

VIERNES 28 DE MARZO

LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA EN BALEARES

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA ATENCIÓN DENTAL CON FINANCIACION PUBLICA DE BALEARES

José Miguel Quintana Abraham

Médico Estomatólogo.

Dentista de Atención Primaria de Mallorca

Coordinador del programa PADI de Baleares (2002-2005)

Introducción

La Comunitat Autònoma de les Illes Balears es una Comunidad con características especiales, debido a su insularidad. Esta peculiaridad viene reflejada desde el punto de vista de gestión sanitaria en la existencia de tres Gerencias de Atención Primaria, una para cada una de las islas mayores, esto ha determinado que los programas esencialmente preventivos que se realizaron en el pasado tuvieran características propias en cada isla dependiendo de la voluntad y los recursos de cada gerencia y siempre teniendo como techo la cartera de servicios del INSALUD, bajo cuya administración central quedaban nuestras islas. A mediados de los 90 se realizaron los primeros estudios epidemiológicos con metodología Pathfinder (1993-1994). Aunque nuestra comunidad presentaba niveles bajos de caries ya quedó patente que el nivel socioeconómico de los niños era determinante en cuanto a tener una mayor prevalencia de caries, sobre todo caries activa, y que determinados sectores de la población infantil acumulaban gran parte de la patología dental. Los programas de salud bucodental mantendrían sin embargo las mismas características hasta una década después.

El presente de la Odontología Comunitaria en Baleares

En el año 2002 se dieron dos circunstancias que contribuyeron de manera decisiva a que la asistencia bucodental pública cambiara notablemente en nuestra comunidad. La primera fue la creación de una Subcomisión de Salud Bucodental del Ministerio de Sanidad que intentara definir cuáles eran las prestaciones básicas que se tenían que

dar a la población de toda la nación intentando que las diferencias entre comunidades no fueran tan abultadas como hasta entonces. El documento, aunque no se tradujo inmediatamente en un Real Decreto, puso en alerta a nuestras autoridades. La segunda fue la transferencia de competencias en materia de salud desde el Gobierno de España al Gobierno Autonómico. Las nuevas autoridades sanitarias autonómicas se tomaron muy en serio la necesidad de mejorar la asistencia bucodental pública.

De esta manera entre 2005 y 2007 se promovió la realización de dos estudios epidemiológicos con la intención de determinar la viabilidad de las futuras prestaciones. Se trata de la Encuesta de Salud Bucodental en escolares de las islas Baleares y del Estudio epidemiológico de la Salud Bucodental de la población mayor de 65 años de las Islas Baleares, ambos dirigidos por el profesor Dr Juan Carlos Llodra. Ese fue el primer paso para disponer de una base sólida para la implementación de nuevos programas de salud. Así que en pocos años nuestra cartera de servicios ha pasado de la odontología tradicional a una cartera de servicios que incluye un PADI que va siendo cada vez más aceptado por la población y por los profesionales, una UNIDAD DE CIRUGÍA ORAL en un centro de Atención Primaria en fase de pilotaje, una UNIDAD HOSPITALARIA ODONTOLÓGICA que venía funcionando desde hace años y en la que ahora además se dan las prestaciones de odontología tradicional y PADI a niños o adultos con discapacidades físicas o psíquicas que requieren sedación o anestesia general.

En 2007 se ha puesto en marcha un programa de ayudas para PROTESIS A LOS MAYORES DE 65 AÑOS. La subvención es de hasta el 80% del valor de prótesis dentales removibles en mayores de 65 años con pensiones no contributivas. El Govern Balear financia las ayudas y las prestaciones se realizan gracias a un acuerdo del IBSALUT con los colegios profesionales de dentistas y protésicos dentales. Los tratamientos se realizan en clínicas privadas concertadas.

Existe una línea de colaboración entre Atención Primaria de Mallorca y el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en la resolución de casos ortodóntico-quirúrgicos, según el cual un profesional de Atención Primaria con postgrado en ortodoncia realiza la parte correspondiente de estos tratamientos

El futuro

Los profesionales de Atención Primaria de esta Comunidad pondrán en marcha durante 2008 un PROGRAMA DE EDUCACIÓN BUCODENTAL EN LOS COLEGIOS, inicialmente dirigido a todos los alumnos de primero de primaria de los colegios públicos. Entre sus actividades se hará especial énfasis en el aprendizaje de una buena higiene oral. Se crearán nuevas unidades de Cirugía Oral en Atención Primaria con el propósito de disminuir la presión sobre el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de Son Dureta, hospital de referencia en el que en la actualidad todavía se realizan muchos actos quirúrgicos que pueden realizarse ambulatoriamente, para ello se contará con Odontólogos con postgrado en Cirugía Oral y auxiliares o higienistas con formación específica, en ambos casos el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial colaborará en su formación. Asimismo se promoverá la mejora en el TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS ALTERACIONES DE LA ATM. Introducción de la fisioterapia como medida terapéutica en los procesos patológicos de ATM, especialmente en los trastornos funcionales. También está prevista la colaboración de Dentistas de Primaria en el tratamiento de la patología bucodental de PACIENTES INFANTILES HOSPITALIZADOS. Sin duda en un futuro no muy lejano habrá que realizar un estudio epidemiológico de adultos y una encuesta de satisfacción del PADI entre los profesionales, sin olvidarnos de nuevos estudios que valoren como ha incidido el PADI en la salud bucodental de los escolares, entre muchas otras...

PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL EN BALEARES

Guillermina Soler Folgado

Estomatólogo de Atención Primaria del Servei de

Salut de les Illes Balears desde 1989

Colaboradora en el Programa de L'INFANT SA del

Servei de Salut de les Illes Balears.

Coordinadora del Programa de Atención Dental

Infantil (PADI) de les Illes Balears desde 2005

Antecedentes

La elaboración del programa de atención dental infantil se inició en el año 2003, inicialmente se consideró la posibilidad de optar por prestar los servicios en los Centros de Salud, pero la escasísima presencia de dentistas y de infraestructuras del sector público en las zonas rurales decantó rápidamente la balanza

hacia la capitación contratando dentistas privados para obtener un accesibilidad mucho mejor, como así ha sido. Se puso en marcha en 2005 en el mes de Octubre.

Nuestra Comunidad presenta índices de caries muy bajos, sin embargo el 10% de la población infantil acumula el 50% de las caries. Además en todas las edades se evidencia un promedio de caries significativamente mayor para los escolares de clases sociales más desfavorecidas. Estas diferencias, unidas a los resultados obtenidos en las comunidades pioneras en la utilización de este programa, que han conseguido disminuir el gradiente socioeconómico como factor de riesgo de caries y un aumento notable del índice de restauración, se consideró que eran motivos a favor de la implantación de un programa asistencial dental infantil siguiendo el modelo de dichas Comunidades.

El Colegio Oficial de Dentistas de Baleares representado por su Presidente colaboró de una manera muy eficaz, introduciendo pequeñas modificaciones en el texto del programa que contribuyeron de manera notable para hacer converger los puntos de vista de los profesionales y la administración.

El Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud da un espaldarazo a los PADIs tanto en su cartera de servicios como en su población diana.

Descripción del PADI

Sigue el modelo implantado en las comunidades pioneras de capitación, con provisión mixta: dentistas privados concertados y dentistas de los Centros de Salud:

- Financiación pública mediante un talon anual más una tarifa por tratamientos especiales según acto médico.

- Libre elección de profesional.

- Cobertura etaria: 6 a 15 años.

La población diana se estima en unos 100.000 niños. Unos 10.000 por cohorte y año.

Las prestaciones son: atención de urgencias, medidas preventivas y odontología restauradora en dentición permanentem, exodoncias por caries en dentición temporal y permanente. Se excluyen la odontología restauradora en dentición temporal y la ortodoncia

Los contratos con los profesionales se realizan bianualmente. Existe una comisión de seguimiento del programa formada por el Director General de

Planificación de la Conselleria de Salut, el Presidente del Colegio de Dentistas de Baleares, la Coordinadora del Programa y representantes de los dentistas del sector público y privado.

Para la provisión del servicio, se constituyó un cuadro facultativo de dentistas de cabecera, la mayor parte de los cuales son dentistas del sector privado contratados al efecto por el IBSALUT. Otra parte la integran dentistas del Servicio Balear de Salud. Entre ambos colectivos se ha creado un cuadro de 101 facultativos, próximos al entorno familiar y local de los niños, que garantiza la accesibilidad en condiciones de igualdad y con plena libertad para elegir su dentista de cabecera.

De estos facultativos 82 son privados, distribuidos 73 en Mallorca, 3 en Menorca y 6 en Ibiza- Formentera. Respecto a los públicos hay un total de 19: 15 en Mallorca, 3 en Ibiza-Formentera y 1 en Menorca.

El desarrollo del programa comenzó el 24 de octubre de 2005, con la primera cohorte de edad, es decir, los niños de 6 años, que corresponden con los nacidos en el año 1999. El número de niños que formaban esta cohorte era de 9489. En el primer año se revisaron (debido al inicio en el último trimestre) 1012 niños que representaban al 10,6 % de la población diana. En el año 2007 la cobertura ha sido del 30%. A pesar de que se envía anualmente la información a todos los padres cuyos hijos tengan la edad correspondiente y posean tarjeta sanitaria, el grado de utilización es bastante mejorable. El grado de satisfacción de los que lo utilizan es alto puesto que el número de quejas en estos tres años es irrelevante. Sería aconsejable realizar una encuesta de satisfacción de los profesionales.

MANEJO DE LOS HÁBITOS DISFUNCIONALES EN EL DESARROLLO DE LA CAVIDAD ORAL

Andreu Puigdorell Pérez

Médico Especialista en Estomatología

Profesor Adjunto y Director del Área de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial. Universitat Internacional de Catalunya.

Máster en Ortopedia y Ortodoncia infantil y en adultos. Universitat de Barcelona.

Con mucha frecuencia las alteraciones esqueléticas del sistema estomatognático afectan la función del mismo. En los pacientes en crecimiento un tratamiento ortodóncico-ortopédico puede solucionar

el problema esquelético y ayudar a mejorar la función. En los pacientes adultos, sin embargo, la corrección de los problemas esqueléticos precisa de un tratamiento combinado de ortodoncia y cirugía.

El objetivo de esta presentación es el de describir algunas de las alteraciones esqueléticas más frecuentes, explicar la repercusión funcional que conllevan y mostrar los efectos de su tratamiento. Además, esta presentación pretende servir para explicar, en relación a estos problemas esqueléticos con repercusión funcional, la perspectiva de los ortodontistas, con el objetivo de que dos profesionales de la salud como son logopedas y ortodontistas puedan colaborar mejor para beneficio de los pacientes comunes.

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LAS PARAFUNCIONES ORALES

Carmen Castro

Psicóloga Clínica. Logopeda

Servicio O.R.L. Hospital Universitario Son Dureta

Profesora del Master de Audición y Lenguaje de la Universitat de les Illes Balears

Las parafunciones o malos hábitos (succión digital y labial, uso del chupete, onicofagia, mordisqueo y bruxismo) son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza compleja que tras la repetición llegan a convertirse en inconscientes. Comprometen el correcto desarrollo de las estructuras de la cavidad oral y provocan anomalías en los órganos y funciones del sistema orofacial debido a que se realiza un trabajo muscular organizado sin ningún propósito conocido, repetido y mantenido en el tiempo.

Las diferentes anomalías dentomaxilofaciales ocasionadas dependerán de la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito. Así mismo, la presencia de malos hábitos en el paciente dificulta la dinámica de la aparatología ortodóncica.

Existe múltiple evidencia clínica de que la supresión de hábitos disfuncionales, conjuntamente con la reeducación logopédica posibilita el equilibrio y la tonificación de la musculatura orofacial implicada, la corrección de dichas disfunciones y una óptima intervención ortodóncica. Por tanto, el tratamiento irá dirigido a conseguir la eliminación de hábitos y la reinstauración del balance muscular orofacial normal.

En la última década se ha incrementado el trabajo interdisciplinario entre diferentes especialidades con el objetivo de realizar un modelo de intervención temprana dirigido a conseguir el desarrollo integral y lograr restaurar la funcionalidad de la deglución, masticación, respiración y músculos implicados de la persona afectada. La intervención sobre los hábitos inadecuados comporta la extinción de los automatismos no funcionales y la adquisición de nuevas posiciones y movimientos de las estructuras anatómicas que requieren ser automatizados y realizados de forma espontánea. La realización de programas de modificación de conducta resultan de gran ayuda en el proceso de rehabilitación logopédica y miofuncional. Los programas, de duración variable, tienen una cronología que se divide en dos fases: una primera fase intensiva de trabajo miofuncional y una posterior de mantenimiento con el objetivo final de consolidación de hábitos para que sean realizados por el paciente de manera inconsciente.

EL RESPIRADOR BUCAL

Maria José Bueno

Médico Foniatra. Servicio ORL. Hospital Universitario Son Dureta. Profesora del Master de Audición y Lenguaje de la Universitat de les Illes Balears

Cuando un niño no puede utilizar la vía respiratoria nasal, se van estableciendo un círculo vicioso de anomalías.

La IRN (insuficiencia respiratoria nasal) parece que conlleva una mayor deformación esquelética y esta deformación dificulta aún más, la función respiratoria. Sin embargo, no existen evidencias sobre cuándo la obstrucción nasal empieza a tener significado clínico ó por cuanto tiempo debe mantenerse la obstrucción para que pueda afectar al crecimiento facial.

El diagnóstico de Insuficiencia respiratoria de origen funcional ha de llegar cuando se hayan descartado las causas orgánicas de obstrucción nasal.

Entre los síntomas del respirador bucal están entre otros:

- Trastornos en el desarrollo del macizo facial (paladar estrecho y hundido, mandíbula elongada)
- Deglución atípica y
- Mal implantación dental

Las causas más comunes que provocan respiración bucal dentro de la esfera ORL son:

- Hipertrofia adenoidea y o amigdalina

- Rinitis
- Alergias y
- Desviación del tabique nasal

Las valoraciones multidisciplinares, en el caso de la respiración bucal, son las indicadas para establecer etiologías y de esta manera actuar con un tratamiento totalmente efectivo.

LA DEGLUCION ATIPICA

Magdalena Riera Alabern

*Licenciada en Pedagogía Terapéutica, por la Universidad de las Islas Baleares (U.I.B)
Especialista en Audición y Lenguaje. Logopeda., por la Universidad Central de Barcelona.
Logopeda, del servicio de Foniatria-logopedia del Hospital Son Dureta
Profesora del master de audición y lenguaje de la U.I.B*

Un Terapeuta Miofuncional es un profesional específicamente entrenado para evaluar, diagnosticar, pronosticar y corregir el desequilibrio muscular orofacial dado por respiración bucal, mala posición labial y lingual en reposo, en la deglución, en la masticación, y en la persistencia de hábitos parafuncionales.

La atención logopédica puede realizarse por lo tanto en diferentes momentos según los casos, preventivo, antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia, corrigiendo los hábitos defectuosos, durante y después del tratamiento, para afianzar la actuación anterior y corregir determinados hábitos erróneos.

La logopedia mediante la terapia miofuncional pretende contribuir tanto a facilitar la estabilidad del resultado oclusal alcanzado, como a la preparación muscular previa y durante la intervención ortodoncia por parte del médico especialista.

Dentro de los malos hábitos de la deglución encontramos: LA DEGLUCIÓN ATÍPICA, también llamada DEGLUCIÓN INFANTIL PERSISTENTE ó DEGLUCION DISFUNCIONAL, que es un tipo de deglución en el que la lengua presiona con fuerza las arcadas dentarias o el maxilar superior o inferior en la zona anterior, lateral o ambas.

La deglución atípica implica movimientos inadecuados de la lengua, y musculatura vecina para realizar el paso de saliva y/ó alimentos de la cavidad oral a la faringe. En cuanto a su acción lingual se puede presentar como:

1. EMPUJE LINGUAL. Clase de deglución atípica

caracterizada por posición de la lengua contra los dientes, ya sea superior o inferior, realizando fuerza movable. La presión lingual contra las arcadas dentarias durante la deglución provoca que el alimento sea arrastrado hacia delante, lo que da lugar a una contracción de la musculatura peribucal para evitar la salida del alimento fuera de la cavidad bucal.

2. INTERPOSICION LINGUAL: Clase de deglución atípica caracterizada por posición de la lengua entre los dientes, es decir, realizando fuerza limitante.

3. INTERPOSICIÓN LABIAL: Deglución atípica caracterizada por interposición del labio inferior entre los dientes frontales en el momento de deglutir, acompañada generalmente de incompetencia labial-acción lingual y borla del mentón inadecuada.

Los pacientes con deglución atípica pueden presentar otras características tales como, dificultad en compactar el bolo alimenticio, escapes de saliva mientras hablan, babeo nocturno, dificultad de tragar pastillas, dificultades articulatorias en el habla (dislalias), pronunciación de fonemas con puntos de articulación incorrecta aunque suenen casi igual (distorsión articulatoria),...

OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES: ETIOPATOGENIA, DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

José Vicente Bagán Sebastián

Catedrático de Medicina Bucal. Universitat de València

Jefe del Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario. Valencia

La primera publicación, con una serie de casos importantes, sobre Osteonecrosis de los maxilares (ONM) fue hecha en 2003 por Marx. Los criterios que definen la ONM son:

- 1.- Paciente que está o ha estado tomando bisfosfonatos por padecer un proceso maligno.
- 2.- Presencia de una o varias lesiones ulceradas en la mucosa de los procesos alveolares, con exposición del hueso maxilar o mandibular.
- 3.- El hueso que se observa en el fondo de la ulceración es un hueso de aspecto necrótico.
- 4.- La lesión se ha producido de forma espontánea o, más frecuentemente, tras una cirugía o intervención oral (en especial extracciones dentales).
- 5.- Ausencia de cicatrización durante un periodo de al menos seis semanas.

A nivel etiológico, los precipitantes de esta lesión son

con frecuencia las intervenciones quirúrgicas en la cavidad oral, siendo la más habitual como desencadenante la extracción dental.

Los síntomas y signos de la ONM son:

- 1.- *Dolor*. Este es progresivo y mantenido. En ocasiones necesitando importantes dosis de analgésicos para controlarlo.
- 2.- *Supuración* a través de alguna fístula gingival.
- 3.- *Exposición de un hueso necrótico*, a través de una solución de continuidad de la mucosa.

La exposición ósea suele tener un diámetro entre 0,5-2 cm, con la particularidad de que es frecuente que sean varias las zonas expuestas, de forma simultáneamente en un mismo paciente. (4)

Con el paso del tiempo, las lesiones pueden ir incrementándose en tamaño, sobre todo en los bisfosfonatos intravenosos, pudiendo producir fistulizaciones a piel, comunicaciones con senos maxilares e incluso originar, aunque esto es más infrecuente, *fracturas mandibulares*.

Las lesiones son muy similares a las que suceden en el paciente con osteorradionecrosis. (6)

Con relación a la *localización*, esta es mucho más frecuente en mandíbula que en maxilar y dentro de la mandíbula, sobre todo en áreas de molares. (2)

En un estudio realizado recientemente por nosotros en 53 pacientes con ONM por bisfosfonatos intravenosos hallamos lesiones mandibulares en 44 (83,01%) y maxilares en 16 (80%).

Pruebas diagnósticas

- 1.- *Estudio histopatológico del hueso expuesto.*
- 2.- *Cultivo y antibiograma.*
- 3.- *Estudios radiográficos: Ortopantomografía y tomografía computadorizada.*

Como señalamos anteriormente, con sólo la clínica es suficiente, según los protocolos y consensos actuales, para establecer el diagnóstico de ONM; sin embargo en los casos que puedan surgir dudas diagnósticas con metástasis es aconsejable realizar una biopsia. En esta, el resultado de una osteomielitis crónica con zonas de secuestro y frecuente infección por *Actinomyces* nos ayudarán a establecer el diagnóstico.

Otra prueba de laboratorio que recomendamos es el cultivo y antibiograma, ya que estos pacientes van a requerir prolongados tratamientos con antibióticos, por lo que es de gran utilidad conocer el espectro bacteriano existente y la sensibilidad de estos microorganismos a los diferentes antibióticos disponibles.

Con relación a la ortopantomografía se hará sistemáticamente en todo paciente y en ella se apreciará la zona osteolítica y con secuestro, de márgenes mal definidos, que suele estar inicialmente en el hueso alveolar. Ella nos ayudará a valorar la extensión de la lesión.

Sin embargo, en muchas ocasiones en la ortopantomografía no vemos la afectación real de la zona lesional, por lo que recomendamos realizar una tomografía computadorizada (TC) siempre que tengamos una ONM. Así por ejemplo, en la mandíbula y zona posterior es muy frecuente la afectación de la tabla lingual, aspecto que en la ortopantomografía no podemos apreciarlo bien y que será puesto perfectamente de manifiesto con la TC. Esta última nos servirá para ver la proximidad de la lesión al canal mandibular, posibles fracturas mandibulares y por supuesto comunicaciones con el seno maxilar y fosa nasal.

Estadios

Existen tres estadios en la evolución de la Osteonecrosis por bisfosfonatos, cuya catalogación nos a ser de gran ayuda para establecer y planificar el tratamiento:

Estadio I: caracterizado por exposición ósea asintomática, sin signos clínicos de inflamación ni de infección.

Estadio II: caracterizado por exposición ósea con infección, acompañada con dolor, eritema e inflamación de la mucosa, con o sin supuración

Estadio III: caracterizado por exposición ósea asociado a dolor, inflamación e infección que es difícil de tratar con antibioterapia oral o intravenosa. La presencia de fístula cutánea secundaria a la osteonecrosis o a fractura patológica es frecuente en este estadio.

De cara a una orientación terapéutica nosotros proponemos una modificación de dicha clasificación, en base a que en el estadio II hay pacientes que responden adecuadamente a las medidas conservadoras y otras que no, lo que nos ha hecho proponer una subdivisión de dicho apartado II en dos supartados, tal como está expuesto en la tabla siguiente:

Estadio I	Exposición ósea. Hueso necrótico. Asintomático
Estadio II	IIa. Exposición ósea. Hueso necrótico. Dolor e infección que se controla el dolor y la progresión de la ONM con antibióticos y medidas conservadoras.
	IIb. Exposición ósea. Hueso necrótico. Dolor e infección que no se controlan con antibióticos y medidas conservadoras, así como tampoco la progresión de la ONM
Estadio III	Exposición ósea. Hueso necrótico. Dolor, infección y uno o más de estos signos: fractura patológica, fístula extraoral u osteolisis que se extiende al borde inferior.

SÁBADO 29 DE MARZO

CARCINOMA DE LA CAVIDAD ORAL. PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ. ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO

Víctor Lasa Menéndez

Responsable de Oncología. Servicio de Cirugía Maxilofacial Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

Jose Ignacio Iriarte

Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Son Dureta

El carcinoma de cavidad oral representa el 2-3% de todos los tumores malignos y el 10-20% de los tumores de cabeza y cuello

En nuestro país la incidencia es de aprox. 11 casos / 100.000 habitantes al año, con una tendencia a aumentar en los países occidentales.

A pesar de las campañas de información y prevención del cáncer oral desarrolladas en los últimos tiempos entre el colectivo odontológico, los pacientes con tumores de cavidad oral generalmente acuden a la consulta del Cirujano Maxilofacial en estadios avanzados de su enfermedad, lo que está asociado en parte a las propias características del paciente con un estilo de vida desestructurado en muchos casos.

Este diagnóstico tardío condiciona considerablemente el pronóstico. Los tumores diagnosticados en estadios tempranos (I-II) presentan un índice de supervivencia a los 5 años entre el 70-80%, mientras que en el estadio IV el pronóstico es inferior al 17%, siendo la mortalidad global, a pesar de los avances en las técnicas de tratamiento, alrededor del 50%. Por esto debemos insistir en la formación de los profesionales de la odontología y promover el hábito de exploración completa de la cavidad oral a todos los pacientes, así como mejorar el entrenamiento en el reconocimiento de lesiones tanto malignas como premalignas, de cara a lograr el diagnóstico más precoz posible de este tipo de tumores.

Otro hábito importante que se debe potenciar es la información al paciente sobre esta patología, así como la identificación de factores de riesgo evitables (tabaco, alcohol), intentando modificar los hábitos de nuestros pacientes en la medida de lo posible.

La prevención del cáncer oral debe iniciarse en el ámbito de la atención primaria y sobre todo entre los profesionales de la odonto-estomatología que constituyen el primer escalón diagnóstico

El profesional debe tener una formación adecuada con los siguientes objetivos:

- Conocer los factores etiológicos del cáncer oral intentado modificar los hábitos tóxicos de los pacientes mediante la información y el consejo profesional
- Conocer las lesiones precancerosas y sus características clínicas, de cara a un diagnóstico y tratamiento adecuado, así como a un diagnóstico diferencial con lesiones malignas
- Tener una vía de contacto fluido con el Servicio de Cirugía Maxilofacial de referencia de cara a remitir toda lesión sospechosa con carácter urgente, para realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado
- Conocer las técnicas actuales de tratamiento de los tumores malignos de la cavidad oral

Dentro de la epidemiología del cáncer oral, analizamos los principales factores de riesgo, sobre todo la clara asociación con el abuso crónico de alcohol y tabaco, en pacientes con un estado nutricional deficiente.

El tabaco es el factor de riesgo más importante: 90% de cánceres de cavidad oral en hombres y 60% en mujeres se atribuyen al tabaco. Efecto dosis dependiente, disminuyendo el riesgo a la mitad en exfumadores a partir de 3 años (1)

Los pacientes con un carcinoma diagnosticado que continúan fumando, tienen más riesgo de recaída o de aparición de un segundo primario, comparados con los que han dejado el hábito (2)

El alcohol asociado al tabaco aumenta el riesgo que ambos tienen por separado (efecto sinérgico). Es el segundo agente más importante tras el tabaco, siendo el riesgo de cáncer 6 veces superior que en no bebedores.(2,3)

Realizamos así mismo una revisión de las lesiones precancerosas más importantes insistiendo en que el diagnóstico y control de estas lesiones constituye la mejor arma para la prevención del cáncer oral, sin embargo no todos los casos de cáncer oral se asocian a lesiones precancerosas, por lo que el diagnóstico precoz de dichas lesiones no asegura la prevención. La mayoría de casos aparecen en mucosas aparentemente sanas (4,5). A su vez existe

un gran número de lesiones no diagnosticadas o diagnosticadas de forma errónea, tanto premalignas como malignas, por lo que debemos insistir en la formación adecuada de los profesionales de la odonto-estomatología y en aumentar el énfasis en los programas de enseñanza en relación con el cáncer oral (6,7)

El odonto-estomatólogo debe orientar el diagnóstico y en caso de lesiones sospechosas de malignidad, remitir al paciente con carácter urgente al Servicio de Cirugía Maxilofacial de referencia, para completar el diagnóstico y dar el tratamiento adecuado.

Las lesiones precancerosas más importantes son la leucoplasias, eritroplasia y el liquen plano oral.

Las leucoplasias constituyen las lesiones premalignas más frecuentes, representando el 85% de las mismas. La frecuencia de transformación maligna de las leucoplasias es muy variable, según los estudios. Alrededor de un 5% de las leucoplasias pueden malignizar a los 5 años (8,9). El 33-42% de las leucoplasias que malignizan, lo hacen dentro de los dos primeros años del diagnóstico. (10,11). El profesional debe estar capacitado para el diagnóstico de dicha patología, así como conocer los factores pronósticos que pueden condicionar su transformación maligna.

El Liquen Plano Oral es una lesión precancerosa con gran discusión en cuanto a su posible transformación maligna. (12,13). Se ha estimado entre el 0,4 y el 3%, al parecer solamente en relación con el patrón erosivo

La eritroplasia es una lesión que presenta displasia en más del 90% de los casos en el análisis histológico, severas en muchas ocasiones, teniendo mucho más riesgo de malignización que la leucoplasia. Suelen asociarse lesiones blancas y rojas, por lo que muchos autores hablan de leucoeritroplasias (14,15)

Por último, realizamos una revisión del estado actual del tratamiento del cáncer oral, insistiendo en la importancia del enfoque multidisciplinar.

Analizamos las técnicas actuales de reconstrucción microquirúrgica, que permiten disminuir las secuelas relacionadas con las resecciones tumorales, y los nuevos esquemas de tratamiento como el empleo de Quimioterapia + Radioterapia concomitante con la aparición de nuevos fármacos como los taxanos, consiguiendo aumentar la tasa de respuesta, la supervivencia y la disminución de morbilidad asociada a la cirugía en tumores localmente avanzados.

Bibliografía

1. Ries LAG. In: Harras A, ed. Cancer: Rates and Risks. Washington, DC: National Institutes of Health; 1996. pp. 9-55
2. MacFarlane GJ, Zheng T, Marshall JR et al. Alcohol, tobacco, diet and the risk of oral cancer: a pooled analysis of three case-control studies. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995; 31: 181-187
3. Marandas P, Marandas N. Situation actuelle des cancers des voies aéro-digestives supérieures en France et données épidémiologiques. Marandas P, ed. *Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Données actuelles*. Masson. Issy-les-Moulineaux ; 2004. pp. 3-19
4. Aguirre J, Echebarria M, Martinez-Conde R. El odontólogo/ Estomatólogo frente al precáncer oral. *Rev Act Odontol Esp* 1994;44(10):47-64
5. McIntyre G, Oliver R. Update on precancerous lesions. *Dental Update* 1999;26:382-6.
6. Jaber M, Diz P, Vazquez E, Cutando A, Porter S. Spanish dental students knowledge of oral malignancy and premalignancy. *Eur J Dent Educ* 1997;1:167-71
7. Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, Esparza G, Dios P D. Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral Diseases*. 12(5):487-92, 2006 Sep
8. Schepman K, Van Der Meij E, Smeele L, Van Der Waal I. Malignant transformation of oral leukoplakia: a follow-up study of hospital-based population of 166 patients with oral leukoplakia from the Netherlands. *Oral Oncology* 1998; 34:270-5
9. Onofre M, Warnakulasuriya K, Johnson N et al. p53 expression in oral precancer as a marker for malignant potential. *J Oral Pathol Med* 1998;27:191-6
10. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer* 1984; 53(3): 563-8
11. Lind PO. Malignant transformation in oral leukoplakia. *Scand J Dent Res* 1987; 95(6): 449-55
12. Scully C, Cawson R. Potentially malignant oral lesions. *J Epidemiol Biostat* 1996;1-3
13. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(2):207-14
14. Silverman S. Precancerous lesions and oral cancer in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992;8:529-41
15. McIntyre G, Oliver R. Update on precancerous lesions. *Dental Update* 1999;26:382-6
16. Pignon JP, Bourhis J, Domenge C. y cols. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: Three meta-analyses of updated individual data. *Lancet* 2000; 355: 949-955.
17. Adelstein DJ, Li Y, Adams GL. y cols. An Intergroup phase III comparison of standard radiation therapy and two schedules of concurrent chemoradiotherapy in patients with unresectable squamous cell head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 92-98
18. Hit R, Lopez-Pousa J, Martinez-Trufero J, y cols. Phase III Study Comparing Cisplatin Plus Fluorouracil to Paclitaxel, Cisplatin, and Fluorouracil Induction Chemotherapy Followed

- by Chemoradiotherapy in Locally Advanced Head and Neck Cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 8636-8645
19. Bernier, J., Dornge, C., Ozsahin, M. y cols. Postoperative irradiation with o without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 1945-1952.
20. Del Rosario, R., Rollon A, Salazar C, Mayorga F. Lesiones precancerosas. *Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2005 Vol II: 755-71

EL TABACO Y LA CAVIDAD ORAL. PROGRAMAS Y TÉCNICAS DE DESHABITUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Manuel Valverde Rubio

Médico de Familia

Master en Terapia de Conducta

Master en Sexología y Psicoterapia Integrativa

Introducción

El tabaco es la primera causa de muerte prevenible, y es responsable del 15% del total de muertes en el mundo, lo que representa que cada año mueren cuatro millones de personas por culpa del tabaco, de ellas unas quinientas mil en la Unión Europea y más de cincuenta mil en nuestro país.

Actualmente, el 34,4% de la población española es fumadora. Por sexos, fuman el 42,1% de los hombres y el 27,2% de las mujeres. Mientras que la prevalencia de tabaquismo entre los hombres ha descendido desde 1987, en las mujeres se mantiene estable desde 1995, y lo mismo ocurre entre los jóvenes, en los que además el consumo de tabaco predomina entre las mujeres.

Existe consenso a escala internacional de que la lucha contra el tabaquismo es la medida de Salud Pública que comportaría más beneficios, tanto en términos de salud como en términos económicos, por lo que debería ser una prioridad para todos los gobiernos.

Los dos pilares fundamentales para abordar el tabaquismo son: por una parte, evitar que los jóvenes empiecen a fumar y, por otra parte, ayudar a los fumadores a que lo dejen. Los profesionales sanitarios de atención primaria pueden, por tanto, jugar un papel clave en el abordaje del tabaquismo. Los profesionales de la salud oral tienen un papel único a jugar en el apoyo y asistencia a sus pacientes fumadores para fomentar la deshabituación tabáquica.

Para ayudar a los fumadores a que dejen de fumar, es necesario en primer lugar entender y aceptar que el tabaquismo es una drogodependencia, cuya principal sustancia adictiva es la nicotina, con un poder de adicción similar a la heroína. Es decir, que estamos ante un comportamiento adictivo especialmente difícil de vencer y que goza de un clima social aún bastante tolerante. Complica las cosas el hecho de que las consecuencias negativas sobre la salud debidas al tabaco sólo sean probables a medio y a largo plazo.

En segundo lugar, hay que conocer el marco teórico en el que se sustentan actualmente todos los programas de ayuda para dejar de fumar, que es el modelo "transteorético" del cambio, elaborado por Prochaska y DiClemente, según el cual dejar de fumar es un proceso, en el cual el fumador pasa por una serie de etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y/o recaída. Este proceso es cíclico, y las recaídas deben considerarse como una etapa del proceso, no como un fracaso, ya que, como hemos avanzado, dejar de fumar es difícil y la mayoría de fumadores necesitan hacer varios intentos antes de conseguir dejarlo definitivamente.

De acuerdo a este modelo de cambio de conductas, el papel del profesional sanitario sería acompañar al fumador en su proceso. De manera intuitiva, se puede deducir que el tipo de ayuda o acompañamiento será diferente en función de la etapa de cambio en la que se encuentre el fumador.

Es necesario tener presente que el 98% de las personas que han intentado dejar de fumar por sus propios medios y sin apoyo específico no consiguen su objetivo.

Existen evidencias de que el consejo impartido por profesionales sanitarios es moderadamente efectivo para ayudar a dejar de fumar, ya que consigue tasas de abandono entre el 3 y el 10%, pero puede tener un gran impacto poblacional, ya que puede ser impartido desde atención primaria, y tanto por médicos como por enfermeras, y es además altamente coste-efectivo.

A la intervención para ayudar a dejar de fumar basada sólo en el consejo se la denomina intervención mínima, ya que de hecho es "lo mínimo" que debería hacer cualquier profesional sanitario ante un fumador. Para que sea efectivo, el consejo debe adecuarse a la etapa del proceso de cambio en la que se encuentre el fumador, y es especialmente útil para ayudar a los fumadores a avanzar en su proceso.

Cuando el consejo se acompaña de documentación de apoyo (manuales de autoayuda), la efectividad de la intervención mínima se incrementa, sobre todo si el material es revisado conjuntamente con el paciente antes de que se lo lleve.

Los tratamientos farmacológicos disponibles para el abordaje del tabaquismo: sustitutivos de la nicotina en sus diferentes presentaciones, el antidepresivo Bupropion y la Vareniclina, todos ellos representan medidas efectivas para ayudar a dejar de fumar, y multiplican por dos las tasas de abandono del hábito de fumar del resto de intervenciones. Utilizados aisladamente, consiguen tasas de abandono al año de entre el 20 y el 30% según las series.

La intervención basada en el consejo, apoyo psicológico, fármacos (si son necesarios) y alguna visita programada de seguimiento recibe el nombre de intervención breve. Con ella se pueden conseguir tasas de abandono al año de alrededor del 20%.

Cuando se combinan las cuatro herramientas de que disponemos para abordar el tabaquismo: consejo, apoyo psicológico, fármacos y seguimiento, pero tanto el apoyo psicológico como el seguimiento se hacen de manera sistematizada, hablamos de intervención avanzada o multicomponente. Con este tipo de intervenciones se deberían conseguir tasas de abandono superiores, de hasta el 40%, lo que hasta la fecha no se ha confirmado de manera contundente, aunque se está investigando.

El papel del odontólogo y el higienista en la cesación tabáquica

Existen evidencias de que las intervenciones breves realizadas por profesionales de la salud oral entrenados pueden tener un impacto importante en el ámbito de la salud pública debido al contacto regular que los profesionales de salud oral tienen con un porcentaje elevado de la población. El principal papel de los profesionales de la salud oral, inicialmente, es estimular los intentos de abandono del hábito tabáquico entre sus pacientes utilizando intervenciones cortas. Para que una intervención de deshabituación tabáquica sea exitosa debe formar parte del tratamiento rutinario de la consulta dental. Sería conveniente que las organizaciones dentales internacionales y las asociaciones profesionales nacionales promuevan urgentemente la inclusión de los contenidos relacionados con la cesación tabáquica en el currículum de pregrado de odontólogos e higienistas.

Los contenidos curriculares interdisciplinares deberían contener: (1) los efectos biológicos del tabaco, (2) la cultura del tabaco y sus aspectos psicosociales, (3) la prevención y el tratamiento del hábito tabáquico y su dependencia, y (4) el aprendizaje de las habilidades clínicas para desarrollar los métodos de cesación tabáquica.

Población diana

Para entrar en una terapia de deshabituación tabáquica es preciso estar en fase de preparación de acuerdo a las etapas del proceso de cambio de Prochaska i DiClemente, es decir, expresar deseo de dejar de fumar con ayuda y ser capaz de poner una fecha para dejarlo en un plazo no superior a un mes. En esta fase se encuentra aproximadamente el 15% de los fumadores.

Como principales criterios de exclusión consideramos:

- Patología mental severa: esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar, deterioro cognitivo u otras.
- Asociación con otras adicciones.
- Circunstancias vitales que desaconsejen la intervención en este momento.

Aquellos fumadores y aquellas fumadoras que se encuentran en las fases de precontemplación y contemplación pueden beneficiarse de una intervención breve, es decir, de un consejo breve adaptado a la fase de cambio.

Un problema cada vez más importante es la comorbilidad psiquiátrica unida a lo fumadores. Al incrementarse el número de personas que dejan de fumar cada vez más tempranamente los que siguen fumando tienen una mayor probabilidad de tener asociada a su dependencia de la nicotina otros trastornos, especialmente los del estado de ánimo. Por ello, en los fumadores conviene evaluar la historia psiquiátrica previa y otros problemas comportamentales, familiares y adaptativos que puedan incidir negativamente en el proceso de dejar de fumar. Paralelamente, si al dejar de fumar surge algún problema psiquiátrico, como por ejemplo la depresión, será necesario que el equipo de salud lo aborde.

Por otra parte, la asociación del tabaquismo con otras adicciones, bien legales o ilegales, sería también, en principio, un criterio de exclusión.

LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA COMUNITARIA EN EUROPA: LOS PATRONES DE ATENCIÓN Y LOS RESULTADOS

Juan Carlos Llodra Calvo

Profesor Titular Odontología Preventiva y Comunitaria

Facultad de Odontología, Granada

Introducción

En esta conferencia se intentará analizar los diferentes modelos de atención odontológica existentes en Europa analizando sus principales características. Se repasarán asimismo los principales resultados en salud obtenidos a lo largo de esta década en cada uno de los grandes modelos europeos. Un especial análisis referido a la situación española será realizado.

Los Principales Modelos de Atención Odontológica en Europa

Se describen cinco grandes modelos de Atención Odontológica en Europa (excepción hecha del modelo de los países del Este de nueva incorporación, que presentan su propia idiosincrasia). Los modelos han sido descritos con las siguientes denominaciones:

- Modelo Nórdico: engloba a Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega. Sus principales características son:
 - Significativa implicación gubernamental en la organización, suministro y financiación de la salud oral
 - Acceso universal y gratuito para población infantil y facilidades importantes para población adulta.
 - Los datos de Salud Oral son recogidos periódicamente por el Gobierno (análisis de efectividad y costes)
 - Cuenta con Personal clínico multidisciplinar: dentista, enfermeras dentales, higienistas, técnicos dentales (prótesis)
- Modelo Bismarckiano: constituido por Austria, Francia, Bélgica, Luxemburgo y Alemania. Se caracteriza por:
 - Pequeña o nula implicación gubernamental en el sistema, basado en la obligatoriedad de seguros sociales (trabajadores + empresarios)
 - El pago de los servicios dentales es reembolsado por compañías aseguradoras (públicas y/o privadas)
 - Los datos de Salud Oral (normalmente

referidos a los costes) son recogidos normalmente por los fondos sociales

- Personal clínico no multidisciplinar: no se utilizan higienistas (salvo Alemania) ni técnicos dentales (prótesis)
- Modelo sur europeo: lo conforman España, Portugal, Grecia e Italia. Se caracteriza por:
 - Sistema esencialmente privado sin prácticamente ninguna implicación gubernamental en el sistema
 - Empieza a existir financiación pública para determinados grupos (esencialmente niños y grupos específicos)
 - Los datos de Salud Oral son recogidos periódicamente por las Organizaciones Dentales, la mayoría de las veces a nivel de Comunidad Autónoma ó Región. No existe Registro Nacional con financiación pública.
 - Utilización de personal clínico auxiliar e higienista bajo supervisión clínica del dentista.
- Modelo Británico: el modelo del Reino Unido, por sus propias características específicas, suele ser descrito de manera individualizada. Presenta:
 - Elevada implicación gubernamental en el sistema
 - Los Servicios Dentales son mayoritariamente proporcionados por dentistas privados con contratos con el Gobierno
 - El sistema está financiado directamente a nivel gubernamental
 - Los datos de Salud Oral son recogidos periódicamente por el Gobierno
 - Utilización de personal clínico multidisciplinario bajo supervisión clínica del dentista.
- Modelo Híbrido: constituido por Irlanda y Países Bajos.
 - Sistema mixto entre sistema Bismarckiano y sistema Británico
 - Sistema privado subvencionado para población infantil
 - Los datos de Salud Oral son recogidos a nivel Gubernamental y nacional
 - Amplia utilización de personal clínico auxiliar e higienista bajo supervisión clínica del dentista. El número de personal intermedio iguala al número de dentistas.

El grado y la naturaleza de la implicación del gobierno en el planeamiento y los servicios orales varían considerablemente entre los diversos modelos. Los cambios recientes más grandes corresponden a los ocurridos en Europa Oriental, donde ha habido

privatización amplia de los servicios dentales previamente públicos. En la mayor parte de los países del Este que han accedido a la UE se están desarrollando lentamente sistemas de seguro para cubrir los costes de atención dental. En los países nórdicos, los servicios dentales públicos todavía tienen una política de ayuda gubernamental fuerte, apreciándose incluso una cierta expansión. En el modelo Sur europeo se aprecia un avance en los servicios dentales públicos para la atención de población infantil y de ciertos grupos específicos de población. El modelo Británico, con un sistema dental público muy fuerte, hay planes para realizar grandes cambios en el modelo, en un futuro próximo. Los países del modelo Bismarckiano, con un amplio sistema de aseguramiento dental al conjunto de la población de sus respectivos países, están experimentando problemas financieros para mantener las prestaciones.

En relación al número de dentistas, con la excepción de España y Portugal, donde se asiste a un elevado crecimiento de los recursos humanos, en el resto de países se asiste a una práctica estabilización. Los datos sobre costes dentales per capita muestran grandes variaciones de un país a otro. En la mayoría de los estados, sobre todo en referencia al sector privado, los costes tan solo pueden ser estimados. Sin embargo, en un nivel macro-económico, se calcula que en el año 2000 para el conjunto de la Unión Europea, para una población global de 456 millones de habitantes existían 900.000 personas en el sector dental (de los cuales 300.000 dentistas) y que el coste en salud oral se elevaba a 54,000,000,000 de euros.

La salud Oral en Europa

Como ha sido analizado en la primera parte de la Conferencia, los modelos de asistencia odontológica en Europa son diversos. Esa diversidad a la hora de planificar la atención dental en el continente ¿ha tenido repercusiones en los niveles de salud oral? Dicho de otra forma, ¿pueden detectarse variaciones importantes en los indicadores habituales de salud oral?

En el **gráfico 1** se muestran los valores del CAOD en Europa, para el grupo de 12 años (grupo de referencia internacional de la OMS). Observamos que las cifras de CAOD son muy similares fluctuando entre un mínimo de 0.8 (Dinamarca, Holanda) y un máximo de 1.6 (Grecia). El **gráfico 2** recoge los valores del CAOD a los 12 años (ponderado en función de la población) para cada uno de los cinco modelos de atención odontológica en Europa. Podemos ver como en todos los modelos el CAOD ponderado

global se sitúa en niveles muy bajos (clasificación OMS) a excepción del modelo Sur Europeo que se halla en nivel bajo (entre 1.2-2.6, OMS). No pueden realmente detectarse unos patrones de CAOD específicos o distintivos para cada uno de

Gráfico 1. Índice CAOD (12 años) en Europa (2006)
Global Oral Data Bank. WHO. Geneva

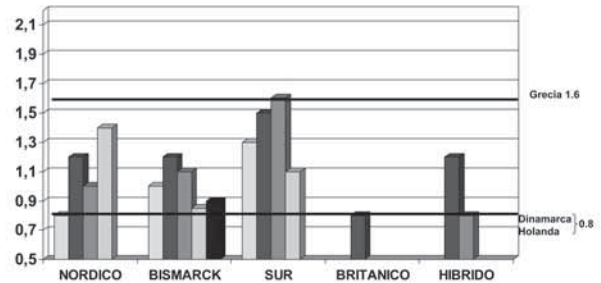
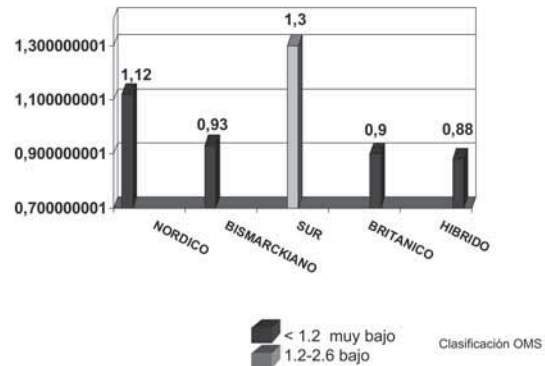


Gráfico 2: Índices CAOD a los 12 años ponderados por población (2000-2006)



los modelos analizados. Son necesarios por lo tanto otros indicadores más sensibles y discriminantes que nos permitan detectar posibles diferencias en salud oral dentro de los diferentes modelos.

La situación específica en España

Como es conocido por todos, en el conjunto del Estado son muy diversas las situaciones existentes en cuanto a modelo asistencial dental. Las situaciones presentes van desde una práctica ausencia de programas públicos de asistencia dental infantil, a situaciones como las de Navarra en las que se garantiza la asistencia dental básica y traumatismos dentarios desde los 7 a los 18 años de edad. Esta multiplicidad de situaciones o “modelos” dentro del propio Estado ha sido perfectamente analizada en monografías publicadas por la propia SESPO (Cortés, Cerviño y Casals, 2005). Sin embargo es interesante conocer si se pueden detectar patrones de salud oral específicos en base al tipo de asistencia dental recibida. Un primer intento fue realizado dentro

del marco de una monografía también publicada por SESPO (Simon, Cortés, Bravo y LLodra, 2006). En esta Conferencia se profundizará este análisis con los datos epidemiológicos más recientes.

Bibliografía de apoyo

1. Widström E, Eaton KA.:155-94. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent.* 2004;2:155-94.
2. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe. Part I: Finance and entitlement to care. *Community Dent Health.* 1998 ;15:145-9.
3. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe. Part II: The dental workforce. *Community Dent Health.* 1998 ;15:243-7.
4. Eaton KA, Widstroem EA, Renson CE. Changes in the numbers of dentists and dental caries levels in 12-year-olds in the countries of the European Union and economic area. *J R Soc Health.* 1998 Feb;118(1):40-8.
5. Bolin AK. Children's dental health in Europe. An epidemiological investigation of 5- and 12-year-old children from eight EU countries. *Swed Dent J Suppl.* 1997;122:1-88.
6. Widström E, Ekman A, Aandahl LS, Pedersen MM, Agustsdottir H, Eaton KA. Developments in oral health policy in the Nordic countries since 1990. *Oral Health Prev Dent.* 2005;3(4):225-35.
7. Cortés FJ, Cervera S, Casals E. Servicios Públicos de Salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CCAA. 2005. 2ª Ed. Barcelona 2005. Sespo
8. Simon F, Cortés FJ, Llodra JC, Bravo M. El PADI en el País Vasco y Navarra. Actividad, opinión de los dentistas, y epidemiología (1990-2002). Promolibro, Valencia, 2006.
9. www.egohid.eu
10. www.who.int/oral_health/action/information/surveillance

PAPEL DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA DENTRO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN. NUEVOS RETOS

Pilar Baca García

Catedrática de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad de Granada

La Odontología Preventiva y Comunitaria se puede considerar como una filosofía, pero también como unos contenidos con un cuerpo doctrinal propio con medidas concretas dirigidas a evitar la aparición de la enfermedad y que se sustentan en la evidencia científica. De hecho, pocas materias odontológicas han evaluado la efectividad de sus tratamientos

mejor que lo ha hecho Odontología Preventiva. El porcentaje de metanálisis y ensayos clínicos, que permiten el máximo nivel de evidencia, de la literatura científica en los últimos 10 años, es mayor en las revistas líder preventiva-comunitarias respecto al total de la Odontología.

Por otra parte, cuando se trata de organizar servicios o medidas dirigidas a amplios grupos poblacionales estamos ante Odontología Comunitaria. Se trata de medidas preventivas y asistenciales de coste asumible.

Hoy día se puede considerar como un clásico el estudio publicado por Bratthall et al en 1996¹. En él, un grupo de 55 expertos opinaban sobre las razones de la reducción de la caries dental en países industrializados, entre los cuales se puede incluir España. Esta encuesta, entre otras cosas, claramente mostró que había una aceptación mayoritaria de la importancia del flúor en el declinar de la caries. Sin embargo, no el flúor de aplicación profesional dirigido a una pequeña parte de la población, sino el flúor incorporado a dentífricos y al agua de bebida, alcanzando a una gran parte de la población, es decir en su dimensión comunitaria. Esta encuesta es válida para ilustrar la gran importancia que tiene Odontología Preventiva y Comunitaria en la salud oral de la población.

Es importante hacer una lectura de los objetivos de salud oral que se han formulado hasta el momento: Los clásicos de la OMS para el año 2000, los más recientes para España para los años 2015 y 2020² desde la SESPO o los de Alemania del 2020³, e incluso objetivos de ámbito más local o regional (planes de salud de las distintas CCAA). Podemos hipotetizar, sustentándonos en datos de evidencia científica, que su consecución debe estar vinculada a medidas preventivas que serán más efectivas cuanto mayor alcance tengan, es decir, a través de la Odontología Comunitaria. Un objetivo propuesto para España en 2015 como es que $\geq 65\%$ de niños entre 5-6 años esté libres de caries, no es fácil conseguirlo desde un enfoque de la caries como enfermedad, sino mediante cambios en los estilos de vida y medidas preventivas dirigidas, en este caso, a la mayor parte de la población preescolar. Lo mismo podría decirse del objetivo propuesto para España en 2020 de reducir en los ≥ 65 años el porcentaje de edéntulos a menos del 15%. La odontología restauradora con una vida media limitada de los empastes o la cirugía oral no van a conseguir ese objetivo.

De una forma global se puede decir que los objetivos de salud están potenciando la Odontología Preventiva y Comunitaria. De hecho, las recomendaciones para

alcanzar los objetivos de salud son esencialmente de contenidos preventivos y comunitarios. Por el contrario, si existiera un objetivo de salud que fuera “un porcentaje de la población deberá tener todos los dientes alineados” se estaría potenciando la ortodoncia. Es más, las nuevas recomendaciones del EGOHID (European Global Oral Health Indicator Development Project) liderado por Bourgeois⁴, recomienda incluir indicadores de salud oral percibida (calidad de vida oral) para evaluar la salud oral de la población, como complemento de los indicadores clínicos tradicionales. Los objetivos para España 2015/2020 ya contemplan un objetivo en esta línea, sobre capacidad para masticar. Esta capacidad se alcanza más sanamente con la dentición natural que con la odontológica protética.

Un gran avance desde el punto de vista de la salud oral de la población lo constituyen las encuestas de ámbito nacional. A partir de la realizada por Gimeno de Sande en 1969⁵, desde el año 1983⁶ se empiezan a suceder periódicamente varias encuestas en España. Las tres últimas, realizadas en 1993⁷, 2000⁸ y 2005⁹ tienen en común el haber seguido escrupulosamente todas las recomendaciones de la OMS. Esto hace que sean comparables, lo que ha permitido no sólo determinar la evolución de la salud oral en nuestro país, sino conocer las necesidades de tratamiento objetivo de la población. Si nos centramos en la encuesta del 2005, aproximadamente el 90% de la población necesita instrucción en higiene oral, mientras que, por ejemplo, las necesidades de endodoncia, en el grupo etario más necesitado (35-44 años) no llega a representar el 7.5%. Las necesidades vuelven a señalar a Odontología Preventiva y Comunitaria.

Recientemente se dispone de la primera encuesta de ámbito nacional sobre la salud oral de preescolares de 3-4 años de edad, con datos de 2007¹⁰. Un hallazgo bastante consistente en casi todas las variables clínicas analizadas es el peor estado de salud oral de los preescolares inmigrantes frente a los autóctonos de España. La Odontología no puede ser ajena al reto que nos imponen los rápidos cambios demográficos ocurridos en España. Nuevamente Odontología Preventiva y Comunitaria, con su enfoque de población de riesgo y sus medidas preventivas poblacionales, será la única salida razonable a este problema.

Sin embargo, si nos fijamos en la demanda de asistencia odontológica que tiene lugar en las clínicas privadas, los datos elaborados a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 2003¹¹, son muy reveladores. En primer lugar el porcentaje de población que asiste al dentista está lejos de lo deseable y de lo que ocurre en países de nuestro entorno. Y de entre los que van al dentista, los motivos “demanda de limpieza” y

“flúor” son minoritarios si se comparan con las visitas realizadas para “empastes”, “prótesis” o “extracción”, y ello en todas las edades.

Otro factor que hay que tener en cuenta y que debería relacionar de forma muy directa la salud oral y la Odontología Preventiva y Comunitaria es la Educación del personal de salud oral y muy especialmente la Educación Superior. Los objetivos y contenidos docentes para ser realmente pertinentes deben de basarse en los objetivos y necesidades de salud oral. La Organización Mundial de la Salud era consciente de esta realidad cuando publicó en 1986 un documento titulado *Planificación y puesta a punto de Programas de enseñanza para el personal de salud bucodental*¹². En dicho documento propone una espiral de la enseñanza. Se parte de unos objetivos de salud bucodental desde los cuales se llega a los objetivos de la enseñanza. Desde la evaluación de los programas docentes se realiza una retroacción correctora que se dirige tanto a los objetivos de la enseñanza como a la evaluación de las estrategias de salud y objetivos de salud bucodental. Los objetivos de salud bucodental deben ser el punto de partida para diseñar los objetivos y programas de la enseñanza. Sin embargo, si analizamos los planes de estudios de la Licenciatura de Odontología la realidad es diferente. Odontología Preventiva y Comunitaria es una disciplina que, ubicada en el segundo ciclo, cuenta con un número de créditos muy limitado y que suele representar aproximadamente un 3% del total de créditos de la licenciatura. La gran mayoría de la carga docente se dirige al tratamiento de la enfermedad. En el momento actual, se está confeccionando un nuevo Plan de estudios de la Licenciatura de Odontología. De la lectura de los documentos a los que hemos podido tener acceso hasta el momento, se intuye de que la situación no va a cambiar. Las competencias de nuestra materia se han incluido en un bloque que podría considerarse una “miscelanea”, junto a otras entre las que se encuentran las de radiología o materiales odontológicos. La carga mínima de créditos que respalda dicho bloque es, a mi juicio, claramente insuficiente.

Ante esta situación, el clásico esquema de Lalonde¹³ publicado en 1974 puede servir de modelo para escenificar lo que la Odontología Preventiva y Comunitaria significa para la salud oral frente al escaso valor y reconocimiento que recibe. Cuando Lalonde evaluó la importancia de los determinantes de salud y lo comparó con la distribución del gasto sanitario observó que había una falta de coherencia. El gasto dirigido a los servicios de asistencia sanitaria era muy superior al destinado a mejorar

los estilos de vida, aunque éstos tuvieran una mayor repercusión sobre la salud. Precisamente son los estilos de vida y los comportamientos de salud los determinantes que más inciden en la salud oral de la comunidad y el enfoque para mejorarla se debería de dirigir a favorecer conductas positivas y no a tratar la enfermedad una vez que esta se ha instaurado. Todo parece indicar que más de 30 años después del informe de Lalonde estamos en gran medida, al menos en lo que se refiere a la Odontología española, en el punto de partida.

Tenemos ante nosotros el gran reto de llevar a la Odontología Preventiva y Comunitaria al lugar que le corresponde. Éste no es otro que todos los actores implicados en la salud oral: pacientes como individuo y comunidad, profesionales odontológicos, políticos y gestores sanitarios, docentes e incluso proveedores, asuman que sólo por este camino se logrará el ideal odontológico que durante muchas generaciones los dentistas hemos aprendido en nuestras Escuelas y ahora Facultades: Unos dientes sanos y funcionales, bien alineados, en una encía sana, rosa y punteada.

Bibliografía

1. Bratthall D, Hänsel-Petersson G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci.* 1996; 104: 416-22.
2. Objetivos de salud oral para España. Propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) Página web. Acceso 1 de febrero de 2008. Disponible en: http://www.infomed.es/sespo/PROPUESTA_DE_OBJETIVOS_EN_SALUD_ORAL_ESPAÑA_2015_2020.pdf
3. Ziller S, Micheelis W, Oesterreich D, Reich E. Goals for oral health in Germany 2020. *Int Dent J.* 2006; 56: 29-32.
4. Bourgeois DM, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB. Health Surveillance in Europe. A selection of essential oral health indicators. Lyon: European Commission. Health and Consumer Directorate-General, 2005.
5. Gimeno de Sande A, Sánchez B, Vázquez J, Gómez F, Marino F. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. *Rev Sanid Hig Publica Madr* 1971; 45: 361-433
6. Cuenca Sala E. La encuesta de la O.M.S. sobre la salud bucodental en España. Una aproximación personal. *Arch Odontoestomatol* 1968; 2: 15-22
7. Noguero Rodríguez B., Llodra Calvo J.C., Sicilia Felechosa A., Follana Murcia M. La salud bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances; 1995
8. Llodra Calvo J.C., Bravo Pérez M., Cortés Martinicorena F.J. Encuesta de Salud Oral en España (2000). *RCOE* 2002; 7: 19-63.
9. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España

2005. *RCOE* 2006; 11: 409-456.

10. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. *RCOE* 2007;12:143-168.
11. Bravo Pérez M. El entorno de la práctica odontológica en España. En: Echeverría García JJ, Pumarola Suñé J. (ed). *El Manual de Odontología*. 2ª Ed., Barcelona: Elsevier Masson, 2008, pp 160-164.
12. Organización Mundial de la Salud. Planification et mise au point des programmes d'enseignement pour les personnels de santé bucco-dentaire. Geneve: OMS; 1986.
13. Lalonde M (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

ENCUESTA NACIONAL ESPAÑOLA DE SALUD ORAL EN PREESCOLARES 2007.

Esta presentación es un extracto resumido del artículo original: Bravo M, Llodra JC, Cortés FJ, Casals E. Encuesta Nacional Española de Salud Oral en Preescolares 2007. *RCOE* 2007 vol 12(3): 143-168.

Elias Casals i Peidró

Odontólogo de Atención Primaria. Servei Català de la Salut. Profesor Asociado Universidad de Barcelona

Introducción

La OMS recomienda la realización de encuestas de salud oral periódicas cada cinco años con objeto de monitorizar la evolución del nivel de salud oral y analizar los cambios ocurridos. El Consejo General de Dentistas ha organizado y financiado las últimas tres encuestas de este tipo en España (1993 [1], 2000 [2] y 2005 [3]).

Sin embargo, en ninguno de estos estudios se había analizado la situación oral en preescolares, dado que la OMS no incluye a estas edades entre los grupos de estudio prioritario (5-6, 12, 15, 35-44 y 65-74 años). Disponemos de datos que permiten el análisis de la situación de la enfermedad de caries en la cohorte de 5-6 años de edad para el periodo 1993-2005. Las cifras de prevalencia de caries en dentición temporal son totalmente superponibles (38% en 1993, 33% en 2000 y 36% en 2005). El índice cod (suma de dientes temporales cariados y obturados por caries) está estabilizado en valores comprendidos entre 0.97 y 1.23, sin diferencias significativas. Sin embargo, estos datos son insuficientes para conocer el estado de salud oral en los preescolares. Los últimos cambios

en la política sanitaria odontológica, principalmente orientados a la población infantil, obligaban a iniciar el conocimiento del estado de salud en preescolares. El estudio que se presenta pretende conocer el estado de salud oral de los preescolares (3 y 4 años) de una muestra representativa de población española y, específicamente, el de la dentición temporal, que en cierta medida ha quedado relegada en los planes de salud oral.

No abundan, ni en España ni en Europa, los estudios epidemiológicos en edades preescolares. El hecho ya comentado de que estas edades no formen parte de los grupos etarios de estudio recomendados por la OMS puede explicar esta carencia. Por otra parte, en muchos países donde los cuidados odontológicos están total o parcialmente subvencionados, la dentición temporal queda excluida expresamente de las prestaciones subvencionadas. Estudios en Suecia [4], Francia [5], Noruega [6] y Bulgaria [7] y otros estudios más limitados geográficamente [8-15] revelan que:

- la caries en dentición temporal, a diferencia de lo ocurrido en la dentición permanente, no ha disminuido, incluso en algunos países se asiste a un repunte de patología.
- entre el 5-11% de los preescolares deben de ser considerados de alto riesgo de caries al presentar muchas lesiones y acumular cerca del 50-60% del total de caries.
- los índices de restauración en dentición temporal son muy bajos y reflejan la baja prioridad que se le da a los procesos de caries en dentición decidua.
- en todos los estudios se asiste a una fuerte asociación entre nivel socioeconómico y caries.
- los preescolares inmigrantes presentan peores niveles de salud oral que sus homónimos no inmigrantes.
- los índices de caries en dentición temporal aumentan hasta dos veces y media al pasar de los 3 a los 5 años de edad.

Objetivos del estudio

1. Realizar una encuesta, tipo pathfinder, según metodología OMS, [16] sobre el estado de caries en población preescolar (3 y 4 años) en España.
2. Conocer los hábitos de salud oral y visitas al dentista en la población preescolar española.

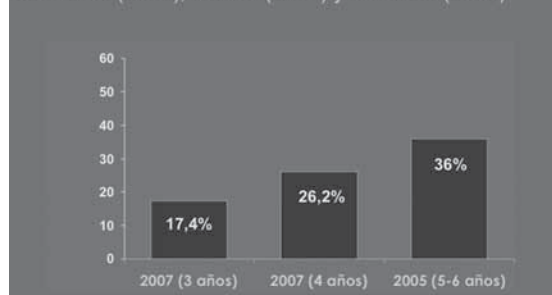
Descripción de la muestra

La recogida de datos, por parte de 9 exploradores, se realizó entre los meses de marzo y junio del 2007. Todos los preescolares fueron examinados en los

propios centros educativos. El formulario utilizado fue diseñado expresamente para la encuesta tomando como base el de la OMS para caries y adaptándolo a las variables que se midieron: ocupación laboral del cabeza de familia -definido éste como la persona que más recursos aporta al hogar-[17] y origen del preescolar -se ha considerado "origen extranjero" cuando uno o los dos progenitores del escolar eran originarios de un país fuera de la UE-. Asimismo se solicitó a los padres de los preescolares que cumplimentasen un cuestionario sobre hábitos en salud oral y visitas al dentista además de ofrecer su consentimiento por escrito para revisar a su hijo o hija. El 74.4% de los padres aceptaron que sus hijos fueran explorados y respondieron al cuestionario.

Cerca de la mitad de los preescolares pertenecen a un nivel social medio-bajo. En relación al país de origen el 85% son españoles, un 6% proceden de un país de América Latina y un 4% de un país africano (generalmente Marruecos). El 68% de los sujetos residen en medio urbano y el 32% en medio rural.

Figura 1. Prevalencia de caries en dentición temporal en los 3 años (2007), 4 años (2007) y 5-6 años (2005)



Principales resultados y discusión

La prevalencia de caries en los preescolares españoles se sitúa entre el 17.4% (a los 3 años) y el 26.2% (a los 4 años). (Figura 1) En un estudio reciente realizado en preescolares de 4 años en Francia [8] el 37.5% de los sujetos presentan caries. En otro estudio llevado a cabo en la región italiana del Veneto el 13.3% de los preescolares de 3 años y el 19.8% de los de 4 años presentaban caries [11]. Los resultados para la población preescolar noruega reflejan una prevalencia de caries del 20% a los 3 años de edad [6]. En un amplio estudio realizado en Suecia analizando la evaluación de la caries en preescolares de 4 años entre 1967 y el 2002 se comprueba que la prevalencia ha descendido del 87% en 1967 al 46% en el último estudio del 2002 [12].

La situación de caries en etapa preescolar en España está en los límites bajos comparativamente con países

Figura 2. Índice cod en dentición temporal en los 3 años (2007), 4 años (2007) y 5-6 años (2005)

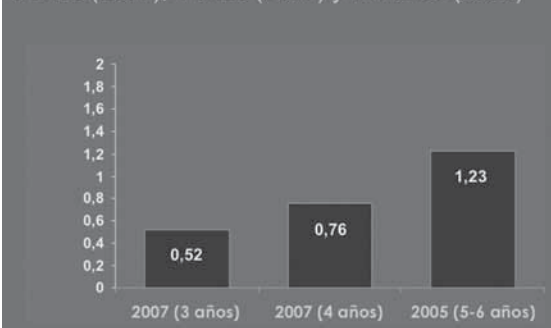
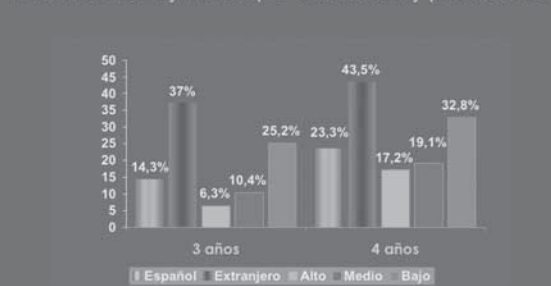


Figura 3. Prevalencia de caries en dentición temporal en las edades de 3 y 4 años por clase social y procedencia



de nuestro entorno. La prevalencia de caries en dentición temporal suele duplicarse al pasar de los 3 a los 5 años. En nuestro caso concreto se pasa del 17.4% a los 3 años al 36% en el grupo de 5-6 años [3]. Igual patrón siguen los índices de caries: el cod pasa de 0.52 a los 3 años al 1.23 en el grupo de 5-6 años. (Figura 2)

En relación a la localización de las lesiones de caries en la dentición temporal: el 6.1% de los incisivos superiores están afectados por la caries (frente al 0.3% de los inferiores). El 6.6% de los molares superiores y el 10.4% de los molares inferiores están afectados por caries (mayor afectación del segundo molar que el primero). La cifra del 6.6% de afectación en incisivos superiores (cifra considerada por algunos autores como indicador fiable de caries rampante) es la mitad de la hallada en Francia recientemente (11.6%) [8].

En la cohorte de 3 años el cod es de 0.52 con un índice de restauración del 3.3%. En los preescolares de 4 años el cod es de 0.76 con un IR del 7.1%. El índice cod es de 0.89 en el grupo de 3 años y de 1.35 en el grupo de 4 años. La *ratio* entre cos/cod (reflejo del nivel de afectación por superficies es de 1.7 a los 3 años (=0.89/0.52) y de 1.77 a los 4 años (=1.35/0.76). Ello confirma la alta prevalencia de lesiones interproximales en dentición temporal (a diferencia de lo que ocurre en dentición permanente en edades escolares en las que la mayoría de las lesiones son oclusales).

En relación al índice de restauración (o/cod)

comprobamos que es extremadamente bajo (3.3% a los 3 años y 7.1% a los 4 años). En relación al IR, éste solo se ve influido por el país de origen en los preescolares de 4 años (11% en los españoles *versus* 0.6% en los extranjeros). En el último estudio epidemiológico realizado en España [3], el índice de restauración en el grupo de 5-6 años era del 23%. Es curioso que en países donde esta implantado un sistema de reembolso al 70%, como es el caso de Francia, se encuentre que el IR sea del 6.2% a los 4 años de edad [8]. Ello parece indicar que intervienen muchos factores (además del económico) en el nivel de demanda de asistencia odontológica en estos grupos de edad. El estudio francés revela deficiencias en el grado de conocimiento de los padres así como una actitud descuidada de los dentistas al no preocuparse en exceso por la dentición temporal. Tan sólo el 1.3% de los preescolares de 3 años presenta al menos un diente ausente por caries elevándose al 3.8% para el grupo de 4 años.

Se puede observar que las necesidades de exodoncia son prácticamente inexistentes (en torno al 1%). En cuanto al tipo de tratamiento restaurador necesario, observamos que las necesidades se corresponden fundamentalmente con restauraciones (15.7% -3 años- y 21.9% -4 años). Teniendo en cuenta los valores de caod y de caos, se deduce que un gran número de restauraciones afectan a más de una superficie dentaria. Las necesidades de pulpotomía son del 1.5% (a los 3 años) y del 2.9% a los 4 años. Entre el 0.6-0.7% de los preescolares requieren de la colocación de una corona por motivo de caries.

El análisis de la distribución de la patología de caries nos revela una clara distribución asimétrica de la caries. El 2.6% de los preescolares de 3 años con mayor patología acumula el 47.8% del total de caries. En el grupo de 4 años, el 5.4% de los preescolares acumula más del 50.7% del total de patología de su grupo etario. El índice cod global entre aquellos preescolares que presentan al menos una caries (cod>0) es de 2.99 a los 3 años y de 2.92 a los 4 años (muy lejos del 0.52 y 0.76 globales). Ello refleja que la patología de caries es un problema serio en aquellos preescolares afectados, puesto que cada preescolar con caries presenta casi 3 dientes afectados.

Cuando se analizan determinadas variables en relación a la prevalencia de caries observamos una muy clara asociación entre el nivel socioeconómico y la patología. A los 3 años se observa un efecto del nivel social en la prevalencia de caries (6.3% en nivel alto, 10.4% en nivel medio y 25.2% en nivel bajo, $p<0.05$). Asimismo, en este grupo de 3 años, los preescolares extranjeros presentan una prevalencia más elevada

(14.3% en los de origen español *versus* 37% en los de origen extranjero). En el grupo de 4 años aparece el efecto del sexo sobre la prevalencia de caries (30.6% en varones *versus* 21.5% en mujeres), se mantiene el efecto del nivel social (mayor prevalencia en niveles sociales bajos) y del país de origen (más caries en preescolares extranjeros).(Figura 3)

Los resultados de la encuesta sobre hábitos de salud oral y visitas al dentista revelan que tan sólo el 27% de los preescolares de 3 años y el 30% de los de 4 años han visitado al dentista alguna vez en su vida (el motivo mayoritario fue la revisión dental). Estas cifras chocan con las recomendaciones internacionales que insisten en la importancia de una primera consulta sistemática al dentista al cumplir el año de vida [34]. Sin embargo en el citado artículo se admite que a pesar de todos los esfuerzos realizados, sólo acudieron a su dentista el 36% de los preescolares de 3-4 años estadounidenses el año 2004. Esta primera visita es clave al objeto de realizar diagnóstico precoz, determinación del riesgo de caries y suministrar las recomendaciones oportunas (fundamentalmente las relativas al uso de flúor, cepillado y control de dieta).

Cuando se analiza la frecuencia del cepillado, entre el 30-36% afirman que lo hacen dos veces al día, entre el 46-48% una vez al día y entre el 17-22% de los padres reconocen que el cepillado es realizado tan sólo de vez en cuando. El hecho de que los propios padres asuman que entre el 17-22% de sus hijos/a no utilicen se cepillen los dientes diariamente es preocupante. La labor de los educadores, pediatras y demás personal sanitario en contacto con los padres de los preescolares es absolutamente clave al objeto de mejorar esta situación. De los que se cepillan, la inmensa mayoría utilizan un cepillo manual (96%) y una pasta dentífrica infantil (94-95%). Hay que realizar esfuerzos en materia educativa en relación a la cantidad de pasta dentífrica que debe de utilizarse ya que el 28% de los padres de preescolares de 3 años y el 38% de los de 4 años colocan pasta dentífrica en toda la longitud del cepillo en vez de colocar una mínima cantidad (tamaño de un guisante) como recomiendan todos los organismos y sociedades científicas internacionales.

El nivel socioeconómico está relacionado con la prevalencia de cepillado pero a unos valores sin ninguna relevancia sociológica. Las visitas al dentista no guardan relación ni con el nivel social ni con el origen del preescolar.

Recomendaciones

Los pediatras tienen sin lugar a dudas un papel

muy relevante en las recomendaciones preventivas dentales y en estimular la primera visita al dentista, especialmente en los preescolares en situación social comprometida.

La mayoría de los ensayos clínicos controlados encuentran que el barniz de flúor (tanto Duraphat[®] como Flúor Protector[®]) son efectivos en la reducción de la caries temporal con un bajo riesgo de fluorosis[18].

Todos los estudios muestran la necesidad de incluir la utilización racional de fluoruros (pasta dentífrica fluorada) en todo programa de educación sanitaria a estas edades preescolares [19].

La efectividad del cepillado diario supervisado ha sido revisada llegando a la conclusión de que es alta cuando los supervisores son los educadores en los centros preescolares y baja cuando la supervisión es encargada a los padres.

Finalmente la estrategia de riesgo (incluyendo en el programa solamente a los de alto riesgo de caries) comparada con la estrategia poblacional (programa para todos) ha sido analizada en términos de evaluación económica llegando a la conclusión de una mejor eficiencia para la estrategia de riesgo [20].

Todo Programa en etapa preescolar debería de incluir:

- recomendaciones de higiene oral bajo supervisión
- utilización de pasta dentífrica infantil fluorada
- cuidar la alimentación
- visitar al dentista al cumplir el primer año de vida
- intersectorialidad implicando a educadores, padres y personal sanitario de atención primaria
- barniz de flúor en pacientes de alto riesgo de caries

Bibliografía

1. Noguero Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follana Murcia M. La salud bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances, 1995.
2. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de salud oral de España (2000). RCOE 2002;7 (Monográfico):19-63.
3. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE 2006;11:409-456.
4. Steckslen-Blicks C, Stenlund H, Twetman S. Caries distribution in the dentition and significant caries index in Swedish 4 yr old children 1980-2002. Oral Health Prev Dent 2006;4:209-214.
5. Droz D, Gueguen R, Bruncher P, Gerhard JL, Roland E. Epidemiological study of oral dental health of 4 year old children in french nursery schools. Arch Pediatr 2006;13:1222-1229.
6. Skeie MS, Espelid I, Skaare AB, Gimmestad A. Caries patterns in an urban preeschool population in Norway. Eur J Paediatr Dent 2005;6:16-22.
7. Dimitrova MM, Kukleva MP, Kondeva VK. A study of caries

- polarization in 1-, 2- and 3-year-old children. *Folia Med (Plovdiv)* 2000;42:55-59.
8. Campus G, Lumbau A, Sanna AM, Solinas G, Luglie P, Castiglia P. Oral health condition in an Italian preschool population. *Eur J Paediatr Dent* 2004;5:86-91.
 9. Bedi R, Lewsey JD, Gilthorpe MS. Changes in oral health over ten years amongst UK children aged 4-5 years living in a deprived multiethnic area. *Br Dent J* 2000;189(2):88-92.
 10. Panetta F, Dall'Oca S, Nofroni I, Quaranta A, Polimeni A, Ottolenghi L. Carie della prima infanzia. Indagine sulla salute nelle scuole materne della 19 circoscrizione del Comune di Roma. *Minerva Stomatol* 2004;53:669-678.
 11. Ferro R, Besostri A, Meneghetti B. Dental caries experience in preschool children in Veneto region (Italy). *Community Dent Health* 2006;23:91-94.
 12. Stecksén-Blicks C, Sunnegårdh K, Borssen E. Caries experience and background factors in 4-year-old children: time trends 1967-2002. *Caries Res* 2004;38:149-155.
 13. Peña Fernández M, Bermejo Venoll A. Epidemiología de la caries en preescolares de la ciudad de Alicante. Primera parte: prevalencia, índice ce e índice de restauración. *Av Odontostomatol* 1990;6:274-279.
 14. Iglesias IM. La salud oral en la dentición primaria: (1) Estudio sobre la caries dental en una muestra de 441 niños de Vigo. *Avances Odontostomatol* 2002; 18:285-95.
 15. Algaba L, Segura JJ, Bullón P. Prevalencia de caries en la población escolar del suroeste de Badajoz. *Avances Odontostomatol* 2002; 18: 95-100.
 16. WHO . Oral Health Surveys. Basic Methods. Geneva: World Health Organization, 1988.
 17. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria . Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000;25:350-363.
 18. Calonge N. Prevention of dental caries in preschool children: recommendations and rationale. *Am J Prev Med* 2004;26:326-329.
 19. Bader JD, Rozier G, Harris R, Lohr KN. Dental caries prevention: The physician's role in child oral health. Systematic evidence review No. 29. Rockville: Agency for Health care Research and Quality, 2004.
 20. Jokela J, Pienihäkkinen K. Economic evaluation of a risk-based caries prevention program in preschool children. *Acta Odontol Scand* 2003;61:110-114.

ODONTOLOGÍA SOLIDARIA

La paradoja

Mercé Morato

Delegada de Odontología Solidaria a les Illes Balears, ONG de la cual es fundadora y fue presidenta. Licenciada en Medicina por la UAB y en Odontología por la UB (Universitat Central, de Barcelona). Especialista en "Cooperació per el Desenvolupa-

ment" per la Universitat de les illes Balears.

Hace 15 años, me desplace por primera vez a los campamentos Saharauis de Tinduf, allí comenzo la historia de Odontología Solidaria puesto que allí se gesto y nació, desde entonces la organización ha crecido mucho y se ha expandido por todo el ambito nacional y tambien ha salido al exterior, unos 15 paises se han beneficiado de esta maravillosa experiencia que es el compartir los conocimientos adquiridos para mejorar la salud dental de los mas desfavorecidos con la máxima eficacia. Desde los primeros pasos de la organización lo que mas nos ha preocupado es el tema de la prevención y a través del Dr. Hugo Rosseti conocimos el fluoruro diamínico de plata que es un cariostático, esta registrado como medicamento en Argentina bajo el nombre de Fluoroplat y en Japón como Saforide. No es posible encontrarlo en España y es difícil trabajar con el en los países donde no esta aceptado legalmente como medicamento, hemos intentado utilizarlo en proyectos de cooperación en India y Tailandia, pero siempre hemos tenido problemas en las aduanas.

Hicimos un estudio de 3 años en Cuba, junto con la Facultad de Odontología de Santiago de Cuba, Los cariostáticos, aunque no las curan, disminuyen la velocidad de progresión de las caries. Es un producto desconocido en el primer mundo sobre el cual y con ayuda del Govern Balear, Odontología Solidaria realizo un proyecto de prevención en salud Oral en Santiago de Cuba, durante los años 1999-2002, demostrando su eficacia. los resultados fueron espectaculares, el trabajo se publico en el 2005 en el Journal of Dental Research <http://jdr.iadrjournals.org/cgi/content/full/84/8/721>

Yo personalmente uso el cariostático en mi clinica privada con unos resultados maravillosos sobre todo en dientes deciduos y en los muñones dentales, que pinto con el producto tras tallar las piezas para coronas y puentes, tambien lo uso como prevención en fisuras de molares antes de sellarlos y algunas veces en pacientes que por diversas razones no pueden ser correctamente atendidos. El unico inconveniente que tienen es que no puede ser usado en el sector anterior porque tiñe de oscuro al el esmalte debido a la fijación de los iones Ag.en el esmalte.

En el 2005 fui a Bangkok para implementar un nuevo proyecto de Odontología Solidaria en el Mercy Center un orfanato de niños y niñas que de alguna manera son victimas directas o indirectas del SIDA. www.fatherjoe.org/mercy.html.

La primera impresión al llegar a Tailandia fué muy buena, pero poquito a poco esa impresión cambió,

y apareció otro mundo, el de los contrastes, el de la paradoja destapándose otra cosa.

Bangkok, parece muy rica pero esconde una pobreza extrema, tiene un metro aéreo, el sky train, que circula entre modernos rascacielos, debajo están los arrabales acuáticos casi subterráneos cuyas casas se caen en las fétidas aguas podridas.

Durante el día enormes templos budistas dorados proclaman la espiritualidad de ese pueblo que nunca fue colonizado, la noche es de gordos, viejos y lascivos personajes del norte que buscan placer con niñas inocentes y todo se mezcla: la sensualidad extrema de todas las cosas, olores, colores, paisajes, masajes, sonrisas con el miedo a la invasión distinta, a la nueva forma de colonizar del primer mundo, y pienso en la pornografía infantil y en los asesinatos de niños de la calle para el negocio de trasplantes de órganos. Yin Yang. Muerte y vida. Espiritualidad y comercio puro y duro.

Comencé mi trabajo en el Mercy Center como siempre hacemos en Odontología Solidaria con un estudio de situación para determinar cual va a ser nuestra actuación pero pensamos que seguramente podremos establecer un protocolo con el uso de los cariostáticos

Me encontré con algunos niños seropositivos, otros ya estaban enfermos, revisé la boca los 210 niños de entre 6 y 18 años y sentí de nuevo lo de cada día: la paradoja, niños y niñas rescatados del turismo sexual recibiendo AMOR en el Mercy Center, era tan bonito abrazar a niños y niñas esqueléticos preparados para morir pronto pero que cuando te miran y se ríen lo hacen sin miedo y están vivos. Es muy difícil explicar eso, creo que solo se pueden sentir.

En el centro había un dentista que normalmente atiende a los niños y establecimos que ante la gran cantidad de caries que tenían podíamos usar el cariostático. Se intentó importar Saforide de Japón pero fue imposible, de manera que hoy en día continúan trabajando sin él. Yo me dediqué a formar a los cuidadores en la enseñanza de un buen cepillado.

Este año he vuelto a Tailandia, me consta que en el centro los niños y niñas se cepillan diariamente. La prevención es muy importante y es sencillo trabajar con ella, siempre debemos recordar a los responsables de la comunidad que lo sencillo es lo mejor, un cepillo y una buena técnica, por el momento tenemos que conformarnos con un trabajo sin cariostático, aunque sepamos por los estudios científicos de sus grandes beneficios, esa es la paradoja.

NUEVOS ASPECTOS EN LA PROFILAXIS ORAL

Andrés Izquierdo Hänni

Odontólogo

Profesor Asociado de la Escuela de Odontología de la Universidad de Basilea

Director de Swiss Smile Dental Clinics en St.Moritz.

Desde los años 60 se han realizados muchos estudios y se ha hecho muchos esfuerzos para disminuir la caries y las enfermedades periodontales. En las últimas cuatro décadas se han elaborado diferentes tipos de índices para reconocer estas enfermedades, se han establecido diversos procedimientos para combatir estos males y se han desarrollado todo tipo de productos para el cuidado de la salud buco-dental.

Muchos países se están esforzando en disminuir la caries y la periodontitis entre la población usando la profilaxis en masa y la profilaxis en grupo. Esa forma de prevención ha dado buenos resultados en el caso de la caries, pero no ha sido suficiente para combatir los problemas periodontales.

La mayoría de la población desconoce que la razón más frecuente de la pérdida de un diente es una enfermedad periodontal no atendida o – peor aún – mal tratada. Para que el resultado del tratamiento sea realmente exitoso, es imprescindible una estrecha colaboración entre el profesional de la odontología y su paciente. Solo con la “Profilaxis Individual” se consigue luchar contra las enfermedades buco-dentales de una forma especialmente eficaz y sobre todo sostenible.

Muchos de los pacientes con periodontitis tienen que sufrir intervenciones quirúrgicas como parte del tratamiento o como base para la reconstrucción. El control de la placa por el paciente es especialmente decisivo en esta etapa, estudios nuevos demuestran este hecho.

Es muy lamentable que hoy en día sea la industria que fomente la educación buco-dental a través de los medios de comunicación, ni si quiera como profilaxis en masa sino como forma de vender más productos mecánicos y químicos. Justamente por esta razón es el deber de todo profesional de la odontología dedicarse a la profilaxis individual e incluir esta en sus tratamientos.

¿Quién sino está realmente capacitado para informar, instruir y motivar al paciente cumpliendo con las particularidades de su enfermedad oral que el mismo profesional de la odontología?.