumen

Introducción: la inexistencia de información epidemiológica en salud bucal referida a la población joven y adulta, justificó la realización del presente relevamiento en la población uruguaya.

Objetivo: describir las patologías bucales más prevalentes que presentan los jóvenes y adultos uruguayos en el interior y en la capital del país y su relación con las características socio-culturales de la población estudiada.

Metodología: es un estudio poblacional, transversal, descriptivo basado en “Métodos Básicos para Estudios Poblacionales” (OMS, 1997).

Se utilizó un muestreo por conglomerado estratificado, en dos fases. Las variables socio-demográficas y odontológicas fueron registradas mediante cuestionario. Mediante el examen clínico se relevó, caries, enfermedad paradencial, maloclusiones, lesiones de mucosa y pérdida dentaria.

Resultados: fueron examinados 1485 individuos, la prevalencia de CPO-D fue de 4.15 en jóvenes (15-24 años), 15.2 en adultos (35-44 años) y 24.13 en adultos mayores (65-74 años). La prevalencia de bolsa periodontal mayor a 4 mm fue de 11% en jóvenes, 30% en adultos y 26% en adultos mayores. El 35% de individuos presentaron un DAI patológico (15-24 años). La prevalencia de personas con pérdida dentaria severa (menos de 9 piezas presentes) fue de 53% (65-74). La proporción de encuestados que presentaron lesiones de mucosa fue del 9%.

Conclusiones: Los principales problemas de salud bucal fueron, la caries dental en los jóvenes; en adultos se agregó la enfermedad periodontal, y en adultos mayores la pérdida dentaria. Será necesario el diseño de estrategias conjuntas, abordando los factores comunes de riesgo a enfermedades no transmisibles y bucales de manera de racionalizar y potenciar los recursos públicos existentes.

Antecedentes y Justificación

En salud, tan importante como disponer de recursos, es saber cómo y cuándo disponer de los mismos. La salud bucal -y en particular las enfermedades relevadas por este estudio- tiene especial significado en el diario vivir de los uruguayos y consecuencias sobre su salud general. Además de las disfunciones de la cavidad bucal, alteran la vida de relación del individuo, su inserción en el medio y su rendimiento en el trabajo o el estudio. No comprender su importancia y no trabajar para prevenirlas y controlarlas, conlleva a inevitables consecuencias sanitarias y también económicas. Las mismas pueden implicar consolidar situaciones de inequidad al no administrar bien los recursos.

Nuestro país no posee un abordaje racional de políticas en Salud Bucal, los esfuerzos públicos y privados no han sido sistemáticos, están muchas veces superpuestos y no se ha dado cuenta del impacto en salud que pueda haber resultado de la aplicación de los escasos programas de salud bucal, desarrollados a nivel nacional.

El Uruguay, se encuentra en un proceso de consolidación de un “Sistema Nacional Integrado de Salud” donde se articulan los subsistemas Público y Privado que busca asegurar a la población el acceso universal, equitativo e integral a la salud. Aunque la salud bucal es parte de la salud general, el derecho a la misma no ha podido ser efectivizado hasta la fecha, sobre todo para jóvenes y adultos.

Existe si una normativa que refiere a salud bucal: el decreto 465/008 definió la canasta de prestaciones de salud, de acuerdo a lo previsto en el Art. 45 de la ley del SNIS; donde el capítulo 5 del Anexo 2, que corresponde a la Salud Bucal, describe la normativa vigente, en cuanto a las prestaciones que están incluidas: (consultas, acciones preventivas, cirugía, diagnóstico imagenológico y restauraciones de baja complejidad)^{2,3}.

Es en el contexto antes descrito, y debido a la inexistencia de información epidemiológica en salud bucal referida a la población joven y adulta, que adquirió relevancia la realización de un relevamiento

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

epidemiológico de alcance nacional. El “Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en la Población Joven y Adulta Uruguayaya” se trata de un estudio realizado en el país basado en la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con algunas modificaciones en el diseño de la muestra, llevado adelante por la Facultad de Odontología de la UdelaR, con el auspicio del Ministerio de Salud Pública. La financiación global estuvo a cargo en un 90% por la Udelar, 7% a cargo Sociedad Uruguaya de Investigación Odontológica (SUIO) y 3% de la firma Colgate Palmolive-Uruguay. El proyecto recoge una vieja aspiración sustentada en el conocimiento epidemiológico: el enorme valor de los estudios poblacionales como línea de base para elaborar planes y programas de salud, así como para realizar comparaciones internacionales y plantear hipótesis iniciales sobre las posibles explicaciones de la distribución de prevalencia y de los problemas de salud bucal. En efecto un estudio epidemiológico con una muestra confiable y bien diseñada, permite hacer un diagnóstico riguroso de la situación de salud bucal de la población considerada y colabora en definir los criterios para la redistribución o asignación de recursos nuevos para la Odontología en el Sistema Nacional Integrado de Salud. También permite inaugurar nuevas líneas de investigación en el país y le permite a la Facultad de Odontología, como institución formadora ajustar el perfil del egresado a la realidad nacional.

Objetivos

El “Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en la Población Joven y Adulta Uruguayaya” se planteó como objetivo describir las patologías bucales más prevalentes que presentan los jóvenes y adultos uruguayos en el interior y en la capital del país, y su relación con las características socioeconómicas y conductuales de la población estudiada.

Metodología

1. Características generales de la investigación

El relevamiento epidemiológico tuvo que tomar en cuenta 2 características del Uruguay, por un lado, la concentración de la población en el sur donde se encuentra su capital (departamento de Montevideo) donde viven la mitad de los uruguayos y por otro lado, el hecho de que todas las redes viales se abren en abanico desde Montevideo hacia los otros 18 departamentos que conforman su estructura administrativa y que se denominan genéricamente “el interior del país”. Estas características demográficas, administrativas y de comunicación condicionaron fuertemente la organización y operativa del relevamiento realizado⁴.

Se trató de un estudio poblacional de todo el país, realizado en los domicilios, representativo de la población joven y adulta urbana de todos los departamentos, con un muestreo en 2 fases, trabajándose con dos muestras independientes, por un lado los departamentos del Interior y por el otro Montevideo.

Se recabó información sobre los principales problemas de salud bucal y necesidades de tratamiento en los grupos de edad de 15 - 24, 35 - 44 y 65 - 74, a través de un examen bucal, utilizando los criterios de la OMS (1997)¹.

Se aplicó un cuestionario sobre la condición socioeconómica y hábitos (fumar, consumo de alcohol, ingesta de frutas y verduras); utilización de servicios de salud y autopercepción de la salud de las personas examinadas⁴.

2. Estrategia de muestreo y diseño muestral.

2.1 Estrategia muestral

En relación a los recursos humanos y materiales disponibles, se decidió seleccionar los tramos de edad que se describen a continuación.

15-24. La edad recomendada por la OMS para relevar la situación epidemiológica en salud bucal de los jóvenes es de 15 y de 18 años. Debido a que en el país el Instituto Nacional de Estadística trabaja en la Encuesta Continua de Hogares (nuestro marco muestral) con la edad de 15 a 24 años, se adoptó por tomar esta franja. El criterio de utilizar la franja de edad en lugar de edad índice es similar al utilizado en Brasil (tramo de 15-19 años) en sus relevamientos^{1,5,6}.

35-44. Permite conocer tanto el estado de salud de los adultos, con respecto a Caries y Paradenciopatías, así como también los efectos generales de los tratamientos recibidos hasta el momento, tratándose de la franja de edad recomendada por la OMS permitiendo comparaciones internacionales¹.

65-74. Valen las mismas consideraciones que en el grupo de edad anterior. Cobra relevancia en el caso de una población como la uruguaya que presenta una de las más altas proporciones de adultos mayores de Latinoamérica⁴.

No se seleccionó la edad de los 12 años, ya que en forma paralela se desarrolló en nuestro país un relevamiento nacional en escolares de 12 años, cuyos resultados ya han sido publicados⁷.

2.2 Diseño Muestral

En lugar de tomar los lineamientos generales propuestos por la OMS (1997)¹ para encuestas poblacionales, se utilizó un diseño muestral complejo en 2 fases.

En la primera fase se utilizó como marco muestral el conjunto de personas de los 3 tramos de edad pertenecientes a localidades de 20.000

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

o más habitantes visitadas en la Encuesta Continua de Hogares (ECH) para los meses de febrero - abril de 2010.

Se establecieron 2 regiones (Montevideo e Interior), que se combinan con los 3 tramos de edad dando lugar a 6 dominios de estimación. En la segunda fase se hizo una muestra del total de personas consideradas en la primera fase para llegar al total requerido⁴.

Totales por edad y por sexo de la muestra

Edad	Montevideo	Interior	Total
15 - 24	715	715	1430
35 - 44	394	394	788
65 - 74	394	394	788
Total	1503	1503	3006

El cálculo del tamaño muestral se realizó usando el simulador de cálculos muestrales utilizado por “STEP wise approach to chronic disease risk factor surveillance (STEPS)” de la OMS⁴, que tiene como requisitos necesario conocer las prevalencias a medir, la precisión deseada, niveles de confianza y el efecto diseño (deff)⁴.

Para considerar las prevalencias, se utilizó como referencia el Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Brasil del año 2003⁵. Se consideró que las patologías más prevalentes tanto en Uruguay como en Brasil en adultos eran la caries dental y las paradenciopatías⁴.

Para cada tramo etario se utilizaron dichas patologías para definir el tamaño de la muestra. Para los 3 tramos de edad se tomó como referencia las prevalencias de paradenciopatías para el cálculo del tamaño muestral. Teniendo en cuenta los diferentes valores de prevalencia, los cálculos finales de los tamaños de muestra en cada dominio resultaron de considerar a su vez un efecto de diseño de 1.5 y una tasa de no respuesta del 20%⁴.

2.3 Selección de la muestra

La muestra fue sorteada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el que brindó los expansores tanto para la muestra del Interior, como para la de Montevideo. Esos expansores fueron calculados por el equipo de muestreo del INE y consideraron los pesos muestrales originales correspondientes a la ECH (fase 1) y los pesos muestrales que se

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

produjeron por estar trabajando con una submuestra de la Encuesta ECH (fase 2)⁴.

El diseño muestral para Montevideo, se readaptó en función de la revaloración de los recursos humanos y materiales disponibles en el año 2011. Se hizo un submuestreo considerando una reducción del 50 %. Para tal fin, la muestra original de Montevideo se utilizó como marco muestral para el submuestreo, ordenando las personas por edad y sexo originalmente seleccionadas. Se generó una submuestra de 750 personas mediante muestreo sistemático. Lo anterior permitió conocer, en el caso de la capital tendencias en cuanto a las patologías con un 95% de confianza pero con un menor nivel de precisión⁴.

Se relevaron personas sorteadas de las poblaciones de quince ciudades: Artigas, Canelones, Ciudad de la Costa, La Paz, Las Piedras, Colonia, Florida, Maldonado, San Carlos, Montevideo, Paysandú, Rivera, San José; Salto y Tacuarembó pertenecientes a once departamentos de Uruguay⁴.

2.4 Calibración de la muestra

La muestra finalmente relevada debe ser considerada en forma separada para Montevideo e Interior para el análisis de la cobertura y la calibración (proceso por el cual se ajustaron las variables de la muestra a valores poblacionales de referencia).

Para la calibración de la muestra del interior se manejaron 2 aspectos: por un lado, la tasa de respuesta producida y por otro lado, el desbalance para algunas variables demográficas, como edad y sexo por departamento⁴.

Se elaboró un sistema de calibrado mediante postestratificación, para el cual se utilizaron como totales poblacionales los que se calculaban expandiendo los totales en el marco muestral de la fase 1, usando el programa R y las herramientas derivadas del mismo para este fin, de acuerdo a <http://www.R-project.org/>⁴.

3. Condiciones Relevadas

Las condiciones de salud bucal relevadas por los examinadores fueron lesiones de mucosa y pérdida dentaria (en los 3 grupos de edad); condición periodontal: sangrado, bolsa y sarro (en todos los grupos de edad) y pérdida de inserción periodontal (35-44 y 65-74 años). La caries dental en corona (en todos los grupos) y caries de raíz (en los grupos de 35-44 y 65-74 años). Las maloclusiones fueron relevadas solamente en el grupo de edad de 15-24 años. Una vez en el hogar del encuestado, para el examen bucal, se siguió la secuencia de la ficha clínica. Dicha historia clínica fue diseñada especialmente por el equipo de investigación a partir de la modificación de la utilizada en el relevamiento de Brasil (se adjunta la historia clínica en anexo)⁴.

Las necesidades de tratamiento se evaluaron siguiendo los criterios propuestos por el Manual para Encuestas Básicas de la OMS. Más detalles sobre los códigos, criterios y técnicas de aplicación de los índices pueden consultarse en el manual para examinadores del proyecto SB Brasil 2010 ya que en el entrenamiento de los examinadores uruguayos colaboró un experto de Brasil y el material teórico utilizado fue el de la OMS (1997)^{1,4,6}.

3.1 Caries Dental

Se utilizó el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) recomendado por la OMS (1997)¹, si bien posee ciertas limitaciones, continúa siendo el indicador de elección para los relevamientos epidemiológicos poblacionales para medir historia y presente de la enfermedad y sus secuelas. Se utilizó el criterio de lesión cavitada propuesto por la OMS^{1,4,8}.

3.2 Condiciones Periodontales

Para el estudio de la condición Periodontal se incluyeron las variables correspondientes al Índice Periodontal Comunitario (CPI) propuesto por la OMS, que evalúa la situación utilizando tres variables: presencia de sangrado, sarro y profundidad de bolsa. Divide la boca en sextantes y utiliza 10 dientes índices, dos anteriores (una por cada sextante): pieza 11 y 31; y 8 posteriores (dos por cada sextante): piezas 16 - 17, 26 - 27, 36 - 37 y 46 - 47. Cada pieza se examina en 3 sitios por vestibular (MV, V, DV), y 3 sitios por lingual o palatino (ML/P. P/L. DL/P) anotándose la peor condición encontrada en el sextante. Cuando los dientes índices no se encuentran presentes, es necesario examinar todos los dientes remanentes, siendo requisito previo que existan al menos 2 piezas para que el sextante sea examinado; no considerando entre ellas, el tercer molar, ni las piezas indicadas para extracción¹. Se introdujeron modificaciones realizadas en el “Proyecto SB Brasil 2010”^{6,9} por lo que se evaluó por separado la prevalencia de sangrado, sarro y bolsa, y no sólo la peor situación del sextante como proponía originalmente el índice CPI. También, se valoró la Pérdida de Inserción Periodontal (PIP) en la población adulta. La misma permite estimar la destrucción acumulada durante la vida de la inserción periodontal. Los detalles del procedimiento clínico utilizado siguen la normativa recomendada por la OMS y el manual del examinador utilizado por el “Proyecto SB 2010”. La sonda utilizada para el examen fue la recomendada por la OMS, sonda CPI (sonda periodontal 11.5 B)^{1,4,6,9,10}.

3.3 Maloclusiones

Se usó el índice estético dental (DAI) que registra problemas de oclusión y de estética, también da idea de las necesidades de tratamiento en conjunto. Se realizó en los jóvenes de entre 15 - 24 años¹.

La puntuación de DAI se calculó utilizando un algoritmo, sumando las puntuaciones de los rasgos de maloclusión: dientes visibles perdidos, apiñamiento, espacio en el sector anterior, diastema, máxima irregularidad maxilar anterior, máxima irregularidad mandibular anterior, overjet anterior del maxilar superior, overjet anterior de la

mandíbula, mordida abierta anterior, relación molar antero posterior. Por más detalles, consultar el manual de Encuestas Básicas de Salud Oral: métodos básicos (OMS, 1997)^{1,4,11}.

3.4 Pérdida Dentaria

La pérdida dentaria es de interés cuando se maneja en conjunto con las necesidades de prótesis para poder planificar la atención en función del análisis de las necesidades existentes. Se calculó a partir del componente P (perdido) del CPO y dientes presentes en boca^{4,12}.

3.5 Lesiones de mucosa

Se define a la prevalencia de las lesiones de la mucosa como el porcentaje de personas que poseen una determinada condición o enfermedad en los tejidos que recubren la cavidad oral.

Las lesiones estudiadas fueron candidiasis, úlceras, leucoplasia, estomatitis, hiperplasia, absceso y otras; las mismas fueron exploradas en: borde bermellón, comisuras, labios, surcos, mucosa bucal, piso de boca, lengua, paladar duro/blando, rebordes alveolares/encía. Se puso especial interés en las lesiones pre-cancerosas, entre las cuales, la leucoplasia, como lesión potencialmente cancerizable^{4,13}.

4. Cuestionario sobre condiciones socioeconómicas, factores de riesgo, uso de servicios de salud, y auto percepción en salud bucal

Previo a la realización del examen bucal en el domicilio, se aplicó un cuestionario a las personas seleccionadas de la muestra. El cuestionario

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

estuvo formado por seis módulos de preguntas, al que fue agregado un séptimo módulo para las personas relevadas en la ciudad de Montevideo. Los módulos básicos refirieron a: a) datos personales y demográficos, b) características socioeconómicas, c) atención a la salud general y bucal, d) hábitos y factores de riesgo común, e) enfermedades generales y f) salud bucal⁴.

El módulo de datos socioeconómicos está integrado por preguntas que forman parte del “INSE” (Índice de Nivel Socio Económico) reducido. El INSE es un indicador validado por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Uruguay)¹⁴ que en su versión reducida incluye 9 dimensiones referidas a características de la vivienda, propiedad de bienes patrimoniales, acceso a servicios y equipamiento del hogar. Las variables recogidas fueron: ocupación del jefe del hogar (1) Nivel Educativo: al menos una persona con educación terciaria (2), cantidad de perceptores de ingresos (3), Hogar: características de la vivienda, servicios y bienes: Servicio doméstico en el hogar (4) heladera con freezer (5), Tv color (6), Automóvil (7), tarjeta de crédito internacional (8), número de baños de la vivienda (9)⁴.

El índice resultante es por tanto una escala numérica ascendente que define los diversos grupos de la población. A través del puntaje cada variable tiene un peso determinado en el índice, siendo las variables que poseen una mayor ponderación, la ocupación del jefe de hogar y la cantidad de perceptores de ingresos que posee el hogar. Una tercera parte de la ponderación surge de cuatro preguntas: ocupación y nivel educativo del jefe y del hogar, y número de perceptores de ingresos¹⁶. Permite estratificar a la población en 7 estratos (alto - alto, alto - medio; medio alto, medio - medio, medio - bajo y bajo - medio y bajo - bajo) que se resumen en 3 grupos alto, medio y bajo^{4,16}.

Las variables relevadas con respecto a enfermedades generales fueron presencia de hipertensión y diabetes relatada por el encuestado y una segunda pregunta donde se indagaba sobre la confirmación por parte de un profesional de la salud de la patología relatada. Los factores de riesgo relevados corresponden a consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, consumo de frutas y verduras frescas⁴.

Con relación al módulo sobre salud bucal las preguntas incluidas son una traducción de las pertenecientes al módulo complementario “Oral Health” del Instrumento Steps de la OMS que no fueron incluidas en la Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades

Crónicas No Transmisibles^{4,17}. Las mismas incluyen aspectos relacionados a la frecuencia de cepillado, auto percepción del dolor buco-dental, molestias causadas por el estado de los dientes y una última pregunta diseñada por el equipo de investigación que pretendía dar cuenta de los motivos que le impedían al encuestado, mantener su boca sana⁴.

5. Captura de la Información

Para la captura de la información se usaron cuestionarios en papel, donde se registraba el examen clínico y la información epidemiológica, consignadas por el registrador⁴.

Posteriormente el pasaje de la información a medio electrónico se hizo mediante digitación, usando el programa epidata (www.epidata.dk) programa de dominio público que permite hacer verificación y validación de la información en tiempo real. Para eso se programaron 2 tablas de datos con diccionarios de control de rangos, enlazadas entre sí a través de campo clave⁴.

6. Entrenamiento y preparación de los equipos (calibrado)

El material teórico para la calibración fue extraído del último relevamiento nacional de salud bucal de Brasil^{4,6}.

Trabajaron 6 examinadores y sus respectivos suplentes durante el año 2010. Los examinadores completaron un proceso de capacitación que tuvo 3 fases: a) la primera, teórica, donde se abordaron aspectos clínicos de las patologías a relevar, donde se contó con la colaboración de docentes expertos en los aspectos clínicos de las condiciones a relevar así como de un docente con conocimientos en epidemiología y salud colectiva b) una segunda fase donde se desarrollaron talleres teórico-prácticos donde se debían aplicar los conocimientos recibidos al diagnóstico en slides y modelos de yeso y c) una tercera fase, fundamentalmente práctica donde se contó con el asesoramiento de un experto de Brasil que había participado ya como entrenador de

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

examinadores del relevamiento nacional de Brasil y donde se realizó el entrenamiento por condición y por grupo de edad durante 3 jornadas de trabajo intensivas⁴.

Se calculó el índice Kappa ponderado, en el año 2010 el calibrado intra - examinador osciló entre 0.67 y 0.98 (no esta discriminado por patología). En el calibrado inter - examinador en las diferentes condiciones fue en CPO: 0.78 a 1.0, DAI: 0.63 a 0.87 y CPI (bolsa periodontal): 0.6 a 1.0 , respectivamente. En el año 2011, en el recalibrado intra - examinador en índice Kappa ponderado fue: CPO: 0.8 a 1, CPI (bolsa periodontal): 0.6 a 1 y DAI: 0.93, variando entre 0.6 y 1. El recalibrado inter - examinador fue para el CPO: 0.87 a 0.95, en DAI: 0.7 a 1.0 y CPI: 0.6 a 1.0⁴.

7. Recolección de datos, trabajo de campo

En base a la muestra proporcionada por el INE se prepararon una serie de mapas y hojas de ruta para el control de campo. La base cartográfica asociada a la muestra seleccionada fue armada con la georeferenciación creada por el INE¹⁸ con la cual se pudieron construir mapas con los encuestados ubicados a nivel de las manzanas. Para cada localidad se preparaba un planillado con la distribución de la carga de trabajo repartida en equipos formados por un examinador y un registrador que visitaban los domicilios⁴.

Durante el año 2010 y comienzos del año 2011 se completaron las visitas a los 10 departamentos del interior y entre los meses de marzo y diciembre del año 2011 se relevó la capital. Se trabajó durante los fines de semana y los exámenes clínicos y cuestionario, se realizaban en los domicilios de los encuestados llevando un promedio de entre 20 y 30 minutos por encuesta.

Los examinadores concurrían provistos de todos los elementos de bioseguridad (gorro, tapaboca, guantes e instrumental estéril)⁴.

8. Implicancias Éticas

De acuerdo a la normativa vigente en el país¹⁹ el proyecto de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Odontología. Durante la ejecución del relevamiento una vez ubicada la vivienda de acuerdo a los datos de la muestra, el equipo de encuestadores se presentaba ante las personas que vivían en ella e identificaban a la persona que debían entrevistar. A partir del diálogo y la comprensión de la investigación que se llevaba a cabo, los individuos a encuestar decidía o no participar de la investigación. De acceder a ello se solicitaba su firma en un formulario de Consentimiento Informado escrito⁴.

9. Reporte de cada condición.

9.1 Caries Dental

Para resumir la información recabada de caries dental, se utilizaron distintos indicadores epidemiológicos de caries. Se calculó el promedio del CPOD por edad, sexo y región, el Índice Significativo de Caries (SIC) que corresponde al CPOD que resume el estado del tercio de la población más afectado por esta patología, así como también el tercio que se encuentra en mejores condiciones^{1,4,8}.

Para la prevalencia de caries se usó el índice de Knutson, individualizando la proporción de personas libres de caries (individuos con CPOD igual a cero) y CPOD mayor a 0^{1,4,8}.

9.2 Condiciones Periodontales

Para reportar la enfermedad periodontal (CPI) se calcularon las prevalencias de individuos con la condición de sangrado y bolsa (mayor a 4mm), la que se realizó por edad, por sexo y por región. También se reportó la proporción de sextantes con patología periodontal cuando el

individuo tenía alguna pieza con profundidad de bolsa mayor a 4mm y una pérdida de inserción periodontal (PIP) mayor a 3mm^{1,5,10}.

9.3 Maloclusiones

Las maloclusiones fueron reportadas a través del promedio del DAI, así como también se describieron las proporciones de categorías del mismo. El DAI tiene puntos de corte a lo largo de su escala para definir cuatro niveles de gravedad y se ha demostrado que esos niveles están cerca del diagnóstico clínico de los ortodoncistas. Las puntuaciones de DAI hasta 25 representan condiciones normales o maloclusiones leves que no necesitan tratamiento. Las puntuaciones de DAI entre 26 y 30 se refieren a maloclusiones definidas de tratamiento electivo. Las puntuaciones de DAI 30 a 35 representan maloclusiones graves con un tratamiento altamente deseable. Las puntuaciones de DAI de 36 o más incluyen maloclusiones severas de necesidad de tratamiento obligatorio. El primer nivel es la condición normal y los otros tres niveles con presencia de maloclusión pueden considerarse en conjunto porque todos tienen necesidades de tratamiento ortodóncico^{1,4,11}.

9.4 Pérdida dentaria

Se presenta la proporción de personas edéntulas, la proporción de personas con dentición funcional, considerada a partir de aquellos casos en que las personas presenten 20 o más piezas y la proporción de personas con pérdida severa, la cual incluye a aquellas personas que presentan 9 piezas o menos. Los tres casos se estudiaron por tramo etario, sexo y región¹².

9.5 Lesiones de mucosa

Los resultados de lesiones de mucosa se reportaron a través de la descripción de su proporción por edad, sexo y región.

Resultados

De una muestra de 3006 personas pertenecientes a 10 ciudades del Interior de Uruguay y Montevideo, fueron entrevistadas y clínicamente evaluadas un total de 1485. De ellas, 716 pertenecientes al tramo etario de 15 a 24 años, 358 entre los 35 y 44 años y 411 entre 65 y 74 años de edad. La tasa de respuesta fue 61,3% para el Interior y 74,8% para Montevideo.

1. Caries dental

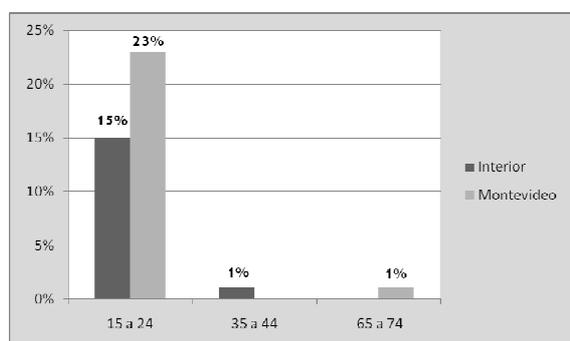
En la tabla 1 se observa el promedio total de CPOD por región, según edad y sexo. Al analizarlo por tramo etario, se observa que los jóvenes presentan promedios menores de CPOD que los adultos y adultos mayores. No obstante, el promedio fue más elevado para los adolescentes del interior del país que para los de la capital.

TABLA 1. Promedio de CPOD por región según edad y sexo

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	5,3 (4.54 - 6.06)	3,8 (3.14 - 4.46)	4,49 (3.98 - 5)
	Masculino	4,26 (3.62 - 4.91)	3,4 (2.77 - 4.02)	3,82 (3.37 - 4.27)
	Total	4,76 (4.26 - 5.26)	3,6 (3.15 - 4.06)	4,15 (3.81 - 4.49)
de 35 a 44	Femenino	17,5 (16.1 - 18.9)	15,5 (13.39 - 17.6)	16,47 (15.18 - 17.76)
	Masculino	13,77 (12.18 - 15.36)	13,9 (11.8 - 15.99)	13,84 (12.47 - 15.21)
	Total	15,8 (14.69 - 16.91)	14,69 (13.19 - 16.19)	15,2 (14.24 - 16.16)
de 65 a 74	Femenino	26,02 (24.86 - 27.19)	24,38 (22.76 - 26)	25,27 (24.3 - 26.25)
	Masculino	21,95 (19.91 - 23.99)	23,56 (21.36 - 25.77)	23 (21.39 - 24.61)
	Total	24,41 (23.28 - 25.54)	23,9 (22.43 - 25.37)	24,13 (23.17 - 25.08)

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

En la GRAFICA 1 se describe la prevalencia de CPOD cuando este es igual a cero, la misma se puede observar solo en individuos jóvenes, casi no existiendo individuos libres de caries (CPOD) en las edades adultas.



GRAFICA 1. CPOD=0 por tramo de edad en Montevideo e Interior

Con respecto a la prevalencia de CPOD, (TABLA 2) la misma fue de 81% para los más jóvenes y del 100% para los adultos. Siendo mayor la prevalencia de CPOD en los jóvenes del interior del país.

TABLA 2. Proporción de CPOD>0 por región según edad y sexo

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	0,87 (0.82 - 0.92)	0,79 (0.72 - 0.86)	0,83 (0.78 - 0.87)
	Masculino	0,83 (0.77 - 0.89)	0,75 (0.67 - 0.83)	0,79 (0.74 - 0.84)
	Total	0,85 (0.81 - 0.89)	0,77 (0.72 - 0.82)	0,81 (0.77 - 0.84)
de 35 a 44	Femenino	0,99 (0.97 - 1)	1 (1 - 1)	1 (0.99 - 1)
	Masculino	0,99 (0.96 - 1)	1 (1 - 1)	0,99 (0.98 - 1)
	Total	0,99 (0.98 - 1)	1 (1 - 1)	1 (0.99 - 1)
de 65 a 74	Femenino	1 (1 - 1)	0,99 (0.96 - 1)	0,99 (0.98 - 1)
	Masculino	0,99 (0.98 - 1)	1 (1 - 1)	1 (0.99 - 1)
	Total	1 (0.99 - 1)	0,99 (0.98 - 1)	1 (0.99 - 1)

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Con respecto del primer tercil del CPO>0 (TABLA 3), el mismo es más bajo para la población joven y aumenta significativamente a medida que aumenta la edad. Existe variación significativa por sexo para la edad de 65 a 75 años.

**TABLA 3. Promedio de CPOD (en el primer tercil)
por región según edad y sexo**

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	0,44 (0.28 - 0.59)	0 (0 - 0)	0,21 (0.12 - 0.3)
	Masculino	0,46 (0.32 - 0.61)	0 (0 - 0)	0,25 (0.15 - 0.35)
	Total	0,45 (0.35 - 0.56)	0 (0 - 0)	0,23 (0.17 - 0.3)
de 35 a 44	Femenino	8,17 (7.2 - 9.13)	6,04 (5.04 - 7.04)	7,01 (6.26 - 7.76)
	Masculino	6,13 (4.9 - 7.35)	6,39 (4.8 - 7.97)	6,28 (5.22 - 7.33)
	Total	7,25 (6.46 - 8.05)	6,21 (5.28 - 7.14)	6,67 (6.03 - 7.3)
de 65 a 74	Femenino	18,15 (16.44 - 19.85)	15,67 (13.73 - 17.61)	17,02 (15.69 - 18.35)
	Masculino	11,06 (9.21 - 12.9)	13,76 (11.6 - 15.92)	12,83 (11.24 - 14.41)
	Total	15,4 (13.85 - 16.95)	14,55 (13.01 - 16.08)	14,93 (13.82 - 16.03)

En relación al estudio del SIC del tercer tercil (TABLA 4), el tercio que presenta las peores condiciones de CPOD, varía mucho según el rango etario que estudiemos, aumentando significativamente en función de la edad. Hay diferencias significativas en todos los tramos etarios entre Montevideo y el Interior.

**TABLA 4. Promedio de CPOD (en el tercer tercil)
por región según edad y sexo**

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	10,27 (9.16 - 11.37)	4,43 (3.66 - 5.21)	6,11 (5.36 - 6.86)
	Masculino	8,62 (7.71 - 9.52)	4,08 (3.35 - 4.81)	5,51 (4.86 - 6.16)
	Total	9,42 (8.68 - 10.15)	4,26 (3.73 - 4.8)	5,81 (5.31 - 6.31)
de 35 a 44	Femenino	24,92 (23.96 - 25.88)	17,36 (14.86 - 19.85)	19,95 (18.15 - 21.76)
	Masculino	20,97 (19.18 - 22.75)	16,04 (13.55 - 18.54)	17,41 (15.48 - 19.34)
	Total	23,24 (22.1 - 24.39)	16,7 (14.93 - 18.47)	18,74 (17.4 - 20.08)
de 65 a 74	Femenino	32 (32 - 32)	26,8 (25.22 - 28.37)	28,82 (27.76 - 29.89)
	Masculino	31,16 (30.67 - 31.64)	26 (23.49 - 28.52)	27,05 (24.99 - 29.12)
	Total	31,68 (31.48 - 31.89)	26,32 (24.68 - 27.96)	27,88 (26.64 - 29.11)

2. Condición Periodontal

Con respecto al sangrado gingival (TABLA 5), observamos que su mayor proporción se da en la población joven, y disminuye hacia edades más avanzadas. En relación a los jóvenes se encontró una mayor proporción de sangrado gingival en Montevideo.

TABLA 5. Proporción de sangrado por región según edad y sexo

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	0,37 (0.3 - 0.44)	0,55 (0.46 - 0.64)	0,47 (0.41 - 0.53)
	Masculino	0,46 (0.38 - 0.54)	0,56 (0.46 - 0.65)	0,51 (0.45 - 0.57)
	Total	0,42 (0.36 - 0.47)	0,55 (0.49 - 0.62)	0,49 (0.45 - 0.53)
de 35 a 44	Femenino	0,32 (0.23 - 0.41)	0,43 (0.31 - 0.56)	0,38 (0.3 - 0.46)
	Masculino	0,44 (0.31 - 0.58)	0,52 (0.37 - 0.67)	0,49 (0.38 - 0.59)
	Total	0,38 (0.29 - 0.46)	0,48 (0.38 - 0.57)	0,43 (0.37 - 0.5)
de 65 a 74	Femenino	0,24 (0.14 - 0.33)	0,34 (0.21 - 0.47)	0,29 (0.21 - 0.37)
	Masculino	0,51 (0.36 - 0.65)	0,33 (0.17 - 0.49)	0,4 (0.28 - 0.51)
	Total	0,36 (0.27 - 0.45)	0,33 (0.23 - 0.44)	0,35 (0.27 - 0.42)

Acerca de la condición de bolsa periodontal (profundidad de surco gingival > a 4mm), se observa que la prevalencia no supera el 30% para las edades adultas (TABLA 6), manteniéndose a su vez similar para ambos tramos etarios, esta situación se debe al aumento de pérdida dentaria en el tramo etario de los adultos mayores. También se observa que existe una tendencia a que haya mayor proporción de bolsa para el sexo masculino en las edades adultas.

En la población joven se visualiza una prevalencia de bolsa significativamente mayor para la región del interior.

TABLA 6. Proporción de bolsa periodontal mayor a 4mm por región según edad y sexo

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	0,16 (0.11 - 0.22)	0,07 (0.03 - 0.11)	0,11 (0.08 - 0.15)
	Masculino	0,18 (0.1 - 0.25)	0,05 (0.01 - 0.09)	0,11 (0.07 - 0.15)
	Total	0,17 (0.12 - 0.21)	0,06 (0.03 - 0.09)	0,11 (0.08 - 0.14)
de 35 a 44	Femenino	0,22 (0.15 - 0.3)	0,17 (0.09 - 0.26)	0,2 (0.14 - 0.26)
	Masculino	0,48 (0.34 - 0.61)	0,34 (0.2 - 0.48)	0,4 (0.3 - 0.5)
	Total	0,34 (0.26 - 0.41)	0,26 (0.18 - 0.35)	0,3 (0.24 - 0.35)
de 65 a 74	Femenino	0,14 (0.08 - 0.19)	0,24 (0.14 - 0.34)	0,19 (0.13 - 0.24)
	Masculino	0,4 (0.29 - 0.51)	0,28 (0.15 - 0.41)	0,32 (0.23 - 0.42)
	Total	0,24 (0.18 - 0.3)	0,27 (0.18 - 0.35)	0,26 (0.2 - 0.31)

En la TABLA 7 se muestra la prevalencia de enfermedad periodontal considerándola a partir del estudio de dos de las condiciones: bolsa y PIP, el cual se midió sólo en los adultos y adultos mayores (35-44 y 65-74). La prevalencia global fue del 22% (IC: 18%-26%) y se observó que la prevalencia de enfermedad periodontal para los adultos mayores es casi el doble que en los adultos. No se encuentra diferencia en cuanto a las diferentes regiones (Interior y Montevideo) en ambos tramos etarios. La prevalencia fue significativamente mayor en sexo masculino en ambos tramos de edad.

TABLA 7. Proporción de enfermedad periodontal (bolsa y pip) por tramo etario, sexo y región

		Interior	Montevideo	Total
de 35 a 44	Femenino	0,1 (0.05 - 0.15)	0,07 (0.01 - 0.13)	0,08 (0.04 - 0.12)
	Masculino	0,3 (0.17 - 0.43)	0,21 (0.09 - 0.33)	0,25 (0.16 - 0.34)
	Total	0,19 (0.12 - 0.26)	0,14 (0.07 - 0.21)	0,16 (0.12 - 0.21)
de 65 a 74	Femenino	0,2 (0.12 - 0.28)	0,3 (0.18 - 0.43)	0,25 (0.17 - 0.33)
	Masculino	0,51 (0.37 - 0.66)	0,39 (0.21 - 0.56)	0,43 (0.31 - 0.55)
	Total	0,34 (0.26 - 0.43)	0,35 (0.24 - 0.46)	0,35 (0.27 - 0.42)
Total	Femenino	0,13 (0.08 - 0.17)	0,13 (0.08 - 0.19)	0,13 (0.09 - 0.17)
	Masculino	0,36 (0.26 - 0.46)	0,27 (0.17 - 0.37)	0,31 (0.23 - 0.38)
	Total	0,23 (0.18 - 0.29)	0,21 (0.15 - 0.27)	0,22 (0.18 - 0.26)

3. Maloclusiones

Según el índice de estética dental (TABLA 8) el promedio de DAI es de 24.49 (95% IC: 23.88 - 25.11) en los jóvenes del Uruguay, siendo similar en ambos sexos tanto para el interior como en Montevideo.

TABLA 8. Promedio de DAI por sexo y región

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	23,89 (22.67 - 25.11)	25,65 (24.28 - 27.01)	24,85 (23.91 - 25.78)
	Masculino	24,22 (23.18 - 25.25)	24,09 (22.86 - 25.31)	24,15 (23.35 - 24.95)
	Total	24,06 (23.27 - 24.86)	24,88 (23.96 - 25.8)	24,49 (23.88 - 25.11)

En la TABLA 9 observamos que los jóvenes uruguayos entre 15 y 24 años de edad presentan en su mayoría un nivel leve de maloclusión, el mismo es de 65%, encontrándose mayor proporción de individuos con maloclusión leve en el interior.

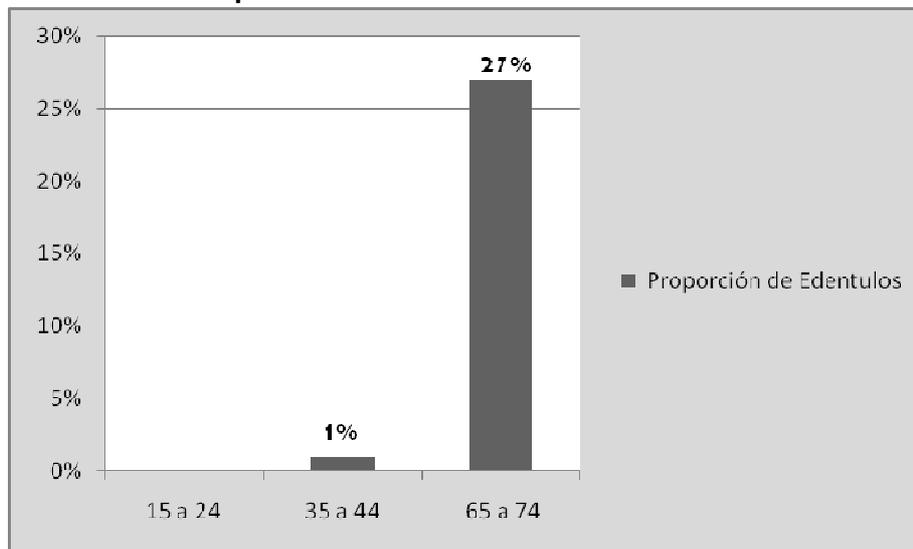
TABLA 9. Proporción de categorías de DAI por sexo y región

		Interior	Montevideo	Total
Femenino	Leve	0,71 (0.64 - 0.78)	0,59 (0.5 - 0.67)	0,64 (0.59 - 0.7)
	Moderada	0,13 (0.08 - 0.18)	0,20 (0.13 - 0.27)	0,17 (0.13 - 0.22)
	Severa	0,08 (0.04 - 0.12)	0,09 (0.04 - 0.14)	0,09 (0.05 - 0.12)
	Muy Severa	0,08 (0.04 - 0.12)	0,12 (0.06 - 0.17)	0,10 (0.06 - 0.14)
Masculino	Leve	0,67 (0.6 - 0.75)	0,65 (0.56 - 0.74)	0,66 (0.6 - 0.72)
	Moderada	0,17 (0.13 - 0.27)	0,23 (0.11 - 0.23)	0,20 (0.15 - 0.25)
	Severa	0,09 (0.04 - 0.14)	0,05 (0.05 - 0.14)	0,07 (0.04 - 0.1)
	Muy Severa	0,06 (0.06 - 0.17)	0,08 (0.02 - 0.11)	0,07 (0.04 - 0.1)
Total	Leve	0,69 (0.64 - 0.74)	0,62 (0.56 - 0.68)	0,65 (0.61 - 0.69)
	Moderada	0,15 (0.11 - 0.19)	0,22 (0.16 - 0.27)	0,18 (0.15 - 0.22)
	Severa	0,09 (0.06 - 0.12)	0,07 (0.04 - 0.1)	0,08 (0.06 - 0.11)
	Muy Severa	0,07 (0.04 - 0.1)	0,10 (0.06 - 0.13)	0,08 (0.06 - 0.1)

4. Pérdida Dentaria

En relación a la proporción de personas edéntulas (GRAFICA 2), en los adultos mayores es significativamente mayor que en los adultos 27% y 1% respectivamente. En el tramo etario de 15 a 24 años la proporción de jóvenes edéntulos es 0%.

GRAFICAA 2. Proporción de edéntulos.



Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Si se observa la proporción de dentición funcional (TABLA 10), ésta es mayor para los jóvenes 100%, siendo similar para ambas regiones (Interior y Montevideo) y en ambos sexos. La misma decrece a medida que aumenta la edad observándose una proporción de 23% en adultos mayores.

TABLA 10. Proporción de personas con dentición funcional (20 o más piezas) por tramo etario, sexo y región

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	0,98 (0.96 - 1)	1 (1 - 1)	0,99 (0.98 - 1)
	Masculino	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)
	Total	0,99 (0.98 - 1)	1 (1 - 1)	1 (0.99 - 1)
de 35 a 44	Femenino	0,63 (0.53 - 0.73)	0,62 (0.5 - 0.74)	0,62 (0.55 - 0.7)
	Masculino	0,7 (0.58 - 0.82)	0,8 (0.69 - 0.92)	0,76 (0.67 - 0.84)
	Total	0,66 (0.58 - 0.74)	0,72 (0.63 - 0.8)	0,69 (0.63 - 0.75)
de 65 a 74	Femenino	0,18 (0.11 - 0.25)	0,21 (0.12 - 0.29)	0,19 (0.14 - 0.25)
	Masculino	0,24 (0.14 - 0.35)	0,29 (0.16 - 0.42)	0,27 (0.18 - 0.36)
	Total	0,21 (0.15 - 0.26)	0,25 (0.17 - 0.34)	0,23 (0.18 - 0.29)
Total	Femenino	0,67 (0.63 - 0.72)	0,72 (0.67 - 0.78)	0,7 (0.66 - 0.74)
	Masculino	0,78 (0.72 - 0.83)	0,76 (0.7 - 0.82)	0,77 (0.73 - 0.81)
	Total	0,72 (0.69 - 0.76)	0,74 (0.7 - 0.78)	0,73 (0.71 - 0.76)

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Se considera pérdida severa de piezas dentarias, aquellos casos en los que las personas presentan 9 piezas o menos (excluyendo a los edentulos). La misma es más acentuada en la población de adultos mayores donde se observa (TABLA 11) una proporción de 0.53, observándose una proporción significativamente menor para el rango etario de 35 a 44. En los jóvenes no se observa pérdida severa dentaria.

TABLA 11. Proporción de personas con pérdida severa (9 piezas o menos) por tramo etario, sexo y región

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)
	Masculino	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)
	Total	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)
de 35 a 44	Femenino	0,18 (0.11 - 0.26)	0,12 (0.04 - 0.2)	0,15 (0.1 - 0.2)
	Masculino	0,03 (0 - 0.06)	0,05 (0 - 0.1)	0,04 (0 - 0.08)
	Total	0,11 (0.07 - 0.16)	0,08 (0.03 - 0.13)	0,1 (0.06 - 0.13)
de 65 a 74	Femenino	0,66 (0.58 - 0.75)	0,53 (0.42 - 0.64)	0,6 (0.53 - 0.67)
	Masculino	0,44 (0.32 - 0.55)	0,47 (0.34 - 0.61)	0,46 (0.36 - 0.56)
	Total	0,57 (0.5 - 0.64)	0,5 (0.4 - 0.59)	0,53 (0.47 - 0.59)
Total	Femenino	0,21 (0.18 - 0.25)	0,14 (0.1 - 0.18)	0,18 (0.15 - 0.2)
	Masculino	0,08 (0.06 - 0.11)	0,13 (0.08 - 0.18)	0,11 (0.08 - 0.14)
	Total	0,15 (0.13 - 0.18)	0,13 (0.1 - 0.17)	0,14 (0.12 - 0.16)

5. Lesiones de mucosa

En relación a las lesiones de mucosas se observó un total de 0.09 siendo mayor en la población del interior y encontrándose una mayor proporción en los adultos y adultos mayores (0.12 y 0.14 respectivamente) y una menor proporción en los jóvenes, 0.05.

TABLA 12. Proporción de lesiones de mucosa por tramo etario, sexo y región

		Interior	Montevideo	Total
de 15 a 24	Femenino	0,04 (0.01 - 0.08)	0,06 (0.02 - 0.09)	0,05 (0.03 - 0.08)
	Masculino	0,01 (0 - 0.02)	0,06 (0.01 - 0.11)	0,04 (0.01 - 0.06)
	Total	0,03 (0.01 - 0.04)	0,06 (0.03 - 0.09)	0,05 (0.03 - 0.06)
de 35 a 44	Femenino	0,13 (0.05 - 0.21)	0,11 (0.04 - 0.18)	0,12 (0.06 - 0.18)
	Masculino	0,17 (0.07 - 0.27)	0,07 (0 - 0.13)	0,11 (0.05 - 0.17)
	Total	0,15 (0.08 - 0.21)	0,09 (0.04 - 0.14)	0,12 (0.07 - 0.16)
de 65 a 74	Femenino	0,3 (0.22 - 0.38)	0,05 (0.01 - 0.09)	0,18 (0.13 - 0.24)
	Masculino	0,15 (0.08 - 0.23)	0,07 (0.01 - 0.14)	0,1 (0.05 - 0.15)
	Total	0,24 (0.18 - 0.3)	0,06 (0.02 - 0.11)	0,14 (0.11 - 0.18)
Total	Femenino	0,13 (0.1 - 0.17)	0,07 (0.04 - 0.11)	0,1 (0.08 - 0.13)
	Masculino	0,08 (0.05 - 0.12)	0,07 (0.03 - 0.1)	0,07 (0.05 - 0.1)
	Total	0,11 (0.08 - 0.14)	0,07 (0.05 - 0.09)	0,09 (0.07 - 0.11)

6. Condiciones relevadas según la cobertura de salud

Con respecto a la cobertura en salud se puede observar que aquellos que tienen cobertura de salud pública presentan mayor CPO que los que tienen cobertura de salud privada.

Lo mismo se observa en relación a la pérdida dentaria. No observándose ninguna diferencia a nivel de las bolsas periodontales.

	S. Pública	S. Privada	Total
CPO>0	0,94 (0.92 - 0.96)	0,89 (0.87 - 0.91)	0,91 (0.89 - 0.93)
Bolsa	0,21 (0.17 - 0.25)	0,20 (0.16 - 0.23)	0,20 (0.18 - 0.23)
Pérdida Severa	0,17 (0.14 - 0.21)	0,10 (0.08 - 0.13)	0,14 (0.12 - 0.16)

Artículos publicados en revistas internacionales con resultados sobre caries dental, enfermedad periodontal y pérdida dentaria.

1. Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay.

Resumen

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de enfermedad periodontal en la población adulta y anciana uruguaya y su asociación con factores comportamentales y socioeconómicos. Se utilizaron datos de adultos (35-44, n = 358) y ancianos (65-74, n = 411) participantes en el primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en Uruguay. El relevamiento incluyó un cuestionario sobre factores de riesgo, incluyendo tabaco. Sangrado al sondaje bolsa periodontal (IPC) y pérdida de inserción (PIP) fueron valorados mediante examen clínico. Considerando las dos edades, la prevalencia de enfermedad moderada/severa fue de 21,8% y 9,12% para severa. En el análisis multivariado, se observó asociación entre nivel universitario de educación y todas las variables de respuesta. La asistencia odontológica estuvo negativamente asociada con la enfermedad periodontal moderada a severa. La prevalencia fue mayor en el grupo con menor nivel

socioeconómico. En los ancianos, el hábito de fumar estuvo fuertemente asociado con la enfermedad periodontal.

Cad. Saúde Pública. 2015, Nov / Ministério da Saúde, Pública; 31(11):2425-2436 doi:10.1590/0102-311X00012115-

2. Dental caries in Uruguayan adults and elders: findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar las condiciones de caries y factores asociados en población adulta y adulta mayor uruguaya, a partir de datos del primer estudio uruguayo de salud oral. Los datos fueron representativos del país. Las condiciones socioeconómicas fueron evaluadas por cuestionarios. La caries dental fue evaluada por examen clínico, mediante el índice CPO-D. La muestra final evaluada fue de 769 personas. El CPO-D medio fue de 15,20 y 24,12 para los tramos de 35-44 años y de 65-74 años, respectivamente. La media de dientes cariados fue 1,70 entre los adultos y 0,66 entre los adultos mayores. El Análisis multivariable mostró una mayor severidad de caries: el tramo de 65-74 años, el bajo nivel socioeconómico, usuarios del servicio público de salud oral, y la presencia de sangrado gingival; mientras para caries sin tratar: el tramo de 35-44 años, el bajo nivel socioeconómico, el uso del servicio público de salud oral, el cepillado menor a dos veces al día, la necesidad auto-reportada para tratamiento dental y la presencia de caries radicular estuvieron asociadas. Adultos y adultos mayores uruguayos de bajo nivel socioeconómico concentran mayor carga de caries dental.

Cad Saúde Pública. 2015 Aug / Ministério da Saúde, Pública ;31(8):1663-72. doi: 10.1590/0102-311X00132214.

3. Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay

Resumen

Objetivos: Evaluar la prevalencia y gravedad de la pérdida de dientes en adultos uruguayos, evaluando su asociación con factores demográficos, socioeconómicos y conductuales; el uso de los servicios de salud; y la necesidad de tratamiento dental auto-reportada. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal de población entre los uruguayos de 65 a 74 años de edad. Los datos fueron recogidos a través de cuestionarios y exámenes clínicos. La variable dependiente, la pérdida de dientes, se clasificó en tres resultados distintos: dentición funcional (≥ 20 dientes), pérdida dentaria severa (< 9 dientes) y edentulismo. Las variables independientes fueron: sexo, situación socioeconómica, uso de servicios de salud, hipertensión, diabetes mellitus, tabaco, consumo frecuente de alcohol, hábitos de higiene y cuidado neonatal. **Resultados:** La muestra comprendía 341 individuos y la media de dientes presentes fue de 9.73 (95% IC, 8.77 - 10.69) para cada individuo. Se encontró a través del análisis multivariado, que la falta de dentición funcional, pérdida severa de dientes y edentulismo se asoció con menor nivel socioeconómico, consumo frecuente de alcohol y recibir tratamiento del sistema público de salud ($P < 0,05$). Los individuos con autoreporte de la necesidad de tratamiento dental tuvieron una pérdida de dientes más severa y presentaron un mayor grado de edentulismo ($P < 0,05$). **Conclusiones:** Existe una elevada prevalencia de pérdida severa de dientes en los uruguayos de edad avanzada, especialmente entre aquellos de niveles socioeconómicos bajos. Nuestros hallazgos destacan la importancia de las políticas de salud pública para prevenir y tratar la pérdida de diente.

Journal of Public Health Dent. 2016 Mar;76(2):143-51. doi:
10.1111/jphd.12123.

Análisis de datos y consideraciones finales

El Relevamiento Nacional en Salud Bucal 2010 - 2011 constituyó el Primer Relevamiento Nacional realizado en nuestro país para la población joven y adulta uruguaya. En el mismo se analizó la situación de caries dental, enfermedad periodontal, maloclusiones, lesiones de mucosa y pérdida dentaria, tanto de la población de Montevideo como del Interior del país, así como su distribución en relación al sexo y a la edad de la población. También, se propuso describir la relación de las patologías bucales con las características socioeconómicas y conductuales de la población, utilizando variables ya explicadas en la sección correspondiente.

Dado que es el Primer Relevamiento Nacional en la población joven y adulta uruguaya y no se poseen datos anteriores sobre salud bucal que contemplen las características metodológicas utilizadas en éste relevamiento, es que resulta pertinente comparar con países de la región, como Brasil, que posee no solamente un similar grado de desarrollo que nuestro país, (Índice de Desarrollo Humano para el 2016 de 0.754 y nuestro país de 0.793 para el mismo año) sino que también, posee varios relevamientos nacionales realizados, con la misma metodología utilizada en el relevamiento nacional de Uruguay basado en las Encuestas Basicas de Salud Oral (OMS, 1997)¹.

Dentro de los principales resultados presentados en este informe se destacan los relacionados a caries dental, evaluada a través del índice CPOD, donde es importante mencionar que al mismo siempre se lo presenta en relación con la edad, dada la probabilidad de que la patología resulte acumulativa a lo largo de los años.

El promedio de CPOD para el tramo de edad entre 15 – 24 años fue de 4.15, o sea aproximadamente 4 dientes afectados por individuo, muy similar al encontrado en Brasil en el último SB Brasil 2010, que fue de 4.25 para el tramo de 15 – 19 años respectivamente. Para la población adulta de entre 35 – 44 años la media de CPOD fue de 15.2 en Brasil, casi el triple a la encontrada en la población juvenil uruguaya. En la población brasilera del mismo tramo etario, el promedio de CPOD fue de 16.75 algo significativamente superior al nuestro. Algo similar ocurre para los adultos mayores, la media de CPOD fue de 24.13 mientras que para la población brasilera de la misma edad fue de 22.5, hecho que

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

confirma el carácter acumulativo de la patología, dadas las condiciones actuales de vida. En relación a la distribución del CPOD con respecto al sexo, se destaca un mayor promedio del mismo en la población femenina, en relación a la población masculina uruguaya²⁰.

Cabe destacar también, que el promedio de CPOD es significativamente mayor en la población juvenil del interior del país, que en la de Montevideo, hecho que también se constata, cuando se observa el porcentaje de libre de caries, siendo el mismo de un 15% para los jóvenes del interior, mientras que de un 23% para los jóvenes de Montevideo, destacándose de esta manera inequidades en el acceso a la salud bucal con respecto a la población joven de la capital en función a la región de residencia. A medida que avanza la edad, no se encuentran grandes diferencias entre Montevideo e interior. Con respecto al porcentaje de libre de caries para los jóvenes brasileños, éste fue de un 23.9%, bastante similar al de los jóvenes de Montevideo²⁰.

En relación a la prevalencia de caries según la edad, tanto para la población adulta como para los adultos mayores, la misma fue de un 100%, mientras que para los jóvenes fue de un 81%, sin diferencias significativas entre ambos sexos.

Con respecto a la media del CPOD en el primer tercil y en el tercer tercil (SIC), considerando cada tramo etario, se encontraron diferencias significativas entre uno y otro, en las edades adultas y adultas mayores, las mismas son más del doble entre uno y otro.

Otra de las patologías consideradas en el Relevamiento Nacional fue la enfermedad periodontal, medida a través del Índice Periodontal Comunitario (CPI). Dentro de las condiciones relevadas se destacan el sangrado gingival, la bolsa periodontal y la pérdida de inserción. Respecto al sangrado gingival, se destaca una mayor proporción en la población joven, siendo la mismo de 49%, constatándose así que casi la mitad de los adolescentes y jóvenes uruguayos presentan sangrado gingival, mientras que en las siguientes edades, la mismo disminuye considerablemente. Con respecto al sangrado gingival para la población brasilera de entre 15 – 19 años, el mismo fue de 33,8% algo inferior al de nuestra población para esa edad. Para los adultos brasileños fue similar al de la población uruguaya para esa edad, mientras que para los adultos mayores, el sangrado gingival fue considerablemente menor siendo de 18% para la población brasileña y de 35% para la población uruguaya²⁰.

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Con relación a la condición de bolsa periodontal, se puede observar que la distribución de la misma varía con la edad, siendo en la población adulta y adulta mayor donde se encuentra la mayor proporción de individuos con bolsa periodontal, siendo la misma de 0.3 y 0.26 respectivamente. Se destaca también, una mayor proporción para el sexo masculino tanto en los adultos, como en los adultos mayores. Similar situación se encontró en el SB Brasil 2010, donde la población adulta y adulta mayor presenta una mayor proporción de bolsa patológica. Cabe señalar que por las características del indicador CPI (registro parcial, 6 dientes índice) es muy probable que exista una estimación subvalorada de la enfermedad en cuanto a su prevalencia²⁰.

Por otra parte, cuando se observa la enfermedad periodontal, a partir de las condiciones: bolsa y pérdida de inserción (PIP), se constata que la proporción de enfermedad periodontal para los adultos mayores es el doble que en los adultos siendo de 35% y 16% respectivamente, no encontrándose diferencias en cuanto a Montevideo e Interior para ambos tramos etarios.

En relación a las maloclusiones para la medición de las mismas se utilizó el Índice de Estética Dental. El promedio del mismo fue de 24.49, siendo similar en ambos sexos tanto para el interior como para Montevideo. También se observó que los jóvenes presentan en su mayoría un nivel leve de maloclusiones, siendo éste de un 65%, muy similar al observado en Brasil donde se observó un 64.4% sin oclusopatía.

Con respecto a la proporción de personas edéntulas, la misma es significativamente mayor en los adultos mayores que en los adultos y jóvenes, siendo de un 27%, 1% y 0% respectivamente. Contrariamente, si se observa la proporción de dentición funcional, esta es del 100% para los jóvenes y la misma decrece a medida que aumenta la edad observándose una proporción de 23% en los adultos mayores.

Respecto a la pérdida severa de piezas dentarias la misma es más acentuada en la población de adultos mayores donde se observa una proporción de 53%, observándose una proporción significativamente menor, de un 1% para el rango etario de 35 a 44 años y no observándose la misma en los jóvenes. En el relevamiento SB Brasil 2010, se puede observar que los resultados referentes a pérdida dentaria, mantienen la misma relación de la población uruguaya, se da mayor pérdida en la población adulta mayor y menos en la población joven, sin embargo, la pérdida es más acentuada en la población brasilera, siendo la misma de un 91.9% para el tramo de 65 a 74 años, de 44.7% para la población de 35 a 44 años, y de 8.9% para los jóvenes²⁰.

Con respecto a las lesiones de mucosas se observó una prevalencia de lesiones de mucosa del 9% para toda la población, siendo ésta mayor en la población del interior, con un 11% con respecto a la de Montevideo que presentó un 7 %. También, se encontró una mayor prevalencia en la población adulta mayor, siendo la misma de un 14% con respecto a la población adulta y a la joven, que presentaron un 12% y 5% respectivamente.

Conclusiones

De las líneas expresadas, se puede concluir que en nuestro país, los principales problemas encontrados en salud bucal son, la caries dental, la enfermedad periodontal, la pérdida dentaria, las maloclusiones y las lesiones de mucosa. Desde el punto de vista etario, se destaca el aumento de la prevalencia de caries dental a medida que avanza la edad, confirmando el carácter acumulativo de la misma. Así como también, se observa la aparición de la enfermedad periodontal y de lesiones de mucosa, a partir de la edad adulta y adulta mayor. En relación a la pérdida dentaria se encuentra una mayor prevalencia de la misma en los adultos mayores, producto de la historia pasada de caries dental y enfermedad periodontal.

Desde el punto de vista regional, se destaca una mayor prevalencia de todas las patologías, en la población que vive en el interior del país, en relación a los que residen en Montevideo. Con respecto al sexo, se observó una mayor prevalencia de caries en el sexo femenino, mientras que para el sexo masculino se encontró una prevalencia mayor de enfermedad periodontal, no presentándose diferencias en relación al sexo para las otras patologías.

Por lo tanto, de todo lo expuesto se deduce que si bien en materia de salud bucal estamos en una situación similar a Brasil, todavía tenemos mucho para seguir trabajando en el país y ello abarca también a la Facultad de Odontología. Será necesario el diseño de estrategias conjuntas, intersectoriales, abordando los factores comunes de riesgo a enfermedades no transmisibles y bucales de manera de racionalizar y potenciar los recursos públicos existentes, a fin de lograr garantizar el derecho a la salud bucal de nuestra población.

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Se espera que la información contenida en ésta publicación, de éste estudio poblacional, sea un insumo para la planificación y elaboración de planes y programas en salud bucal en el contexto del actual sistema nacional de salud uruguayo.

Es nuestro deseo que el presente estudio, contribuya a disminuir las inequidades en salud bucal, producto de una desigual distribución de la riqueza en las sociedades capitalistas, que terminan impactando en el perfil reproductivo de cada clase social, así como también en las condiciones y estilos de vida de las mismas. Como consecuencia, se producen a largo plazo inequidades, que dificultan el acceso equitativo a la atención a la salud bucal de cada clase social, así como también al acceso a condiciones básicas de vida (acceso al agua potable, dieta saludable, etc.) que repercuten directamente en la salud bucal de la población.

Por lo anteriormente mencionado, éste relevamiento se presenta como un insumo de utilidad en cuanto a los criterios para la redistribución y/o asignación de recursos nuevos para la Odontología en el Sistema Nacional Integrado de Salud, para que de ésta forma no sólo se garantice, sino que se efectivice el derecho a la salud bucal, como parte integrante de la salud general.

Por otra parte, también se busca propender a generar nuevas líneas de investigación en salud bucal en el país, así como también permitir a la Facultad de Odontología como institución formadora de recursos humanos, ajustar el perfil del egresado a la realidad nacional en salud bucal.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Buco Dental. Métodos Básicos. 4ed. Ginebra: WHO, 1997. 67p.
2. Uruguay. Poder Legislativo. Ley N°18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>. [Acceso 20/12/2017].
3. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Catálogo de prestaciones. Anexo II. En: Decreto No. 001-3281/2008 CM/568 (Oct 3, 2008). Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2227_1.html. [Acceso 20/12/2017].
4. Lorenzo S, Álvarez R, Blanco S, Peres MA. Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya. Aspectos metodológicos. Odontoestomatología. 2013; XV: 8-25.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Atenção Básica. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 Resultados Principais. – DF 2005. Disponível en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf [Acceso 20/12/2017].
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000:manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condSB_man_exam.pdf [Acceso 20/12/2017].
7. Angulo M., Bianco P., Cuitiño E., Silveira A. Relevamiento y análisis de caries dental, fluorosis y gingivitis en adolescentes escolarizados de 12 años de edad en la ROU. Primer reporte Nacional. Montevideo, 2010 – 2011.
8. Olmos P, Piovesan S, Musto MS, Lorenzo S, Alvarez R. La caries dental, enfermedad oral mas prevalente. Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. Odontoestomatología 2013; XV: 26 – 34.
9. Giuseppe Roncalli A. et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrazil 2010 de interesse para inequéritos nacionais de saúde. Cad Saude Publica Rio de Janeiro. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v28s0/06.pdf> [Acceso 20/12/2017].
10. Lorenzo S., Piccardo V., Alvarez F., Massa F., Alvarez-Vaz R. Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país. Un estudio poblacional. Odontoestomatología 2013; XV: 35 – 46.
11. Ourens M, Roger KC, Hilgert J, Lorenzo S, Neves F, Alvarez-Vaz R, Abbeg C. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay en el relevamiento nacional de salud bucal 2010-2012. Odontoestomatología 2013; XV: 47 - 57.

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

12. Nicola P., Silveira H., Derrégibus L., Rodríguez de Amores A., Demarco F., Lorenzo S. Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay. *Journal of Public Health Dentistry* 2015.
13. Casnati B, Alvarez-Vaz R, Mazza F, Lorenzo S, Angulo M, Carzoglio J. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. *Odontoestomatología* 2013; XV: 58 - 67.
14. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Validación Nacional del Índice de Nivel Socio Económico para estudios de mercado y opinión pública. Montevideo: Facultad de Sociología, 2006. 100p.
15. Comisión Agrupada de Nivel Socio Económico. Índice Primario de Nivel Socio Económico para Montevideo. Montevideo: CAINSE, 2004. 92p.
16. Fernández, A., Perera, M. Índice de Niveles Socio-Económicos (INSE). Informe Final. Montevideo: CPA-Ferrere, 2003.
17. OMS. El método step wise de la OMS para la vigilancia. Modulo opcional de salud oral. Disponible en: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/> [Acceso 20/12/2017].
18. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Información Cartográfica Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/mapas/mapas2011/inicio.html>
19. Uruguay. Consejo de Ministros. Decreto 379/08 promulgado agosto 2008 publicado 14 de agosto de 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB BRASIL 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf [Acceso 20/12/2017].

Anexos

Facultad de Odontología Udelar - CSIC Ministerio de Salud Pública



Datos

1. N° de formulario
N°

2. Fecha de la entrevista
DD / MM / AAAA
 / /

3. Datos personales

Departamento

Localidad

Zona censal

Sección

Segmento

Este cuestionario tiene la finalidad de vincular los datos clínicos, o sea el resultado de la revisión bucal que le realizaremos con su situación de vida, su salud general y comportamiento. Al comprender cómo se producen y desarrollan las enfermedades bucales y cuál es su relación con su modo de vida, será posible diseñar medidas preventivas y de tratamiento, de acuerdo a las necesidades de la población del Uruguay.

4. Datos demográficos

Edad

Sexo

Nivel socioeconómico del hogar

A) Número total de años de Estudio
B) INSE reducido (9 preguntas)

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

3. ¿Cuándo fue su última visita al dentista?

DD MM AAAA
/ /

4. ¿Cuál fue el motivo?

5. ¿Piensa que necesitaría atención actualmente?

SI NO NSNC

6. Ha sentido dolor de dientes o en su boca, en los últimos 6 meses?

SI NO NSNC

Hábitos y factores de riesgo común

1. En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas?

N° de días
 NSNC

**2. ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días?
(Explicar que es una porción)**

N° de porciones
 NSNC

**3. En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras y hortalizas?
(Excepto papa, boniato)**

N° de días
 NSNC

**4. ¿Cuántas porciones de verduras y hortalizas come en uno de esos días?
(Explicar qué es porción)**

N° de porciones
 NSNC

5. ¿Consume mate?

SI
 NO
 NSNC

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

6. De haber contestado SI a la pregunta anterior:

Dulce

Amargo

NS/NC

No Corresponde

7. En una semana típica, ¿Cuántos días consume mate?

N° de días

NS/NC

No Corresponde

8. Fuma usted actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?

SI NO NS/NC

9. De haber contestado SI a la pregunta anterior, ¿fuma usted a diario?

SI NO NS/NC No Corresponde

10. ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. a diario?

11. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] en los últimos 12 meses?

SI NO NS/NC

12. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?
(Leer las respuestas)

<input type="radio"/> A diario	<input type="radio"/> 1 a 3 días al mes
<input type="radio"/> 5 a 6 días a la semana	<input type="radio"/> Menos de una vez al mes
<input type="radio"/> 1 a 4 días a la semana	<input type="radio"/> No corresponde

Enfermedades generales

1. ¿En los últimos 12 meses, le ha medido la presión arterial un profesional de la salud alguna vez?

SI NO NS/NC

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

2. ¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted hipertensión arterial?

SI NO NS/NC

3. De haber respondido SI a la pregunta anterior, ¿le dijeron eso en los últimos 12 meses?

SI NO NS/NC No Corresponde

4. Le han medido el azúcar en la sangre?

SI NO NS/NC

5. ¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted Diabetes?

SI NO NS/NC

6. De haber respondido SI a la pregunta anterior, ¿le dijeron eso en los últimos 12 meses?

SI NO NS/NC No Corresponde

Salud bucal

1. ¿Cada cuanto cepilla sus dientes?

Nunca 2 a 6 veces a la semana
 Una vez al mes Una vez al día
 2 a 3 veces al mes Dos o más veces al día
 Una vez a la semana NS/NC

2. ¿Utiliza pasta dentífrica para cepillar sus dientes?

SI NO NS/NC

3. Durante los pasados 12 meses, ¿le causaron molestias, dolor o incomodidad sus dientes o su boca?

SI
 NO
 NS/NC

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal			
4. Ha experimentado alguno de los siguientes problemas durante los pasados 12 meses debido al estado de sus dientes? (preguntar para cada uno de los ítems que figuran)			
	SI	NO	NS/NC
Dificultad para masticar los alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para hablar o pronunciar palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió nervioso o tenso debido a problemas con sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultades en su aspecto, apariencia (estéticas) debido a sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitó sonreír debido a sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que interrumpir el sueño debido a sus dientes o boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No concurre al trabajo debido a sus dientes o boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultades para realizar las actividades que suele realizar todos los días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fue menos tolerante con su pareja, familiar cercano o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redujo su participación en actividades sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Existen Motivos que le dificultan mantener su boca sana? (Explicar)			
<input type="radio"/> SI			
<input type="radio"/> NO			
<input type="radio"/> NS/NC			
Cuales			
<input type="text"/>			
Curso de vida			
1. La situación socio económica de su familia cuando Ud. tenía 6 años podría ser clasificada como:			
<input type="radio"/> Muy baja			
<input type="radio"/> Baja			
<input type="radio"/> Media			
<input type="radio"/> Alta			
<input type="radio"/> Muy alta			
<input type="radio"/> No contesta			

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

Uruguay 2010-1° Relevamiento Nacional en Salud Bucal

2. Cuál era la escolaridad de su madre cuando Ud. tenía 6 años?

- No se / no vivía con ella
- Ella no sabe leer ni escribir
- Enseñanza primaria incompleta
- Enseñanza primaria completa
- Enseñanza secundaria incompleta
- Enseñanza secundaria completa
- Universidad incompleta o terciaria equivalente
- Universidad completa o terciaria equivalente
- No contesta

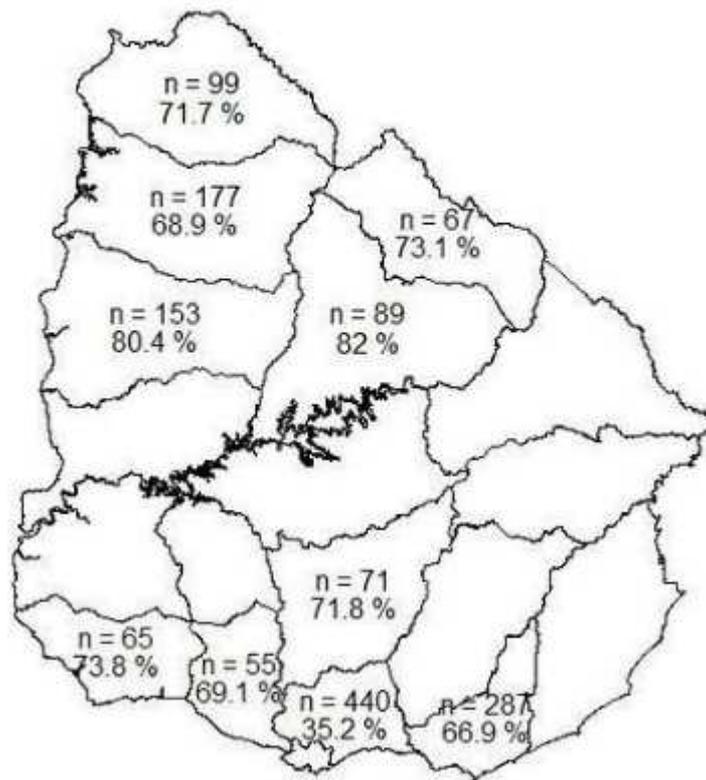
3. La situación socio económica de su familia HOY, podría ser clasificada como:

- Muy baja
- Baja
- Media
- Alta
- Muy Alta
- No contesta

Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos

1° RELEVAMIENTO NACIONAL DE SALUD BUCAL		FICHA DE EXAMEN		EXAMINADOR	<input type="checkbox"/> ORIGINAL											
Organiza: Facultad de Odontología Universidad de la República- CSIC		Agencia: INE Asesora: Ministerio de Salud Pública		REGISTRADOR	<input type="checkbox"/> COPIA											
					N° FICHA <input style="width: 40px;" type="text"/>											
INFORMACION GENERAL																
FECHA		<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>											
NOMBRE		DIA		MESES	ANO											
DEPART.		LOC.		DIRE.	TEL.											
EDAD		SEXO														
EDENTULISMO		MUCOSA ORAL		CONDICION PERIODONTAL												
USO DE PROTESIS SUP.	<input type="checkbox"/>	TRASTORNO	<input type="checkbox"/>	← CPI →												
USO DE PROTESIS INF.	<input type="checkbox"/>	LOCALIZACION	<input type="checkbox"/>	16/17	16/17											
NECESIDAD DE PROTESIS SUP.	<input type="checkbox"/>			11	11											
NECESIDAD DE PROTESIS INF.	<input type="checkbox"/>			26/27	26/27											
				31	31											
				36/37	36/37											
				46/47	46/47											
				SANGRADO	SARRO											
				BIELSA	PIP											
CONDICION OCLUSION DENTAL																
DENTICION	<input type="checkbox"/>	N° INCISIVOS, CANINOS, PREMOLARES PERDIDOS														
ESPACIAMIENTO	<input type="checkbox"/>	APACAMIENTO REGION DE INCISIVOS	<input type="checkbox"/>	SEPARACION REGION DE INCISIVOS	<input type="checkbox"/>											
				DISTANCIA EN mm	MAXIMA REG. DEL MAXILAR											
					MAXIMA REG. DE LA MANDIBULA											
OCLUSION	<input type="checkbox"/>	OVERJET MAXILAR ANTERIOR EN mm	<input type="checkbox"/>	OVERJET MANDIBULAR ANTERIOR EN mm												
				MEJORA ABERTURA VERTICAL EN mm	RELACION MOLAR ANTEROPOSTERIOR											
ESTADO DE LA DENTICION Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO																
	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
CORONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
CORONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA Y CONSULTA																
ASISTENCIA						CONSULTA	<input type="checkbox"/>									
TRASTORNO QUE AMENAZA LA VIDA	<input type="checkbox"/>					OBSERVACIONES:									
DOLOR O INFECCION	<input type="checkbox"/>														
OTRO TRASTORNO	<input type="checkbox"/>														

Distribución de la muestra y porcentaje de respuesta según departamento



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Rector de la Universidad de la República
Dr. Roberto Markarian

Decano de la Facultad de Odontología
Prof. Dr. Raúl Riva

Departamento de Publicaciones

Directora
Prof. Dra. María del Carmen López

Secretaria
Prof. Adj. Dra. Sylvia Piovesan

Bibliotecóloga
Lic. Carina Patrón

Las Heras 1925
Tel.: (598) 2487 3048 - Fax: (598) 2487 3837
unipubli@odon.edu.uy

Montevideo - Uruguay