Vivir Mejor

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

GOBIERNO FEDERAL

DIRECIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SALUD

BOLETÍN INFORMATIVO · SIVEPAB · PATOLOGÍAS BUCALES ·

Boletín No. 4 SIVEPAB

Diciembre 2007

En los boletines anteriores se ha informado de la distribución de casos de patologías bucales registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales por entidad federativa y por institución; se ha mostrado el índice CPOD por género y grupos de edad; el porcentaje de enfermedad periodontal por grupos de edad; lesiones premalignas de tejidos blandos y otro tipo de patologías por entidad y grupos de edad.

En esta ocasión se mostrará la operación del SIVEPAB durante los meses de octubre a diciembre de 2007 en su fase permanente haciendo una comparación de la prevalencia de la enfermedad periodontal entre pacientes diabéticos y no diabéticos. Además de la variable “otro tipo de patologías” se incluye un reporte sobre la distribución de la fluorosis por entidad federativa y por grupos de edad, en el mismo periodo de tiempo.

La Diabetes Mellitus tiene diversos efectos en los tejidos bucales, frecuentemente asociados a control glicérico deficiente y respuesta inmunológica deprimida, que incrementan la susceptibilidad a infecciones bacterianas, incluyendo periodontítis, infecciones micóticas, úlceras, caries dental y xerostomía.

La enfermedad periodontal es un proceso inflamatorio bucal de alta prevalencia en la población adulta; en los diabéticos se caracteriza por la presencia de bolsas periodontales, movilidad dentaria, destrucción de tejidos blandos, resorción del hueso de soporte dental y pérdida de dientes, generalmente asociados a exposición prolongada a hiperglucemia, a índices elevados de placa bacteriana y control glucémico deficiente. [1]

En cuanto a la fluorosis y su relación con la caries dental podemos decir que desde un punto de vista teórico, la caries puede prevenirse mediante una higiene bucal óptima y la disminución en la ingesta de azúcares. Sin embargo, la práctica ha demostrado que este enfoque funciona en casos individuales. [2]

A partir de la década de los treinta se han realizado extensas investigaciones en el mundo, donde se ha demostrado consistentemente que el fluoruro es un agente eficaz para prevenir la caries dental. [3]

La estrategia en Salud Pública que nuestro país adoptó a principio de los años ochenta para reducir la prevalencia de caries dental fue la administración de fluoruros vía sistémica. Mientras que existen formas de fluoración, como la de agua y leche; el enfoque que se emplea para una amplia cobertura de la población mexicana se basa principalmente en la distribución de sal fluorada. Esta medida se ha estimado en un 50% de reducción y en algunos casos el beneficio tiene una mayor magnitud. [3,4,5]

Al mismo tiempo, con la disminución de caries, se ha observado un aumento en la prevalencia de fluorosis dental. La fluorosis dental es el efecto secundario más común del uso de fluoruro y aparece como discretas manchas blancas hasta displasia severa del esmalte. Sin embargo no toda la fluorosis dental que se presente en la población es atribuible a la fluoración de la sal de mesa. El riesgo está determinado por diferentes factores dentro de los cuales están el consumo de agua potable con concentraciones altas de fluoruro, el uso (o abuso) de los suplementos de fluoruro así como de pasta dental con fluoruro y la leche en fórmula para infantes antes de la edad de 6 años. [6]

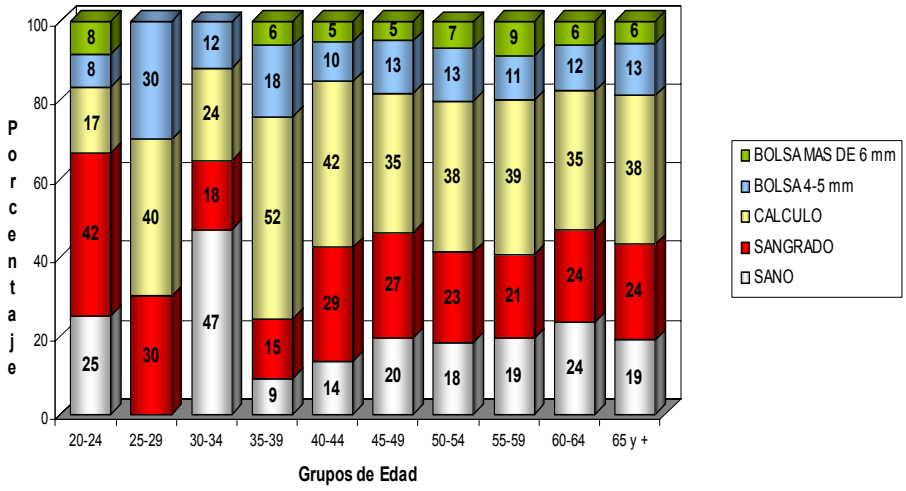
Desde hace varias décadas se han identificado en nuestro país zonas donde el agua naturalmente contiene concentraciones por arriba del nivel óptimo de fluoruro, lo que conlleva a la presencia de fluorosis dental. En esas zonas se ha restringido la distribución de sal de mesa con fluoruro. [7]
En la literatura no existe una manera uniforme de medir la fluorosis, la selección de los dientes y el procesamiento de datos. Sin embargo, un gran número de investigadores prefieren índices en escala ordinal, para reflejar los cambios en los dientes asociados a la fluorosis dental. Los estudios epidemiológicos han permitido vigilar la fluorosis dental en los países con programas de fluoración y con ello racionalizar el uso de fluoruros. Debido a la limitada cantidad de información, no es posible determinar si la prevalencia de fluorosis dental en México va en aumento o si constituye ya un problema de salud pública. [8]

Para responder a estas preguntas, dentro del SIVEPAB en su fase permanente, además de registrar las dos enfermedades con mayor prevalencia (caries dental y enfermedad periodontal), se generó un apartado donde se registra la presencia de fluorosis dental, esto permitirá vigilar periódicamente y detectar cualquier caso de fluorosis, en consecuencia los actores involucrados contarán con información oportuna para generar acciones tales como ajustar los rangos de adición de fluoruro a la sal de mesa o a otras fuentes.

OPERACIÓN Y RESULTADOS:

A continuación se presentan algunos de los resultados de la operación del SIVEPAB en su fase permanente, obtenidos en los meses de octubre a diciembre del 2007 en la Plataforma Única de Vigilancia Epidemiológica, en relación con el Índice Periodontal Comunitario (IPC) en pacientes diabéticos y no diabéticos y la distribución del porcentaje de fluorosis por entidad federativa y por grupos de edad.
Los resultados que se reportan se basan en 6,539 casos de pacientes con enfermedad periodontal donde 618, el 7.2%, tienen diabetes mellitus, de los cuales 12 casos pertenecen al grupo de edad de 20 a 24 años, 10 al de 25 a 29; 17 al de 30 a 34 y el resto, 579, representan a los grupos de edad de 35 a 65 años o mas.
En relación con la fluorosis, se incluyeron 1,142 casos que reporta el SIVEPAB en su fase permanente, distribuidos en 30 estados y en los diferentes grupos de edad.

Gráfica 1.- Distribución del Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario en pacientes diabéticos, por grupos de edad, octubre-diciembre de 2007.

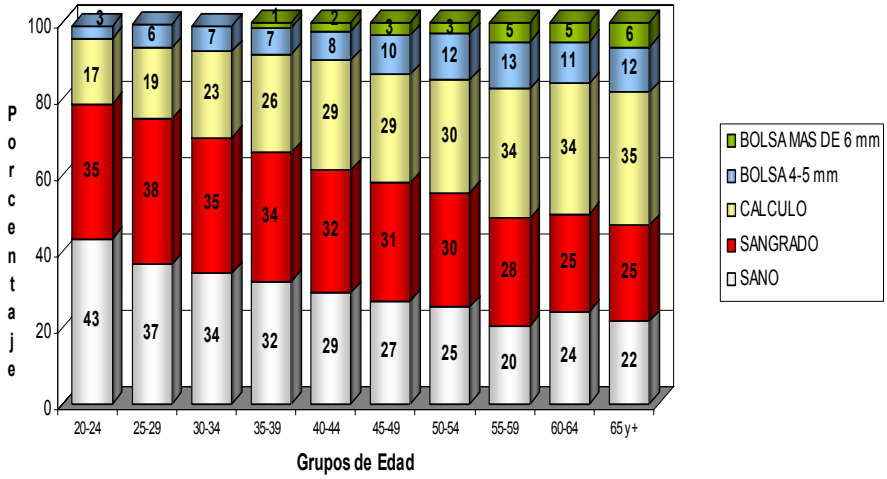


Fuente: SIVEPAB/DGAE. Secretaría de Salud 2007.

En la Gráfica 1 observamos que el paciente diabético desde muy temprana edad manifiesta problemas periodontales severos. En el grupo de edad de 20 a 24 años se reportaron 12 casos, de los cuales sólo el 25% son sanos, el 42% tiene sangrado, el 17% cálculo y un 8% presenta bolsas periodontales de 4 a 5 mm y en el mismo porcentaje, bolsas de más de 6 mm.

De 10 pacientes diabéticos, reportados del grupo de 25 a 29 años, el 30% presentó sangrado, el 40% cálculo y 30% bolsas de 4 a 5 mm. La presencia de sangrado con acumulación de cálculo y bolsas periodontales de diferentes profundidades es una constante entre los pacientes de 35 años, hasta 65 años o más. El promedio del porcentaje de pacientes con el periodonto sano apenas alcanza un 20%. Los cambios significativos que se dan en los rangos de 20 a 34 años ocurren por el limitado número de casos que se reportaron.

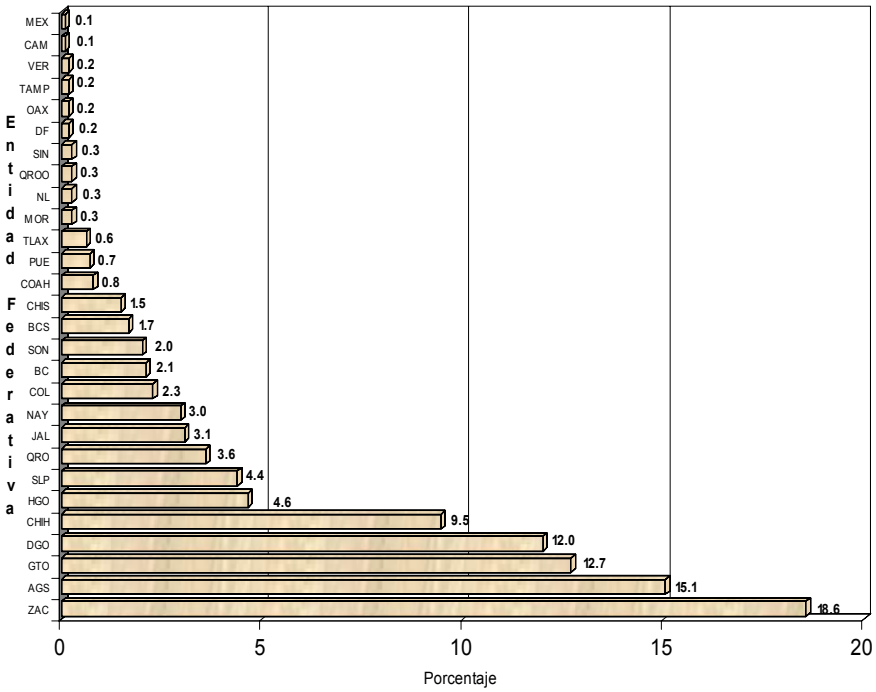
Gráfica 2.- Distribución del Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario en pacientes no diabéticos, por grupos de edad, octubre-diciembre de 2007.



Fuente: SIVEPAB/DGAE. Secretaría de Salud 2007

En la Gráfica 2 se observa que en los pacientes de 20 a 24 años el 43% presentan un periodonto sano, en el 35% sangrado, 17% cálculo y 3% bolsas periodontales de 4 a 5 mm. de profundidad. De los 30 a los 34 años, el 34% está sano, el 35% tiene sangrado, el 23% cálculo y en el 7%, se reportan bolsas de 4 a 5 mm. En el grupo de edad de 40 a 44 años el 29% está sano, el 32% presenta sangrado, el 29% cálculo, el 8% bolsas de 4 a 5 mm y el 2% bolsas de 6 mm o más. Por último, el grupo de 65 años o más únicamente el 22% de los casos reportados mantiene un periodonto sano. El 25% tiene sangrado, un 35% cálculo, 12% bolsas de 4 a 5 mm y 6% bolsas de 6mm de profundidad o más.

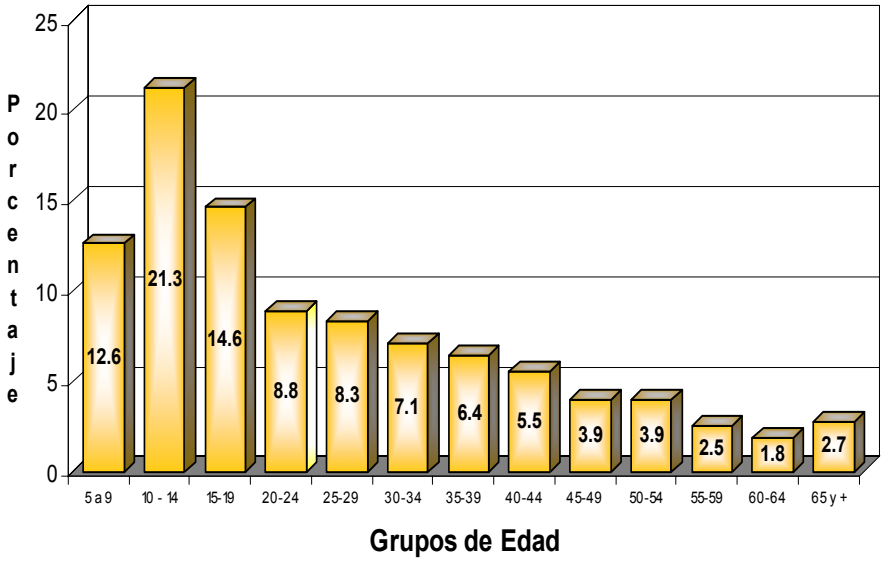
Gráfica 3.- Distribución del porcentaje de fluorosis por entidad federativa octubre-diciembre de 2007.



Fuente: SIVEPAB/DGAE. Secretaría de Salud 2007.

En la gráfica 3 se observa la distribución de casos de fluorosis en 28 entidades federativas. Se notificaron 1,142 casos de fluorosis, esto representa el 7% del total de 16,146 reportes durante los meses de octubre a diciembre del 2007. Las entidades con el mayor número de reportes son Zacatecas con 18.6%, Aguascalientes con 15.1%, Guanajuato con 12.7%, Durango 12%, Chihuahua con 9.5%, Hidalgo 4.6%, San Luís Potosí 4.4%, Querétaro 3.6%, Jalisco 3.1%, Nayarit 3%, Colima 2.3%, Baja California 2.1%, Sonora 2%, Baja California Sur 1.7% y Chiapas 1.5%: estas representan el 96% del total recibido. En el restante 4% se incluyen Coahuila, Puebla, Tlaxcala, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Sinaloa, Distrito Federal, Oaxaca, Tamaulipas, Veracruz, Campeche y el Estado de México. Tabasco y Guerrero no reportaron casos de fluorosis. Cabe mencionar que durante los meses de octubre a diciembre de 2007 Yucatán y Michoacán no reportaron al SIVEPAB.

Gráfica 4.- Distribución del porcentaje de fluorosis por grupos de edad, octubre-diciembre de 2007.



Fuente: SIVEPAB/DGAE. Secretaría de Salud 2007

En la gráfica 4 se presenta la distribución de fluorosis por grupos de edad, donde se observa que el grupo de 5 a 9 años, cuando empieza la dentición permanente, representa el 12.6% de los casos. Sin embargo, el mayor porcentaje de casos se encuentra en los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19, con 21.3% y 14.6% respectivamente. A partir de los 20 años y hasta los 65 años o más, se observa una aparente disminución de casos de fluorosis, debido a la pérdida o rehabilitación de los dientes afectados.

CONCLUSIONES

La falta de cuidado en la higiene oral, la mala posición dentaria y el incremento de edad favorecen que la enfermedad periodontal vaya en aumento. Los datos que el SIVEPAB en su fase permanente reporta en cuanto a la enfermedad periodontal y su relación con la diabetes, indican que el paciente diabético manifiesta signos clínicos de gingivitis con hemorragia y predisposición a acumular cálculo supra y subgingival a muy temprana edad y así se mantiene a los largo de la vida, con mayor agresividad a los tejidos de soporte que se debilitan y fácilmente forman bolsas periodontales de mediana a severa profundidad, lo que conlleva a la incomodidad permanente del paciente.

Si comparamos las gráficas del IPC entre pacientes diabéticos y no diabéticos, podemos observar que en la gráfica 2 hay una tendencia a aumentar progresivamente la severidad de la enfermedad periodontal en los diferentes grupos de edad; esto es, conforme aumenta la edad, disminuye el periodonto sano y aumenta el sangrado, la presencia de calculo y la profundidad de las bolsas periodontales también es mayor. Sin embargo, observando la gráfica 1, se puede determinar que el paciente diabético manifiesta problemas periodontales severos a muy temprana edad y esa tendencia se mantiene a lo largo de la vida. Si a esto agregamos la resequedad de la mucosa oral, el aliento cetónico, las infecciones por virus y bacterias propias del paciente diabético, la salud bucal se ve seriamente comprometida.

Por esto, el cuidado apropiado de los dientes y encías puede ser de gran ayuda en la prevención y tratamiento de los problemas orales asociados con la diabetes.

En cuanto a la fluorosis, se puede observar que sigue siendo una enfermedad oral endémica de cierta zona del país y las entidades mayormente afectadas son Zacatecas, Aguascalientes, Guanajuato y Durango, en el SIVEPAB también se han reportado casos de fluorosis en zonas en las cuales antes no se tenían casos registrados como en los estados de Chihuahua e Hidalgo; en cuanto a los grupos de edad, podemos ver que los pacientes entre 6 y 20 años de edad son los más afectados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 De la Rosa García Estela et al. “Enfermedad Periodontal en pacientes diabéticos con y sin insuficiencia renal crónica” Revista Médica IMSS 2007.

2 Zimmer S, Jahn KR, Barthel CR. Recommendations for the use of fluoride in caries prevention. Oral Health Prev Dent. 2003;1(1):45-51.

3 Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. Community Dent Oral Epidemiol. 2004 Oct;32(5):319-21.

4 Marthaler TM, Petersen PE. Salt fluoridation--an alternative in automatic prevention of dental caries. Int Dent J. 2005 Dec;55(6):351-8.

5 Gillespie GM. Baez R. Development of Salt fluoridation in the Americas. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2005;115(8):663-9.

6 Velázquez Monroy O, Vera Hermosillo H, Irigoyen Camacho ME, Mejía González A, Sánchez Pérez TL. Changes in the prevalence of dental caries in schoolchildren in three regions of Mexico: surveys from 1987-1988 and 1997-1998. Rev Panam Salud Pública. 2003 May;13(5):320-6.

7 Mascarenhas AK. Risk factors for dental fluorosis: a review of the recent literature. Pediatr. Dent. 2000 Jul-Aug:22(4):269-77.

8 Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA 1-1993, Bienes y Servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada. Especificaciones sanitarias. Diario Oficial de la Federación 23 de septiembre de 2003.

9 Soto-Rojas AE, Ureña-Cirett JL, Martínez-Mier EA. A review of the prevalence of dental fluorosis en México. Rev. Panam Salud Pública. 2004 Jan:15(1): 9-18.

PARTICIPACION:

Secretaría de Salud
Grupo Interinstitucional de Vigilancia Epidemiológica de Salud Bucal
Dra. Juana Cruz Sánchez Montes
Dra. Fátima Sánchez Espejo
Dr. Heriberto Vera Hermosillo
Dra. Adriana M. Mejía González

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
C.D. Josefina Sifuentes Rodríguez

Secretaría de la Defensa Nacional
Cap. 1º C.D. Luís Edmundo Martínez Calixto

Secretaría de Marina
Cap. De Corb. SSN CD. Angélica Mireles Belmonte

IMSS-Oportunidades
C.D. Gabriel Migoni Islas

DIF
Julio Franco Ramírez

Se agradece la participación de todos los Epidemiólogos y Responsables de Salud Bucal, así como todos los Odontólogos de las Unidades Centinela de los Estados participantes.

AGUASCALIENTES
Dr. Jorge Alfaro Blanco Alonso
Dr. Francisco Javier Espinosa Medina

BAJA CALIFORNIA
Dra. Angélica Pon Méndez
Dra. Patricia Palacios Bautista

BAJA CALIFORNIA SUR
Dr. Oscar Agustín Archila López
Dra. Elizabeth Alvarado Rodríguez

CAMPECHE
Dr. Ramón Canto Lara
CD Jesús Acuña Pereira.

COAHUILA
Dr. Edgar Alberto Farias Farias
Dr. Abraham Gómez Salas

COLIMA
Dr. Rodolfo Flores García
Dra. Elvia Díaz Márquez

CHIAPAS
Dra. Leticia Jarquin Estrada
Dra. Elba Luz de Coss Gómez

CHIHUAHUA
Dr. Gumaro Barrios Gallegos
Dra. Alma Delia Mora Orozco

DISTRITO FEDERAL
Dr. José Jesús Trujillo Gutierrez
Dr. Fernando Torrecillas García

DURANGO
Dra. Ana María Fajardo Gómez
Dr. José Ángel Cristerna Maciel

ESTADO DE MEXICO
Dr. Victor Manuel Torres Meza
Dr. José Antonio Márquez Warnke

GUANAJUATO
Dr. Martín Milán López
Dra. Haydeé Balandrán Ortiz

GUERRERO
Dr. Ángel Peñaloza Moctezuma
Dr. Noe Donjuán Pastor

HIDALGO
Dr. Israel Mendoza López
Dr. Valceti Sotelo Gómez

JALISCO
Dra. Lucia Salazar Montes
Dra. Soraya Ramos Lara

MORELOS
Dr. Alejandro Náfate Martínez
Dra. Virginia Domínguez Gómez

NAYARIT
Dr. Aurelio Carrillo Rodríguez
Dra. Blanca Esperanza Bautista Arámbula

NUEVO LEÓN
Dra. Ana María Villarreal Herrera
CD Diana Galván Alfaro

OAXACA
Dr. Rubén Coronado García
Dra. Fanny Noemí Santiago Díaz

PUEBLA
Dra. Diana Celia Carpio Ríos
Dr. Marco Aurelio Encino y Jiménez

QUERETARO
Dra. María Martina Pérez Rendón
Dr. Edgardo Ramírez García

QUINTANA ROO
Dr. Jorge Jesús Esparza Aguilar
Dr. Héctor Nava Cienfuegos

SAN LUIS POTOSI
Dr. José de Jesús Méndez de Lira
Dr. Raúl Chávez Moctezuma

SINALOA
Dr. Adolfo Entzana Galindo
CD José Luis Espinosa Beltrán

SONORA
Dr. Tannia Lenina Fontes Martínez
Dr. José Daniel Navarro Martínez

TABASCO
Dr. Carlos Mario de la Cruz Gallardo
CD Carlos Alejandro Chávez Rivera

TAMAULIPAS
Dr. Alfredo Rodríguez Trujillo
Dra. Rosa Isela de la Fuente Peña

TLAXCALA
Dr. Carlos Tlacuahuac Cholula
Dra. Rocío Díaz Alva

VERACRUZ
Dra. Dulce Ma. Espejo Guevara
CD Ma. de los Ángeles Carrión

ZACATECAS
Dra. Lucía del Refugio Reyes Veyna
Dr. Ricardo Acevedo Salin

"Boletín Informativo - SIVEPAB –" No. 4, Año 2007 (Publicación Trimestral)

Procesó Información:

Dra. Juana C. Sánchez Montes
Subdirectora de Sistemas Especiales para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

Dra. Fátima Sánchez Espejo
Responsable del SIVEPAB en Dirección General Adjunta de Epidemiología

Dr. Heriberto Vera Hermosillo
Subdirector Técnico del Programa de Salud Bucal en la Dirección General Adjunta de Programas Preventivos

Dra. Adriana M. Mejía González
Responsable del SIVEPAB en el Programa de Salud Bucal

Informes:

Dirección General Adjunta de Epidemiología
Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles
Fco. de P. Miranda 177-5º piso,
Col. Unidad Lomas de Plateros,
Delegación Álvaro Obregón,
C.P. 01480, México D.F.

Tel.: 5337-1707 (Directo)

5337-1794 (Fax)

53 37-1600 (Ext. 1708)