

ENCUESTA DE SALUD ORAL ENTRE ESCOLARES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2018

MANUAL DEL EXPLORADOR

JUSTIFICACION

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) recomienda la realización de encuestas de salud oral periódicas con objeto de monitorizar la evolución del nivel de salud oral de las poblaciones y analizar los cambios ocurridos. La última encuesta realizada en Asturias data de 2008. Transcurridos diez años desde entonces, se justifica la realización de una nueva encuesta.

OBJETIVOS

La principal finalidad de este proyecto es la realización de un seguimiento de los principales indicadores de salud oral que permitan la comparación con los estudios previos de 1993 y 2008, así como con los realizados en España.

METODOLOGIA

Se tratará de un estudio observacional, transversal, descriptivo-analítico. Esta encuesta será similar a la encuesta previa de 2008, ya que respetará su metodología, muestreo y análisis por Área Sanitaria.

La encuesta reunirá las siguientes características:

- Representativa del territorio, con análisis sobre la vigente configuración en Áreas Sanitarias.
- Incluirá las cohortes o grupos etarios infantiles recomendados por la OMS: 5-6 años, 12 años y 15 años.
- Variables clínicas imprescindibles que el estudio deberá recoger serán el estado de caries (incluyendo caries temporal en el grupo 5-6 años), fluorosis, desgaste dental y HMI (grupo de 12 años), CPI (grupo de 15 años).
- Variables sociodemográficas tales como género, nivel socioeconómico del sujeto explorado y la nacionalidad del mismo.
- Deberá responder a una serie de cuestiones referidas a la percepción sobre dolor o molestias y visitas al dentista en los últimos 12 meses, además de hábitos de cepillado.

La ficha de recogida de datos obtenidos de la exploración intraoral y anamnesis consta de los siguientes apartados:

- A. Identificación del explorador (casillas 1-12).
- B. Datos personales del sujeto explorado (casillas 13-35).
- C. Centro educativo donde se realiza la exploración (casillas 36-42).
- D. Exploración dental, con referencia a:
 - Fluorosis Dental (casilla 43).
 - Hipomineralización incisivo-molar (casillas 44 a 46).
 - Desgaste dental (casilla 47).
 - Estado de la Dentición y Necesidad de Tratamiento (casillas 48 a 103).
- E. Índice Periodontico Comunitario IPC (casillas 104 a 109).
- F. Maloclusión (casilla 110).
- G. Entrevista a los sujetos explorados con cuestiones sobre:
 - Cepillado (casilla 111).

- Percepción (casillas 112 y 113).
 - Visitas al dentista (casilla 114).
- H. Otra condición relevante a recoger en “Observaciones” (casilla 115).

La descripción de esta ficha es la siguiente:

A. Identificación del explorador.

Este apartado presenta una serie de casillas (de la 1 a la 12), de cumplimentación obligatoria para identificar al individuo explorado. La fecha de exploración se anota mediante varias casillas, empleando siempre 2 dígitos. Así el año se anota en las casillas 1 y 2, el mes en las casillas 3 y 4, y el día en las casillas 5 y 6. Es importante tener en cuenta que en el caso de que tanto el día como el mes fueran menores de 10 se colocaría un cero en la primera casilla correspondiente al día o al mes. El año siempre se anotará empleando sus dos últimos dígitos. En concreto para nuestro estudio que se desarrolla en 2018 se anotará un uno en la casilla 1 y un ocho en la casilla 2. El número de identificación se anotará en las casillas 7 a la 10. Cada individuo explorado tendrá un número de identificación propio que consta de 4 dígitos. El primero corresponde al número que se le asigna a cada examinador y los tres siguientes serán consecutivos empezando desde 001 hasta que termine la totalidad de su muestra.

Las casillas 11 y 12 corresponden al examinador. Permitirá asignar por parte del equipo investigador un número de hasta 2 dígitos para identificar y distinguir a cada uno de los examinadores participantes en el estudio.

B. Datos personales del sujeto explorado

La fecha de nacimiento se anotará de forma similar a la fecha de exploración empleando las casillas 13 a la 18, que corresponden al año y mes de nacimiento, mientras que las casillas 17 y 18 se anotará la edad con dos dígitos. Sólo para el grupo de 5-6 años, la casilla 17 será 0. La casilla 19 se refiere al sexo. Se reflejará con el código 1 si es hombre y 2 si es mujer.

Existe un espacio diseñado para anotar la clave del nombre y apellidos del individuo explorado en las casillas 20 a 22. Se cubrirá con la primera letra de su nombre de pila (el primer nombre si es compuesto) en la 20, de su primer apellido en la 21 y de su segundo apellido en la 22. Si no tuviera segundo apellido se registrará con un 9.

La casilla 22 sirve para registrar si el sujeto ha repetido curso académico en al menos una ocasión.

El origen se registra en la casilla 24. Se consignará 0 si el individuo ha nacido en España, 1 si proviene de otro país de la Unión Europea (UE) con independencia de los años que resida en nuestro país. Así de esta forma si proviene de algún país europeo no perteneciente a la UE se consignará un 2, si proviene de Canadá o Estados Unidos (EEUU) un 3, otro país de América un 4, Asia un 5, África un 6, y finalmente Oceanía un 7.

En las celdas 26 y 27 se anotarán los años que lleva viviendo en España. La casilla 28 se deja en blanco.

En las casillas 29 y 30, existe una pregunta sobre la ocupación laboral de los progenitores / tutores legales. Se registra anotando la profesión genérica pero interpretando lo menos posible la información que nos transmiten y resumiendo al máximo el concepto. Por ejemplo: “dentista”, “albañil”, “operario de grúa”, etc.

En los jubilados y parados deberemos anotar la última ocupación que tuvo, escribiendo J o P antes de la ocupación. Por ejemplo “J-dentista” o “P-albañil”.

En el apartado de residencia se registra el lugar donde vive el sujeto explorado. Se registrarán los tres últimos dígitos del Código Postal de la residencia del individuo en las casillas 32, 33 y 34. La casilla 35 se deja en blanco.

C. Centro educativo donde se realiza la exploración

Se registra escribiendo el nombre completo del centro donde se explora, en la casilla 36. Además, las tres últimas cifras del código postal donde se encuentra el colegio se anotarán en las casillas de la 37 a la 39. La titularidad del mismo, en la casilla 40, se registra anotando 1 si es público y 2 si de titularidad privada concertada.

También se registran el municipio donde se encuentra el centro en las casillas 37, 38 y 39, escribiendo las tres últimas cifras del código postal donde se encuentra el centro educativo y el Área Sanitaria (en número) a la que pertenece en la 42.

D. Exploración dental:

El examinador debe llevar guantes y una lámpara frontal con luz halógena. El niño puede estar sentado y el examinador sentado o en pie detrás o bien en pie enfrente. Los datos del examen serán anotados en la ficha de inmediato. De ser posible los niños irán entrando de uno en uno a la exploración y un profesor debe estar pendiente de los que están esperando por fuera. La exploración se hará con la luz frontal para la exploración dental y periodontal y se debe apagar la lámpara para valorar la fluorosis.

○ **Fluorosis dental**

La presencia de fluorosis se registra en la casilla 43 y únicamente para el grupo de 12 años. Las lesiones originadas por el flúor suelen ser bilaterales y simétricas, y tienden a mostrar una estructura estriada horizontal a través del diente. Se afectan con especial frecuencia los premolares y segundos molares, seguidos de los incisivos superiores. Los incisivos inferiores son los menos afectados. Se emplearán los criterios definidos por el índice de Dean, que clasifica la fluorosis entre el grado “discutible” e “intenso”. El registro se debe basar en los dos dientes más afectados. Si los dos dientes no están afectados por igual, se debe registrar el grado correspondiente al menos afectado de ambos.

Los códigos empleados y criterios diagnósticos correspondientes son:

- Código 0: Normal. La superficie del esmalte es suave, brillante y habitualmente de color blanco-crema pálido.
- Código 1: Discutible. El esmalte muestra ligeramente alteraciones de la traslucidez del esmalte normal, que pueden variar entre algunos puntos blancos y manchas dispersas.

- Código 2: Muy ligera. Pequeñas zonas, blancas como el papel y opacas, dispersas irregularmente en el diente pero afectan a menos del 25% de la superficie dental labial.
- Código 3: Ligera. La opacidad blanca del esmalte es mayor que la correspondiente al código anterior, pero abarca menos del 50% de la superficie dental.
- Código 4: Moderada: La superficie del esmalte de los dientes muestra un desgaste marcado; además, el tinte pardo es con frecuencia una característica que afea al individuo.
- Código 5: Intensa. La superficie del esmalte está muy afectada y la hipoplasia es tan marcada que puede afectarse la forma general del diente. Se presentan zonas excavadas o gastadas y se halla un extendido tinte pardo.
- Código 8: Excluida. por ej., un diente con corona.
- Código 9: No registrada.

Código 0: Normal



Código 1: Discutible



Código 2: Muy ligera



Código 3: Ligera



Código 4: Moderada



Código 5: Intensa



○ **Hipomineralización incisivo-molar (HIM)**

La HIM se define como una hipomineralización de origen sistémico que afecta de 1 a 4 primeros molares permanentes combinado con la afectación de los incisivos permanentes. En las arcadas se manifiesta de forma asimétrica.

Siguiendo los criterios diagnósticos de la Academia Europea de Odontopediatría (2003), la hipomineralización se presenta como una opacidad que altera la translucidez normal del esmalte, variable en grado, extensión o color (blanco, amarillo, o marrón). A veces asociado a fracturas de esmalte, restauraciones atípicas que no se corresponden con el patrón de caries normal e incluso invaden cúspides en los primeros molares. También se pueden encontrar restauraciones en la cara vestibular de los incisivos, sin estar relacionadas con historia previa de traumatismos, tratamientos con brackets y distintas del diseño convencional de clase V de la clasificación de Black.

El grado de afectación por Hipomineralización incisivo-molar se anotará mediante la casilla 44 empleando los siguientes códigos:

- Código 0= No. Ningún incisivo o primer molar permanente presenta signos de hipomineralización.
- Código 1= Leve. Opacidades aisladas y bien delimitadas en áreas de no estrés con ausencia de pérdida de tejido duro.
- Código 2= Moderada/Severa. Opacidades delimitadas en el tercio oclusal/Incisal con o sin fractura del esmalte tras la erupción, pudiendo observarse caries asociadas o restauraciones atípicas.
- Código 9: No registrada.

Además en la casilla 45 se anota el número de incisivos permanentes afectados y en la casilla 46 el de primeros molares permanentes afectados por hipomineralización.

Código 1: Leve



Código 2: Moderada-Severa

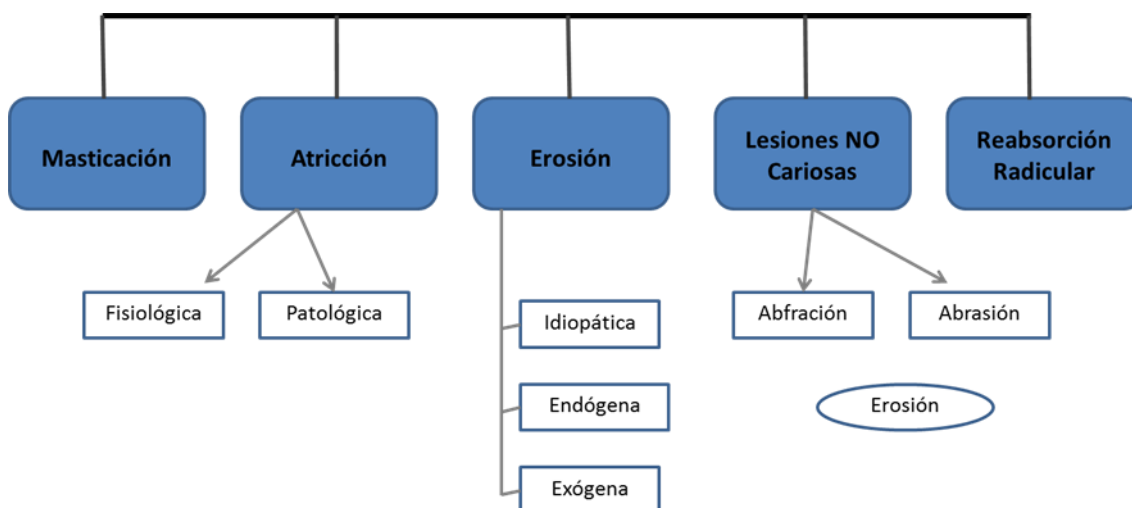


Código 2: Moderada-Severa



○ Desgaste dental

Actualmente el DESGASTE DENTAL se considera multifactorial, donde varios factores/causas interactúan a lo largo de la vida del diente con diferentes mecanismos y lesiones que interesa conocer; y son los siguientes:



Vamos a ir desglosando cada uno de ellos para un mayor entendimiento:

a. Atrición:

Desgaste que ocurre por los contactos entre dientes opuestos que pueden ocurrir de manera fisiológica durante la última fase de la masticación, la deglución y el habla o bien de manera patológica durante el apretamiento o rechinar bruxista. Habitualmente aparece en bordes incisales y caras oclusales pero también en caras proximales.

b. Atrición Fisiológica:

Es la cantidad de esmalte que se desgasta de forma natural, de 10-50 micras al año. Se presenta un mayor desgaste y profundidad en caninos y premolares.

Normalmente no ocurre de manera uniforme en todos los pacientes ni en todos los dientes. Y estas diferencias responden tanto a factores extrínsecos (masticación) como intrínsecos (dependientes del propio diente, características oclusales y personales).

c. Atrición Patológica:

La atrición patológica, o también llamada bruxista, es un desgaste que ocurre fundamentalmente en dientes anteriores, pues está confirmado que el rechinar en protrusión y/dirección lateral es el patrón prevalente entre los bruxistas.

d. Erosión:

Es el desgaste/destrucción de estructura dental provocada por un medio ácido sin concurso bacteriano de la flora oral, luego puede ocurrir en áreas sin placa dental. No es posible la remineralización del esmalte, luego es un proceso gradual, crónico e irreversible.

A destacar: es la causa más importante de desgaste dental.

Etiología de la Erosión: podemos decir que se debe a tres causas exógenas, endógenas e idiopáticas:

1. Causas Exógenas:

MEDIO AMBIENTE TRABAJO	BEBIDAS/ALIMENTOS	FARMACOS Y DE HIGIENE ORAL
-La menos frecuente. -Trabajadores de industrias químicas, fundición. -Los que cloran aguas y piscinas y nadadores. -Sumillers, catadores de vino (en cara vestibular de incisivos superiores).	-Lo más frecuente por los ácidos añadidos a bebidas y alimentos. -Ensaladas, vinagre, limón. -Dietas vegetarianas. -Coca-cola, otras bebidas carbonatadas y zumos. -Infusiones de té de hierbas.	-AAS y derivados. -Acido ascórbico (Vit C). -Sustitutos de la saliva. -Hidralacina y otros en enfermedades sistémicas a base de fosfatos. -Colutorios. -Agentes blanqueantes.

Si el pH es menor que el salival puede causar erosión,

2. Causas Endógenas:

REFLUJO GASTROESOFAGICO	ABUSO ALCOHOL	BULIMIA, ANOREXIA NERVIOSA Y RUMIACION
-El jugo gástrico tiene un ph de 1. -Suele aparecer en caras palatinas de incisivos superiores y más tarde caninos, cúspides palatinas de premolares y resto dientes.	-por los vómitos frecuentes y por la gastritis crónica y esofagitis con reflujo.	-Es decir, desórdenes psicológicos y/psiquiátricos. -En la bulimia el peso y el aspecto puede ser normal y no se sospecha esa condición.

3. Erosión Idiopática:

Posiblemente haya reflujo gastroesofágico u otras anomalías digestivas sin diagnosticar y el dentista sea el primero en sospecharlo.



Lesiones Cervicales NO Cariosas:

El bruxismo puede provocar este tipo de desgaste pero también la sobrecarga oclusal y se habla entonces de ABRACCIÓN, el cepillado y otras fuerzas mecánicas de roce y se habla de ABRASIÓN y también los ácidos exógenos o endógenos y es una EROSIÓN.

PREVALENCIA: Aumentan con la edad, los premolares son los más afectados con una prevalencia variable del 5 al 85%. Las lesiones superficiales son más frecuentes en el maxilar y las de forma de cuña en la mandíbula.

Clínicamente son dos tipos de lesión:

- Forma de plato, cóncavas, planas poco profundas.
- Forma de cuña, de hachazo, profundas con bordes bien marcados y definidos.

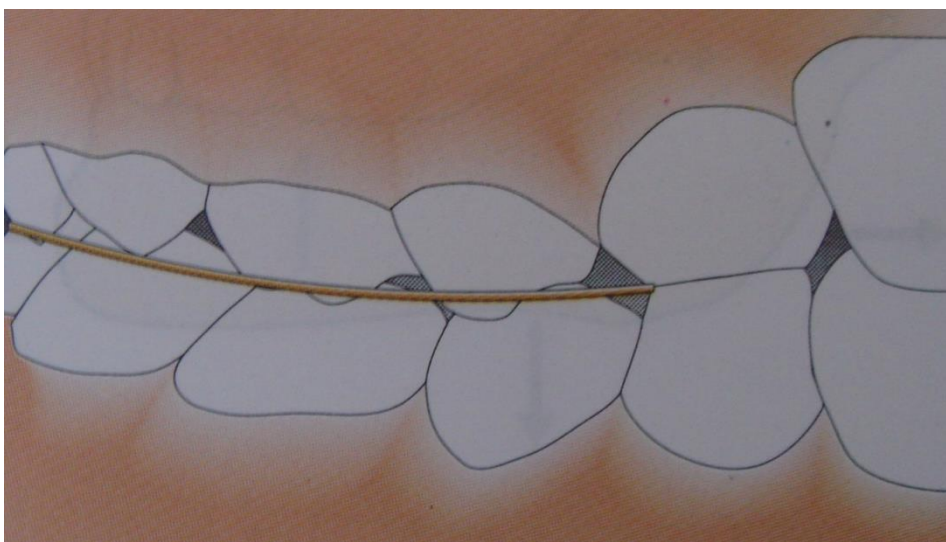


En niños, también deberemos recordar la evolución natural de la dentición, tanto temporal, como mixta como mixta-definitiva:

- Saber que una vez completada la dentición temporal, los niños presentan una Desoclusión Canina.



- Que posteriormente por desgaste dental, debido a las características del esmalte se convierte en Función de Grupo Posterior.



- Hasta llegar en las últimas fases de la dentición temporal a una oclusión balanceada bilateral (OBB).



La OBB es una de los objetivos de la dentición temporal.

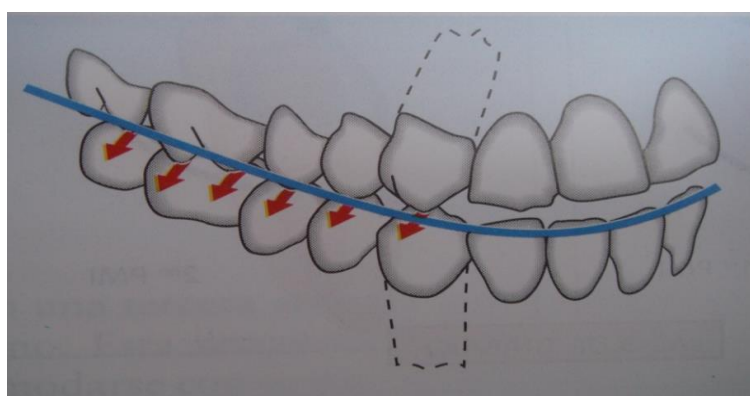
La existencia de OBB implica predominio de ciclos masticatorios horizontales.

La OBB, además, cumple otra función específica que consiste en estimular el crecimiento y desarrollo de los maxilares, lo que puede implicar Bruxismo Nocturno Fisiológico.

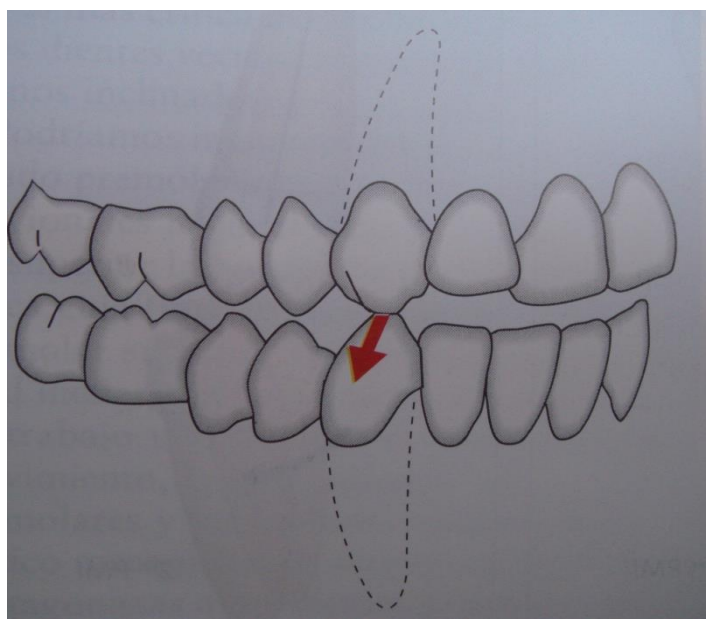
Otra característica de los dientes temporales es la calidad y cantidad del esmalte que presentan, de ahí la posibilidad de mayor desgaste favoreciendo la abrasión de las superficies oclusales y por lo tanto, compensa la forma en que funciona el sistema, evitando interferencias puntuales que serían más lesivas para este tipo de organización.

En la dentición mixta cabe destacar:

- En el momento de la erupción de algunos dientes permanentes, que van a presentar cúspides con puntas muy agudas, todavía seguirá el predominio de ciclos horizontales lo que dará lugar a FACETAS ADAPTATIVAS (sobre todo en primeros molares inferiores en cara vestibular).
- Llegará el momento de la evolución o cambio desde la OBB a Oclusión Balanceada Unilateral.



Para en la última fase, en fase entre Dentición Mixta-Permanente, con la erupción completa de los caninos, esa oclusión balanceada unilateral, evolucione a función de grupo u oclusión orgánica o mutuamente protegida:



El desgaste dental se registra en la casilla 47.

○ Estado de la Dentición y Necesidades de Tratamiento

Para el diagnóstico de caries, la OMS recomienda utilizar un espejo bucal plano y una sonda de punta redonda. El procedimiento de exploración debe ser sistemático, efectuándose el examen de manera ordenada pasando de un diente o espacio dental al diente o espacio dental adyacente.

Debe considerarse que un diente está presente en la boca cuando cualquier parte del mismo es visible. En caso de la presencia de un diente permanente y uno temporal en el mismo espacio, debe evaluarse el estado del permanente.

Para codificar el ESTADO de la dentición se utilizan letras y números, rellenando las casillas correspondientes a este efecto en el formulario. Las casillas 48 a 61 se emplean para el registro del estado de la corona de los dientes del maxilar superior, y las casillas 76 a la 89 para el maxilar inferior. Además, las casillas 62 a 75 y 90 a 103 se destinan para valorar la NECESIDAD DE TRATAMIENTO para cada uno de los dientes del maxilar superior e inferior respectivamente.

Las casillas que se utilizan son las mismas tanto para dentición temporal como para permanente; así cuando anotemos un código número nos referimos a un diente permanente y cuando sea un código letra a un diente temporal. Los criterios para el diagnóstico y la codificación son (entre paréntesis los códigos para dentición temporal) los utilizados por la OMS en sus manuales para estudios de salud oral.

Los códigos de ESTADO DENTAL son:

- I. Código 0 (A): Sano. Una corona se registra como sana si no muestra signos de caries clínica, tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries que preceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de caries, tales como:
 - Manchas blancas.
 - Manchas decoloradas o ásperas que no resultan blandas al tacto.
 - Fosas o fisuras teñidas que no presentan signos de alteración del esmalte.
 - Zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte que presenta signos de fluorosis.
 - Lesiones que parecen deberse a la abrasión.
- II. Código 1 (B): Cariado. Se registra la presencia de caries cuando una lesión presente en una fosa o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También se incluyen en este código dientes con obturaciones temporales.
Puede utilizarse la sonda IPC para confirmar los signos visuales de caries en las superficies oclusal, bucal y lingual. En caso de duda, la caries no debe registrarse como presente.
- III. Código 2 (C): Obturado, con caries. Se considera que una corona o raíz está obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas.
- IV. Código 3 (D): Obturado, sin caries. Se considera que una corona o raíz está obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna

caries en la misma. Se incluye en esta categoría un diente con una corona de prótesis fija colocada debido a una caries anterior. Si esa corona se hubiera colocado por cualquier otro motivo se registraría como código 7(G).

- V. Código 4 (E): Perdido, como resultado de caries. Se utiliza este código para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona. Para los dientes primarios perdidos, este grado debe emplearse sólo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente para la ausencia.
- VI. Código 5 (-): Perdido por cualquier otro motivo. Esta clave se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodónticos o por periodontopatías, traumatismos, etc.
- VII. Código 6 (F): Sellado de fisuras. Se utiliza este código para los dientes en los que se ha colocado un sellador de fisura en la superficie oclusal o para los dientes en los que se ha ensanchado la fisura con una fresa redondeada y colocado un material compuesto. Si el diente obturado tiene caries, debería codificarse como 1 (B).
- VIII. Código 7 (G): Soporte de puente, corona especial o funda/implante. Se incluye en esta clave el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo. Esta clave puede también emplearse para coronas colocadas por motivos distintos de la caries y para fundas o láminas que cubren la superficie labial de un diente en el que no hay signos de caries o de restauración.
- IX. Código 8 (-): Corona sin brotar. Esta clasificación está limitada a los dientes permanentes y se utiliza solo para un espacio dental en el que hay un diente permanente sin brotar, pero en ausencia del diente primario. Los dientes clasificados como no erupcionados quedan excluidos de todos los cálculos relativos a la caries dental. No incluye los dientes perdidos congénitamente, por traumatismos, etc.
- X. Código T (t): Traumatismo. Se clasifica una corona como fracturada cuando falta una parte de su superficie como resultado de un traumatismo y no hay signos de caries.
- XI. Código 9 (-): No registrado. Este código se utiliza para cualquier diente permanente brotado que por algún motivo no se puede examinar en su totalidad.

Este apartado se completa con el registro de la NECESIDAD DE TRATAMIENTO. Inmediatamente después de anotado el estado de un diente, y antes de pasar al siguiente, debe registrarse el tipo de tratamiento requerido si corresponde. Si no precisa tratamiento, indíquese "0" en la casilla de tratamiento correspondiente. Si no se hace así, será imposible determinar más tarde, cuando se procesen los datos, si no se necesita tratamiento o el explorador o el asistente de registro omitió la indicación correspondiente. Los criterios y códigos empleados para determinar las necesidades de tratamiento son los siguientes:

- A. Código 0: Ninguno. Este código se incluye si la corona y la raíz están sanas o si se ha decidido que el diente no debe recibir ningún tratamiento.
- B. Código P: Preventivo, cuidados de detención de la caries.
- C. Código F: Sellado de fisuras.
- D. Código 1: Obturación de una superficie.
- E. Código 2: Obturación de dos o más superficies.

Debe utilizarse una de las claves P, F, 1 o 2 para indicar los cuidados requeridos a fin de tratar la caries, tratar la decoloración del diente o un defecto de desarrollo, tratar lesiones producidas por traumatismo, erosión o abrasión, incluso sustituir obturaciones insatisfactorias. Así consideramos una obturación insatisfactoria si existen una o más de las siguientes situaciones:

- Un margen deficiente respecto a una restauración existente, que ha permitido la infiltración en la dentina o es probable que la permita. La decisión sobre la deficiencia del margen debe basarse en el juicio clínico del examinador, en los datos obtenidos por la inserción de la sonda IPC en el margen o en la presencia de una tinción intensa de la estructura dental.
- Un margen desbordante de una restauración existente, que produce irritación local manifiesta de la encía y no puede eliminarse restableciendo el contorno de la restauración.
- Una fractura de una restauración existente, que hace que quede floja o que permite la infiltración en la dentina.
- Decoloración.

F. Código 3: Corona por cualquier motivo.

G. Código 4: Carilla de composite o porcelana, por estética.

H. Código 5: Endodoncia y restauración. Este código se utiliza para indicar que un diente necesita probablemente cuidado de la pulpa antes de la restauración con una obturación o una corona, debido a la presencia de una caries profunda y amplia, o a la mutilación o traumatismo del diente. Nunca debe introducirse una sonda en la profundidad de una cavidad para confirmar la presencia de la exposición sospechosa de la pulpa.

I. Código 6: Extracción. Se registra un diente como indicado para la extracción, en función de las posibilidades de tratamiento disponibles, cuando:

- La caries ha destruido tanto el diente que no se puede restaurar.
- La enfermedad periodontal ha avanzado hasta el punto de que el diente está flojo, doloroso o afuncional y que, según el juicio clínico del examinador, no se puede restaurar hasta una situación funcional.
- Un diente necesita extraerse a fin de dejar lugar para una prótesis.
- La extracción es necesaria por motivos ortodóncicos o cosméticos, o debido a la inclusión del diente.

J. Código 7/8: Necesidad de otro tratamiento. El examinador debe especificar los tipos de asistencia utilizando las claves 7 y 8, pero el empleo de estas dos claves debe reducirse al mínimo.

K. Código 9: No registrado.

E. Índice Periodóntico Comunitario (IPC)

Para determinar este índice se emplean seis casillas (de la 104 a la 109) que corresponden a seis dientes índices: 17/16, 11, 26/27, 36/37, 31 y 46/47 que valoran cada uno de los seis sextantes de la boca. En el registro se emparejan los dos molares de cada sextante posterior y, si falta uno, no se sustituye. Si no hay dientes indicadores en un sextante que reúne las condiciones del examen, se examinan todos los dientes que quedan en ese sextante y se registra el grado máximo como grado del sextante. Se utiliza una sonda ligera, especialmente diseñada, que comprende una punta esférica de 0,5 mm, una banda negra situada entre 3,5 y 5,5 mm y 2 anillos negros situados a 8,5 y 11,5 mm de la punta esférica. La sonda actúa como instrumento “sensor” para determinar la profundidad de bolsa y detectar los cálculos subgingivales y la respuesta en forma de hemorragia. La fuerza sensorial que se recomienda no debe exceder los 20 gramos.

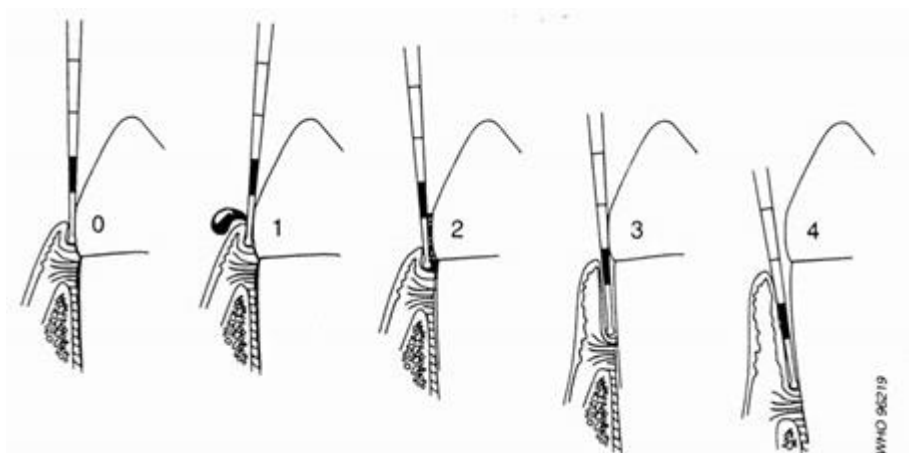
Una prueba práctica para establecer esta fuerza consiste en colocar la punta de la sonda debajo de la uña del pulgar y presionar hasta que se blanquee la superficie. Para examinar el cálculo subgingival debe utilizarse la mínima fuerza posible que permita el movimiento de la punta esférica de la sonda a lo largo de la superficie dental.

Al introducir la sonda, la punta esférica debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dental. Si el paciente siente dolor al efectuar la exploración, ello indica que se emplea demasiada fuerza.

La punta de la sonda debe introducirse suavemente en el surco o la bolsa gingival y explorar la totalidad de ese surco o bolsa. Por ejemplo, la sonda se coloca en la bolsa en la superficie distobucal del segundo molar, tan cerca como sea posible del punto de contacto con el tercer molar, manteniendo la sonda paralela al eje mayor del diente. Entonces se mueve suavemente la sonda, con movimientos cortos ascendentes y descendentes, a lo largo del surco o la bolsa bucal hacia la superficie mesial del segundo molar, y desde la superficie distobucal del primer molar hacia la zona de contacto con el premolar. Se aplica un procedimiento análogo en las superficies linguales, comenzando en la parte distolingual y dirigiéndose al segundo molar contralateral.

Deben explorarse los seis dientes índices registrando la puntuación máxima en la casilla apropiada. Los códigos son:

- Código 0= Sano.
- Código 1= Hemorragia observada, directamente o utilizando el espejo bucal, después de la exploración.
- Código 2= Calculo observado durante la exploración con la sonda, pero es visible toda la banda negra de la sonda.
- Código 3= Bolsa de 4-5 mm (margen gingival dentro de la banda negra de la sonda).
- Código 4= Bolsa de 6 mm o más (banda negra de la sonda invisible).
- Código X= Sextante excluido (existen menos de dos dientes).
- Código 9= No registrado.



F. Maloclusión.

Se distinguen para el grupo de 12 y 15 años dos niveles de maloclusión: ligera y moderada/severa.

Se considera una maloclusión leve la presencia de uno o más dientes rotados, pequeños espaciamientos o apiñamientos que alteran el alineamiento de los dientes en la arcada.

Se considera maloclusión moderada/ severa cuando en los cuatro incisivos anteriores encontramos overjets mayores de 9 mm, mordida cruzada anterior, sobremordida que cubre totalmente el incisivo inferior, mordida abierta, diastema interincisivo mayor de 4 mm, espaciamientos o apiñamientos mayores de 4 mm.

Se emplea la casilla 110 y los códigos son:

- Código 0= No.
- Código 1= Leve.
- Código 2= Moderada/Severa.
- Código 3= Portador de aparatología ortodóncica.
- Código 9=no registrado.

G. Cepillado.

En este apartado se le preguntará sobre la frecuencia del cepillado, en los mismos grupos del apartado anterior (12, 15 años). Para ello se empleará la casilla 111 y se asignarán los siguientes códigos:

- Código 0= nunca
- Código 1=menos de una vez al día (alguna vez por semana)
- Código 2=al menos una vez al día
- Código 3=dos o más veces al día
- Código 9=no registrado.

H. Percepción.

Al igual que en los apartados anteriores, en la población de 12 y 15 años se pregunta nuevamente al individuo si durante los últimos 12 meses ha sentido dolor/molestias o problemas para comer a causa de sus dientes o encías y con qué frecuencia. Para registrar los problemas se emplea la casilla 112 y para el dolor la casilla 113.

Los códigos empleados son:

- Código 0= Nunca.
- Código 1= Casi nunca.
- Código 2= A veces.
- Código 3= Bastante frecuentemente.
- Código 4= Muy frecuentemente.

I. Visitas al dentista.

La última pregunta se refiere a la frecuencia de visitas que ha realizado al dentista en los últimos 12 meses. Esta variable se recoge para los mismos grupos que las dos preguntas anteriores y se cumplimenta en la casilla 114 con los siguientes códigos:

- Código 0=nunca he ido al dentista
- Código 1=no he ido en los últimos 12 meses
- Código 2=he ido 1 vez
- Código 3=he ido 2 veces
- Código 4=he ido 3 o más veces
- Código 9=no registrado.

J. Otra condición.

Finalmente en la ficha de recogida de datos, en la casilla 115, se reserva un espacio para especificar cualquier condición derivada de la exploración, a criterio del examinador y que no disponga de una casilla diseñada para hacerla constar, como por ejemplo lesiones precancerosas, labio leporino, paladar fisurado, fístulas, etc.

Anexo 1. SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN A PROGENITORES / TUTORES.

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Estimado padre, madre o tutor /a:

Estamos realizando la Encuesta de Salud Oral entre Escolares de Asturias 2018, organizada por la Consejería de Sanidad en colaboración con la Consejería de Educación y la Facultad de Odontología de la Universidad de Oviedo. Esta Encuesta nos permitirá conocer el nivel de salud oral de la infancia en Asturias y orientarnos sobre los factores que puedan estar influyendo en ella, así como conocer sus necesidades de atención dental.

El centro educativo de su hijo/a ha sido seleccionado para participar como punto de exploración en esta encuesta. Por este motivo, en el mismo colegio, un/a dentista hará una revisión, sin coste alguno para usted, de la boca de su hijo/a de unos 2 minutos de duración con la única ayuda de una luz y un espejo.

Esta exploración no conlleva ningún riesgo para el niño/a porque cuenta con todas las medidas necesarias de protección para su hijo/a, como la utilización de guantes y mascarilla por ejemplo. Además, le aseguramos que todos los datos obtenidos de la exploración serán confidenciales. Después de la revisión, entregaremos a su hijo/a un informe de su estado de salud oral para que se lo haga llegar a usted, con el que, si lo precisa, podrá acudir a su dentista. Recuerde que puede solicitar una consulta gratuita en el dentista de su centro de salud para valorar y, si es posible, tratar las necesidades encontradas.

En caso de que esté de acuerdo, rogamos por favor firme la autorización correspondiente. Utilice para ello esta misma hoja, cumplimentando los espacios en blanco y firmando en la parte inferior.

Muchas gracias por su inestimable colaboración para realizar este estudio.

Dr. José M^a Blanco González.

Director de la Encuesta de Salud Oral entre Escolares del Principado de Asturias 2018.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

C/ Ciriaco Miguel Vigil 9. 33006. Oviedo.

josemaria.blancogonzalez@asturias.org

Alumno/a: _____ Edad: _____

Yo, _____, como tutor/a

AUTORIZO que a mi hijo/a se le realice la exploración oral en su centro educativo.

Lo que firmo, en _____, a _____ de _____ de 201__.

Anexo 2. INFORME CON EL RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA SANIDAD

Dirección General
de Salud Pública

INFORME DEL ESTADO DE SALUD DENTAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO

Nombre del escolar: _____
Colegio y curso: _____

Estimado Padre, Madre o Tutor/a:

Como ya le informamos, hemos revisado el estado de salud bucal de su hijo/a. El resultado de nuestro informe muestra que (es válido lo señalado):

- ☐ Su hijo/a presenta una BOCA SANA en cuanto a caries (ninguna pieza con lesión de caries que requiera tratamiento rehabilitador); le aconsejamos no obstante, llevarlo a revisiones periódicas al dentista al menos una vez al año.
- ☐ Su hijo/a tiene algún DIENTE O MUELA DE LECHE con caries; le aconsejamos que visite a su dentista, pues su pérdida prematura puede ocasionar problemas de espacio para cuando erupcionen todas las piezas definitivas, además de dolor e infecciones. Recomendamos especialmente realizar visitas preventivas para evitar la aparición de caries en los dientes y muelas definitivos.
- ☐ Su hijo/a tiene algún DIENTE O MUELA DEFINITIVA con caries; le aconsejamos que visite urgentemente a su dentista, pues su pérdida no tiene reemplazo, pudiendo ocasionar problemas de espacio para cuando erupcionen el resto de piezas definitivas, además de dolor e infecciones. Recomendamos especialmente realizar visitas preventivas para evitar la aparición de caries en otros dientes y muelas definitivos.

Recuerde que dispone de un DENTISTA GRATUITO en la Unidad de Salud Bucodental de su Centro de Salud.

El estado de higiene de la boca de su hijo/a es:

- ☐ BUENO
- ☐ REGULAR
- ☐ MALO

Recuerde que su hijo/a debe de cepillarse los dientes un mínimo de DOS veces al día, siendo especialmente importante el hacerlo por la noche antes de dormir.

El tamaño de pasta fluorada recomendado es del tamaño de un guisante.

Recomendamos escupir tras el cepillado y no enjuagarse con agua para aumentar el efecto protector del flúor en la dentición.

El estado de la posición de los dientes de su hijo/a es:

- ☐ BUENO
- ☐ REGULAR
- ☐ MALO

Fecha:

Firmado,

Anexo 3. CONGLOMERADOS Y NO RESPUESTAS

EXPLORADOR: _____

FECH A	COLEGI O	LOCALIDA D	AUL A	MATRICULADO S	CONSENTIMIENT O FIRMADO	NO RESPONDE N	AUSENTE S	PARTICIPA N

Para el análisis estadístico es necesario que cada encuestador rellene este formulario y lo envíe junto a todas las encuestas al final. Esto es derivado de dos hechos: a) la necesidad de estimar el porcentaje de no aceptación, y b) el muestreo es por conglomerados (agrupaciones de personas) y eso tiene influencia en el análisis estadístico.

- Matriculados: total oficial de alumnados de ese aula.
- Consentimiento firmado: Número total de consentimientos recogidos hasta el día de la exploración.
- No responden: matriculados menos consentimiento informado.
- Ausentes: no presentes de entre los que firmaron el consentimiento.
- Participan: explorados ese día.

EXPLORACIÓN

AÑO		MES		DÍA		Nº IDENTIFICACIÓN				EXAMINADOR	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

DATOS PERSONALES

AÑO NACIMIENTO		MES		EDAD en años		SEXO		IDENTIFICACIÓN		REPITE CURSO	
13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23
PROCEDENCIA		TIEMPO VIVIENDO EN ESPAÑA (en años)		1= HOMBRE		OCUPACIÓN PADRE		OCUPACIÓN MADRE		CLASE SOCIAL	
24	(en blanco) 25	26	27	(en blanco) 28				29	30	(en blanco) 31	
0= España		3= Canadá / EEUU		6= África		RESIDENCIA (tres últimos dígitos)		RESIDENCIA			
1= Otro país de la UE		4= Otro país de América		7= Oceanía							
2= Otro país de Europa		5= Asia				32		33	34	35	(en blanco)

CENTRO EDUCATIVO

NOMBRE			CÓDIGO POSTAL			TITULARIDAD			MUNICIPIO			ÁREA SANITARIA		
36			37			38			39			40		
			(tres últimos dígitos)			1= Pública			2= Privada-concertada			41		
												42		

DIENTES

FLUOROSIS		HIM		Nº incisivos		Nº 1º molar		DESASTES	
(12 años)	43	(12 años)	44					(12 y 15 años)	47
0= no	4=moderada	0=no		45		0=no		0=no desgastes	3= desgaste en ANT y POST.
1= discutible	5= intensa	1=leve		46		1=leve		1=desgaste en dientes ANT.	9= no registrado
2= muy ligera	8= excluida	2=moderada-severa				2=moderada-severa		2=desgaste en dientes POST.	
3= ligera	9= no regist.	9= no registrado				9= no registrado			

Ningún incisivo o primer molar permanente presenta signos de hipomineralización. Opacidades aisladas bien delimitadas sin pérdida de tejido duro. Opacidades delimitadas en el tercio oclusal/Incisal con o sin fractura del esmalte tras la erupción, pudiendo observarse caries asociadas o restauraciones atípicas.

