



ATLAS DE SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA

Una llamada a la acción

EDICIÓN 2022

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Consejo General de Colegios de Dentistas de España.

I.S.B.N.: 978-84-123998-8-2

Depósito legal: M-17821-2022

Editorial:



GRUPO ICM DE COMUNICACIÓN
Avenida San Luis, 47. 28033 Madrid.
Tel.: 91 766 99 34 / www.grupoicm.es

Impreso en España / Printed in Spain.

ATLAS DE SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA

Una llamada a la acción

EDICIÓN 2022

PREFACIO



PROF. IHSANE BEN YAHYA

*Presidenta de la Federación
Dental Internacional (FDI).*

Las enfermedades bucodentales afectan a más de 3.500 millones de personas, lo que las convierte en las enfermedades no transmisibles (ENT) más prevalentes a nivel mundial. La carga de las enfermedades bucodentales sigue siendo inaceptablemente alta y va acompañada de marcadas desigualdades, tanto dentro de los países como entre ellos. Afecta desproporcionadamente a las personas de los países de ingresos bajos y medios, y a los grupos marginados. Miles de millones de personas no tienen acceso sostenido y asequible a la atención bucodental básica. Por lo tanto, los sistemas de salud bucodental de todo el mundo deben superar ciertos retos para garantizar la disponibilidad de unos servicios de salud bucodental equitativos, asequibles y accesibles para todos.

Una buena salud bucodental es un elemento esencial de la salud y el bienestar general. De hecho, la FDI define la salud bucodental como “multifacética” e incluye “la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, molestias o enfermedades del complejo craneofacial (cabeza, cara y cavidad bucal)”. Sin embargo, por desgracia, en muchos países la salud bucodental se ha aislado dentro de los sistemas sanitarios, separando la boca del resto del cuerpo.

La mayoría de las enfermedades bucodentales son prevenibles y pueden controlarse mediante la gestión de los factores de riesgo modificables que también son comunes a las demás ENT, incluyendo una dieta equilibrada y baja en azúcar, evitando el consumo de tabaco y alcohol, así como practicando una buena rutina de higiene bucodental. Esto solo puede lograrse mediante la promoción de entornos favorables para la salud y abordando también los determinantes sociales y comerciales subyacentes que impulsan los malos resultados sanitarios.

Por lo tanto, la FDI aboga por la integración de la salud bucodental en las estrategias nacionales de enfermedades no transmisibles y de atención primaria, incluyendo la incorporación de servicios esenciales de salud bucodental en el contexto de beneficios de



la cobertura sanitaria universal. También elogia a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su resolución histórica de 2021 sobre la salud bucodental, que fue seguida en mayo de 2022 por la adopción de la Estrategia Mundial de Salud Bucodental, que está fuertemente alineada con el propio informe de la FDI *Visión 2030: Ofrecer una salud bucodental óptima para todos*. Esto propiciará el desarrollo de un nuevo plan de acción global de la OMS, incluyendo un marco para el seguimiento de los progresos de los objetivos a alcanzar para 2030. De este modo, la comunidad de salud bucodental dispondrá de una plataforma para hacer que los gobiernos rindan cuentas de los compromisos adquiridos.

Sin embargo, el progreso global en la reducción de la carga de las enfermedades bucodentales solo puede lograrse a través de la acción a nivel local y nacional, y midiendo el impacto de dicho trabajo, por lo que este Atlas es una publicación clave. Los datos epidemiológicos a nivel de país que se presentan, ayudarán a supervisar el progreso a lo largo del tiempo y a garantizar la aplicación de estrategias eficaces basadas en la población.

La recopilación, el análisis y la posterior publicación de este trabajo es una tarea ingente y felicito al Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España por la relevancia y la oportunidad de esta publicación. Será una publicación de referencia no solo para los profesionales de la Odontología, sino también para los profesionales de la salud y la educación, los responsables políticos y la población española. Además, los datos sobre la calidad de vida de la población española y sobre el perfil de los profesionales y los tipos de práctica hacen de esta guía un documento que merece ser compartido más allá de las fronteras españolas.

La FDI se enorgullece de contar con el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España entre sus miembros y espera poder seguir trabajando juntos para abogar por una salud bucodental óptima y un bienestar general para todos.

PRÓLOGO



DR. ÓSCAR CASTRO REINO

*Presidente del Consejo General
de Dentistas de España.*

Creado en el año 1930, el Consejo General de Dentistas de España representa a más de 40.000 profesionales. Entre sus competencias se incluye la promoción del derecho a la salud bucodental de la población en nuestro país, reconociendo que es parte integrante y fundamental de la salud general y el bienestar.

En 2015, la Federación Dental Internacional (FDI) publicó un excelente Atlas sobre el desafío de las enfermedades bucodentales en el contexto mundial, obra que fue traducida al español bajo el patrocinio de este Consejo General. En este Atlas se presentan varios aspectos relacionados con la salud bucodental en España: datos epidemiológicos, hábitos saludables, factores de riesgo, desigualdad en salud oral y aspectos de la profesión dental en nuestro país. Además, incluye un importante apartado sobre nuestras propuestas, encaminadas a mejorar la salud bucodental de la población.

El Consejo General de Dentistas de España considera la salud bucodental como un derecho fundamental y estima que, por diversas razones, este aspecto importante de la salud general ha sido el gran olvidado de la Sanidad. Confiamos en que esta publicación pueda ayudar a sensibilizar acerca de la relevancia que tiene una óptima salud oral, así como en la toma de decisiones en políticas sanitarias.

Mis más sinceros agradecimientos a Oral B y Kukident por el patrocinio de este Atlas.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

- Dientes sanos toda la vida Pág. 9

2. ENFERMEDADES BUCODENTALES EN ESPAÑA

- Salud bucodental y salud general Pág. 15
- Caries dental Pág. 18
- Enfermedad periodontal Pág. 26
- La pérdida dentaria Pág. 30
- Cáncer oral Pág. 32
- Maloclusiones Pág. 36
- Traumatismos Pág. 38
- La articulación temporomandibular Pág. 41

3. LOS FACTORES DE RIESGO

- Azúcar Pág. 43
- Tabaco Pág. 45
- Alcohol Pág. 48

4. LOS HÁBITOS SALUDABLES EN ESPAÑA

- Hábitos de higiene bucodental Pág. 51
- Las revisiones periódicas Pág. 53
- La prevención Pág. 55

5. SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN ESPAÑA Pág. 57

6. SALUD ORAL Y DESIGUALDAD

- El gradiente social Pág. 59

7. LOS DENTISTAS EN ESPAÑA

- ¿Quiénes son? Pág. 63
- ¿Cuántos son? Pág. 64
- La evolución demográfica Pág. 66
- El perfil asistencial Pág. 67

8. LOS DESAFÍOS EN ESPAÑA

- Desafíos en educación Pág. 69
- Desafíos profesionales Pág. 71
- Desafíos en investigación Pág. 72

9. LAS RECOMENDACIONES

- Recomendaciones para una óptima
salud bucodental en España Pág. 75

10. UNA LLAMADA A LA ACCIÓN Pág. 79



INTRODUCCIÓN

La caries y la enfermedad periodontal son procesos extremadamente comunes y afectan a un elevado porcentaje de la población en España. Ambas patologías son consideradas crónicas y presentan un desarrollo normalmente lento. Lo más importante es que ambas son, en gran parte, prevenibles a través de autocuidados sencillos y revisiones periódicas con el dentista.

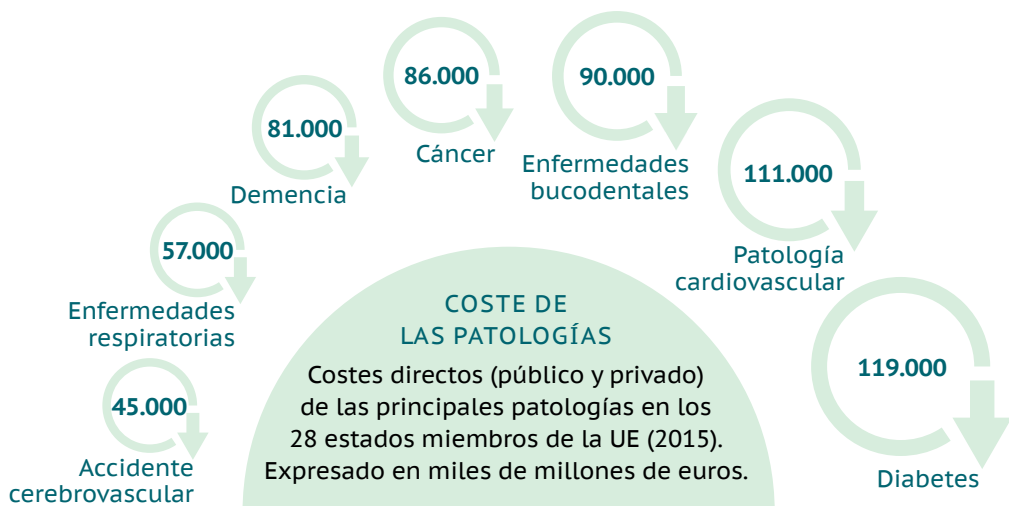
Es importante entender que la salud bucodental, la prevención de las patologías y aspirar a una óptima salud oral, es algo que empieza desde antes del nacimiento, con los consejos oportunos a la embarazada y a los futuros padres.

Cada etapa de la vida va acompañada de una serie de procesos fisiológicos orales, como es la erupción de la dentición primaria, su exfoliación posterior y la erupción de la dentición definitiva. En cada una de esas etapas es fundamental adoptar los hábitos y cuidados necesarios para superarla exitosamente en términos de salud bucodental.

Es fundamental transmitir que muchas de las patologías bucodentales son irreversibles, de ahí la trascendencia de los cuidados y la prevención a lo largo de toda la vida.

La conexión de la salud oral con la salud general es incuestionable y viene a reforzar la importancia del mantenimiento de una óptima salud oral.

El coste de la atención bucodental es sumamente elevado para las comunidades, otra razón importante para reducir este tipo de patologías. En la Unión Europea el coste de la atención bucodental solo es mayor para las patologías cardiovasculares y la diabetes.



● DIENTES SANOS TODA LA VIDA

Los dientes sanos, tanto temporales como permanentes, son importantes para la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida.

Una dentición sana es importante en todas las fases de la vida, ya que permite funciones esenciales como hablar, sonreír, socializar o comer. Los dientes ayudan a dar a la cara su forma individual. La dentición normal incluye 20 dientes primarios, los cuales serán reemplazados por 32 dientes permanentes. La erupción dentaria empieza entre 6-10 meses de vida y suele iniciarse por los incisivos inferiores. A la edad de 2 años y medio toda la dentición primaria se ha completado. Los dientes primarios sanos permiten mantener el espacio para sus sucesores permanentes que se están desarrollando en el hueso subyacente. La pérdida prematura de los dientes primarios por caries o traumatismos muchas veces origina una pérdida de espacio para los sucesores y

BOCA SANA PARA TODA LA VIDA

El desarrollo de la dentición		
 6 MESES Los dientes temporales empiezan a erupcionar.	 2,5 AÑOS Todos los dientes temporales superiores e inferiores han erupcionado.	 6 AÑOS Los dientes permanentes empiezan a erupcionar.
Hábitos saludables		
● Iniciar la limpieza con la erupción del primer diente. Los biberones con bebidas azucaradas o jugos de frutas pueden causar caries temprana, por lo que es mejor tomar agua. 	● Los niños pueden iniciar su cepillado supervisado dos veces al día con una pequeña cantidad de pasta fluorada (del tamaño de un guisante). Las revisiones con el dentista deben empezar cuando cumpla el primer año. 	● Establecer buenos hábitos dietéticos, limitando la cantidad y la frecuencia de ingestas azucaradas. ● Desarrollar un hábito saludable de por vida con el cepillado de los dientes, al menos, dos veces al día con pasta fluorada. 

puede llevar a multitud de problemas en la dentición permanente. Unos dientes primarios afectados por caries son también un factor de riesgo para la caries en los dientes permanentes que vayan erupcionando.

En torno a los 6 años de edad, erupcionan los incisivos permanentes inferiores y los primeros molares permanentes. El periodo de transición de la dentición primaria a la permanente se desarrolla entre los 6 y 12 años de edad. A los 21 años de edad han erupcionado los 32 dientes permanentes. Durante la vida, los dientes y los tejidos orales se ven expuestos a muchos factores ambientales que pueden originar patologías o incluso la pérdida dentaria. La caries y la enfermedad periodontal son las patologías bucodentales más comunes, a pesar de ser prevenibles. Unos autocuidados apropiados, así como los cuidados profesionales combinados con un estilo de vida saludable, evitando riesgos, como un consumo excesivo de azúcares o de tabaco, permiten mantener una dentición funcional a lo largo de la vida.



12 AÑOS

La mayoría de los dientes permanentes han erupcionado.



21 AÑOS

Los terceros molares (muelas del juicio) son los últimos en erupcionar.



- Empezar a usar protectores bucales al practicar deportes de contacto.

- Evitar el consumo de tabaco y alcohol, y moderar el consumo de azúcar.

- Una correcta higiene oral y unos buenos hábitos saludables, junto a las revisiones periódicas con el dentista, ayudan a evitar las caries y la enfermedad periodontal. Las embarazadas requieren de cuidados específicos.

- La boca seca, resultado de una disminución de la producción de saliva, puede incrementar el riesgo de sufrir enfermedades. Las revisiones periódicas con el dentista ayudan a mantener una boca sana y una buena calidad de vida.





ENFERMEDADES BUCODENTALES EN ESPAÑA

Las enfermedades bucodentales afectan a un área limitada del cuerpo, pero sus consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera global. La Federación Dental Internacional (FDI), en su documento *Visión 2020*, define a la salud oral como “polifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial”. Esta definición se complementa con el reconocimiento de que la salud bucodental es parte integral del derecho a la salud y, por lo tanto, se convierte en uno de los derechos básicos incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, adoptada por todas las naciones.

La alta carga de las enfermedades bucodentales continúa siendo un reto de salud pública subestimado por la mayoría de los países en el mundo. Las enfermedades bucodentales son muchas veces invisibles y ocultas o han sido aceptadas como una consecuencia inevitable de la vida y el envejecimiento. En este sentido, existe una clara evidencia de que las enfermedades bucodentales no son inevitables, pero pueden ser reducidas y prevenidas a través de métodos sencillos y efectivos en todas las etapas de la vida, tanto a nivel individual como colectivo.

Se sabe que la caries no tratada es la condición más prevalente de entre los 291 procesos estudiados entre 1990 y 2010 en el marco del *Estudio internacional sobre la carga de las enfermedades*. Se trata de la estimación más autorizada de las cargas de las enfermedades y sirve de base para la planificación sanitaria y la asignación de los recursos. La periodontitis severa, cuya prevalencia mundial se estima que afecta al 5-20% de la población, es considerada la sexta condición más común. El cáncer oral ocupa el décimo puesto entre todos los cánceres.

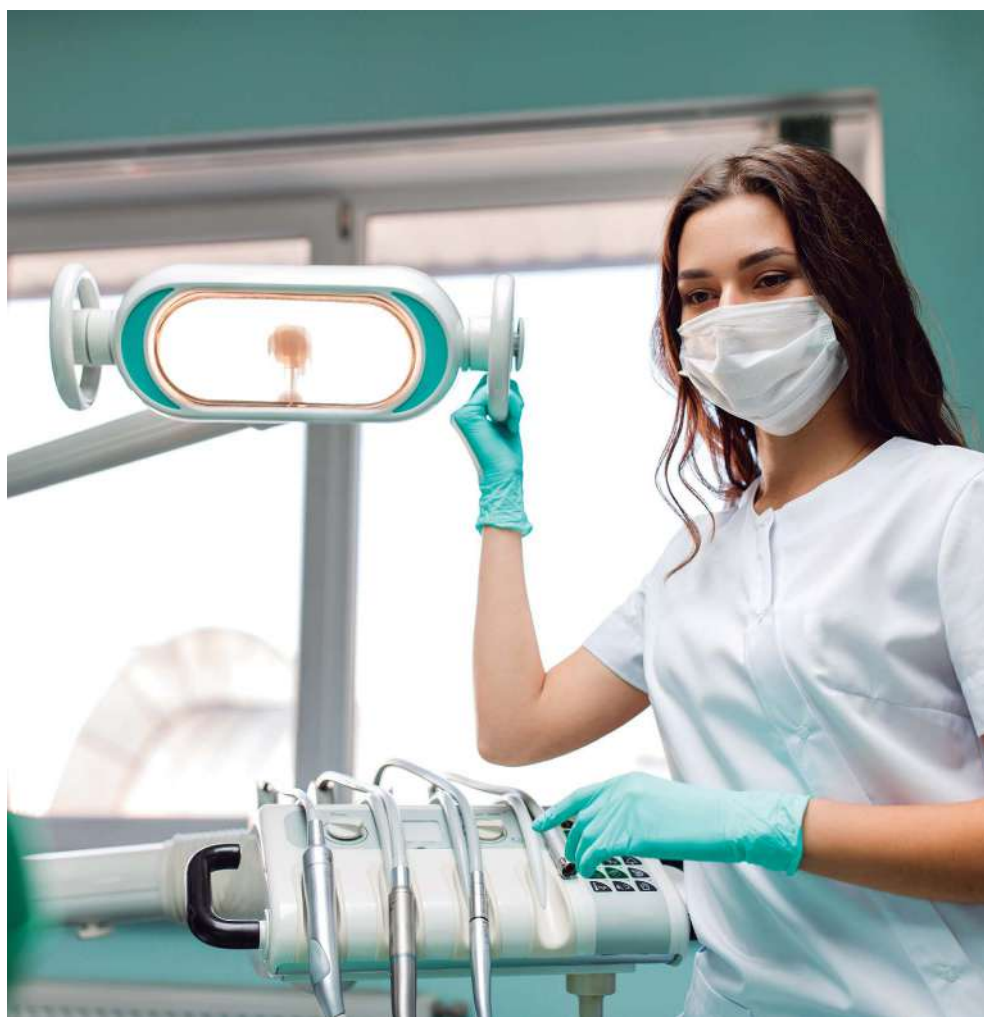
Uno de cada 500 o 700 nacidos presenta labio leporino o fisura palatina. Los traumatismos orales o faciales, asociados a un entorno inseguro, deporte o violencia, suponen un alto peaje en la población infantil y adolescente.

Estos ejemplos ilustran la alta carga de las enfermedades bucodentales que afligen a

la humanidad y que requieren de un enfoque comunitario, tanto a nivel de prevención como de acceso a los cuidados apropiados. Los numerosos vínculos existentes entre la salud bucodental y la salud general, particularmente en términos de factores de riesgos y otros determinantes compartidos, son la base para una mayor y más estrecha integración de la salud bucodental y general.

“La salud bucodental es esencial para la salud general y la calidad de vida”.

Ficha técnica sobre salud bucodental, OMS 2012.



● SALUD BUCODENTAL Y SALUD GENERAL

La salud bucodental y la salud general están íntimamente relacionadas y deben ser consideradas de manera conjunta.



La salud bucodental engloba mucho más que la salud de los dientes o los aspectos estéticos de la sonrisa. Las interrelaciones entre salud bucodental y salud general son numerosas y están ampliamente avaladas por numerosos estudios: ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas

y metaanálisis. La base de datos de *Cochrane Oral Health* recopila abundante evidencia de ejemplos de estas asociaciones.

Los estudios realizados en pacientes diabéticos muestran una clara asociación bilateral entre la diabetes mellitus y la enfermedad periodontal. En los diabéticos se incrementa el riesgo de sufrir patología periodontal. A su vez, la presencia de periodontitis es un factor limitante porque dificulta el control de la glucemia.

Del mismo modo, existe evidencia científica para la asociación entre una mala salud oral y un mayor riesgo de sufrir patologías cardiovasculares. Se ha comprobado que la pérdida dentaria, indicador del deterioro bucodental como resultado de la caries y de la enfermedad periodontal, se relaciona con un mayor riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca, patología aterosclerótica y mortalidad por causa cardíaca.

Muchas de las patologías bucodentales comparten los mismos factores de riesgo con patologías sistémicas. Es el caso, por ejemplo, del hábito tabáquico, del consumo excesivo de alcohol o de la dieta inapropiada. Es imprescindible incorporar el enfoque de Factores de Riesgo Comunes (FRC) en beneficio de la salud oral y general.

La visión de la FDI de “liderar el mundo hacía una salud bucodental óptima” requiere un cambio desde el modelo curativo predominante actual, enfocado a los servicios clínicos individuales del paciente, hacía intervenciones preventivas e integradoras a nivel poblacional.

Habib Benzian Epidemiólogo.Consultor científico FDI.



ALGUNAS ASOCIACIONES ENTRE SALUD BUCODENTAL Y SALUD GENERAL

DEMENCIA

La inflamación crónica gingival aumenta el riesgo de la enfermedad de Alzheimer.

ENFERMEDADES RENALES

Los problemas renales son más frecuentes en adultos que han perdido sus dientes.

MIGRAÑA

Algunas migrañas se relacionan con bacterias presentes en la boca.

DIABETES

Los diabéticos son más propensos a padecer caries y enfermedad periodontal. Del mismo modo, la enfermedad periodontal empeora el control de la diabetes.

GLAUCOMA

La pérdida dentaria y la enfermedad periodontal incrementan el riesgo de lesión del nervio óptico.

ARTRITIS REUMATOIDE

Tanto la caries activa como la enfermedad periodontal aumentan el riesgo de artritis reumatoide.

INFECCIÓN RESPIRATORIA

Las bacterias orales incrementan el riesgo de problemas respiratorios.

REFLUJO GÁSTRICO

Los ácidos del estómago pueden causar una severa erosión en el esmalte de los dientes.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La inflamación crónica periodontal aumenta el riesgo de problemas cardiovasculares.

PARTO PREMATURO

Tener las encías sanas disminuye el riesgo de tener un parto prematuro.

El envejecimiento de las poblaciones (y nuestro país es un ejemplo paradigmático) originado por el incremento de la esperanza de vida y el descenso en la natalidad hace que, cada vez más, el dentista tenga que enfrentarse a una tipología de pacientes más compleja. Los adultos mayores, con unos requerimientos de atención bucodental muy específicos, a menudo con patologías sistémicas concomitantes y polimedicados, requieren de un abordaje protocolizado. Las interconsultas entre el dentista y el médico son cada vez más frecuentes y habituales.

Esta estrecha relación bidireccional entre salud bucodental y salud general, así como su impacto en la salud individual y en la calidad de vida, proporciona una sólida base conceptual para un enfoque integrador de la salud oral en la salud general.

IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES

ADAPTADO DE DALY ET AL. 2013



● CARIES DENTAL

La caries sin tratar es la enfermedad crónica más común y es debida a la exposición al azúcar, entre otros factores de riesgo, a la falta de prevención efectiva, así como a un uso limitado a los cuidados bucodentales.

LA CARGA DE LA ENFERMEDAD

La caries dental es la enfermedad crónica más extendida en el mundo y constituye un reto importante en salud pública. Es la enfermedad más frecuente de la infancia, pero afecta a todas las edades a lo largo de la vida. Los datos actuales muestran que la caries no tratada en dientes permanentes tiene una prevalencia global (promediando todas las edades) del 40% y representa la condición más frecuente de los 291 procesos analizados en el *Estudio internacional sobre la carga de las enfermedades*. La caries no tratada puede dificultar comer y dormir, puede tener impacto en el crecimiento del menor y es la causa principal de absentismo escolar y laboral.

En España se dispone de 6 grandes estudios realizados con metodología OMS en los años 1994, 2000, 2005, 2010, 2015 y 2020. Todas estas *Encuestas de salud oral* han sido patrocinadas por el Consejo General de Dentistas de España. Los únicos datos disponibles del Ministerio de Sanidad a escala nacional se remontan al año 1982.

EL PESO DE LA CARIES

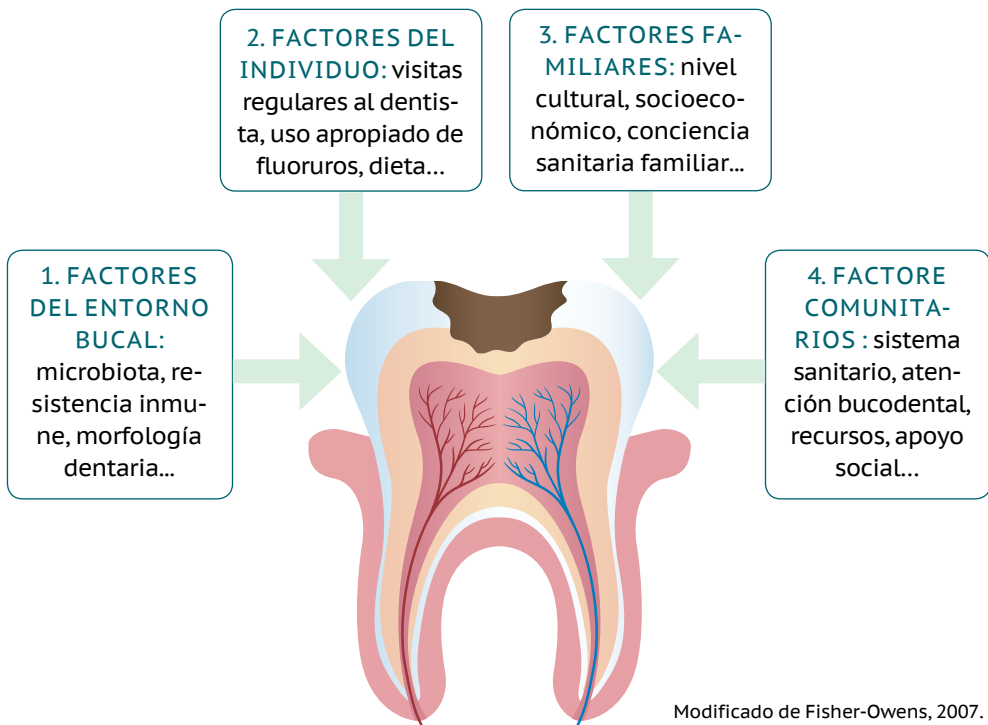
Cuando se analizan los datos del peso relativo de la caries en nuestro país, comparándolos con el que tienen otras enfermedades comunes, se puede observar que, en términos de prevalencia, la caries ocupa la primera posición. A pesar de ello, y de las consecuencias sanitarias, económicas y de las repercusiones sobre la calidad de vida, el propio modelo de asistencia (eminentemente privado) hace recaer la responsabilidad de la patología y su tratamiento a nivel individual.





LA CARIES: ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL

En la caries intervienen múltiples factores. Algunos pertenecen al entorno bucal, como la microbiota bacteriana, la resistencia del huésped a la desmineralización o la morfología de la figura. Otros factores se corresponden con el propio individuo: grado de utilización de los servicios dentales, consumo apropiado de fluoruros y dieta. En tercer lugar, existen influencias a nivel familiar: nivel cultural, nivel socioeconómico, nivel de conciencia sanitaria, etcétera. Finalmente, el cuarto grupo de factores recae en el ámbito comunitario: características del sistema sanitario, organización de los cuidados de atención bucodental, grado de protección, etcétera.



LA CARIES EN ESPAÑA

Los últimos datos disponibles corresponden al año 2020.

La caries infantil

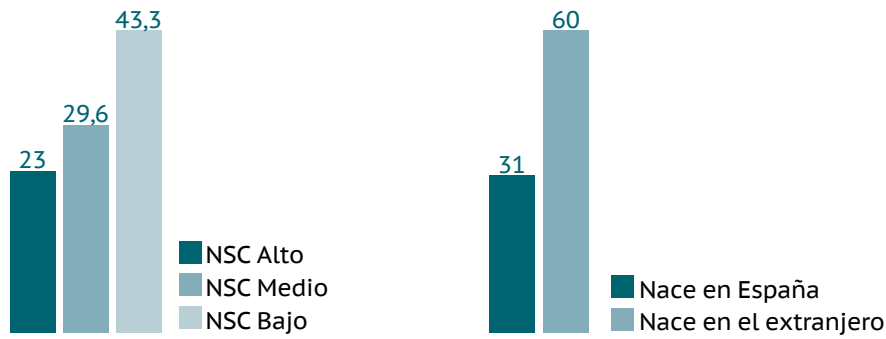
Un tercio de los menores de 6 años presenta caries, lo que representa unos 850.000 niños y niñas afectados que acumulan cerca de 4 millones de dientes temporales con caries. De cada 4 dientes primarios con lesión de caries, solamente uno ha recibido el tratamiento oportuno.



La influencia de las variables en la caries infantil

El género no influye en la caries infantil en nuestro país, a diferencia del nivel socioeconómico y el origen de procedencia del menor. En los niños que pertenecen a un nivel social alto, la prevalencia de caries es del 23%, frente al 43% en niveles sociales más deprimidos. Del mismo modo, los menores nacidos en España tienen la mitad de prevalencia de caries que los que lo han hecho en el extranjero.

Prevalencia de caries

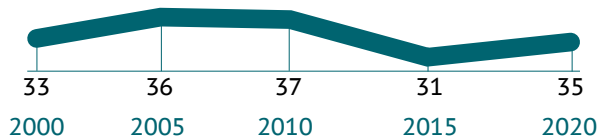




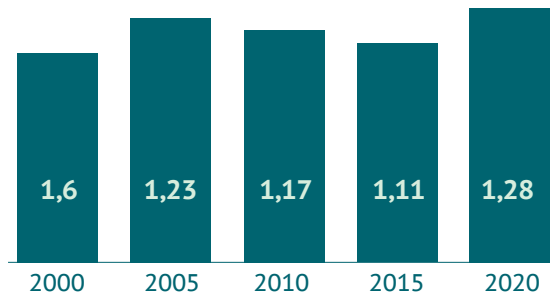
La evolución de la caries infantil (2000-2020)

Tanto la prevalencia de caries en la dentición temporal, como el porcentaje de lesiones tratadas del total de caries, ha permanecido constante a lo largo de estas dos décadas. Ello refleja la poca trascendencia que se le da a la dentición primaria en nuestro país.

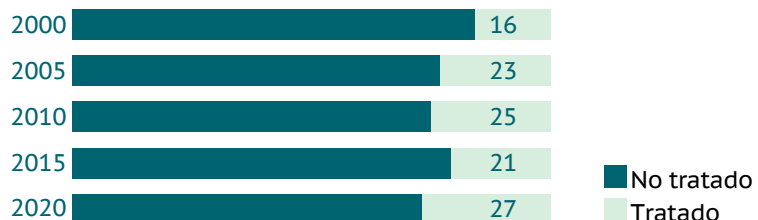
Evolución de la prevalencia de caries 2000-2020



Evolución de los índices de caries en dentición temporal 2000-2020



Evolución del índice de restauración en dentición temporal 2000-2020



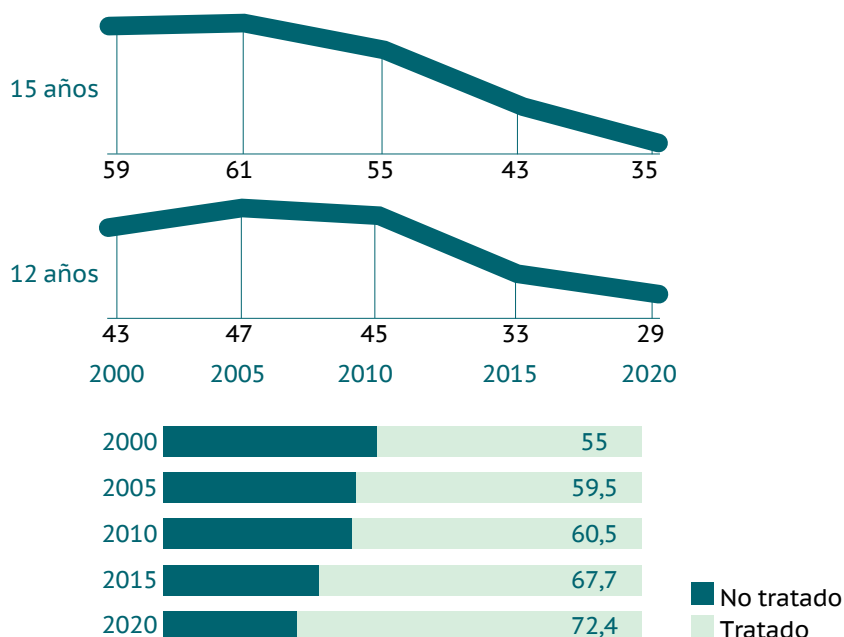
La caries en adolescentes

Un tercio de los adolescentes presenta caries, lo que representa 1,3 millones de jóvenes que acumulan 2,4 millones de dientes permanentes afectados. De ellos, el 30% no ha recibido tratamiento.



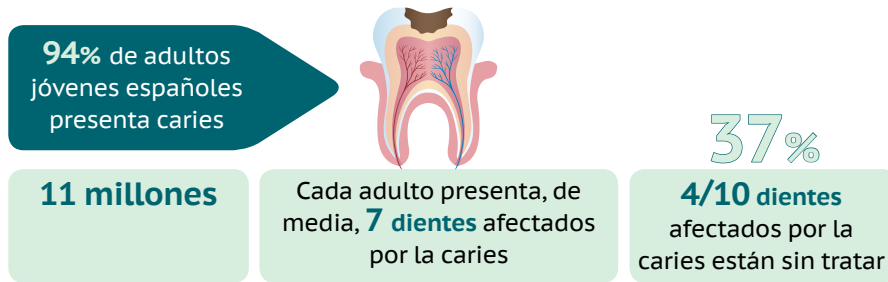
La evolución de la caries en adolescentes (2000-2020)

La prevalencia de caries en los adolescentes se ha reducido muy considerablemente en este periodo, en torno a un 35-40% dependiendo del grupo etario. Asimismo, asistimos a un incremento notable del índice de restauración. Si hace 20 años solo estaban restauradas el 55% de las lesiones, en la actualidad, 7 de cada 10 lesiones han recibido su tratamiento.



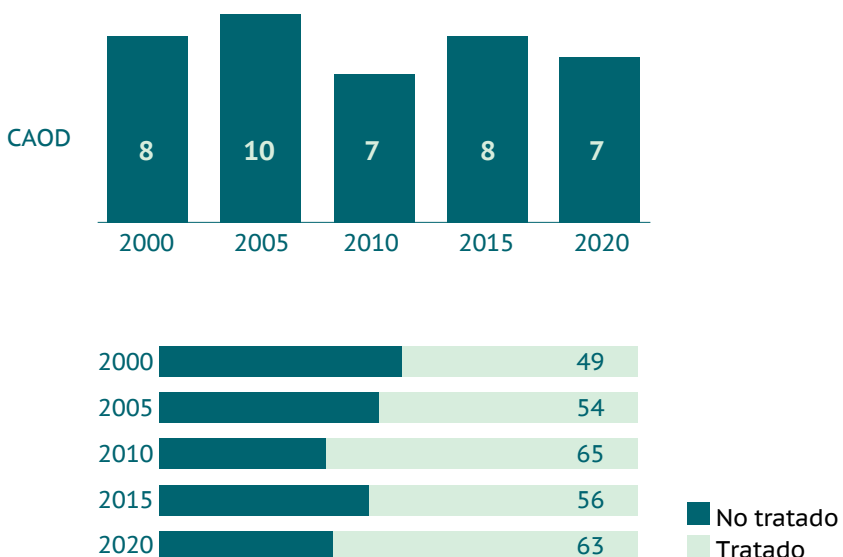
La caries en el adulto joven (35-44 años)

El 94% de los adultos jóvenes en España presenta caries, lo que representa unos 11 millones de sujetos de entre 30-50 años de edad. Cada adulto joven tiene, en promedio, 7 dientes afectados por la caries. De ellos, el 40% se encuentra sin tratar.



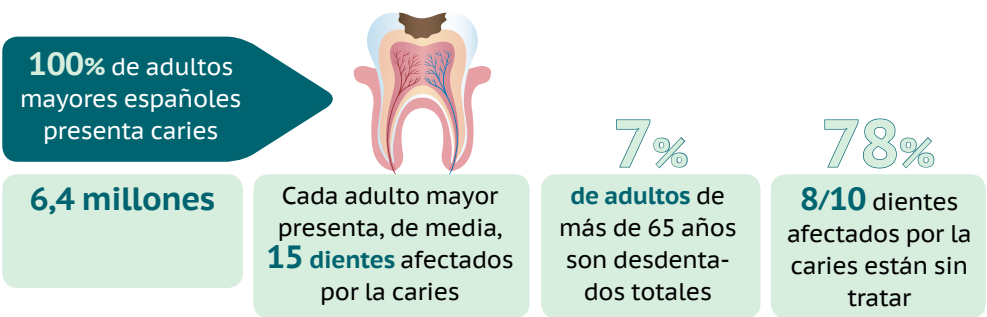
La evolución de la caries en el adulto joven (2000-2020)

El índice de caries (CAOD) que representa la suma de dientes cariados, obturados y ausentes ha disminuido en 1 punto promedio en estos 20 años y el índice de restauración ha pasado del 49% (2000) al 63% (2020).



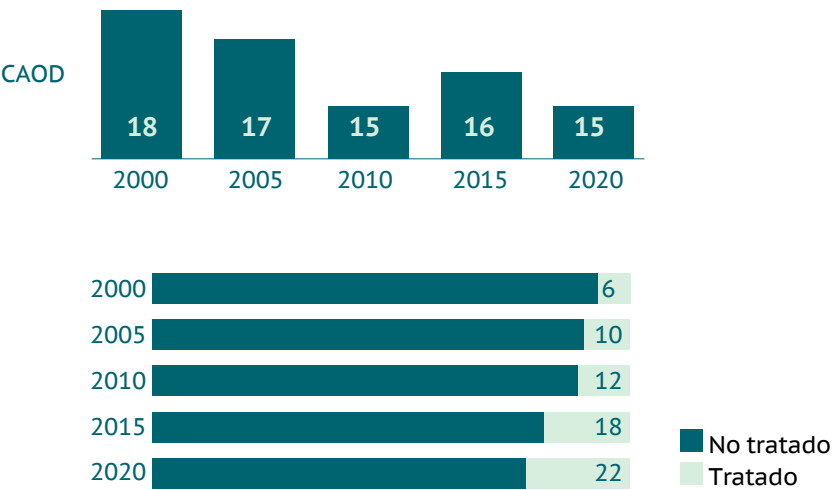
La caries en el adulto mayor (65-74 años)

A estas edades, la totalidad de la población ha sufrido caries en algún momento de su vida. Representa una afectación de 6,4 millones de personas comprendidas entre los 65-80 años de edad, cada una de ellas con un promedio de 15 dientes afectados. Solo 2 de cada 10 dientes han recibido su tratamiento dental. El 7% de los adultos mayores es edéntulo total.



La evolución de la caries en el adulto mayor (2000-2020)

El índice de caries (CAOD) ha disminuido en 3 puntos promedio en estos 20 años. Sin embargo, el índice de restauración continúa manteniéndose en niveles inaceptablemente bajos.



¿ Q U É P U E D E H A C E R S E ?

**REDUCIR LA INGESTA DE AZÚCARES**

La caries no tratada es la situación más frecuente de las 291 condiciones incluidas en el *Estudio sobre la carga de las enfermedades*, a pesar de que es prevenible con medidas sencillas y costo-efectivas. Los niveles más altos de caries se asocian a un elevado consumo de azúcares. Las consecuencias de la caries no tratada, particularmente en la población infantil, incluyen impactos negativos en la nutrición y crecimiento, coste elevado de tratamientos ulteriores, pérdida de días de escolaridad y trabajo, reducción de la productividad en general e impactos significativos en la calidad de vida y en las interacciones sociales. Se requiere una combinación de estrategias para que el consumo de azúcares sea el recomendado por la Organización Mundial de la Salud, especialmente en la población infantil y juvenil.

INTEGRAR LA SALUD BUCODENTAL Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

La integración de la salud bucodental en las estrategias comunitarias de prevención y de promoción de la salud es necesaria para reducir las ENT. Ello es así porque las estrategias curativas no son ni realistas ni sostenibles para reducir la carga de la caries dental. Es necesario un mayor énfasis en la promoción de hábi-

tos dietéticos saludables, incluyendo la reducción del consumo de azúcar.

PROMOVER EL ACCESO UNIVERSAL A LOS FLUORUROS

La exposición al flúor es una de las medidas más costo-efectiva para prevenir la caries y mejorar la salud bucodental. El aporte regular de flúor a través de la pasta dental es la mejor vía para garantizar un buen efecto preventivo.

PROMOVER EL ACCESO A LOS CUIDADOS BÁSICOS DENTALES

Las desigualdades existentes en la carga de enfermedad solo pueden reducirse a través de un acceso universal a los cuidados básicos en salud bucodental, que cubra, al menos, el alivio del dolor, la promoción de la salud bucodental y la gestión de las enfermedades bucodentales, incluyendo la caries.

VIGILANCIA, MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN

La vigilancia de las enfermedades bucodentales debe formar parte de la vigilancia epidemiológica rutinaria. La monitorización de los factores de riesgo y de las necesidades de cuidados bucodentales es fundamental para desarrollar intervenciones y programas apropiados y evaluar su efectividad.

● ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una de las más comunes, pero puede ser prevenida a través de una buena higiene oral, así como con políticas preventivas dirigidas a los factores de riesgo comunes.



EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad periodontal comienza con una gingivitis (inflamación crónica de las encías), la cual es muy común y es reversible para la mayoría de los pacientes. Puede progresar hacia una periodontitis, una situación más grave en la que se produce una destrucción del hueso de soporte. En el 10-15% de la población la enfermedad puede progresar a una periodontitis severa que puede terminar en la pérdida dentaria. El proceso de la enfermedad continúa sin ser bien entendido, pero tiende a progresar a través de fases de rápida destrucción de tejidos de modo irreversible. A la edad de 65-74 años un porcentaje variable de la población ha perdido todos sus dientes, siendo la enfermedad periodontal una de las causas principales. La periodontitis severa tiene graves consecuencias para los afectados, incluyendo problemas de masticación y del habla, afectando a su bienestar y calidad de vida. El proceso representa una carga global en las enfermedades bucodentales con impacto significativo a nivel social, económico y en los sistemas sanitarios. Las bacterias son la causa de la enfermedad periodontal. Otros factores de riesgo son el consumo de tabaco, la dieta no saludable, factores genéticos, el estrés o el consumo excesivo de alcohol. La enfermedad periodontal está asociada a enfermedades sistémicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y algunas complicaciones durante el embarazo.

Debido a que comparte factores de riesgo y a su relación bidireccional con algunas enfermedades sistémicas, la enfermedad periodontal está recibiendo una atención global por parte de los profesionales sanitarios, los gobiernos, las farmacéuticas y las aseguradoras. Sin embargo, mucha gente aún lo desconoce y no sabe qué medidas preventivas existen para evitar sufrirla. Los cuidados periodontales especializados no están disponibles de manera generalizada. Por otra parte, tampoco son asequibles para mucha gente.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ESPAÑA

La enfermedad periodontal en el adulto joven (35-44 años)

La enfermedad periodontal afecta al 25,5% de los adultos jóvenes en la actualidad, lo que supone unos 3 millones de adultos entre 30-50 años. De ellos, el 8% presenta la forma severa de periodontitis (con bolsas periodontales superiores a los 6 milímetros). Afecta al 9,6% de los hombres y al 6,3% de las mujeres.

1/4 de adultos jóvenes españoles presenta enfermedad periodontal

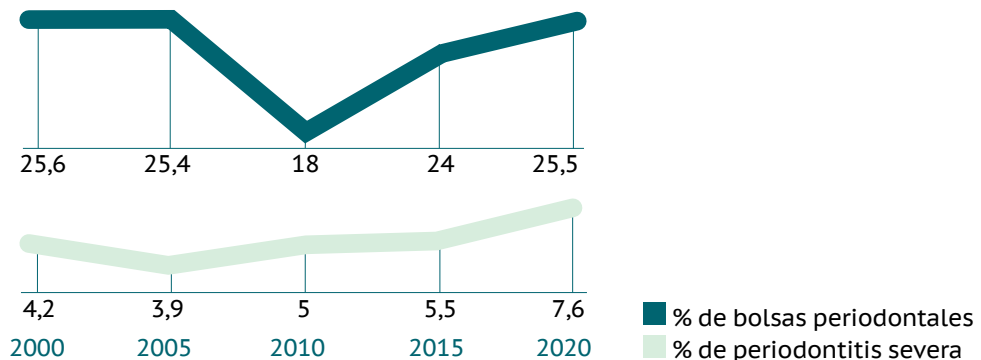


Cerca de **3 millones** de jóvenes adultos están afectados

El **8%** presenta forma severa de patología periodontal

La evolución de la enfermedad periodontal en el adulto joven (2000-2020)

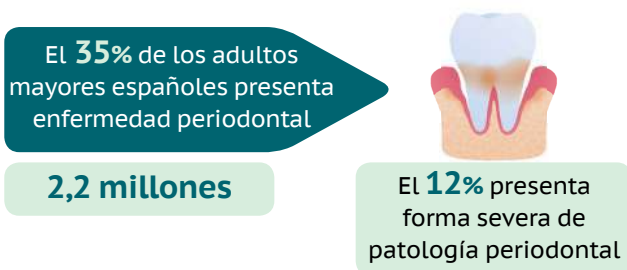
En estas dos décadas la prevalencia de la enfermedad periodontal global se ha mantenido constante con una tendencia al aumento de la forma severa.





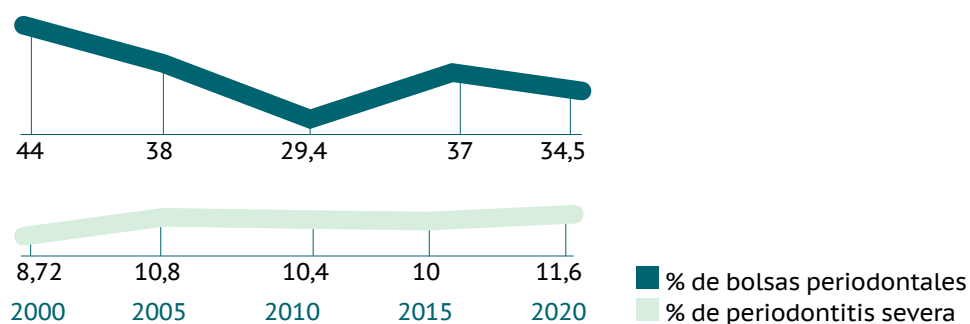
La enfermedad periodontal en el adulto mayor (65-74 años)

Un tercio de los adultos mayores está afectado por la enfermedad periodontal, lo que representa unos 2,2 millones de adultos de entre 65-80 años. De ellos, cerca del 12% presenta la forma severa de periodontitis (con bolsas periodontales superiores a los 6 milímetros). Se aprecia una clara asociación de la forma severa con el género: 17,3% de los hombres y 7,1 % de las mujeres.



La evolución de la enfermedad periodontal en el adulto mayor (2000-2020)

En estas dos décadas la prevalencia de enfermedad periodontal global se ha reducido discretamente, aunque con oscilaciones en el periodo. Se aprecia una ligera tendencia al aumento de la forma severa de la patología en el grupo de adultos mayores.



¿QUÉ PUEDE HACERSE?

La enfermedad periodontal es un problema de salud pública que supone un reto para los sistemas sanitarios en todo el mundo. Progresas de manera silenciosa para los pacientes hasta que alcanza fases avanzadas. La conciencia pública sobre la enfermedad, así como la importancia que tiene una buena higiene oral, son aún bajas. Por ello, las oportunidades de una intervención precoz y un manejo efectivo de la enfermedad se pierden muchas veces.

La enfermedad periodontal comparte factores de riesgo con otras ENT, como el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad o la dieta poco saludable. Se asocia, además, a determinadas enfermedades sistémicas, incluyendo la diabetes. En el 10-15% de los pacientes, la gingivitis progresa hacia una enfermedad periodontal severa, y se está prestando una atención creciente para identificar a este grupo de alto riesgo antes de que alcance el estadio irreversible de la enfermedad y que la pérdida dentaria sea inevitable. Al igual que para todas las enfermedades crónicas, unos autocuidados a lo largo de toda la vida, junto a unos cuidados profesionales apropiados, son la clave para prevenir la progresión de la enfermedad y la pérdida dentaria.

Además, se requieren estrategias a nivel poblacional para enfocar correctamente la periodontitis severa:

VIDA SANA Y PREVENCIÓN

La promoción de un estilo de vida saludable, con baja exposición a los factores de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol, junto a una correcta higiene oral y la conciencia de la necesidad de unos controles periódicos, son elementos importantes en la prevención de la

enfermedad periodontal. Existe un fuerte gradiente social en la prevalencia de la enfermedad periodontal, por lo que se requieren, además, intervenciones amplias a nivel de los determinantes de salud.

DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO

A través de las visitas periódicas al dentista, la enfermedad periodontal puede detectarse en sus estadios precoces y pueden adoptarse las medidas apropiadas para controlarla. Los casos más severos requerirán de asistencia especializada.

REFORZAR LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

Se requiere un enfoque holístico para la enfermedad periodontal, integrándola en la prevención global y manejo de las otras ENT, con una mayor colaboración entre los profesionales de la salud bucodental, los médicos y el resto de profesionales sanitarios. De la misma manera, la enfermedad periodontal puede ser un signo de enfermedades sistémicas que requieren tratamiento. Mejorando la salud periodontal estamos contribuyendo a un mejor manejo de enfermedades sistémicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o determinados problemas durante el embarazo.

VIGILANCIA INTEGRADA DE LA ENFERMEDAD

La integración de indicadores de la enfermedad periodontal, junto al de otras enfermedades bucodentales en la rutina de vigilancia sanitaria, puede ayudar a obtener un mejor conocimiento acerca de la prevalencia y severidad.

● LA PÉRDIDA DENTARIA

La pérdida dentaria es un valioso indicador del estado de salud oral y de la calidad asistencial en las poblaciones. Sus principales causas son la caries y la enfermedad periodontal. Repercute fuertemente en la función masticatoria, estética y en la calidad de vida oral.



LOS PROBLEMAS DE LA PÉRDIDA DENTARIA

En los últimos años, numerosos estudios han sido realizados para analizar y confirmar la asociación entre pérdida dentaria y patología cardiovascular.

El estadio último de la pérdida dentaria es el edentulismo total. Sin embargo, sin necesidad de llegar a esos extremos, la Organización Mundial de la Salud define la dentición funcional como aquella en la que existen, al menos, 21 dientes presentes en la boca. Además, esos dientes deben estar en condición funcional.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

El grupo etario de mayor interés para el análisis de este indicador es el de los adultos mayores (65-74 años). Los adultos mayores, según los datos de la última encuesta epidemiológica de 2020, presentan un promedio de 11 dientes ausentes. Solo el 45% tiene dentición funcional (21 dientes o más funcionales) y el 7,3% es edéntulo total.

La evolución entre 2000 y 2020 muestra una tendencia a la mejoría. El número de dientes ausentes ha pasado de 15 a 11, la dentición funcional, del 27% al 45%, y la prevalencia de edéntulos totales se ha reducido del 23,4% al 7,3%.

En cuanto a la calidad de vida oral, los datos se recogen desde la encuesta de 2005. Durante este periodo las cifras de los que manifiestan tener frecuentemente dolor/molestias para comer en el último año ha oscilado entre el 11 y el 13%.

Evolución del porcentaje de dentición funcional en adultos mayores: 2000-2020



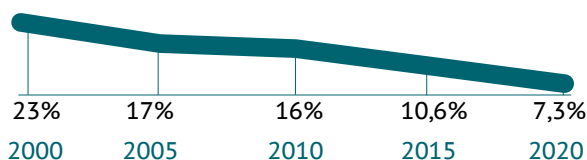
Perfil de la pérdida dentaria en el adulto mayor

45% Es la prevalencia de dentición funcional en el adulto mayor

11 es el promedio de dientes ausentes en los adultos mayores

7,3% Es la prevalencia de edéntulos totales en adultos mayores

Evolución del edentulismo total: 2000-2020



● CÁNCER ORAL

El cáncer oral se sitúa entre los 10 cánceres más comunes, pero reduciendo el consumo de tabaco y alcohol puede prevenirse. Las tasas de supervivencia pueden mejorarse a través de una detección precoz.

LA CARGA DE LA ENFERMEDAD

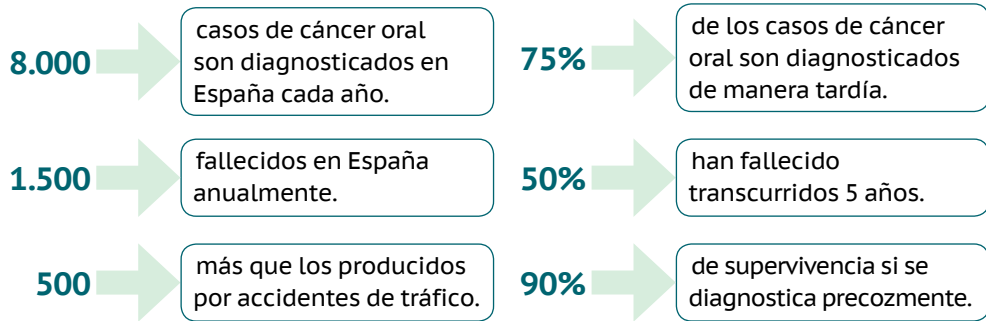


El cáncer oral es una enfermedad con una alta mortalidad y se sitúa entre los 10 cánceres más frecuentes, dependiendo del país y región de mundo. Se estima que cada año se producen entre 300.000 y 700.000 nuevos casos, pero no existen datos de vigilancia fiables. El sur y sudeste asiáticos

son las regiones con mayores tasas de nuevos casos, pero el este de Europa, Francia y algunas partes de África y de América Latina también tienen una elevada carga de cáncer oral. Se trata, generalmente, de un proceso que afecta a hombres de mediana edad, pero estamos asistiendo a un incremento en mujeres y en gente joven. La enfermedad suele comenzar con una úlcera que no se cura. Otros síntomas pueden ser dolor, hinchazón, sangrado y dificultad al masticar o al tragar. Más del 70% de los cánceres orales está precedido de lesiones orales potencialmente malignas, como manchas rojas o blancas persistentes en la boca. El cáncer puede pasar desapercibido durante sus estadios iniciales, por lo que muchas veces se encuentra cuando el paciente requiere cuidados. El diagnóstico precoz es capaz de doblar la supervivencia a los 5 años. Las localizaciones más comunes son la lengua, el interior de las mejillas y el suelo de la boca. El tratamiento, normalmente, incluye una combinación de extirpación quirúrgica y radioterapia o quimioterapia, sin embargo, las tasas de supervivencia permanecen de las más bajas de todos los cánceres y no han variado en las últimas décadas. Las causas principales del cáncer oral son el consumo de tabaco y alcohol (90% de todas las causas de cáncer oral). Masticar tabaco, junto a otras sustancias carcinogénicas, como el betel, es una causa muy común en Asia. Sin embargo, la infección por papilomavirus humano (VPH) se está convirtiendo en un factor de riesgo emergente, sobre todo en países de altos ingresos. Los profesionales de la salud bucodental están en una posición privilegiada para detectar signos precoces del cáncer oral, pero la oportunidad de un simple examen oral es frecuentemente olvidada.

EL CÁNCER ORAL EN ESPAÑA

Los datos



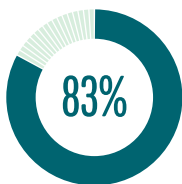
Las cifras

En 2021, 8.188 personas fueron diagnosticadas de cáncer oral en España. El cáncer oral representa cerca del 3% de todos los cánceres, ocupando el décimo lugar. Los hombres tienen más probabilidades de padecer cáncer de boca que las mujeres: el 70% de todos los pacientes son hombres. La prevalencia total del cáncer oral en España es de 40.087 hombres y 18.778 mujeres. Está muy relacionado con la edad: 8 de cada 10 casos nuevos (83%) se producen en personas mayores de 55 años.

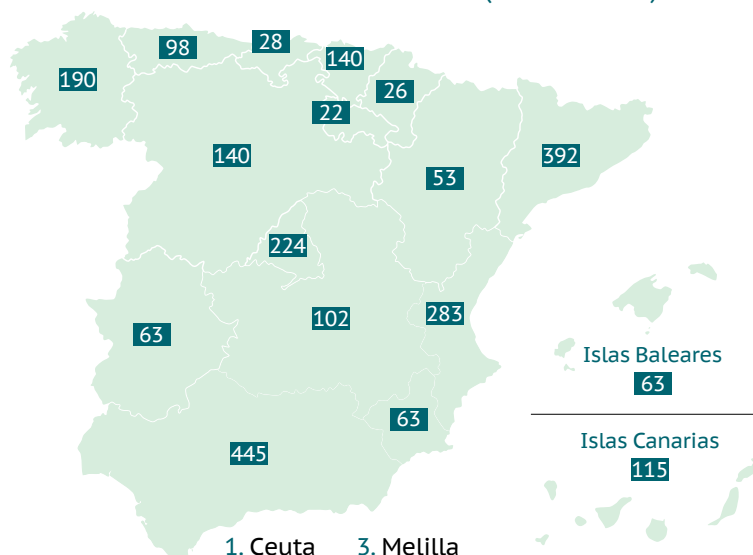
NÚMERO DE FALLECIDOS POR CÁNCER ORAL en cada comunidad autónoma (datos de 2018).



■ Hombres
■ Mujeres

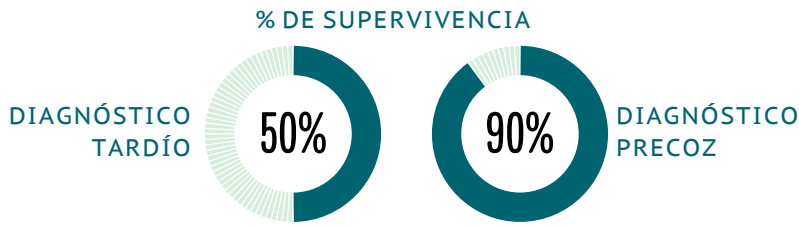


■ Más de 55 años
■ 55 años o menos



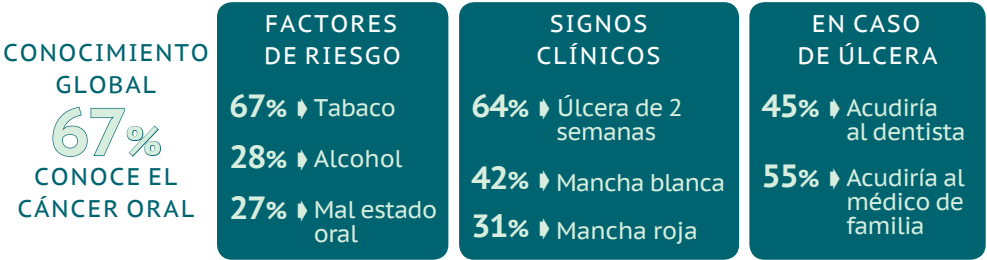
La importancia del diagnóstico precoz

En nuestro país solo se diagnostica de forma precoz el 30% de los cánceres orales. La supervivencia está fuertemente relacionada con el momento del diagnóstico.



El grado de conocimientos sobre el cáncer oral

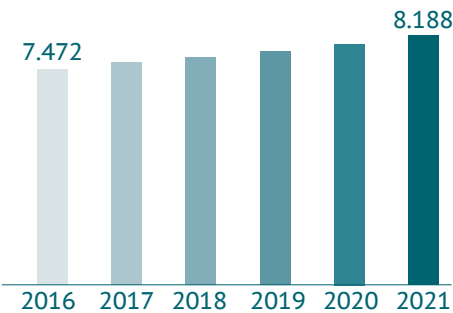
Los datos sobre el grado de conocimiento de la población española sobre el cáncer oral muestran la necesidad de seguir realizando campañas educativas sobre esta patología. Tres de cada diez españoles no ha oído hablar nunca del cáncer oral y una gran mayoría desconoce los factores de riesgo potenciales, así como los signos de alarma.



Resultados de una encuesta realizada a población general (687 sujetos) en el año 2019. Datos del Consejo General de Dentistas de España.

La evolución del cáncer oral en España

El número de personas diagnosticadas de cáncer oral en España continúa creciendo. En el último año se ha observado un incremento del 2%, cifra constante en los últimos 6 años. Los datos muestran que entre 2016 y 2021 se ha producido un aumento de cerca del 10% en la incidencia de cáncer oral en nuestro país.



¿ Q U É P U E D E H A C E R S E ?



El cáncer oral es un cáncer muy común en todo el mundo, siendo el paciente típico un varón de mediana edad. En algunos países del sudeste asiático es el segundo cáncer más frecuente en hombres y la causa más frecuente de muerte prematura. Normalmente, las tasas de mortalidad para el cáncer oral exceden las de otros cánceres: solo el 50% sobrevive después de los 5 años del diagnóstico. A pesar de los avances en investigación y tratamiento, estas cifras no han cambiado en las últimas décadas. Incluso los impactos del cáncer oral después del tratamiento suponen una reducción de la calidad de vida en los supervivientes. Las siguientes áreas deben ser reforzadas y mejoradas globalmente:

DETECCIÓN PRECOZ Y REFERIR A TIEMPO

La detección precoz mejora los resultados del tratamiento, sin embargo, continúan existiendo demoras en los tiempos de referencia, incluso en los países desarrollados, y las oportunidades para un diagnóstico a tiempo de los pacientes de riesgo se ven comprometidas. Aunque el *screening* a la población general no está recomendado, existe una buena evidencia de su efectividad en pacientes con factores de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol. El personal de atención primaria puede efectuar estos chequeos tras un mínimo entrenamiento.

DISPONIBILIDAD DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EFECTIVOS Y APROPIADOS

El cáncer oral requiere de cuidados especializados en centros dedicados a proveer cirugía avanzada, quimioterapia o radioterapia. La rehabilitación post quirúrgica debe ser multidisciplinar para que la calidad de vida del paciente sea la mejor posible.

POLÍTICAS INTEGRADORAS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO, LOS DETERMINANTES Y LAS DESIGUALDADES

Basarse en la estrategia de factores de riesgo comunes e integrando prevención y control del cáncer oral dentro del contexto de los cánceres en general, con un enfoque de ENT, es la mejor manera de encarar el problema a largo plazo. La incidencia, las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con cáncer muestran unas grandes desigualdades en función del estatus socioeconómico. La inclusión de los cuidados del cáncer oral en la asistencia sanitaria universal, el refuerzo de los sistemas sanitarios y un enfoque claro para la reducción de los factores de riesgo pueden ayudar a solventar estas desigualdades.

VIGILANCIA SANITARIA

El cáncer oral necesita ser integrado en los sistemas de vigilancia sanitaria rutinarios utilizados para los otros cánceres, incluyendo registros especializados del cáncer oral. También es necesario reforzar todo lo relativo a la patología oral y diagnóstico histopatológico para reducir los tiempos entre la solicitud del paciente y el tratamiento.

MALOCCLUSIONES

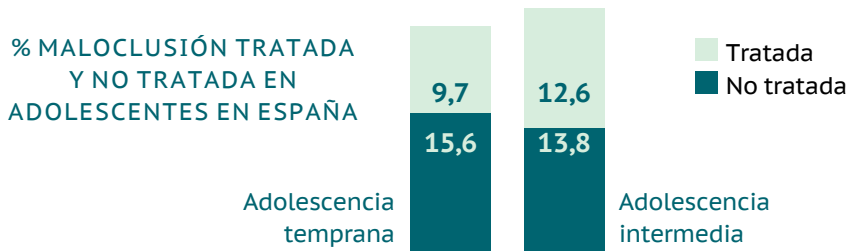
Las maloclusiones afectan no solamente a la estética, sino también a la función. Además, tienen repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

La maloclusión es un problema que requiere de tratamiento en la población adolescente. Existen numerosos métodos para tratar las desarmonías oclusales, la disfunción de la articulación temporomandibular y la enfermedad periodontal, que pueden ir asociadas a la maloclusión. Dentro del área de problemas oclusales, existen varias discrepancias que pueden afectar al paciente. La malposición del tercer molar y los trastornos temporomandibulares requieren especial atención para evitar problemas a largo plazo. Los dientes ausentes congénitamente representan un problema complejo y, a menudo, requieren de la combinación de tratamiento de ortodoncia, restauración y prostodoncia para una resolución satisfactoria. Cualquier problema de relación diente/maxilar que presente una disfunción estética, funcional, fisiológica o emocional significativa es una dificultad potencial para el adolescente. Esto incluye malposiciones de dientes aislados o múltiples, tamaño del diente, discrepancias o malformaciones craneofaciales. La maloclusión puede afectar la calidad de vida oral de los adolescentes. Los estudios muestran que los adolescentes con maloclusiones de clase II y III o resalte anterior mayor a seis milímetros, manifiestan tener un impacto significativo en su calidad de vida oral.

LAS MALOCCLUSIONES EN ESPAÑA

Las cifras

En España, los datos revelan que uno de cada cuatro adolescentes presenta maloclusión moderada o severa susceptible de ser corregida. En la adolescencia temprana, el 38% de los que lo necesita ha recibido su tratamiento ortodóncico, elevándose al 48% en la adolescencia intermedia.





● TRAUMATISMOS

Los traumatismos orales son comunes y se pueden prevenir informando de sus riesgos a los usuarios de deportes de contacto.



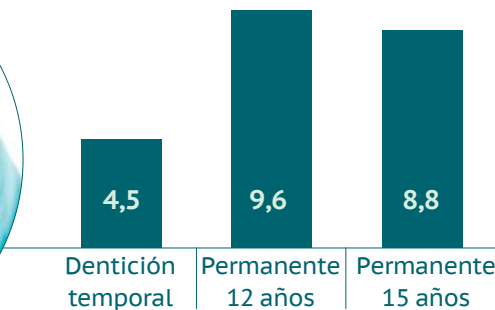
Los estudios epidemiológicos muestran que hasta el 25% de los adolescentes experimenta traumatismos dentales. En la mayoría de los casos, estas lesiones afectan a los incisivos centrales superiores por caídas, colisiones, deportes, accidentes, violencia o actividades recreativas. La prevalencia de lesiones varía de un estudio a otro, con una amplia gama que va del 6 al 59%, según el país y el tipo de lesión dental. Las lesiones traumáticas se asocian, principalmente, con caídas o colisiones. El género masculino se lesiona con mayor frecuencia en todos los grupos de edad. Todas las actividades deportivas conllevan un riesgo de lesiones orofaciales debido a caídas, colisiones y contacto con superficies duras. Las lesiones dentales y faciales se pueden reducir

significativamente al introducir un equipo de protección, como los protectores faciales y bucales, durante la práctica de deportes de contacto. Además, los jóvenes que participan en actividades de ocio, como usar un patinete, patinar sobre ruedas, montar en bicicleta, etcétera, también se benefician del uso de estas protecciones. Las secuelas a largo plazo de las lesiones traumáticas pueden afectar el bienestar, al habla, a la necesidad de cuidados complejos y a la calidad de vida relacionada con la salud oral. Además, determinados tipos de traumatismo, como la avulsión dental, presentan un mal pronóstico de supervivencia para el diente afectado.

LOS TRAUMATISMOS BUCODENTALES EN ESPAÑA

Las cifras

No se dispone de datos específicos de prevalencia de traumatismos dentales en la población adolescente en España. Sin embargo, se estima que unos 4,5 millones de españoles han sufrido algún tipo de traumatismo dental, lo que situaría la prevalencia global en el 10%. El único estudio disponible se corresponde con escolares de la comunidad de Aragón.



“Las lesiones dentales sucedieron muy a menudo durante mi carrera de jugador de hockey. La más grave fue cuando recibí un golpe directamente a los dientes... Desde ese día empecé a usar un protector bucal y nunca más pisé el hielo sin él”.

Mike Bossy. Jugador de hockey.



¿ Q U É P U E D E H A C E R S E ?

CUMPLIR LOS REGLAMENTOS

Para aumentar la seguridad vial mediante el uso obligatorio de cinturones de seguridad, asientos para niños, cascos para motocicleta y bicicleta, y evitar conducir si se ha consumido alcohol.

LUCHAR CONTRA LA VIOLENCIA Y ACOSO ESCOLAR

Poner en práctica estrategias para reducir la violencia y el acoso escolar.

PROMOVER EL USO DE PROTECTORES BUCALES Y FACIALES

Para mejorar la seguridad en la práctica de los deportes de contacto.

FORTALECER EL PAPEL DEL DENTISTA EN LA DETECCIÓN DE POSIBLE MALTRATO INFANTIL

Mediante una adecuada formación pre y postgraduada que permita al dentista identificar signos compatibles con el maltrato infantil.

EDUCACIÓN SANITARIA

Para que la población en general, y los jóvenes en particular, sepan cómo actuar en caso de traumatismo dental.

GARANTIZAR LA ATENCIÓN URGENTE

Para aumentar las posibilidades de éxito de los tratamientos en los traumatismos dentales.

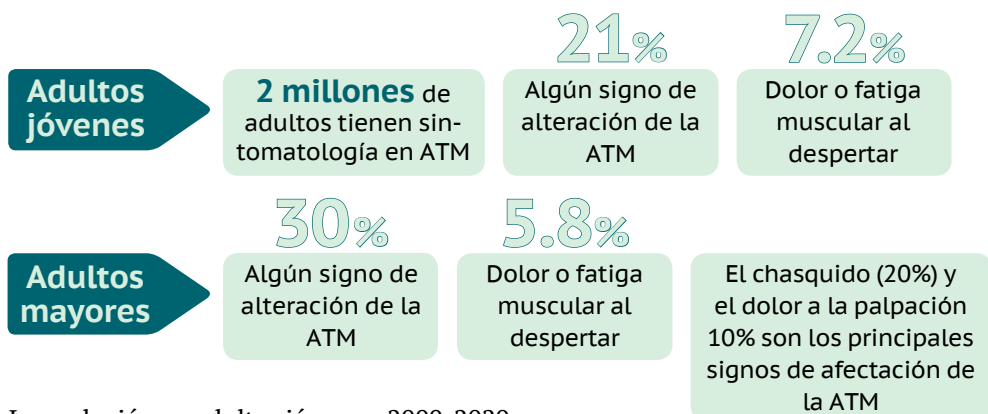
● LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

Los desórdenes de la articulación temporomandibular afectan a unos 3 millones de adultos en España. Dada su compleja sintomatología, muchas veces pasan desapercibidos confundiéndose con otras patologías.

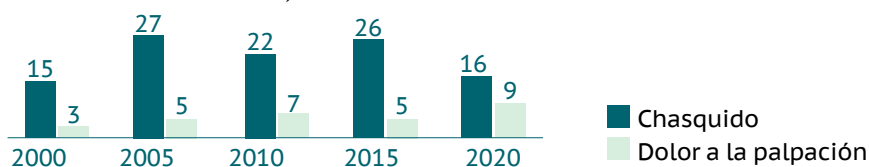
Se trata de dos articulaciones (derecha e izquierda) que funcionan sincrónicamente. Están constituidas por los cóndilos mandibulares que se articulan con el hueso temporal del cráneo. Además de estructuras óseas, también intervienen músculos y ligamentos. Cuando se sufre dolor en esta articulación o en los músculos que la rodean, se habla de desórdenes temporomandibulares. Los signos y síntomas de este cuadro son diversos y muchas veces pasan desapercibidos, ya que se atribuyen a otras causas. Puede originar cefalea, presión y zumbidos en los oídos, molestias al masticar, dolor en la cara o en la mandíbula. A veces se acompaña de chasquidos y ruidos al abrir y cerrar la boca. También puede existir una limitación funcional en la apertura bucal.

LAS CIFRAS EN ESPAÑA

En torno al 11% de la población adulta refiere algún síntoma compatible con la alteración de la ATM (2 millones de adultos). El signo más común es el chasquido en la articulación (20%), seguido del dolor a la palpación (10%). Se encuentra movilidad reducida en el 0,5% de los adultos jóvenes y en el 3,6% de los adultos mayores.



La evolución en adultos jóvenes: 2000-2020





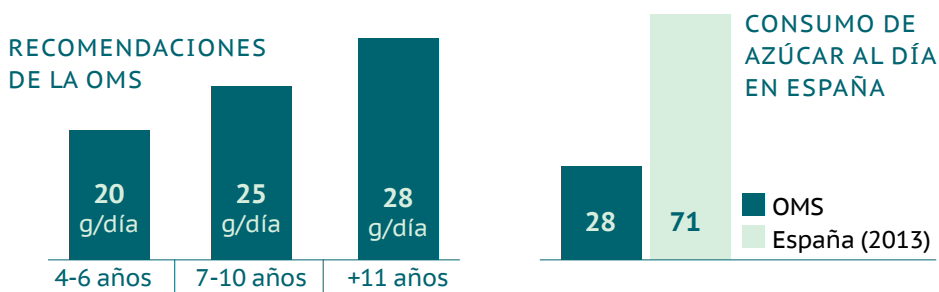
LOS FACTORES DE RIESGO

● AZÚCAR Y DIETA

El azúcar es el factor de riesgo principal para la caries. La reducción de su consumo, como parte de una dieta saludable, promueve una mejor salud bucodental y ayuda a reducir la diabetes, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles.

Los azúcares son una fuente importante en la ingesta energética diaria, pero su consumo excesivo tiene consecuencias graves. Como parte de una dieta alta en calorías, han sido reconocidos como causa de las principales enfermedades no transmisibles como la diabetes y la obesidad. La nomenclatura utilizada para los azúcares y edulcorantes es compleja. Los azúcares libres –todos los azúcares añadidos a los alimentos por el fabricante, el cocinero o el consumidor, además de los azúcares naturalmente presentes en la miel, jarabes y jugos de frutas– son la principal causa de la caries en niños y adultos. El consumo de azúcar altera el microbioma bucal, produciendo una disbiosis que favorece el crecimiento de las bacterias cariogénicas. Los episodios repetidos de ingesta de azúcar durante el día aumentan la frecuencia de los ataques ácidos y el riesgo de desarrollar caries.

Nutrición y salud bucodental están vinculadas. El alto consumo de azúcar está relacionado con la caries, y la caries no tratada tiene asociaciones con el bajo IMC en niños.



“Algo va mal. Parte de nuestro desequilibrado mundo muere de hambre, mientras otra parte se lanza a sí misma a un nivel de obesidad tan extendida que está haciendo retroceder las cifras de esperanza de vida”.

Margaret Chan. Directora General de la OMS, 2014.

La dieta mediterránea, que incluye el consumo frecuente de frutas y verduras variadas, cereales y pescados, así como el empleo de aceite de oliva en la cocina y un consumo moderado de carnes y productos lácteos, previene el cáncer oral. Específicamente, un alto consumo de frutas y vegetales ha demostrado tener un efecto protector frente a este tipo de cáncer.

Ingerir, al menos, una pieza de fruta diaria y/o vegetales ayuda a reducir el riesgo de esta neoplasia en un 50%. Este efecto protector incluye a fumadores y bebedores, dado que este grupo de alimentos puede modular los efectos cancerígenos del alcohol y del tabaco. Este efecto beneficioso se ha demostrado con mayor evidencia para los vegetales verdes, tomates, cítricos y zanahorias.

El azúcar consumido en España supera casi 3 veces las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este alimento es intrínseco a muchos productos, desde fruta a lácteos, pero también está oculto en muchos productos procesados. Según el estudio ANIBES, realizado por la Fundación Española de Nutrición, la ingesta media de azúcar es de 71,5 gramos al día, superando casi el triple las recomendaciones de la OMS (28 g/día). Esta cifra indica que el 19% de la energía diaria procede de los azúcares. Esta situación contribuye de manera muy importante, según los expertos, a las cifras en alza de sobrepeso, obesidad y diabetes en nuestro país.

INFORMACIÓN SOBRE EL AZÚCAR

CONSUMO EN ESPAÑA	CONSUMO DIARIO RECOMENDADO POR LA OMS	CONTENIDO DE AZÚCAR* POR 100 G DE VARIOS ALIMENTOS
• 71 gramos/día.	• No más del 5% del consumo total energético (28 gramos/día).	• Galletas de chocolate x9 • Cereales x7 • Ketchup x5 • Cola (1 lata 350 ml) x7 • Jugo fruta envasado (200 ml) x4

(*) Número de cucharitas de azúcar.

LOS AZÚCARES TOTALES PUEDEN DIVIDIRSE EN SUBCATEGORÍAS

Azúcares presentes de forma natural en alimentos

Leche

Frutas

Hortalizas

Azúcares libres

• Presentes en

Miel

Jarabes

• Azúcares añadidos

Zumos de frutas, zumos envasados...

Azúcar refinado

● TABACO

A nivel mundial, el consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte y enfermedad, incluyendo las condiciones bucodentales. Los dentistas tienen un papel importante en la reducción del consumo de tabaco.



El consumo de tabaco es la causa más común de muerte prevenible en el mundo. Los cigarrillos matan a la mitad de todos los fumadores habituales.

Actualmente, la mayor parte de casos de cáncer oral se relaciona con determinados hábitos conductuales. En nuestro país, el tabaco y el alcohol son los principales agentes de riesgo de esta patología, llegando a estar presentes en el 75-90% de los casos. El tabaco contiene numerosos agentes carcinógenos, entre los que destacan las nitrosaminas, los hidrocarburos aromáticos policíclicos y los metales pesados. Asimismo, la formación de radicales libres genera alteraciones en diversas enzimas oxidativas

“El aumento de los impuestos sobre el tabaco es la forma más eficaz para reducir el consumo y salvar vidas”.

Margaret Chan. Directora General OMS, 2014.

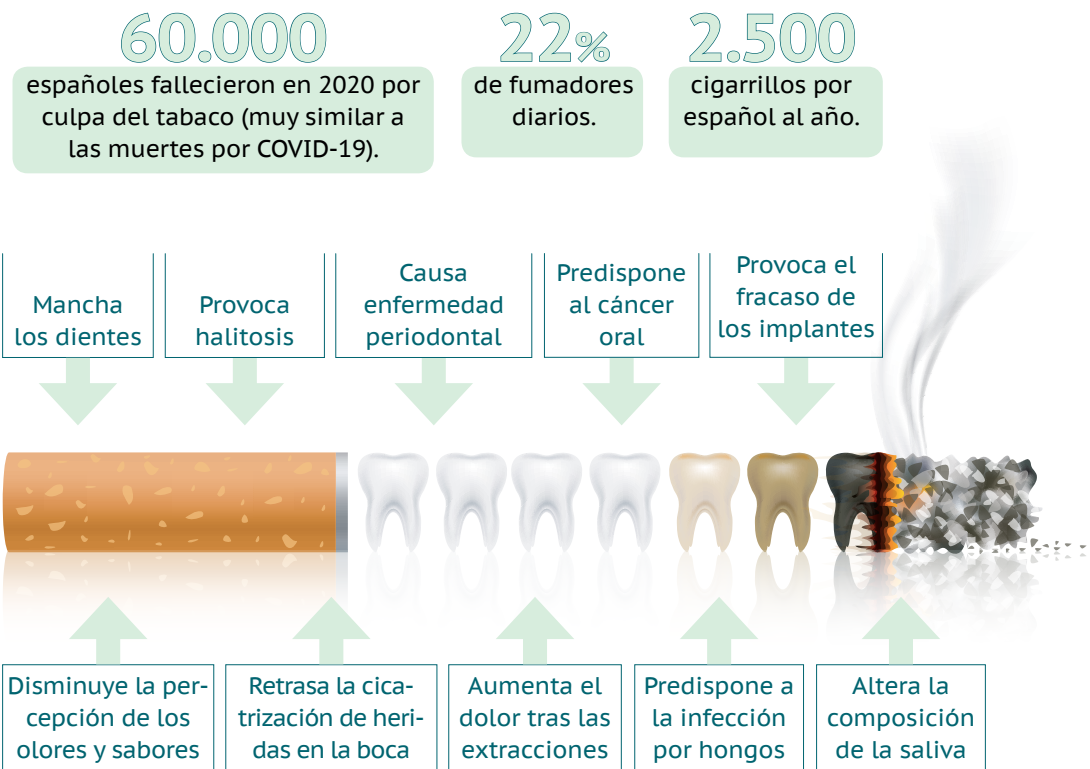
implicadas en la carcinogénesis del cáncer oral. Finalmente, también es importante considerar el efecto térmico provocado por la combustión del tabaco fumado. Las personas fumadoras presentan un riesgo 3 veces mayor de padecer cáncer oral y 7 veces mayor de padecer cáncer faríngeo.

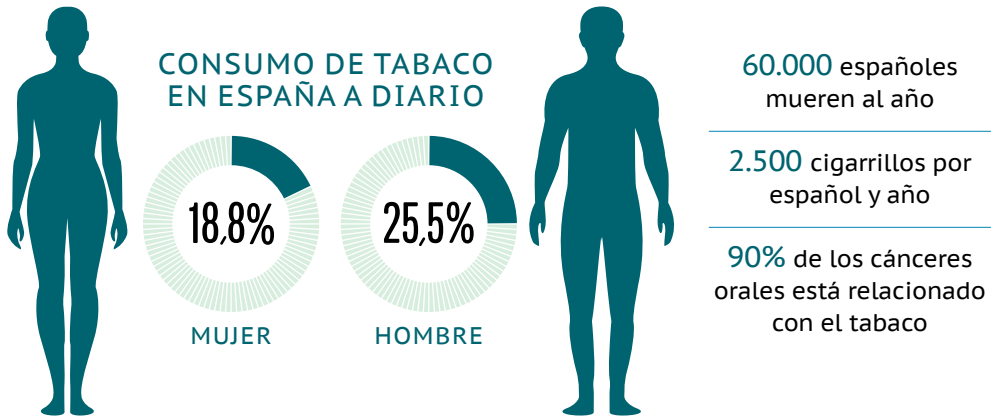
Asimismo, existe una relación dosis y tiempo dependiente en la que un mayor número de cigarrillos fumados durante periodos de tiempo más largos implican un incremento en el riesgo de padecer cáncer oral.

El consumo de tabaco está estrechamente relacionado con la enfermedad periodontal y otras lesiones de la mucosa oral.

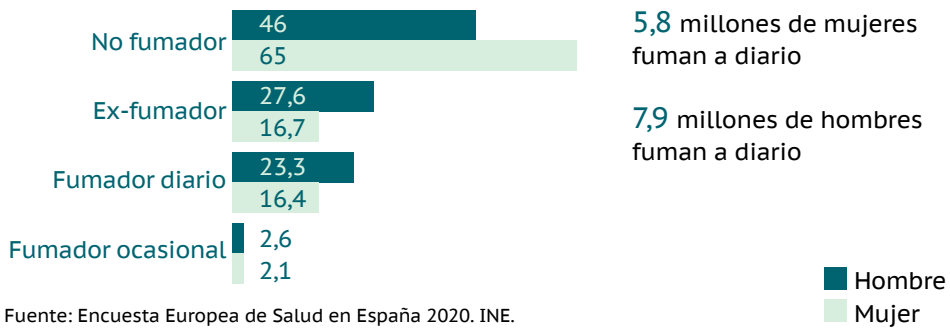
El tabaco es el responsable de muchos fracasos en determinados tratamientos dentales como los implantes.

EFFECTOS NEGATIVOS DEL TABACO



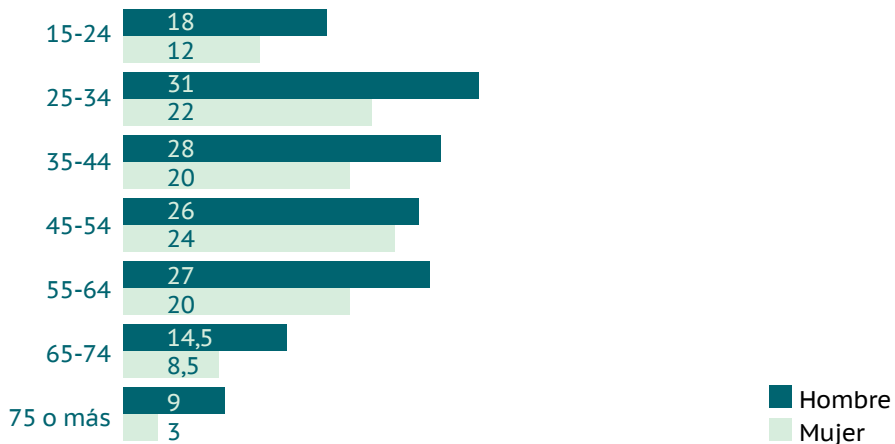


TABAQUISMO EN ESPAÑA



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

CONSUMO DE TABACO SEGÚN GRUPOS DE EDAD (% de fumadores diarios)



● ALCOHOL

El consumo no moderado del alcohol es un importante factor de riesgo para más de 200 enfermedades, incluyendo el cáncer oral y la enfermedad periodontal, y debe abordarse como parte de un enfoque comprensivo para todas las enfermedades no transmisibles.

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la discapacidad en el mundo desarrollado después del tabaco y la hipertensión. Su consumo se asocia con más de 200 enfermedades, incluyendo las enfermedades bucodentales. Solo, o en combinación con el tabaco, es un factor de riesgo para el cáncer de boca, laringe, faringe y esófago, y se encuentra asociado con otras enfermedades bucodentales como las enfermedades periodontales. Su consumo aumenta el riesgo de lesiones faciales y dentales debido a las caídas, accidentes de tráfico y violencia. Por otra parte, las bebidas alcohólicas pueden ser ácidas y tener un alto contenido de azúcar, lo que podría dañar los dientes en forma de erosión dental y caries.

El abuso de alcohol durante el embarazo aumenta el riesgo de daños al feto. Tiene un



“La carga sanitaria atribuible al alcohol, así como las cargas social y económica, pueden aumentar aún más, a menos que se implementen en todo el mundo, políticas efectivas de prevención”.

Oleg Chestnov, OMS.

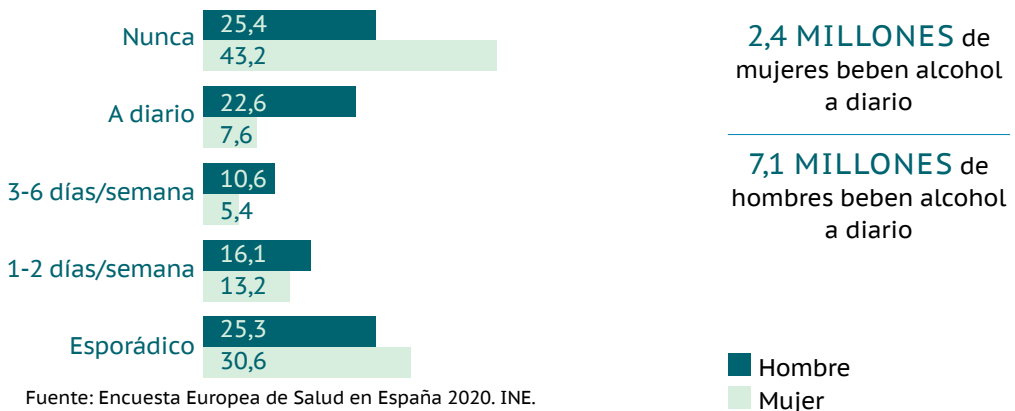
efecto directo sobre las células que dan lugar a las estructuras de la boca y los dientes, lo que resulta en un crecimiento facial anormal, que es uno de los síntomas del síndrome de alcoholismo fetal.

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para el cáncer oral y su asociación al hábito tabáquico es muy habitual. El consumo de alcohol puede originar un riesgo hasta 6 veces superior frente al de los no bebedores. Se ha comprobado que la asociación de alcohol y tabaco es sinérgica (mayor riesgo que la suma de ambos factores).

No se conocen bien los mecanismos por los que el alcohol tiene un efecto carcinogénico. El acetaldehído, primer metabolito del etanol, juega un papel importante en el efecto carcinogénico de las bebidas alcohólicas a nivel hepático y en el tracto respiratorio superior. El consumo de alcohol está muy extendido en la sociedad española. Los últimos datos indican que el 8% de las mujeres y el 23% de los hombres consume alcohol a diario.



INFORMACIÓN SOBRE EL ALCOHOL



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.



LOS HÁBITOS SALUDABLES EN ESPAÑA

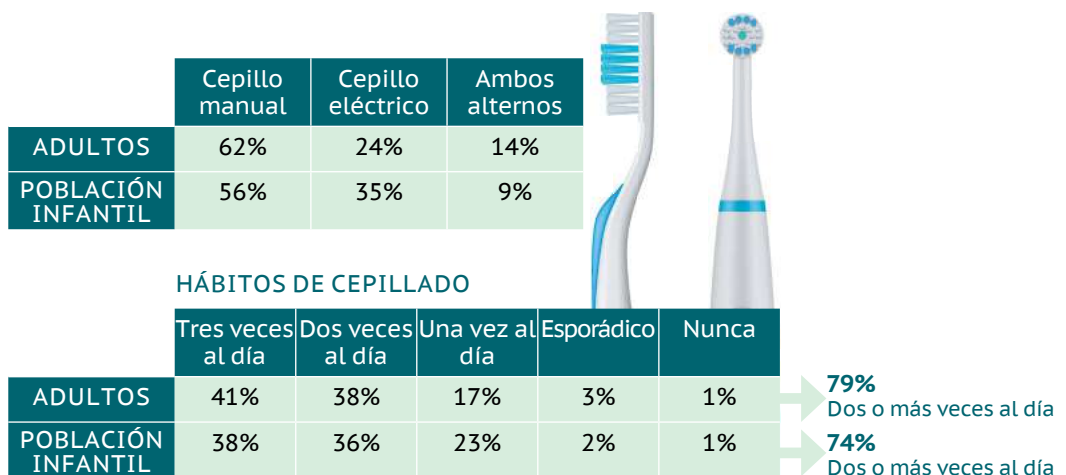
● HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL

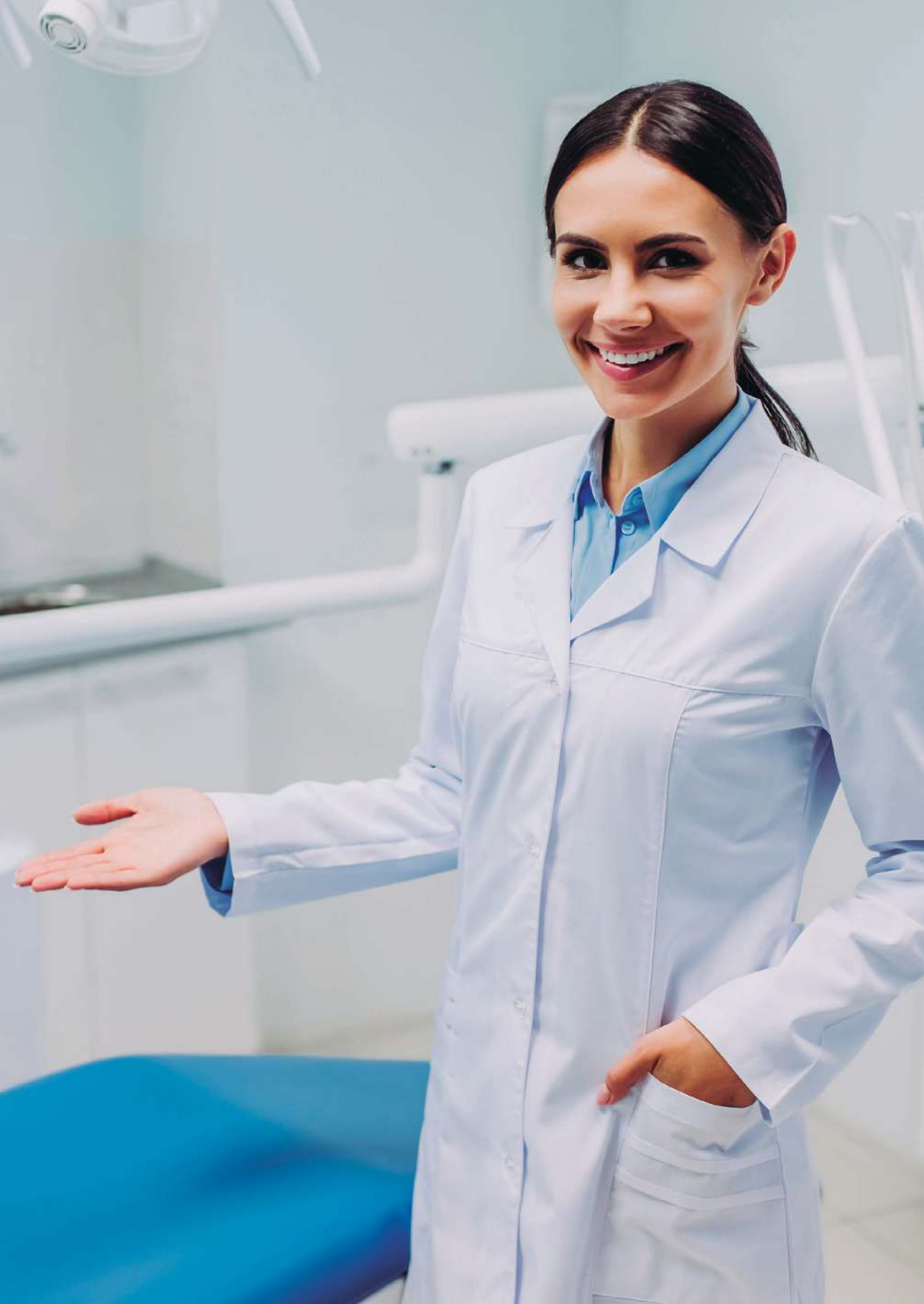
El cepillado, al menos, 2 veces al día con pasta dentífrica fluorada, acompañado de la higiene interdental, ha mostrado ser uno de los métodos más eficientes en la reducción de la caries y de la enfermedad periodontal.

Las pastas fluoradas son la forma más extendida y mejor evaluada para la prevención de la caries. La evidencia de su efecto preventivo frente a la caries, tanto en dentición primaria como permanente, es alta. Su uso, en combinación con el agua o la sal fluorada, es seguro. El cepillado dentario con pasta no fluorada ayuda a mejorar la higiene oral, pero no tiene ningún efecto sobre la prevención de caries.

Unos hábitos de cepillado correctos, al menos, dos veces al día e idealmente después de cada comida, ha mostrado ser muy eficaz en la prevención de la enfermedad periodontal. Este cepillado debe acompañarse de la higiene interdental diaria, la cual puede realizarse con seda dental o recurriendo a la utilización de cepillos interdetales. El cepillado puede realizarse con cepillo manual o eléctrico, aunque la evidencia apunta a un mejor control de la placa y la gingivitis con el empleo de los cepillos de tecnología oscilante-rotatoria.

El uso de los enjuagues bucales debe reservarse a determinados pacientes y patologías. Por ello, la población no debería usarlos sin la debida prescripción facultativa.





● LAS REVISIONES PERIÓDICAS

Las revisiones periódicas con el dentista permiten la detección precoz de patologías y reducen el coste de la atención dental. Los intervalos para las mismas dependen del nivel de riesgo y son determinados por el profesional.

Las revisiones periódicas con el dentista permiten la detección temprana de numerosas patologías bucodentales.

La caries y la enfermedad periodontal son procesos de evolución lenta, normalmente indoloros en sus inicios y que pasan desapercibidos por el paciente. Solo una exploración clínica y radiológica permiten el adecuado diagnóstico y la implantación del oportuno plan de tratamiento.

Del mismo modo, el cáncer oral muchas veces presenta unos signos muy banales que solo una adecuada exploración minuciosa de la cavidad oral permite detectar. Desgraciadamente, en la mayoría de los casos, el retraso del paciente en solicitar ayuda hace que el 70% de los cánceres orales no se detecte en la fase inicial, de mucho mejor pronóstico para la supervivencia.

Las revisiones periódicas permiten, además, evaluar no solamente el estado de salud oral, sino también los tratamientos dentales ya realizados.

La ausencia de un seguimiento adecuado agrava la salud bucodental y encarece los costes futuros de tratamiento.

España es uno de los países de la Unión Europea donde menos se acude al dentista. Solo visita al dentista, al menos, una vez al año la mitad de la población, situando a nuestro país a la cola de los hábitos de revisión periódica europea.

VISITA EL ÚLTIMO AÑO

2010 → 48%
2015 → 50%
2020 → 51%

¿CON QUÉ FRECUENCIA PIENSA QUE HAY QUE IR AL DENTISTA?

CADA 6 MESES	CADA AÑO	CADA 2 AÑOS	SI DUELE
34%	53%	1%	12%



Libro Blanco de la Salud Oral en España, 2020.



● LA PREVENCIÓN

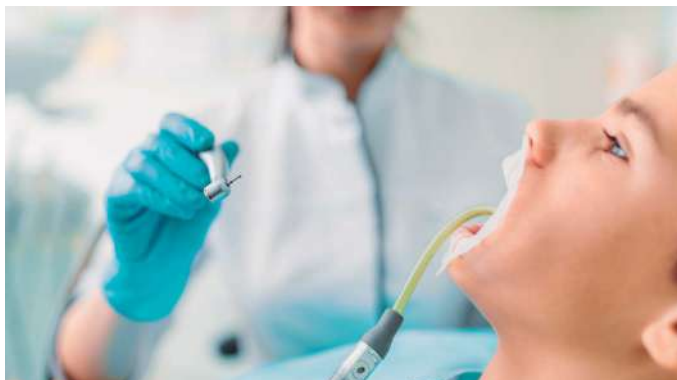
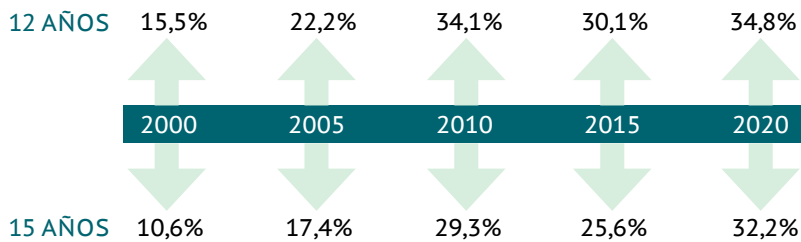
Además de unos hábitos saludables y las revisiones periódicas con el dentista, las medidas preventivas profesionales, como la aplicación de selladores de fisuras y de flúor tópico profesional consiguen evitar una gran parte de las caries.

La Odontología dispone de métodos preventivos sencillos y eficaces que permiten reducir el riesgo de desarrollar caries.

De entre todas las técnicas disponibles, la utilización de los selladores de fisuras y del flúor tópico profesional (gel o barniz) han sido ampliamente analizadas en la literatura. Los selladores de fisuras, indicados para ser aplicados en la superficie oclusal, son capaces de reducir hasta un 80% la caries.

La aplicación de flúor tópico profesional realizada a través de gel tiene una eficacia del 20%, aumentando al 40% cuando se recurre al barniz de flúor.

Conocer la evolución de la demanda de prevención en población infanto juvenil es importante para determinar los patrones de asistencia bucodental. Para ello, se recurre a la prevalencia de selladores hallada en adolescentes, al ser una medida objetiva del grado de esa implicación preventiva. Este dato es sistemáticamente recogido en las sucesivas *Encuestas de Salud Oral* llevadas a cabo en España cada 5 años.



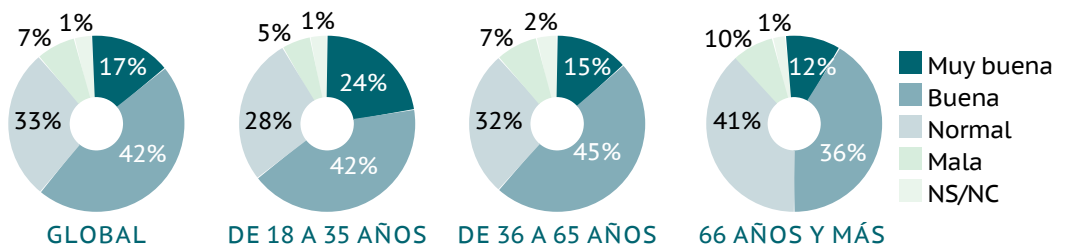


SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN ESPAÑA

● PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL

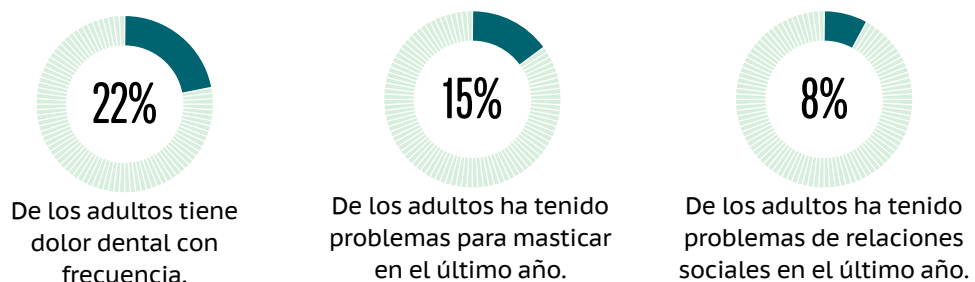
La salud oral determina la calidad de vida. Una merma en la función masticatoria o en la estética tiene repercusiones para quien las sufre.

De manera global, el 59% de la población percibe su estado de salud bucodental en el último año como bueno o muy bueno. La autovaloración del estado de salud bucodental no se encuentra relacionada con el género. Sin embargo, cuando se analiza la influencia de la edad, el 51% de los mayores de 65 años no la considera buena, cifra que es del 34% en los adultos más jóvenes (18-35 años). Existe un claro gradiente de percepción del estado de su salud bucodental dependiendo de la edad, de tal manera que a mayor edad, menor es la percepción de calidad de salud bucodental.



● INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA

La salud oral influye en la calidad de vida a través del dolor dental, las limitaciones funcionales y el impacto sobre las relaciones sociales.





SALUD ORAL Y DESIGUALDAD

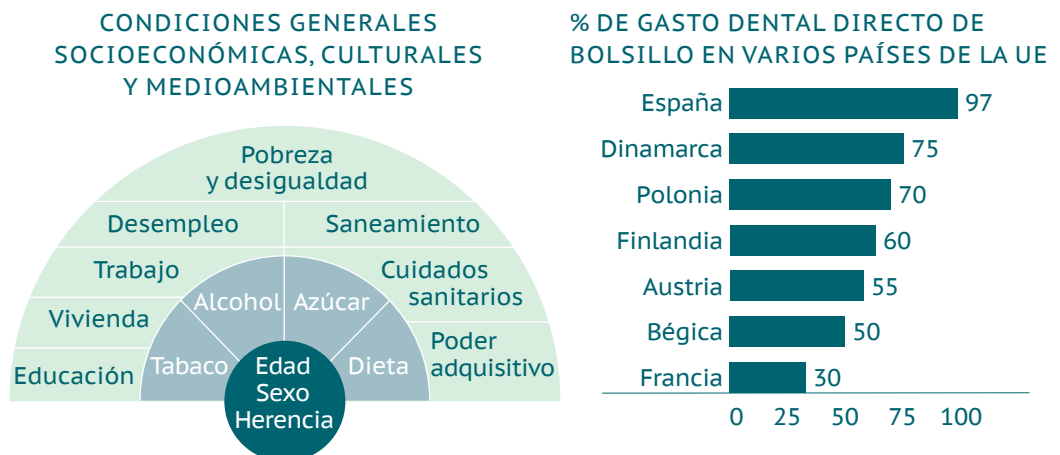
● EL GRADIENTE SOCIAL

Un punto esencial para mejorar la salud bucodental es hacer frente a los determinantes sociales de la misma.

Una mala salud oral tiene impacto sobre la salud de los individuos de varias maneras: muchas patologías causan dolor, afectan a la calidad de vida, reducen la productividad escolar y laboral, etcétera. Los cuidados requeridos resultan una pesada carga financiera para los sistemas sanitarios y para los afectados. La salud oral se ve alterada por una amplia gama de determinantes sociales que la Organización Mundial de la Salud define como “circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”. A su vez, estos determinantes se ven influenciados por circunstancias socioeconómicas y políticas. La salud oral, al igual que la salud en general, también se caracteriza por presentar un gradiente social.

Ejemplos llamativos de las desigualdades son, entre otros, la prevalencia de la caries, los índices de restauración o el porcentaje de adultos mayores desdentados.

El gradiente social en las enfermedades bucodentales tiene profundas implicaciones para las políticas. El enfoque tradicional clínico de “alto riesgo” para la prevención no aborda la importancia y el impacto de los determinantes más amplios de la salud. En lugar de ello, es necesario tomar medidas para abordar el alcance de las causas subyacentes de la mala salud bucodental.



Es esencial trabajar en asociación con relevantes sectores, organismos y profesiones que utilicen estrategias de salud pública actualizadas. Los dentistas, así como las asociaciones dentales profesionales, tienen una importante función en la promoción de políticas que reduzcan las desigualdades de salud en las poblaciones.

En España, además de este gradiente social, se sobrepone el “gradiente postal”. A las diferencias socioeconómicas se añaden aquellas derivadas del lugar de nacimiento, debido a las variaciones entre las comunidades autónomas para el abordaje de la salud oral.

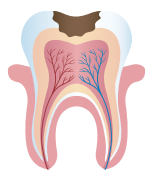
Los estudios epidemiológicos sobre salud bucodental realizados en España revelan que las diferencias sociales y económicas persisten, tanto en lo referido a las patologías bucodentales como a la accesibilidad a los cuidados.

“La mejora de la salud bucodental, al igual que la mejora de la salud general, deben ser disfrutadas por todos en la sociedad. Este digno objetivo es improbable que se alcance, a menos que pongamos a la justicia social en el centro de todas las tomas de decisiones”.

Michael Marmot, profesor de Salud Pública. Universidad de Londres.

DESIGUALDADES EN SALUD ORAL INFANTIL

Los menores de nivel socioeconómico más bajo tienen 3 veces más caries que los de nivel alto. Asimismo, aquellos procedentes de otros países presentan hasta 2,5 veces más lesiones que sus homónimos españoles. Además, la caries se distribuye de manera asimétrica: el 17% de los menores acumula el 80% del total de la patología.



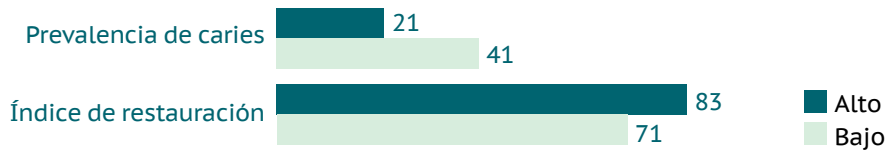
Los menores de nivel social bajo presentan **3 veces más caries** que los de nivel alto

El **17%** de los menores acumula el 80% del total de las caries

Los menores extranjeros presentan **2,5 veces** más caries que sus homónimos españoles

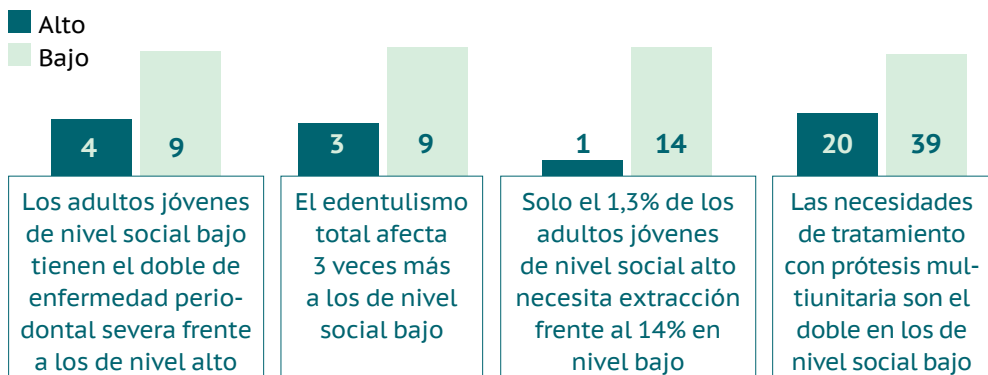
DESIGUALDADES EN SALUD ORAL ADOLESCENTE

Los adolescentes de nivel socioeconómico más bajo tienen el doble de prevalencia de caries que los de nivel alto. El índice de restauración se eleva al 83% en los adolescentes del rango social más alto y hasta el 71% en los de nivel más bajo.



DESIGUALDADES EN SALUD ORAL EN ADULTOS

Las desigualdades sociales en España también afectan a la salud oral de los adultos, tanto en el grupo de adultos jóvenes (35-44 años) como en el de adultos mayores (más de 65 años). En el grupo más joven se aprecia una mayor prevalencia de periodontitis severa y más necesidades de extracción dental en los que pertenecen al nivel socioeconómico más bajo. En el grupo de adultos mayores estas diferencias afectan eminentemente el número de dientes presentes en boca y, subsiguientemente, a las necesidades de rehabilitación mediante tratamientos con prótesis.



DESIGUALDADES EN HÁBITOS HIGIÉNICOS EN ADULTOS (Cepillado, al menos, 2 veces/día)





LOS DENTISTAS EN ESPAÑA

● ¿QUIÉNES SON?

Los dentistas son los proveedores principales del tratamiento y la prevención de las enfermedades bucodentales. Su función está cambiando en respuesta a los nuevos factores de riesgo, a la evolución de las cargas de morbilidad y a los cambios demográficos.

La mayoría de los dentistas en España trabaja en la práctica privada y solo una minoría lo hace en clínicas públicas, el mundo académico, la investigación o la industria. Los dentistas son proveedores de la salud bucodental, la educación, prevención, supervisión y gestión dentro del equipo dental. Un número creciente de mujeres está ejerciendo como dentista y actualmente en nuestro país representan al 57% del colectivo. La profesión de dentista requiere de 5 años de formación universitaria en alguna de las 23 facultades de Odontología existentes en España.

El perfil actual de dentista en nuestro país es el de un profesional de unos 39 años de edad, con una experiencia profesional promedio de 15 años. Trabaja unas 120 horas al mes, atendiendo a unos 190 pacientes mensualmente y dedicando las 3/4 partes de su tiempo a tareas asistenciales. Ocho de cada diez dentistas en España afirman sentirse satisfechos con su trabajo.

PERFIL DEL DENTISTA



39 años de edad media

57% mujeres

LOS DENTISTAS EN ESPAÑA



Datos del Observatorio de la Salud Oral en España (OSOE, 2020).

SU CARGA DE TRABAJO

120 horas al mes es lo que trabajan de media los dentistas españoles atendiendo **a 189 pacientes**

¿A QUÉ DEDICAN SU TIEMPO?

3/4 partes del tiempo se dedican a trabajo asistencial, el resto administrativo y formación

SU NIVEL DE SATISFACCIÓN

8 de cada 10 dentistas están satisfechos o muy satisfechos con su trabajo

● ¿CUÁNTOS SON?

En la actualidad hay unos 40.000 dentistas ejerciendo en España y unas 23.000 clínicas dentales repartidas por todo el país.

Entre 2000 y 2020 el número de profesionales se ha duplicado, convirtiendo a España (junto a Portugal) en el país donde más rápido se ha producido el aumento de dentistas. La formación de nuevos profesionales tiene lugar en alguna de las 23 facultades de Odontología (11 de ellas privadas) donde actualmente están matriculados más de 10.000 estudiantes, de los cuales cerca de 2.000 egresan anualmente.

La proporción de dentista por habitantes es de 1: 1.190, muy alejada de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estipula una relación de 1:3.500 para países como el nuestro en el que predomina un modelo de asistencia privada no subvencionada.

La OMS señala que “es igual de peligroso tener demasiados dentistas como no tener suficientes porque la plétora profesional puede derivar en riesgos para la salud bucodental de la población, especialmente, los sobretratamientos y la disminución de la calidad asistencial”.



¿CUÁNTOS SON?

Más de **40.000** dentistas

1/3.500 es la proporción dentista/habitantes recomendada por la OMS

1/1.190 es la proporción actual de dentistas en España

1.985 nuevos dentistas cada año en España

LA FORMACIÓN DEL DENTISTA

23 facultades (12 facultades de Odontología públicas y 11 privadas)

10.600 estudiantes matriculados en Odontología actualmente en España

5 años de estudios para ser dentista



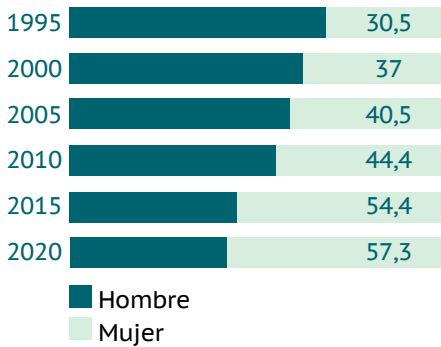
● LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA

La demografía de los dentistas en España ha sido ampliamente analizada y discutida.

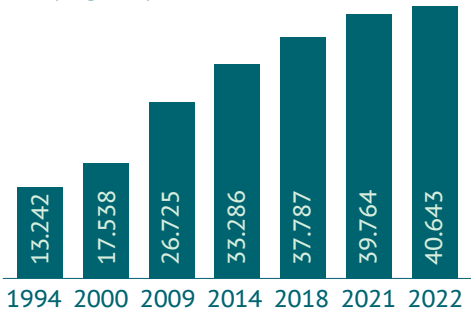
Entre 1995 y 2020 el crecimiento en el número de dentistas ha sido del 184% mientras que para los médicos y farmacéuticos ha sido del 70% y del 85% respectivamente. El periodo 1995-2015 ha tenido una especial relevancia con un crecimiento de, aproximadamente, el 25% en cada quinquenio.

Las cifras actuales muestran que cada año se colegian en torno a 700-900 profesionales. Teniendo en cuenta que anualmente egresan unos 2.000 nuevos profesionales es de suponer que muchos de ellos optan por ejercer en otro país diferente de la Unión Europea. En estos últimos años, la solicitud de certificados (documento imprescindible para el ejercicio fuera de nuestras fronteras) al Consejo General de Dentistas ha aumentado de manera exponencial. La profesión de dentista en España se ha feminizado: si en 1995 las mujeres representaban el 30% de los profesionales, actualmente cerca de 6 de cada 10 dentistas son mujeres.

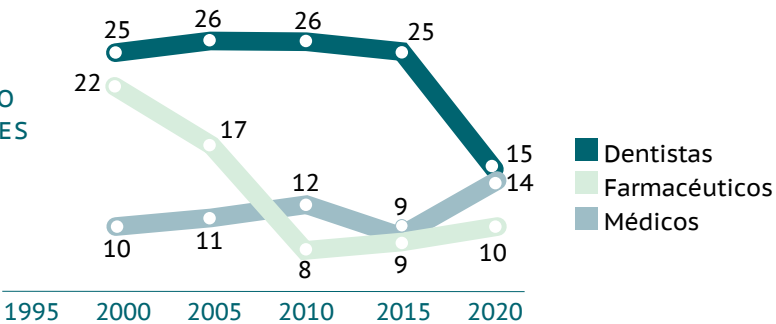
EVOLUCIÓN DEL REPARTO POR GÉNERO



DEMOGRAFÍA DE LOS DENTISTAS EN ESPAÑA



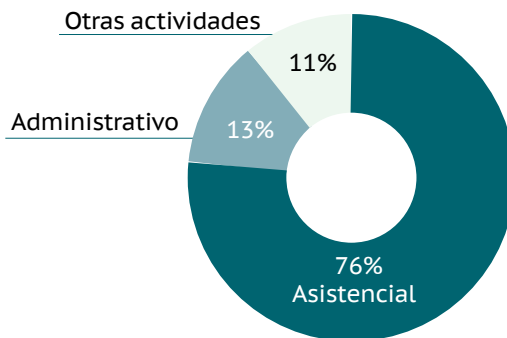
% DE INCREMENTO DE PROFESIONALES SANITARIOS POR QUINQUENIO



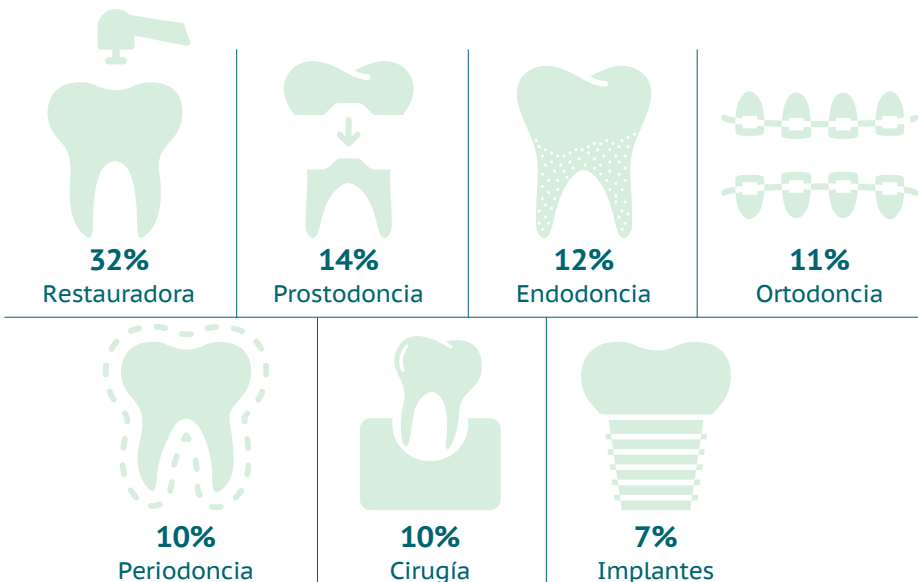
● EL PERFIL ASISTENCIAL

En base a los datos suministrados por el Observatorio de la Salud Oral en España, las 3/4 partes del tiempo de trabajo de los dentistas se dedica a labores asistenciales y el resto a tareas administrativas y de otro tipo.

El reparto del tiempo de trabajo asistencial ha permanecido constante en el periodo 2015-2020. Predominan los tratamientos restauradores, la prostodoncia y los tratamientos endodónticos. En este periodo han aumentado las tartrectomías y las revisiones periódicas, mientras que han sufrido una disminución los tratamientos de implantes y la Odontología Estética.



REPARTO DEL TIEMPO ASISTENCIAL EN FUNCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE TRATAMIENTOS





LOS DESAFÍOS EN ESPAÑA

En 2012, el documento *Visión 2020. Moldeando el Futuro de la Salud Bucodental*, de la FDI, identificó una amplia gama de desafíos y oportunidades para la salud bucodental. La persistencia de las desigualdades en salud bucodental, los problemas de accesibilidad en algunos casos, el envejecimiento de la población, la migración profesional, el turismo dental, la aparición de nuevos modelos educativos y asistenciales, las acciones legislativas en relación con los materiales dentales y el uso creciente de tecnologías de la información y comunicación en todos los segmentos de nuestras vidas y profesiones, figuraban entre esas oportunidades y desafíos que requieren una adecuada y oportuna acción.

Este capítulo se centra en estos desafíos y detalla algunos aspectos importantes y específicos para la situación española.

● DESAFÍOS EN EDUCACIÓN

La educación dental contemporánea debe proporcionar a los dentistas la mezcla requerida de habilidades y competencias para satisfacer las necesidades de sus pacientes y de la población.

La educación en Odontología es un área donde es necesario aportar nuevas soluciones para que el modelo educativo responda a las necesidades actuales, creando puentes efectivos entre las brechas de la educación médica y dental, promoviendo y fortaleciendo la práctica colaborativa, e incluyendo a la salud pública, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, como actividades básicas de todos los dentistas.

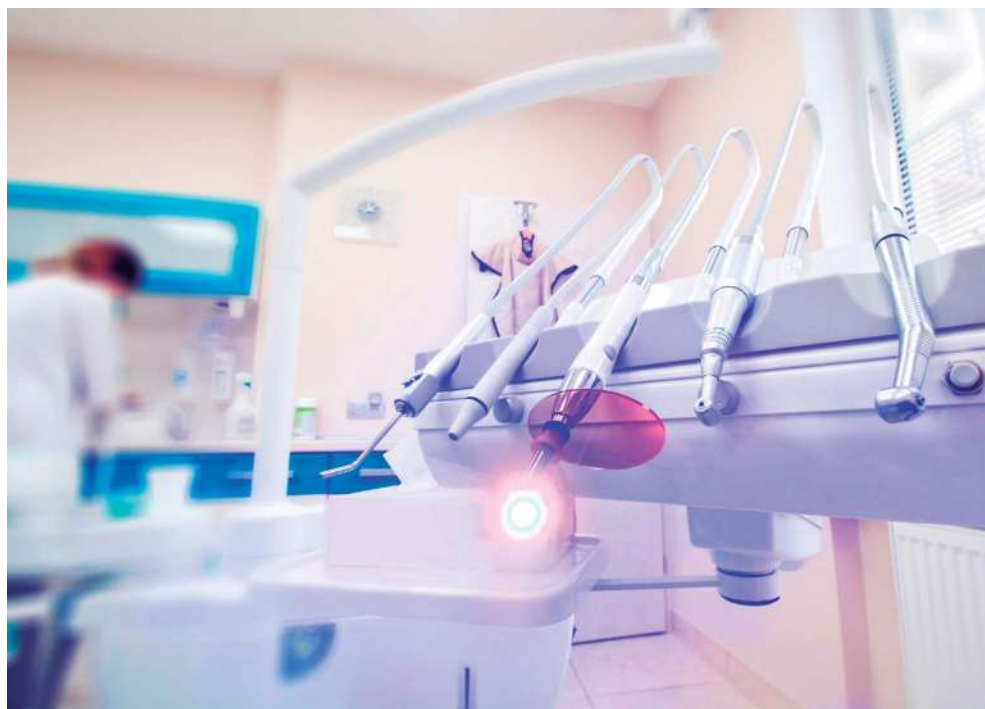
La educación dental se ha desarrollado durante los últimos 150 años, generalmente, centrada en una Odontología restaurativa y clínica. El conocimiento de los vínculos entre la salud bucodental y general, así como de los determinantes más amplios que son compartidos entre ambas, ha dado lugar a nuevos modelos de educación dental que promueven la colaboración activa entre los profesionales sanitarios y las diferentes disciplinas. El énfasis en salud pública, la promoción de la salud y prevención basada en la evidencia, así como el pensamiento crítico para evaluar la nueva información procedente de la investigación, constituyen el núcleo de las nuevas competencias,

para permitir a la profesión enfocar las necesidades de las poblaciones, más allá de la actividad clínica en el sillón dental.

Los programas de grado en Odontología, generalmente, incluyen a las ciencias básicas y las habilidades clínicas para el diagnóstico y atención bucodental, lo que requiere de cinco años de estudio. En el resto de los países de la Unión Europea (con la única excepción de España) existe también una gama de especializaciones de postgrado. Toda esta formación debe complementarse con una educación continuada que permita a los profesionales ir actualizando su grado de conocimientos y habilidades.

La integración de la educación dental con la educación sanitaria en general es un elemento crucial en el modelado del ámbito de competencias y en el impacto de los dentistas en todo el mundo. Son necesarias adecuadas inversiones públicas en la educación dental y sanitaria en general, junto con reformas curriculares e institucionales para crear una fuerza de trabajo global y eficaz en salud bucodental.

En nuestro país, además de estos aspectos cualitativos en educación, se requiere un análisis serio de la necesidad de recursos humanos en Odontología. Ello supone ineludiblemente una planificación rigurosa de las facultades de Odontología necesarias (tanto públicas como privadas) en base a criterios objetivos.



● DESAFÍOS PROFESIONALES

La profesión dental se enfrenta a numerosos desafíos en todo el mundo, incluyendo España. Las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población, la migración de profesionales, el intrusismo o la aparición de nuevos modelos asistenciales son algunos de los más importantes.

Es de sobra conocido que la Odontología española viene estando, desde hace décadas, sometida a múltiples retos y amenazas. Basta recordar que España es el país de toda la Unión Europea con mayor crecimiento en el número de dentistas anualmente, o que somos el único país europeo sin reconocimiento de especialidades dentales.

Los efectos de la publicidad sanitaria en nuestro campo han motivado, gracias a la incansable labor del Consejo General de Dentistas, la propuesta de una modificación profunda de la Ley de Publicidad Sanitaria, la cual ha sido aprobada por unanimidad en el Senado. Desgraciadamente, la propuesta ha sido rechazada en el Parlamento, al no recibir los votos necesarios para su aprobación definitiva. Desde el Consejo General de Dentistas de España, junto al resto de los consejos sanitarios, continuaremos insistiendo en esta importante reivindicación.

Del mismo modo, se empiezan a ver avances entre todos los partidos políticos en referencia a la necesidad de modificar la Ley de Sociedades Profesionales para permitir un mayor y mejor control de la asistencia sanitaria.

En el campo del intrusismo, y si bien en estos últimos años los datos parecen apuntar a un descenso de los casos denunciados, las penas continúan siendo poco disuasorias, requiriéndose un cambio legislativo.

Otro aspecto relevante es el intento de algunos profesionales de invadir competencias reservadas a los dentistas sin ningún soporte legal.

La movilidad internacional y la migración de los profesionales son parte de nuestras economías interrelacionadas y globalizadas. El movimiento transfronterizo de los dentistas es un fenómeno aceptado, aunque poco cuantificado y estudiado. Esta migración es un tema complejo, tanto para los países de origen como para los países receptores, por lo que debería analizarse con mayor profundidad. Las causas de estas migraciones pasan casi siempre por el deseo de una mejora de oportunidad profesional o de especialización, razones profesionales, económicas o familiares.

Entre los principales problemas descritos para los países de origen se encuentra el coste de la formación de profesionales, generalmente, elevado en Odontología, inversión

educativa que se pierde en aquellos profesionales sanitarios que emigran. Los países de origen tampoco se ven exentos de problemas. Están obligados a garantizar la competencia y la calidad de la atención proporcionada por profesionales formados en el extranjero, así como sus derechos a la igualdad de remuneración y oportunidades. Tales esfuerzos deben tener en cuenta el derecho humano a la libre circulación, pero también los derechos y oportunidades para los profesionales formados localmente.

El turismo dental experimenta una tendencia creciente debido a la facilidad de los viajes, la información y el comercio como consecuencia de la globalización. La movilidad internacional de los pacientes que buscan atención fuera de su país de origen conlleva complejas cuestiones relacionadas con la ética, la calidad de la atención y de la relación profesional-paciente, pero también con implicaciones en los costes, la comercialización y el consumismo.



● DESAFÍOS EN INVESTIGACIÓN

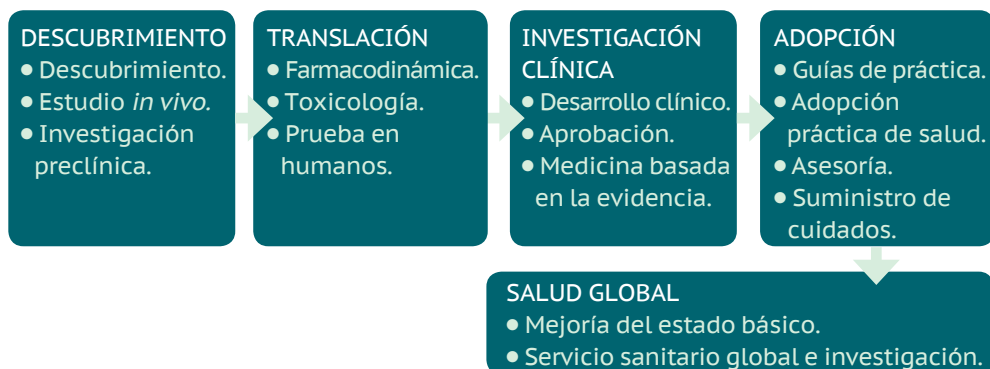
La investigación en Odontología, que abarca el amplio abanico de las áreas básicas, clínica y aplicada, es esencial para abordar la carga económica y sanitaria de las enfermedades bucodentales.

Ciencia e investigación proporcionan la base para políticas sanitarias, programas de salud y práctica clínica basados en la evidencia científica. La alta prevalencia de enfermedades bucodentales genera una enorme carga sanitaria y económica. Por tanto, es imperativo promover, coordinar y apoyar toda la gama de investigación básica, clínica y la investigación aplicada, junto con la formación en investigación y desarrollo de capacidades para reducir esta carga de patología.

La investigación en salud bucodental se ha centrado tradicionalmente en los aspectos básicos, clínicos y técnicos de la prestación de los cuidados bucodentales, principalmente, en los países de renta alta. Solo recientemente se ha enfatizado más en la aplicación y traslación de la investigación, teniendo en cuenta las implicaciones que la salud bucodental tiene en la salud general.

Se requiere un paradigma de cambios con mayor énfasis en la prevención e integrando la investigación en salud bucodental en la corriente principal de la ciencia clínica. El desarrollo y coordinación internacional de las prioridades de investigación es un elemento crucial para el esfuerzo conjunto, base para rellenar lagunas esenciales del conocimiento en salud bucodental. Es necesario un particular esfuerzo en la evaluación de las intervenciones sociales y del comportamiento, y en la implementación y suministro de cuidados si pretendemos reducir las desigualdades mayores en salud bucodental.

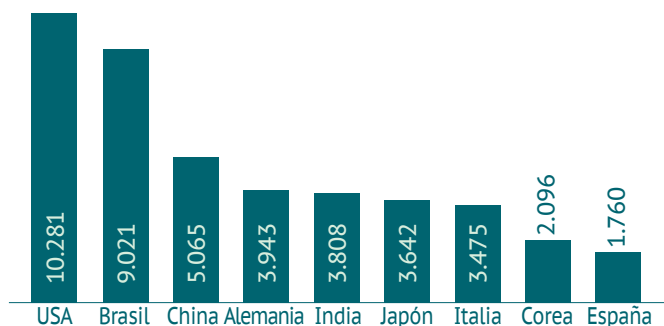
APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD. Modificado de Dzau et al. 2010.



Tomado de Atlas de la Salud bucodental. 2ª edición.

PUBLICACIONES DENTALES EN BASE DE DATOS PUBMED ENTRE 2009-2019 POR PAÍSES

Ahya Asiri F, et al. *Molecules*. 2020; 25(20):4747. <https://doi.org/10.3390/molecules25204747>





LAS RECOMENDACIONES

● UNA ÓPTIMA SALUD BUCODENTAL

Para poder aspirar a una salud bucodental óptima en España se requiere, sin demora, la adopción de una serie de transformaciones importantes.

El Consejo General de Dentistas entiende que las posibles soluciones a medio plazo pasan por la adopción de una serie de medidas importantes en materia de salud bucodental. Esas medidas engloban recomendaciones de índole sanitaria, política, legislativa y organizativa.

En el ámbito sanitario se apuesta por priorizar aquellas acciones encaminadas a la promoción y prevención de las principales patologías bucodentales, porque solo reduciéndolas se conseguirá una óptima salud bucodental. La estrategia se fundamenta en una filosofía de intervención temprana, iniciándose en la embarazada, enfocando los máximos esfuerzos en la población infantil, sin olvidar a grupos especialmente necesitados, como los que presentan discapacidad intelectual o los adultos mayores con escasos recursos. La lucha contra el cáncer oral es otra prioridad ineludible y deben reforzarse los esfuerzos a todos los niveles (educativos y asistenciales) para conseguir llegar a un diagnóstico precoz, al menos, la mayoría de los casos.

En el ámbito político y legislativo, los esfuerzos deberían centrarse en una mayor defensa de los pacientes frente a determinados riesgos bien identificados, como pueda ser la publicidad sanitaria engañosa o la Ley de Sociedades Profesionales.

También debería reflexionarse sobre los problemas y riesgos asociados a la plétora de los dentistas en términos de oportunidad de coste, por lo que supone la evasión de profesionales formados en España, así como en las posibles repercusiones que esta masificación pudiera tener en la calidad asistencial. Del mismo modo, es urgente legislar sobre las especialidades dentales, partiendo del consenso existente entre organización colegial, sociedades científicas y universidad.

Finalmente, en términos organizativos debería replantearse el modelo de integración actual de los dentistas en Atención Primaria para reforzar su labor eminentemente preventiva y de promoción de la salud, trabajando de manera interdisciplinar con otros profesionales sociosanitarios, teniendo en cuenta las interconexiones existentes entre salud oral y salud general, así como el gradiente social que impregna a las

patologías bucodentales. Para la coordinación de todo ello se propone la creación de un servicio dental comunitario a nivel nacional que se responsabilizaría de la gestión y evaluación de todas las acciones, en colaboración estrecha con los responsables de las comunidades autónomas. Esta solución ayudaría a reducir el efecto de lo que denominamos “gradiente postal”, dadas las grandes diferencias existentes en la actualidad en cuanto al abordaje de la salud oral entre los diferentes territorios.



DEL EMBARAZO AL ADULTO MAYOR

El desarrollo de las propuestas		
EMBARAZADA ● Programa salud oral y embarazo. ● Incorporar e integrar información en los cursos preparto.	PREESCOLAR ● Programa <i>Niño sano, boca sana</i>, con material educativo. ● Primera visita al año para evaluación y educación sanitaria. ● Incorporar medidas en centros preescolares y guarderías. ● Incorporar prevención en la dentición temporal.	POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE ● Identificar a grupos de riesgo de caries. ● Captar niños con situación de riesgo social para disminuir gradiente social (trabajadores sociales). ● Campañas públicas e información a padres para aumentar el porcentaje de utilización de los PADIs.
DISCAPACITADOS ● Desarrollar programas educativos/preventivos dirigidos a la población con discapacidad. ● Crear y desarrollar unidades específicas para el abordaje integral del tratamiento dental en este colectivo.	CÁNCER ORAL ● Campañas públicas de información sanitaria sobre cáncer oral. ● Revisiones periódicas y exploración sistemática de la cavidad oral en pacientes de riesgo a partir de los 45 años. ● Incorporar la problemática del cáncer oral en la historia clínica médica rutinaria en Atención Primaria (anamnesis).	ADULTO MAYOR ● Desarrollar protocolos de prevención bucodental en pacientes médicamente comprometidos. ● Implantar los protocolos de prevención bucodental en pacientes que vayan a ser irradiados de cabeza y cuello. ● Mejorar la interconsulta con el médico de Atención Primaria, oncólogo y dentista en Atención Primaria. ● Rehabilitar funcionalmente a los mayores de escasos recursos.



RECOMENDACIONES POLÍTICAS, LEGISLATIVAS Y ORGANIZATIVAS

El desarrollo de las propuestas

INTEGRACIÓN

- Mejorar las OPE para dentistas de Atención Primaria.
- Reorganizar las agendas y permitir una mayor dedicación a las actividades preventivas y educativas.
- Integración plena en Atención Primaria.

EVALUACIÓN

- Realizar encuestas epidemiológicas con periodicidad quinquenal.

UNIDAD CENTRAL

- Crear una Unidad Nacional (Servicio Dental Comunitario) para coordinar las acciones entre las comunidades autónomas reduciendo las desigualdades y la falta de equidad.

FORMACIÓN

- Facilitar la creación y el desarrollo de especialidades dentales.
- Analizar, en términos objetivos, las necesidades reales de recursos humanos en Odontología.



UNA LLAMADA A LA ACCIÓN

El *Atlas de la Salud Bucodental en España. Una llamada a la acción* ofrece una reseña del desafío global que la carga de la enfermedad bucodental representa para nuestro país. También hace recomendaciones de actuación para hacer frente a esta carga inaceptable y reducir el impacto de estas enfermedades prevenibles.

Los desafíos asociados con el envejecimiento de la población se ven agravados por el aumento de la exposición a factores comunes de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT), y conducen a incrementar la carga de las enfermedades bucodentales. A pesar de la universalización de la Sanidad en nuestro país, importantes segmentos de la población tienen un acceso limitado a los cuidados bucodentales, de modo que gran parte de la carga de enfermedad bucodental permanece sin tratar, perpetuándose el gradiente social.

Ahora es el momento para que los responsables políticos respondan a la crisis de la salud bucodental y actúen para reducir la carga de las enfermedades bucodentales a través de la implementación de políticas y estrategias basadas en la evidencia. Los impulsos actuales en la prevención y control de las ENT ofrecen una oportunidad única para la integración de medidas que mejoren la salud bucodental y la salud general. Este Atlas esboza algunos de los posibles enfoques para lograr unos mejores reconocimientos, integración y priorización de las enfermedades bucodentales en nuestro país.

A continuación, se presentan los puntos clave de modo resumido, a fin de facilitar la promoción y el fácil acceso a los aspectos más importantes.

LA SALUD BUCODENTAL Y GENERAL: UN BINOMIO INSEPARABLE

Dientes primarios y permanentes sanos – importantes durante toda la vida

Las enfermedades bucodentales tienen un impacto negativo importante en la salud general y en la calidad de vida. Una dentición sana y funcional es importante en todas las etapas de la vida para apoyar las funciones esenciales del ser humano.

- Las buenas prácticas de higiene oral y los cuidados bucodentales profesionales combinados con un estilo de vida saludable y evitando riesgos, como el alto consumo de azúcar y el tabaquismo, hacen posible mantener una dentición funcional durante toda la vida.

La salud bucodental y la salud general – estrechamente relacionadas

La mejora de la esperanza de vida, con el subsiguiente aumento de la población de adultos

mayores, hacen que sea necesario un enfoque continuo en el transcurso de toda la vida.

- La relación bidireccional estrecha entre salud bucodental y salud general proporciona una sólida base conceptual para la integración de ambas.
- El conocimiento y la concienciación de las estrechas asociaciones entre salud bucodental y salud general, así como la colaboración entre los profesionales de la salud bucodental y el resto del personal sanitario, es importante para la atención integral.

LA CARGA DE LA PATOLOGÍA BUCODENTAL: UNA REALIDAD POCO VALORADA

La caries dental – la enfermedad crónica más común

La caries es la enfermedad crónica más común y un importante problema de salud pública con un significativo impacto sobre las personas, los sistemas de salud y las economías. La caries es una enfermedad multifactorial compleja, pero la razón principal para su alta prevalencia es el alto consumo de azúcar, junto con la falta de estrategias de prevención eficaces y una falta de utilización de los cuidados bucodentales apropiados.

- La caries dental se puede prevenir mediante la reducción del consumo de azúcar, aumentando el uso adecuado de fluoruro y manteniendo una buena higiene bucal.
- La detección y atención precoz puede reducir la progresión de la enfermedad hacia formas más graves y costosas.
- Con el fin de reducir la carga de morbilidad, es necesaria la plena integración de la salud bucodental en las estrategias de prevención y de promoción de la salud en toda la población y la inclusión de cuidados bucodentales primarios en el marco de la cobertura sanitaria.

La enfermedad periodontal – una condición prevenible

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades comunes de la humanidad, con estrechas asociaciones con la salud general. Es prevenible a través de una buena higiene bucal y de políticas preventivas dirigidas a los determinantes comunes.

- Implementar estrategias para mantener un estilo de vida saludable, con una baja exposición a factores de riesgo, como el tabaco o el consumo de alcohol, junto con una buena higiene bucal y revisiones regulares.
- La detección precoz a través de visitas regulares al dentista puede ayudar a hacer frente a la progresión de formas leves hacia formas severas de periodontitis.
- La gestión y prevención de la enfermedad periodontal debe integrarse en las estrategias para hacer frente a otras enfermedades bucodentales y el conjunto de ENT.



El cáncer oral – un reto de salud pública

El cáncer oral es uno de los 10 tipos de cáncer más comunes en todo el mundo. Las tasas de supervivencia son bajas en comparación con otros tipos de cáncer debido a la detección tardía y las complejidades de la atención adecuada. Los impactos en la calidad de vida para aquellos que sobreviven a la enfermedad pueden ser altos. En España solo se diagnostican precozmente en torno al 30% de los cánceres orales.

- La reducción de los principales factores de riesgo (consumo de tabaco y exceso de consumo de alcohol) es eficaz en la disminución de la alta incidencia del cáncer oral.
- La detección precoz puede mejorar los resultados del tratamiento a través de la remisión hacia una atención especializada. No se recomienda el cribado a la población general, pero hay buena evidencia para el cribado en pacientes con factores de riesgo.
- La atención especializada adecuada debe formar parte de la cobertura universal, con el fin de mejorar las tasas de supervivencia de los pacientes y la calidad de vida.
- La integración de la prevención y control del cáncer oral dentro del contexto de las ENT, es necesaria para reducir la incidencia y mejorar los resultados de tratamiento.

Los traumatismos dentales: los grandes desconocidos

Son comunes y pueden prevenirse mediante la mejora de las políticas de salud pública y el aumento de concienciación sobre los riesgos relacionados con la violencia, el deporte y la seguridad vial.

- Incrementar las políticas y enfoques para aumentar la seguridad del tráfico rodado, reducir la violencia y el acoso escolar, aumentar y mejorar la seguridad y la protección en los deportes de contacto, así como la respuesta postraumática a través de la atención de urgencia son factores importantes.

LOS FACTORES DE RIESGO: PRINCIPALES RESPONSABLES DE LA PATOLOGÍA BUCODENTAL

Tanto la salud general como la salud bucodental de la población están en gran parte determinadas por factores sociales y su interacción con un conjunto de factores de riesgo comunes: el azúcar, el tabaco, el alcohol y la mala alimentación.

El consumo de azúcar

El azúcar es un factor de riesgo de la caries dental. Las estrategias y políticas poblacionales para reducir el consumo de azúcar como parte de una dieta saludable tienen un gran potencial para promover una mejor salud bucodental. Paralelamente, estas estrategias también tienen impacto sobre la diabetes, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles. Estas políticas incluyen, pero no se limitan a:

- Etiquetado transparente de los alimentos para una elección informada de consumo.
- Limitación de la comercialización y disponibilidad de alimentos ricos en azúcar y bebidas azucaradas-edulcoradas para niños y adolescentes.
- Pautas de nutrición simplificadas, incluyendo el consumo de azúcar para promover una alimentación y consumo de bebidas saludables.
- Amplia regulación del azúcar en los alimentos para bebés y bebidas azucaradas.

El consumo de tabaco

El consumo de tabaco en todas sus formas es perjudicial para la salud, incluyendo la salud bucodental. Los dentistas pueden ayudar eficazmente a los pacientes a dejar de fumar y explicar la relación del tabaco con las enfermedades bucodentales. Las políticas para fortalecer el control del tabaco incluyen, pero no se limitan a:

- Proteger a las personas del humo de tabaco, ofrecer ayuda para dejar de fumar y alertar sobre los peligros del consumo de tabaco.
- Aumentar los impuestos sobre los productos de tabaco para reducir el consumo.
- Cumplimiento de las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

El uso nocivo del alcohol

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para más de 200 enfermedades, incluyendo el cáncer oral y la enfermedad periodontal, y debe ser abordado con un enfoque integral de las enfermedades no transmisibles. Las medidas incluyen, pero no se limitan a:



- Hacer cumplir la normativa sobre el consumo de alcohol en menores de edad y en la vía pública.
- Implementar y hacer cumplir medidas eficaces que regulen la disponibilidad de alcohol, así como una estricta política de tolerancia cero para el alcohol al volante.
- Regular, reducir o prohibir la publicidad del alcohol y su promoción.

Dieta no saludable

Una dieta saludable, baja en azúcar, sal y grasas, contribuye a reducir el riesgo de enfermedades bucodentales, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles. Las medidas incluyen, pero no se limitan a:

- Restricción de las ventas, limitar el tamaño de las porciones y la disponibilidad y aumentar los impuestos sobre los productos alimenticios no saludables, además de prohibir su consumo en el ámbito escolar.
- Regulación de la publicidad y el patrocinio de los alimentos manufacturados e implementar una regulación para el etiquetado de alimentos para facilitar la elección debidamente informada de los alimentos.
- Promover la lactancia materna siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la nutrición y el crecimiento.
- Promocionar los productos naturales y locales con buenos valores nutricionales sobre el uso de alimentos procesados, a través de un asesoramiento nutricional integrado.

LAS DESIGUALDADES EN SALUD BUCODENTAL: UNA INJUSTICIA NO RESUELTA

El nivel socioeconómico es un determinante fundamental, tanto para la salud bucodental como para la salud general. Las medidas para reducir las desigualdades en salud bucodental deben abordar las causas subyacentes de la enfermedad. Las condiciones bucodentales tienen un impacto considerable en la calidad de la vida de los individuos y las sociedades, sobre todo entre los grupos de población más vulnerables, en términos de los costes de tratamiento y las pérdidas en productividad. El acceso equitativo a la salud bucodental es un importante problema de salud pública y las desigualdades sustanciales persisten. Los dentistas y sus organizaciones colegiales tienen una función importante para intentar la promoción de políticas que reduzcan las desigualdades de salud en las poblaciones a las que sirven. Las medidas políticas incluyen, pero no se limitan a:

- La acción de salud pública sobre los determinantes más amplios de la salud con especial énfasis en las personas mayores y en población infantil donde las desigualdades en la calidad de vida parecen ser más pronunciadas.
- Ampliar la cobertura de la asistencia dental básica y mejorar la disponibilidad de los servicios de salud bucodental orientados a grupos de población desfavorecidos y vulnerables.
- Trabajar en colaboración con otros sectores sociosanitarios, organismos y profesionales para buscar estrategias que permitan el abordaje de la reducción de las desigualdades.

LOS DESAFÍOS EN LA EDUCACIÓN DENTAL, ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN

La educación dental contemporánea tiene como objetivo la formación de dentistas provistos de la mezcla requerida de habilidades y competencias al objeto de satisfacer las necesidades de sus pacientes y poblaciones. Sin embargo, el contexto rápidamente cambiante es una dificultad añadida para la educación. Además, la migración y la movilidad de los dentistas y de los pacientes presentan retos, y son el resultado de factores incitadores y disuasivos. Los impactos positivos y negativos para los países receptores y de origen tienen que ser equilibrados mediante políticas y reglamentos adecuados. La investigación en salud bucodental, que abarca toda la gama de investigación básica, clínica y aplicada, es esencial para entender, abordar y evaluar la multitud de enfoques necesarios para mejorar la salud bucodental en España.



- La integración de la educación dental en la educación del resto de profesionales sanitarios es un elemento crucial para permitir una mayor y mejor interrelación entre médicos, farmacéuticos y dentistas.
- Se requiere de inversiones públicas adecuadas en educación dental y sanitaria, junto con reformas en los planes de estudios y reformas institucionales con el fin de optimizar la formación de los futuros profesionales.
- La implementación de códigos de práctica para la contratación internacional, junto con políticas orientadas a una mejor planificación de los recursos realmente necesarios, pueden mitigar los posibles efectos negativos de la migración internacional.
- Desarrollar y coordinar la colaboración internacional en las prioridades de investigación con el fin de paliar las lagunas esenciales del conocimiento en salud bucodental.
- Un enfoque particular merece la evaluación de las intervenciones sociales y de comportamiento, la implementación y el suministro de cuidados eminentemente preventivos si se quiere reducir las grandes cargas de las patologías bucodentales.

RECOMENDACIONES DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA

El contexto del entorno de la política nacional proporciona retos y oportunidades para un mejor reconocimiento, priorización e integración de la salud bucodental. Las propuestas formuladas por el Consejo General de Dentistas de España son de tipo transversal y engloban acciones de índole sanitaria, política, legislativa y administrativa.

Las propuestas sanitarias

- Implementar y desarrollar un programa de salud bucodental dirigido a la embarazada



que incluya, al menos, la revisión del estado de salud, consejos de educación sanitaria y tartrectomía, si se precisa.

- Incorporar la salud bucodental en dentición primaria a través de medidas eminentemente preventivas e interceptivas en la población preescolar.
- Reforzar la atención bucodental en la población infantil y adolescente, incorporando estrategias de captación de grupos de riesgo y potenciando la utilización de los programas ya existentes (PADIs).
- Desarrollar programas educativos, preventivos y asistenciales para la población con discapacidad.
- Incorporar medidas educativas, preventivas y asistenciales que permitan el diagnóstico precoz del cáncer oral.
- Destinar recursos para los adultos mayores de bajos recursos para poder rehabilitarles funcionalmente.

Las propuestas políticas

- Mejorar las OPE en los dentistas de Atención Primaria.
- Reorganizar las agendas para permitir una mayor dedicación a tareas preventivas y educativas.
- Integración plena de la Odontología en la Atención Primaria.
- Crear una Unidad Central Nacional (Servicio Dental Comunitario) para coordinar las acciones entre las diferentes comunidades autónomas.

Las propuestas legislativas

- Legislar urgentemente el reconocimiento y la creación de las especialidades dentales.
- Respetar el *numerus clausus* en base a criterios objetivables de necesidad de recursos humanos.
- Legislación sobre publicidad sanitaria.
- Nueva Ley de Sociedades Profesionales para permitir una mayor y mejor protección a los usuarios de los servicios dentales.

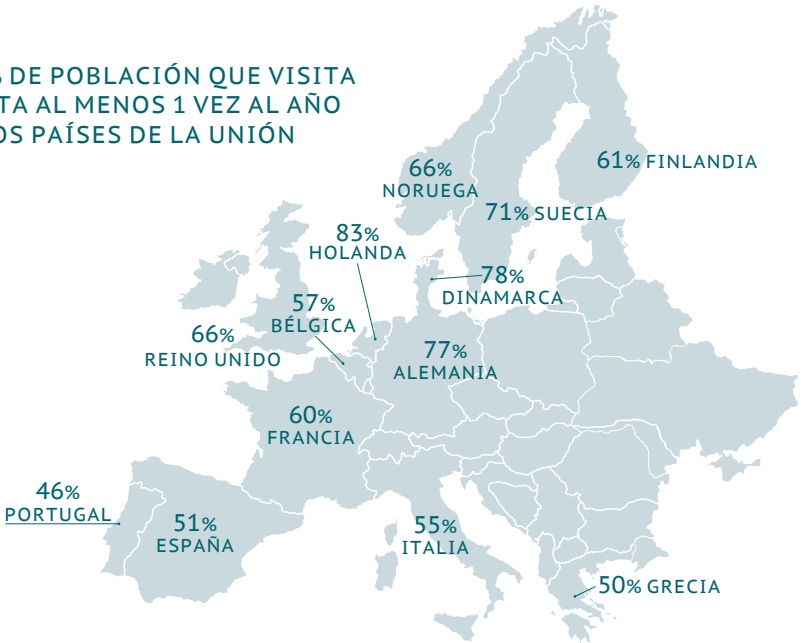
Las propuestas administrativas:

- Establecer un calendario quinquenal de evaluaciones periódicas de la salud bucodental en España.
- Asignar responsabilidades de gestión a dentistas en el campo de la salud bucodental.

ANEXO 1: INDICADORES COMPARATIVOS EN ALGUNOS PAÍSES DE LA UE

	% PIB en salud	CAOD a los 12 años	Cáncer oral Incidencia por 100.000 (hombres)	Azúcar kg/ habitante y año	Dentistas N° habitantes por dentista
Alemania	10,7	0,7	11,1	46	1.582
Bélgica	9,6	1,1	7,7	ND	1.712
Bulgaria	7,7	4,4	6,5	19	980
Dinamarca	9,4	0,7	7	56	955
España	8,2	0,6	12,9	27	1.190
Finlandia	7,5	1,2	5,3	34	1.085
Francia	11,2	1,2	14,8	40	2.964
Grecia	10,1	2,2	3	34	623
Irlanda	8,2	1,3	5,3	39	3.163
Italia	8,9	1,1	7,1	31	2.040
Noruega	9,1	1,7	5,5	35	903
Países Bajos	9,2	0,8	5,6	48	2.052
Portugal	10,2	1,5	13,4	32	1.163
Reino Unido	8,2	0,7	5,0	41	2.939
Suecia	9,2	1	4,5	44	829

ANEXO 2: % DE POBLACIÓN QUE VISITA AL DENTISTA AL MENOS 1 VEZ AL AÑO EN ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA



**ANEXO 3: GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE SALUD ORAL
DEL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA PARA 2020**

INDICADOR	EDAD	OBJETIVO	VALOR 2020
Libres de caries en dentición temporal (%)	5-6	≥75%	65%
Libres de caries en dentición permanente (%)	12	≥68%	71,4%
	15	≥57%	64,5%
CAOD medio	12	≤1	0,58
	35-44	≤7,5	7,40
	65-74	≤13,5	14,9
Índice de restauración (%)	12	≥60%	70%
	15	≥65%	72,4%
Dientes ausentes (media)	35-44	≤2,5	1,92
Dentición funcional (%) 21 dientes presentes o más	35-44	≥80%	95,3%
	65-74	≥30%	45,2%
Desdentados totales (%)	65-74	≤13%	7%
IPC= 3 bolsas moderadas(%)	35-44	≤18%	17,9%
IPC= 4 bolsas profundas (%)	35-44	≤3%	7,6%
Cepillado diario con pasta fluorada (%)	12	≥91%	94,4%
	15	≥91%	94,9%
Problemas para masticar en el último año (%)	35-44	≤16%	15,1%
	65-74	≤23%	24,3%



REFERENCIAS

- AESAN. Encuesta ENALIA 2. Encuesta Nacional de Alimentación en Población Adulta, Mayores y Embarazadas (2015). https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subdetalle/enalia_2.htm
- Bravo, M. Et al. Encuesta de salud oral en España 2020. RCOE, 25: monográfico noviembre 2020.
- Consejo General de Dentistas de España. *Libro Blanco, la salud bucodental en España*. 2020. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/libros-del-consejo.html?start=5>
- Consejo General de Dentistas de España. Observatorio de la Salud Oral en España (OSOE). Datos 2015- 2019. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/observatorio-de-la-salud-oral.html>
- Consejo General de Dentistas de España y Fundación Dental Española. *Guía de prevención del cáncer oral* 2021. https://canceroral.es/wp-content/uploads/2021/10/guia_cancer_oralIII.pdf
- Consejo General de Dentistas de España. *La demografía de los dentistas en España*. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/libros-del-consejo.html?start=30>
- FDI. *El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global*. Atlas de la Salud Bucodental. 2ª edición. 2015. FDI.
- INE. Encuesta nacional de Salud en España. 2017.
- INE. Estadística de profesionales sanitarios colegiados en España, 2021. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- INE. Encuesta Europea de Salud en España 2020. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- Llodra JC., Bourgeois D. (2009). *Estudio prospectivo Delphi: la salud bucodental en España 2020. Tendencias y objetivos de salud oral*. Ed. Fundación Dental Española.
- Ministerio de Sanidad. *Informe 2021 sobre consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
- Sociedad Española de Oncología Médica. *Las cifras del cáncer en España 2021*.

CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS

Calle Alcalá 79, 2º-28009 Madrid
914 264 410

info@consejodentistas.es
www.consejodentistas.es

