



**Gerencia Asistencial
de Atención Primaria**



Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de la I Región

*II Jornada de Salud Bucodental
“La prevención, el camino hacia la salud
bucodental”*

14 de noviembre de 2018



COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: MARÍA JOSÉ MIÑARRO DEL MORAL (Referente DA Noroeste)

Vocales:

- 1.- Pilar Batalla Barrera (Referente DA Centro)
- 2.- Isabel Calama Fraile (SERMAS; COEM)
- 3.- Laura Clemente Tejada (COEM)
- 4.- Beatriz Orellana Cano (COEM)
- 5.- José Ignacio Rosado Olanar (Referente DA Este)
- 6.- Miriam Martín Osuna (HD; SERMAS)
- 7.- José Luís Sánchez Suárez (Gerencia Unidad Docente)

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: FERNANDO MARÍN GARCÍA (Referente DA Sur)

Vocales:

- 1.- Violeta Pérez Doblado (Referente DA Oeste)
- 2.- Alberto Rodrigo Moya (Referente DA Sureste)
- 3.- Trinidad García Vázquez (UEM; Referente DA Norte)
- 4.- María Victoria Mateos Moreno (UCM; DA Noroeste)
- 5.- Juan Ignacio Ropero Pires (UAX; DA Este)
- 6.- Teresa Sanz Cuesta (Investigación, SERMAS)
- 7.- Verónica Peinado Pérez (HD; SERMAS)

Presentación

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid celebró la II Jornada de Salud Bucodental con el lema "*La prevención, el camino hacia la salud bucodental*". La jornada se desarrolló en el auditorio del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM) el catorce de noviembre de 2018.

La celebración de esta segunda jornada nació como continuidad a la primera y al reconocimiento del trabajo de los profesionales que componen las diferentes Unidades de Salud Bucodental de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

La jornada tuvo como objetivo proporcionar a los profesionales especialistas en este campo (odontoestomatólogos, higienistas dentales, auxiliares de enfermería) la oportunidad de celebrar un encuentro clínico-asistencial y de intercambio de experiencias profesionales, con el objetivo de mejorar las aptitudes en el desarrollo de la actividad asistencial y la relación con los pacientes, así como una puesta al día de los conocimientos e innovaciones técnicas más actuales encaminadas a la mejora del trabajo diario y a la satisfacción y seguridad de los pacientes.

Esta edición contó con la participación de más de 350 profesionales entre ponentes, invitados y participantes. El gran nivel de desarrollo alcanzado en este campo de la sanidad posiciona a nuestra comunidad como referente nacional.

La jornada se inauguró con la presencia del Dr. D. Antonio Alemany López, Director General de Coordinación de Asistencia Sanitaria, de la Dra. D^a. Marta Sánchez-Celaya del Pozo, Gerente Asistencial de Atención Primaria, y del Dr. D. Antonio Montero Martínez, Presidente de COEM.

Con esta publicación, que contiene la conferencia inaugural, ponencias, comunicaciones y pósteres queremos compartir los conocimientos expuestos con todos los profesionales del sector. Agradecer a ponentes y demás participantes su generosidad.

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

ÍNDICE

Presentación	pág. 3
Conferencia inaugural.	
La enfermedad de caries. Conceptos actuales	pág. 5
Mesa 1. Presente y futuro de la salud bucodental. Plan de Atención Dental Infantil (PADI).	
<u>Ponencias:</u>	
El Plan de Atención Dental Infantil en el marco asistencial español.....	pág. 11
¿Hacia dónde caminamos?	pág. 18
<u>Comunicaciones a la mesa:</u>	
Influencia de las variables sociodemográficas sobre la caries dental en los niños españoles.....	pág. 27
Empleo de la melatonina con triptófano y vitamina B6 en la prevención del estrés en odontopediatría.....	pág. 29
Mesa 2. Promoción y prevención.	
<u>Ponencias:</u>	
Flúor sí, pero ¿cómo, cuánto y cuándo?.....	pág. 31
Innovación en educación para la salud bucodental.....	pág. 40
<u>Comunicaciones a la mesa:</u>	
Actualización en protocolos de hipomineralización incisivo-molar	pág. 46
Prevención de las maloclusiones en Atención Primaria.....	pág. 47
Mesa 3. Pacientes especiales y médicamente comprometidos.	
<u>Ponencias:</u>	
Nuevos anticoagulantes orales y su relación con la práctica clínica.....	pág. 49
El paciente oncológico en la consulta dental.....	pág. 60
Carta complementaria de pacientes especiales: situación actual.....	pág. 68
<u>Comunicaciones a la mesa:</u>	
Árbol de decisiones en el paciente bucodental en Atención Primaria en tratamientos con fármacos antirreabsortivos y/o antiangiogénicos	pág. 72
Manejo del comportamiento del paciente pediátrico con trastorno del espectro autista (TEA) en el gabinete dental. Revisión sistemática	pág. 74
Relación de siglas aparecidas en el texto	pág. 78
Pósteres	pág. 80
Fotografías de la jornada	pág. 98
Comunicaciones y pósteres premiados	pág. 112

CONFERENCIA INAUGURAL

LA ENFERMEDAD DE CARIES. CONCEPTOS ACTUALES.

Dra. María Victoria Mateos Moreno.

*Odontóloga de Atención Primaria (Centro de Salud Villalba).
Doctora en Odontología. Máster y Experto Universitario en Prevención. Profesora de Prevención (UCM). Vocal de Prevención (COEM). Investigador de proyectos financiados. Autora de comunicaciones y publicaciones nacionales e internacionales.*

En los últimos años ha habido una gran revolución en el conocimiento de la enfermedad de caries, gracias fundamentalmente al estudio de la misma mediante técnicas de genómica. Hay nuevas tendencias en el entendimiento de la etiopatogenia y, por tanto, se ha desarrollado un nuevo concepto de caries; hay nuevas tendencias en la forma en la que diagnosticamos y clasificamos la caries; y finalmente hay nuevas tendencias en su manejo no operatorio y operatorio.

Para comenzar, es importante señalar que manejamos en nuestro día a día dos de las enfermedades más prevalentes en el mundo, ocupando la caries la primera posición y la enfermedad periodontal la sexta. Hay una tendencia global al descenso de caries, pero sigue habiendo una alta prevalencia de ambas enfermedades. Existe evidencia de que la carga de caries no tratadas está cambiando de niños a adultos, con tres picos de prevalencia a las edades de 6, 25 y 70 años. Los responsables de la formulación de políticas sanitarias deben ser conscientes de una carga predecible y creciente de caries no tratadas debido al crecimiento de la población y la longevidad.

Los resultados de la Encuesta de Salud Bucodental de la Comunidad de Madrid, realizada en 2015, muestran que la prevalencia de caries sigue siendo alta en todos los grupos etarios que analiza, oscilando de 35,9% a la edad de 5-6 años, al 93,8% a los 65-74 años. Si bien es cierto que hay una gran disminución desde la primera y única encuesta que se había realizado en la Comunidad de Madrid en el año 1991, hay que estar atentos a los índices de restauración de caries que se presentan a día de hoy, siendo especialmente bajos a edades extremas, es decir, a los 5-6 años y a los 65-74 años.

Esto probablemente sea debido a la escasa importancia que se le da a la dentición temporal en la sociedad en general, y a la no cobertura del tratamiento de las caries en dentición decidua en Atención Primaria de Salud, comenzando como ya saben nuestro programa de salud bucodental a los 6 años, siendo frecuente encontrarnos con niños que acuden por primera vez a nuestras consultas con la dentición temporal totalmente devastada. Quizás deberíamos plantear comenzar los programas de salud bucodental a una edad más temprana, al menos a los 3 años, con el fin de evitar que se instaure la enfermedad de caries y de inculcar buenos hábitos para el correcto desarrollo de la dentición y de los maxilares.

En cuanto al colectivo mayor de 65 años, también deberíamos replantearnos una política sanitaria que incluya la mejora de la atención y la cobertura odontológica a estos pacientes, que muchas veces se ven obligados a realizar tratamientos mutilantes en su cavidad oral por no disponer desgraciadamente de los recursos económicos necesarios, con la consecuente pérdida de calidad de vida oral y, por tanto, de calidad de vida general.

Hoy en día, fruto de la revolución genómica y era post-genómica, el Dr. Alex Mira, ha desarrollado la **hipótesis tejido-dependiente de la caries dental** que afirma que *“la caries dental es un proceso de etiología polimicrobiana variable, donde las bacterias productoras de ácidos son el vehículo que penetra el esmalte dental para permitir que otros microorganismos que degradan la dentina puedan expandirse en la lesión en formación”*.

Gracias a técnicas de secuenciación de última generación como la pirosecuenciación, se ha trabajado en la **etiología de la caries dental en base al ADN y ARN**. Se ha detectado que el *S. mutans* solo representa el 1% de los gérmenes etiológicos de caries dental. El lactobacilo únicamente se encuentra en muestras de dentina y dentina profunda, no en muestras de esmalte, no inicia la caries, es responsable de la progresión. Otras especies bacterianas acidogénicas han sido aisladas de lesiones cariosas y se ha encontrado que están fuertemente asociadas con la enfermedad: *Bifidobacterium dentium*, *Lactobacillus* y *Scardovia wiggsiae*, esta última asociada con caries en la primera infancia.

Así, aunque la diversidad bacteriana es considerablemente reducida en condiciones de enfermedad, probablemente debido a la gran acidez en el medio ambiente, la cantidad de bacterias encontrada en las lesiones de caries es consistentemente grande, por lo que queda patente que la caries es una enfermedad claramente polimicrobiana.

Es importante señalar que la cavidad oral alberga diferentes comunidades microbianas en las distintas localizaciones orales, lo cual hace más difícil crear estrategias de diagnóstico y control. Los métodos tradicionales de uso de antimicrobianos pueden no ser efectivos, y los nuevos enfoques deben estar dirigidos hacia la restauración del equilibrio ecológico de la placa dental. Todo esto tiene y tendrá una gran repercusión en la clínica diaria.

Actualmente se define la caries como una **“disbiosis del azúcar”**: “la caries dental es una enfermedad dinámica, multifactorial, mediada por biopelículas e impulsada por el azúcar (azúcar-dependiente), que produce la desmineralización de los tejidos duros dentales”. El consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables y su metabolismo por gérmenes ácido-tolerantes conlleva a una DISBIOSIS en el biofilm, favoreciendo el desarrollo y crecimiento de gérmenes acidogénicos y acidúricos, por tanto, cariogénicos. Se realza el medio ácido: hay un *feedback loop* positivo. La riqueza global de la comunidad supragingival (cantidad de bacterias), disminuye con un predominio de los gérmenes con naturaleza más acidófila, mientras que los menos capaces de tolerar un pH bajo se reducen.

Lo que sí ha quedado ampliamente demostrado en la literatura científica es que *sin azúcar la caries dental no ocurre*. En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud hizo una directriz para determinar la correcta ingesta de azúcares para adultos y niños, y a tenor de todos los datos científicos existentes ha formulado ciertas recomendaciones.

Hay multitud de páginas web en las cuales se pueden encontrar consejos sobre hábitos dietéticos adecuados para la salud oral, como por ejemplo “Change4life”, “Cavity Free Kids”, “Alliance for a Cavity Free Future”, “Mouth Healthy™”, o “sinazucar.org”.

Disponemos de numerosos métodos cuantitativos basados en tecnología para la **detección de caries dental** (QLF/QLF-D, DIAGNOdent, DIAGNOcam, Neks D-Carie™, FOTI/DIFOTI, DEXIS CariVu, etc). Aun así, el *gold standard* en la detección de caries dental es la detección visual- táctil y las radiografías de aleta de mordida para el diagnóstico de lesiones a nivel interproximal, y nunca deben ser sustituidos por los métodos anteriormente citados, que solo se deben utilizar como complemento al diagnóstico.

La sonda utilizada para la exploración de las superficies dentarias no debe ser la sonda de exploración convencional, debe utilizarse la sonda periodontal, con extremo redondeado, para evitar la cavitación de lesiones incipientes de caries, que pueden tener capacidad de remineralización al encontrarse todavía en un estadio reversible.

En los últimos años han surgido nuevos enfoques visuales que incluyen diagnóstico de caries de lesiones tempranas. El sistema más utilizado es el ICDAS (International Caries Detection and Assessment System). Surgió en el año 2002 como método propuesto por el Instituto de Investigación Dental y Craneofacial de los Estados Unidos (NIDCR). Fue aceptado y desarrollado para lograr una clasificación estandarizada con respecto al nivel de avance y presencia de caries y para valorar la actividad de la lesión de caries. En el año 2014 se desarrolló el ICCM™ (International Caries Classification and Management System) para la clasificación y manejo de la caries. El GCCM (Global Collaboratory for Caries Management), es una entidad creada por el King's College de Londres que se está encargando de la implementación de ambos sistemas (ICDAS e ICCM™) en el mundo.

El ICDAS ha generado un cambio de una visión muy simplista en el diagnóstico de caries (no cavidad o cavidad), a un diagnóstico muy detallado y por niveles para mejorar el cuidado de los pacientes y un monitoreo más preciso del desarrollo de la caries. La meta del ICCMS™ para el manejo de la caries es: “Preservar estructura dental y restaurar sólo en cuando esté indicado”. El punto de partida básico para los sistemas de detección precoz y manejo de caries es la *determinación del riesgo de caries*, el cual influye directamente en las opciones de tratamiento.

Las personas de riesgo moderado o alto de caries necesitan tratamientos preventivos específicos dirigidos a controlar su situación. Es por todos conocidos el “fenómeno 80-20”: el 80% de las caries se acumulan en el 20% de la población mundial, es decir, un pequeño porcentaje acumula casi toda la patología. Este fenómeno se observa en la Comunidad de Madrid, según los datos obtenidos en la última Encuesta de Salud Bucodental, en la que se observa que el 18 % de los escolares de 12 años y el 25 % de los de 15 años acumulan cerca del 80 % del total de las caries de estas edades.

Además, en el Servicio 107: Atención Bucodental en la Infancia, de nuestra Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid, se nos indica que debemos realizar al menos una revisión al año a los niños, e incluye la determinación de riesgo de caries, por lo que es algo que debemos saber manejar.

Actualmente hay una gama de métodos disponibles para calcular el estado de riesgo de caries del paciente, así como sistemas por ordenador, que van desde formularios nacionales o locales hasta formularios de organizaciones profesionales, entre otros. ICCMS™ adopta la filosofía del sistema CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment; Manejo de Caries basado en Valoración de Riesgo) para la evaluación del riesgo.

La determinación de riesgo de caries a nivel individual es bastante sencilla y se basa en una correcta realización de historia clínica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias como, por ejemplo, la realización de radiografías de aleta de mordida, que es algo de lo que disponemos o debemos disponer en nuestros centros de salud.

Con el Sistema ICCMS™, siguiendo el protocolo de examen de ICDAS, antes de la clasificación de las lesiones de caries, la placa debe removerse para permitir un examen visual apropiado de las superficies dentales (por medio de profilaxis profesional, cepillado dental o rollos de algodón), con iluminación adecuada y el uso de una sonda de punta redondeada (sonda OMS). El examen debe realizarse clínicamente y, junto con un examen radiográfico dónde exista la disponibilidad de un equipo de rayos X.

Es fundamental valorar la actividad de la lesión de caries. Una lesión activa es una lesión que probablemente progresará si no se toman medidas para cambiar el medio ambiente, y una lesión inactiva es una lesión que probablemente permanece estable si el medio ambiente se mantiene estable.

Tras la identificación de riesgo de caries del paciente, y la clasificación del mismo, se implantará de forma individual un **protocolo preventivo para cada paciente** según el riesgo. Se utilizan muchas medidas tanto en clínica como en el hogar, pero no todas tienen el mismo grado de evidencia científica.

La mejor evidencia disponible frente a la caries (recomendación GRADO A) es la siguiente:

- Cepillarse 2 veces al día, 2 minutos, con pasta fluorada de al menos 1.000 ppm.
- Utilizar pasta dental con arginina al 1,5%.
- Utilizar un colutorio fluorado al 0,2% diario en alto riesgo de caries.
- Reducir ingesta de hidratos de carbono.
- Aplicar barniz de flúor (22.600 ppm) tres o cuatro veces al año en alto riesgo de caries.
- Aplicar selladores oclusales en molares definitivos (resina o ionómero de vidrio).

Hay otros agentes utilizados en el control mecánico y químico del biofilm, o para aumentar la resistencia del diente, con resultados prometedores, pero poco concluyentes, y deben ser aplicados como coadyuvantes del flúor, no como sustitutos hasta que no haya ensayos clínicos a largo plazo, revisiones sistemáticas o meta-análisis.

El fluoruro diamino de plata tiene sobrada evidencia científica, y su uso en atención primaria puede ser fundamental para detener el proceso de caries en situaciones en las que el tratamiento conservador no sea posible.

Hay una serie de *estrategias antimicrobianas experimentales*, como son el uso de prebióticos: sustancias que favorecen el crecimiento de consorcios microbianos saludables, por ejemplo,

sistema arginina-bicarbonato, ya comercializado y con buenos resultados; o probióticos, terapia de reemplazo: colonización de tejidos humanos con cepas que confieren propiedades beneficiosas. Se está investigando bastante el desarrollo como probiótico del *Streptococcus dentisani* como producto anticaries, ya que tiene las siguientes propiedades: reduce la cantidad de ácido en la saliva, producen péptidos antimicrobianos, activa la ruta de la arginina, y por tanto aumenta el pH.

Cada vez que realizamos un **tratamiento operatorio** comienza el “ciclo vital del molar”. Todos los tratamientos restauradores fracasan antes o después, lo que lleva aparejado un aumento progresivo de su complejidad y además, la pérdida de tejido dental. El enfoque contemporáneo de manejo operatorio de la caries dental está basado en recomendaciones de odontología mínimamente invasiva:

- Ayuda a controlar el biofilm en el lugar de la restauración y, por tanto, al manejo de la actividad de caries en este lugar específico.
- Proteger el complejo dentino-pulpar y detener la actividad de la lesión mediante el sellado de la zona coronal con un material dental adhesivo.
- Restaurar la función, la forma y la estética del diente.

En las lesiones de ICDAS 1 y 2, que son lesiones que únicamente afectan al esmalte, no hay indicación de hacer ningún tratamiento operatorio, ni siquiera ameloplastias. Únicamente estaría indicado hacer selladores en lesiones activas. Los estados tempranos de la caries pueden ser prevenidos o incluso detenidos, fundamentalmente mediante la eliminación de los factores etiológicos (dieta y biofilm), y mediante el aumento de factores protectores (flúor, selladores, flujo de saliva).

En el lado opuesto nos encontramos con las lesiones ICDAS 5 y 6, en las que el tratamiento tiene que ser siempre operatorio.

Sin embargo, ¿qué tratamiento estaría indicado para las lesiones ICDAS 3 y 4? En estos casos la cavitación no es evidente, así que debemos considerar si hay riesgo o no de que se fracture la superficie de acuerdo a la extensión de la lesión cariosa subyacente. Además, debemos hacer una radiografía de aleta de mordida, para valorar la profundidad de la lesión cariosa dentinaria. Si no hay cavitación franca, solo está afectado el tercio superficial de la dentina, y no hay riesgo de que se fracture la cara oclusal, se indicaría incluso sellado de la lesión, controlado en tiempo para repararlos en caso de rotura para asegurar el buen sellado. Si hay cavitación, sería necesario el tratamiento operatorio. **Evidentemente hay que tener en cuenta el juicio clínico y el manejo integral del paciente. Tenemos que considerar que el paciente sea colaborador y asegurarnos de que volverá a las revisiones pautadas. Si esto no se garantiza, será mejor optar por la remineralización o el tratamiento operatorio.** El código ICDAS 0, es decir, superficie dentaria sana, no es garantía de que ese paciente no vaya a desarrollar caries. Podemos tener un estadio subclínico de enfermedad de caries, y si no se tratan los factores de riesgo, comenzar a desarrollarse la lesión cariosa.

De forma clásica, se consideraba que teníamos que eliminar la caries infectada y mantener la afectada, puesto que la infectada es la dentina totalmente desmineralizada, sin estructura, blanda, fácil de retirar, y por el contrario, mantener esa dentina que está desmineralizada pero no está afectada de forma irreversible.

Ya no debemos basarnos en estos parámetros histológicos. Actualmente la remoción de dentina se hace en base a criterios clínicos táctiles de dureza. Los términos propuestos para una lesión cariosa dentinaria, desde la superficie hasta la pulpa son los siguientes: dentina blanda, dentina cuerosa, dentina firme y dentina dura. Cualquier tratamiento en el que en el suelo pulpar se llegue a dentina dura se considera sobretratamiento.

Hay varias técnicas cuyo objetivo es proteger el complejo dentino-pulpar y detener la actividad de la lesión mediante el sellado de la zona coronal con un material dental adhesivo. Entre ellas encontramos, por ejemplo, “remoción selectiva hasta dentina blanda” o “eliminación de dentina paso a paso”.

Se recomienda revisar el novedoso uso de resinas infiltrantes en lesiones no cavitadas tanto a nivel oclusal como interproximal.

CONCLUSIÓN

Ha cambiado la forma en que detectamos y manejamos la caries dental. Hay cambios en la comprensión del proceso de caries dental: hemos pasado del concepto de que la caries es una enfermedad tratable, a que la caries es una enfermedad totalmente controlable; es un proceso dinámico que puede ser detenido o revertido en cualquier momento.

Actualmente, el avance de nuevas técnicas preventivas y diagnósticas hace posible, en los distintos ámbitos de la Odontología, identificar, de forma precoz, factores o indicadores de enfermedad. Estamos avanzando hacia una Odontología menos mecanizada que trata la enfermedad, no sólo la secuela de la misma.

La OMS distingue la definición de caries enfermedad, y de caries lesión (cavitación con destrucción de tejidos duros dentarios, esmalte y dentina, de utilidad epidemiológica).

La concepción de caries como lesión, conlleva un enfoque restaurador en el tratamiento: enfoque quirúrgico, predominante en la odontología en el pasado, y centrado en las secuelas de la enfermedad, mientras que la concepción actual como enfermedad conlleva un enfoque médico del tratamiento, dirigido no sólo a las secuelas, sino a detener la progresión de la enfermedad. Este concepto del proceso continuo de caries, está haciendo reconsiderar los criterios diagnósticos utilizados para evaluar la presencia-ausencia de enfermedad.

Esta nueva filosofía de trabajo no se limita a la cavidad oral como en la era anterior, sino que avanza al terreno global, esto es, las enfermedades orales están moduladas por la salud general y nuestro estilo de vida, los considera esenciales. La boca es el reflejo o la puerta de entrada del bienestar personal. La Odontología de Mínima Intervención ha desarrollado herramientas que pueden ayudar a que las personas, en realidad, participen en su propia salud.

**PRESENTE Y FUTURO DE LA SALUD BUCODENTAL.
PLAN DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI).**

Modera: Dr. D. José Ignacio Romero Olan

**EL PLAN DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI) EN EL MARCO ASISTENCIAL
ESPAÑOL**

Dr. Juan Ignacio Ropero Pires.

*Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Miguel de Cervantes).
Doctor cum laude en Odontología. Miembro del grupo técnico del PADI. Miembro del grupo de
Atención Primaria del COEM. Profesor universitario (UAX). Máster en Odontología Integrada y en
Implantología. Especialista Universitario en Medicina Oral.*

En España conviven a grandes rasgos tres modelos de asistencia dental infantil.

El modelo PADI o PADI “clásico” (denominado así, por ser el primero en instaurarse, concretamente en País Vasco en los años 90), el modelo público y el modelo mixto.

A continuación se recordarán algunas de las características, diferencias y posibles ventajas/inconvenientes más significativos de todos ellos.

Modelo PADI:

El modelo PADI, es el sistema que actualmente, además del País Vasco, tienen las comunidades autónomas de Navarra, Aragón, Andalucía, Extremadura, Murcia, Islas Baleares y Canarias.

En este modelo la provisión se realiza de manera mixta, es decir, el paciente puede elegir libremente (normalmente de forma anual) ser atendido bien odontólogos del servicio de salud público, o bien por dentistas del sector privado que están concertados, siendo estos últimos los que realizan la mayoría de la atención.

Los dentistas del sector privado son remunerados por un sistema de capitación (es decir, un importe fijo anual por paciente infantil atendido) para la asistencia general, y por tarifas pactadas (“por acto”) para algunas prestaciones especiales.

Además, estas comunidades suelen disponer de una legislación específica.

¿Qué diferencias hay entre las distintas comunidades con modelo PADI?

El acceso a las prestaciones dentales se hace en algunas comunidades a través del envío de un vale/talón o “voucher”, que tendría tres objetivos: recuerda a las familias la necesidad de asistencia periódica, informa de la oferta del cuadro facultativo público/privado y elimina la barrera económica en el acceso a la asistencia. En otras comunidades, en cambio, son los padres o tutores los que tiene que solicitarlo, o bien el acceso se hace directamente con la

tarjeta sanitaria, por lo que se perderían al menos dos de estos tres objetivos, pero según estas comunidades se evitarían los problemas de recepción del talón (ya que en algún caso se señala que los usuarios que no lo recibían no volvían a solicitarlo).

Otra de las principales variaciones de este modelo son los tratamientos que están incluidos dentro del pago por capitación (es decir, de ese precio anual por niño/a). Hay comunidades que incluyen más tratamientos que otras, pasando aquellos no incluidos en la cápita a pagarse "por acto". Además, tanto las tarifas por la cápita como por los tratamientos varían de una comunidad a otra.

Aunque en general tanto los dentistas públicos como privados realizan todos los tratamientos, en algún caso como en Canarias, aunque el paciente decida acudir a los dentistas del sector público si tiene que realizarse ciertos tratamientos conservadores como endodoncias u otros, tiene que hacerlo en la red privada concertada.

Hay comunidades (País Vasco) que envían recordatorios cuando no han acudido al PADI. Algunas de ellas tienen protocolos bien establecidos, dirigidos hacia la **prevención**.

Y quizás una de las diferencias más importantes es la edad de cobertura del programa, que en general suele ser de 6 a 15-16 años, pero hay comunidades en las que solo están incluidos los pacientes hasta los 8 o los 10 años.

Este modelo presenta dos grandes ventajas:

- Normalmente hay un amplio cuadro facultativo, lo que en principio posibilitaría una alta cobertura.
- Y la inclusión en la asistencia privada de enfoques más preventivos y de promoción de la salud. Esto en parte sería debido al sistema de pago por cápita. La idea es que si dentro de un mismo precio el dentista privado tiene que prestar muchos tratamientos, en principio intentará que el paciente esté libre de patología y enfatizará/priorizará los tratamientos preventivos. Sin embargo, esto a su vez se señala en algunos artículos como una posible desventaja porque se piensa que puede haber profesionales tentados a infra-tratar o sobre-tratar a los pacientes en función de que esta cápita incluya más o menos tratamientos o esté mejor o peor pagada. Aunque algunas comunidades tienen sistemas de vigilancia para que esto no ocurra.

Otra posible desventaja, es que como la mayoría de la provisión la dan los dentistas privados, en algunas comunidades se ha visto una disminución gradual de la figura del odontólogo público.

Y esto, entre otras cosas, puede propiciar cierta dependencia política. Ejemplo de ello lo tenemos con la crisis, en las que hubo comunidades como Murcia que pasó de atender a pacientes de 6-14 años a hacerlo solamente de 6-8 años, e incluso en comunidades en las que este modelo está muy consolidado (como es el caso de Navarra) y que ampliaron su cobertura hasta los 18 años, tuvieron que regular y ahora es de 6-15 años.

Modelo Público:

Por otra parte, tenemos el modelo público. En él, la provisión la realizan únicamente odontólogos asalariados que trabajan en unidades asistenciales públicas, normalmente en centros de salud.

Las CCAA que tiene este modelo son Asturias, Cantabria, Cataluña, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, Galicia, La Rioja y Comunidad Valenciana.

La actividad en este modelo se orienta más a la prevención que al tratamiento, según lo dictado por el RD 1.030 de 2006, además, suelen incluirse algunos tratamientos conservadores, casi siempre obturaciones.

Entre las diferencias que presentan las distintas comunidades encontramos qué, a pesar de que existe una cartera de servicios comunes para todo el Estado, no todas las comunidades que ofrecen este modelo prestan atención completa, hay bastante dispersión en cuanto a las prestaciones que se ofrecen y la población cubierta.

Al igual que en el modelo anterior, hay distintas edades de cobertura. Aunque en general los programas son de 6-14 años, hay comunidades que solo la realizan hasta los 8 (Galicia) o los 10 años (Cantabria), e incluso alguna comunidad (Asturias) ofrece un rango distinto de edad según se trate de medidas preventivas o tratamientos conservadores más especializados (Asturias de 6-14 años prevención y obturación de molares, y los tratamientos pulpares o del sector anterior de 6-10 años).

Además, estos tratamientos conservadores no son los mismos en todas las comunidades. Ya hemos comentado que suelen incluirse las obturaciones, pero hay comunidades que solo incluyen el primer molar (Galicia), otras todos los molares, otras también incluyen premolares, y un número menor también los tratamientos del sector anterior (Asturias, Cantabria, La Rioja y Valencia) y tratamientos pulpares (Asturias y Valencia). Aunque la mayoría de estos tratamientos conservadores se realizan en las propias unidades de salud bucodental, hay comunidades (Asturias y Cantabria) que disponen de un servicio centralizado para los tratamientos conservadores del sector anterior y los tratamientos pulpares.

Alguna comunidad incluye ciertos tratamientos de ortodoncia para pacientes institucionalizados (Cantabria. Terapia miofuncional con logopedia y ortodoncia fija).

La educación sanitaria en el ámbito escolar también difiere de unas a otras. Mientras algunas comunidades realizan exploraciones escolares o tienen programas muy bien estructurados (como es el caso de la Comunidad Valenciana), otros que no los tienen o no con ese grado de desarrollo.

Entre las ventajas de este modelo encontramos que:

- La atención se realiza en los centros de salud de atención primaria, que están distribuidos estratégicamente en casi la práctica totalidad de la geografía española. Además, se comparte espacio con otros profesionales, donde se realizan conjuntamente otras actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de la asistencia en caso de enfermedad, es decir, hace patente la idea de atención integral del paciente.
- El centro de salud es donde la gente con mayor riesgo de exclusión social suele acudir mayoritariamente, por tanto, es un lugar idóneo desde donde iniciar estrategias de incorporación a programas de salud.
- Son programas ajustados en el gasto por el rendimiento que se obtiene de los recursos.
- Los dentistas e higienistas son seleccionados por oposición entre varios candidatos, lo que en principio es una garantía añadida de calidad.

Otra posible ventaja es que este modelo tiene menos dependencia política.

Entre los inconvenientes se hallan fundamentalmente:

- Limitado número de profesionales, lo que se traduce en importante dispersión, dificultad para alcanzar altos porcentajes de cobertura, listas de espera altas, visitas urgentes que no son tal, escaso tiempo de atención a cada paciente, centrándose las visitas más en acciones intervencionistas que en acciones de educación, motivación y refuerzo de conductas saludables al niño/a y a los padres.
- Falta de programas establecidos en todas las comunidades.

PADI Mixto:

Es un modelo público que deriva al sector privado la realización de determinados tratamientos conservadores, bajo la prescripción del dentista público. Este modelo lo tienen Castilla La Mancha, Castilla y León y actualmente también la Comunidad de Madrid.

Bajo este modelo hay en realidad hay dos sistemas, el de Castilla y León y Madrid, en el que hay un concierto con el sector privado con tarifas pactadas y una lista de dentistas habilitados para la provisión de estos servicios, bajo la prescripción del dentista público. Y el otro sistema, el de Castilla La Mancha, que deriva a los pacientes a dentistas privados para la realización de los tratamientos especiales, que posteriormente son abonados al usuario mediante un reintegro de gastos. El usuario puede elegir libremente cualquier dentista, pero hay unas tarifas máximas establecidas.

Como diferencias se encuentra que las tarifas son distintas en cada comunidad, y también hay cierta variación respecto a los tratamientos conservadores concertados.

Además, Castilla La Mancha incluye tratamientos de ortodoncia para discapacitados en los que influya en su patología bucal o en casos severos tras ser intervenidos de fisura palatina, labio leporino u otra malformación esquelético-facial.

Como ventajas e inconvenientes tendríamos en general las que ya hemos comentado para el modelo público, y específicamente tiene la ventaja de incluir ciertos tratamientos conservadores que en general amplían las prestaciones del modelo público y dan respuesta a determinadas patologías.

También en cierta manera se integran a los dentistas privados concertados dentro del programa dental infantil (aunque en menor medida que el modelo PADI puesto que solamente realizan tratamientos conservadores).

Y como inconvenientes específicos de este modelo, tendríamos el hecho de que en Castilla La Mancha el paciente tiene que adelantar el dinero para estos tratamientos conservadores concertados, y luego se le reembolsa, pudiendo dificultar el acceso a las familias con menos recursos.

Además, a este modelo suele hacerse la crítica de que la inversión se dirija a tratamientos conservadores en vez de a medidas de prevención. Y hay autores que relacionan esto con un modelo mecanicista, que, según algunos expertos puede conducir a ciclos de lesión-reparación, que se repiten y retroalimentan a lo largo de la vida, con altos costes y pobres resultados en salud.

Reflexiones u opiniones:

La verdad es que cuando uno observa el panorama de los planes de atención dental infantil, por una parte, da que pensar que, dentro de un mismo país, por el hecho de que los niños/as vivan unos kilómetros más al norte/sur/este u oeste, ya no es que sean atendidos por un modelo u otro, sino que haya tanta desigualdad en cuanto a edades de cobertura y las prestaciones que se les realiza.

E inevitablemente surge una pregunta obvia: ¿Hay algún modelo que sea mejor que los demás?

La verdad es que no se sabe a ciencia cierta.

En principio, analizando los distintos modelos (y datos disponibles), podría pensarse que el modelo PADI es el sistema que está produciendo los mejores resultados en el ámbito epidemiológico, está reduciendo más la carga de enfermedad, y sin distinciones sociales.

Lo que no puede negarse es que este sistema actuó como germen para que otras comunidades tomaran conciencia de la importancia de la asistencia dental pública, y pusieran en marcha este modelo u otros.

La duda surge cuando se analizan las diferentes comunidades que tienen este mismo modelo, pues nos encontramos que en los últimos 10-15 años hay comunidades que han logrado descender el ICAOD más de un 30 % y alcanzar cifras de cobertura del 65-66%, mientras que otras sólo han disminuido el ICAOD un 10 % y tienen tasas de cobertura en torno al 35%, (cifras en algunos casos peores que comunidades autónomas con otros modelos).

Por tanto, debe haber muchos factores que influyen en el éxito de los programas de salud bucodental. Algunos especialistas en el tema piensan que las diferencias en los resultados en salud pueden no depender del modelo de atención o bien que si se destinaran suficientes recursos todos ellos podrían tener buenos resultados de salud.

Además, estos expertos señalan la dificultad de comparar estos tres modelos puestos que:

- No todas las comunidades disponen de programas bien establecidos.
- No todos llevan el mismo tiempo de implantación.
- No todos disponen de la figura de la higienista dental o no en la misma ratio con respecto a los dentistas.
- Hay modelos que contemplan actividades escolares más o menos protocolizadas, e incluso algunos que incluyen las revisiones en los mismos colegios.
- Hay comunidades que todavía tienen políticas de fluorización de aguas y otras no.
- Etcétera.

Pero sobre todo se hace difícil comparar debido a que la cantidad y calidad de los datos disponibles sobre los distintos modelos varían mucho de una comunidad a otra. Hay comunidades que dan datos periódicos sobre cobertura, asistencia prestada, costes económicos, y otras que no proporcionan ninguna información o bien de forma parcial.

En resumen, pocas comunidades evalúan sus programas de atención infantil. Y si algo positivo puede existir en la coexistencia de estos diferentes modelos debería ser aprovechar esta experiencia para determinar si alguno se muestra mejor que otros, en general o bajo ciertas circunstancias o factores, demográficos, socioeconómicos u otros. E incluso ir más allá y proponer en el ámbito de las comunidades autónomas un marco común y uniforme de implantación para toda España.

Y como los expertos saben que su opinión vale... lo que vale, la información para analizar y evaluar los PADI debería al menos basarse en dos sistemas.

El primero, los estudios epidemiológicos de salud dental (nacionales y autonómicos). Pero no todas las comunidades las hacen con la periodicidad recomendada y hay algunas diferencias en la metodología empleada.

En segundo lugar, en la información registrada por los profesionales, que debería proporcionarnos una serie de indicadores sobre todas esas variables que acabamos de nombrar.

Estos indicadores tienen la ventaja de no tener un coste directo, puesto que serían explotados de la información ya registrada en las historias clínicas, y tienen la posibilidad de analizarse con la frecuencia que se desee.

En este punto me gustaría hacer referencia a que la GAAP de la Comunidad de Madrid tiene un grupo de trabajo que durante este año se ha estado estudiando y consensuando un conjunto de indicadores para nuestra comunidad.

El objetivo de estos no es sólo obtener datos de actividad, sino que va dirigido sobre todo a evaluar las medidas preventivas y la calidad de nuestro programa dental infantil, permitiéndonos detectar oportunidades de mejora, problemas y dar posibles soluciones.

Para ello es necesario disponer de un instrumento adecuado (sistema informático y odontograma), y también que los profesionales de las USBD mediante un registro lo más adecuado y homogéneo posible den valor a esos datos y a todo el tiempo que se emplea en su registro, y también empezar a aprovechar el potencial que hoy en día nos da el Big Data (y que parece ser el futuro).

De hecho, algunos programas de atención dental infantil ya están en esta línea. Hay comunidades que han detectado cómo sus medidas preventivas han propiciado una estabilización en el ICAOD de la población infantil en estos últimos años. Con esa mejora de la salud bucodental de la población es posible que tengamos que evolucionar y adecuar las políticas de atención dental a estas mejoras logradas, de forma que quizá haya que dirigirse hacia estrategias de riesgo.

¿Y desde donde apuntan estos expertos que debe comenzar esa evolución?

Quizá nuestro primer objetivo debería ser poner en marcha toda una serie de estrategias para crear en la población esa conciencia social sobre la importancia de la salud oral y su prevención, así como la necesidad de realizar las revisiones periódicas de los pacientes infantiles (de la misma manera que ya tienen interiorizados por ejemplo las revisiones del niño/a sanos o el calendario vacunal). Esto llevaría no solo a aumentar la captación, sino también a trasladar la presión sobre los que tienen que tomar la decisión de invertir en prevención bucodental.

Por otra parte, también habría que mejorar la equidad con una adecuada proporción de profesionales, normalizar la actuación en colegios y del programa de discapacitados, unificar

protocolos y sistemas de registro, crear unidades de gestión específicas de salud bucodental, e incluso establecer auditorias.

Y a partir de ahí, mejorar o instaurar entre otras cosas el programa de la embarazada (es una idea común el hecho de que los tratamientos preventivos deben comenzar ya en la mujer embarazada o con los futuros padres, debiendo apoyarnos más si cabe en otros colectivos como son las matronas).

Cuando la estabilidad de la población general lo permita, tendremos que centrarnos en ese 20% de la población que según las encuestas de salud oral acumula el 80% de la patología, población que muchas veces está en riesgo de exclusión social, y que habrá que salir a buscar de forma más activa.

Y en algún momento habrá que dar respuesta a las necesidades infantiles en menores de seis años. Algo deberá hacerse con la dentición temporal, aparte de darle importancia. Se sabe que los estudios epidemiológicos señalan que uno de los indicadores aislados de riesgo para la caries en dentición permanente es la presencia de caries en dientes temporales. Hay pocos programas que hagan promoción y prevención de 0 a 6 años, y tampoco parece apropiado que cuando fallan las medidas de prevención primaria la única solución que ofrezcamos a los pacientes sea la realización de la extracción del diente temporal.

En definitiva, los servicios públicos de odontología van a tener que analizar, evaluar y redefinir su papel, y quizá lo más difícil, adecuando los recursos disponibles al nuevo escenario epidemiológico.

Con esta exposición no se quiere dejar una visión pesimista o negativa de los PADI, porque ya que está centrada sobre todo en aquellos aspectos que podemos mejorar o sobre lo que debemos reflexionar, y no a cerca de lo que ya hemos conseguido. Si miramos hacia atrás podemos asegurar sin riesgo a equivocarnos que:

- La salud oral de la población infantil en España ha mejorado mucho en los últimos años.
- Cada vez somos más profesionales los que nos dedicamos a la prevención y promoción de la salud oral.
- Tenemos mejor conocimiento de las patologías a prevenir y estamos mejor formados.

Pero la odontología preventiva y comunitaria, aunque es un campo muy potente, necesita de constancia, tiempo para ver resultados, y creer realmente en el lema de estas jornadas: **La prevención, el camino hacia la salud bucodental.**

¿HACIA DÓNDE CAMINAMOS?

Dr. José Enrique Villares Rodríguez.

*Director Asistencial Médico de la Dirección Asistencial Sur.
Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Puericultor. Máster en Gestión Sanitaria. Experto Universitario en Continuidad Asistencial. Referente de Salud Bucodental de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.*

Dar una respuesta al interrogante que el Comité Organizador me ha planteado para esta exposición es fácil y no precisaría de todo el tiempo de exposición. En materia de salud bucodental, nuestro objetivo principal es incrementar el nivel de salud oral de la población de la Comunidad de Madrid (CM) a través de la atención sanitaria, la prevención de los dos procesos más prevalentes (caries y enfermedad periodontal) y la promoción de la salud, a través de los profesionales que realizan su trabajo en las Unidades de Salud Bucodental de Atención Primaria con un alto nivel de cualificación y formación, buscando la mejora continua a través de proyectos de investigación y de mejora como se demuestra en esta Segunda Jornada de Salud Bucodental.

Pero entiendo que lo más importante no es esto, sino el camino que hemos seguido hasta ahora y el que vamos a trazar para poder conseguirlo. En este sentido, son muchas las estrategias que podemos definir y cada persona seguro que tiene la suya propia. Todas ellas tienen un denominador común que es la meta a la que queremos llegar y que todos buscamos por el camino más corto, más fácil y más “recto”.

El inicio de este camino comenzó en el año 2010 con la creación del Área Única Sanitaria en la Comunidad de Madrid, tras el desarrollo de la Ley 6/2009 de Libertad de Elección en la Comunidad de Madrid y el RD 52/2010 de Estructuras Básicas y Directivas de Atención Primaria. Existían once realidades distintas, una en cada una de las Gerencias de Atención Primaria, que era necesario homogenizar para evitar inequidades asistenciales a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid y actuar sobre la heterogeneidad existente en materia de asistencia sanitaria bucodental. Se hacía necesario realizar un análisis de situación y definir los aspectos claves sobre los que trabajar para mejorar la atención bucodental. Para ello uno de los aspectos estratégicos, definidos por la Gerencia de Atención Primaria, es que las mejoras que se tengan que desarrollar deben ser con la RESPONSABILIDAD, IMPLICACIÓN y PARTICIPACIÓN de los propios profesionales que integran las Unidades de Salud Bucodental (USBD) de Atención Primaria.

Así se constituyó un grupo de trabajo formado por veintitrés profesionales que realizaron un análisis de situación a través de la técnica DAFO (Debilidades/ Amenazas/ Fortalezas y Oportunidades).

Identificaron nueve puntos de mejora que iban a constituir el inicio del camino:

1. Composición heterogénea de las USBD.
2. Distribución irregular de RRHH.
3. Funciones y competencias de los integrantes de las USBD.
4. Dotación de recursos materiales/ aparataje.
5. Oferta de servicios heterogénea según USBD.
6. Registros clínicos en fichas de papel.
7. Predominio de exodoncias sobre actividades preventivas en niños.

8. Normalización de las agendas de las USBD.
9. Realización de una encuesta de salud oral.

Antonio Alemany López, D.GAP/GAP.
José Enrique Villares Rodríguez, Director Asistencial médico, DA Sur.
Barrera Buruchaga, Olga
Batalla Barrera, M ^{ra} Pilar
Berriatua Ena, María
Buendía Díaz- Crespo, Rosario
Calvo Chilocheches, Mercedes
De la Fuente, García, Encarnación
Díaz Jiménez, M ^{ra} Isabel
Espinilla Blanco, Rafael
Gallego Aguajil, Mercedes
García Vázquez, M ^{ra} Trinidad
Gómez García, Esperanza
González Galán, Norberto
López Escribano, Beatriz
Marín García, Fernando
Martín Osuna, Miriam
Martín Sanjuan, Carmen
Molero Gutiérrez, M ^{ra} Pilar
Morejón Añel, M ^{ra} José
Piernas Burgos, Sacramento María
Rodrigo Moya, Alberto
Rosado Olaran, José Ignacio
Terán de Agustín, Ana Isabel

Estos aspectos conformaron la base para definir el PLAN ESTRATÉGICO de mejora de la SALUD BUCODENTAL en Atención Primaria de la CM.

Tres son los pilares fundamentales en los que se basa este Plan Estratégico:

1. Homogenización del proceso Asistencial.
2. Conocimiento del estado de salud oral de la población de la CM.
3. Estructuración y planificación del desarrollo de un Programa de Atención Dental a la población de la CM y la mejora del Programa de Atención Dental Infantil (PADI).

1. Homogenización del proceso asistencial.

Tras la realización de un DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) por el grupo de trabajo, se definieron una serie de puntos débiles susceptibles de priorizar para conseguir que la asistencia sanitaria bucodental fuese igualitaria y equitativa a la población de la Comunidad de Madrid. Estos puntos débiles fueron:

- COMPOSICIÓN DE LAS USBD. INCREMENTO DE RRHH
- FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE ODONTÓLOGOS/AS E HIGIENISTAS
- INFORMATIZACIÓN DE TODAS LAS USBD
- MEJORAS DE RECURSOS MATERIALES/APARATAJE
- HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA. PROTOCOLO ASISTENCIAL PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE AGENDAS DE CITACIÓN. 2/3 DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL CON DEDICACIÓN A LA POBLACIÓN INFANTIL (6 – 14años)
- DEFINICIÓN DE PRESTACIONES A POBLACIÓN INFANTIL
- DEFINICIÓN DE UN “CUADRO DE MANDOS” DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
- ENCUESTA DE SALUD ORAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Todos estos puntos definidos han sido trabajados y mejorados a lo largo de este caminar en la mejora de la atención sanitaria bucodental de la Gerencia de Atención Primaria. Destacamos que las USBD fueron, de las consideradas como unidades de apoyo a los centros de salud, las primeras en estar informatizadas, en tener un protocolo específico de registro en historia clínica informatizada, una definición del PNT de las agendas, y un documento que recoge la composición de las USBD y las funciones y competencias de sus integrantes. Este documento es visible a todos los profesionales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CM) a través de la Intranet.

2. Conocimiento del estado de salud oral de la población de la CM.

Durante el año 2015 se realiza el proyecto de investigación clave en materia de salud bucodental en la CM como es el “Estado de salud oral de la población de la Comunidad de Madrid”.

Bajo el liderazgo del Dr. Elías Rodríguez, médico estomatólogo de la USBD del centro de salud Doctor Cirajas, un excelente grupo de trabajo conformado por odontólogos, estomatólogos, higienistas dentales, estudiantes de odontología de pregrado y postgrado, y la asesoría de los profesionales de la Gerencia de Atención Primaria, se realiza el primer estudio del estado de salud oral de la población de la CM, que define cuáles son los aspectos susceptibles de priorizar y trabajar en el marco del Plan de Atención Bucodental a la población de la Comunidad de Madrid.

Las principales recomendaciones que surgen del estudio son:

a) Con objeto de disminuir la prevalencia de caries en dentición temporal se debería actuar en dos etapas:

- Durante el embarazo y la lactancia, fomentando una educación sanitaria específica encaminada a la prevención de la caries en la dentición primaria y remarcando su importancia como principal factor de riesgo cariogénico en la dentición permanente.

- Sobre la población infantil de 3-5 años, estableciendo un programa de SBD propio o un subprograma del ya establecido.

b) Los esfuerzos frente a la caries dental y la enfermedad periodontal en las edades infanto-juveniles deben continuar dirigiéndose a su prevención y tratamiento. Para ello:

TÍTULO: ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID 2015/2016

PROMOTOR: Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid (GAAP).

Coordinación del estudio:

Unidades de Salud Bucodental de la GAAP:

Elías Rodríguez Alonso. *Médico Estomatólogo. Máster Odontología Preventiva, Programas Comunitarios e Individuales. CS Dr. Cirujas*

Trinidad García Vázquez. *Odontóloga. CS Algete*

Unidad de Apoyo a la Investigación de la GAAP:

Teresa Sanz Cuesta. *Técnico de Salud de Atención Primaria. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Apoyo a la Investigación.*

Referente de las Unidades de Salud Bucodental de la GAAP:

José Enrique Villares Rodríguez. *Director asistencial médico de la DA Sur.*

Investigadores Colaboradores:

Marta Lamas Oliveira. *Odontóloga. CS Pozuelo I*

M^a Victoria Mateos Moreno. *Odontóloga. CS Villalba Estación*

Alberto Rodrigo Moya. *Médico Estomatólogo. CS Buenos Aires*

Jose Ignacio Rosado Olarana. *Médico Odontólogo. CS Juncal*

Ana Isabel Terán de Agustín. *Médico Estomatóloga. CS Alameda*

Rosario Buendía Díaz-Crespo. *Higienista Dental. CS Los Castillos*

Ana Leticia Lenguas Silva. *Odontóloga. Alumna Máster Odontología Preventiva. UCM*

Miriam Martín Osuna. *Higienista Dental. CS Doctor Castroviejo*

Sara del Prado González. *Higienista Dental. CS Ramón y Cajal*

Mercedes Calvo Chilloeches. *Higienista Dental. CS Juncal*

Javier Valdepeñas Morales. *Odontólogo. Alumno Máster Odontología Preventiva. UCM*

Gloria Mercedes Fernández Moral. *Higienista Dental. CS Dr. Cirujas*

Ricardo Rodríguez Barrientos. *Médico de Familia. Máster Epidemiología y Salud Pública. Unidad de Apoyo a la Investigación*

Isabel del Cura González. *Médica de Familia. Máster Epidemiología y Salud Pública. Unidad de Apoyo a la Investigación*

Amaya Azcoaga Lorenzo. *Médica de Familia. Máster Epidemiología y Salud Pública. Centro de Salud Parla*

Beatriz Becerril Rojas. *Enfermera. Unidades de Apoyo Técnico*

Asesores y revisores externos

Francisco Javier Cortés-Martíncorena, Juan Carlos Llodra Calvo, Manuel Bravo Pérez.

- Sería necesario establecer medidas que aumenten la tasa de utilización del programa de SBD infantil existente, así como estimular la adherencia al mismo.
- Sería aconsejable, por un lado, potenciar la enseñanza de la técnica del cepillado, su frecuencia (después de cada comida) y el uso de la seda dental; por otro lado, aumentar la información específica sobre alimentos cariogénicos incidiendo en la importancia de evitar su consumo entre comidas. Ambos aspectos de higiene y dieta deben ser abordados tanto en el ámbito escolar como en el sanitario, por su demostrado efecto reductor de la caries y de la enfermedad periodontal.
- Habría que continuar promoviendo la aplicación de los selladores de fosas y fisuras, con los criterios de riesgo de caries establecidos, por su probada efectividad en la prevención de las caries oclusales.
- Se debería potenciar la eliminación preventiva de placa y cálculo (tartrectomía) para combatir la elevada prevalencia de formas iniciales de enfermedad periodontal en adolescentes.
- Sería necesario estudiar la posibilidad de ampliar prestaciones en el programa de SBD infantil que, sin perder su enfoque preventivo y asistencial, faciliten un tratamiento más integral de la caries.
- Se necesitaría analizar estrategias específicas dirigidas a detectar y actuar sobre grupos comunitarios con mayor riesgo de caries, por ser los que concentran los mayores niveles de enfermedad y de necesidades de tratamiento. Estos grupos suelen corresponderse en su mayoría con niveles socioeconómicos bajos.

c) Los esfuerzos frente a la caries dental y la enfermedad periodontal en los adultos deben continuar enfocados a la prevención y al asesoramiento sobre su tratamiento y sus consecuencias.

d) Se debería establecer una monitorización constante y periódica de la situación oral en la Comunidad de Madrid para evaluar el impacto de los programas y las medidas implantadas o diseñar nuevas estrategias. Esto se haría mediante la realización de encuestas epidemiológicas de periodicidad quinquenal y la implantación de un sistema informático de registro que proporcione datos actualizados en tiempo real, permitiendo una vigilancia y control entre encuestas.

3. Estructuración y planificación del desarrollo de un Programa de Atención Dental a la población de la CM y la mejora del Programa de Atención Dental Infantil (PADI).

A finales del año 2015 y siguiendo el compromiso de la Gerencia de Atención Primaria de hacer partícipes e implicar a los profesionales de las USBD en las mejoras que se puedan definir e implementar, se crea un grupo de trabajo compuesto por odontólogos, higienistas dentales, representantes de los colegios profesionales de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM) y de Higienistas Dentales y se invita también a participar a representantes de las universidades públicas, con la finalidad de definir el Programa de Atención Dental a la población de la CM, y las mejoras a implementar en el PADI.

Este grupo de trabajo define las actuaciones que deben componer el programa de atención dental de la CM, así como los objetivos y actuaciones que deben tenerse en cuenta en la mejora del PADI.

GRUPO DE MEJORA	Mercedes Calvo Chiloeches Carmen Couto Tubío Alfonso Delso Medinilla Carmen Martín Sanjuan Leonor Martín-Pero Muñoz Juan Ignacio Ropero Pires Ramón Soto-Yarritu Quintana Dolores Temprano Maroto José E. Villares Rodríguez
------------------------	--

Los objetivos definidos en el PADI hacen mención a:

- **PROMOCIÓN DE LA SALUD.** A través de potenciar hábitos higiene y dietéticos y actividades de Educación para la Salud (EpS).
- **RUTINA DE ACUDIR AL ODONTÓLOGO/OE E HIGIENISTA DENTAL PERIÓDICAMENTE.** Una vez al año.
- **PACIENTES LIBRES DE CARIES Y PATOLOGÍA PERIODONTAL:** Si esto no fuese posible, que al menos se pueda alcanzar la conservación de los dientes.
- **DETECCIÓN TEMPRANA DE OTRAS ALTERACIONES.**

Se definen también las tareas a desarrollar desde la Gerencia de Atención Primaria para conformar un PADI que dé seguridad a la población infanto – juvenil (6 a 16 años) de la comunidad, y que potencia su salud oral teniendo como premisas las recomendaciones definidas por el grupo de trabajo de investigadores de la Encuesta de salud oral de la población de la CM.

Las tareas priorizadas a incorporar y potenciar en el PADI son:

VALORACIÓN DE LA DEFINICIÓN DEL MARCO LEGAL. Resolución 62/2016 de la Asamblea de Madrid. Actualmente está pendiente el debate y posterior aprobación del anteproyecto de ley que regule la salud bucodental en la CM.

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL SERVICIO 107 DE CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Un grupo de trabajo liderado por Marianela Bayón de la Dirección Técnica de Calidad y Procesos y conformado por odontólogos e higienistas dentales, han revisado y actualizado el servicio 107 de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria, “Atención bucodental en la infancia”. De igual manera han actualizado los servicios 505 y 301, que hacen referencia a Cirugía menor y Atención a la mujer embarazada.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD. La atención a la población con discapacidad que para su tratamiento necesita sedación y/o anestesia se deriva a las USBD para discapacitados del Hospital Niño Jesús, hasta los 18 años, y al Hospital Gregorio Marañón desde los 18 años. En el Hospital Niño Jesús se ha definido que la cartera de servicios a esta población de 6 a 16 años sea igual que la que se ofrece a la población general de 6 a 16 años en el Convenio de colaboración del SERMAS y el COEM para tratamientos especiales.

POBLACIÓN DE EXCLUSIÓN. En el año 2017 y liderado por las Direcciones Asistenciales Sureste y Centro se han realizado intervenciones de captación de población en riesgo de exclusión en los barrios de La Cañada Real Galiana y de Lucero. Han tenido continuidad a lo largo del año 2018 a través de reuniones mantenidas con el Comisionado de La Cañada Real y el liderazgo de la DA Sureste para poder trasladar a los niños de La Cañada Real a la USBD de Vallecas para poder realizarles exploración de la cavidad oral e incluso establecer alianzas con los odontólogos que están trabajando en el gabinete dental solidario de La Cañada y poder volcar los datos clínicos en la historia clínica informatizada de estos niños y facilitar así el acceso a los tratamientos especiales del Convenio del SERMAS-COEM.

PROYECTOS DE EpS. Con el objeto de facilitar el desarrollo de actividades de EpS en las USBD de la CM se han definido siete talleres de EpS liderados cada uno de ellos por una higienista dental cuyo encargo era conformar un grupo multidisciplinar para trabajar el diseño de un taller de EpS que posteriormente debería pasarse a la COVAM (Comisión de acreditación de EpS).

GRUPO DE TRABAJO DE TALLERES DE EpS

- Esmeralda Rodríguez Pérez (C.S. San Fernando) DA SURESTE
- M^a Luisa Page Utrilla (C.S. Colmenar Viejo y C.S. San Agustín de Guadalix) DA NORTE
- Isabel Pérez Lopesino (C.S. San Carlos) DA NOROESTE
- M^a Dolores Guijarro Sánchez (C.S. Ramón y Cajal) DA OESTE
- Verónica Peinado Peláez (C.S. El Restón) DA SUR
- Mercedes Calvo Chiloeches (C.S. Juncal) DA ESTE
- Mirian Martín Osuna (C.S. Castroviejo) DA NORTE
- José Enrique Villares Rodríguez (Director Asistencial Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria)

PROVISIÓN DE PRESTACIONES ESPECIALES. Basándonos en las conclusiones de la Encuesta de salud oral, el grupo de trabajo analizó las mejoras a desarrollar en el PADI, priorizó la realización de una serie de tratamientos especiales encaminados a conseguir una restauración “ad integrum” de la salud oral de la población de 6 a 16 años de la CM. Dentro de estas prestaciones hay que destacar las endodoncias de incisivos y caninos, premolares y molares, la gran reconstrucción, la obturación compleja y los mantenedores de espacio.

Para poder realizar estos tratamientos, en junio del 2017 se establece un convenio de colaboración entre el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y el COEM, por el que los colegiados con ejercicio privado pueden adherirse a este convenio con la finalidad de dar las prestaciones que contempla el mencionado convenio al coste fijado en el mismo. Este convenio se ha mantenido a lo largo de los años 2017 y 2018, y estamos trabajando para poder renovarlo para el año 2019.

Todas estas medidas y resultados obtenidos serían mucho más complejos de conseguir si no fuesen acompañados del trabajo que desde la Gerencia Asistencial de Atención Primaria se ha ido realizando para incrementar el número de odontólogos y de higienistas de las USBD. En este año 2018 se materializa en 6 odontólogos y 15 higienistas dentales.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ODONTÓLOGOS	118	127	127	137	146	152
ODONTÓLOGOS CUPO	16	4	4	4	1	1
HIGIENISTAS DENTALES	88	102	102	121	124	139

Del mismo modo se ha efectuado una importante inversión para actualizar los gabinetes de salud bucodental, con la incorporación de aparatos de radiovisiografía digital, sillones dentales nuevos, ultrasonidos dentales... por un valor cercano a 1.500.000 euros en los últimos cuatro años.

Este es el camino que, durante estos casi ocho años, hemos seguido para mejorar la salud bucodental de la población de la CM y de manera prioritaria la de la población de 6 a 16 años. Pero, como en todo camino, es necesario hacer un alto y poder meditar en qué aspectos podemos mejorar y si es necesario reconducir algunas de las estrategias definidas.

Con este objetivo, y siendo coherentes con la estrategia de participación, implicación y responsabilidad de los integrantes de las USBD en los aspectos estratégicos a trabajar, se constituyeron dos grupos de trabajo con la finalidad de poder realizar un análisis de situación actual y ver si el camino seguido es el correcto o hay que modificar algo *el rumbo* y, además, poder estructurar un cuadro de mando que permita ver en qué medida estamos en el camino correcto y cómo, cada uno, nos acercamos o no a los objetivos establecidos.

GRUPOS DE TRABAJO

- FUNCIONES Y COMPETENCIAS
- RRHH. RATIOS
- ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL
- MEJORA DE LA COBERTURA SERVICIO 107
- PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS
- CUADRO DE MANDO



COMPOSICIÓN GRUPOS ANÁLISIS DE SITUACIÓN 2018

Álvarez-Arenas Pardina, Ignacio
Bardillo Cabezas, Ana María
Batalla Barrera, María Pilar
Berzal Pérez, Mónica
Calama Fraile, Isabel
Cano Bermejo, Isabel
Carballo Tejada, Verónica
García Vázquez, María Trinidad
Gil Guerra, Esther
Guerrero Navarrete, Encarnación
Martín-Pero Muñoz, Leonor
Marín García, Fernando
Martín Osuna, Miriam
Miegimolle Herrero, Mónica
Miñarro del Moral, M^a José
Peinado Peláez, Verónica
Pérez Doblado, Violeta
Rodrigo Moya, Alberto
Rodríguez Pérez, Esmeralda
Rosado Olarán, José Ignacio
Serrano Salazar, Luis Miguel

GRUPO DE TRABAJO CUADRO DE MANDO SALUD BUCODENTAL

Bardillo Cabezas, Ana María
Batolomé Benito, Elena
Batalla Barrera, María Pilar
Cárdenas Valladolid, Juan
Clemente Tejada, Laura
Estévez Muñoz, José Carlos
Lamas Oliveira, Marta
Marín García, Fernando
Page Utrilla, María Luisa
Pérez Doblado, Violeta
Piernas Burgos, Sacramento
Quevedo Rivera, Julia
Rodríguez Hervás, Francisca
Rodríguez Pérez, Esmeralda
Ropero Pires, Juan Ignacio
Rosado Olarán, José Ignacio
Sánchez Perruca, Luis

La siguiente imagen resumen los próximos retos que en materia de salud bucodental tenemos por delante en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Con el objetivo de mantener y mejorar la salud bucodental de la población de la CM, es necesario potenciar las actividades contempladas en el Programa de Atención Dental de la Comunidad de Madrid y en el Programa de Atención Dental a la población Infantil (PADI), bajo las premisas que establezca la legislación vigente, y que tenemos que desarrollar a través de los tres procesos claves que tenemos en Atención Primaria, la asistencia sanitaria, docencia e investigación. El desarrollo de estos procesos está supeditado a los procesos de soporte entre los que tengo que destacar la dotación de recursos humanos, la dotación de recursos materiales y su modernización, así como el mantenimiento de las infraestructuras y material necesario para dar una asistencia sanitaria excelente. La coordinación interinstitucional con los colegios profesionales y las universidades es otra de las líneas clave para facilitar la consecución de los objetivos establecidos aportando cada uno, dentro de su ámbito de competencia, el conocimiento y saber hacer en materia bucodental.

Como final de esta trayectoria, que ha supuesto mi exposición, quisiera manifestar que *“el camino no es el objetivo, sino la herramienta que nos permite acercarnos a lo que queremos”*. Cuidar de la salud bucodental infantil es trabajar en la calidad de la vida adulta.

Muchas gracias por su atención.

Influencia de las variables sociodemográficas sobre la caries dental en los niños españoles.

Dr. D. Miguel Ángel Tapias Ledesma.

*Médico Estomatólogo de Atención Primaria (Centro de Salud El Soto)
Licenciado en Medicina (UCM). Especialista en Estomatología (UCM). Doctor en Medicina (UCM).
Profesor asociado (URJC).*

Co-Autores:

D. Valentín Hernández Barrera.

Licenciado en Estadística (URJC).

D^a. Patricia Tapias Martínez.

Graduada en Enfermería. Centro de Salud El Soto.

Dr. D. Rodrigo Jiménez García.

Profesor Doctor de la URJC.

Justificación:

Al igual que en otros países de nuestro entorno la salud buco-dental de los niños españoles ha mejorado en los últimos años. Sin embargo, la población infantil de menos de 6 años sigue presentando una prevalencia de caries alta en dentición temporal.

En la Encuesta de Salud Oral en España 2015, se observa una prevalencia de caries a la edad de 12 años del 33,3%

En el estudio de salud bucodental en la Comunidad de Madrid se observa asociación entre los indicadores de caries y el nivel socioeconómico.

Objetivos:

Conocer la posible influencia de las variables sociodemográficas sobre la caries dental en los niños españoles utilizando datos representativos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 de la población española de 3 a 15 años.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo transversal utilizando los datos secundarios individualizados proporcionados por la última Encuesta Nacional de Salud del año 2017. Hemos empleado datos de 5.082 encuestas realizadas a padres o tutores de niños de 3-15 años. Variable dependiente: caries dental. Como variables independientes se analizan, sexo, edad, tamaño de municipio, nivel de estudios, e ingresos mensuales de la unidad familiar.

Análisis estadístico: Hemos realizado una distribución de frecuencia de las variables del estudio. También se ha realizado un análisis bivalente y multivalente (mediante regresión logística), asociando variables socioeconómicas respecto a la variable caries dental.

Resultado:

El 36,70% de los niños incluidos refieren tener caries. La prevalencia aumenta significativamente a medida que aumenta la edad. Las niñas tienen 1,43 (IC95%:1,15-1,79) veces más posibilidades de padecer caries.

Los niños con padres o tutores en el nivel educativo más bajo tienen 1,41 (IC95%: 1,01-1,91) veces más probabilidades de sufrir caries dental que los que se encuentran en el nivel educativo más alto. La probabilidad de tener caries aumenta a 1,25 (IC95%: 1,02-1,53) veces si los ingresos son < 1.050 euros mensuales respecto a si son > 1.800 euros. Los niños que viven en poblaciones de < 10.000 habitantes tienen 1,29 (IC95%: 1,06-1,58) veces más probabilidades de padecer caries que los que viven en poblaciones >100.000 habitantes.

Discusión:

La prevalencia de caries 36,70% es mayor que la observada en la Encuesta Nacional de Salud 2001 (31,45%), debido posiblemente a que se incluían en el estudio niños de 0 a 15 años.

Sin embargo, corrobora la obtenida en el estudio del Estado de Salud Bucodental en la Comunidad de Madrid, donde se observa una prevalencia del 35,9% en el grupo de 6 años; 31,9% en el grupo de 12 años y 50,5% en el grupo de 15 años.

Los niños españoles de clases sociales bajas tienen más posibilidades de padecer caries con respecto a los de clases sociales altas. Debemos realizar nuevas estrategias para mejorar la salud bucodental en las clases sociales más desfavorecidas y dar a conocer las prestaciones gratuitas en salud bucodental que ofrecen actualmente las comunidades autónomas mediante los programas de atención dental infantil, para aumentar la utilización de los servicios dentales y mejorar la salud bucodental en los niños españoles.

Tabla 1. Distribución de la población según variables sociodemográficas.

Variabes	Categorías	Frec. Absolutas	Frec. Relativas
Sexo	Niño	2.647	52,09%
	Niña	2.435	47,91%
Edad (años)	3-6	1.497	29,46%
	7-9	1.168	22,98%
	10-12	1.414	27,82%
	13-14	1.003	19,74%
Tamaño Municipio(Habitantes)	>100.000	1.775	39,89%
	10.000-100.000	1.795	40,34%
	<10.000	880	19,74%
Años de Estudio	Hasta 15	1.833	41,19%
	Entre 15-18	1.525	34,34%
	>18	1.092	24,47%
Ingresos Familiares (mensuales)	<1.050	735	21,58%
	1.050-1.800	991	29,10%
	>1.800	1.680	49,32%

Tabla 2. Odds Ratios (OR) de Factores Sociodemográficos asociados con caries.

VARIABLES	Categorías	OR Crudo (IC95%)	OR Ajustado (IC95%)
Sexo	Niño	1	1
	Niña	1,33(1,10-1,60)	1,43(1,15-1,79)
Edad (Años)	3-6	1	1
	7-9	2,13(1,64-2,76)	2,38(1,74-3,25)
	10-12	1,49(1,15-1,94)	1,55(1,13-2,13)
	13-14	1,41(1,06-1,89)	1,56(1,10-2,21)
Tamaño Municipio	>100.000	1	1
	10.000-100.000	0,83(0,67-1,03)	0,75(0,59-0,97)
	<10.000	1,08(0,84-1,40)	1,02(0,76-1,36)
Nivel Educativo (Años Estudio)	>18	1	1
	Entre 15-18	1,27(0,95-1,68)	1,06(0,76-1,47)
	Hasta 15	1,84(1,41-2,40)	1,41(1,01-1,91)
Ingresos Familiares (Mensuales)	>1.800	1	1
	1.050-1.800	1,12(0,85-1,48)	1,06(0,80-1,42)
	<1.050	2,56(1,99-3,30)	2,28(1,73-3,01)

Empleo de la melatonina con triptófano y vitamina B6 en la prevención de estrés en odontopediatría.

Dr. D. Germán García Vicent.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Mejorada del Campo). Licenciado en Odontología (UCM). Diploma Universitario Odontología en la Tercera Edad (UCM). Especialista Universitario en Programas Bucodentales a nivel Individual y Público (APS) y en Medicina Oral (UCM). Profesor asociado (UCM).

Co-Autores:

Dra. D^a. María Claudia Téllez Barragán.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Doctor Luengo Rodríguez).

Dra. D^a. Ana Leticia Lenguas Silva.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Los Cármenes).

Doctora *cum laude* en Odontología. Máster en Ortodoncia. Investigadora de Encuesta de Salud Bucodental de CAM. Directora de tesis. Profesor Universitario Ortodoncia.

Publicaciones, Comunicaciones y Conferencias nacionales e internacionales.

Dra. D^a. Carmen Martín San Juan.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Ángela Uriarte).

Licenciada en Medicina. Doctora en Odontología. Especialista Universitaria en Programas Preventivos Bucodentales y en Atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales. Postgrado en Odontopediatría. Máster en Gestión Sanitaria.

Dra. D^a. Ángela Sánchez-Algaba Gómez.

Pediatra de Atención Primaria (Centro de Salud Mejorada del Campo).

Licenciada en Medicina y Cirugía (UCM). Especialista en pediatría y sus áreas específicas vía MIR (Hospital Universitario de San Carlos).

Justificación:

El manejo de la ansiedad es una de los desafíos más importantes de la atención odontológica diaria. Al utilizar técnicas dirigidas a disminuir la ansiedad del paciente y sus acompañantes y aumentar su confianza en el dentista, el profesional dispone de los recursos necesarios para combatir los miedos del paciente y los suyos propios.

Objetivos:

Demostrar que el empleo, previo a la intervención odontológica, de melatonina con triptófano y vitamina B6 es una alternativa válida y viable para complementar la asistencia en aquellos pacientes en los cuales las técnicas habituales para realizar la atención libre de ansiedad y estrés no son efectivas.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo observacional de pacientes atendidos en la USBD que han requerido de premedicación sedante con melatonina/triptófano y vitamina B6.

Resultados:

Los resultados demuestran la efectividad sedante del medicamento melatonina/triptófano y vitamina B6 en dosis de 1 a 3 ml tras 20 minutos de su aplicación por vía oral sin ningún efecto secundario. Dichos resultados son congruentes con otras aplicaciones del producto en el ámbito de la Atención Hospitalaria como son la inducción del sueño en niños sometidos a un electroencefalograma, en niños no colaboradores que van a ser sometidos a una resonancia magnética o en niños sometidos a ABR (potenciales evocados auditivos).

Discusión:

La melatonina con triptófano y vitamina B6 empleada correctamente en las USBD de Atención Primaria puede ser un buen sustituto a la anestesia general en Atención Especializada para la reducción de la ansiedad de los pacientes que requieren tratamientos odontológicos y constituye un medicamento seguro que debería formar parte del petitorio de las USBD.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Modera: Dra. Pilar Batalla Barrera

FLÚOR SÍ, PERO... ¿CUÁNDO, CÓMO Y CUÁNTO?

Dr. Elías Rodríguez Alonso.

*Médico Estomatólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Doctor Cirajas).
Máster en Odontología Preventiva. Profesor Universitario. Investigador principal de varios proyectos de investigación. Autor de libros, artículos y comunicaciones nacionales e internacionales sobre la materia. Presidente del Tribunal de OPE.*

INTRODUCCIÓN

El nuevo paradigma de caries la define como una enfermedad *ecológica y no contagiosa (no infecciosa/no transmisible) biofilm-azúcar dependiente, inerradicable pero sí controlable*, modulada por múltiples factores de tipo personal, ambiental, social y económico. Esta causa multifactorial si bien es cierta, hoy en día siguiendo el nuevo paradigma se tiende a simplificar en aquellos factores más relevantes en su génesis y prevención, estos son: la **dieta cariogénica** rica en azúcares extrínsecos especialmente sacarosa como factor causal, y la **biopelícula** adherida al diente como factor necesario. Junto a ellos, los dos moduladores que más influyen en su prevención: el **flujo salivar** y la disponibilidad de **flúor**, siendo este último el más fácil de modificar.

Es por ello que las principales medidas preventivas contra la caries, tras tratar las lesiones activas, van dirigidas a actuar sobre los agentes implicados: disminuyendo el aporte de azúcares extrínsecos, desestructurando la biopelícula mediante el cepillado y protegiendo el diente frente al ataque ácido, bien con barreras físicas (*selladores*) o bien incrementando su resistencia química (*aporte de flúor*).

MECANISMO DE ACCIÓN DEL FLÚOR

De todas estas medidas es el flúor el que ocupa el lugar más relevante en la prevención de la caries, porque teóricamente actúa sobre los agentes involucrados:

- el *diente*, aumentando su resistencia estructural.
- los *microorganismos*, disminuyendo su acción agresora.
- los *azúcares*, disminuyendo indirectamente su captación por las bacterias de la placa dental y como resultado de todo ello incrementa el *tiempo* necesario para que la interacción de estos elementos, manifiesten una acción lesiva.

El mecanismo de acción del flúor se ejerce sobre la microflora de la placa dental y sobre el fenómeno desmineralización-rem mineralización del esmalte. La acción del flúor sobre la **microflora de la placa** se realiza fundamentalmente a través de la inhibición de las enzimas enolasa y glucosil transferasa de la vía glucolítica bacteriana, lo que da lugar a una:

- *Disminución de la producción de ácidos.*
- *Reducción de la producción de polisacáridos intra y extracelulares.*

- *Disminución de la adherencia y cohesión bacteriana.*

No obstante, hoy día se considera que este efecto anticaries ejercido sobre el biofilm es modesto y que la acción de mayor trascendencia del flúor presente en la saliva y sobre todo en la fase acuosa de la placa bacteriana, se desarrolla sobre la superficie de la estructura mineral del esmalte: **reduciendo su desmineralización y promoviendo la remineralización**, a través de:

- *Disminuir la solubilidad del esmalte*, ya que la presencia de flúor favorece la transformación de los cristales de Hidroxiapatita (HAP) en Fluorapatita (FAP), cuyo pH crítico de disolución (4,5) es más bajo que el de la HAP (5,5).
- *Incrementar la velocidad en que el proceso de remineralización ocurre*, dada su avidez por el calcio y el fosfato libres.

El efecto del flúor sobre la prevención de la caries se produce en la etapa post-eruptiva y mediante su acción local. Para ejercerla debe estar en el lugar preciso, el tiempo adecuado, en la cantidad y concentración necesaria, con la frecuencia apropiada. El beneficio que su uso proporciona se extiende a todas las edades y a todos los dientes.

ADMINISTRACIÓN DEL FLÚOR

Existen diversas formas de administración del flúor, algunas pertenecen al pasado como la fluoración del agua de las escuelas, otras se localizan en determinados países como la sal fluorada, otras no llegaron a extenderse como la leche fluorada o han perdido su vigencia y limitado sus indicaciones como los comprimidos y otras están en permanente investigación como los materiales odontológicos de liberación lenta de flúor. Tampoco está indicado recomendar suplementos de flúor a las mujeres durante el embarazo, ya que no hay evidencia de que sean efectivos para prevenir la caries dental en sus hijos.

Por tanto, se describen aquellas formas de administración cuya generalización y efectividad, hacen que su conocimiento sea de interés práctico en el ámbito de la Atención Primaria: **dentífricos** y **colutorios fluorados** como formas de administración individual y **geles y barnices de flúor** como formas de aplicación profesional. Todos ellos se pueden combinar aplicando criterios de riesgo a caries. Además, se describen, dada su importancia y vigencia, algunos aspectos del **agua de abastecimiento público fluorada** y del **agua mineral natural embotellada**.

- **Fluoración de las aguas de abastecimiento público.** La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* y los *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)* la consideran una de las diez medidas de salud pública instauradas en el siglo XX con mayor impacto en la población. Sus ventajas son claras sobre sus inconvenientes, destacando entre ellas su efectividad en reducir las diferencias sociales en salud oral.

Las revisiones sistemáticas realizadas han confirmado, por un lado, la efectividad de la fluoración del agua para la *prevención de las caries* tanto en niños como adultos, a la vez que se observa la presencia de una *fluorosis leve/muy leve* asociada en el 12,5% de los niños expuestos. En el caso de la población infantil la reducción en la experiencia de caries se produce tanto en dientes temporales (30%) como permanentes (20%); porcentajes muy alejados de los que se obtenían antes de la generalización de los dentífricos fluorados (60% y 50%, respectivamente).

Actualmente un 5% de la población mundial bebe agua fluorada, con una distribución desigual entre países y dentro del mismo país. Hecho y porcentaje que se repite en el caso de España, donde

actualmente hay seis comunidades autónomas con fluoración artificial de las aguas de abastecimiento público. No es el caso de los municipios de nuestra comunidad, donde la concentración de flúor en sus aguas es prácticamente inexistente, situándose en el grupo mayoritario de ciudades españolas, en el que la fluoración natural de sus aguas está por debajo de 0,3 mg/l, cifra muy alejada de valores de efectividad anticaries.

No obstante, ante la polémica de fluorar o no que de vez en cuando reaparece en uno u otro país, la OMS (2011) y la Federación Dental Internacional (FDI, 2014), reafirman la fluoración del agua como una medida efectiva de salud pública para la reducción de los niveles de caries. Además, consideran que debe constituir “la piedra angular de cualquier sistema de salud dental”, particularmente indicada en poblaciones con alta prevalencia de caries, escasos recursos, bajas medidas de prevención y con una salud pública dental, inexistente o desorganizada.

- **Agua Mineral Natural (AMN) embotellada.** Es otra forma de recibir aporte pasivo de flúor a través del agua de bebida. En el caso de España es importante conocer este hecho, ya que en los últimos años se ha producido un aumento en su consumo, constituyendo actualmente cerca del 40% del agua total consumida; lo que nos ha llevado a ocupar el quinto lugar a nivel mundial. A pesar de esto y de la variabilidad en la concentración de flúor que presentan, llama la atención, como refleja *Maraver F et al* al analizar la concentración presente en 109 marcas comercializadas en España, que sólo en el 25% de las mismas figure este dato en el etiquetado. Y si bien en este estudio la mayoría de los productos de agua embotellada mostró niveles insignificantes de flúor, había un 20% con valores mayores de 0,6 mg/l y un 7% (ocho marcas) con valores superiores a 1mg/l. Estas cifras en el caso de los niños menores de un año, donde el aporte de flúor por este medio se aconseja no sobrepase los 0,3 mg/l, adquieren mayor trascendencia sobre todo cuando se emplean para preparar las fórmulas de leche artificial para lactantes.

El AMN envasada, como sucedía con el agua de la red de abastecimiento público cuando contienen niveles óptimos de flúor, también puede jugar un papel en la prevención de la caries dental, y al contrario, cuando la concentración que presenta es alta representan un riesgo añadido de fluorosis dental. Si a esto se añade que tanto la legislación española como la europea sólo contemplan una normativa de máximos se hace necesario aconsejar sólo el consumo de aquellas cuyo etiquetado permita conocer este valor.

- **Dentífrico Fluorado (DF).** El uso diario del DF es casi universal en los países desarrollados considerándole el responsable principal de la gran reducción de caries registrada en los últimos 40 años. Está cercano a un método de salud pública ideal en que su uso es *conveniente, económico, accesible, culturalmente aprobado y generalizado*.

Las pastas de dientes tienen, acompañando a los agentes terapéuticos o principios activos, una amplia gama de compuestos químicos que según su función se incluirán como abrasivos, humectantes, espesantes, detergentes, endulzantes... del dentífrico. Para el caso de los dentífricos anticaries la base terapéutica son las sales de fluoruro como el *fluoruro de sodio, monofluorofosfato de sodio (MFP), fluoruro de aminos y fluoruro de estaño*; solos o combinados. En algunas ocasiones se potencian con otros acompañantes activos como xilitol, fosfato tricálcico, nanopartículas de hidroxiapatita, complejo fosfopéptido de caseína-fosfato cálcico amorfo conocido como CPP-ACP, etcétera.

Entre las ventajas del cepillado con DF están que con una actividad obtenemos tres objetivos: reducir la placa, aportar flúor, crear y fomentar un hábito de higiene oral. En relación al tipo de cepillo, manual versus eléctrico, con el nivel de evidencia disponible y una vez adquirida la destreza manual, se

aconseja utilizar el cepillo eléctrico, ya que reducen la placa y la gingivitis más que el cepillado manual a corto y largo plazo. Debe ser de dureza media, no hay que humedecerlo antes de su uso, y al finalizar en el caso del cepillo manual se guarda en posición vertical, dejándolo secar al aire. Es conveniente cambiar el cepillo/cabezal cada tres o cuatro meses. Respecto a la técnica de cepillado manual más adecuada no se ha encontrado evidencia de que una sea mejor que otra.

Aisladamente el cepillado con pasta sin flúor tiene un reducido efecto anticaries. Este se obtiene cuando se realiza con un DF, lo que permite aumentar la concentración ambiental de flúor en las interfases saliva-placa-diente. Desde la saliva se incorpora directamente en la placa dental y en el esmalte desmineralizado. En este aspecto los estudios sugieren que es el flúor captado por la placa no removida por el cepillado el responsable principal del efecto anticaries del DF. Para que este efecto se realice y se mantenga en el tiempo, debe hacerse diariamente con la frecuencia, concentración y cantidad adecuada.

La **frecuencia** debe ser en número de al menos dos veces por día. Hay una correlación positiva entre el número de cepillados diarios con DF y sus efectos sobre la superficie del diente. De los cepillados diarios es recomendable que uno se realice antes de acostarse, por la disminución del flujo salival nocturno.

Y respecto a la **concentración** de flúor que debe tener el dentífrico, a partir del 2010 existe una clara evidencia a favor de sólo usar pastas con concentraciones de flúor entre las 1.000 ppm y 1.500 ppm. Por encima de este rango tienen indicaciones precisas y por debajo carecen de ellas. Una revisión sistemática, publicada en 2010 por *Cochrane*, reafirmaba estos datos: describía un 23% de reducción de caries con concentraciones convencionales, del 36% con concentraciones altas y ningún efecto con valores de flúor por debajo de 1.000 ppm. Además, encontraba una relación dosis-respuesta, que era independiente de la formulación de flúor empleada.

A esta publicación, siguieron otras revisiones sistemáticas y ensayos clínicos dirigidos a establecer la edad de comienzo para administrar DF, la concentración de flúor en el mismo y la cantidad de pasta a utilizar (*Tabla 1*). Se determinó como **edad de comienzo** idónea aquella que coincidiera con la erupción del primer diente, finalizando el último día de vida o, para los que la prevención no llegó a tiempo, cuando se pierde el último diente. La efectividad para concentraciones de ≥ 1.000 ppm era manifiesta desde etapas preescolares sin que exista evidencia clara de que este inicio temprano suponga un mayor riesgo de fluorosis.

Tabla 1: Concentración y cantidad de DF según edad (*ADA, 2014; AAP, 2014; SEOP, 2017*).

EDAD	0-3 años	3-6 años	>6 años
CONCENTRACIÓN Flúor	1.000 ppm	1.000-1.450 ppm	1.450 ppm
CANTIDAD DF	arroz	guisante	≥ 1 cm / guisante o anchura del cabezal del cepillo

ADA: Asociación Dental Americana; AAP: Academia Americana de Pediatría; SEOP: Sociedad Española de Odontopediatría.

En el caso de los niños, se aconseja que los padres supervisen el cepillado y la cantidad de pasta a utilizar hasta los 6-8 años de edad, para disminuir el riesgo de fluorosis. Es importante que esta enseñanza sea visual, dada la tendencia infantil a sobre dosificar. Después del cepillado a los niños pequeños no se les debe dar agua para enjuagarse, ya que es el acto que entraña el mayor riesgo de ingesta de DF, deben escupir el resto de pasta.

En la *Tabla 2* se muestra un resumen de los factores, que influyen positivamente el efecto preventivo sobre la caries de los dentífricos fluorados, con el porcentaje de prevención (%PP) que se les asigna tal y como aparecen en las revisiones sistemáticas.

Tabla 2. Factores con influencia preventiva sobre la caries infantil. Porcentaje de prevención (PP%) con intervalos de confianza.

Procedimiento	Control	% PP	I C _{95%}	NE
Dentífrico fluorado	Placebo	24	(21-28)	1++
Cepillado supervisado	Cepillado no supervisado	11	(4-18)	2+
Cepillado 2 veces al día	Cepillado 1 vez al día	14	(6-22)	1+
1.450 – 1.500 ppm F ⁻	1.000-1.100 ppm F ⁻	8	(1-16)	1++
Dentífrico + otras fuentes*	Dentífrico fluorado	10	(2-17)	

* agua fluorada, barniz/gel o colutorio flúor.

NE: Basado en SIGN50, 2008.

Resumen:

Cuándo: Comenzar el cepillado con DF con la erupción del primer diente.

Cómo: Cepillado con DF convencional (1.000-1.500 ppm) ≥ dos veces/diarias, durante dos minutos. Al finalizar no enjuagarse y escupir el resto de pasta. Si se desea enjuagarse, esperar diez minutos y hacerlo con colutorio de flúor.

En relación con el tiempo de cepillado, en bebés no se recomienda tanto, sino el necesario para que éste sea efectivo para eliminar la placa bacteriana.

Cuánto: Un equivalente a un grano de arroz en menores de 3 años, a un guisante en edades de 3 a 6 años y guisante/anchura del cabezal del cepillo o ≥ 1 cm de pasta en mayores de 6 años.

- **Colutorios.** Han formado y siguen formando parte de programas de salud pública oral en zonas con bajo aporte de flúor por otras vías (agua fluorada o DF) y con una prevalencia elevada de caries.

Se deben utilizar a partir de los 6 años, edad en la que suele existir control del reflejo de la deglución. Hay dos formas que clásicamente se decía de *aplicación diaria* (baja potencia y alta frecuencia) para utilizar en casa y de *aplicación semanal* (alta potencia y baja frecuencia) que se recomendaba utilizar en los colegios.

Hoy día se prefieren utilizar los términos de **colutorios de baja concentración** (FNa 0,05%, 226 ppm de ion flúor) y **colutorios de alta concentración** (FNa 0,2%, 910 ppm), si bien en la práctica cuando está indicada su prescripción, se recomienda utilizar el Fluoruro Sódico (FNa) al 0,2% de forma diaria.

Diversas revisiones y metaanálisis coinciden en que su uso produce una reducción media del índice CAOS del 26%, similar a los DF en niños y adolescentes.

En situaciones normales y de bajo riesgo a caries, cuando hay otra vía de aporte continuado de flúor, como es el DF, añadir un colutorio aporta poco o nada al efecto de éste. El beneficio se observa cuando se aplica en situaciones de alto riesgo, para estos casos se aconseja utilizar el colutorio de alta concentración de forma diaria e independientemente del cepillado con DF.

Resumen:

Cuándo: A partir de los 6 años. En nuestro medio con el uso generalizado del DF, el colutorio está indicado en situaciones de riesgo alto de caries.

Cómo: Enjuagarse enérgicamente durante un minuto, después escupir y no comer ni beber en los 30 minutos siguientes. Aconsejable realizarlo diariamente por la noche e independientemente del cepillado, cuando más alejado se encuentre en el tiempo de éste, mejor.

Cuánto: Una cantidad de 10 ml de FNa 0,2%.

- **Flúor Tópico de Aplicación Profesional (APFT).** Son productos que presentan una alta concentración de flúor por lo que deben ser aplicados por un profesional. Comprenden geles y barnices, ambos presentan alta efectividad anticaries, y están indicados en casos de alto riesgo a caries. El porcentaje de fracción preventiva de los barnices es del 37% en dentición temporal (cod) y del 43% en permanente (CAOD), superiores a las de los geles: 20% cod y 28% CAOD, respectivamente.

Los compuestos y concentraciones más utilizadas en nuestro país se recogen en la tabla siguiente (*Tabla 3*).

Tabla 3. Barnices y geles de flúor: concentración de la sal y de ion flúor.

COMPUESTO		(sal) gr %	(F-) gr %	F ppm
Barniz	FNa (Duraphat©)	5	2,26	22.600
	F Amonio (Fluor protector S©)	1,5	0,1	7.700
Gel	FNa	2,72	1,23	12.300
	FNa neutro (Flor-Opal©)	1,1	0,5	4.970

Actualmente, en pacientes sin xerostomía, los más indicados son los barnices; entre otras ventajas: por su mayor efectividad, menor número de efectos adversos, requerir menor tiempo de trabajo, ser más seguros, fáciles de aplicar y de controlar que los geles y presentar mejor aceptación. Además, a diferencia de los geles, se pueden utilizar a cualquier edad, incluidos menores de seis años, así como en casos de discapacidad psíquica o reflejo nauseoso exagerado.

Resumen

Cuándo: En situaciones de alto riesgo a caries, xerostomía parcial o total, irradiados cabeza-cuello, caries de la primera infancia, hipomineralización...

Cómo: Se aplica mediante pincelación de la superficie dentaria expuesta en el caso de los barnices y mediante relleno de cubetas en los geles. Se aconseja no beber, comer o enjuagarse en los 30 minutos siguientes a su aplicación y en el caso de los barnices se alarga hasta cuatro horas la abstención de comer/ tomar líquidos calientes y la de no cepillarse los dientes hasta las 24 horas.

Cuánto: 0,3-0,5 ml de barniz de FNa 5%; menos de 2 ml de gel de FNa 2,72% por cubeta estándar (menos de un tercio de la misma) y 0,4-0,6 ml de gel neutro de FNa 1,1% por cubeta individualizada.

UTILIZACIÓN COMBINADA DEL FLÚOR

Los DF, colutorios y geles utilizados separadamente, tienen un grado de efectividad similar en los niños. No hay una sugerencia clara de que el barniz o el gel de flúor sea más efectivo que los colutorios y la comparativa de barnices y geles es, como ya se comentó, favorable a los primeros.

Cuando la utilización del cepillado diario con DF entre la población está generalizada, al añadir otro fluoruro tópico (colutorios, geles o barnices) uno espera que el efecto anticaries resultante sea la suma de los efectos individuales de cada uno. Sobre esta cuestión las revisiones sistemáticas realizadas, concluían que sólo se obtenía una reducción moderada de caries en niños, comparado con la utilización única de DF, si bien esta reducción era mayor cuando se aplicaba en situaciones de alto riesgo.

INDICACIONES DEL FLÚOR SEGÚN RIESGO A CARIES

En el cuadro siguiente se recogen las indicaciones de flúor según el grado de riesgo a caries presente en diferentes situaciones clínicas.

	BAJO	MODERADO	ALTO
PRIMERA INFANCIA (SEOP, 2017)	DF ≥ 2/día 1.000 ppm SI ≤ 5años 1.450 ppm SI ≥ 6 años	DF 0 ≥ 2/día 1.000-1.450 ppm SI ≤ 5años 1.450-2.500 ppm SI ≥ 6 años	DF ≥ 2/día 1.000-1.450 ppm SI ≤ 5años 1.450-5.000 ppm SI ≥ 6años Colutorio diario FNa 0,2%
XEROSTOMIA Radioterapia de cabeza o cuello (UpToDate, 2018)	DF ≥ 2/día 1.000-1.450 ppm Colutorio diario FNa 0,2%	Barniz F / 6 meses DF ≥ 2/día 1.000-1.450 ppm Gel F 1,1% neutro/día	Barniz F / 6 meses DF ≥ 2/día 1.450-5.000 ppm Gel F 1,1% neutro/día Barniz F / 3 meses

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA CARIES

Según *E. Kidd*: “La progresión de la caries puede ser controlada con una dieta equilibrada y desorganizando el biofilm mediante el cepillado de los dientes con dentífrico fluorado (concentración ≥ 1.000 ppm de ion flúor y frecuencia \geq dos veces al día), desde la erupción del primer diente hasta el final de la vida”.

Si bien esto es cierto a nivel individual, con el nuevo paradigma de caries se puede plantear que nuestra estrategia de prevención de la misma es, desde el punto de vista social y de salud pública, equivocada, aunque profesionalmente realista.

Es una estrategia equivocada, porque reconocida como causa única de caries el consumo excesivo de azúcares extrínsecos no lácteos en bebidas y alimentos procesados, los mayores esfuerzos preventivos no van dirigidos a disminuir o eliminar esta fuente agresora, sino destinados a proteger al agredido, el diente del ataque ácido derivado. Esas medidas de protección (flúor, selladores) son las que ocupan la mayor parte de nuestra actividad y son medidas que en este contexto tienen más un carácter paliativo que preventivo. A pesar de ello, no dejan de constituir una estrategia realista de prevención de caries porque son medidas efectivas desde el punto de vista individual y más cuando las acciones individuales encaminadas a cambiar hábitos dietéticos son poco efectivas a nivel poblacional, careciendo de gran impacto en la salud pública.

La incorporación de azúcares está generalizada y presente en la mayoría de los productos procesados y su consumo no disminuye o lo hace de forma muy leve. Esto explica que esta variable ocupe el último lugar entre las cuatro medidas que más han contribuido a la disminución de la prevalencia de caries en niños de países industrializados, tras el uso generalizado del cepillado con DF, la fluoración del agua de consumo y la educación en salud bucodental.

En esta línea incidía el último artículo de *Aubrey Sheiham* donde señalaba a los azúcares como causa única de caries y como este hecho estaba subestimado, sin destacarse en las estrategias preventivas. En el mismo trabajo describía que los límites de la ingesta de azúcar (10%) fijados por la OMS eran muy altos, y denunciaba la presión e influencia de la industria azucarera en este organismo, en las políticas sanitarias, en los investigadores y en el tipo de investigación que promueven. Todo ello contribuía a crear una confusión científica que dificultaba identificar la necesidad de reducciones nacionales drásticas en la ingesta de azúcares.

Para lograr estas reducciones, que para *Sheiham* debían ser menores del 2-3% del aporte energético, algunos autores proponen la aplicación de impuestos relevantes sobre el azúcar, considerando esta medida como una actividad adecuada de salud pública dental. Con el mismo objetivo, pero con otra orientación en positivo, se plantea estimular a la industria a su disminución o sustitución por otros edulcorantes no cariogénicos. De estos destaca el xilitol, que con la misma dulzura relativa que la sacarosa, no disminuye el pH de la placa bacteriana y ejerce una acción cariostática.

En este sentido, aunque con objetivos más generales, puede interpretarse el nuevo etiquetado por colores que para identificar los alimentos saludables prepara el Ministerio de Sanidad para 2019, junto a un control de la publicidad de los alimentos poco saludables dirigida a menores de quince años. El nuevo código (**NutriScore**), **adaptación del implantado en Francia**, consiste en un etiquetado gráfico que puntúa los alimentos y bebidas con coloración gradual del verde (**mejor calidad nutricional**) al **rojo y de la letra A a la E** en base a dos cuestiones: el contenido nutricional que se asigna dependiendo de la cantidad de frutas, verduras, proteínas o fibra y, por otro lado, su contenido en azúcares, grasas saturadas, sal y calorías.

En base a lo descrito y precisando a *E. Kidd*, se puede concluir que el uso de flúor, una óptima higiene oral y el control del consumo de azúcar (con la total o parcial sustitución de la sacarosa en la dieta por edulcorantes tipo xilitol), deben constituir los pilares básicos de cualquier estrategia en la prevención de la caries.

INNOVACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.

D^a. Luisa Page Utrilla.

Higienista Dental de Atención Primaria (Centros de Salud Colmenar Viejo y San Agustín de Guadalix).

Técnico Superior en Higiene Bucodental. Responsable del Proyecto: “Taller de salud bucodental para padres/madres de niños de 3-6 años”. Diplomada en Educación Primaria.

El futuro

La educación para la salud es una de las actuaciones más importantes que podemos realizar en el beneficio de mejora de la salud de la población.

El hablar de innovación, término tan de moda en estos tiempos, nos lleva a plantearnos introducir una serie de cambios en aquello que hasta ahora hacemos. Cambios que pueden suponer el acercamiento a los pacientes, el hacer las consultas más motivadoras, hacer nuestro trabajo más dinámico, etc.

La ponencia la hemos estructurado en base al siguiente esquema:

- Ámbitos de actuación de la educación para la salud.
- Las instituciones y la educación para la salud.
- Propuestas de innovación.

Para encuadrar lo que es educación para la salud conviene que comencemos por definirlo, hay muchas definiciones pero todas tienen en común que se trata de un proceso.

Proceso de formación y responsabilización del individuo ante su propia salud.

Dicho proceso ha de estar basado en:

- La adquisición de unos conocimientos acerca de la enfermedad que queramos tratar, etiología, proceso de desarrollo, cuidados, muchas veces falsas creencias, tratamientos... En nuestro caso hablaríamos de etiología de la caries y enfermedades periodontales, cómo llegan a instaurarse esas enfermedades en nuestra cavidad oral, cada una de ellas conlleva una serie de cuidados como es la higiene, la dieta y las visitas al dentista, falsas creencias como: “con cada hijo pierdes un diente”. Tipo de tratamientos a realizar, profesionales que deben realizarlos, etcétera.
- Desarrollo de habilidades, la realización de muchas de las técnicas que permiten disfrutar de una buena salud dental lleva implícito el tener un buen manejo del cepillado, por tanto, habrá que desarrollar y ayudar a adquirir una buena técnica de cepillado, ofreciendo a aquellas personas con menos habilidades el que consigan una destreza óptima que les permita un correcto uso del cepillo y demás instrumentos de higiene. Establecimientos de dietas no cardiogénicas e implantación de hábitos saludables.
- Fomento de actitudes, después de adquiridos los conocimientos y desarrolladas las habilidades, la actitud positiva nos ayudará a mantener un buen estado de salud.

Por encima de estos tres pilares está, sin ninguna duda, **la motivación**. Sin motivación no aprendemos, ni desarrollamos habilidades, ni por supuesto modificamos nuestra actitud.

Este es una de los principales retos que tenemos en Educación para la Salud (EpS). Difícil es adquirirla y difícil es transmitirla por parte de los sanitarios.

Ámbitos de actuación de EpS.

- Consulta individual. Cada uno de los actos que realizamos en nuestra consulta con los pacientes de forma individual es una EpS.
- Centros educativos. De vital importancia para la actuación de EpS. Es el lugar clave para el desarrollo individual y social de las personas. En el colegio los niños pasan muchos años y en edades claves para la adquisición de hábitos de toda índole. Es el lugar donde se igualan las diferencias sociales, culturales, además de que el aprendizaje en grupo es mucho más efectivo.
- EpS a gestantes. En este periodo la pareja está muy receptiva ante toda la información que se les da. Es un momento óptimo para enfatizar sobre la importancia que tiene la dentición y cuidado de la cavidad oral, tanto en el periodo del embarazo de la mujer como al bebé después del nacimiento y en los primeros años de la vida. Nos permite aclarar la controversia que existe entre lactancia y caries.
- EpS en los centros de salud. Son los lugares donde de forma habitual los pacientes acuden, son lugares cercanos para ellos. En algunos casos se puede contar con el apoyo de ayuntamientos. Por lo general las unidades de salud bucodental tienen adscritos varios centros educativos, sería interesante que esta actividad la realicemos en cada uno de esos centros a fin de dar a conocer el servicio.
- EpS a los equipos de atención primaria, a pesar de formar parte de los propios equipos de atención muchos compañeros desconocen la actividad que realizamos. Suele ser útil para recordarla y hacer hincapié sobre todo en pediatría, para favorecer la derivación a nuestras consultas. Hasta el año fines del 2016 en la nueva guía no se recogía la conveniencia de cepillar los dientes desde el momento de nacimiento, con anterioridad se recomendaba iniciar el cepillado a los doce meses.
- EpS a padres/madres, de vital importancia ya que los hábitos que los niños tengan son ellos los que los van a inculcar. Estos talleres son recomendables tanto en los centros de salud como en los colegios. Todavía hoy en día entre el 70-60% de los padres confiesan desconocer que hay un servicio de odontología para niños dentro del sistema público de salud.
- EpS el día internacional. El veinte de marzo se celebra el Día Internacional de la Salud Bucodental, esta actividad nos permite dar a conocer el programa de forma muy directa e inmediata. En los dos años que hemos celebrado el día internacional, corroboramos que la realización de estos días es positiva, pues como vemos en la encuesta, hemos conseguido disminuir en un 27% el desconocimiento del programa.
- EpS en colectivos más desfavorecidos, sigue siendo una asignatura pendiente, hacer EpS en residencias de mayores, en centros de discapacitados, tanto educativos como ocupacionales, y en ONG que brindan ayuda a colectivos necesitados.

LAS INSTITUCIONES Y LA EPS

Dada la importancia que tiene la EpS en el ámbito escolar son muchas las instituciones que trabajan desde hace años en la EpS (OMS, UNESCO, Comisión Europea, etcétera)

En 1991 la OMS crea y pone en marcha la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, con el objetivo de incluir la promoción y la educación para la salud en el ámbito escolar.

El sistema educativo tiene como objetivo educar para el desarrollo de la salud integral de los alumnos y proporcionar la formación adecuada para que tengan un desarrollo saludable tanto en el aspecto físico como psicológico. Para ello desde el Ministerio de Educación y en colaboración con el Ministerio de Sanidad trabajan en adecuar las actuaciones e implantación de programas estables de educación y promoción de la salud en el medio escolar con el fin de fomentar y apoyar un modelo educativo dirigido al desarrollo de la salud integral de toda la comunidad educativa.

En los últimos años se ha experimentado en las primeras edades de la vida, un incremento de los problemas relativos al ámbito de la salud que afectan tanto al desarrollo físico e intelectual como al desarrollo de la propia persona.

Así se ha puesto en marcha el “Plan estratégico de salud escolar y estilos de vida saludables” que pretende impulsar un modelo educativo que favorezca el desarrollo integral de la salud de toda la comunidad educativa.

En España en la actualidad está en funcionamiento el “Plan estratégico de salud escolar y estilos de vida saludables” que pretende impulsar un modelo educativo en el que se favorezca el desarrollo integral de salud de toda la comunidad educativa, proporcionando información y formación al alumnado, profesorado y familias para que puedan desarrollar acciones de vida saludables desde distintas perspectivas: física, psicología, social y medioambiental.

La puesta en marcha de este plan lleva implícito el trabajo conjunto de los centros de salud como apoyo a las actuaciones que se elaboren conjuntamente desde el centro educativo, yendo su apoyo más allá de la función puramente asistencial.

Aquellas escuelas que se quieren adherir al programa deben realizar un programa de promoción de la salud de una duración de tres años, elaborando proyectos de importancia local y con proyección europea para que puedan servir de modelo para prácticas adecuadas.

Deben proponer actividades que favorezcan la mejora del entorno físico y estimulen la responsabilidad personal y colectiva. Una vez conseguidos los objetivos se les da un sello distintivo como Escuela Saludable.

Durante el último año se han elaborado siete proyectos de EpS, validados por la COVAM y colgados en la biblioteca de EpS. El objetivo es facilitar y animar a la realización de talleres ya que cuentan con metodología y material que se puede descargar y utilizar en las sesiones. Estos proyectos son:

- Taller de la embarazada
- Taller dirigido a población con necesidades especiales
- Taller para escolares

- Taller para personas mayores
- Taller para padres y madres
- Taller dirigido a adolescentes
- Taller dirigido a niños en actividades deportivas

Otra actividad que parte desde Salud Pública es la realización de los Desayunos saludables, en los que participamos conjuntamente con enfermería.

Otra iniciativa, en este caso de carácter privado, fue el programa educativo CuidatePlus llevado a cabo en el curso 2017/18 por la plataforma de Unidad Editorial en colaboración con la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, dirigido a alumnos de educación primaria. Fue un programa multidisciplinar. Hasta el momento se desconoce la continuidad de dicho programa para futuros cursos.

PROPUESTAS DE INNOVACION.

En la Encuesta del estado de la salud bucodental, presentado en el año 2017, entre todas las cifras de cómo habían mejorado los índices de caries y restauración podemos ver un dato que parecía pasar inadvertido y es el siguiente:

- “La escasa importancia que, tanto hace 25 años como ahora, se ha dado a la dentición temporal” (...)
- “De ahí la importancia de que los programas de salud bucodental infantil conlleven al menos una revisión odontológica en edades más tempranas”.

Lo cual nos lleva a afirmar que el cuidado de la dentición decidua, no está contemplada en ningún ámbito ni en ningún momento anterior a los 6 años, que es la edad marcada para el inicio del Programa de Salud bucodental.

Según manifiestan psicólogo/as y pedagogo/as que se dedican a la educación infantil, la edad óptima para establecer hábitos que perdurarán para toda la vida son las edades de 3 a 6 años. Así lo recogen los objetivos curriculares que marca el Ministerio de Educación para la etapa escolar de infantil. Por tanto, es la etapa en la que debemos de hacer hincapié en hábitos tan importantes para la salud bucodental como es la dieta y la higiene.

De igual modo hay que reseñar la implicación de los padres en este tramo educativo, como elementos imprescindibles en el proceso de aprendizaje.

Entonces, ¿qué podemos hacer con los menores de 6 años?

- De 0 a 2 años, desde luego esperar a que erupcionen los dientes, y revisar en caso de que a los padres les preocupe algo. Esta primera etapa es importante para la detección de caries de biberón. En el taller que se imparte a mujeres gestantes ya se les anticipa toda esta información, lo que facilita que ante cualquier problema acudan a consulta antes de que la patología ya esté instaurada del todo.
- De 3 a 6 años recomendamos revisiones preventivas, haciéndolas coincidir con las revisiones de pediatría. En estas revisiones es muchas veces difícil explorar a los niños, pero

nos sirve para que tengan el primer contacto con la consulta y, además, informar a los padres de la importancia del fomento de hábitos. Los niños comerán aquello que los padres les suministren. Importante es también que el entorno familiar sea consciente de que es tarea de todos, muchas veces los abuelos, tíos, primos, malcrían a los niños ofreciéndoles alimentos que no son saludables, en la convicción de que “son niños”.

- A los 6 años, y coincidiendo con la revisión de pediatría del niño sano citar para inclusión en el programa.

Experiencia Sierra Norte:

El programa que se lleva a cabo en la zona geográfica de la Sierra Norte de Madrid arranca desde los años 80, por aquel entonces existían el Dentobus, era un autobús convertido en un gabinete dental. Se hacían todo tipo de tratamientos: obturaciones, endodoncias, se ponían fundas temporales, etcétera, menos ortodoncia. Se realizaban en todas las piezas dentales, sin discriminar si eran deciduas o definitivas. Se instalaba en la plaza de los pueblos y atendían a toda la población infantil del municipio. Aquello dejó de existir a mediados de los años 90, que ya se trasladaron a consulta en los centros de salud, y con ello también se perdió parte de la cobertura que ofrecían.

La unidad que lleva el programa de salud bucodental atiende a una población muy dispersa en una gran zona geográfica, con muchas carencias de medios de transporte, y con una población multicultural.

Desde hace tres años se ha recuperado la actividad en los colegios. Se hacen todo tipo de intervenciones:

- EpS de una sesión,
- EpS de tres sesiones,
- EpS con los niños de primaria, desde primero a sexto.
- EpS con los niños de educación infantil.
- EpS conjunta de niños con papás/mamás.
- EpS para padres.
- EpS para asociaciones de familias.
- EpS en mesas informativas en los centros de salud.

Cada colegio y cada momento requiere de un tipo de intervención, por tanto, estamos abiertos a todo tipo de actividad que el colegio considere mejor.

Desde hace dos cursos, y en base a un plan de mejora, hacemos también revisiones.

Para ello concertamos con los centros de salud y consultorios el poder realizarlas en un espacio que nos prestan para esa actividad. Previa autorización de los padres, no puede ser de otro modo, se pasa a explorar la cavidad oral. Se emite un informe que los niños lleven a casa. En el informe se recogen las necesidades que el niño tiene, si tiene caries, si requiere selladores, limpieza, flúor profesional... O simplemente seguimiento en la consulta. Es un proyecto que está dando muy buenos resultados.

Los colegios están colaborando de forma extraordinaria, porque lo incluyen como una actividad más dentro de las salidas del colegio. Los profesores se responsabilizan de traer y llevar a los niños al colegio. Los centros de salud encantados de que haya pacientes tan jóvenes llenando las salas

de espera.

Es una actividad que está resultando positiva para cada uno de los agentes que participamos en ella: colegio, centro de salud y padres.

Para finalizar hablaremos de varias propuestas que hacemos con la finalidad de mejorar el trabajo de las unidades.

- Unificar la actividad, es muy importante que dentro de las siete direcciones asistenciales que existen se haga y se lleven a cabo las mismas actividades de EpS, por equidad todos los niños tienen derecho a que se realicen las actividades en beneficio de su salud bucodental y los que más lo necesitan con más motivo.
- Sistematizar el trabajo. Al igual que Policía Nacional y Guardia Civil llevan a cabo el Plan Director y es el mismo proyecto para toda la comunidad, se debería de sistematizar un proyecto y validarlo para toda la población y que además estuviera regulada la actividad a realizar.
- Formar grupos de trabajo. Muchas veces no nos atrevemos a dar el primer paso, porque pensamos que no lo vamos a hacer bien, o nos da miedo, las primeras veces da miedo, lo certifico, por eso si nos apoyamos uno/as en otros, va a ser mucho más fácil.

También sirven de apoyo las impresiones y experiencias que podamos ir teniendo y que nos pueden ayudar a todo/as en nuestra labor.

- Crear una plataforma en la que podamos colgar y tener a disposición de cualquier profesional material que hemos ido elaborando para hacer los talleres. El disponer de material facilita mucho el trabajo.
- Aprovechar esta oleada que hay en cuanto a la adquisición de hábitos. La polémica sobre el aceite de palma nos ha dado un empuje hacia la toma de conciencia de la población sobre los excesos de azúcar que hay en todos los alimentos destinados al consumo de los más jóvenes, recordemos que el azúcar es el principal agente en la formación de las caries.
- Papel de la higienista en la prevención, quizás sea dentro de nuestras competencias profesionales la que más extensa. Formamos una unidad, pero al igual que médico y enfermera comparten pacientes y cada uno los trata desde su competencia profesional. Estamos de acuerdo en que la prevención es lo que más va a ayudar a nuestros pacientes y ahí debemos realizar especial hincapié en nuestro trabajo.

Estas son algunas de las propuestas que nacen de la experiencia diaria de nuestra unidad. Abiertas por supuesto a muchas más que podemos compartir, estamos seguros que cada uno/a de nosotros/as tenemos una.

Hay un trabajo enorme y tremendamente fascinante por hacer y ahora es el momento de comenzar.

Esperamos que estas jornadas puedan ser el punto de inicio del camino.

COMUNICACIONES A LA MESA 2

Actualización en protocolos de hipomineralización incisivo- molar.

Dra. D^a. Mónica Miegimolle Herrero.

*Odontóloga de Atención Primaria (Centro de Salud Espronceda).
Profesora titular de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea y Vicepresidenta de la Sociedad Española de Odontopediatría.*

Co-Autores:

Dra. María Jesús Morales Vela.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Los Ángeles).

Licenciada en Medicina y Cirugía y en Odontología.

Dra. Almudena Sánchez Esteso.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Los Ángeles).

Licenciada en Odontología.

Dra. M. Lamas Oliveira.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Pozuelo Estación).

Licenciada en Odontología.

Justificación:

La Hipomineralización Molar Incisiva (HMI) o Molar Incisor Hypomineralisation (MIH) es un defecto de desarrollo del esmalte, de origen sistémico, que afecta entre uno y cuatro de los primeros molares permanentes, involucrando frecuentemente los incisivos permanentes. Actualmente se habla de una prevalencia de 3 a 44% en todo el mundo. Este aumento de prevalencia justifica la necesidad de establecer protocolos claros de esta patología en cuanto a criterios diagnósticos y de tratamiento según el grado de afectación

Objetivo:

Analizar la bibliografía disponible sobre los protocolos de tratamientos que se emplean y recomiendan actualmente para los pacientes afectados por la MIH.

Material y Métodos:

Se han revisado todas las publicaciones realizadas sobre este tema, de los últimos diez años, en español e inglés. Se obtuvieron 47 artículos y dos libros. La búsqueda de las publicaciones se realizó en PubMed, en la base de datos de la European Academy of Paediatric Dentistry y en la de la International Association of Paediatric Dentistry.

Resultado

El tratamiento de los pacientes con MIH debe ser individualizado. Por lo general, el tratamiento de esta patología es, fundamentalmente, preventivo o conservador, dependiendo del grado de severidad de las lesiones, pero hay casos en los que, por el bienestar a largo plazo del

paciente, se deben tomar medidas excepcionales como la exodoncia de un primer molar permanente.

Discusión

El examen clínico, según criterios establecidos por la European Academy of Pediatric Dentistry (EAPD): examinar al paciente a los ocho años, cuando los cuatro primeros molares permanentes y los ocho incisivos están erupcionados, buscando:

- la presencia o ausencia de opacidades bien delimitadas
- desmoronamiento del esmalte posterupción, raro en los incisivos
- restauraciones atípicas
- extracción prematura de los primeros molares permanentes, debido a la MIH
- molar o incisivo permanente no erupcionado

Una vez diagnosticada la MIH, el tratamiento va a depender del grado de severidad de la pieza o piezas afectadas. Se deben tener en cuenta los siguientes factores: edad del niño, presencia o no de apiñamiento, presencia de agenesias y si el tratamiento que se propone, es el mejor a largo plazo para el paciente, ya que en algunos casos habrá que considerar la posibilidad de extraer la pieza afectada.

El odontólogo debe estar actualizado en el tratamiento preventivo, conservador de esta patología tan prevalente en el paciente infantil.

Prevención de las maloclusiones en atención primaria.

Dra. D^a Antonia María Caleyá Zambrano.

*Odontóloga de Atención Primaria (Centro de Salud Isabel II).
Doctora en Odontología (UCM). Máster en Odontopediatría (UCM). Profesora Asociada y
Profesora del Máster de Odontopediatría (UCM).*

Co-Autores:

D^a. Verónica Peinado Peláez.

Higienista Dental de Atención Primaria (Centro de Salud Isabel II).

Técnico Superior en Higiene Dental. Miembro del Tribunal OPE de Higienista Dental.

Miembro de la Unidad de Gestión de Riesgos de la Dirección Asistencial Sur.

Dra. Verónica Carballo Tejada.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Isabel II).

Licenciada en Odontología (UCM). Doctora en Odontología (URJC). Magister en Odontología

Preventiva (UCM) y en Formación del Profesorado (UIII). Especialista Universitario en

Medicina Oral (UCM) y en Prevención Riesgos Laborales en Odontología (U. Sevilla).

D^a Luisa de los Desamparados Gómez-Pardo Vijuesca.

Técnico Auxiliar de Enfermería (Centro de Salud Isabel II).

Auxiliar de Geriatría. Atención Especializada (Cuidado Intensivos) Hospital Getafe (1992-

1998). Múltiples cursos en la rama biosanitaria. Varias publicaciones en el ámbito de

cuidados intensivos.

D^a Adela Serrano Tenorio.

Higienista Dental de Atención Primaria (Centro de Salud Isabel II).

Técnico Superior Especialista en Higiene Bucodental. Acreditada para uso de aparatos de

rayos X con fines diagnósticos Múltiples cursos en la rama biosanitaria.

Introducción y Justificación:

Las maloclusiones son un problema real de salud con el que nos enfrentamos en la práctica clínica diaria. La prevención de estas alteraciones comienza desde el embarazo con un adecuado seguimiento y correcta atención durante el parto. Será muy importante el fomento de la lactancia materna para favorecer un correcto desarrollo del aparato estomatognático así como fomentar la alimentación sólida desde que se produce el primer contacto oclusal entre los primeros molares temporales. Otros factores que tendremos que controlar para evitar el desarrollo de maloclusiones serán las caries, manejo adecuado de los traumatismos alveolodentarios, eliminar hábitos nocivos y rehabilitar las funciones en el caso de que el paciente tenga deglución infantil, incompetencia labial o respiración bucal.

Por ello, consideramos necesario prevenir dichas maloclusiones, atenuarlas e instaurar tratamiento. Además, es importante eliminar y corregir hábitos nocivos que puedan provocar estas alteraciones. Todo ello con el fin de que el paciente crezca lo más armónico posible.

Objetivos:

- Justificar la importancia de prevenir maloclusiones en el paciente infantil.
- Describir una serie de casos de pacientes que se han tratado en la Unidad de Salud Bucodental en un centro de salud de Atención Primaria con los medios materiales de los que disponemos actualmente.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo de una serie de casos.

Resultados:

Se describen una serie de casos y el manejo de los mismos:

- Un caso de mordida cruzada dentaria y el tratamiento aplicado.
- Un caso de deglución infantil y la evolución tras aplicar un tratamiento de mioterapia funcional.
- Un caso de cómo manejar el espacio de deriva.
- Dos casos de control y manejo de la erupción dentaria cuando está alterada.

Conclusiones:

Por todo lo anterior, podemos afirmar que en Atención Primaria podemos prevenir alteraciones en la oclusión.

Podemos actuar sobre factores etiológicos de las mismas, eliminando hábitos nocivos, rehabilitando las funciones y en algunos casos cuando ésta ya está instaurada, y con ayuda del Plan Atención Dental Infantil de la Comunidad de Madrid, podemos hacer pequeñas intervenciones. La finalidad será que no se acentúen los problemas, facilitar tratamientos ortodóncicos futuros y que el paciente crezca lo más armónico posible.

PACIENTES ESPECIALES Y MÉDICAMENTE COMPROMETIDOS

Modera: Dra. Trinidad García Vázquez.

NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Victoria Pastor Ramos.

Médico Estomatólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Alpes). Licenciada en Medicina (UAM). Especialista en Cirugía Maxilofacial HU La Princesa. Especialista en Estomatología (UCM). Doctora cum laude en Medicina (UAM). Beca FISS (Dallas Fort-Worth). Actividad investigadora. Publicaciones y comunicaciones.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes anticoagulados constituyen un número elevado en la población, estimado en 1-2 % en la población mundial. Al ser un tratamiento crónico, la probabilidad de que sean sometidos a procedimientos dentales intervencionistas a lo largo de la vida es alta. En una revisión de la literatura, se comparó la incidencia y la morbilidad de las complicaciones hemorrágicas observadas tras la realización de extracciones dentales en pacientes anticoagulados, con las complicaciones embólicas cuando se interrumpía la anticoagulación.

Se encontró sólo un 0,6% de eventos hemorrágicos que necesitaron de medidas añadidas a la hemostasia local para control del sangrado y ningún evento fatal, frente a un 0,8% de eventos tromboembólicos, con un 0,2% de resultado de muerte cuando se suspendía. Esto hace necesario que los profesionales que los tratan, y en este caso particular los dentistas, deban ser capaces de establecer el riesgo hemorrágico del procedimiento que vayan a ejecutar sin suspender la medicación de los pacientes, frente al riesgo tromboembólico en el caso de suprimirla, incluso en cortos periodos de tiempo.

Los anticoagulantes orales (ACO) se utilizan para la prevención y el tratamiento de un amplio espectro de enfermedades tromboembólicas. Estos fármacos incluyen los clásicos antivitaminas K (AVK), como la warfarina o el acenocumarol (*Sintrom®*) así como los anticoagulantes de acción directa (ACOD) o nuevos anticoagulantes (NACO): dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban. Los AVK reducen la síntesis de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K funcionales (factor II, VII, IX y X, así como la proteína C y la proteína S) al interferir con el ciclo redox de la misma. Los ACOD inhiben directamente un factor de coagulación activado, ya sea FIIa (dabigatran) o FXa (rivaroxaban, apixaban, edoxaban).

Los ACOD son la alternativa a los clásicos AVK en el tratamiento del tromboembolismo venoso, y la prevención de ictus y de complicaciones tromboembólicas en la fibrilación auricular (FA) no

valvular. Estrictamente el término FA no valvular para estos fármacos está referido a los portadores de prótesis valvulares mecánicas o a los que presentan estenosis mitrales moderadas/severas generalmente de origen reumático, y ambos son criterios de exclusión en los ensayos en fase III de ACOD versus warfarina. Para evitar confusiones, el término "no valvular" ha sido eliminado en las directrices de la Sociedad Europea de Cardiología de 2016 sobre el manejo de pacientes con FA, y se hace referencia a la cardiopatía valvular subyacente. En el estudio Framingham sobre el riesgo cardiovascular (estudio de cohortes de larga duración iniciado en 1948 y aún vigente sobre el riesgo cardiovascular, realizado entre los residentes de Framingham, estado de Massachusetts, USA), se establece que el riesgo de ictus atribuible a FA aumenta del 1,5% en el grupo de 50-59 años de edad, hasta el 21,5% en el grupo de 80-89 años. En España la población mayor de 60 años con FA se estima en un 8,5%.

Se han utilizado varios términos para denominar esta "nueva" clase de anticoagulantes, que con la aparición en 2008 de dabigatran y rivaroxaban y en 2011 de apixaban y edoxaban, ya no se pueden considerar fármacos tan nuevos. Los términos que se encuentran en la literatura: DOAC (direct oral anticoagulant), NOAC (non-VKA oral anticoagulant), NOAC (novel oral anticoagulant), ODI (oral direct inhibitor), SODA (specific oral direct anticoagulant), TSOAC (target specific oral anti-coagulant) conducen a la fragmentación de la literatura y la confusión en médicos y pacientes.

La denominación ha sido objeto de debate para llegar a consenso, que en la *International Society on Thrombosis and Haemostasis, Scientific and Standardization Committee* en 2015, acepta por votación el de DOAC (direct oral anticoagulant), en castellano: Anticoagulantes Orales de Acción Directa (ACOD).

En comparación con los AVK, los ACOD mejoran la relación eficacia/seguridad, proporcionan un nivel de anticoagulación predecible sin necesidad de monitorización periódica y presentan menos interacciones con alimentos y medicamentos. Tras su administración presentan un inicio de acción rápida, con un pico plasmático que oscila entre una hora (edoxaban) a tres horas (rivaroxaban), y una vida media corta, que los hace desaparecer pronto de la circulación. Un estudio de metaanálisis, con más de 100.000 pacientes, concluye que el riesgo de eventos adversos hemorrágicos de los ACOD, incluyendo los que comprometen la vida, es menor que con los anticoagulantes AVK.

Por otra parte, está estudiado que continuar la anticoagulación en procedimientos dentales invasivos no aumenta el riesgo de hemorragia, esto es, no se objetiva mayor riesgo de sangrado manteniendo el fármaco que suspendiéndolo, incluso en procedimientos de "alto riesgo". Más de tres extracciones dentales, implantes, procedimientos combinados. En cambio, en una revisión sistemática, con 1.076 pacientes en tratamiento con dabigatran en que se interrumpe la anticoagulación para procedimientos no dentales, aumenta el riesgo de tromboembolismo (0,4% tromboembolismo profundo, accidentes cerebrovasculares) con suspensión de solo 12-24 horas.

La Asociación Europea de Ritmo Cardíaco (*European Heart Rhythm Association*) en sus revisiones de 2016 y 2018 actualiza y propone respuestas prácticas para diferentes escenarios clínicos. Se seleccionan las que parecen tener mayor relevancia para la práctica clínica en odontología:

- 1.- Medición del efecto anticoagulante de ACOD.
- 2.- Interacciones farmacológicas.
- 3.- Manejo de la hemorragia posoperatoria.

- 4.- Pacientes sometidos a tratamiento urgente.
- 5.- Pacientes sometidos a intervención electiva de cirugía.

1.- Medición del efecto anticoagulante de ACOD.

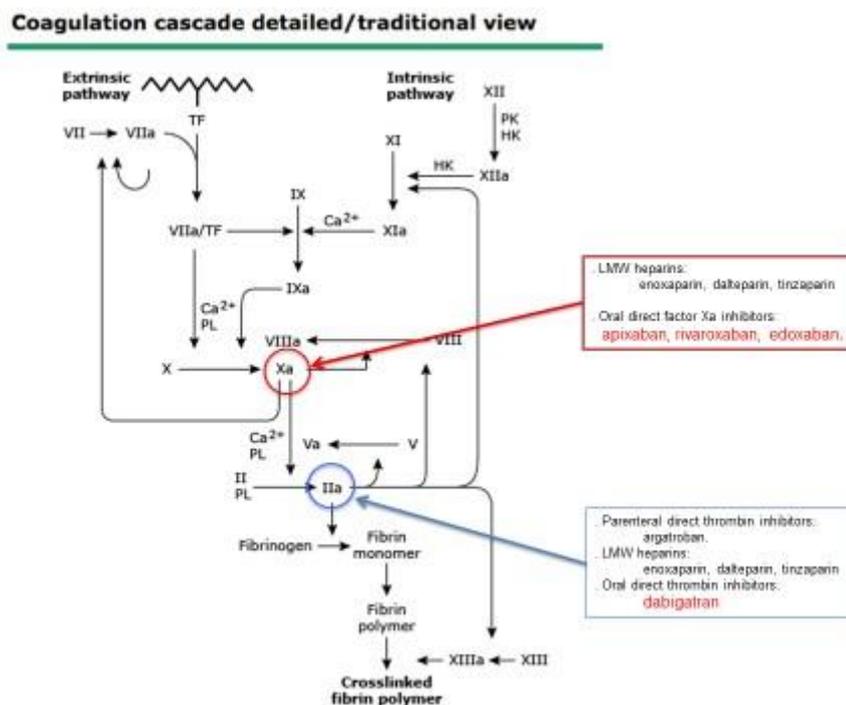
La medición del efecto de los ACOD **no se realiza rutinariamente** en la práctica clínica ni en los grandes ensayos clínicos. A diferencia de los AVK, estos fármacos tienen un comportamiento farmacocinético predecible sin necesidad de monitorización.

El dabigatran etexilato es un inhibidor competitivo directo de la trombina. Rivaroxabán, apixaban y edoxabán inhiben el factor Xa y la actividad protrombinasa, inhibiendo así la conversión de protrombina a trombina.

La trombina cataliza la conversión de fibrinógeno a fibrina; activa los factores V, VIII, XI, y XIII (Fig. 1) y activa las plaquetas. Por lo tanto, en ambos casos inhibiendo la trombina se disminuye la formación de trombos.

Todos los ACOD alteran los test de rutina de laboratorio, pero no de una manera que informe de modo previsible y cuantitativo la alteración de la coagulación.

Figura 1. “Coagulation cascade overview” (Fuente UpToDate, 2018)



Para dabigatran medir el tiempo de protrombina (TP) y el INR no son válidos. El tiempo de tromboplastina parcial activado (TPPa) proporciona una medición cualitativa, pero no cuantitativa. De mayor utilidad son el tiempo de coagulación de ecarina (TEC) y el tiempo de trombina diluida (TTd), que tienen una correlación lineal y dan una medición cuantitativa.

Para rivaroxaban, apixaban y edoxaban no sirve el INR, y la medición del tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) es variable, dependiendo del coagulómetro y de los

reactivos. El tiempo de ecarina (TEC) y el tiempo de trombina (TT) no son útiles.

Estudios con plasma enriquecido sugieren el uso del tiempo de protrombina (PT) para evaluación cualitativa y de la de actividad cromogénica anti Xa como medición cuantitativa.

Se puede verificar la ausencia de concentraciones plasmáticas clínicamente relevantes en caso de que el laboratorio cuente con los reactivos específicos. Es importante destacar que hasta el momento no hay datos validados con criterios clínicos de los valores de corte de ninguna prueba de coagulación para guiar el momento de elección en cirugía urgente o electiva.

2.- Interacciones farmacológicas.

Los ACOD son sustratos para el transporte de la P-glicoproteína (P-gp) y apixaban y rivaroxaban son también sustratos para el metabolismo del citocromo CYP 3A4. Por lo tanto, los fármacos administrados concomitantemente y que sean inductores o inhibidores de estas vías, deben ser evaluados. Las interacciones de los fármacos de uso más habitual en la práctica de la odontoestomatología y su valoración se recogen en la *Tabla 1*.

Tabla 1.

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
ANTIBIÓTICOS				
Amoxicilina	A	A	A	A
Clindamicina	A	A	A	A
Azitromicina	D	B	B	D
Claritromicina	D	D	C	D
Eritromicina	D	D	C	D
Metronidazol	A	A	A	A
Ciprofloxacino	A	A	A	A
ANTIFÚNGICOS				
Nistatina	A	A	A	A
Miconazol	A	A	A	A
Fluconazol	C	B	C	A
Itraconazol	D	X	D	C
ANTIVÍRICOS				
Aciclovir	A	A	A	A
ANALGÉSICOS				
Paracetamol	A	A	A	A
Ibuprofeno, Naproxeno....	D	D	D	D
Dipirona	D	D	D	D
Codeína	A	A	A	A
Tramadol	A	A	A	A
Celecoxib. etoricoxib	C	C	C	C

A: No interacción **B:** No relevante **C:** Calibrar Riesgo/Beneficio **D:** Desaconsejado **X:** Contraindicado

Por otra parte, además de las interacciones farmacológicas, se debe tener en cuenta el riesgo de sangrado que se potencia con TODOS los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs, incluyendo dipirona/metamizol) y contraindica su asociación. El mecanismo por el que aumenta el sangrado parece implicar tanto la reducción de producción de prostaglandinas protectoras en mucosa gástrica, como el efecto antiplaquetario de los AINEs. No se deben prescribir AINEs ni Coxib en ningún paciente en anticoagulación. Como analgésico se recomienda paracetamol asociado o no con opiáceos débiles como codeína o tramadol.

3.- Manejo de la hemorragia posoperatoria.

Las estrategias para manejar las complicaciones hemorrágicas, incluso no posoperatorias, requieren estratificar el tipo de sangrado, que se puede clasificar como:

a) Leve. Este tipo de sangrado no debe infravalorarse porque lleva a suspensiones del ACOD, lo que aumenta el riesgo trombotico del paciente. Debe desaconsejarse la suspensión del fármaco sin consultar con el médico prescriptor. El sangrado de encías puede manejarse con antifibrinolíticos locales como el ácido tranexámico.

b) Sangrado mayor sin peligro para la vida. La actuación ante este sangrado debe ir dirigida a manejar el agente causal y establecer medidas de apoyo estándar (compresión, hemostasia, fluidoterapia, etcétera). Se puede contar con el uso de tranexámico (1g IV/6 horas), o desmopresina (0,3 µg/kg IV en infusión hasta 20 mg), especialmente en casos de coagulopatía. Puede utilizarse también el tranexámico oral, en comprimidos o ampollas, 1g / 8 horas mientras dure el sangrado.

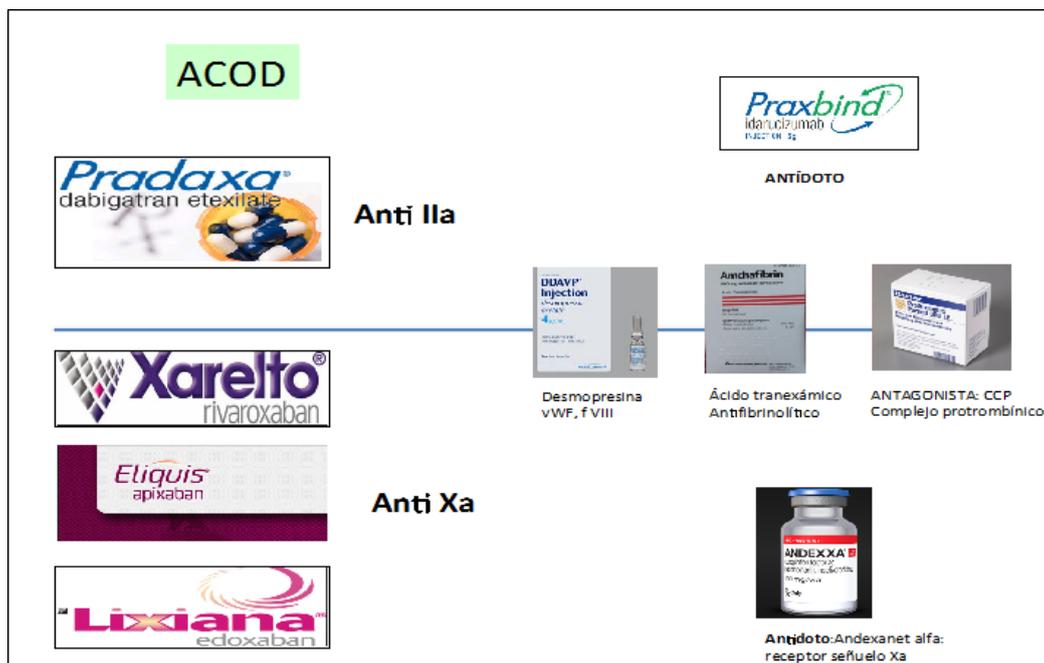
El ácido tranexámico ha demostrado ser eficaz para apoyar la hemostasia, particularmente en sangrado inducido por traumatismo, con un perfil de seguridad favorable y bajo riesgo adverso de trombosis siendo más aconsejable la administración temprana (< 3 horas) Incluso cuando aún no están respaldados por datos clínicos, su uso puede considerarse para hemorragia con ACOD, especialmente en situaciones de sangrado severo donde frecuentemente muchos factores de la cascada de coagulación son deficitarios.

a) Sangrado mayor grave o potencialmente mortal: Hemorragia intracraneal, gastrointestinal, o traumatológica. Son situaciones complejas abordadas en unidades de cuidados intensivos y que pueden requerir:

- *Test de laboratorio*, aunque faltan datos de ECAs para conocer los valores de corte.
- *Eliminación de la circulación y/o del tracto gastrointestinal.* Se utiliza carbón activado si la ingestión es menos de 2 horas. Hemodiálisis en dabigatran.
- *Terapias pro-hemostáticas* como antifibrinolíticos (ácido tranexámico) IV y desmopresina (DDAVP) IV.
- *Agente/antídoto específico.* Para dabigatrán utilizar idarucizumab (*Praxbind*[®] 5 gr), que revierte su efecto en minutos para los inhibidores directos del factor Xa: rivaroxaban, apixaban edoxaban. el andexanet alfa (*Andexxa*), aún no aprobado en Europa.
- *Agentes no específicos* como concentrados de complejo de protrombina (PCC), aunque con mayor riesgo, porque son protrombóticos.

La Asociación Cardíaca Americana (AHA), sugiere realizar compresión cuando sea posible, establecer medidas de soporte y valorar medidas complementarias.

Figura 2. Anticoagulantes y antídotos específicos



*Idarucizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a dabigatran.
Andexanet alfa es una proteína señuelo del factor Xa recombinante humano modificado.*

En el caso de los procedimientos dentales, se pueden utilizar en todos los casos medidas hemostáticas locales para prevenir o controlar el sangrado. Conviene ser cautelosos en el uso de vasoconstrictores por el efecto vasodilatador de rebote, lo que puede producir un aumento de sangrado tardío. En una revisión sistemática realizada en 2015 sobre medidas hemostáticas locales en boca, no se encontraron diferencias significativas entre ellas. Se puede optar por una o varias combinadas. Entre las disponibles podemos describir:

- **Presión local.** Es muy útil y en general la primera opción. Se suele hacer mordiendo un hisopo de gasa, que puede estar impregnado con ácido tranexámico durante al menos 30 minutos.
- **Sutura.** No hay diferencias de sangrado significativas entre suturar una herida y no hacerlo, aunque curiosamente se produce un ligero mayor sangrado cuando se sutura. La decisión se debe tomar caso por caso, ya que el trauma asociado con el manejo de los tejidos blandos podría superar sus ventajas en ciertas situaciones como las extracciones simples. Pueden utilizarse suturas reabsorbibles o no reabsorbibles, la única diferencia es que las no reabsorbibles necesitan ser retiradas a los 4-7 días.
- **Colutorio con ácido tranexámico (Amchafibrin®)** en solución acuosa 4,8% durante 2 días, 4 veces al día, durante 2 minutos. La pauta de utilización de 2 días no es diferente en resultado de hemostasia a la utilización de 5 días.
- **Férulas blandas** formadas al vacío, que se pueden utilizar para protección local después de una extracción dental o ante un sangrado post-extracción prolongado. Se toman impresiones y se eliminan en el modelo los dientes que se extraerán. Debe ser desinfectada antes de utilizarla. Se deja 48 horas sin retirar antes de revisar la herida. Si hay sangrado activo, se revisa cada 24 horas.

Agentes hemostáticos tópicos: se utilizan cuando la hemostasia quirúrgica es inadecuada o impracticable. Hay dos categorías principales de agentes hemostáticos tópicos: los agentes físicos, que son un sustrato pasivo en la promoción de la hemostasia, y los agentes biológicamente activos, que intensifican la coagulación en el sitio de sangrado:

Agentes físicos: Actúan a través de varios mecanismos. El material de la matriz proporciona un estímulo que activa las plaquetas y la vía extrínseca y proporciona un andamio para la deposición del trombo. La matriz seca también absorbe agua, concentra los factores hemostáticos en el lugar del sangrado y tapona los vasos sangrantes ejerciendo presión. Los diversos agentes físicos incluyen los siguientes:

- *Gelatina absorbible (Gelfilm[®], Gelfoam[®], Surgifoam[®])* de origen porcino, en forma de esponja o polvo. Se reabsorbe a las 4-6 semanas y entre sus riesgos se citan infección, abscesos o granulomas, fibrosis, rotura de coágulo si se extrae la esponja.
- *Celulosa oxidada regenerada (Surgicel[®], Nu-Knit[®], Fibrillar[®], SNoW[®])*, procede de plantas y se presenta en forma de malla. Se reabsorbe en 1-2 semanas, pero el bajo pH de la celulosa regenerada oxidada puede inhibir las proteasas y la elastasa, lo que puede retrasar la reabsorción durante más de dos semanas. Riesgo de infección, adherencias y reacción a cuerpo extraño.
- *Colágeno microfibrilar (Actifoam[®], Avitene Ultrafoam[®], Endo Avitene[®], Instat MCH[®], Helistat, Helitene[®], Syringe Avitene[®])*. Es de origen bovino y se presenta en forma de hojas o polvo. Puede causar infecciones o sensibilización.
- *Polisacárido microporoso en esferas (MPH), (Arista AH)*, de origen sintético, se presenta como polvo. Se reabsorbe en 24-48 horas. Precaución en diabéticos.

Agentes biológicamente activos, que intensifican la coagulación en el sitio de sangrado:

- *Trombina tópica.* Se presenta en forma líquida, puede ser de origen bovino (*Thrombin-JMI[®]*), humano (*Evithrom[®]*) o recombinante (*Recotrhom[®]*). La aplicación intravascular conduce a trombosis. La formación de anticuerpos antitrombina pueden inhibir la coagulación.
- *Fibrin glue, adhesivo de fibrina.* De origen humano, disponible en forma líquida (*Artiss[®], Tisseel[®], Evicel[®], TachoSil[®], Evarrest[®]*), en polvo o spray para usar combinada con esponja de gelatina (*Raplixa[®]*). El pegamento de fibrina actúa imitando la vía final de la cascada de la coagulación en el punto donde el fibrinógeno se convierte en fibrina en presencia de trombina, factor XIII, fibronectina y calcio ionizado. Normalmente no se aconseja usar en pacientes que nunca han recibido hemoderivados por el riesgo de transmisión viral.
- *Fibrin glue autólogo. CryoSea[®] Fibrin Sealant System, Vitagel[®]* (autologous fibrinogen and bovine thrombin). Es un subproducto del plasma rico en plaquetas denominado plasma pobre en plaquetas (PPP), pero rico en proteínas y factores de coagulación. Necesita procesado y preparación de sangre del propio paciente.

Otro grupo lo constituyen los **adhesivos y selladores de tejidos**, que se pueden usar para promover la hemostasia, pero se utilizan principalmente como alternativa a las suturas para la aproximación de tejidos. Más comúnmente, los cianoacrilatos se usan para cerrar heridas menores e incisiones en la piel con poca tensión. Entre ellos se ha usado en odontología el *Histoacryl[®] glue* que es N-butil 2 cianoacrilato monomérico que polimeriza en contacto con fluido tisular. El inconveniente es que se precisa aproximar los labios de la herida sin tensión. Puede mantenerse o reactivarse un sangrado. En este caso será necesario revisar la herida quirúrgica,

y eliminar coágulos redundantes o improductivos, aplicando de nuevo medidas hemostáticas locales.

En todo caso, es conveniente mantener al paciente al menos 30-60 minutos en observación hasta comprobar hemostasia.

4.- Pacientes sometidos a tratamiento urgente.

Es una situación muy improbable en atención primaria. En el caso de que no sea aconsejable aplazar largo tiempo una actuación del dentista (fractura dental, drenaje abscesos...), se debe conocer la hora de la última toma del ACOD, para no actuar hasta después del pico plasmático (1-4 horas) así como controlar el uso de otros medicamentos que puedan tener interacción o efecto antiplaquetario.

Un aspecto para tener en consideración es la utilización de anestesia troncular. El nervio dentario inferior, a nivel de la espina de Spix, se encuentra anatómicamente en el espacio pterigomaxilar adosado a una zona muscular, la del pterigoideo interno. En los pacientes con alteraciones de la hemostasia, se debe considerar la anestesia troncular de segunda elección, debido al riesgo de producción de un hematoma que al no tener limitaciones anatómicas se extiende por los espacios contiguos. Esto puede evitarse utilizando técnicas de anestesia infiltrativa e intraligamentosa. Es necesaria una actividad mayor del 30% de los factores de la coagulación para que el riesgo de hematoma sea mínimo. Esto es especialmente importante observarlo en los casos de mayor riesgo como es el caso de los pacientes hemofílicos, puesto que la anestesia troncular se utiliza en técnicas de odontología conservadora, en los que el riesgo propio de sangrado es inexistente. Si se produce un hematoma en el área orofaríngea, puede descender a mediastino y producir dolor, disfagia, disección en el cuello e incluso muerte por asfixia. También debe evitarse la infiltración en lingual, ya que es un área con un gran plexo vascular y sin limitaciones anatómicas.

Aunque la medición de laboratorio de la actividad de ACOD puede ayudar en el manejo clínico en cuidados intensivos o perioperatorios, en la mayoría de los casos, el conocimiento del momento de la última toma del fármaco debe permitir una adecuada toma de decisiones.

5.-Pacientes sometidos a intervención electiva de cirugía.

Entre los pacientes que se sometieron a procedimientos dentales de riesgos bajo a moderado mientras recibían terapia de ACOD, las tasas de sangrado fueron bajas, independientemente de si el ACOD se suspendió o continuó durante el procedimiento. El sangrado documentado fue leve y fácilmente controlado por las medidas hemostáticas locales. Los pacientes pueden continuar con seguridad la terapia ACOD que rodea estos procedimientos dentales. También se deben considerar otros factores locales que pueden influir en el sangrado, como es el caso de la inflamación del tejido blando adyacente. Por tanto, la primera decisión antes del tratamiento será evaluar el riesgo de sangrado del procedimiento que se va a ejecutar. Para ello se realiza según el tipo de intervención, una estratificación del RIESGO HEMORRÁGICO:

o BAJO. Cuando la hemostasia se puede realizar de forma adecuada, un posible sangrado no supone un riesgo vital para el paciente ni compromete el resultado de la cirugía y no requiere transfusión. En la *Tabla 2* figura una relación de procedimientos odontológicos considerados de bajo riesgo de sangrado:

o MODERADO. Cuando la hemostasia puede ser difícil y la hemorragia aumenta la necesidad de

transfusión o reintervención.

- ALTO. Cuando la hemorragia puede comprometer la vida del paciente o el resultado de la cirugía.

Tabla 2. Procedimientos odontológicos de bajo riesgo de sangrado (Tomado de *Vivas y cols*).

<p>Procedimientos de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Exploración dental. <input type="checkbox"/> Exploración periodontal (sondaje). <input type="checkbox"/> Radiografía convencional (panorámica, periapicales...). <input type="checkbox"/> Sialografía. <input type="checkbox"/> Artrograma de la ATM. <p>Procedimientos de odontología restauradora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> obturaciones (“empastes”). <input type="checkbox"/> reconstrucciones, incrustaciones. <input type="checkbox"/> inlays, onlays, carrillas, etc. <p>Procedimientos de prostodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> prótesis fija (“coronas o puentes”) o <input type="checkbox"/> prótesis removible (“dentaduras”). <p>Procedimientos de prótesis maxilofacial.</p> <p>Procedimientos de ortodoncia.</p> <p>Procedimientos de endodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tratamiento de conductos. <input type="checkbox"/> Cirugía apical o apicectomías. <input type="checkbox"/> Resecciones radiculares quirúrgicas. 	<p>Procedimientos de cirugía oral o maxilofacial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extracciones dentarias (convencionales o quirúrgicas). <input type="checkbox"/> Alveoloplastia/ vestibuloplastia / excisión de tejidos blandos. <input type="checkbox"/> Frenectomía. <input type="checkbox"/> Extirpación de tumoraciones o quistes (excepto malignos intraóseos $\geq 1,25$ cm). <input type="checkbox"/> Cirugía preprotésica. <p>Procedimientos de periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Profilaxis (“limpiezas”). <input type="checkbox"/> Raspados y alisados radiculares (incorrectamente llamados “curetajes”). <input type="checkbox"/> Cirugías periodontales resectivas, regenerativas o mucogingivales. <p>Procedimientos con implantes dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colocación convencional de implantes. <input type="checkbox"/> Técnica de regeneración simultánea o diferida a la colocación de los implantes.
---	---

Una vez conocido el riesgo del procedimiento, aplicaremos el algoritmo de actuación, en el que la decisión debe ser que NO es necesario suspender el ACOD ante un procedimiento de bajo riesgo de sangrado (Fig. 3).

Figura 3.

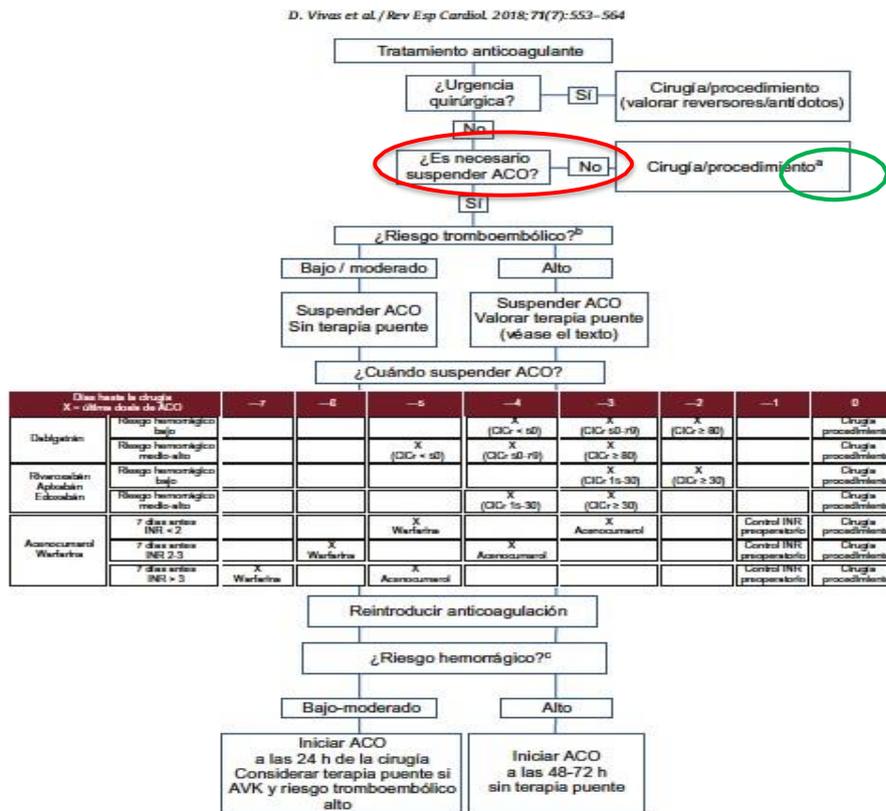


Figura 2. Recomendaciones para la retirada y reintroducción de los anticoagulantes orales en función del tipo de intervención y los riesgos tromboembólico y hemorrágico. ACO: anticoagulación oral; AVK: antagonista de la vitamina K; CrCl: aclaramiento de creatinina (ml/min); HBPM: heparina bajo peso molecular; HNF: heparina no fraccionada; INR: international normalized ratio. ^aProcedimientos de bajo riesgo en que la posible hemorragia sea clínicamente poco importante y asumible por el operador (tabla 1 del material suplementario). ^bClasificación del riesgo tromboembólico (tabla 2). ^cClasificación del riesgo hemorrágico (tabla 1 del material suplementario).

Fuente: Vivas D, et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: Documento de consenso. Rev Esp Cardiol. 2018;71(7):553-64.

ACTUACIÓN PREOPERATORIA

- Informar al paciente de que al no suspender la medicación podrá haber un aumento ligero del sangrado.
- Procurar el mejor estado de salud oral posible antes de iniciar tratamientos complejos, minimizando la inflamación del tejido blando con técnicas de higiene e instrucciones al paciente.
- Programar los tratamientos en las primeras horas del día y los primeros días de la semana.
- Aconsejar al paciente no tomar el medicamento en las 4 horas anteriores a la intervención. Incluso si es posible, ajustar el horario de tomas de modo que éste espere 6 horas antes de la toma siguiente, es decir 6 horas después (y 6 horas antes) en los que se toman cada 12 horas (dabigatran, apixaban) y 18 horas después y 6 horas antes en los que se toman cada 24 horas (rivaroxaban, edoxaban).
- Modificar la carga de tratamiento para hacer de un caso complejo, uno más simple: Programar no más de tres extracciones por sesión, acondicionar encías con una limpieza

previa a tratamiento periodontal, realizar el tratamiento periodontal de raspaje y alisado por cuadrantes, minimizar el trauma quirúrgico, técnica cuidadosa con tejidos blandos, limitar la extensión de los colgajos a menos de 5 cm².

- Valorar con el médico del paciente en caso de que haya comorbilidades: insuficiencia renal, hepática, paciente oncológico, o en caso de procedimientos más extensos. Considerar suspender otros productos no vitales, pero con efectos antiplaquetarios como los ISRS, (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, venlafaxina) o hierbas con actividad antiplaquetaria (arándano, apio, anís, jengibre, ginseng, manzanilla, ajo, regaliz, cúrcuma, té verde...).

ACTUACIÓN PERIOPERAORIA

- Minimización del trauma quirúrgico y medidas hemostáticas locales, descritos en el punto 3.

ACTUACIÓN POSTOPERATORIA

Las instrucciones de cuidados, se deben dar SIEMPRE por escrito, ya que el 40-80% de la información médica se pierde de inmediato y casi la mitad de la que se recuerda es incorrecta. Para el olvido de la información hay tres tipos de explicación:

- 1.- Factores clínicos, como el uso de terminología médica difícil.
- 2.- Factores relacionados con el paciente: edad, educación.
- 3.- Modo de información (se recuerda hablado 14%; escrito/visual 80%). Las instrucciones deben incluir:

- Cuidar el coágulo inicial (reposo) mientras el anestésico local desaparece y el coágulo se forma completamente (2-3 horas). Evitar masticar en ese lado.
- Evitar los líquidos calientes y alimentos duros el resto del día.
- No enjuagar en 24 horas, salvo colutorio pautado de *Amchafibrin*[®]/ 6 horas.
- No succionar ni frotar el alveolo con la lengua o cualquier objeto.
- Si el sangrado continúa o se reinicia, aplicar presión sobre la cavidad utilizando una torunda de gasa limpia, con/sin *Amchafibrin*[®]/ 20 minutos.
- Si el sangrado no cesa, contactar al dentista o servicio de urgencia de referencia.

Se necesita más investigación para desarrollar pautas basadas en la evidencia con respecto al tratamiento dental de pacientes con ACOD. Mientras tanto los dentistas deben tomar las decisiones apropiadas para cada paciente, evitando riesgos innecesarios con objeto de prevenir las complicaciones hemorrágicas ya que no hay sustento científico que avale la suspensión del anticoagulante en procedimientos dentales, incluso complejos.

Cualquier decisión que implique alteración en el régimen anticoagulante debe ser autorizada por el médico que lo ha prescrito y contar con el consentimiento informado del paciente. Se aconseja que aquellas actuaciones que se realicen no acordes con el estado actual del conocimiento, y las razones por las que se hace estén completamente documentadas en el registro clínico del paciente.

Finalmente, si la complejidad del caso no es asumible por el dentista receptor, debe referirse a otro profesional más experto o enviarse a un servicio especializado.

EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA CONSULTA DENTAL.

Dra. D^a Laura Clemente Tejada.

Odontóloga de Atención Primaria (Centro de Salud Colmenar Viejo Norte).

Postgrado en Implantología. Docente Universitaria. Responsable del Programa de Atención Bucodental al Paciente Oncológico del Hospital Universitario La Paz. Reconocimiento CAM por la iniciativa de Humanización de la Asistencia Sanitaria

I. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER

Numerosos son los cánceres que van a influir de alguna manera en nuestro tratamiento odontológico y cuyos tratamientos, a la inversa, vamos a tener que considerar en el momento de realizar los nuestros. Entre ellos encontramos: cáncer de cabeza y cuello, cáncer de mama, cáncer de próstata, linfomas, otros tumores sólidos.

Los datos siguientes del GLOBOCAN 2018 han sido publicados por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y son algunos de los cánceres que pueden influir más directamente en la salud bucodental, por la localización del tumor o por las implicaciones del tratamiento oncológico o farmacológico posterior a nivel oral:

1. Cáncer de labio y cavidad oral: 354.000 nuevos casos (2% mundial), ♂ 2,5:1 ♀, 177.000 fallecidos (1,9% mundial).
2. Cáncer Nasofaríngeo: 0,7% nuevos casos; ♂ 2,75:1 ♀; 0,8% fallecidos.
3. Cáncer laríngeo: 1% nuevos casos; ♂ 7:1 ♀; 1% fallecidos.
4. Cáncer de próstata: el más frecuente en más del 50% de ♂, 7,1% nuevos, 3,8% fallecidos.
5. Cáncer de mama: más frecuente ♀ (25% de casos de cáncer en mujeres), 11,6% mundial, 6,6% fallecidas (a nivel de género, 38% en países desarrollados).
6. Linfoma No Hodgkin: 2,8% nuevos casos; 2,6% fallecidos.
7. Leucemia: 2,4% nuevos casos; 3,2% fallecidos.
8. Cáncer infantil: 163.000 nuevos casos 0-14años (85% en países desarrollados), 80.000 fallecimientos (estimados para 2012).

Datos de Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition, American Cancer Society.

En España el cáncer más incidente en hombres es el de próstata y en mujeres el de mama, mientras que los que más mortalidad provocan son el de pulmón en ellos y el colorrectal en ellas.

OBJETIVOS

El objetivo principal en este campo para la USBD es mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

II. CÁNCER INFANTIL

Las consecuencias de los tratamientos oncológicos, por la fase de maduración dental en la que actúan, afectan a la odontogénesis y la erupción.

La complicación más frecuente de los tratamientos en niños es la mucositis. Esta pasa por cuatro grados según la clasificación de la OMS:

Grado 0 Sin lesiones.

Grado 1 Eritema, dolor.

Grado 2 Eritema, dolor, úlceras (sí tolera dieta sólida).

Grado 3 Eritema, dolor, úlceras (sólo tolera dieta líquida).

Grado 4 Eritema, dolor, úlceras (requiere nutrición parenteral).

Entre los quimioterápicos que asocian frecuentemente mucositis se encuentran:

- a) Citotóxicos convencionales.
- b) Inhibidores de la tirosín kinasa.
- c) Inhibidores m-TOR.
- d) Inhibidores de las kinasas dependientes de ciclinas.
- e) Inhibidores de la encima poli-polimerasa.
- f) Anti-EGFR.

Entre los esquemas más habitualmente empleados en quimiorradioterapia encontramos el uso de cetuximab y el 5-fluoroacilo.

III. CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

La nueva clasificación de este tipo de cáncer introduce el HPV en orofaringe y la invasión tumoral en cáncer oral.

El papel del HPV en el origen del cáncer permite diferenciar dos perfiles de paciente:

- Paciente HPV positivo. Paciente joven, que no presenta los factores de riesgo clásicos, con mejor pronóstico.
- Paciente HPV negativo. Paciente de mayor edad, con factores de riesgo clásicos, con peor pronóstico.

El tratamiento habitual de estos pacientes es con cirugía y RT aunque existen indicaciones del tratamiento con quimiorradioterapia para aquellos que, por diferentes motivos, no pueden o no quieren ser operados.

En estos pacientes es recomendable que las revisiones odontológicas sean frecuentes al principio del tratamiento y, como las revisiones oncológicas, se puedan ir distanciando a medida que pasa el tiempo y confirmamos la estabilización de la patología odontológica.

Es preciso realizar una valoración odontológica para planificar el tratamiento y las exodoncias a realizar antes de la RT, al menos quince días antes para las simples, y tres semanas para las quirúrgicas. Estas son:

- Caries avanzada, atrición.
- Lesiones periapicales extensas o con sintomatología.
- Enfermedad periodontal (movilidad, furca, bolsas moderadas).

- Dientes o molares retenidos o impactados con caries o que provocan sintomatología.

En el caso de quimioterapia se recomienda dejar al menos 3-4 días para cicatrizar previo al inicio de del tratamiento. Las indicaciones de exodoncia son (o entre ciclos):

- Caries avanzada, dolor, inflamación, flemón.
- Lesiones periapicales que provocan sintomatología.
- Enfermedad periodontal avanzada (movilidad, lesión de furca, bolsas > 5 mm).
- Restos radiculares no cubiertos por hueso.

En cualquiera de los casos (RT/QT) es preciso que existan unas condiciones analíticas mínimas a nivel de plaquetas y granulocitos. Consideraciones a tener en cuenta:

- Esperar diez días para exodoncia después de una analítica con granulocitos < 500/mm³.
- Profilaxis antibiótica si granulocitos < 2.000/mm³.

Entre los efectos adversos que puede provocar la QT encontramos:

- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sequedad de mucosas
- Pérdida de peso
- Cambios en la percepción de sabores
- Neurotoxicidad
- Mucositis
- Hipersensibilidad dentaria
- Disfunción temporomandibular
- Mielosupresión
- Neutropenia
- Inmunosupresión
- Anemia
- Infección
- Mucositis gastrointestinal
- Náuseas y vómitos

La administración de RT provoca otros efectos adversos, en los que nos centraremos más, por presentar numerosa afectación local en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los clasificamos según el momento de aparición en relación a la RT:

EFFECTOS AGUDOS

- Mucositis
- Infecciones secundarias
- Alteraciones de salivación
- Disgeusia
- Disfagia
- Dolor
- Epitelitis
- Fatiga
- Desnutrición

- Alopecia parcial
- Hipoacusia
- Anorexia

EFECTOS CRÓNICOS

- Xerostomía
- Osteoradionecrosis (ORN)
- Infecciones
- Cronificación de efectos secundarios de radioterapia
- Trismo
- Caries

MUCOSITIS:

➤ PREVENCIÓN:

- Higiene Oral: Cepillo medio > Suave > Gasa.
- Dentífrico sabor neutro, sin lauril sulfato de sodio sería lo ideal (difícil de cumplir).
- No colutorios con alcohol.
- Crioterapia en 5FU.
- Dispositivos intraorales para retrasar la aparición mucositis y evitar exposición innecesaria de dientes u otros tejidos en zona a irradiar.

➤ MANEJO:

- Laser de baja intensidad.
- Bencidamina.
- Lidocaína viscosa o en solución oral.
- Agua bicarbonatada.
- Sulfato de morfina, fentanilo transdérmico.
- MuGard®.
- Nutrición: Evitar ácidos, salados, granulosos, picantes, adherentes, térmicos, secos y duros.
- Higiene oral.
- No prótesis removible continuamente.

INFECCIONES SECUNDARIAS. CANDIDIASIS ORAL:

➤ PREVENCIÓN:

- Control de los factores de riesgo: presencia del tumor, tabaco, higiene oral, higiene de la prótesis, xerostomía e hiposalivación, inmunosupresión y mielosupresión.

➤ MANEJO:

- Nistatina. Cuidado en pacientes dentados por la presencia de sacarosa en su composición (e indicar no tragar en diabéticos). En pacientes portadores de prótesis recordarles que es necesario que se la quiten para realizar correctamente el tratamiento.
- Miconazol gel.
- Fluconazol 100 mg 7-14 días para infecciones agudas.

HIPOSIALIA:

Las dosis habitualmente empleadas en cabeza y cuello de RT son de 65 Gy sobre tumor y 50-65 Gy sobre volúmenes ganglionares.

A nivel de QT, aunque pocos, sí hay algunos fármacos que producen efectos temporales a este nivel: ciclofosfamida, doxorubicina, metotrexato, vinblastina, 5FU.

➤ PREVENCIÓN:

- Radioterapia de intensidad modulada.
- Transferencia quirúrgica de la glándula submandibular al espacio submental.
- Amisfostina.
- Betanecol.

➤ MANEJO:

- Colutorios enzimáticos: BioXtra®, Enzycal®, Biotène colutorio/pasta/Gel-Oralbalance (no en España).
- Alivio de boca seca: Xerostom®, Xeros®, Kin Hidrat®, XeroLacer®.
- Soluciones de carboximetilcelulosa.
- Electroestimulación: Saliwel GenNarino®, Saliwell Crown®, SaliPen® (nervio lingual).
- Pilocarpina/cevimelina.
- Edéntulos: agua con limón.
- Pequeños sorbos (+1/4 a 1/2 cuchara de aceite rico en omega-3).
- Humidificadores.
- Estimulantes salivales: caramelos/chicles con xilitol (anticaries) o sorbitol (alteraciones gastrointestinales).
- No alcohol, tabaco, café (o fumar cannabis).
- Evitar respiración oral (empleo de tiras nasales).
- Evitar ambientes secos (excesivo calor o aire acondicionado fuerte).
- Masticación vigorosa zanahoria o apio.

DISGEUSIA:

➤ MANEJO:

- Enjuague con bicarbonato o povidona yodada oral.
- Hervir la comida (disipa los sabores).
- Potenciar el sabor.
- Retirar en esta fase el azúcar para no “depender” cuando se recupere el gusto.

CARIES:

➤ PREVENCIÓN:

- Flúor tópico (no importa tanto el medio de distribución).
- Clorhexidina gel en cubetas cada 3 meses.
- Productos con fosfopéptido de caseína-fosfato de calcio amorfo.
- Xilitol.

➤ MANEJO:

- Conservador: a) en el caso de radioterapia de cabeza y cuello es preferible la endodoncia a la exodoncia. Se recomienda interconsulta con oncólogo. Si la respuesta es negativa “negociar” una apertura acompañada de hidróxido de calcio hasta que permita el procedimiento. b) Obturaciones
- Prótesis. No existen actualmente tiempos fijados a partir de los que realizar una removible. Se recomienda individualizar según factores de riesgo.
- Tartrectomía, tratamiento periodontal no quirúrgico en postradioterapia.
- Recomendaciones dietéticas, EPS (instrucciones de higiene, motivación, etcétera).

TRISMO:

➤ PREVENCIÓN:

- Ejercicios manuales/digitales.
- Depresores linguales apilados.
- Dispositivos intraorales comercializados.

OSTEORADIONECROSIS (ORN)

El riesgo establecido de ORN en caso de tener que hacer una exodoncia postradioterapia está cifrado por la literatura científica en un 7% (pequeñas variaciones según autores, pero no notables), que en el caso de acompañarlas de profilaxis antibiótica bajaría a un 6% (entre los más usados están la amoxicilina y la clindamicina) y si se acompaña de oxígeno hiperbárico (HBO) a un 4%. El riesgo es notablemente superior en zona de basal mandibular y ángulo, seguido por zona sinfisaria y con un riesgo menor en maxilares.

El riesgo no desaparece por completo, aunque esperemos indefinidamente tras la RT, pero a partir del año se reduce considerablemente.

En caso de ORN los tratamientos propuestos mediante protocolo farmacológico, según la exposición ósea, son:

- Médico: Protocolo PENTOCLO 1 semana antes de la exodoncia, aunque no haya ORN establecida (simplemente por ser necesario realizar una exodoncia). Valorar continuar 8 semanas el tratamiento. Si se asocia de ORN continuar 6 meses.
- Médico-Quirúrgico: PENTOCLO 3 meses previos a secuestrectomía. Considerar su continuación tras cirugía.
- Quirúrgico: realización de colgajo libre vascularizado.

En el caso de ORN, si queremos seguir un protocolo de HBO: veinte sesiones previas a la exodoncia y diez sesiones después.

IV. TRATAMIENTO ONCOLÓGICO CON BISFOSFONATOS y ANTIANGIOGÉNICOS. OSTEOPOROSIS SECUNDARIA /METÁSTASIS ÓSEAS.

El empleo de estos fármacos tiene como finalidad retrasar la aparición de eventos relacionados con el esqueleto (SER), reducir el riesgo de padecerlos y reducir el dolor en pacientes con cáncer y metástasis óseas. Se emplean en paciente oncológicos habitualmente como son pacientes que han sufrido cáncer de mama, cáncer próstata u otros tumores sólidos. Debido a que los ensayos clínicos y los estudios van en la línea de ampliar el uso de estos fármacos, **el odontólogo debe estar capacitado en cualquier ámbito para saber tratarlos.**

El motivo por el que cada vez tiende más a emplearse Denosumab, si está indicado, es por la mejora de la calidad de vida que ofrece comparado con los bisfosfonatos intravenosos.

A continuación, se incluyen los nombres comerciales de los fármacos que entran en esta categoría aprobados para su comercialización por la AEMPS a fecha de septiembre de 2018 y con los que se han descrito casos de osteonecrosis mandibular relacionada con medicamentos (ONMRM):

Para que se pueda diagnosticar como ONMRM debe cumplir:

- Tratamiento actual o previo con BP/Antirreabsortivos.
- Hueso expuesto o sondaje a hueso a través de fístula ocho semanas.
- No RT previa o metástasis maxilares.

El 90% de los casos aparecen en pacientes tratados con cáncer o por metástasis óseas.

El objetivo en estos pacientes es eliminar cualquier foco de infección que pueda obligar a una intervención durante el tratamiento, especialmente en el caso de los intravenosos. Eso nos obliga a exodoncias si existe un pronóstico de determinados dientes reservado en caso de mala higiene, a eliminar restos radiculares no cubiertos, rebasar prótesis removibles no ajustadas y, sobre todo, educar al paciente de que informe de cualquier dolor, inflamación o hueso expuesto (“zonas ásperas, que rozan...”).

Ácido ibándronico	Bondronat®, Bonviva®, Abrion®
Risedronato de sodio	Acrel®, Actonel®, Arisocare®
Ácido alendrónico	Fosamax®, Fosavance®, Adelan®, Alendrofarm®, Binosto®, Semandrol®, Soludronate®, Adrovanse®
Ácido zoledrónico	Zemeta®, Aclasta®
Pamidronato	
Etidronato	Osteum®
Clodronato	Bonefos®
Denosumab	Prolia®, Xgeva®
Bevacizumab	Avastin®
Sunitinib	Sutent®
Aflibercept	Zaltrap®
Cabozatinib	Cabometyx®
Ramucirumab	Cyramza®

Como guía de práctica clínica se recomienda seguir las de la Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial del año 2014, aunque será preciso individualizar en algunos casos y, ante cualquier duda, realizar interconsulta con oncólogo o reumatólogo.

Hoy en día no hay evidencias de que HBO, plasma rico en plaquetas o determinadas técnicas quirúrgicas prevengan la aparición de ONMRM.

El control de estos pacientes debe ser clínico cada 4-6 meses y radiográfico cada 6-12 meses.

V. ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN PACIENTES TRASPLANTADOS CON CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS.

En la forma crónica entre el 45-83% de los pacientes presentan manifestaciones orales como: placas mucosas hiperqueratósicas, lesiones liquenoides o limitación de apertura por esclerosis. El tratamiento sistémico en casos severos con afectación de múltiples órganos puede generar otras complicaciones que requieran tratamiento farmacológico: Infecciones secundarias, osteoporosis, hiperglicemia, hipertensión, fracaso renal, hiperlipidemia.

CONCLUSIÓN: En nuestra mano está que tanto el paciente como la familia encuentren el camino para mejorar su calidad de vida a través de los cuidados odontológicos.

CARTERA COMPLEMENTARIA DE PACIENTES ESPECIALES: SITUACIÓN ACTUAL.

Dr. Félix Martín López.

Adjunto del Servicio de Estomatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Médico Estomatólogo. Doctor en Medicina. Licenciado en Odontología. Postgrado en Cirugía Oral por la Fundación Jiménez Díaz.

Dra. Miriam Martín Vargas.

Odontóloga Adjunta del Servicio de Estomatología del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid. Especialista Universitario en Pacientes de Alto Riesgo Biológico.

El Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón fue creado en 1985, en él se atienden entre 6.000-7.000 consultas al año.

La actividad profesional se desarrolla en diferentes ámbitos:

- **Cirugía oral:** Adultos/Niños. Con anestesia local/general.
- **Medicina oral.**
- **Interconsultas de apoyo a otros Servicios** (Exploración + Ortopantomografía + Tratamiento) antes y después de:
 - **Tratamientos oncológicos: Quimioterapia/Radioterapia.**
 - **Trasplantes (médula, corazón, hígado, riñón, etcétera.).**
 - **Cirugía cardiaca.**
 - **Diálisis.**

Atención bucodental al paciente discapacitado psíquico: En 2005 fue nombrado referencia en la Comunidad de Madrid para el tratamiento de pacientes discapacitados psíquicos mayores de 18 años que no pueden colaborar.

Según la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM) una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en un ser humano.

Para el DSM-5 la discapacidad intelectual es un trastorno que comienza en el periodo de desarrollo que incluye tanto limitaciones del funcionamiento intelectual, como en el comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

Según los registros actuales basados en la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 2008, existen 3,8 millones de personas con discapacidad intelectual en España.

En la Comunidad de Madrid, el número de pacientes que presentan discapacidad según la encuesta del Instituto Nacional de Estadística, es de 335.820 personas, el 24,42 % con discapacidad intelectual.

La discapacidad presenta diversos grados de afectación que se computan como porcentaje baremado según lo establecido en el Real Decreto 1.971/1999, actualizado en marzo de 2010 y que bajo el concepto de grado de minusvalía establece los siguientes:

Del 1 al 29%, Leve.

Del 30 al 59%, Moderada.

Del 60 al 74%, Grave.

Del 75% o mayor, Muy grave.

En el apartado 9 del Anexo II (Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria) del Real Decreto 1.030/2006 que garantiza la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención en el Sistema Nacional de Salud, se indica que la atención en nuestra quehacer profesional comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación y prevención dirigidas a la atención de la salud bucodental.

En el apartado 9.6 se establece que en “el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización”.

Es precisamente en este nivel donde realizamos nuestra actividad profesional hospitalaria teniendo en cuenta la Cartera de Servicios para pacientes discapacitados psíquicos mayores de 18 años que no pueden colaborar y que incluye:

- Exploración bucodental
- Obturaciones
- Extracciones dentarias
- Eliminación de focos sépticos
- Tartrectomías
- Gingivectomías
- Regularización ósea

Para poder conseguir nuestro objetivo y tratar a estos pacientes son necesarios los siguientes recursos humanos y materiales

1. Humanos

a: Facultativos: Odontólogos y Estomatólogos. Anestesiólogos.

b: Personal de enfermería y auxiliar.

c: Técnicos de radiología.

d: Técnicos de laboratorio.

2. Materiales

a: Consultas externas: Servicio de Estomatología y Odontología. Servicio de Anestesia.

b: Instalaciones para realizar las pruebas preoperatorias.

c: Quirófanos.

Una vez que el paciente acude a nuestro hospital, el recorrido es similar al de otras consultas o intervenciones según el siguiente esquema:

1ª Cita: Servicio de Estomatología y Odontología

- Historia Clínica + Presentación y firma de consentimiento informado + Petición de preoperatorio + Orden de Ingreso para entrar en Lista de Espera.

2ª Cita: Servicio de Anestesia

- Historia Clínica + Presentación y firma de consentimiento informado + Valoración preoperatorio + establecimiento de riesgo anestésico (ASA).

3ª Cita: Intervención en Quirófano

- Anestesia general SIN INGRESO (Cirugía Mayor Ambulatoria).
- Alta en el día.

En esta tercera cita se procede de la manera siguiente:

1. Registro de llegada con acompañante + vestuario

- Cambio de ropa del paciente por la del hospital.

2. Entrada en antequirófano

- Realización del CheckList en presencia del paciente, tutor, enfermería, anestesista y odontólogo/estomatólogo.

3. Entrada al quirófano:

- Intubación nasotraqueal, taponamiento, preparación del campo.
- Tratamiento odontológico.
- Revertir anestesia (despertar al paciente).
- Salida de quirófano a Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) y ALTA (Informe).

Para conocer el trabajo realizado en los quince años de desarrollo del Servicio de Estomatología como referente para el tratamiento de pacientes con discapacidad psíquica mayores de 18 años hemos recogido datos en cuanto al número de pacientes atendidos, edad, género, etiología de la discapacidad intelectual y tratamientos odontológicos realizados.

Durante estos años se han intervenido bajo anestesia general 2.280 pacientes discapacitados y en ellos se han realizado 26.724 procedimientos bucodentales.

El 51,1 % de los pacientes están dentro del grupo de 18 a 34 años, el 35,4 % entre 35 y 49 años y el 13,5 % mayor de 49.

Respecto al sexo el 54,3 % son varones y el 45,7 % mujeres.

En cuanto a la etiología de la discapacidad intelectual en el 21,2 % de los pacientes no se ha podido registrar la causa por ser desconocida y en el 78,8 % de los restantes hemos registrado hasta 27 patologías diferentes entre las que cabe destacar las siguientes:

- Encefalopatía/Parálisis Cerebral (36 %).
- Síndrome de Down (13 %).
- Trastorno del Espectro Autista (7,4 %).
- Esquizofrenia (3,1 %).
- Enfermedad de Alzheimer/Demencia (1,6 %).
- Síndromes varios: West, Lenox, Angelman, Dravet, Rubistein Taybe, etcétera.
- Otros: Enfermedad de Parkinson, oligofrenia, etcétera.

En cuanto a los tratamientos se han realizado 9.673 exodoncias, 9.195 obturaciones, tartrectomía al 87,80 % de los pacientes y otros, entre los que se encuentra: gingivectomías, legrados, exéresis, biopsias al 2,5 % de los enfermos.

Las conclusiones a las que se ha llegado han sido las siguientes:

1. De las más de 6.000 personas/año atendidas (adultos/niños), unas 200 son por discapacidad intelectual.
2. De las 400 intervenciones/año con anestesia general, el 50 % son personas con discapacidad intelectual.
3. El 44,2 % presenta ausencia de colaboración para realizar una exploración clínica o radiológica.
4. De las personas con discapacidad intelectual el 23 % padecían epilepsia secundaria a la misma.
5. No existe diferencia significativa en la necesidad de tratamiento según el género.
6. Existe diferencia significativa entre la edad y el tipo de tratamiento odontológico: A mayor envejecimiento, mayor número de exodoncias y menor número de tratamientos restauradores.
7. Se observa un aumento de la longevidad de la personas con discapacidad intelectual, al igual que aumenta en la población sin la misma.

COMUNICACIONES A LA MESA 3

Árbol de decisiones en el paciente bucodental en Atención Primaria en tratamientos con fármacos antirreabsortivos y/o antiangiogénicos.

Dra. D^a Irene García Ávila.

*Odontóloga de Atención Primaria (Centro de Salud Silvano).
Licenciada en Odontología (U. de Granada). Máster en Cirugía Oral, Periodontal e Implantología (Universidad Southern Mississippi). Doctor cum laude (UAX).*

Co-Autores:

Dra. Ana Isabel Terán de Agustín.

Médico Estomatólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Alameda de Osuna).

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Especialista Universitario en Medicina Experimental y Clínica. Magister en Odontología Preventiva y Comunitaria (UCM)

Dra. Victoria Pastor Ramos.

Médico Estomatólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Alpes).

Licenciada en Medicina (UAM). Especialista en Cirugía Maxilofacial HU La Princesa. Especialista en Estomatología (UCM). Doctora cum laude en Medicina (UAM). Beca FISS (Dallas Fort-Worth). Actividad investigadora. Publicaciones y comunicaciones.

Dr. Juan Ignacio Ropero Pires.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Miguel de Cervantes).

Doctor *cum laude* en Odontología. Miembro del grupo técnico del PADI. Miembro del grupo de Atención Primaria del COEM. Profesor universitario (UAX). Máster en Odontología Integrada y en Implantología. Especialista Universitario en Medicina Oral.

Dr. Javier Valdepeñas Morales.

Odontólogo de Atención Primaria (suplente Centro de Salud Colmenar Viejo Norte). Doctor en Odontología y Premio Extraordinario de Doctorado. Máster en Preventiva. Profesor colaborador honorífico de la Universidad Complutense de Madrid

Dr. Elías Rodríguez Alonso.

Médico Estomatólogo de Atención Primaria (Centro de salud Doctor Cirajas).

Máster en Odontología Preventiva. Profesor Universitario. Investigador principal de varios proyectos de investigación. Autor de libros, artículos y comunicaciones nacionales e internacionales sobre la materia. Presidente del Tribunal de OPE.

Justificación

La osteonecrosis maxilar relacionada con el medicamento (ONMRM) afecta negativamente a la calidad de vida, produciendo una morbilidad significativa.

Este efecto adverso nos afecta en la práctica diaria de atención primaria cuando realizamos intervenciones de cirugía oral.

Objetivos

1. Visualizar mediante algoritmo el manejo de estos pacientes en Atención Primaria (A.P.) de forma individualizada, atendiendo a diversas variables: patología de base, tipo de medicación, vía de administración, duración, dosis, procesos sintomáticos / asintomáticos, comorbilidades.
2. Establecer estrategias de actuación y de ayuda para la toma de decisiones antes de realizar intervenciones en AP para la prevención de ONMRM. Protocolos para la extracción dental.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica de los últimos cinco años, valorando los documentos que recogen estrategias para el manejo y prevención en pacientes con riesgo de padecer ONMRM.

Resultado

Se recomienda el cambio de terminología a osteonecrosis maxilar relacionada con el medicamento justificado por el creciente número de casos de osteonecrosis que afectan al maxilar y la mandíbula asociados con otras terapias antirreabsortivas (denosumab) y antiangiogénicas además de bisfosfonatos (BIS).

La ONMRM es una enfermedad multifactorial cuyo diagnóstico es básicamente clínico; se complementa con pruebas de imagen.

La estimación de riesgo de osteonecrosis maxilar en BIS orales es del 0,1% (discriminar inyectables como zoledrónico en dosis anual o denosumab en dosis semestral, que son para osteoporosis, con riesgo similar a los orales) y se incrementa hasta un 6,7% cuando reciben terapia intravenosa.

Hay factores locales, como la cirugía dentoalveolar, que supone un factor predisponente entre el 52 al 61% de ONMRM. Según autores el diagnóstico y tratamiento preventivo de patología dental, antes de iniciar terapia, disminuye ONMRM al 50%.

Se podría considerar que el riesgo está más asociado al estado dental que a la terapia.

Hoy día la herramienta más útil frente a la ONMRM es la prevención: tratamientos dentales restaurativos antes de iniciar la terapia o tan pronto sea posible del comienzo (endodoncias, tratamiento periodontal, exodoncias). Intervenciones de cirugía con técnica no traumática, minimizando el daño tisular; y el cierre herida con colgajo primario para evitar exposición a bacterias.

Es importante la relación interdisciplinar entre los diferentes profesionales (cirujano maxilofacial, oncólogo, reumatólogo, hematólogo, odontólogo, estomatólogo, etcétera).

Discusión

En procesos sintomáticos, hay consenso sobre la suspensión del fármaco (BIS. orales, Denosumab 60mgr semestral) si el paciente lo lleva tomando durante más de 4 años, o menos

de 4 años si además el paciente presenta factores de riesgo (corticoterapia, artritis reumatoide, diabetes, fumador). Al igual se contempla la suspensión de la terapia con BF intravenosa, Denosumab 120 mg (mensual) o antiangiogénicos en procesos sintomáticos, aunque no hay evidencia científica sobre su suspensión. No hay estudios que avalen la toma de antibióticos como profilaxis.

Por lo que la investigación y la realización de ensayos clínicos controlados y randomizados son necesarios para el desarrollo de guías preventivas y terapéuticas.

Manejo del comportamiento del paciente pediátrico con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el gabinete dental. Revisión Sistemática.

Dra. D^a Cecilia Godoy Velasco.

Cirujano dentista por la Universidad de Chile. Diplomado en Medicina Oral de la Universidad de Chile. Título propio Especialista en Atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales (UCM). Ponente de comunicación de SEOII.

Co-Autores:

Dra. Daniela Barahona-Herrera.

Odontólogo por la Universidad de Las Américas (Ecuador). Título propio Especialista en Atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales (UCM). Co-autora en comunicación oral "Síndrome de Noonan. A propósito de un caso". (SEOII).

Dra. Lisbeth Macote-Orosco.

Licenciada en Odontología (UEM). Doctora en Odontología (UCM). Título propio Especialista en Atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales (UCM). Ponente de comunicación oral Congreso Nacional de SEOII.

Dra. Carmen Martín-Sanjuán.

Odontólogo de Atención Primaria (Centro de Salud Ángela Uriarte).

Licenciada en Medicina. Doctora en Odontología. Especialista Universitaria en Programas Preventivos Bucodentales y en Atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales. Postgrado en Odontopediatría. Máster en Gestión Sanitaria.

Dra. Elena Mera-Barajas.

Graduado en odontología (UCM). Título propio Especialista en Atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales (UCM). Ponente de comunicaciones orales en el Congreso Nacional de SEOII.

Justificación

El Trastorno del Espectro Autista, mejor conocido como TEA, es un trastorno del neurodesarrollo que suele diagnosticarse dentro de los primeros tres años de vida. La etiología es multifactorial, proponiéndose causas genéticas y ambientales. Las principales características de estos pacientes, es que tienen dificultades sociales, trastornos en la comunicación y comportamentales, como un fuerte apego a las rutinas.

En el ámbito odontológico, no hay un consenso sobre si tienen mayor o menor índice de caries que sujetos sin TEA, sin embargo la literatura es coincidente en que presentan mayores tasas de problemas periodontales y una higiene oral deficiente. Esto último es debido a que el niño, no puede hacerse responsable por él mismo por el cepillado dental, y también porque a los padres se les dificulta realizar esta actividad. Se suma a la falta de herramientas de los odontólogos generales la poca colaboración que en general presta este colectivo, dejando como alternativa de tratamiento su atención bajo anestesia general.

Sin embargo, sabemos que existen técnicas de manejo de conducta que pueden ser utilizadas para adaptar al niño a una atención rutinaria.

Lo que nos hace preguntarnos: ¿Qué técnicas de manejo de conducta en un paciente TEA, plantea la literatura reciente para poder brindar atención dental en un servicio de atención primaria?

El objetivo general es realizar una búsqueda sistemática de la literatura de los últimos cinco años en relación al manejo comportamental de pacientes pediátricos con TEA. Objetivos específicos: actualizar en relación al manejo del paciente pediátrico con TEA, determinar técnicas comportamentales utilizadas en el gabinete dental y exponer alternativas adaptativas a la atención bajo anestesia general.

Material y método

Se realizó una búsqueda sistemática en el buscador PubMed, mediante la utilización de behavioral therapy, autism y dentistry for children, como términos MeSH. Se encontraron siete artículos que cumplían con los criterios de inclusión artículo publicado en los últimos cinco años, en español o inglés. El estudio debe haber sido en humanos, con texto completo disponible y en población pediátrica. Los criterios de exclusión fueron: antigüedad mayor a 5 años, estar escrito en otros idiomas, estudios en animales, sólo resumen disponible y estudios en adultos.

Resultados

De los 7 artículos encontrados, el 100% estaba en lengua inglesa, 5 artículos eran ensayos clínicos, 1 era revisión bibliográfica y 1 un estudio de cohorte retrospectivo. 4 artículos son de Estados Unidos, 2 europeos y 1 asiático.

67 % de los artículos corresponden a estudios clínicos, 17 % a revisiones bibliográficas y 17 % a estudios de cohorte.

En cuanto a las técnicas de adaptación utilizadas por los artículos, un 46 % usó pedagogía visual, 23 % adaptación del gabinete dental, 15 % visitas repetidas, 8 % análisis del comportamiento y TEACCH.

En cuanto a los objetivos planteados por los artículos, 71% tenía por objetivo evaluar la eficacia de las técnicas de adaptación propuesta, mientras 29% de los estudios se referían a otros tópicos.

De los estudios que evaluaban técnicas, el 100% concluyó que estas fueron efectivas en el manejo del comportamiento.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue realizar una búsqueda sistemática de la literatura de los últimos cinco años en relación al manejo comportamental de pacientes pediátricos con TEA.

Deli y colaboradores, en el año 2013, realizaron una revisión bibliográfica donde señalan que si bien no pueden concluir si pacientes con TEA presentan mayor o menor índice de caries en relación a sujetos neurotípicos, si tienen una higiene oral deficiente.

En el mismo año en España, Orellana y colaboradores, realizan un estudio que ponía a prueba la eficacia del programa TEACCH en niños y adultos, concluyendo que existía una diferencia significativa en el comportamiento entre sujetos sometidos al entrenamiento y aquellos que no. Stein en el 2014, mide la ansiedad dental en pacientes con TEA, mediante el uso de electrodos, entregando previamente información a los padres y pictogramas para su desensibilización.

Al año siguiente, Cermak y colaboradores, mediante un ensayo clínico piloto, estudian la eficacia de la adaptación del gabinete dental a la sensibilidad del paciente con TEA: control de la intensidad de la luz, ruidos y personal entre otros. Concluyen que existe una alta aceptación al ambiente adaptado, mejora la aceptación de los pacientes y su contenido, así como también disminuye el estrés en pacientes con TEA. Además, el autor añade, que la modificación del ambiente en este tipo de pacientes, no tendría un costo superior a 4.500 euros.

En el 2017, Nilchian y colaboradores estudiaron la desensibilización de pacientes con TEA mediante pictogramas, sin embargo, concluyeron que los resultados favorables de este estudio no se debieron a la técnica en cuestión, sino a las visitas repetidas por parte de los pacientes al gabinete dental.

En el mismo año, Nelson y colaboradores realizaron un estudio de cohorte retrospectivo donde evaluaban la eficacia de técnicas de desensibilización utilizadas en artículos publicados entre en año 2012 y 2015, concluyendo que la desensibilización fue efectiva para lograr un examen de umbral mínimo para la mayoría de los niños. Aquellos con características consistentes de una presentación más leve de TEA tenían más probabilidades de tener éxito.

Los autores señalan, que la falta de herramientas en odontólogos de atención primaria, respecto a la atención de pacientes con TEA, plantea un desafío por cuanto requiere buscar alternativas a la sedación y la anestesia general.

La literatura plantea que entre un 52-72% de niños con TEA no son colaboradores en tratamientos dentales, lo cual se intensifica si son niños pequeños que pueden angustiarse con mayor facilidad.

Es por esto que en los trabajos revisados se plantean diversidad de técnicas para el manejo de la conducta y/o adaptación, las cuales varían de acuerdo al tratamiento a realizar, encontrando, por ejemplo, decir-mostrar-hacer, desensibilización, y pedagogía visual.

Todos los autores concuerdan que, para los pacientes con fuertes apegos a la rutina, es necesario proveer un ambiente lo menos variable posible en cuanto a material odontológico y humano, y facilitar que puedan ser acompañados por familiares o conocidos para mejorar su adaptación a nuevos entornos.

Conclusiones

Es importante que todo el personal de salud tenga nociones sobre la atención de pacientes con TEA.

El odontólogo debe tener un rol activo en el tratamiento de paciente con TEA. Se requieren de técnicas adaptadas a las capacidades del paciente.

Se debe entrenar tanto al equipo como al paciente.

RELACIÓN DE SIGLAS

- ACO:** Anticoagulantes orales.
- ACOD:** Anticoagulantes de acción directa.
- AEMPS:** Agencia Española del Medicamento y de los Productos Sanitarios.
- AP:** Anatomía Patológica.
- AVK:** Antivitamina K.
- BF:** Bisfosfonatos.
- BIS:** Bisfosfonatos.
- BP:** Bisfosfonatos.
- CAM:** Comunidad Autónoma de Madrid.
- CM:** Comunidad de Madrid.
- cod:** Caries-obturados en dentición decidua.
- CAOD:** Caries-ausentes (por caries)-obturados en dentición permanente.
- COEM:** Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región.
- COVAM:** Comisión de Evaluación de Proyectos Educativos de Salud de la Comunidad de Madrid.
- DA:** Dirección Asistencial.
- DSM:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Manual de diagnóstico y estadística de las enfermedades mentales).
- EpS:** Educación para la salud.
- FA:** Fibrilación auricular.
- GAAP:** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- GAP:** Gerencia de Atención Primaria.
- HBO:** Oxígeno hiperbárico.
- HD:** Higienista dental.
- HPV:** Virus del Papiloma Humano.
- ICAOD:** Índice CAOD (Caries-Ausentes-Obturaciones en dentición permanente).
- ISRS:** Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina.
- IV (iv):** Intravenoso.
- NACO:** Nuevos anticoagulantes orales.
- OE:** Odontoestomatólogo.
- ONMRM:** Osteonecrosis maxilar relacionada con medicamentos.
- OPE:** Oferta Pública de Empleo.
- ORN:** Osteoradionecrosis.
- PADI:** Plan de Atención Dental Infantil.

QT: Quimioterapia.

RRHH: Recursos humanos.

RT: Radioterapia.

SBD: Salud bucodental.

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud.

TEA: Trastorno del espectro autista.

TEACHH: *Treatment and Education of Austistic related Commnication Handicapped Children.*

(Tratamiento y educación de niños con discapacidad de la comunicación relacionada con el autismo).

UAM: Universidad Autónoma de Madrid.

UAX: Universidad Alfonso X “El Sabio”.

UEM: Universidad Europea de Madrid.

URJC: Universidad Rey Juan Carlos.

USB: Unidad de Salud Bucodental.

PÓSTERES



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

EL PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL-JUVENIL EN EL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA (2011-2017)

PARADAS-LARA I¹, MARTÍNEZ-ÁLVAREZ C², MARTÍNEZ-SANZ E³

¹Servicio Madrileño de Salud. C.S. Torito. Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Madrid. ³Servicio Aragonés de Salud. Sector Zaragoza III. Zaragoza.



OBJETIVO

Analizar la evolución de la actividad asistencial llevada a cabo dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil-Juvenil (PABIJ) en la Unidad de Salud Bucodental (USB) de Tarazona.



METODOLOGÍA

Para este propósito, se analizaron los datos registrados por la USB de Tarazona en la aplicación web del PABIJ durante los últimos 7 años (2011-2017). Concretamente, para cada uno de los diferentes años se han analizado las 4 siguientes variables: 1) Número de primeras visitas/año, 2) Número de visitas sucesivas/año, 3) Número de selladores/año, 4) Número de obturaciones/año.

<http://atencionbucodental.salud.aragon.es/>



RESULTADOS - DISCUSIÓN

La USB de Tarazona es una unidad de apoyo al equipo de atención primaria ubicada en el Centro de Salud de Tarazona. Esta USB da cobertura a dos zonas básicas de salud, Tarazona y Borja, y la asistencia a la población de entre 6 y 13 años se realiza en el marco del PABIJ. Anualmente, el número de usuarios con derecho al PABIJ es de unas 1,500 personas, aproximadamente. Durante los últimos 7 años (2011-2017), la actividad asistencial ha aumentado progresivamente. La tasa de cobertura y el número de primeras visitas/año ha pasado del 30% (404), en 2011, al 51.5% (773), en 2017. Sin embargo, el número de visitas sucesivas/año se ha mantenido más o menos estable, con una media de 320/año. En cuanto al número de selladores y obturaciones, en los 2 últimos años hemos constatado que a mayor número de selladores, menor número de obturaciones. La motivación personal y el compromiso profesional de los integrantes de esta USB resultaron fundamentales para el buen aumento de la tasa de cobertura. Además, las acciones estratégicas de información al personal sanitario y a todos los usuarios sobre la actividad llevada a cabo en la unidad han resultado cruciales para lograr estos resultados.



CONCLUSIONES

En los últimos 7 años la actividad asistencial en la USB ha evolucionado positivamente, alcanzando una tasa de cobertura por encima de la media en Aragón y aumentando la actividad preventiva frente a la restauradora.



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria





II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

Carballo Tejeda V, Caleyá Zambrano AM, Peinado Peláez V, Gomez-Pardo Vivesca LD, Serrano Tenorio A



CONSIDERACIONES LEGALES EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR

JUSTIFICACIÓN

A diario no encontramos en la consulta de Odontología de Atención Primaria con situaciones que pueden generar una serie de conflictos legales cuya resolución podría acabar en litigios ante los tribunales si el paciente no se encuentra satisfecho.

Habida cuenta de la conocida frase "El desconocimiento de la ley no justifica su incumplimiento" con este trabajo pretendemos responder las dudas legales que nos pudieran surgir en nuestro quehacer diario.

OBJETIVOS

- 1 Conocer las causas del aumento de la presión legal sobre nuestra profesión sanitaria.
- 2 Definir los preceptos éticos, legislativos y deontológicos que regulan la profesión odontológica y su aplicación en la práctica clínica.
- 3 Describir las diferentes situaciones que pueden ocurrir en nuestra consulta y proporcionar los conocimientos legales suficientes para poder afrontarlas.



MATERIAL Y METODO

Se realiza una revisión de la literatura científica utilizando las bases de datos PubMed y Medline.

CAUSAS DE LOS CONFLICTOS

- ❖ Creencia de que gozar de buena salud es un derecho.
- ❖ Degradación de la "calidad comunicativa" entre el paciente y el odontólogo.
- ❖ Creencia de que la odontología es una ciencia "casi exacta" con soluciones para todo.
- ❖ Cambio de la relación odontólogo-paciente a la relación proveedor-consumidor de servicios odontológicos.
- ❖ Animo de lucro de muchos sujetos (abogados, pacientes, franquicias...)
- ❖ Creciente "judicialización de la sociedad" unido al aumento de facilidades para demandar (en televisión, los abogados te lo ponen fácil...)

¿El paciente mayor de 16 años necesita el consentimiento informado por representación de sus padres o tutores? **NO**

Artículo 9 de la Ley 4/2002 de 14 de Noviembre de Autonomía del paciente: cuando se trate de menores con 16 años cumplidos (que no sean discapacitados) no cabe prestar el consentimiento por representación.

¿Se pueden justificar las faltas de los niños al colegio/instituto? **NO**
Ley Orgánica 8/85 de 3 de Julio: las ausencias escolares de los menores de edad solo pueden ser autorizadas o justificadas por sus tutores legales.

¿Se pueden entregar los dientes de leche a los pacientes? **SI**
DECRETO 83/1999, de 3 de junio: las piezas dentarias están excluidas de la consideración de "Residuos Biosanitarios especiales (Clase III)" por lo que los dientes no están sujetos a los criterios de recogida de residuos previstos en el mencionado Decreto y, por lo tanto, pueden ser entregados a los pacientes.

¿Se pueden tomar y utilizar fotografías de los pacientes? **SI**
La grabación de imágenes de menores de 14 años, con fines terapéuticos requerirá de la autorización expresa de sus padres, tutores o representantes legales. Los mayores de 14 años requerirá la suya.

Ante menores con padres separados ¿deben ambos dar el consentimiento para realizar los diferentes tratamientos? **SI**

PATRIA POTESTAD: representación general de los hijos.
GUARDA Y CUSTODIA: convivencia habitual o diaria con ellos. Por eso, cuando se produce una ruptura matrimonial, lo normal es que ambos progenitores mantengan la patria potestad, cosa que no suele ocurrir con la guarda y custodia ya que por regla general solo uno de ellos la mantiene exceptuando los casos de custodia compartida.
El poder de decisión sobre las cuestiones que afecten a los menores (como los relativos a asistencia médica) es compartida en cuanto a la PATRIA POTESTAD, por los que las decisiones sobre el menor serán **CONJUNTAS**.
Esto quiere decir que cuando se trate de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que requieran la prestación del consentimiento informado, los padres deberán prestar conjuntamente su consentimiento.

Ante un procedimiento dental que requiera el consentimiento informado ¿con qué antelación se lo debemos dar?

La normativa no establece un plazo específico para ello, no obstante deberá de ser el necesario para que el paciente asimile en qué consiste la intervención y las consecuencias que se pudieran derivar de la misma, pudiendo en caso de que lo desee, revocar su consentimiento.

¿Se puede negar la presencia del acompañante durante la asistencia sanitaria? **NO**
MANUAL SOBRE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA del SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD: en la atención a los pacientes menores de edad, puede estar aconsejado que permanezcan solos en la sala donde se vaya a llevar a cabo la atención (p.e. en el gabinete dental) por beneficio de la intervención a realizar, no obstante sus progenitores o tutores tienen el DERECHO A ESTAR PRESENTES durante el tratamiento si así lo estiman oportuno.

¿Se puede realizar el tratamiento dental del menor si no está acompañado por sus padres o tutores legales? **SI**
Como regla general, se requiere el consentimiento del tutor legal a efectos de poder proporcionar tratamiento a un menor. Si bien, y para el caso en que el tutor legal no pudiera acompañar al menor, la persona mayor de edad que acuda a la cita deberá tener la autorización del tutor legal para dar consentimiento para el tratamiento. Si no tienen autorización para tratamiento la cita será reprogramada.

¿Se puede acceder a la historia clínica de cualquier persona? **NO**

El profesional sanitario no deberá acceder a la historia clínica de los pacientes con los que no le vincule dicha relación asistencial, teniendo en cuenta que los accesos a dichos datos serán monitorizados y auditados, conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

DISCUSIÓN

Es evidente que la presión legal de los pacientes se está incrementando en los últimos años. Debemos por tanto asumirlo e intentar adoptar las medidas que minimicen este riesgo o limiten sus consecuencias en caso de producirse.

BIBLIOGRAFÍA

- Póldoras normativas: Espacio AP Madrid. Salud Madrid.
- Ley Orgánica 8/85 de 3 de Julio



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

“RCP” DE LOS TRAUMATISMOS DENTALES

Cadenas Cuenca JC (SERMAS), Martín-Pero Muñoz L (SERMAS), Martínez Jiménez Mª N (SERMAS), Rodríguez Blanco Y (SERMAS), Cadenas Vacas G (Práctica privada).

JUSTIFICACIÓN

Debido al grado de conocimiento de los profesionales de la salud sobre el tratamiento de los traumatismos dentales (1); queremos concienciar de la importancia de la primera actuación tras un traumatismo dental y su seguimiento para disminuir las secuelas postraumáticas, por el coste económico y la importancia funcional, sociológica y psicológica de los traumatismos dentales en los pacientes.

OBJETIVOS

Incrementar el nivel de conocimientos de los profesionales de traumatismos dentales y facilitar la toma de decisiones mediante un esquema de tratamiento de los mismos, al ser un tema complicado para el profesional de la salud por la cantidad de variables que se deben tener en cuenta.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una revisión bibliográfica en Pubmed y Academy Google con el término de búsqueda “traumatismos dentales” en los últimos 8 años.

RESULTADOS	DEFINITIVOS		DECIDUOS	
	EXPECTANTE	TTO CONDUCTOS	RECOLOCAR	
AVULSIÓN	SI(ÁPICE ABIERTO)	SI(ENDODONCÍA) +ÁPICE CERRADO +60MINUT(FUERA BOCA)	NO	
L.INTRUSIVA	SI(ÁPICE ABIERTO) SI 2-3 ESPERAR REERUPCIÓN. SI NO REERUPCIÓN, TRACCIÓN ORTO +INTRUSIÓN 7 MM TRACCIÓN QUIRÚRGICA	SI (ENDODONCÍA) +ÁPICE CERRADO (-3)ESPONANEO 3-7MM ORTO (+7MM QUIRÚR	NO REPOSICIÓN SÓLO	EXODONCIA DESPLAZADO HACIA GERMEN
CONCUSIÓN	SI		NO	
SUBLUXACIÓN				
L.EXTRUSIVA	SI		ESPERAR REERUPCIÓN	EXODONCIA SI EXTRUSIÓN GRANDE
L. LATERAL	SI		SI + LEVE +MOVER CORONA HACIA PALATINO	NO +SEVERO +MOVER CORONA HACIA VESTIBULAR
FRACTURA RAÍZ	SI		EXO (SI QUEDAN RESTOS DEJAR)	
FRACTURA CORONA	NO AFECTA PULPA <input type="checkbox"/> SELLAR TÚBULOS <input type="checkbox"/> +RECONSTRUIR	AFECTA A LA PULPA <input type="checkbox"/> RECUBRIMIENTO DIRECTO <input type="checkbox"/> PULPOTOMÍA <input type="checkbox"/> APICIFORMACIÓN <input type="checkbox"/> REGENERACIÓN PULPAR <input type="checkbox"/> ENDODONCIA	NO AFECTA PULPA <input type="checkbox"/> SELLAR TÚBULOS <input type="checkbox"/> RECONSTRUIR	AFECTA PULPA <input type="checkbox"/> PULPOTOMÍA <input type="checkbox"/> PULPECTOMIA <input type="checkbox"/> EXODONCIA



CUANDO REDUCIMOS

- L. EXTRUSIVA
- L. LATERAL
- FRACTURA RADICULAR

TIEMPO FERULIZACIÓN

2 SEMANAS	4 SEMANAS	4 MESES o MAS
- LUXACIÓN EXTRUSIVA - AVULSIÓN (- 60 min)	- LUXACIÓN LATERAL - FRACTURA RADICULAR 1/3 APICAL - AVULSIÓN (+ 60 min)	- FRACTURA RADICULAR 1/3 CERVICAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdepeñas Morales J, Adanero Velasco A, Planells del Pozo P. Estado actual de los conocimientos sobre el manejo de los traumatismos de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Estudio piloto. Cien dent. 2016;13(2):113-122
2. Andreason JO, Lauridsen E, Ahrensburg SS. Dental Trauma Guide: a source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. Dent Traumatol. 2012 Apr;28(2):142-7. doi: 10.1111/j.1600-9657.2011.01059.x. Epub 2012 Jan 25.
3. Tratamiento en lesiones dentales traumáticas , Revisión bibliográfica actualizada.López-MarcosJF, García B, García Valle S. Acta Odontol. Venezol v.44 :3 Caracas dic. 2006.
- 4.Malgui-herrada LL,Hornández A.Traumatismos dentales en dentición permanente. Revista Estomatológica Herediana, 2012





II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

CONOCIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS PROFESIONALES ODONTOLÓGICOS

Martín-Pero Muñoz L (SERMAS), Martínez Jiménez M^a N (SERMAS), Martín Blázquez E (SERMAS), Rodríguez Blanco Y (SERMAS), Cadenas Vacas G (Practica privada).

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es valorar cuál es el conocimiento que tienen los profesionales de la odontología sobre la higiene de manos (HH) en las consultas.

METODOLOGÍA.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed con los términos *hygiene of hands in dentistry* limitando el periodo de tiempo a los últimos 5 años.

RESULTADOS

Solo se obtienen 5 artículos relacionados con el término de búsqueda.



RESULTADOS

A pesar de la importancia que tiene la HH para el control de la contaminación cruzada no hay muchas publicaciones que hagan referencia a la misma en el sector odontológico. Sin embargo, de las pocas publicaciones que se han encontrado se hace referencia a que se debe realizar intervención educativa continuada para reforzar el cumplimiento de la HH y que el conocimiento de las directrices CDC (Centros para el Control y la Prevención de las enfermedades) para HH se debe mejorar, también se pone de manifiesto que la presencia de elementos externos (como anillos) favorece la presencia de microorganismos potencialmente patógenos.

DISCUSIÓN

Debido al poco cumplimiento que los profesionales odontológicos para la realización de la HH es necesario reforzar las campañas de conocimiento y cumplimiento en los centros.

BIBLIOGRAFÍA

- Impact of Educational Intervention for Hand Hygiene on Dental Students' Knowledge, Attitude, and Bacterial Contamination Level on Hands. Lingawi H, Mather Y, Afifi L. J Contemp Dent Pract. 2017 Dec 1;18(12):1164-1172.
- Graphical Assessment Technique (GAT) - An Objective, Comprehensive and Comparative Hand Hygiene Quantification Tool. Kumar JK, Patthi B, Sigla A, Gupta R, Prasad M, Pandita V, Malhi R, Vashishtha V. J Clin Diagn Res. 2016 Aug;10(8):2C118-22. doi: 10.7860/JCDR/2016/18791.8371. Epub 2016 Aug 1.
- Hand hygiene in the dental setting: reducing the risk of infection. Fluenz MT. Compend Contin Educ Dent. 2013 Sep;34(8):624-7.





II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS DERIVACIONES AL PADI EN EL PRIMER TRIMESTRE DE VIGENCIA DEL MISMO EN 2017 Y 2018

Clemente Tejada L, Hernández Somonte E, Sanz Pascual E



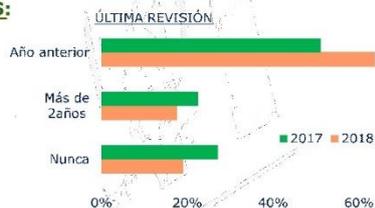
INTRODUCCIÓN:

- Los datos de la Encuesta del Estado de la Salud Bucodental en la Comunidad de Madrid en 2015/2016 revelan la presencia de un 38,22% de niños que a los 15 años presentan caries no restauradas. La implantación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI) supone una mejora en el acceso de una parte de la población a esos tratamientos.

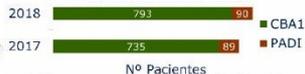
OBJETIVOS:

- Evaluar durante la vigencia del PADI la población total beneficiada por la implantación del programa y sus beneficios.

RESULTADOS:



CBA1/DERIVACIONES PADI EN TRIMESTRE DE ESTUDIO



COMPARATIVA PERIODOS 2017



DERIVACIONES PADI



METODOLOGÍA:

- Estudio descriptivo sobre la población infantil atendida adscrita a la USBD durante el primer trimestre de vigencia del PADI en 2017 y 2018 así como comparativa entre periodo PADI 2017 con periodo sin PADI del mismo año..
- Historia Clínica electrónica.
- Microsoft Excel.

CONCLUSIONES:

- Se observa un aumento del número de pacientes no incluidos previamente en programa con la entrada en vigor del PADI.
- número de pacientes nuevos en el inicio del PADI 2017 que decae con la renovación en 2018.
- Se mantiene constante la población que precisa derivación al PADI.
- La mayor necesidad de tratamiento en dentición definitiva corresponde a niños con 1-4 caries, en sentido decreciente de frecuencia.

DISCUSIÓN:

- Es necesario reevaluar a los pacientes para constatar un cambio en los hábitos que generaron la enfermedad, de lo contrario volverán a recaer.

BIBLIOGRAFÍA:

- Encuesta del Estado de la Salud Bucodental en la Comunidad de Madrid 2015/2016.



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

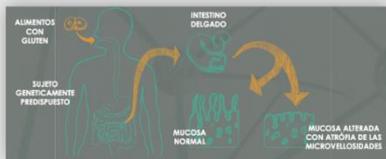
Comunidad de Madrid



ALTERACIONES ORALES RELACIONADAS CON LA CELIAQUÍA

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La celiacía es una compleja condición patológica que se manifiesta en sujetos genéticamente predispuestos y que afecta a la mucosa del intestino delgado como resultado de una intolerancia permanente al gluten. Se manifiesta con una forma clásica de síndrome de malabsorción intestinal.



Una gran mayoría pasa sin diagnosticar, ya que la sintomatología se presenta de una forma atípica con manifestaciones extraintestinales, entre ellas, defectos y alteraciones en cavidad oral.



SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES



40% DE LOS PACIENTES CELIACOS INFANTILES SON ASINTOMÁTICOS

OBJETIVOS

- ✓ Analizar los aspectos de la celiacía y la relación que tiene con las alteraciones dentarias en los pacientes infantiles.
- ✓ Describir el tipo de alteraciones dentarias en estos pacientes.
- ✓ Analizar la prevalencia de casos que presentan estas manifestaciones
- ✓ Darlo a conocer a los odontólogos para que lo tengan en cuenta como posible etiología de estas alteraciones dentales.
- ✓ Poder establecer programas preventivos y de detección precoz de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA



Revisión bibliográfica: Edades de los pacientes, Casos y controles, Porcentaje de niños con defectos de esmalte específicos, autores y lugar de estudio. De 2006 a 2016

MATERIAL Y MÉTODOS

- ✓ Revisión bibliográfica de los años 2006 a 2016.
- ✓ Bases de datos: PubMed, Medline y Google Académico.
- ✓ Se escogieron estudios de tipo longitudinal retrospectivos y prospectivos así como revisiones bibliográficas que relacionaban enfermedad celiaca y alteraciones dentarias para analizar la prevalencia de estas anomalías.

MANIFESTACIONES DE LA CELIAQUÍA

Tejidos **DUROS** intraorales

Retraso de la erupción

Frecuencia de caries

Defectos del esmalte dentario

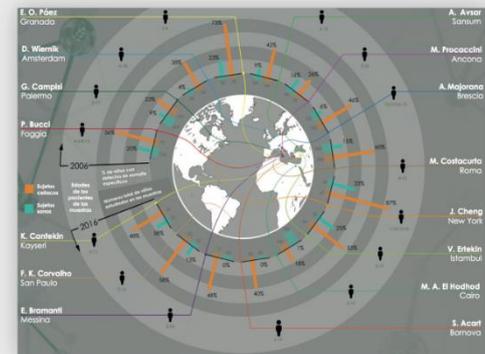
Tejidos **BLANDOS** intraorales

Úlceras aftosas recurrentes

Quelitis angular

Glositis atrófica

Manifestaciones orales de dermatitis herpetiforme



RESULTADOS

Este tipo de lesión fue descrita por primera vez en 1986 por I. Aine.

Se presentan de forma específica, de forma cronológica y simétrica en los cuatro cuadrantes. Se estableció una tabla para describir las lesiones según 4 grados de afectación de menor a mayor severidad (tabla 1). La relación entre lesiones en dentición temporal y celiacía es dudosa, ya que la formación de los dientes deciduos se desarrolla durante la fase intrauterina, pero se completa su calcificación a los 10-12 meses, en esta edad puede que los niños ya hayan tenido contacto con gluten.

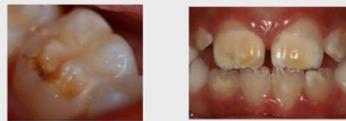


Tabla 1

GRADO	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Sin defectos	Esmalte brillante sin alteraciones cromáticas ni estructurales.
I	Defectos cromáticos	Opacidades simples o múltiples de color crema, amarillo o marrón con márgenes bien definidos. Superficie del esmalte sin brillo.
II	Defectos estructurales ligeros	Superficie del esmalte rugosa con estrías horizontales o fosas poco profundas. Ligeros opacidades o cambios de color. Superficie del esmalte sin brillo.
III	Defectos estructurales moderados	todo o parte de la superficie del esmalte rugosa y llena de estrías profundas horizontales, las cuales varían en anchura o llenan grandes fosas. Opacidades o cambios importantes de color.
IV	Defectos estructurales severos	La forma dentaria alterada: puntas de los cúspides afiladas y punteadas y/o los bordes incisales rugosos y oblicuos; el adelgazamiento del esmalte es evidente y fácilmente detectable y los márgenes de la lesión están bien definidos. Coloración muy alterada.

CONCLUSIONES

Hoy en día se sabe que el 51% de pacientes celiacos presentan hipomineralizaciones del esmalte en forma específica, como las descritas por I. Aine.

51%

Los defectos del esmalte son más frecuentes en niños y abarcan todas las denticiones: Temporal, mixta y permanente.

Aumenta el diagnóstico de formas de celiacía atípica gracias a las pruebas serológicas específicas y la particular atención en la nutrición de los niños.

El Grado I es el tipo de alteración más común y es un tipo de alteración cromática.

Las etiologías de estas alteraciones no son todavía confirmadas. Se necesitan otros estudios científicos y por eso siguen analizándose.



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

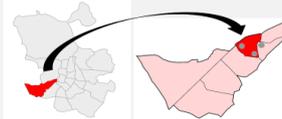
La prevención, el camino hacia la salud bucodental

INFORME LUCERO 2017: captación y refuerzo del PADI en una población infantil en riesgo de exclusión social

Autores: Tapias Perero V, Barrios Baños A, Polo Egido E, Alfaro Fernández Y, Pérez Lopesino I. Servicio Madrileño de Salud. DA Centro

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

- Vulnerabilidad= AUMENTO DE PROBLEMAS DE SALUD (1,2).
- Existen modelos de captación para aumentar reclutamiento, cobertura y fidelización de la población (3).
- Iniciativa conjunta de Gerencia Asistencial de Atención Primaria junto a Salud Pública en el distrito de La Latina con el fin de fomentar el conocimiento sobre el plan de atención dental infantil (PADI) entre la población.
- Modelo de captación pasiva en 3 colegios seleccionados. Se les invita a pedir cita en la Unidad de Salud Bucodental (USB) de este programa situada en el Centro de Salud Lucero (CS Lucero).



OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS:

GENERAL:

- Dar a conocer PADI entre escolares y sus familiares y realizarles revisiones bucodentales en el CS Lucero.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aumentar la asistencia a la USB de una población infantil específica, aumentando a su vez el índice de cobertura del servicio 107 de la Cartera de Servicios Estandarizada (CSE) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en el CS Lucero.
- Describir población y determinar la prevalencia de caries así como los índices de restauración en ambas denticiones.
- Derivar la patología bucodental tratable mediante el PADI.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DURACIÓN, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES : 25 días. 1 odontólogo, 1 higienista, 1 sillón dental, material informático, de apoyo y de exploración dental.

POBLACIÓN DIANA: 791 escolares entre 6 y 12 años de 3 colegios y los derivados de pediatría del mismo centro.

REVISIONES BUCODENTALES:

- Entrevista estructurada y exploración.
- Registro informatizado (AP-Madrid, Google Sheets) de variables socio – demográficas, estilo de vida y salud bucodental (sexo, edad, colegio, CAOD, cod, IR, ir, maloclusiones)
- Análisis estadístico (PSP). Estudio descriptivo o de prevalencias. hipótesis nulas "No existe relación entre las diferentes variables independientes y la presencia de caries y/o índices estudiados". Ensayos Chi-cuadrado.



RESULTADOS:



- Respuesta de colegios: 45,83% (NSL), 41,40% (AV) y 23,62% (BOL)

	Dentición temporal	Dentición definitiva
prevalencia caries	49,4%	23,9%
Índice cod	1,99	0,56
Índice restauración (ir)	20,46%	28,71%

43% con hábitos deletéreos y/o maloclusiones.

- 148 NECESIDAD TRATAMIENTO, 44 PADI.
- Relación entre prevalencia de caries dentición definitiva y SEXO. Niñas ORP: 2,2781 (1,3676-3,7946) frente a niños

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

LIMITACIONES Y VALIDEZ:



- > prevalencia de caries que en otros estudios disminuyendo la diferencia con la edad (4,5).



- Índices de restauración similares o algo inferiores.
- BUENA RESPUESTA de los colegios. Datos justifican la NECESIDAD DE MAYORES ESFUERZOS en estas poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fondo de resquequilibrio territorial 2017. Área de coordinación territorial y cooperación público social. Ayuntamiento de Madrid.
2. Jiménez R, Tapias-Ledesma MA, Gallardo-Pino C, Carrasco P, de Miguel AG. Influence of sociodemographic variables on use of dental services, oral health and oral hygiene among Spanish children. Int Dent J. 2004 Aug;54(4):187-92.
3. Pantaja T, Opiyo N, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Wiyongse CS, Herrera CA, Rada G, Peñaloza B, Dudley L, Gagnon M, Garcia Marti S, Orman AD. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No. : CD011086. DOI: 10.1002/14651858.CD011086.pub2
4. Encuesta de Salud Oral en España 2015: Bravo Pérez M et al. RCOE. Vol. 21, Supl. 1, junio 2016
5. Estado de la Salud Bucodental en la Comunidad de Madrid, 2015-2016. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Comunidad Autónoma de Madrid. 2017.



"II JORNADAS DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA"

Autor principal: Gondán Mena A, Segundo autor y correspondiente: Sánchez Garzón M, Jiménez Romero M, Amelia, Sánchez Garzón M R, Batista Gondán A.

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que el Cáncer es una enfermedad de la que cada año se diagnostican en España más de 228.000 nuevos casos y que en 2017 costó la vida a 109.425 personas.¹ A tenor de estos datos y en términos de salud pública nos parece un grupo poblacional suficientemente significativo a tener en cuenta. Conociendo que solo un 5% de los cánceres son de origen genético y que hay una gran incidencia multifactorial en el resto, consideramos que muchos pacientes podrían mejorar su estado de salud o las secuelas de estos tratamientos adquiriendo nuevos conocimientos.² El impacto de la alimentación y los cuidados de la cavidad oral están claramente documentados, sobre todo las secuelas como la mucositis.^{3,4,5}

OBJETIVOS

- 1.- Dado que los Agentes de Salud en especial en AP estamos muy cerca de los pacientes, si proporcionamos los conocimientos adecuados en cuanto a hábitos de alimentación durante esta etapa, podríamos minimizar las secuelas y mejorar la calidad de vida del paciente.
- 2.- El objetivo de este estudio consiste en impactar con la información más actualizada sobre los hábitos alimenticios y los cuidados más importantes de la cavidad oral en pacientes con Cáncer y en tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia.^{6,7,8}
- 3.- Actuar sobre las deficiencias que hemos encontrado en los cuestionarios realizados a Sanitarios de A.P.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han realizado búsquedas bibliográficas en las bases de datos PubMed, Cochrane Plus, y CINAH, y En guías de Sociedades Científicas. Es un estudio observacional descriptivo sobre hábitos alimenticios y cuidados de la cavidad oral para evaluar el nivel de conocimientos que posee un grupo de profesionales de Atención Primaria. Sesenta profesionales de la Salud elegidos aleatoriamente de la (dirección asistencial este, sur este y centro) de la Comunidad de Madrid. La duración de la recogida de datos fue durante el mes de septiembre del 2018. El Cuestionario contiene 11 ítems con 4 respuestas alguna de ellas con datos estadísticos:

1. ¿Le han informado alguna vez sobre los ventajas e inconvenientes de una buena alimentación en pacientes con Cáncer?
2. ¿Qué porcentaje aproximado de padecer un cáncer se debe a predisposición genética?
3. ¿La adherencia de diagnóstico de un cáncer es de:
4. ¿Una dieta adecuada, agónica y bajo peso corporal está asociado con una reducción del 33 % de mortalidad por cáncer en mujeres y un 20 % en hombres?
5. ¿El Instituto Nacional del Cáncer destaca que las evidencias de los suplementos de antioxidantes según el país varían en la prevención de cáncer?
6. ¿Existen suficientes evidencias científicas que demuestran que una vida activa puede proteger fundamentalmente frente al cáncer de colon y de mama?
7. ¿La xerostomía es un efecto secundario de la quimioterapia y/o radioterapia?
8. ¿Cuál recomendación para tratar las náuseas o vómitos tras el tratamiento de quimioterapia?
9. Para recordar la seguridad y aumentar la adherencia se recomienda:
10. ¿Que debe desaconsejar para paliar la mucositis?
11. Para tratar el sabor metálico en la boca se recomienda:

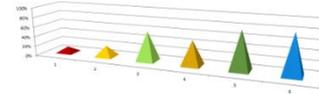


ONZCO UIDO Y APOYO A PACIENTES ON CÁNCER

RESULTADOS

A. El creciente incremento de pacientes con cáncer obliga a establecer criterios de intervención en dos campos: la prevención o cambios en el estilo de vida, con un plan de alimentación y actividad física.

- 1.- Este estudio nos indica que existe una relevante desinformación en cuanto al conocimiento de que solo un 5 % de los cánceres son de origen genético. Por lo cual no se tienen suficientemente en cuenta otros factores predisponentes para padecer un cáncer.
- 2.- Solo el 22% trataría adecuadamente el sabor metálico de la boca.
- 3.- De igual forma, aunque menos notable en comparación con la actividad física, un 60% de los encuestados conocen que una vida activa puede prevenir del cáncer de mama y de colon.
- 4.- Un 50 % de profesionales recomendarían colutorios con alcohol en pacientes afectados de mucositis, lo que agravaría los síntomas adversos en estos pacientes.
- 5.- El 78 % de los profesionales no tratarían de manera adecuada el sabor metálico de la boca.
- 6.- En contrapartida en cuanto a los conocimientos sobre el concepto de xerostomía, el 81.08 % trataría bien el síntoma.



DISCUSIÓN

1. Fortaleza del trabajo es:

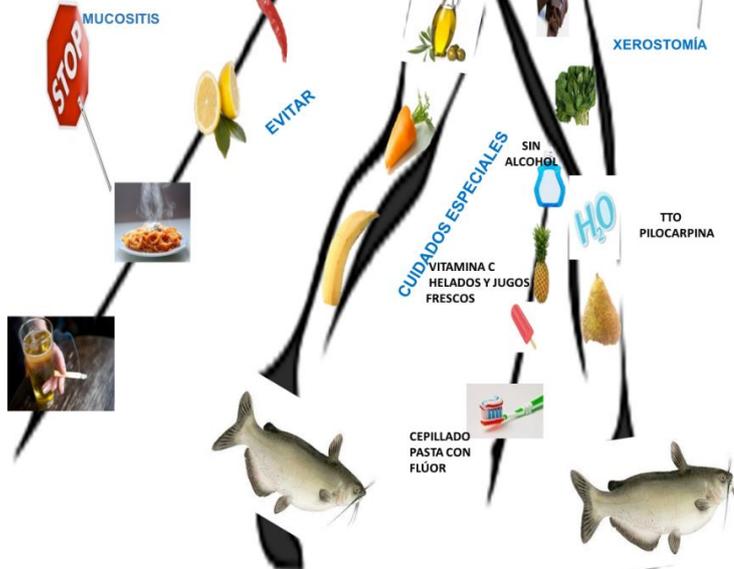
Nos facilitara poner marcha un protocolo que unifique criterios con todo el equipo multidisciplinar y poder informar a los pacientes que acuden a las consultas de AP. Y equipos de apoyo con mayor eficacia.

2. Debilidad de este estudio:

Al ser una muestra pequeña sería recomendable ampliar el estudio en varios centros y aumentar la muestra de este y ver si las deficiencias de estos conocimientos pueden ser extrapoladas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 según la SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2018.
2. Surveillance, Epidemiology, and End Results del NCI. Instituto Nacional del Cáncer 2015.
3. Complicaciones orales del cáncer y de su terapia. <http://www.meb.uni-bozn.de/cancer/espana/002904.html>
4. Fischer DS, Tish M, Durivage HJ. Assessment and management of organ system toxicity. In: Fischer DS et al. eds. The cancer chemotherapy handbook, 5th ed. St. Louis: Mosby, 1997: 502-12.
5. Ventafida V, Ripamonti C, Sbrana A, De Conno F. Mouth care. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1996: 434-47. chemotherapy. Seminars in Oncology 1998; 25(5): 538-51.
6. Ouyedde O, et al. (2014) Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data. *J Epidemiol Community Health*
7. Mohr SB et al. (2011) Serum 25-hydroxyvitamin D and prevention of breast cancer: pooled analysis. *Anticancer Res*
8. Geoffrey CK et al. (2015) Adherence to cancer prevention guidelines and cancer incidence, cancer mortality, and total mortality: a prospective cohort study. *Am J Clin Nutr*.





II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

Publicación de libro de talleres de salud bucodental en niños de 3 a 12 años

Autores: Orellana Cano, E., Orellana Cano, C., Rodríguez Escobedo, R., López Rueda L.



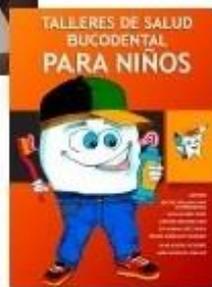
Justificación

Desde atención primaria uno de los objetivos que pretendemos es mejorar la salud oral de nuestros pacientes infantiles, un duro trabajo en el que no solo intervienen los profesionales sanitarios sino que están implicados todo el personal que forma parte del día a día del niño.

Debemos saber que la mejor manera de que un niño aprenda e incorpore hábitos de salud oral correctos es jugando.

Objetivos

Publicar un manual de talleres de salud bucodental para niños entre 3 y 12 años dirigido a cualquier persona que quiera ayudar a los niños a crear hábitos correctos



Material y Métodos

Después de muchos años trabajando en la salud oral de los niños, y realizando varios talleres, se propone la idea de publicar un libro que recopile algunos de los talleres realizados, enseñando a los padres, profesores o cualquier adulto que este cerca del niño a realizar juegos para enseñar unos hábitos de higiene dental adecuados

Resultados

En el año 2018 conseguimos la publicación de este libro de talleres.

- C. E. Orellana Cano, E. Orellana Cano, C. Rodríguez Escobedo, R. López Rueda L. "Talleres de Salud Bucodental para Niños". Editorial, Nueva Navarra (El Uruguayo) S.L. 2018.
- "Going to The Dentist First Experience" 2005. New York.
- "El libro del niño" NICHOLSON, GONZALEZ, 1997.
- "El libro del niño con el diente" María Navarro, Promoción de la Salud Bucal, Consejería de Sanidad-C. G. de Salud Pública, Talleres en papel, Madrid, 2015. DL: M4615-2015.
Proyecto educativo "Prevenir y mejorar" de la UCA de Sevilla.
Otro de ellos "La primera visita" adaptado por los autores.
Comité de colaboración de profesores educadores. Q. de atención a necesidades por parte de todos los profesores educadores grupales. NEA 11, Atención Primaria, Madrid, marzo 2007.



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

¿Podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes con SAOS?

Autores: Ordóñez Caso, E., Ordóñez Caso, C., Rodríguez Escobedo, E., López Recada E.M.

OBJETIVO:

Análisis comparativo del avance mandibular vs CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) en el tratamiento del Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño en pacientes adultos (SAOS).

MATERIA Y METODO:

Se realizó búsquedas en bases electrónicas como Pubmed (Medline), Cochrane library, Scielo. Para ello se utilizaron como palabras clave: "apnea", "treatment", "CPAP", "mandibular advancement". Se utilizaron como criterios de inclusión y exclusión la escala PICO.

GRUPO	GRUPO	MUESTRA	EFECTUADO	CONCLUSIONES
A11	HEMISO	HEMISO	CPAP	Se usó los datos de los estudios para SAOS, como grupo control CPAP y presentar ligeros resultados.
A12	HEMISO	HEMISO	CPAP	Se usó los datos de los estudios para SAOS, como grupo control CPAP y presentar ligeros resultados.
A13	HEMISO	HEMISO	CPAP	Se usó los datos de los estudios para SAOS, como grupo control CPAP y presentar ligeros resultados.
A14	HEMISO	HEMISO	CPAP	Se usó los datos de los estudios para SAOS, como grupo control CPAP y presentar ligeros resultados.
A15	HEMISO	HEMISO	CPAP	Se usó los datos de los estudios para SAOS, como grupo control CPAP y presentar ligeros resultados.

RESULTADOS:

Se encuentran 180 artículos, tras aplicar con nuestros criterios de inclusión (PICO) se seleccionaron con 21 artículos según escala SORT (Strength of Recommendation Taxonom). De los 21 encontrados, la revisión bibliográfica más centrada en nuestro objetivo son 4 catalogados como 1A de la escala SORT. Siempre que se compara como tratamiento para la apnea obstructiva del sueño el avance mandibular con el CPAP, se trata de niveles leve a moderados, en otros casos sería necesaria incluso la cirugía.

Pubmed (Medline), Cochrane library, Scielo ("apnea", "treatment", "CPAP", "mandibular advancement")

180

Se seleccionados según la escala SORT

21

1 A escala SORT

4

CONCLUSIÓN

Ambos tratamientos son efectivos, teniendo en cuenta que la mayoría son casos leve-moderados, mejorando su calidad de vida. Son necesarios más estudios que comparen muestras homogéneas.

1. Ordóñez Caso E, Ordóñez Caso C, Rodríguez Escobedo E, López Recada EM. ¿Podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes con SAOS? [Abstract]. II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria. 2019; p. 1-2.

2. Ordóñez Caso E, Ordóñez Caso C, Rodríguez Escobedo E, López Recada EM. ¿Podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes con SAOS? [Abstract]. II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria. 2019; p. 1-2.

3. Ordóñez Caso E, Ordóñez Caso C, Rodríguez Escobedo E, López Recada EM. ¿Podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes con SAOS? [Abstract]. II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria. 2019; p. 1-2.

4. Ordóñez Caso E, Ordóñez Caso C, Rodríguez Escobedo E, López Recada EM. ¿Podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes con SAOS? [Abstract]. II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria. 2019; p. 1-2.

5. Ordóñez Caso E, Ordóñez Caso C, Rodríguez Escobedo E, López Recada EM. ¿Podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes con SAOS? [Abstract]. II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria. 2019; p. 1-2.

6. Ordóñez Caso E, Ordóñez Caso C, Rodríguez Escobedo E, López Recada EM. ¿Podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes con SAOS? [Abstract]. II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria. 2019; p. 1-2.



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Lenguas Silva A.L.¹, Terán de Agustín A.I.², Pastor Ramos V.³

¹C.S. Sanchinarro, ²C.S. Alameda de Osuna, ³C.S. Alpes . SERMAS.

INTRODUCCIÓN y JUSTIFICACIÓN

Un número relevante de pacientes ambulatorios que acuden a la consulta dental de Atención Primaria reciben quimioterapia por cáncer u otros. Las infecciones agudas de origen dentario en estos pacientes alcanzan el 5,8% lo que supone una emergencia médica de obligado tratamiento. Es imprescindible conocer el manejo odontológico apropiado por lo que presentamos pautas para un correcto diagnóstico y evaluación del proceso y minimizar los efectos adversos y las complicaciones.

OBJETIVOS

Establecer pautas de atención odontológica al paciente oncológico durante el tratamiento quimioterápico intensivo o crónico.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en base de datos : Up to Date, Pubmed. Utilizando las siguientes palabras: Oral Toxicity Chemotherapy, Oral Management of Oncology Patients, Clinical Guidelines, Protocols oral cancer, Orofacial adverse effects. Prevention and Management of Oral Complications. Systematic Review; Meta-analysis.

RESULTADOS

Presentamos el siguiente resumen de recomendaciones para la práctica clínica (gráfico I):



1 HISTORIA CLÍNICA DETALLADA

- HISTORIA CLÍNICA del proceso oncológico: enfermedad, estadio y tratamiento. Contactar con su oncólogo si preciso.
- Para pacientes con NECESIDAD no aplazable de tratamiento dental (urgente) se realizará la intervención con mejor perfil riesgo/beneficio en cada caso.
- Debemos resolver la patología dentaria del paciente en tratamiento quimioterápico. NO TRATAR NO PUEDE SER UNA OPCIÓN.

- Preferir antibióticos bactericidas (amoxicilina c/s clavulánico, metronidazol).

3 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO CONSERVADOR

- Realizar tratamiento endodóntico (no en AP) completar la endodoncia al menos 7 días previos al reinicio de la quimioterapia (cicatrización apical).
- Conviene diferir las tartrectomías hasta la recuperación del sistema inmune.

- Se tratarán de la misma forma que en el paciente NO ONCOLÓGICO: Antimicóticos (utilizar miconazol o fórmulas magistrales de Nistatina con xilitol ya que la nistatina comercial presenta sacarosa como excipiente) y antivíricos.

5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Momento idóneo para la realización de la extracción: En ciclos de 21 días, en el centro del ciclo. En otros, 7-10 días antes de reinicio del ciclo para permitir mucosalización.
- En la urgencia, tratar y considerar con su oncólogo aplazar el ciclo si faltan < 7 días para el mismo. Considerar profilaxis antibiótica. (Tabla 1).
- Procurar, siempre que sea posible, el cierre primario de la herida.
- Las instrucciones de consejos POSTEXTRACCIÓN deben darse por escrito.

2 TRATAMIENTO MÉDICO de PROCESOS INFECCIOSOS ORIGEN DENTARIO

4 TRATAMIENTO PROCESOS INFECCIOSOS ORIGEN NO DENTARIO

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

Se necesita mayor investigación para realizar un PROTOCOLO consensuado del Manejo del Paciente Oncológico durante su Tratamiento Quimioterápico y Terapia de mantenimiento siendo necesaria la coordinación de especialistas. Esta Guía de Recomendaciones tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y minimizar las complicaciones bucodentales de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Galloway T, Amdur RJ. Management and prevention of complications during initial treatment of head and neck cancer. Up to Date 2018, Oct 18.
- Negrin R.S., Toljanic J.A. Oral toxicity associated with chemotherapy. Up To Date. 2018. Jan 18.
- The oral management of oncology patients requiring radiotherapy, chemotherapy and/or bone marrow transplantation. Clinical Guidelines. Updated 2012. The Royal College of Surgeons of England.
- Hong, C. H. L., Napeñas, J. J., Hodgson, B. D., Stokman, M. A., Mathers-Stauffer, V., Elting, L. S., ... Dental Disease Section, Oral Care Study Group, Multi-national Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)/International Society of Oral Oncology (ISOO). (2010). A systematic review of dental disease in patients undergoing cancer therapy. Supportive Care in Cancer, 18(8), 1007-1021. <http://doi.org/10.1007/s00520-010-0873-2>.
- PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Oral Complications of Chemotherapy and Head/Neck Radiation (PDQ®): Patient Version. 2016 Dec 16. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. Ava from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65725/>

Tabla 1 MANEJO ANTE UNA EXTRACCIÓN DENTARIA	PAUTA PROFILAXIS IGUAL A LA DE ENDOCARDITIS BACTERIANA
CATETER VENOSO CENTRAL	PROFILAXIS ANTIBIOTICA (Ab.)
NEUTROFILOS >2000	NO PROFILAXIS Ab.
NEUTROFILOS 1000-2000	CONSIDERAR PROFILAXIS Ab.
NEUTROFILOS < 1000	EXO. ÁMBITO HOSPITALARIO
PLAQUETAS < 60000	EXO. ÁMBITO HOSPITALARIO



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria
Comunidad de Madrid



Lactancia materna y salud bucodental: un punto de encuentro

Lamas Oliveira M*, Rosso C, Miegimolle Herrero M,
Caleya Zambrano AM, Ortega Luengo S
(Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud)

*marta.lamas@salud.madrid.org

JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna (LM) es considerada la forma más natural y adecuada de alimentar a un bebé desde su nacimiento. La OMS recomienda la LM en exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y hasta los dos años en combinación con la alimentación complementaria. La LM resulta beneficiosa para el correcto desarrollo de la cavidad bucal. Sin embargo, la prolongación de la lactancia se ha relacionado con la aparición de caries de la primera infancia, si bien con cierta controversia al respecto.

Puesto que la lactancia materna debe ser promovida por sus importantes ventajas para el desarrollo del niño en múltiples aspectos, es importante que los profesionales de la salud bucodental conozcan a fondo toda la influencia que esta forma de alimentación puede tener en nuestro campo y, buscando un punto de encuentro interdisciplinar, alienten también la lactancia materna introduciendo algunas recomendaciones para evitar posibles efectos perjudiciales.

OBJETIVOS

- Estudiar qué repercusiones tiene la LM sobre el desarrollo del sistema craneofacial, evaluando su influencia en la aparición de hábitos y en la aparición de maloclusiones, en especial en comparación con la lactancia artificial.
- Analizar si la LM prolongada, asociada o no a tomas frecuentes y/o nocturnas, puede constituir un factor de riesgo para la aparición de caries de la primera infancia.
- Evaluar cuáles son los métodos preventivos más eficaces frente a la caries temprana.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica del tema de estudio; para ello se hizo una búsqueda en la literatura científica de los últimos 15 años utilizando el buscador Pubmed. Se revisaron un total de 69 artículos en idioma inglés y español.



RESULTADOS

Lactancia materna y desarrollo craneofacial:

- La LM supone una excelente actividad funcional para el aparato estomatognático y contribuye al avance mandibular, a una adecuada configuración de los arcos dentarios y al correcto desarrollo de la musculatura oral por encima de la lactancia artificial.
- Los hábitos nocivos como la succión digital, el uso del chupete o la respiración oral son más frecuentes en los niños alimentados con lactancia artificial.
- La prevalencia de maloclusiones en dentición temporal (mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior, distocclusión) es mayor entre los niños que reciben lactancia artificial respecto a los alimentados con LM. Una LM de duración adecuada, e incluso si es prolongada en el tiempo, parece tener un impacto positivo en la prevención de maloclusiones.

Lactancia materna y caries de la primera infancia:

- La cariogenicidad de la leche materna resulta controvertida, pero aumenta cuando se da en combinación con una dieta rica en azúcares.
- La LM durante los primeros meses de vida resulta más favorable para la prevención de caries que la lactancia artificial.
- Sin embargo, la LM prolongada (más allá del año o año y medio de vida), sobre todo si el número de tomas es muy frecuente y especialmente si estas se dan durante la noche, hace que aumente el riesgo de aparición de caries de la primera infancia.
- La prevención resulta de vital importancia: visita precoz al odontopediatra, adecuada higiene oral con productos fluorados, control de dieta.
- Las lesiones incipientes pueden ser detenidas/reminerizadas mediante el empleo de productos fluorados y otros remineralizantes.



CONCLUSIONES

- La lactancia materna resulta muy positiva para el desarrollo craneofacial del niño.
- La LM en los primeros meses de vida resulta más favorable que la lactancia artificial en cuanto al riesgo de caries. Si se prolonga hasta edades más avanzadas, con múltiples tomas y especialmente si estas son durante la noche, el riesgo de caries de la primera infancia aumenta por lo que deben reforzarse las medidas de prevención.
- El odontólogo debe formar parte de los profesionales sanitarios que vean al lactante desde edades tempranas y alienten la lactancia materna, introduciendo el consejo y las técnicas preventivas que eviten cualquier efecto perjudicial desde el punto de vista odontológico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Henriquez MA, Palma C, Ahumada D. Lactancia materna y salud oral. Revisión de la literatura. *Odontol Pediatr* 2010; 18 (2): 140-152
2. Victora C G, Behl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Senkar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387: 475-90
3. Wong PD, Birken CS, Perkin PC, Vanu I, Chen Y, Schroth RJ, et al. Total Breast-Feeding Duration and Dental Caries in Healthy Urban Children. *Academic Pediatrics* 2017;17: 310-315.
4. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104: 62-84.
5. Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moynihan P, Rugg-Gunn A. Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges. *J Dent Res* 2018; 97(3): 251-258.



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

¿CUÁL ES EL RIESGO DE CARIES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID?

Valdepeñas Morales J.^{1,2}, Lenguas Silva A.L.^{2,3}, Sánchez Salgado M.P.⁴, Terán de Agustín A.I.⁵, Garcillán Izquierdo M.R.²

Centro de Salud Colmenar Viejo Norte¹, Sanchinarro², Jazmín³, Alameda de Osuna⁵.

Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid².

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La caries dental sigue siendo una de las enfermedades más frecuentes en España, y es prevenible. Según la última encuesta de salud bucodental de la Comunidad de Madrid (2015-2016), su prevalencia en dentición temporal (cohorte de 6 años) era del 36%, y la apreciada en dentición permanente aumentaba con la edad, observándose un 32% en la cohorte de 12 años. Por ello es fundamental aplicar el manejo moderno de la caries, que incluye un enfoque basado en la evidencia para conocer el riesgo individual del paciente a la misma, y así establecer las terapias preventivas y el tratamiento (Tto.) más específico para cada persona.



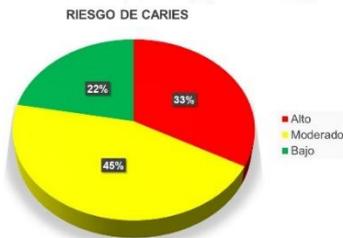
OBJETIVOS

- Determinar el riesgo de caries de los niños de la Comunidad de Madrid (CAM) que acuden a las Unidades de Salud Bucodental.
- Establecer los índices de salud oral de los pacientes infantiles.

METODOLOGÍA

Se empleó el protocolo CAMBRA modificado (Mateos 2013) para analizar el riesgo de caries de los niños (6-15 años) que acudieron a los Centros de Salud Jazmín (53 sujetos) y Alameda de Osuna (83). A su vez se analizaron los índices de salud oral CAOD, CAOS, CAOM, cod, cos, e Índice de restauración en dentición permanente (IR). Se empleó una técnica de muestreo consecutivo.

RESULTADOS



ÍNDICES DE SALUD ORAL

CAOD	0,35
CAOS	0,41
CAOM	0,31
cod	0,71
cos	1,23
IR	65%

VARIABLES MÁS OBSERVADAS

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO	INDICADORES DE ENFERMEDAD
Cepillado con pasta fluorada (F) al menos 1/día	Placa dental visible en dientes anteriores	Surcos teñidos
Adecuado flujo salival	Encía sangra fácilmente	Cavidades visibles
Otros métodos higiene oral	Fosas y fisuras profundas	Restauraciones últimos 3 años
Colutorio F diario	> 3 exposiciones cariogénicas entre comidas	Manchas blancas

PROTOCOLO PREVENTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

	Riesgo BAJO	Riesgo MODERADO	Riesgo ALTO
Revisiones (meses)	12	6	3
F Profesional	-	Gel o Barniz	Barniz
Selladores	-	Sí	Sí
Tto. remineralizante	-	Sí	Sí
Tto. conservador piezas cariadas	-	Sí	Sí
Cepillado 2 veces/día pasta F	Sí	Sí	Sí
Pastas de fosfato cálcico	-	-	Sí
Colutorio F diario	-	Sí	Sí
Asesoramiento preventivo	Sí	Sí	Sí

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Tanto el índice CAOD de nuestra muestra total como el de la última encuesta de salud oral de la CAM en la cohorte de 12 años son bajos, siendo el nuestro menor (0,35 respecto a 0,79), si bien es cierto que nosotros hemos tenido en cuenta un intervalo de edad mayor. El I.R. era ligeramente mayor en nuestra investigación (65% respecto a 56,96%). En relación a la dentición temporal, a pesar de que la encuesta de la CAM únicamente evaluaba a niños de 6 años, obtuvieron un cod más alto que nuestro estudio (1,23 respecto a 0,71). La utilización del método CAMBRA es una forma eficaz de evaluar y monitorizar el riesgo a padecer caries. Aplicando los protocolos preventivos apropiados en cada caso, se puede reducir la posibilidad de padecer esta enfermedad (Gaubá et al. 2016 o Cheng et al. 2015). De esta manera, lograremos mejorar la salud oral de la comunidad y dirigir adecuadamente los recursos y terapéuticas a los pacientes que acuden a los centros de salud, especialmente a aquellos con riesgo alto de caries dental.

BIBLIOGRAFÍA

- Valdepeñas Morales J, Lenguas Silva L, Mateos Moreno MV, Bratos Calvo E, Garcillán Izquierdo MR. Riesgo de caries en una población infantil según el protocolo CAMBRA. *Odontol Pediatr* 2018; 26: 2: 127-43.
- Mateos MV. Protocolo para el manejo de niños con alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. *Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral*. 2013. Disponible en: <http://sespo.es/wp-content/uploads/2013/03/Protocolo-SEPO-Actuacion-ennin%CC%83os-de-alto-riesgo-de-caries.pdf>
- Gaubá K, Goyal A, Mittal N. A CAMBRA Model For High Caries Risk. *Indian Children: A Pragmatic Comprehensive Tailored Intervention*. *J Clin Pediatr Dent* 2016 ;40 (1): 36-43.
- Cheng J, Chaffee BW, Cheng NF, Gansky SA, Featherstone JD. Understanding treatment effect mechanisms of the CAMBRA randomized trial in reducing caries increment. *J Dent Res* 2015; 94 (1): 44-51.
- Rodríguez E, García T, Sanz T, Villares JE, Lamas M, Mateos MV et al. Estado de salud bucodental en la Comunidad de Madrid 2015-2016. *Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid*. ISBN/ISSN 978-84-451-3615-7. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354647552718&language=es&pagina=ComunidadMadrid%2Festructura&site=ComunidadMadrid



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DEL MIH POR EL HIGIENISTA DENTAL

Peinado Peláez V, Carballo Tejeda V, Caleyá Zambrano AM, Gómez-Pardo VJuesca LD, Serrano Tenorio A
DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR

JUSTIFICACIÓN

La **Hipomineralización incisivo-molar** (MIH son sus siglas en inglés) se define como: "Lesión provocada por la hipomineralización del esmalte, de origen sistémico y diverso que afecta 1 a 4 primeros molares permanentes, frecuentemente asociado a lesiones en los incisivos superiores y/o inferiores permanentes."

Conjuntamente con las lesiones en el primer molar permanente, se pueden detectar lesiones en los incisivos superiores y más raramente en los inferiores. Puede observarse en la dentición decidua, en segundos molares primarios, siendo reconocida por las siglas HSMP (Hypomineralized Second Primary Molars). Se identifican lesiones hipomineralizadas con características y posible etiología similar a las descritas en las piezas permanentes.

Es muy importante un correcto diagnóstico precoz, ya que los dientes afectados por MIH especialmente los molares, pueden presentar sensibilidad a estímulos térmicos, químicos y mecánicos. En algunos pacientes la sensibilidad es tan alta que dificulta la higiene y provoca una mayor acumulación de placa, aumentando el riesgo de padecer caries.

OBJETIVO

Orientar a los Higienistas Dentales en el manejo de pacientes con MIH.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda de literatura actual existente sobre Hipomineralización Incisivo-Molar.

RESULTADOS

Una vez que el paciente acude a la consulta y es diagnosticado de dicha afectación, debemos poner en marcha una serie de medidas preventivas individualizadas, tales como:



DISCUSIÓN:

Es muy importante el enfoque preventivo cuando es diagnosticado MIH a edades tempranas, con el fin de intentar evitar, en la medida de lo posible, tratamientos restauradores más invasivos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Matsu-Maji K, Wright JT. Diagnosis and Treatment of Molar Incisor Hypomineralization. Compendium 2006; 27(11): 604-11.
- Wierthum KL, Jhaik B, Alilajus S. Molar-incisor hypomineralization. Caries Res 2001; 35:350-391.
- Gómez-Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Oral Pública. 2013.
- Mauzeres Cueto U. Revista Higienista Dentales. 2018; Nº 40.
- Jara MA, Díaz MJ, Vergara GC, Zafra SC. Frecuencia y severidad de la hipomineralización molar-incisal en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad de la Frontera. Int. Odontostomat. 2011; 15(2): 133-140.



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria





II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

PROGRAMA ESCOLAR: “HOY ME CEPILLO LOS DIENTES CON EL DENTISTA”

AUTORES

Riveiro Celada R, Pedrero Montuenga V, Moreno Serrano A.

INSTITUCIÓN

Servicio Madrileño de Salud. Unidad de Salud Bucodental Colmenar Viejo Norte

TIPO DE TRABAJO

Experiencia. Taller de cepillado dental en la aulas de los escolares de 1ª de primaria a cargo de la Unidad de Salud Bucodental de Colmenar Viejo Norte. Proyecto iniciado en el curso escolar 2015/2016 que va por su 4º edición actualmente.

OBJETIVOS

General:

Mejorar la salud bucodental de los escolares de 1º de primaria de los colegios del municipio e instaurar hábitos saludables que perduren en la edad adulta.

Específicos:

Aprender a diferenciar y elegir alimentos cario-saludables para el consumo en los almuerzos escolares.
Aprender y realizar técnica de cepillado dental adecuada a la edad.
Adquirir el hábito de cepillado tras las comidas.
Descubrir, la importancia de acudir a revisión bucodental una vez al año.

APLICABILIDAD

Aplicable a cualquier unidad de salud bucodental de la Comunidad de Madrid que quiera implementar el servicio de cartera 503 educación para la salud en centros educativos.

MATERIAL Y MÉTODO

Sesión educativa de 45- 60', en todos los colegios del municipio, dentro del curso académico.

Recursos necesarios:

Odontólogo e higienista dental.
Proyector/pizarra electrónica.
Video demostrativo de técnica de cepillado.
Kit de cepillado.
Fotocopias de planilla con ejemplos de almuerzos y meriendas cario-saludables.
Fotocopias de hoja informativa con la importancia de acudir a revisión a las unidades de salud bucodental.
Minipósteres y pósteres de la actividad.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Repaso de los alimentos que habitualmente traen los escolares de almuerzo.
Entrega de planilla de ejemplos.
Realización de taller de cepillado con entrega y uso del kit.
Entrega de una hoja informativa con la importancia de acudir a revisión.
Entrega a cada clase de un minipóster de la actividad y un póster al colegio.

CONCLUSIONES

Gran aceptabilidad y participación por parte de los colegios.
Compromiso de la Concejalía de Sanidad del ayuntamiento, tanto económico como de visualización.
Aumento de la implementación del cepillado dental después de las comidas.
Aumento de la visita y captación de niños en el programa de salud bucodental infantil.



Servicio Madrileño de Salud

Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

DESARROLLO DEL PROTOCOLO PREVENTIVO ONCOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA EXPERIENCIA DE 1 AÑO

ALBARES JIMÉNEZ, MT* ; MORA FERNÁNDEZ, MG* ; SÁNCHEZ CARBONÉ, MJ** ; MIÑARRO DEL MORAL, MJ* ; BERRIATUA ENA, M*
*USBD Sierra de Guadarrama, ** USBD Collado-Villalba Estación

ANTECEDENTES

La atención al paciente oncológico se viene realizando en todas las unidades de salud bucodental (USBD) del SERMAS sin un protocolo unificado.

Los dos protocolos existentes (DA Noroeste y DA Norte) difieren fundamentalmente en el ámbito de prestación la atención: Atención Primaria o Especializada.

En las USBD de Collado Villalba (Estación y Sierra de Guadarrama) se implantó un Protocolo Preventivo Odontológico (PPO) para pacientes Oncológicos de la esfera maxilofacial a partir de 2016. El PPO fue elaborado por las propias USBD, consensado con el Departamento de Cirugía Maxilofacial del Hospital General de Villalba y aprobado de la Dirección Asistencial (DA) Noroeste.

OBJETIVOS

- DESCRIBIR LA EXPERIENCIA TRAS EL PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO EN ATENCIÓN PRIMARIA;
- EVALUAR EL GRADO DE CONOCIMIENTOS DEL RESTO DE PROFESIONALES DE AP SOBRE EL PROTOCOLO;
- IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DE NUESTRAS USBD.

Tabla 1. Características de los casos identificados

CASO	1	2	3
EDAD	55	55	73
SEXO	MUJER	VARÓN	VARÓN
DIAGNÓSTICO	CECO	CECO	LINFOMA
INCLUSIÓN	USBD	USBD	USBD
FASE	DESPUES	ANTES	ANTES
PPO	NO	SI	SI (ONCO)



Caso 1: Mujer de 55 años, fumadora



Caso 2: Varón, antes y después de la intervención



CONCLUSIONES

El número de pacientes atendidos dentro de este protocolo es bajo si se tiene en cuenta la tasa de diagnóstico esperada en la USBD analizada (1 a 7 casos / año). La baja captación puede deberse a diferentes factores (Figura 1): infradiagnóstico, no derivación a AP tras la confirmación diagnóstica o falta de información a los pacientes o negativa del paciente. El tiempo requerido para realizar el seguimiento no supone alteración del normal funcionamiento de la USBD. Es necesaria una mayor difusión entre los profesionales implicados. Sería deseable disponer de un protocolo unificado para toda la Comunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villa A, Akintoye SO. Dental Management of Patients Who Have Undergone Oral Cancer Therapy. Dent Clin North Am. 2018 Jan;62(1):131-142.
2. Nadeau C, Kerr AR. Evaluation and Management of Oral Potentially Malignant Disorders. Dent Clin North Am. 2018 Jan;62(1):1-27.
3. Levi LE, Lalla RV. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer. Dent Clin North Am. 2018 Jan;62(1):121-130.
4. Irie MS, Mendes EM, Borges JS, Osuna LG, Rabelo CD, Soares FB. Periodontal therapy for patients before and after radiotherapy. A review of the literature and topics of interest for clinicians. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018 Sep;123(5):e524-e530.

MATERIAL Y MÉTODOS

a) Análisis descriptivo de los pacientes incluidos en PPO en una de las USBD donde está implantado. Son casos correspondientes al periodo octubre 2017 a octubre 2018. Las variables consideradas en el estudio son: vía de acceso al protocolo, información recibida sobre el protocolo, necesidades terapéuticas, tiempo asistencial necesario, satisfacción del paciente y áreas de mejora detectadas.

b) Para determinar el grado de conocimiento de los profesionales en relación al PPO se utilizó un cuestionario diseñado ad hoc. Dicho cuestionario fue distribuido entre los profesionales pertenecientes a los dos centros de salud donde están ubicadas las USBD, cubriendo todas las categorías salvo celadores.

RESULTADOS

En el periodo analizado sólo 3 pacientes figuran incluidos en protocolo en la USBD de Sierra de Guadarrama: una mujer edéntula y dos varones. La vía de captación ha sido la propia USBD (ningún paciente ha sido derivado del hospital). La exodoncia ha sido la necesidad terapéutica principal, junto a la aplicación de flúor. El tiempo de consulta precisado ha sido variable (primera visita entre 30-40 minutos, revisiones en 5-12 minutos). El nivel de satisfacción expresado por los pacientes es elevado.

En cuanto a la encuesta sobre grado de conocimiento del PPO, la tasa de respuesta ha sido inferior al 25% de los profesionales. Sólo dos de los encuestados dice conocer la existencia del protocolo y los conocimientos que expresan son adecuados.



Figura 1. Diagrama de flujo de pacientes Oncológicos según PPO y áreas de mejora detectadas



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



II Jornadas de Salud Bucodental en Atención Primaria

La prevención, el camino hacia la salud bucodental

SUPERAR RETOS: EXPERIENCIA CLINICA EN PACIENTE AUTISMO (TEA)

CRUZ VÁZQUEZ, S.; DE CASTRO LARÁ, P.; ORTEGA GONZALEZ, Mª D.; PÉREZ MERINO, Mª C.; MORA FERNÁNDEZ, G.



JUSTIFICACION :



El autismo es un trastorno neurológico, que lleva a los individuos afectados a un comportamiento diferente a lo típico.



Hipersensibilidad
Hiperselectividad



Difícil intervención

Los pacientes con TEA tienen mayores índices de ausencia y/o mala de higiene oral y de presentar patologías orales.

MATERIAL Y MÉTODO

4-7 AÑOS
Autismo.
Manchas oscuras dentición temporal

7 meses a 7 años (nocturno)
Autoregulación

No admite cepillado

Alimentación blanda hasta los 7 años.

- Desensibilizar al paciente.
- Realizar tratamientos dentales en caso de necesitar.
- Instaurar hábitos de higiene y prevención precoz.

Yo voy a la consulta dental.

- Dentición temporal.
- Mordida abierta anterior.
- Gingivitis.
- Sarro en todas las caras dentales.
- Ausencia de caries.

El acúmulo de placa y sangrado, junto con el dolor en la masticación, provoca rechazo por parte del niño a la alimentación sólida.

- Identificamos la necesidad de instaurar protocolo para iniciar y reforzar higiene oral en casa y preparación de futuras visitas a la consulta.
- Iniciamos protocolo de desensibilización al paciente para realizar tartrectomías trimestrales.

Instrumental odontológico y odontopediátrico.

Con el apoyo de : pictogramas, app en tecnología digital,...

App del tiempo

RESULTADO

- 4 años: Entrevista con los padres, sin el hijo.
- 5 años: Previo trabajo con pictogramas y prescripción ansiolítico por Pediatra. Limpieza dental con ultrasonidos, sujeción por parte del padre.
- 6 años: Admite cepillado de arcada superior (depósitos de placa inferior). Tartrectomía manual en arcada inferior.
- Protocolo de revisiones: Cada 3 meses, con el fin de avanzar hasta conseguir limpiar sectores posteriores y poder aplicar selladores.
- 7 años: Presenta buena higiene superior y sarro en dentición mixta inferior. Ausencia de caries. Abandono de ingesta nocturna biberón con cereales (3:00 am).

Antes: 16/12/16, 06/04/18, 14/09/18

Después

La coordinación y la implicación de la familia, del personal sanitario y terapéutico, es fundamental. Es posible la intervención precoz en pacientes TEA mediante protocolos con pictogramas para instaurar prevención, hábitos de higiene oral y disminuir la posibilidad de futuros tratamientos odontológicos /terapéuticos invasivos en consulta y evitar sedación o anestesia general.

AGRADECIMIENTOS:
• Ilustraciones Celina Wansze.
• PICTOTRADUCTOR Y ARASAAC. Todos los pictogramas usados en este póster forman parte de la colección ARASAAC, son propiedad del Gobierno de Aragón y han sido creados por Sergio Paliso, se publican bajo Licencia Creative Commons (BY-NC-SA).

BIBLIOGRAFIA:
• OMS (2018) CIE-11. Undécima Edición de la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Ginebra 2018.
• Gómez, B., Badillo, V., Martínez, E. M., Planells, P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cienc. dent., Vol. 6, Núm. 3, Diciembre 2009. Págs. 207- 215.
• <https://autismomadrid.es>

GRACIAS

SaludMadrid

Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria
Comunidad de Madrid

FOTOGRAFÍAS DE LA JORNADA



Colocando la cartelería la víspera de las jornadas



Con todo dispuesto. De pie y de izquierda a derecha: Dra. Laura Clemente Tejada; Dra. María Trinidad García Vázquez; Dra. María José Miñarro del Moral y Dr. José Ignacio Rosado Olarán. Sentados, y de izquierda a derecha: Dra. Isabel Calama Fraile; Dr. Fernando Marín García.



Salón de actos preparado para el evento.



Exposición de pósteres (parcial).



Los presidentes de los comités organizador (Dra. María José Miñarro del Moral) y científico (Dr. Fernando Marín García).



De izquierda a derecha. Dr. Fernando Marín García (Presidente del Comité Científico); Dra. María Jesús Miñarro del Moral (Presidente del Comité Organizador); Dr. Antonio Montero Martínez (Presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región); Dra. Marta Sánchez-Celaya del Pozo (Gerente Asistencial de Atención Primaria); Dr. Antonio Alemany López (Director General de Coordinación de Asistencia Sanitaria); Dr. José Enrique Villares Rodríguez (Director Asistencial Médico de la Dirección Asistencial Sur y Referente de Salud Bucodental de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria).



Inauguración de la jornada. De izquierda a derecha: Dra. Marta Sánchez-Celaya del Pozo; Dr. Antonio Alemany López; Dr. Antonio Montero Martínez. Presenta el acto Dr. Fernando Marín García.



Inauguración de la jornada. De izquierda a derecha: Dra. Marta Sánchez-Celaya del Pozo; Dr. Antonio Alemany López; Dr. Antonio Montero Martínez.



El salón de actos durante la inauguración de las jornadas.



De izquierda a derecha: Dr. José Enrique Villares Rodríguez; Dr. Fernando Marín García; Dra. Marta Sánchez-Celaya del Pozo. Al fondo Dr. Antonio Montero Martínez.



Conferencia inaugural a cargo de la Dra. María Victoria Mateos Moreno.



El auditorio durante la conferencia inaugural.



Mesa 1. De izquierda a derecha: Dr. José Enrique Villares Rodríguez (Director Asistencial Médico de la Dirección Asistencial Sur y Referente de Salud Bucodental de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria); Dr. Juan Ignacio Ropero Pires; Dr. José Ignacio Rosado Olan. En el estrado: Dra. María Victoria Mateos Moreno.



Conferencia a cargo del Dr. Juan Ignacio Ropero Pires



Conferencia a cargo del Dr. José Enrique Villares Rodríguez.



Animado descanso matutino.



Mesa 2. De izquierda a derecha: D^a Luisa Page Utrilla; Dr. Elías Rodríguez Alonso; Dra. Pilar Batalla Barrera.



Comunicación de la Dra. Mónica Miegimolle Herrero.



El auditorio durante las conferencias.



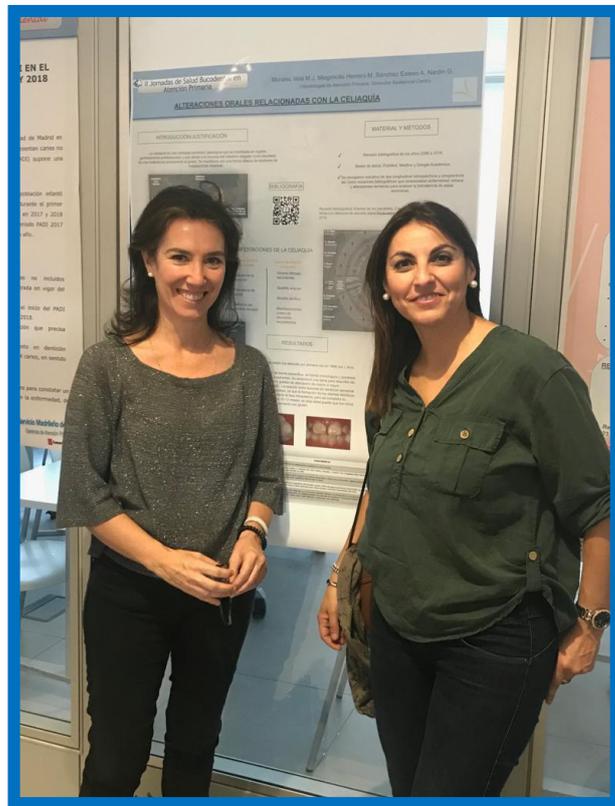
Dra. Pilar Batalla Barrera (vocal del Comité Organizador) en la sala de pósters.



Dra. María Teresa Alvares (izq,) junto con la Dra. María José Miñarro del Moral en la sala de pósters.



Dra. Arelis Godín Mena junto a su trabajo.



De izquierda a derecha: Dra. María Jesús Morales Vela y Dra. Almudena Sánchez Esteso, junto a su trabajo.



De izquierda a derecha: Dra. Marta Lamas Oliveira; Dra. Blanca Longás; Dra. Vanesa Pedrero; D^a. Eva García y D^a Maribel Hernández.



De izquierda a derecha: Dra. Verónica Illana Cruzado; D^a Raquel Alcaide Río; Dra. María Jesús Morales Vela y Dra. Almudena Sánchez Estesó.



Mesa de clausura. De izquierda a derecha: Dr. Fernando Marín García; Dr. José Enrique Villares Rodríguez y Dra. María José Miñarro del Moral.



Miembros de los Comité Organizador y Científico junto con el Referente de Salud Bucodental de la Gerencia de Atención Primaria al finalizar la jornada. De pie de izquierda a derecha: Dr. Juan Ignacio Roperio Pires; Dra. María Victoria Mateos Moreno; Dr. José Ignacio Rosado Olanar; Dr. Alberto Rodrigo Moya; Dra. Teresa Sanz Cuesta; Dr. Fernando Marín García; D^a. Miriam Martín Osuna; Dr. José Enrique Villares Rodríguez. Sentados de izquierda a derecha: Dra. María Trinidad García Vázquez; Dra. María José Miñarro del Moral; Dra. Pilar Batalla Barrera; Dra. Isabel Calama Fraile; Dra. Beatriz Orellana Cano; Dra. Laura Clemente Tejada.

COMUNICACIONES Y PÓSTERES PREMIADOS

Premio a la **mejor comunicación oral** a la Dra. Cecilia Godoy Velasco por su trabajo titulado “Manejo del comportamiento del paciente con trastorno de espectro autista (TEA) en el gabinete dental”.



Entrega el premio el Dr. José Enrique Villares Rodríguez
(Director Asistencial Médico de la Dirección Asistencial Sur y Referente de Salud Bucodental de la Gerencia Asistencial de A. P.)

Premio a la **segunda mejor comunicación oral** al Dr. Miguel Ángel Tapias Ledesma, por su trabajo titulado “Influencia de las variables sociodemográficas sobre la caries dental en los niños españoles”.



Entrega el premio el Dr. Fernando Marín García
(Presidente del Comité Científico).

Premio al **mejor póster** a la Dra. Ana Leticia Lenguas Silva por su trabajo titulado “Manejo odontológico del paciente en tratamiento de quimioterapia en Atención Primaria”.



Entrega el premio la Dra. María José Miñarro del Moral
(Presidente del Comité Organizador).

Título: II JORNADA DE SALUD BUCODENTAL. “LA PREVENCIÓN, EL CAMINO HACIA LA SALUD BUCODENTAL”

Edición: Mayo 2019

Edita: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA
UNIDAD DE APOYO

**Diseño /
Fotocomposición** Ana María Guevara Monge
Judit Sánchez Peña

Revisión texto: Alfonso Delso Medinilla
Fernando Marín García
María José Miñarro del Moral
José Enrique Villares Rodríguez

