

Obtención de información en salud oral.

Obtención de información en salud oral.

Caso práctico



Cuando Claudia y Ramón empezaron sus estudios de Higiene Oral, les llamó la atención la importancia que tiene la atención sanitaria en salud oral en nuestro sistema sanitario. Siempre habían relacionado esta profesión con la actividad de una clínica dental privada, que ciertamente supone la mayor parte del ejercicio profesional en España. Casi dos años después de que su tutora de Formación en Centros de Trabajo (FCT) les asignara a cada uno de ellos un puesto formativo en clínicas dentales, la casualidad ha querido que ahora, recién terminados los estudios, el verano les suponga un nuevo reto, empezar a trabajar.

Claudia hizo la FCT en una clínica dental pero la han llamado de un centro de Salud de un barrio céntrico de la localidad. Su tío que es enfermero le ha hablado muy bien del trabajo que desarrolla esa Unidad de salud bucodental y de la cantidad y variedad de funciones que realizan. Le ha dicho que le presentará a Elena, Técnico Superior en Higiene Oral, que lleva trabajando en ese mismo centro de salud desde hace más de dos años. Como además no se cogerá vacaciones hasta septiembre, Claudia está encantada

de coincidir con ella todo el tiempo.

Ramón también realizó la FCT en una clínica dental privada. Tenía claro que quería trabajar en cuanto obtuviese el título de Higienista oral y así ha sido. A principios de junio, Adela, la odontóloga de la clínica Dentoclinic, le comentó la posibilidad de contratarlo los meses de verano, además, tampoco va estar sólo, seguirá con su compañera Esther, que es una técnico con bastante experiencia.

Los dos han coincidido en el parque cercano a la casa de Claudia y comentan lo contentos, pero nerviosos que están.

En la historia anterior puedes apreciar que este profesional trabaja en el sector sanitario público y privado, en el área de atención sanitaria y promoción de la salud, formando parte de equipos estructurados de salud bucodental, de equipos de atención primaria, en las unidades de promoción de la salud, y en consultas o gabinetes dentales privados, para promover la salud bucodental de las personas y de la comunidad, mediante el desarrollo de actividades preventivas y asistenciales, que comprenden la exploración, evaluación, promoción y realización de técnicas odontológicas como miembro de un equipo de salud bucodental y aplicando en todo momento, criterios de calidad, seguridad y optimización de recursos. La educación sanitaria juega un papel importante en el mantenimiento de la salud en general y de la salud oral en particular.

En 1976, en la conferencia de Alma Ata la OMS definió la salud como el **perfecto estado físico, mental y social** y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. De esta manera la OMS reconoce que no se trata solo de estar bien, sino de la capacidad de vivir la vida con plenitud. La adquisición de hábitos saludables constituye uno de los pilares en que se basan las estrategias de salud en general para la población del siglo XXI.



Materiales formativos de FP Online propiedad del Ministerio de Educación y

Formación Profesional.

[Aviso Legal](#)

1.- Salud pública y comunitaria.

Caso práctico



Los primeros días de trabajo de Claudia han resultado ser sobretodo de actividades técnico-asistenciales, que son además las que más le gustan. Hoy, en el desayuno, Elena le ha comentado que Ignacio, uno de los odontólogos del equipo ha recibido una carta para iniciar un estudio de salud oral en la población que atiende el centro de salud. La carta les pide un diagnóstico de salud de la zona como paso previo para valorar la necesidad de implantar Programas de Educación para la Salud adecuados a la situación real de la zona básica de salud. Claudia recuerda que estudió en qué consistía la Educación para la salud, pero nunca ha realizado un caso práctico. Elena le comenta: —El diagnóstico de salud es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria.

Claudia sí que recuerda que se realizaba analizando los problemas y las necesidades de cada población así como los [factores](#) que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud.

Salud pública y salud comunitaria

Salud pública es la organización, desde los poderes públicos nacionales e internacionales, de medidas de diversa índole enfocadas a mejorar la salud de la población. Incluye actuaciones

encaminadas no solo a mantener la salud sino también a la prestación de servicios sanitarios eficientes que ayuden a los enfermos a recuperar su salud, o a disminuir la minusvalía, la dependencia de la enfermedad y el sufrimiento que ocasiona.

Las **funciones** de la salud pública son:

- Vigilancia epidemiológica.
- Protección de la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Promoción de la salud.
- Restauración de la salud.

Estas funciones de la salud pública se engloban tanto en la atención primaria como en la especializada.

La salud pública está vinculada a otras ciencias, ya que para comprender e influir sobre el estado de salud poblacional se debe utilizar un enfoque multidisciplinar. Estas ciencias son:

- Ecología: influencia que el medio ambiente ejerce sobre el hombre.
- Epidemiología: Estudia la frecuencia y la distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas.
- Estadística: permite obtener información mediante técnicas de recogida, descripción y análisis de datos.
- Demografía: Estudia la estructura de las poblaciones humanas y sus aspectos dinámicos desde un enfoque cuantitativo.
- Economía: intenta la distribución racional y equitativa de los recursos.
- Sociología: Estudia el desarrollo, estructura y función de la sociedad y los grupos.
- Antropología: Estudio de los hombres, su evolución biológica y cultural.
- Psicología: Estudia la conducta humana y los procesos mentales.
- Pedagogía: Estudia la transmisión de experiencias, valores y conocimientos para la formación del individuo.

Los **Objetivos** de la salud pública:

- a. *Protección de la salud*, con acciones sobre el medio ambiente:
 - Saneamiento ambiental.
 - Control alimentario.

b. *Promoción de la salud.* Se definió en la Carta de Ottawa (Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud de la OMS en 1986) como: El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Para favorecer la promoción de la salud, las OMS proclamó como día mundial de la salud el 7 de abril, desde 1950. Otros organismos nacionales e internacionales organizan también campañas que incluyen recomendaciones sobre multitud de temas relacionados con la salud.

Dentro de la promoción de la salud se incluyen acciones sobre el individuo (Educación sanitaria y fomento de hábitos saludables)) y sobre el medio ambiente (saneamiento, control alimentario, etc.).

c. *Prevención de la enfermedad*

Desde hace algunos años, los sistemas sanitarios han empezado a dirigir sus esfuerzos hacia la salud, en vez de hacia la enfermedad, hacia el mantenimiento de la salud de los ciudadanos y a prevención de la enfermedad tanto o más que en curar sus enfermedades. Para conseguirlo es necesaria la Educación Sanitaria, fomentando los hábitos saludables.

d. *Restauración de la salud*

Es el tratamiento de las enfermedades y sus secuelas.

La prevención de la enfermedad tiene distintos niveles:

	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
TIPOS DE PREVENCIÓN (OMS)	Fomento y Protección de la salud	Tratamiento y Recuperación	Rehabilitación y Cuidados Paliativos

Las actividades de Salud Pública se pueden agrupar en siete categorías:

1. Servicios básicos de la comunidad en materia de saneamiento
2. Actividades diseñadas para la prevención de enfermedades, discapacidades y muertes

prematuras.

3. Actividades relacionadas con la provisión de servicios médicos
4. Actividades de colección y análisis de las estadísticas vitales e indicadores sanitarios.
5. Educación y promoción de la salud en la comunidad.
6. Evaluación y planificación sanitaria
7. Investigación científico-técnica y administrativa.

La salud comunitaria es una rama de la salud pública que se aproxima a la comunidad y la hace partícipe y protagonista de la gestión y promoción de su salud.

En la Salud comunitaria además de la actuación de las administraciones se incluye:

- La participación activa de la comunidad y
- La participación de los ciudadanos en la gestión y control de las acciones de las acciones sanitarias.

Se limita a los programas de salud pública local después de analizar cuáles son los problemas concretos de salud de su comunidad. Destaca su faceta participativa y cercana a la sociedad. Para que funcione se necesita un alto grado de formación sanitaria para que los ciudadanos mantengan y mejoren su propia salud; puedan valorar la labor de sus representantes; puedan valorar la efectividad de los programas; y decidir que políticas y servicios prefieren y necesitan.

Los **objetivos** de la salud comunitaria son:

- La prevención de la enfermedad.
- La promoción de la salud.
- La educación para la salud.

Mientras que en la salud pública las campañas son diseñadas por las autoridades sanitarias y llevadas a cabo por los profesionales, en la salud comunitaria las pautas las marcan profesionales de la salud, pero los programas y proyectos se elaboran en colaboración con los miembros de la comunidad.

Ambas van a requerir del **diagnóstico de salud** que se realiza a partir de **datos** recogidos por diferentes métodos (registros encuestas, cuestionarios...) y su transformación en **indicadores de salud**. Estos nos sirven para diagnosticar la salud de cada población, comparar grupos poblacionales y planificar las estrategias preventivas y asistenciales que se llevarán

ejecutarán en una determinada población. Por ejemplo, programas para dejar de fumar, para evitar la obesidad, para la prevención de la caries...

1.1.- Salud y enfermedad.



Concepto de salud

La salud es un concepto relativo, multidimensional y cambiante, lo mismo que el de enfermedad, y se han dado muchas definiciones a lo largo de la historia. Por ejemplo, según Aristóteles la salud es “la justa medida entre calor y frío”. Durante muchísimo tiempo se consideró salud en un sentido negativo pues se definía como ausencia de enfermedad.

La primera definición de salud que se dio en términos afirmativos fue la de la OMS en 1946 en su Carta Magna: “Salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. Por primera vez la salud no sólo se refiere al área física del ser humano. Pero esta definición presenta limitaciones: bienestar no siempre es sinónimo de salud, es utópica, es estática y subjetiva. Y no incluye el aspecto funcional de la persona.

En 1976, en la conferencia de Alma Ata la OMS definió la salud como "el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual". De esta manera la OMS reconoce que no se trata solo de estar bien, sino de la capacidad de vivir la vida con plenitud.

En los años 80 aparecen muchos críticos a esta definición de la OMS; entre ellos Terris, que considera que debe de haber grados de salud y enfermedad. Además, distingue dos aspectos de la salud: subjetivo (sentirse bien o mal) y el objetivo (capacidad de funcionar). Para él salud es: “Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es una definición más operativa que refleja lo que para la mayoría de las personas es estar sano. El inconveniente es que

pueden coexistir bienestar y capacidad de funcionamiento con enfermedad asintomática.

Habitualmente se consigue el equilibrio y la salud prevalece, pero otras veces coinciden varios factores endógenos y exógenos, desestabilizadores que inclinan la balanza hacia un lado y los mecanismos de defensa se ven superados con lo cual aparece la enfermedad. En 1985 la OMS propone otra definición de salud: “Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”. Según esta definición, la salud es un recurso para la vida, no una finalidad en sí misma.

Actualmente está vigente el **concepto dinámico de salud o salud positiva**. Considera la salud como un continuo con dos extremos, óptimo de salud y muerte prematura. En el centro hay una zona, no muy bien definida, en la que es imposible distinguir lo normal de lo patológico. La salud y la enfermedad son dinámicas, es decir que existen distintos niveles de salud positiva y de enfermedad. Siempre se debe tender a mejorar los niveles de salud, tanto a nivel de individuo como de población. En el concepto de salud hay incluidos criterios de distinto tipo:

- Los datos clínicos que se posean sobre la salud de la persona.
- La percepción del individuo sobre su salud.
- Los datos etiológicos: Identifican las causas de la posible pérdida de salud.
- Los datos **teleológicos**: Consecuencias finales, por las que se puede deducir la existencia de una enfermedad.

La salud es uno de los bienes más preciados que posee el hombre pues de ella van a depender todos los demás ingredientes necesarios para una vida plena, feliz y satisfactoria. La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales.

Concepto de enfermedad

También es difícil la definición de enfermedad. Se podría definir como: “**Conjunto de fenómenos que se producen en un organismo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella**”. Aunque actualmente se considera la enfermedad como el producto de numerosas causas, e inevitablemente vinculada al entorno social y ambiental. En la historia natural de la enfermedad podemos distinguir varios períodos o etapas de la misma:

- **Periodo prepatogénico**: La enfermedad no ha aparecido, pero hay una serie de factores que preparan el terreno (factores de riesgo). Existe una exposición a los factores de

riesgo o agentes causales.

- **Periodo patogénico subclínico.** Periodo asintomático. La enfermedad está presente pero no se muestran signos ni síntomas.
- **Periodo prodrómico.** Aparecen signos y síntomas inespecíficos.
- **Periodo clínico o de enfermedad declarada.** La enfermedad está establecida y aparecen signos y síntomas.
- **Periodo de resolución o postclínico.** La enfermedad ha desaparecido, pero pueden quedar secuelas o invalideces.

También existe la posibilidad de que la enfermedad no se resuelva y se cronifique.

1.1.1.- Determinantes de salud.

¿Sabes qué significa determinante de la salud?

La salud y la enfermedad no están determinadas por un único factor biológico, intervienen siempre varios factores, [endógenos](#) o [exógenos](#). Los [determinantes de la salud](#) influyen en el grado de salud y enfermedad.

En 1974, [Lalonde](#), ministro de salud de Canadá analizó los determinantes que condicionan la salud y su influencia relativa en la mortalidad. Estos determinantes se agrupaban en cuatro categorías que influyen en la mortalidad en los siguientes porcentajes:

- La biología humana (27%)
- El medio ambiente (19%)
- Los estilos de vida (43%)
- El sistema de asistencia sanitaria (11%)

Lalonde comprobó que la distribución del gasto en salud era desproporcionada a la importancia de los determinantes de salud y estableció un modelo de salud pública que hoy continúa vigente. El nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de estas cuatro variables:

1. **Estilo de vida:** Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.
2. **Biología humana:** Este determinante se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.
3. **Sistema sanitario:** Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.
4. **Medio ambiente:** Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza:
 - Biológica (bacterias, virus, hongos, etc.).

- Física (radiaciones, humos, desechos, etc.).
- Química (hidrocarburos, plomo, plaguicidas, etc.).
- Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, estrés, competitividad, etc.).
Son las relaciones interpersonales como la familia, con los compañeros de trabajo, el círculo de amistades, los servicios y recursos comunitarios en relación a su disponibilidad, accesibilidad, cantidad y cualidad de los mismos, y finalmente aquellos de índole social como el tipo de domicilio y barrio donde habite, el clima, la economía, la publicidad, la política gubernamental, el país o incluso el continente donde viva el individuo objeto de la intervención.

Hay que tener en cuenta que la separación entre medio ambiente y estilo de vida es muy imprecisa, pero está claro que el estilo de vida es el más importante y que los recursos sanitarios están fundamentalmente destinados a la asistencia sanitaria.

En la siguiente animación se recogen ejemplos de cada uno de los determinantes referido al ámbito de la salud bucodental.

DETERMINANTES DE LA SALUD BUCODENTAL



0:00 / 0:38



[Resumen textual alternativo](#)

Los requisitos para la salud descritos en la [Carta de Ottawa](#) son: la paz, la educación, el vestido, la comida, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Autoevaluación

Rellena los huecos con los conceptos adecuados:

El nivel de de una viene determinado por la interacción de estas cuatro : de vida, la humana, el sistema y el ambiente.

Enviar

1.1.2.- Estilo de vida.



¿Qué relación existe entre la salud, la salud oral y el estilo de vida?

Entendemos el [estilo de vida](#) como el conjunto organizado de pautas de comportamiento elegidas por el individuo o grupo entre las diversas opciones posibles. Teniendo en cuenta que las condiciones de vida limitan las posibilidades de opción y que “no somos tan libres como creemos”, la elección personal no depende sólo de de características individuales sino también de las presiones del ambiente.

Factores de riesgo ligados a la [conducta](#)

La OMS reconoce como factores de riesgo destacados (por el número de bajas que provocan en el mundo industrializado) los siguientes:

* **Consumo de alcohol:** Figura entre los 10 primeros riesgos para la salud. En algunos países en desarrollo, el alcohol es el primer riesgo sanitario, y en los países industrializados ocupa el tercer lugar. El alcohol provoca:

- 1,8 millones de muertes anuales en todo el mundo.
- entre el 20% y el 30% de los casos de cáncer de esófago.
- hepatitis.
- epilepsia.
- accidentes de circulación y homicidios.
- otros traumatismos intencionados.

* **Consumo de tabaco:** Es el responsable de 1 de cada 10 muertes de personas adultas y se cree que en el año 2030 la cifra llegará a 1 de cada 6, (10 millones de defunciones)

anuales). Son más que las producidas por ninguna otra causa y más que el conjunto previsto de muertes por neumonía, enfermedades diarreicas, tuberculosis y complicaciones obstétricas en ese año.

Si las tendencias actuales se mantienen, alrededor de 500 millones de personas hoy vivas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante su madurez productiva, con una pérdida individual de 20 a 25 años de vida.

Las muertes relacionadas con el tabaco, que en el pasado se limitaban en gran medida a los varones de los países de ingresos alto, se están extendiendo en la actualidad a las mujeres de estas naciones y a los varones de todo el mundo. Así como en los años noventa 2 de cada 3 muertes relacionadas con el tabaco se producían en países de renta per cápita alta o en los antiguos estados socialistas de Europa Oriental y Asia Central, en el 2030, 7 de cada 10 ocurrirán en las naciones de renta media y baja. De los 500 millones de defunciones previsibles en las personas hoy vivas, alrededor de 100 millones afectarán a varones chinos.

* **Inactividad física:** Está catalogado por la OMS como uno de los factores de mayor riesgo para la salud. El estilo de vida sedentario es uno de los principales factores contribuyentes a las enfermedades no transmisibles. Algunas de las características de la actividad física en la mayor parte de los países occidentales son:

- La mayoría de la población de todas las edades tiene una vida inactiva.
- La actividad física disminuye con la edad.
- Las mujeres tienden a ser más inactivas que los hombres.
- Las poblaciones de escasos ingresos son más inactivas físicamente.

Casi tres cuartos de la población viven un estilo de vida sedentario. Las tendencias entre los adultos mayores indican que el nivel de actividad física regular es muy bajo, en parte debido al mito de que los adultos mayores no se benefician de la actividad física o no deberían ser físicamente activos. La actividad física retarda significativamente la manifestación de la deficiencia funcional y desarrolla autonomía. La masificación del estilo de vida sedentario no es sólo el resultado de opciones individuales, sino también del ambiente en que vivimos. Además, en muchos países, la inseguridad en las calles y la falta de lugares públicos recreativos son también razones importantes por las cuales muchas personas se abstienen de ser más activas. Llegar a ser activo durante el transcurso de la vida puede estimularse enormemente mediante la adopción temprana del hábito del ejercicio.

* **Obesidad o sobrepeso:** Está claramente asociada con:

- Hipertensión
- Hipercolesterolemia
- Diabetes mellitus no insulino-dependiente (Tipo 2)
- Aumento de algunos tipos de cáncer
- Patologías articulares, etc.

Esta patología en forma directa, o a través de sus enfermedades asociadas, reduce las expectativas de vida de quienes la padecen.

* **Dieta poco saludable:** Aumenta el riesgo de:

- Hipercolesterolemia y otras alteraciones del metabolismo lipídico
- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes Tipo 2

Estos cinco factores mencionados:

- Alcohol
- Tabaco
- Sedentarismo
- Obesidad
- Dieta no saludable

son responsables del 90% de las enfermedades que se producen en los países desarrollados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para que un individuo se proponga cambiar parte de su estilo de vida, deben darse alrededor un conjunto de circunstancias que se consideran **predisponentes**:

- Es imprescindible que esté informado e interesado sobre el tema, sepa la importancia que tiene para él y quiera saber más.
- Su posición ante el tema deberá estar apoyada en que siente la necesidad de tomar una decisión para mejorar la salud, prevenir alguna enfermedad o curarse la que tiene.
- Debe ser capaz de tomar una decisión buscando las ventajas e inconvenientes de incorporar nuevas formas de actuar a su comportamiento, solicitando si lo necesita el

apoyo y la solidaridad de otros.

- Es necesario que clarifique la información que va obteniendo, que la compare con sus necesidades y poco a poco vaya ensayando los cambios.
- Para facilitar el cambio deberá aprender a realizar aquellos procedimientos de lo que será su vida en el futuro y necesitará tener a su alcance los medios materiales y el tiempo necesario para hacerlo.

El estilo de vida y la salud oral:

La OMS, en su declaración de Tokio de 15 de marzo de 2015, valora como un factor necesario para incrementar la calidad de vida el mantenimiento de la salud bucodental durante toda la vida: “(el mantenimiento de la salud oral contribuiría a tener una mayor esperanza de vida)”. Al mismo tiempo este buen estado de la cavidad oral ayuda a la población a protegerse de enfermedades no transmisibles como:

- [Artritis reumatoide](#) puede estar asociado a un mal estado de las encías. Los pacientes con artritis reumatoide pueden llegar a un 97,3% periodontitis (enfermedad inflamatoria de las encías en las que se pierde la sujeción de las estructuras que sujetan el diente). Así mismo los pacientes con periodontitis pueden llegar a tener 4 veces más de riesgo de padecer artritis reumatoide.
- [Diabetes o prediabetes](#) deben realizar una buena higiene bucal ya que contribuye a controlar la diabetes y disminuir su progresión. Los pacientes con diabetes presentan mayor riesgo de tener enfermedad periodontal, de sequedad bucal, infecciones micóticas orales y cicatrización lenta e ineficaz de heridas bucales. Si la diabetes no está controlada la enfermedad periodontal avanza más rápidamente.

Autoevaluación

Relaciona las siguientes condiciones con las variables de la salud.

Ejercicio de relacionar

Condiciones	Relación	Variable de la salud
Saliva.	<input type="checkbox"/>	1. Estilo de vida.
Relaciones personales.	<input type="checkbox"/>	2. Medio Ambiente.
Polución.	<input type="checkbox"/>	3. Sistema sanitario.

Condiciones**Relación Variable de la salud**Programas preventivos.

4. Biología humana.

Enviar

La saliva es un factor biológico del propio individuo. Las relaciones personales forman parte del estilo de vida. La polución afecta al estado del medio Ambiente. Los Programas preventivos son una de las actuaciones del Sistema sanitario.

1.2.- Demografía sanitaria.

¿Crees que podemos medir la “cantidad” de salud de una comunidad?

En teoría, para medir la salud comunitaria se debería contar el número de personas que viven una vida sana desde un punto de vista físico, social y mental y que además llevan una vida productiva a nivel laboral y familiar. Pero en la práctica, esta medida es muy difícil porque nunca se puede examinar a toda la población y además porque el estado de salud de las personas es variable.

La **Demografía** es la ciencia que apoya los estudios en salud pública. Se entiende por población el conjunto de personas que residen de forma habitual en un territorio geográfico dado. Se subdivide en:

- Demografía estática. Describe la población en un momento dado por su tamaño composición etc,
- La demografía dinámica estudia los cambios que se producen en dicha población y las causas que producen dichos cambios.

Los datos que proporciona la demografía sobre la estructura, composición y cambios en una población son fundamentales para:

- Elaborar indicadores sanitarios.
- Realizar estudios epidemiológicos
- Planificar y programar en salud pública.

Por lo tanto la Demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo. Su objetivo es investigar las leyes que rigen la estructura y la dinámica de la población con el fin de predecir e intervenir sobre los cambios que introducen en la población fenómenos como la mortalidad, la fecundidad o las migraciones, en muchos aspectos tanto la [Epidemiología](#) como la Salud Pública necesitan de esta ciencia social para poder:

1. Identificar las principales fuentes de información sobre la población y estadísticas

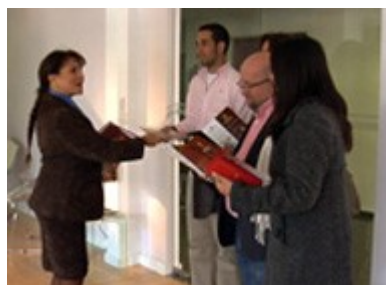
vitales en España.

2. Calcular medias e Indicadores demográficos de uso en Salud Pública.

3. Identificar determinantes de salud y factores explicativos de los cambios poblacionales.

¿Qué fuentes de información utiliza?

FUENTES DE INFORMACIÓN



Para que una investigación social sea válida, debe fundamentarse en una recopilación de datos fiable, mediante la observación ordenada y sistemática de la realidad. Un **dato** es el valor de una variable o de una constante que proporciona información sobre una situación y sirve de base para el análisis estadístico. Los datos pueden ser:

- Dato primario es el que recoge el investigador directamente de la realidad que observa.
- Dato secundario es el que obtiene de registros de la realidad ya procesados por otros investigadores: estadísticas demográficas, tasas, etc.

La recogida de datos debe hacerse de una **fuentes de información** que puede ser una persona o una organización. Los instrumento de obtención de datos son cualquier recurso que utilice el investigador social para acercarse a la realidad y extraer información de los fenómenos que en ella ocurren. Estas fuentes de información pueden ser:

Censos de población.

Es una enumeración de la población de un área geográfica determinada en la que se recoge información exhaustiva de cada individuo, que se realiza durante un periodo bien delimitado y razonablemente corto, un año. Por ejemplo el Censo electoral para poder votar en las elecciones. El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el encargado de la realización de los censos en España.

Padrón municipal de habitantes.

Es un documento administrativo que constituye un registro de la población de un municipio, se realiza cada cinco años, en los años censales y en los acabados en cinco.

Estadísticas vitales.

También llamada Movimiento Natural de la Población, es el producto de de la declaración obligatoria en el Registro Civil de los nacimientos, defunciones y matrimonios.

Al mismo tiempo que se registran estos sucesos, el INE recoge boletines estadísticos con los datos sociodemográficos de estas personas.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los indicadores son parámetros o variables cuantitativas para medir diferentes dimensiones, lo siguientes **indicadores demográficos** forman parte de los **indicadores de salud** que analizaremos más adelante. Ahora podemos definirlos de la siguiente manera:

La población.

La composición o distribución de la población por varias características sociodemográficas es muy útil para diversos aspectos de la Salud Pública. Simplemente la distribución por sexo y por edad da una idea de estructura de población necesaria para determinados estudios. Son las clásicas pirámides poblacionales, cuya morfología nos indica características de la población. La distribución por edad permite comparar grupos de distintas edades, también muy empleados.

La mortalidad.

Es, sin duda, uno de los indicadores más importantes en Salud Pública. Se pueden utilizar distintos tipos de indicadores, incluso la esperanza de vida y la mortalidad infantil.

La tasa de natalidad y fecundidad.

Juega un importante papel en los estudios de la salud materno-infantil.

Para saber más

Puedes leer un breve resumen de las medidas de frecuencia.

[ESTADÍSTICA APLICADA A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD](#)

1.2.1.- Medición del nivel de salud.

¿Entonces, existen indicadores de salud?

Podemos decir que los [indicadores](#) fueron ideados para evaluar la consecución o no, por parte de la sociedad, de objetivos como la salud, la educación y otras aspiraciones sociales, en este sentido, la Informática ha permitido potenciar este tipo de estudios.

Las mediciones de salud de la población son indirectas y se realizan por lo general a través de **indicadores** que valoran y miden los **determinantes de salud** (ningún problema de salud tiene una sola causa sino que intervienen varios factores endógenos, exógenos) u otras variables de interés tanto de salud como de morbilidad, de mortalidad y de expectativa de vida.



Posteriormente, se pueden formular [hipótesis](#) y hacer comparaciones de frecuencia entre diferentes poblaciones o entre personas de una misma población, ver el efecto de un determinado programa de intervención, etc., tanto es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los indicadores: “variables para medir los cambios”, la OMS ha sido uno de los responsables de la potenciación del uso de los indicadores de salud en el campo sanitario, en concreto, para vigilar y evaluar la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” a nivel mundial.

Se define un **indicador** como una medida cuantitativa que refleja el estado de salud de la población o el funcionamiento del sistema sanitario y mediante el cual puede evaluarse el nivel y el cambio en el estado de salud de la comunidad y el funcionamiento del sistema sanitario.

Los Indicadores de salud son datos que permiten realizar un diagnóstico de salud y así poder:

1. Evaluar el nivel de salud de una comunidad.
2. Planificar y programar.
3. Realizar investigación epidemiológica y sanitaria.

Características de un buen indicador:

- Disponibilidad.
- Simplicidad.
- Validez.
- Fiabilidad: mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador.
- Especificidad: reflejar solo los cambios ocurridos en una determinada situación.

Debemos tener en cuenta que, en la práctica, los indicadores disponibles dictan mucho de ser perfectos y constituyen simplemente una aproximación de la realidad.

Para saber más

En el siguiente enlace puedes ver un documento del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre la Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea.

En el siguiente enlace podrás ver los Indicadores de salud del Ministerio de Sanidad incluidos en el Plan Estadístico Nacional actualizados:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

1.2.2.- Clasificación de los indicadores de salud.



Los **Indicadores de salud** según la OMS son “variables que sirven para medir cambios”.

Intentan objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos. Las características que deben cumplir los indicadores de salud son:

- Debe ser fácil de conseguir.
- Debe ser sencillo.
- Eficaz para detectar lo esperado.
- Sus resultados deben ser reproducibles.
- Capacidad para detectar cambios.
- Debe servir para reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación.

Los indicadores se expresan en términos numéricos. Son variables relacionadas con la salud colectiva, cuya función es medir sucesos y cambios para poder tomar decisiones y poner en marcha programas y realizar intervenciones en salud pública. Si existen varios tipos de indicadores, es lógico pensar que también existirá una clasificación de los mismos ¿no te parece? No existe una clasificación generalmente aceptada, pero una de las más utilizadas es la empleada por la OMS en el Programa de “Salud para todos” y que distingue los siguientes grupos:

1. **Indicadores de recursos para la salud y política financiera** (Estudio de medios sanitarios): Incluyen recursos humanos, materiales y financieros a disposición del sistema sanitario.
2. **Indicadores sociales y económicos (condiciones del medio)**: En general los grupos con renta más bajas presentan tasas más altas de morbilidad y al contrario tasas más bajas en los grupos sociales más altos, esto es una constante pero no solo en los países

menos desarrollados sino en todo el mundo.

3. **Indicadores del estado de salud:** Son los más usados y se pueden distinguir al menos cuatro tipos:
 - **Indicadores de mortalidad.** Son muy utilizados ya que la muerte es un fenómeno universal, ocurre una sola vez y se registra de forma sistemática (tasas de mortalidad).
 - **Indicadores de natalidad.** Hay que tener en cuenta que existe una relación entre altas tasas de natalidad y el nivel sanitario, socioeconómico y cultural. Son importantes también los indicadores que reflejan el estado de salud materno-infantil (tasas de natalidad).
 - **Indicadores de morbilidad.** Intentan estimar el riesgo de enfermedad y cuantificar su magnitud e impacto, pueden no ser fáciles de definir (tasas de morbilidad).
 - **Indicadores de [calidad de vida](#).** Para calcular el nivel de salud, la OMS propone utilizar “los indicadores de esperanza de vida ajustada por discapacidad” y los indicadores de salud percibida o sentida.

Ejemplos:

- **Tasa de mortalidad específica:** fallecidos por una enfermedad concreta / población total. Se expresa por 1.000 o por 100.00 habitantes
- **Tasa de morbilidad específica:** afectados de una enfermedad / población total. Se expresa por 10.000 habitantes.
- **Tasa de mortalidad infantil:** fallecidos en el primer año de vida / total de nacidos vivos. Se expresa por cada 1.000 nacidos vivos
- **Índice de Swaroop:** porcentaje de fallecidos con 50 años o más del total de fallecidos.

Para saber el estado de desarrollo sanitario de un país puede consultarse la mortalidad-materna, mortalidad-infantil y la mortalidad por enfermedades infecciosas. Cuando estas tres tasas son bajas, el estado de salud de un país suele ser bueno y su estado sanitario aceptable. Para facilitar todo esto hay que tener en cuenta el gran desarrollo de las técnicas estadísticas y de la informática.

Clasificación de Indicadores de salud

Indicador	Clasificación	Tipos
Estudio de estado de salud.	Generales.	Tasa mortalidad general. Expectativa de vida.

Indicador	Clasificación	Tipos
		Índice Swaroop.
		Tasa de mortalidad materno-infantil.
	Específicos.	Tasa de mortalidad-morbilidad.
		Abastecimiento de aguas y eliminación de excretas.
Condiciones del medio.		Contaminación atmosférica.
		Alimentación.
		Higiene vivienda.
		Hospitales.
Estudio de medios sanitarios.		Centros de asistencia primaria de salud.
		Personal.
		Uso de servicios.

El comité regional para Europa de la OMS adoptó en septiembre de 1984, 38 objetivos agrupados en 5 bloques con 116 indicadores adaptados a ellos, de todos estos, nos detendremos en el ámbito de la salud oral y que veremos a continuación.

- PRIMER BLOQUE: Estado de salud y sus determinantes.
- SEGUNDO BLOQUE: Políticas de salud.
- BLOQUE TERCERO: Medio ambiente saludable.
- BLOQUE CUARTO: Mejora del sistema de atención de salud.
- BLOQUE QUINTO: Investigación y desarrollo de salud.

Clasificación de indicadores de salud Según las dimensiones de lo que pretenden medir:

- puramente Sanitarios.
- Demográficos.
- Socioeconómicos.
- de las condiciones de Saneamiento.
- de Mortalidad.
- de Morbilidad y Factores de Riesgo.

1. Indicadores sanitarios

Número y distribución del personal sanitario

- Tipo de sistema sanitario.
- Número de profesionales sanitarios en relación con el total de la población:
 - Ratio de médicos
 - Ratio de DUEs
- Número de camas hospitalarias y su distribución.
- Listas de espera.

Grado de formación y especialización del personal sanitario

- Ratio de especialistas médicos.

Otros:

- Utilización de los servicios sanitarios por la población.
- Programas de educación sanitaria.
- Programas de vigilancia epidemiológica, etc.
- Indicadores demográficos.

2. Indicadores demográficos.

2.1. Demográficos Generales:

- Tasa de natalidad.
- Tasa bruta de mortalidad general.
- Crecimiento vegetativo.
- Esperanza de vida.
- Índice de Swaroop.

2.2. Demográficos Específicos

- Tasa de mortalidad infantil.
- Tasas específicas de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles.
- Tasas específicas de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles.
- Estado de nutrición.
- Estado de salud mental.

Tasa de mortalidad infantil:

Mide la mortalidad en niños menores de 1 año.

Se expresa por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasas de mortalidad específica por edad:

Se suelen calcular por grupos de cinco en cinco años. Una importante porque refleja la diferencia del nivel sanitario entre unos países y otros es la tasa de mortalidad infantil.

Tasa de mortalidad específica para una enfermedad determinada:

Es similar y se calcula para las principales causas de muerte:

Ejemplo: fallecimiento en una población en un año por:

- Enfermedades coronarias.
- Cáncer de pulmón.

Se da la cifra por cada 100.000 habitantes.

Ejemplo: Tasa de fallecimientos por enfermedades coronarias = $\frac{\text{Número de fallecidos por Enfermedad Coronaria}}{\text{Población total}} \times 100.000$

Población total

3. Indicadores socioeconómicos

Económicos:

- Renta per cápita.
- Porcentaje del gasto familiar dedicado a alimentación.
- Porcentajes de la población activa ocupado en el sector primario.
- Porcentaje de la población activa en paro.

4. Indicadores culturales

Socioculturales

- Porcentaje del gasto público dedicado a:

- Educación.
- Sanidad.
- Servicios sociales.
- Porcentaje de niños escolarizados.
- Porcentaje de mujeres escolarizadas.
- Porcentaje de analfabetos:
 - Funcionales.
 - Totales.

5. Indicadores de las condiciones de saneamiento

Medioambientales

- Porcentaje de población con servicio de agua potable.
- Porcentaje de población con servicio de eliminación de excretas.
- Condiciones sanitarias de las viviendas.
- Contaminación atmosférica.

6. Indicadores de mortalidad

Ya vistos

7. Indicadores de morbilidad y factores de riesgo

Indicadores sobre enfermedades frecuentes:

- Incidencia de sida.
- Incidencia de cáncer.
- Prevalencia de obesidad en adultos.
- Prevalencia de diabetes.

Ejemplos de Incidencia:

Incidencia de sida = $\frac{\text{Número de casos nuevos de sida}}{\text{Población total}} \times 100.000$

Población total

$$\text{Incidencia de cáncer} = \frac{\text{Número de casos nuevos de cáncer}}{\text{Población total}} \times 100.000$$

Ejemplos de Prevalencia:

Se expresa en porcentaje de personas afectadas por la enfermedad

$$\text{Prevalencia de diabetes} = \frac{\text{Número de casos acumulados de enfermos}}{\text{Población total}} \times 100$$

$$\text{Prevalencia de obesidad en adultos} = \frac{\text{Número de casos acumulados de obesos}}{\text{Población total}} \times 100$$

Es el % de adultos obesos, con $\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$

Otros factores de riesgo que se pueden cuantificar con indicadores son:

- Consumo de drogas institucionalizadas (tabaco, alcohol)
- Consumo de drogas no institucionalizadas.
- Falta de ejercicio físico.
- Situaciones de estrés.
- Consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal.
- Consumo excesivo de carbohidratos.
- Promiscuidad sexual.
- Hábitos reproductivos insanos.
- Conducción peligrosa (exceso de velocidad, no usar cinturón de seguridad, etc.).
- Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria.
- No cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico.

1.2.3.- La OMS y la salud oral.



En el programa **Salud para todos** en el año 2000 en el área de salud oral se describen unos **objetivos mínimos** que sirven de orientación a la hora de analizar las acciones en salud emprendidas o por emprender por cada país y significa un avance en el compromiso de los ciudadanos, ya que pretenden igualar las poblaciones de forma que al lograr cumplir los objetivos, disminuyan las diferencias que en materia de salud oral presentan los diferentes grupos sociales.

Estos objetivos mínimos son:

- El 50% de los niños de 5 a 6 años deben estar libres de caries. El número de piezas definitivas cariadas, ausentes y obturadas o índice de piezas cariadas, ausentes y obturadas CAO, a la edad de 12 años no debería sobrepasar la cifra de 3.
- El 85% de los jóvenes de 18 años conservaran todos sus dientes.
- Intentar que el 75% de los adultos de 35 a 44 años conserven al menos 20 dientes.
- Intentar que el 50% de los adultos de 65 años o más conserven al menos 20 dientes.
- Establecer las bases de un seguimiento.

El 20 de marzo del 2020 la OMS publicó un estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (*Global Burden of Disease Study 2017*), en el se habla de que las enfermedades bucodentales afectan alrededor de 3500 millones de personas en el planeta, y la caries en dientes permanentes es el trastorno más frecuente. Se estima que, en todo el mundo, 2300 millones de personas padecen caries en dientes permanentes y que más de 530 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche.

Así mismo este estudio demuestra que *"Los principales trastornos de salud bucodental*

son: *caries dental, periodontopatías, cánceres bucales, manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos bucodentales, labio leporino y paladar hendido, y noma* . La mayoría de los trastornos de salud bucodental son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales".

Para saber más

Puedes profundizar tus conocimientos sobre la salud bucodental en el informe elaborado por la OMS y publicado el 25 de marzo del 2020 en el siguiente enlace:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Autoevaluación

Indica si es cierto que los indicadores sociales y económicos (condiciones del medio) muestran que, en general los grupos con renta más bajas presentan tasas más bajas de morbilidad y al contrario tasas más altas en los grupos sociales más altos.

Verdadero Falso

Falso

Los indicadores sociales y económicos (condiciones del medio) muestran que, en general los grupos con renta más bajas presentan tasas más altas de morbilidad y al contrario, se observan tasas más bajas en los grupos sociales más altos. Esto es una constante pero no sólo en los países menos desarrollados sino en todo el mundo.

Pregunta de Elección Múltiple

¿Cuáles son los principales trastornos o patologías bucodentales que existen actualmente según la OMS?

- caries dental, periodontopatías y cánceres bucales labio leporino y paladar hendido, y noma
- manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos bucodentales,
- labio leporino y paladar hendido, y noma
- Todas son verdaderas

Incorrecto

Incorrecto

Incorrecto

Opción correcta

Solución

1. Incorrecto
2. Incorrecto
3. Incorrecto
4. Opción correcta

1.3.- Historia natural de la enfermedad.



¿Te has dado cuenta que muchas veces “notamos” que vamos a “ponernos malos”?

La evolución o **historia natural de la enfermedad** representa la secuencia o curso de acontecimientos biológicos entre las causas o **etiología**, hasta que se desarrolla la **enfermedad** y ocurre el desenlace, que puede ser la curación, el paso a cronicidad o la muerte. La historia natural de una enfermedad representa la evolución del proceso patológico sin intervención médica.

Aunque actualmente se considera la enfermedad como el producto de numerosas causas, e inevitablemente vinculada al entorno social y ambiental. La Historia natural de la enfermedad se desarrolla en las siguientes etapas o períodos:

- **Periodo prepatogénico:** La enfermedad no ha aparecido, pero hay una serie de factores que preparan el terreno (**factores de riesgo**). Existe una exposición a los factores de riesgo o agentes causales.
- **Periodo patogénico subclínico.** Periodo asintomático. La enfermedad está presente pero no se muestran signos ni síntomas.
- **Periodo prodrómico.** Aparecen signos y síntomas inespecíficos.
- **Periodo clínico o de enfermedad declarada.** La enfermedad está establecida y aparecen signos y síntomas.
- **Periodo de resolución o postclínico.** La enfermedad ha desaparecido, pero pueden quedar secuelas o invalideces.

También existe la posibilidad de que la enfermedad no se resuelva y se cronifique. Así pues, conocer la historia natural de la enfermedad permite conocer también la prevención primaria, secundaria y terciaria de la misma, como veremos más adelante.

1.4.- Niveles de prevención de la enfermedad



¿Sabes qué es la prevención? ¿Qué entiendes por niveles de prevención?

Debemos entender la **prevención** como “cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad o afección, o bien interrumpir o aminorar su progresión”.

La **medicina preventiva** es la especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos y se aplica en los dos niveles asistenciales: primaria y especializada. En sentido amplio, la prevención abarca cualquier medida que permita reducir la aparición de un afectación o enfermedad o interrumpir o aminorar su progresión. No se trata solo de prevenir la aparición de una enfermedad sino también de detener su progreso hasta llegar a la curación. O, si no es posible la curación, disminuir y retrasar la progresión el máximo de tiempo posible.

La prevención tiene tres niveles, basados en la historia natural de la enfermedad:

Prevención primaria: Es la más sencilla y rentable para llevar a cabo. Actúa en el periodo prepatogénico de la enfermedad. Sólo es posible llevarla a cabo en el periodo prepatogénico de la enfermedad y comprende las medidas y acciones de la salud pública destinadas a la protección y promoción de la salud y a prevenir y evitar la aparición de la enfermedad.

- Intenta reducir el riesgo de aparición de nuevos casos.
- Aplica medidas encaminadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en la población.
- Actúa en el periodo prepatogénico de la enfermedad.
- Es la más sencilla y rentable para llevar a cabo.

Prevención secundaria: Son medidas destinadas a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento antes de que se produzcan complicaciones. Las acciones de salud pública relacionadas son las de restauración de la salud.

- Actúa en el periodo subclínico.
- Son acciones para disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, acortando su evolución y duración.
- Se consigue mediante detección precoz.

Prevención terciaria: Evita que la enfermedad establecida avance hacia la muerte o la incapacidad. Actúa en el periodo clínico de la enfermedad.

- Utiliza acciones destinadas a disminuir las incapacidades crónicas de una población.
- Las actividades de salud pública son las de rehabilitación tanto física como social y laboral.
- Cuando la enfermedad (crónica en general) está plenamente desarrollada, se aplican cuidados y tratamientos para intentar disminuir las recaídas y conseguir una mejor calidad de vida.

Fase de la enfermedad	Tipo de prevención	Acciones a realizar
Periodo prepatogénico	Prevención primaria	Protección y promoción de la salud Prevención de la enfermedad.
Periodo patogénico subclínico	Prevención secundaria	Restauración de la salud: detección y tratamiento.
Periodo prodrómico	Prevención secundaria	Restauración de la salud: detección y tratamiento.

Periodo clínico	Prevención secundaria	Restauración de la salud: tratami
Periodo de resolución	Prevención terciaria	Rehabilitación física, social y labo

Autoevaluación

Rellena los huecos con los conceptos adecuados:

En el periodo o clínico la enfermedad esta instaurada y es posible . Se pasa por dos fases, : cuando no hay síntomas pero aparecen cambios biológicos detectables a través de diagnósticas (análisis de laboratorio, radiografías). Y a continuación por la fase , en la que existe una evidencia .

Enviar

2.- Odontología comunitaria y preventiva.

Caso práctico



Claudia se ha encontrado con una paciente suya en el Centro de salud, la conoció cuando durante su embarazo, acudió a las actividades programadas para mujeres embarazadas. La experiencia resultó tan positiva que actualmente continúa acudiendo a la Unidad de salud bucodental para formarse en todo lo referente a la salud oral de los niños.

Mantiene una buena relación con todo el equipo que la atiende, pues por su trabajo de publicista es una persona que conoce la relación entre la salud integral y la salud oral.

Hoy día, concebimos la odontología como una ciencia de la salud, un eslabón importante en el ámbito de bienestar biopsicosocial de los individuos, ya que las evidencias muestran una marcada relación del estado de salud bucal con la salud integral, y que repercute en la calidad de vida de la población.

La Odontología Comunitaria es la ciencia de prevenir la enfermedad oral, promover la salud oral y mejorar la calidad de vida a través de los esfuerzos organizados de la comunidad. Supone la prestación de servicios preventivos y asistenciales a todas las personas, sanas o enfermas de una comunidad. Aunque la Odontología comunitaria está dirigida a la población en general, se hace énfasis en los grupos vulnerables como son: menores de 15 años, embarazadas, personas con enfermedades crónicas-degenerativas, adultos mayores y personas con discapacidad o capacidades diferentes. Existen diferencias claras entre el

enfoque de la odontología individual y la odontología comunitaria:

	Odontología individual	Odontología comunitaria
Paciente	Individuo	Comunidad
Recogida de información	Examen o exploración del paciente	Encuesta epidemiológica de la población
Resultado de la exploración	Diagnóstico	Análisis de la situación
Actuación sanitaria	Plan de tratamiento	Programa de actuaciones sanitarias
Finalización de la actuación	Evaluación	Evaluación

La odontología comunitaria está muy relacionada con la Odontología Preventiva que se define, en un sentido amplio, como la suma total de esfuerzos para promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de su salud bucal.

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	ODONTOLOGÍA COMUNITARIA
Caries dental	Epidemiología en odontología
Enfermedades periodontales	Educación sanitaria
Cáncer oral	Organización y administración de servicios de salud oral
Traumatismos dentales	
Alteraciones del esmalte	
Transmisión de infecciones en la clínica	

En sentido más estricto es aquella parte de la Odontología que trata de los diferentes métodos para prevenir las enfermedades orales. Incluye la investigación de los factores ambientales, sociales, conductas que pueden llevar a la enfermedad y el estímulo o promoción de las conductas saludables.

La salud oral es parte de la salud global. Una persona no puede considerarse completamente sana si existe en él una patología oral activa. No afecta solo a los dientes sino a todo el complejo craneofacial. Incluye: dientes, encías, tejidos de soporte, paladar duro y blando, glándulas salivales, músculos de la masticación, maxilar superior y mandíbula y todas las ramas nerviosas y vasculares e inmunitarias que nutren y protegen a los tejidos y las comunican con el cerebro y resto de tejidos del organismo.

La salud oral debe incluirse dentro del diseño de programas comunitarios y en la planificación de sistemas sanitarios para la comunidad. Necesita una sistemática de prevención y asistencia institucionalmente planificada ya que afecta a grandes masas de población y requiere recursos especializados.

En uno de los últimos informes sobre salud oral en EEUU, el Secretario de Salud cita una serie de **conclusiones sobre patología oral** que deben ser tomados como punto de partida para una correcta actuación en salud pública:

- Las enfermedades y desórdenes orales afectan a la salud y al bienestar durante toda la vida.
- Existen medidas preventivas seguras y efectivas para las enfermedades dentales frecuentes (caries dental y enfermedad periodontal).
- Los hábitos inadecuados que afectan a la salud general como el tabaquismo, la ingesta excesiva de alcohol y los hábitos alimentarios incorrectos afectan a la salud oral y craneofacial.
- La patología oral está asociada con otras patologías sistémicas.
- La investigación científica es la clave para una mayor reducción del global de enfermedades y desórdenes que afectan a cara boca y dientes.

El mismo informe dice que todos los ciudadanos pueden beneficiarse de un Plan Nacional de Salud Oral para mejorar su calidad de vida sacando el máximo partido a las iniciativas existentes. Asimismo, la población juega su papel en la mejora y promoción de la salud oral de forma que se ha de trabajar con la colectividad para una mejor comprensión pública de la importancia de la salud oral y de su papel en el conjunto de la salud general y del bienestar, asegurando que las medidas de prevención existentes y futuras, así como el diagnóstico y las medidas terapéuticas de las enfermedades orales estén a disposición de todos los ciudadanos.

Un autor llamado Chaves en 1962 indicó que en la odontología comunitaria pueden establecerse cinco niveles:

- Primer nivel: Actuación gubernamental amplia, con programas que mejoren el nivel de vida de la población. Ej: mejora de la nutrición en áreas pobres y superpobladas.
- Segundo nivel: acción gubernamental restringida. Ej.: la fluoración de las aguas.
- Tercer nivel: paciente-profesional. El profesional es un titulado universitario superior. Requiere una voluntad por parte del paciente que solicita los servicios del profesional. Está en relación con factores educativos y culturales.
- Cuarto nivel: Paciente técnico o auxiliar. Es una simplificación del anterior. Con métodos aplicados por el personal de titulación inferior, supervisados por el odontólogo, se amplía la posibilidad de aplicarlos a gran escala y se abaratan costes.
- Quinto nivel: Actuación individual. Exige una educación sanitaria exhaustiva que permita que las personas modifiquen sus hábitos.

Diversos estudios han mostrado que los programas de salud dental basados en el modelo clásico de educación para la salud o modelo médico no se traducen en cambios duraderos de los hábitos higiénicos de los pacientes. Existen otros factores que determinan el comportamiento y deben ser tenidos en cuenta:

- Factores socio-económicos.
- Influencia de las personas significativas en la vida del sujeto.
- Influencias socio-culturales, publicidad.
- Influencias políticas y ambientales que rodean al individuo.

La información al público y la educación sanitaria dental pueden ser efectivas, siempre que se adopten conjuntamente medidas socio-económicas que promuevan la salud bucodental, que permitan al individuo adquirir un estilo de vida más saludable.

Para saber más

En el siguiente enlace puedes leer un interesante artículo sobre Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades por la Dra. Maritza de la Caridad Sosa Rosales.

[Promoción y prevención en salud bucodental](#) (196 KB)

2.1.- Indicadores de salud oral.

¿Crees que existen indicadores de nuestra salud oral como ocurre en general con nuestra salud?

Los indicadores de salud oral más importantes son:

- Caries dental.
- Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales.
- Enfermedades periodontales y de las encías.
- Anomalías dentofaciales, incluyendo maloclusión y la articulación témporomandibular (ATM).
- Enfermedades de los maxilares.
- Enfermedades de las glándulas salivales.
- Enfermedades de los tejidos blandos de la cavidad bucal (excepto lesiones de las encías y la lengua).
- Afecciones premalignas y malignas.

Son patologías que se tratan en la Exploración e Intervención oral, aquí solo nombraremos y detallaremos lo más necesario para comprender las que tienen interés desde el punto de vista de la Educación para la salud.

CARIES.



La caries es una de las enfermedades más frecuentes en el ser humano. En 1985, según la OMS el porcentaje de caries en España era del 70-80% en niños de 6-7 años y del 90% en niños de 12 años. Actualmente ha descendido hasta el 75% gracias a la fluoración, la disminución en el consumo de azúcar y los hábitos higiénicos.

Es una enfermedad infecciosa, multifactorial, crónica, recurrente, acumulativa e irreversible que afecta a los tejidos calcificados de los dientes, provocando cambio de coloración, pérdida de translucidez y descalcificación de los dientes con formación de cavidades.

Al ser multifactorial distinguimos factores propios del individuo (calidad del esmalte y la saliva), factores ambientales (azúcar) y presencia de flora bacteriana cariogénica (streptococo mutans...)

Supone alto riesgo:

- Uso del chupete endulzado o de biberón nocturno.
- Edad de 4 a 8 años y de 11 a 18 años.
- Niños con prótesis dentales.
- Disminuidos psíquicos y/o físicos.
- Dieta muy cariogénica (rica en azúcares).
- Caries rampante (aparición precoz y rápida evolución)
- Sujetos irradiados o con quimioterapia.
- Consumo de medicamentos que disminuyan la salivación.
- Embarazadas.

ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES.

Son enfermedades infecciosas recurrentes, que no tienen curación espontánea, con afectación de los tejidos que protegen y dan soporte a los dientes (periodonto).

La causa es la placa acumulada en el surco gingival que provoca una reacción inflamatoria superficial y profunda.

Uno de los factores más importantes es la higiene bucal deficiente, el tabaquismo, enfermedades como la diabetes mellitus, la edad, entre otros.

LESIONES DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL y CÁNCER ORAL.

Favorecidos por hábitos como el tabaquismo, el consumo de alcohol, las comidas muy picantes y calientes.

Para estudiar y establecer la incidencia de todas estas patologías orales se han desarrollado unos **Indicadores de salud bucodental** que dan datos cuantitativos o cualitativos de una población:

1. *Indicadores de prevalencia de caries.*

2. *Indices de enfermedad periodontal:*

- Índice de O'leary.
- Índices gingivales.
- Índices periodontales y de tratamiento (CPITN).

3. *Indicador de fluorosis dental*

- de Dean.
- de fluorosis dental.

1. *Índices de prevalencia de caries:*

Se utiliza:

El **Índice CAOD**: Tiene en cuenta sólo dientes permanentes. Se determina sumando los dientes cariados (C), ausentes (A) por caries y obturados (O) y dividiendo por el número de individuos estudiados.

$$\text{CAOD} = \frac{\text{Cariados} + \text{Ausentes} + \text{Obturados}}{\text{núm. individuos estudiados}}$$

En el caso de un solo individuo se reduce a $\text{CAOD} = C + A + O$

A efectos prácticos no se tendrá en cuenta el tercer molar y las coronas se contabilizarán como obturaciones cuando son debidas a caries dental, y como dientes sanos si son pilar de puente o secundarias a traumatismos.

Dentro del CAOD es interesante conocer el **índice de restauración**:

$$\text{I.R.} = O / (C+A+O)$$

(para expresarlo en porcentaje, multiplicar por 100).

Si un diente presenta simultáneamente caries y obturación, se considerará como cariado. Este índice se suele correlacionar con el nivel socioeconómico y cultural de la comunidad.

El índice CAOM: Determina el grado en que está afectado de caries el molar de los 6 años, llamado "llave de la oclusión" por su importancia. Es la suma de cariados, ausentes y obturados teniendo en cuenta sólo este molar. El valor máximo del índice CAOM será de 4 y el mínimo 0.

El índice CAOS: Toma como unidad básica la "superficie dentaria". Al igual que el CAOD sólo tiene en cuenta dientes permanentes. Se obtiene sumando el número de superficies cariadas y obturadas. Con respecto a las ausentes, si se trata de un molar o premolar se le asigna una puntuación de 5, y si es un diente anterior de 4 (1 por cada una de las superficies anatómicas que tiene cada diente). Posteriormente se divide por el número de individuos estudiados.

núm. de superficies C + A + O

CAOS = ----- x100

núm. individuos estudiados x128

Este índice da una mayor discriminación sobre la gravedad que presenta una población y/o individuo frente a la caries. Tiene una gran utilidad cuando se quiere obtener la incidencia de caries, o bien comprobar la eficacia de una determinada medida preventiva.

2 Índices de la enfermedad gingival y periodontal

Conjunto de determinaciones numéricas que pretenden normalizar las situaciones de placa bacteriana y de enfermedad periodontal. Se utilizan para comparar los resultados obtenidos en los distintos momentos del control. Los índices gingivales y periodontales sirven para ver:

- Evolución clínica general del paciente.
- Evolución clínica por zonas orales.
- Control de higiene
- Respuesta ante una terapéutica adecuada.
- Situación epidemiológica en poblaciones.

Algunos de los índices para valorar la enfermedad periodontal son:

- a. *Índice de placa de Oléary*
- b. *Índice PMA*

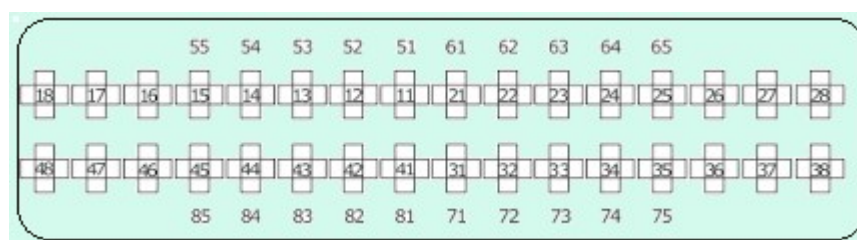
- c. *Índice gingival de Löe y Silness*
- d. *Índice Periodontal*
- e. *Índice periodóntico comunitario CPITN*
- f. *Índice de Hemorragia de surco (SBI)*

a. *Índice de placa de O'Leary*

Se utiliza para evaluar la higiene de las superficies lisas. Indica el **porcentaje de superficies lisas teñidas** por los reveladores de placa (en color rosa y azul, si se usa doble tono) sobre el total de superficies dentarias presentes. Es preferible utilizar el doble tono, dado que este revelador puede constatar la placa bacteriana madura en color azul oscuro, que se considera cariogénica y periodontopática y la placa de menos de 24 horas, considerada placa bacteriana del día en color rosa. Cada diente se considera constituido por cuatro superficies. El registro para determinar el índice de O'Leary se realiza marcando la superficie teñida sobre los diagramas adecuados. Cada diente se considera formado por cuatro superficies

Índice de O'Leary = $\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas}}{\text{Total de superficies Presentes}} \times 100 = \text{dato en \%}$

Total de superficies Presentes



Propio. *Índice O'Leary*

b. *-IPMA: (papila, margen y encía)*

Es un índice gingival que se valora en encía vestibular

P = Papila.

M = Margen gingival.

A = Encía adherida.

1 = Inflamación 0 = No inflamación

El índice se obtiene sumando P + M + A en vestibular de Incisivos, Caninos y premolares.

c.-Índice gingival (Loe y Silness, 1963). Índice gingival que determina cantidad, calidad, severidad y localización de la alteración gingival. El índice para cada diente se calcula sumando los puntos en mesial, distal, vestibular y lingual y dividiendo por 4.

Valoración:

0 - Encía normal.

1 - Inflamación leve, no hemorragia al sondado.

2 - Inflamación moderada, enrojecimiento, edema y hemorragia al sondado.

3 - Gran inflamación, enrojecimiento, edema, ulceración y hemorragia espontánea.

Suma de índices de cada diente

Índice gingival= -----

Núm. de dientes presentes en la boca

d.-Índice Periodontal (Silness y Loe, 1964): Es un índice de placa para ver la higiene. Es el único índice que valora el grosor de la placa. Se calcula primero el índice de cada diente sumando los puntos en las 4 caras (mesial, distal, vestibular y lingual) y dividiendo por 4. No utiliza colorantes y sólo hay que secar antes de la exploración con aire durante 20 segundos. Permite establecer grados de intensidad del acumulo de placa, no necesita la

aplicación de sustancias descubridoras y puede utilizarse en piezas dentarias seleccionadas representativas de toda la boca, tales como (1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2 y 4.4) en cuatro sitios por diente, mesial, vestibular, distal y palatino.

Valoración

0 - No placa.

1 - Placa gingivodental **detectable** al pasar sonda.

2 - Placa gingivodental **moderada** y visible

3 - Placa gingivodental **abundante** y gruesa de 1-2 mm. que ocupa espacio dentogingival e interdental.

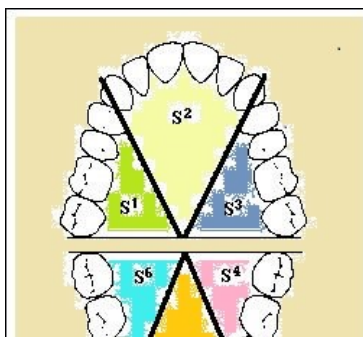
I= Suma de índices de cada diente /Núm. de dientes

e.- *Índice Periodontal de las necesidades de tratamiento de comunidades CPITN (O.M.S., 1978).*

Para estudiarlo se utiliza una sonda especial que es la sonda WHO (OMS) que termina en bola y que tiene marcada en negro la zona comprendida entre los 3,5 y 5,5 mm. Cuando la zona negra no es visible se necesita tratamiento periodontal complejo por especialistas. Cuando la bolsa es de 3,5 a 5,5 es suficiente con tratamiento por odontólogo mediante raspajes. Los casos con zona negra visible se tratarán sólo con técnicas de profilaxis por higienista.

La puntuación que se aplica por sextantes (tabla y dibujo a continuación de los sextantes- del Sextante 1 al Sextante 6) va de 0 a 4 y se valora según los siguientes códigos:

División boca en sextantes



Propio. *División boca en*



sextantes

Código 1: Cuando hay sangrado tras sondaje suave en 1 o más surcos. No hay bolsas, cálculos ni obturaciones desbordantes. El tratamiento se hará con higiene oral.

Código 2: Las bolsas

son de menos de 3 mm., pero se encuentra placa o cálculo bajo el margen gingival. El tratamiento se hará con raspaje e higiene.

Código 3: Cuando vemos parte de la zona negra de la sonda se está en bolsas de 4-5 mm. que requieren raspaje e higiene.

Código 4: Se le aplica al sextante cuando 1 o más dientes tienen bolsas de más de 6 mm. Se necesita tratamiento complejo por especialista con raspaje profundo o cirugía, además de higiene oral.

Ejemplo de registro de CPITN

4	3	0
-	3	3

Los terceros molares se tienen en cuenta sólo si reemplazan la función del segundo molar. El sextante con un solo diente se identifica como falto y se incluye ese diente en el sextante contiguo. En jóvenes menores de 20 años se realiza la exploración de sólo una pieza por sextante. Es porque puede haber “bolsa falsa” debido a la erupción dentaria. Pieza a explorar por sextante:

16	11	26
46	31	36

f.- Índice de Hemorragia de surco SBI (Muhlemann y SON, 1971). Se basa en el hecho de que la hemorragia es el primer signo de la gingivitis. Se hace la exploración con sonda de punta roma valorándose:

0 = No hemorragia.

1= Hemorragia.

2 = Hemorragia + rubor.

3 = Hemorragia + rubor + tumefacción.

4 = Hemorragia + rubor + edema importante.

5 = Hemorragia espontánea + rubor + edema.

Los indicadores de necesidades de tratamiento son:

- sangrado tras sondaje y profundidades de 0 a 3 mm. para el tratamiento higiénico.
- de 4 a 5 mm. para raspados radiculares.
- y de más de 6 mm. para cirugía.

3. Indicador de fluorosis dental

- de Dean
- de fluorosis dental

La Fluorosis dental se caracteriza por manchas o “motas” que afectan el esmalte y que pueden variar:

- desde una simple opacidad blanquecina y poco perceptible que no altera la estructura dentaria
- hasta manchas oscuras (pardas) con estrías y/o punteado que lesionan la morfología dentaria (aspecto corroído).

Índice de Dean: Se valora con:

- 0- NORMAL. La superficie del esmalte es lisa y brillante de color blanco – crema pálido.
- 1 - CUESTIONABLE O DUDOSA u el esmalte muestra ligeras aberraciones con respecto

a la translucidez del esmalte normal, que puede fluctuar entre unas pocas manchas blancas hasta manchas ocasionales.

- 2 - MUY LEVE u pequeñas zonas opacas de color blanco papel diseminadas irregularmente por el diente, pero abarcando menos del 25% de la superficie dental vestibular.
- 3 – LEVE. Las zonas opacas blancas del esmalte son más extensas que en el criterio 2, pero abarca menos del 50% de la superficie dental
- 4 – MODERADO. Las superficies del esmalte de los dientes muestran marcado desgaste y una mancha carmelita o marrón es frecuentemente una característica desfigurante
- 5 – SEVERO. Las superficies del esmalte están muy afectadas y la hipoplasia es tan marcada que la forma general del diente se puede afectar. Existen fosas discontinuas o confluyentes. Las manchas marrones están extendidas y los dientes tienen una apariencia de corrosión.

Autoevaluación

Rellena los huecos con los conceptos adecuados:

La Odontología es aquella parte de la Odontología que se ocupa de los diferentes métodos para la salud oral y las bucodentales, independientemente de si estos métodos se usan a nivel o colectivo.

Enviar

2.2.- Indicadores de salud oral en España.

¿Sabías que la medición del estado de salud bucodental de la población española, permite obtener una imagen de la realidad, identifica las tendencias de las enfermedades y su impacto entre los diversos grupos que integran la sociedad?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, podemos clasificar las enfermedades bucales según su prevalencia en:

Prevalencia de enfermedades orales

Prevalencia de la enfermedad Enfermedad

Mayor prevalencia.	Caries dental. Enfermedad periodontal.
Frecuencia media.	Anomalías cráneo-facio-dentales. Maloclusiones. Cáncer oral.
Frecuencia variable.	Alteraciones de tejidos dentales. Traumatismos maxilofaciales. Fluorosis dental.

Se ha demostrado científicamente que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano consiguiendo una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes.

La utilización de indicadores de salud dental y su tratamiento que estén estandarizados y sean de uso generalizado en todas las encuestas de salud oral que se realizan en España, permite realizar comparaciones válidas entre regiones así como observar la tendencia.



La Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral ([SESPO](#)) tiene datos sobre la evolución epidemiológica de la salud oral en España a nivel nacional (años 1984, 1987, 1993, 2000 y 2005), y a nivel autonómico y local. Los resultados muestran una mejora continuada en todos los indicadores, incluida la salud periodontal. A partir de los resultados del estudio del 2005, al año siguiente, los expertos de la SESPO propusieron como Objetivos de Salud Oral para España para el periodo de 2015 al 2020:

1. Reducir la mortalidad y morbilidad derivada de las enfermedades orales.
2. Reducir las desigualdades en salud oral entre la población.
3. Minimizar el impacto de las enfermedades de origen oral en la salud general y el desarrollo psico-social, enfatizando la promoción de la salud oral.
4. Facilitar la planificación de los recursos y actividades necesarios para su consecución.
5. Permitir la evaluación de las actuaciones sanitarias desarrolladas.

El Plan de salud bucodental en España.

Desde el año 2008 existe un plan escolar cofinanciado parcialmente por el estado a las comunidades autónomas a través del Real Decreto 111/2008, en un intento de homogeneizar las prestaciones en este grupo de edad en las diversas comunidades autónomas del Estado, dado que las diferencias en la prestación real de servicios entre comunidades son evidentes.

Para saber más

En el siguiente enlace podrás tener más información sobre el Plan de salud bucodental del Ministerio de Sanidad y Política Social:

https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas08/bucoDental/medidas_salud_bucodental.html

Medidas preventivas y asistenciales

El Plan de Salud Bucodental incluirá una revisión anual para cada niño o niña a partir de los 7 años. Se trata de una serie de medidas preventivas y asistenciales dirigidas a niños de 7 a 15 años:

- Recomendaciones sanitarias sobre dieta y salud bucodental y enseñanza en higiene bucodental, a los niños y niñas así como a sus padres o tutores.
- Aplicación de flúor tópico, de acuerdo con la política de fluoración de cada Comunidad Autónoma y de las necesidades individuales de cada niño y niña.
- Sellados de fisuras en las piezas permanentes.
- Obturaciones en piezas dentarias permanentes. Cuando se detecte caries se evaluará su estado y velocidad de progresión y si la lesión se considera irreversible, se procederá al empaste.
- Tratamientos pulpares (endodoncias) de las piezas dentarias permanentes con lesiones pulpares irreversibles que puedan ser reparadas. En caso de no poder ser reparadas se procederá a su extracción.
- Extracción de piezas dentarias temporales.
- Tartrectomías (limpieza bucal) cuando se detecten cálculos y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente, que sean incompatibles con la salud gingival.
- Tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos.

2.3.- Factores determinantes del comportamiento para la salud oral.

Existen una serie de factores protectores y perjudiciales para la salud oral.

Se consideran factores protectores en general:

La **saliva**. Es una solución supersaturada de calcio y fosfato. Contiene flúor, proteínas, enzimas, tampones o amortiguadores de pH, inmunoglobulinas, glicoproteínas, etc. que contribuyen a disminuir la caries.

Se destacan:

- **Flúor**. Altera la carga eléctrica superficial del esmalte, dificultando la formación del [biofilm](#) oral y la adherencia de microorganismos.
- **Película adquirida**, formada por las proteínas salivares ricas en prolina. Protege la superficie del esmalte.

Otros factores protectores:

- | | |
|---|--|
| . No tener anomalías del esmalte | . Dieta equilibrada con aporte de vitaminas |
| . Esmalte resistente a la desmineralización ácida | . Hábitos correctos de higiene oral |
| . No tener superficies oclusales de riesgo | . Carga bacteriana oral baja |
| . Existencia de diastemas | . Flujo y viscosidad salivar adecuados |
| . Recibir flúor sistémico hasta los 5 años | . Ausencia de enfermedades sistémicas |
| . Aplicación de flúor tópico | . Acceso fácil a servicios preventivos de salud oral |

Son factores perjudiciales para la salud oral.

Los comportamientos o estilo de vida son un condicionante de la salud oral, si se incluyen hábitos como:

- **Consumo de tóxicos:**
- Es un factor de riesgo para padecer: tinciones dentales, paladar de fumador, lengua fisurada, estomatitis, caries, candidiasis oral, enfermedad periodontal, lesiones precancerosas, cáncer oral.
- Caries, gingivitis, alteraciones de tejidos blandos, conjuntamente con el tabaco aumenta el riesgo de cáncer oral, faríngeo y laríngeo.
- **Alimentación inadecuada.** Algunas de las asociaciones que se pueden hacer son: ingesta de azúcares refinados y caries; ingesta excesiva de grasas y cáncer oral; deficiencias de hierro, ácido fólico y vit. B₁₂ con glositis, estomatitis y úlceras.
- **Respiración oral.** Lesiones por sequedad en el periodonto, con movimiento de dientes.
- **Cepillados dentales enérgicos** y con movimientos horizontales.
- **Uso de la dentadura para acciones inadecuadas:** abrir botellas, sujetar clavos, mordisquear objetos, etc.

Los **factores sociales** son muy importantes en la prevención de la salud bucodental. Existen una serie de condiciones sociales que aumentan la probabilidad de padecer enfermedades orales:

- Bajo nivel de ingresos
- Bajo nivel de instrucción
- Bajo nivel de conocimientos en educación para la salud
- Inadecuadas políticas de los servicios de salud

En el enfoque preventivo de la odontología se deben dirigir los esfuerzos a todas las personas, tanto enfermas para restaurar su salud, como sanas para prevenir la aparición de la enfermedad. Esto incluye:

- Considerar al paciente como una entidad total y no como tejidos aislados atacados por la enfermedad.
- Si el paciente tiene la boca sana, tratar de mantenerlo libre de la enfermedad.
- Si existen signos de enfermedad restaurar la salud tan rápida y perfectamente como sea posible.
- Proveer al paciente la educación y motivación necesaria para mantener su propia salud,

así como la de su familia y la de los miembros de su comunidad.

Además existen factores de riesgo definitorios de situaciones fisiopatológicas especiales:

1. Caries dental
2. Enfermedad periodontal
3. Maloclusiones
4. Cáncer oral

1. Caries dental

a)- Factores de riesgo de la caries dental:

Categoría I:

- Factores sociodemográficos:

* *Edad:* La prevalencia de caries se incrementa con la edad. Los dientes recién erupcionados son más susceptibles a la caries, sobre todo en fosas y fisuras. La susceptibilidad está incrementada por la dificultad de limpieza hasta que la oclusión es correcta. Las madres pueden transmitir el *estreptococo mutans* y contaminar la dentición temporal de sus hijos aumentando su susceptibilidad a la caries.

* *Raza:* No influye como riesgo de caries. Si influyen las diferencias culturales y socioeconómicas asociadas a algunos países.

* *Sexo:* Le erupción dentaria es más precoz en niñas, por lo que éstas presentan caries más numerosas. En adultos se encuentran más obturaciones y dientes ausentes en mujeres y más caries en hombres.

* *Estatus económico:* la caries es más prevalente en clases sociales bajas porque presentan mayor desinterés por la salud bucodental. El mayor nivel económico permite adquirir hábitos higiénicos mejores y acceso a la asistencia odontológica, así como a la mejor educación sanitaria (menor consumo de golosinas). En los inmigrantes aumenta su riesgo de caries al cambiar de hábitos.

* *Localización geográfica:* Tres niveles de riesgo e incidencia de caries:

- En China, África y Sudamérica en sus áreas rurales la infraestructura sanitaria es muy escasa, pero la mayor incidencia de caries está en las zonas urbanas por el mayor

consumo de azúcar.

- La reciente industrialización de algunos países ha aumentado el consumo de azúcar refinado y la caries. Taiwán, India, Chile, Uganda, Tailandia.
- En Norteamérica, Australia, Europa y Japón ha disminuido la caries en los niños y los adultos conservan más sus piezas dentarias.

- Factores de comportamiento:

* *Higiene oral:* No se ha demostrado una relación clara epidemiológica entre el aumento de la higiene oral y la disminución de caries. Disminuye la presencia de *S. mutans*, pero no la caries. No tiene tanta relación el número de veces que se cepillan los dientes como la capacidad de remover placa de estos cepillados y el uso de seda para evitar caries interproximal.

* *Dieta:* El potencial cariogénico de los alimentos depende de la concentración de carbohidratos remanentes que queden en la boca durante la comida, la rapidez con que son removidos y la cantidad de ácidos que formen.

- Factores del huésped-inmunitarios:

* *Experiencia pasada de caries:* La mayor incidencia de caries en dentición temporal se debe al menor espesor del esmalte en estos dientes. La incidencia de caries en dentición temporal induce un aumento de riesgo de hasta 8 veces en dentición permanente.

* *Superficies de riesgo:* La superficie oclusal tiene mayor riesgo por la alta retención de placa. Las fisuras y cualquier irregularidad en una superficie dental aumentan la retención de placa y el riesgo de padecer caries. El apiñamiento dentario favorece la caries.

* *Morfología de la superficie del diente:* La caries disminuye en superficies lisas y aumenta en las interproximales y oclusales.

* *Mancha blanca:* Es la primera manifestación clínicamente detectable de caries debida a la pérdida de esmalte subsuperficial. Si la superficie es rugosa hay un aumento de porosidad y la lesión está avanzando.

* *Edad posteruptiva de los dientes:* Los dientes en erupción no tienen las fuerzas autolimpiadoras de los erupcionados hasta que no se completa la oclusión. Y son más propensos a la desmineralización por no haber terminado la maduración intraoral del esmalte.

* *Actividad de la caries:* Actualmente el avance de las lesiones es muy lento. Ha aumentado

el tiempo entre el primer signo de desmineralización y el primer signo de cavitación.

* *Factores inmunitarios*: Si la respuesta inmunitaria es excesiva durante el periodo inicial de colonización de superficies dentales, influye en la composición de la flora bacteriana. Un déficit de expresión de la respuesta inmune puede crear un mayor riesgo de caries.

Categoría II:

- *Factores biológicos*

* *Factores salivales*: La saliva interviene en la estabilidad de la composición de la flora bacteriana. Influye en el crecimiento y adherencia de las bacterias y altera el proceso de fermentación de los azúcares. Su efecto neutralizante de ácidos, y la actividad antibacteriana se pierde si la secreción de saliva se altera cualitativa o cuantitativamente. (Saliva escasa = xerostomía).

* *Viscosidad salival*: La aclaración de los hidratos de carbono puede reducirse cuando la saliva es más viscosa ya que la saliva diluye y elimina los azúcares de la dieta. Si el flujo disminuye y la viscosidad aumenta, se incrementa el riesgo de padecer caries.

* *Capacidad buffer*: Es la capacidad de resistir a los cambios de pH frente a la adición de ácidos. Se puede valorar con métodos fáciles de utilizar en los que se emplea un indicador de color. El riesgo de caries aumenta hasta 18 veces en los individuos con baja capacidad tamponadora de la saliva frente a los que la tienen correcta.

* *Factores microbiológicos*: El *Streptococcus mutans* está implicado en el inicio de la caries y el *Lactobacillus sp.* y el *Actinomyces viscosus* actúan en progresión de las lesiones ya establecidas.

Categoría III:

- *Factores en investigación*:

Valoran el riesgo potencial adicional con métodos que suelen estar fuera de las posibilidades del clínico en consulta:

* *Sialometría avanzada*: Estimulación de glándulas secreciones glandulares.

* *Composición de la saliva*: Análisis de la presencia de factores antibacterianos (Ig), antiácidos (bicarbonato, amonio, urea, ptialina), antisolubilidad (fluoruro, calcio, fosfatos), etc.

* *Análisis de los sitios de placa específica*: Cuantificación microbiológica detallada.

b)- Factores predictivos de riesgo de caries

Es uno de los fines científicos para poder planificar actuaciones cuidados dentales más eficientes. Se asocian múltiples factores en los modelos de predicción. Incluyen *S. Mutans*, *Lactobacillus*, Índice de Placa, Prevalencia de caries, Factores externos, factores internos, factores preventivos: Higiene oral, fluoruros, dieta y cuidados preventivos. En la prevención se utilizan dos puntos de vista:

1. Prevenir la aparición de la enfermedad de la caries eliminando los factores de riesgo que favorezcan la aparición de las secuelas y potenciación de aquellos que reduzcan la probabilidad de aparición.
2. Tratar las lesiones existentes para eliminar la posibilidad de establecimiento de fuentes bacterianas que transmitan la infección a tejidos circundantes.

Las técnicas que se aplican, entre otras, son:

- Administración de flúor por vía sistémica (fluoración de aguas).
- Utilización de flúor tópico mediante geles y barnices. (Otros: dentífricos, seda dental fluorada, bastoncillos fluorados, chicles fluorados)
- Selladores de fosas y fisuras
- Determinación del riesgo de caries mediante test en saliva.
- Charlas de prevención de salud oral dirigidas a diferentes grupos sociales.
- Programas preventivos en centros escolares

2. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal.

Conceptos generales:

Los factores de riesgo aplicados a la periodontitis se definen como: características, aspectos de la conducta o exposición medioambiental asociada con periodontitis destructiva.

Factores genéticos:

En un patrón familiar se han demostrado:

- Factores hereditarios. La periodontitis prepuberal se ha asociado con síndromes determinados genéticamente.

- La transmisión intrafamiliar de bacterias relacionadas con las enfermedades periodontales.

Factores ambientales o adquiridos:

- Tabaco Se ha demostrado una importante asociación entre tabaquismo y la prevalencia y gravedad de las enfermedades periodontales.
- Sin embargo, en relación con la gingivitis algunos estudios parecen indicar que los fumadores presentan menos inflamación gingival y sangrado debido a la vasoconstricción local que produce la nicotina, lo que puede dar lugar a una menor capacidad defensiva.
- Se relaciona también con la gingivitis ulceronecrotizante aguda.
- Diabetes mellitus: Tanto la diabetes tipo I y la tipo II si están mal controladas pueden aumentar la pérdida de inserción. Se debe a cambios vasculares, disfunción de neutrófilos, síntesis alterada del colágeno, etc.
- Osteoporosis: El hueso osteoporótico se reabsorbe más fácilmente cuando existe una infección periodontal. La osteoporosis no inicia la enfermedad periodontal, pero la agrava.
- Infección por VIH: La enfermedad periodontal es más prevalente en estos enfermos, en los que se dan patologías asociadas como: eritema gingival, gingivitis y periodontitis necrotizantes. Pueden progresar muy rápidamente. La microbiología en estos pacientes demuestra la presencia de microorganismos no frecuentes como: Cándida albicans y patógenos entéricos.
- Estrés: La asociación entre factores psicológicos y gingivitis úlcero necrotizante aguda (GUNA) se ha demostrado hace tiempo por la disminución de la respuesta inmune.
- Otras enfermedades sistémicas: Son muchos los trastornos que tiene efecto en la encía y periodonto. Casi todos cursan con trastornos de los neutrófilos. Entre otros se pueden mencionar: Alteraciones hematológicas: anemia, leucemia aguda, neutropenias, linfomas, etc. Enfermedades granulomatosas: enfermedad de Crohn y sarcoidosis. Enfermedades dermatológicas: liquen plano y esclerodermia.
- Fármacos:
 - Hiperplasia gingival: Antiepilépticos (Hidantoína), Inmunosupresores: Ciclosporina, Bloqueantes del calcio: Nifedipina, Verapamil, Diltiazem, etc.
- Gingivitis:
 - Hormonas: Estrógenos, Progesterona
 - Reducción de la respuesta inmunitaria:

- Inmunosupresores: Corticoides, Azatioprina
 - AINES: Indometacina, ibuprofeno
- *Dieta y nutrición:* La relación entre dieta y enfermedad periodontal no está demostrada del todo salvo que el déficit nutricional sea muy importante. El déficit de vitamina C provoca escorbuto asociado a la gingivitis hemorrágica.

Factores determinantes:

Edad: La edad no es un factor de riesgo concluyente para la enfermedad periodontal hasta al menos los 70-75 años. Las enfermedades periodontales son más severas en los ancianos por el efecto acumulativo de la destrucción del tejido a lo largo de la vida. Es un factor pronóstico: a paciente más joven, con periodontitis, peor pronóstico tiene la destrucción periodontal.

Sexo: La prevalencia es mayor en hombres que en mujeres.

Raza: Al analizar las diferencias entre razas con el mismo nivel socioeconómico, no hay diferencias. En países desarrollados se ha observado mayor prevalencia en la raza negra, quizás el menor nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico: Las personas con menor nivel de educación tienen más pérdida de inserción que las de nivel más alto. Cuando se iguala el hábito de higiene y del tabaco, no existe asociación entre nivel socioeconómico y enfermedad periodontal severa.

Prevención de la enfermedad periodontal:

- Información y motivación del paciente
- Control mecánico de la placa bacteriana:
 - Control por el propio individuo, incluyendo limpieza interproximal.
 - Control mecánico por el profesional, con remoción de placa supragingival y de 1-3 mm de placa subgingival.
 - Control químico de la placa bacteriana. Elimina la placa con colutorios que contienen antimicrobianos (Ej. clorhexidina). Se utiliza:
 - Cuando el control mecánico no se puede utilizar.
 - Como accesorio del control mecánico.
- Eliminación de factores que retienen placa:
 - Malposiciones
 - Restauraciones y prótesis

- Educación y motivación en personas con ortodoncia.

3. Factores de riesgo de maloclusiones.

- Existen agentes o factores (genética o medio ambiente) que actúan sobre un lugar o estructura determinada (diente, músculo) en un nivel (estructural o funcional) que con una potencia determinada provocan la maloclusión.
- Estos tres determinantes: agente, lugar y nivel se ven implicados en su interacción por un cuarto factor que es el tiempo.

La necesidad de tratamiento de las maloclusiones determinadas clínicamente se manifiesta cuando existe:

Alteración del periodonto:

Las maloclusiones y el apiñamiento son un factores predisponentes y agravantes de las periodontitis.

Caries:

Las condiciones anatómicas desfavorables provocan un aumento del riesgo de caries.

Disfunción de la ATM:

No está totalmente claro que la maloclusión desarrolle un papel fundamental en los trastornos de la ATM, puesto que la disfunción de la ATM tiene múltiples causas.

Vulnerabilidad traumática:

Se pueden dar con mayor probabilidad cuando existe: incisivos superiores prominentes, maxilar prognático, labios incompetentes, etc.

Alteraciones funcionales:

Algunas maloclusiones afectan a la modulación de sonidos y fonación.

Alteraciones estéticas:

Se debe considerar la importancia de la estética en las relaciones interpersonales de la sociedad actual.

En general las maloclusiones son las anomalías odontológicas que mejor y más eficazmente se pueden beneficiar de las medidas preventivas.

Niveles de prevención:

- Primer nivel. Promoción de la salud:
 - Nutrición
 - Genética
 - Educación del paciente
 - Atención especial a embarazadas
- Segundo nivel. Protección específica:
 - Prevención de la caries
 - Mantenimiento del espacio o longitud de la arcada
 - Prevención y corrección de hábitos
 - Educaciones padres/hijos
- Tercer nivel. Diagnóstico y tratamiento precoz:
 - Ortodoncia interceptiva para corrección de anomalías menores
 - Extracciones seriadas
 - Extracciones de dientes retenidos y supernumerarios
- Cuarto nivel. Limitación del daño:
 - Tratamiento ortodóncico en el momento apropiado
 - Tratamiento quirúrgico en el momento apropiado
- Quinto nivel. Rehabilitación:
 - Recuperación anatómica, funcional, estético, etc. Requiere coordinación de equipo multidisciplinar: ortodoncista, cirujano maxilofacial, cirujano plástico, prótesis fija o removible, logopeda, psicoterapeuta, etc.

4. Factores de riesgo de cáncer oral.

Según la OMS el 80-90 % de los tumores malignos son producidos por sustancias físicas, químicas o por la actividad sinérgica de ambas.

Estas sustancias pueden actuar:

De forma individual por acumulación del efecto en el tiempo hasta llegar al umbral indispensable. Por “sincarcinogénesis”, por sumación de efectos de diferentes carcinógenos que actúan por debajo del umbral, por que sumados consiguen el potencial real para producir

el cáncer. Por “cocarcinogénesis”. Las sustancias carcinogénicas actúan en una primera fase por inactivación del ADN. En una segunda fase, otras sustancias son las que mutan el ADN. El tumor maligno más frecuente en la cavidad bucal es el COCE (carcinoma oral de células escamosas). Los factores actúan en dos etapas secuenciales:

- Sensibilización de la célula epitelial (mitosis).
- Promoción tumoral (metaplasia maligna).

Algunos de los factores relacionados con el riesgo de desarrollar cáncer oral son:

- Tabaco
- Alcohol
- Radiaciones
- Factores dietéticos y nutricionales:
 - Vitamina E y carotenoides son inhibidores de la carcinogénesis oral y sinergizan su acción con ácido ascórbico, y glutatión reducido.
- Agentes biológicos:
 - Virus. Papel desconocido pero posible.
 - Bacterias: La más estudiada es el *Treponema pallidum*, que produce sífilis que se sitúa en los dos tercios anteriores del dorso de la lengua. Existen estudios que describen la relación entre sífilis y cáncer oral y otros la minusvalora.
 - Hongos. Candidiasis bucal puede provocar displasia del epitelio bucal y su posterior malignización, con una depresión simultánea de la capacidad protectora de los macrófagos.
- Factores ocupacionales y socioeconómicos:

Se ha relacionado la mayor incidencia de cáncer con actividades como:

- Trabajo en la rama textil.
- Comerciantes de alcohol.
- Trabajadores que manipulan material fosforescente (para esferas de relojes, por Ej.)
- Clases sociales bajas tienen mayor incidencia de cáncer oral quizás por factores nutricionales.
- En los divorciados la prevalencia es dos o tres veces superior a la de los casados.
- Irritaciones físico-químicas. No hay estudios concluyentes.
 - Bordes dentales afilados.

- Prótesis mal ajustadas.
- Higiene pobre o deficiente.
- Inmunidad

Prevención:

Nivel comunitario:

- Campañas sanitarias de educación sanitaria con mensajes claros y sencillos.
- Diagnóstico precoz en las revisiones.
- Eliminación e factores ambientales favorecedores.
- Tratamiento precoz.
- Educación del paciente con cáncer.
- Autoexamen.

Nivel individual:

Entre otras muchas actuaciones:

Paciente:

- No fumar
- No beber alcohol.
- Llevar dieta adecuada.
- Atender a cualquier lesión bucal.
- Llevar una higiene bucodental correcta.
- Revisarse periódicamente.
- Tener cuidado especial los enfermos de cirrosis, sífilis, etc.

Profesional:

- Escuchar atentamente al paciente
- Observar la paciente como un ser integral.
- Examinar clínicamente los tejidos bucales y parabucales.
- Realizar biopsias de lesiones sospechosas. Educar al paciente para el autoexamen, etc.

Autoevaluación

Rellena los huecos con los conceptos adecuados:

Existen de salud oral que están
 y son de uso generalizado en todas las
 de salud oral que se realizan en España; esto permite realizar
 válidas entre [regiones] así como observar la
.

Enviar

2.4.- Niveles de prevención en salud bucodental.

¿Recuerdas lo que decíamos de los niveles de prevención y su relación con la Historia natural de la enfermedad?

La prevención en conjunto es la suma de intervenciones que permiten mantener a los individuos en buena salud o impiden la progresión de la enfermedad. Los distintos niveles de prevención están encaminados a evitar la presentación de la enfermedad, detener su curso para conseguir la curación o retrasar la progresión lo más posible.

Prevención primaria:

Se anticipa, detiene o invierte el proceso de la enfermedad antes de que sea necesario su tratamiento. El objetivo principal es reducir la ocurrencia de enfermedades y afecciones bucales. Intenta reducir su incidencia entre los pacientes que aún no padecen una enfermedad o afección concreta.

Se distinguen dos niveles:

- Prevención inespecífica:

Medidas encaminadas a mejorar o aumentar la salud general del individuo; contribuyendo a prevenir cualquier enfermedad por incremento de la salud general: nutrición óptima, condiciones de trabajo saludables, vivienda adecuada, etc.

- Prevención específica:

Medidas dirigidas a evitar una enfermedad concreta. Ej.: uso de selladores de fisuras para evitar la caries.

Prevención secundaria:

Medidas dirigidas a detener el proceso de la enfermedad y a restaurar los tejidos consiguiendo un funcionamiento orgánico lo más parecido a lo normal como sea posible, Son medidas dirigidas que se deben aplicar cuando la prevención primaria no existe o no ha sido efectiva. Se dirigen al diagnóstico y tratamiento odontológico precoz. Ej.: restauraciones

preventivas de resina, detener la pérdida de inserción, etc. Con estas medidas se consigue curar la enfermedad o mejorar su pronóstico y mantenerla bajo control evitando las posibles secuelas.

Prevención terciaria:

Se instaura cuando ha fallado la prevención secundaria. Su objetivo principal es limitar la lesión y evitar un daño mayor derivado de la enfermedad oral. Utiliza métodos para corregir los defectos producidos por el progreso de la enfermedad, reemplazando pérdidas tisulares y rehabilitando a los pacientes de forma que se consiga la mayor normalidad posible. Tradicionalmente se han distinguido dos niveles:

Nivel 4º o de limitación del daño: extracciones, cirugía, etc. y Nivel 5º de rehabilitación de la función y de la estética: prótesis, implantes, etc.

Un aspecto importante a tener en cuenta en los niveles de prevención es la **relación** existente **entre el nivel** en el cual se le pone una barrera a la enfermedad y el **coste económico** que conlleva.

La prevención primaria consigue reducciones importantes de enfermedad con poco dinero. Ej: la fluoración del agua de bebida evita un alto porcentaje de lesiones por caries a muy bajo costo. Si la caries sigue su curso y necesita un tratamiento restaurador, el costo es más elevado. Pero si se deja a su evolución y termina en una extracción y una prótesis o una implantoprótesis, el costo es muy superior.



Autoevaluación

¿Es cierto que las características de la personalidad de cada sujeto, la preocupación por la apariencia general y el atractivo facial son potentes factores motivadores para

adoptar y mantener prácticas orales preventivas, sobre todo en la adolescencia?

- Verdadero Falso

Verdadero

En la adolescencia, la apariencia general y el atractivo facial son factores motivadores para modificar comportamientos.

3.- Educación para la Salud.

Caso práctico



Claudia está preparando una charla para padres y madres sobre la salud oral en los niños de 3 a 4 años, dentro de un Programa de Educación para la Salud que se lleva a cabo en su Centro de Salud.

Es una buena educadora y le gusta este tipo de actividades que requieren que sea una buena comunicadora.

Ha quedado con Elena para elaborar entre las dos un pequeño proyecto sobre la actividad que realizarán y para ir pensando en los materiales que necesitarán.

Existen varias definiciones de **Educación para la salud (EPS)**, si nos fijamos en la OMS, define la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje planificadas, sobre conocimientos, actitudes y habilidades, que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud.

En todas ellas se establece un objetivo común, la búsqueda de la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos componentes de la comunidad, en el sentido de lo que también ha dado en llamarse, una **Salud Positiva**.

En la definición de la Educación Sanitaria, a parte de la terminología clásica (**acciones educativas y persuasivas dirigidas al individuo, grupo o comunidad**), también se actúa sobre los factores externos medioambientales, para hacerlos favorables o al menos neutros a conductas o comportamientos de salud adecuados.

Todas las **definiciones de educación** para la salud existen aspectos comunes: la modificación en sentido favorable de los **conocimientos, actitudes y comportamientos de salud** de los individuos, grupos y colectividades.

Actualmente se define como la ciencia que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar hábitos de vida saludables a la vez que defiende las modificaciones ambientales y contribuye a formar a los individuos y a la comunidad para que puedan ejercer un papel activo a través de sus representantes, en la planificación y las acciones de salud pública.

Evolución del concepto de Educación Sanitaria.

En una primera etapa se incluían las acciones educativas dirigidas al individuo para que se responsabilizase de su propia salud y modificara los hábitos insanos que hubiera adquirido.

A partir de los años 70 del siglo pasado los conceptos y objetivos sufrieron un cambio importante.

Se había demostrado ya que las conductas humanas dependen de factores internos, pero también de **factores externos**: ambientales y sociales.

Entonces se planteó como objetivo la **modificación de estos factores externos en sentido favorable**, con la finalidad de que los cambios de conducta pudiesen mantenerse.

Por último, con el desarrollo del **concepto de salud comunitaria** se incluyó entre las funciones de la educación sanitaria: el capacitar a los individuos, grupos y colectividades para que participen activamente en su salud a través de sus representantes elegidos democráticamente en la toma de decisiones políticas sobre las acciones y servicios de promoción y restauración de la salud que vayan a llevarse a cabo en su comunidad.

Autoevaluación

Relaciona las siguientes acciones con su naturaleza de promoción o prevención-protección.

Acciones	Ejercicio de relacionar	Relación Tipo de acción
----------	-------------------------	-------------------------

Acciones

Participación social.

Mejorar hábitos higiénicos.

Consumo de fluoruros.

Control de la placa bacteriana.

Relación Tipo de acción

1. Promoción de la salud.

2. Prevención y protección.

Enviar

La participación social es una medida de Promoción de la salud, mientras que son acciones de prevención y protección, la mejora de hábitos higiénicos, el consumo de fluoruros, y el control de la placa bacteriana.

3.1.- Principios.



Reflexiona: la educación para la salud es parte del sistema sanitario y los profesionales sanitarios son los más indicados para su impartición.

A la hora de planificar un programa educativo deben tenerse en cuenta una serie de aspectos importantes.

Principios a considerar en un programa educativo de salud dental.

- Adopción de un enfoque integral flexible y uso de rutinas, filosofías y personal ya existentes.
- Integración del programa educativo de salud dental dentro de los "programas de educación para la salud" generales y su compatibilidad con la cultura local, el sistema educativo y las metas sociales.
- Uso de mensajes seguros científicamente, consistentes internamente y compatibles con otros mensajes y realidades prácticas de las vidas de los sujetos.
- Diseño de programas para las necesidades específicas de subgrupos de la población con mayor riesgo.
- Inclusión de gran parte de actividad y participación del sujeto.
- Tomar en cuenta las influencias de las "personas significativas" como la familia, líderes del grupo, vecinos etc. para conseguir un cambio de comportamiento de los sujetos.
- Evitar el "culpar a la víctima" o el énfasis didáctico duro. Inclusión del desarrollo de la responsabilidad y elección individual en las actividades que comprometan la salud.

- Selección de un material educativo apropiado para cada tipo de audiencia.
- Revisión periódica de los programas de educación para la salud dental por un comité asesor.
- Coordinación entre el personal de la escuela y el personal sanitario.
- Integración de la educación sanitaria dental en el currículum escolar, sin hacer exigencias adicionales a los profesores.

Autoevaluación

Rellena los huecos con los conceptos adecuados:

La de la salud es cualquier combinación de actividades , organizativas, económicas y ambientales, que apoyan los que conducen a mejorar la salud, o a los individuos para aprovechar las ventajas de las y los preventivos.

Enviar

3.2.- Objetivos.

¿Recuerdas que todos los procedimientos disponibles para prevenir la salud oral incluyen componentes educativos?

Como en todos los procesos educativos, también en un **programa sanitario**, podemos distinguir las siguientes **etapas**:

- Identificación de los problemas y prioridades.
- Objetivos.
- Ejecución.
- Evaluación.
- Conclusiones.

El objetivo último es **aumentar el nivel de salud de la comunidad, modificando los comportamientos de las personas**. Para ello es necesario modificar los conocimientos y actitudes que sirven de vehículo para este cambio de comportamiento. Se pueden establecer objetivos intermedios:

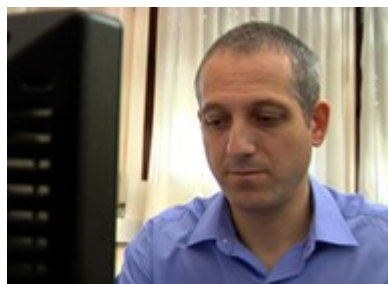
1. Hacer de la salud un valor básico de la comunidad. Es decir, considerar la salud como un objetivo de primera necesidad en los individuos.
2. Modificar en sentido favorable las conductas negativas relacionadas con la salud.
3. Promover conductas positivas relacionadas con la salud.
4. Promover cambios ambientales que favorezcan los cambios conductuales. Es muy difícil pretender que los individuos cambien sus hábitos si no tienen un entorno físico, psicosocial y sociocultural adecuado . Este tipo de modificaciones exige implementar medidas legislativas.
5. Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.

Para conseguir el cambio de comportamiento se pueden llevar a cabo:

- Acciones sobre el individuo.
- Acciones sobre el medio ambiente.

Se debe considerar también qué conductas son las que hay que modifica:

- Las que tienen relación con la promoción de la salud.
- Las que tienen relación con la restauración de la salud.



En principio el valor “salud” debería ocupar uno de los primeros puestos en la escala de valores de la población, pero los intereses y las decisiones individuales de cada uno de nosotros no son autónomas, sino que están condicionadas y orientadas continuamente por la sociedad, es decir, por nuestro medio ambiente social. Luego, el empeño de la EPS debe ser, sobre todo, un empeño sociocultural para la formación de comportamientos y reestructuración de valores.

Así pues, la EPS debe ayudar al individuo a tomar decisiones autónomas y responsables, aunque éste sea un objetivo difícil de alcanzar en una sociedad en la que la comunicación organizada tiende a imponer decisiones y comportamientos establecidos. Por ello, esta disciplina es un método de trabajo en la actividad de los educadores, padres y profesionales sanitarios que trata de implicar responsablemente al individuo y a la comunidad en la defensa de la salud.

Autoevaluación

Indica si es verdadero o falso que la promoción de la salud es única para prevenir las enfermedades orales.

Verdadero Falso

Falso

Recuerda que, tanto la educación como la promoción se complementan y son necesarias en los programas para prevenir las enfermedades orales, en este

sentido, tienen dos ámbitos de actuación como cualquier actividad sanitaria, y éstos son el comunitario y el individual.

3.3.- Grupos diana.

¿Qué entendemos por [grupo diana](#)?

La educación sanitaria (EDS) se dirige a toda la colectividad. Esto es: a cualquier persona sea cual sea su edad, sexo, nivel de renta, circunstancias de su vida personal familiar o social, etc. Dada la diversidad en las personas susceptibles de recibir esta EDS los objetivos a conseguir no pueden ser uniformes en todos los casos porque las necesidades de cada grupo social o individuo no son las mismas.

Los objetivos de los programas de salud serán diferentes según el “estatus de salud”:

- Para individuos asintomáticos o “sanos”.
- Para individuos con signos o síntomas de enfermedad o “enfermos”.

Dentro del grupo de “sanos” se diferencian:

- Jóvenes que asisten a la escuela que no han adquirido todavía hábitos insanos y que están en su “socialización secundaria” (La socialización primaria es la que llevan a cabo en la familia).
- Adultos que muchos de ellos han adquirido hábitos insanos y llevan a cabo diferentes trabajos, alguno de los cuales tiene riesgos específicos.

El grupo de “enfermos” se podría clasificar:

Según la evolución de su enfermedad:

- Agudos
- Crónicos.

Según dónde se va a realizar la EDS:

- Hospital
- Centro de salud.
- Domicilio, etc.

Lo habitual es que se engloben todas las acciones educativas para enfermos en un solo programa.

Objetivos para cada grupo:

- *Sanos:*
 - Para los jóvenes el objetivo principal es la construcción de conductas positivas de salud: promoción y adquisición de hábitos sanos mediante la educación.
 - Para los adultos el objetivo principal será la modificación de conductas negativas y la promoción de las positivas. La técnica a seguir es la comunicación persuasiva.
- *Enfermos:*
 - Modificaciones conductuales para facilitar la restauración de la salud.
 - Y para la mejora de su calidad de vida.

Campos de acción. Tipos de programas de EDS.

En la acción educativa se realizan en distintos tipos de programas sobre: los individuos sanos, los enfermos y sobre el medio ambiente.

1.- La educación de la población sana constituye uno de los principales campos de acción, puesto que la educación es fundamental para que la comunidad adquiriera hábitos y estilos de vida saludables.

Se aplica en diferentes áreas:

- **En la familia.** Reúne en un mismo entorno a los distintos grupos de población en sus diferentes etapas del desarrollo. Para el niño es una fuente fundamental de aprendizaje. Este modelo se amplía con el medio escolar según va creciendo el niño.
- **En la escuela** el grupo de población en periodo de desarrollo psíquico, físico y social y eso hace que sea uno de los lugares más eficientes, pues en la edad escolar los niños y adolescentes son más receptivos. Las estrategias deben ir encaminadas también a los profesores para que estos puedan participar en la planificación y desarrollo de las actividades.
- **En el medio laboral.** La estrategia se dirige a la concienciación de los trabajadores acerca de los riesgos para la salud a que están expuestos por el desempeño de su profesión. Estos riesgos son esencialmente de tres clases:

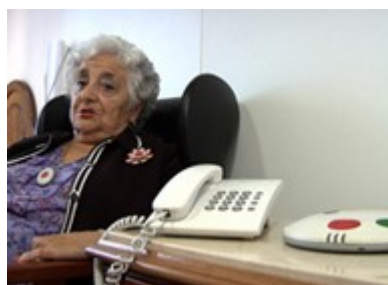
- Riesgo de sufrir lesiones por accidente de trabajo
- Riesgo de sufrir enfermedad por tóxicos del medio labora.
- Riesgo de desarrollar trastornos psicológicos derivados del tipo de trabajo.
- En el medio social (en la comunidad). El objetivo principal de los programas de educación sanitaria en la comunidad lo constituye el fomento y protección de la salud de la población sana, erradicando hábitos nocivos y promoviendo la salud como valor en la escala social. Estos programas se planifican desde la base de los niveles primario y secundario de prevención.

Estos campos interrelacionan entre sí porque tanto el familiar, como el escolar como el trabajador sano y los enfermos se benefician también de la EDS social o comunitaria.

2.- La educación sanitaria para enfermos. Son medidas de prevención terciaria que persiguen mejorar la calidad de vida de los enfermos.

3.- Programa “nacional”. Su acción se encamina a acciones sobre el medio ambiente.

En el programa nacional el objetivo debe ser la investigación de los factores externos y la actuación en forma de presiones e influencias sobre los organismos que dirigen la política nacional para que procedan a corregir los factores nocivos.



Autoevaluación

Rellena los huecos con los conceptos adecuados:

En un programa sanitario, podemos distinguir las siguientes etapas:

de los problemas y prioridades, establecer
, su y evaluación, y por último extracción de
.

Enviar

4.- Técnicas de recogida de información en salud oral.

Caso práctico



Elena y Claudia están valorando qué datos necesitan obtener en el grupo sobre el que van actuar. Elena le dice a Claudia:

—Igual que en todo acto médico, primero diagnosticar y luego tratar, así que ya sabes, Claudia, debemos medir la caries en el grupo sobre el que vamos a actuar para tener idea del punto de partida, comparar nuestra muestra con la comunitaria y con la nacional, y de esta forma, también tendremos referencias del punto de partida. Ahora, nos ayudará a conocer la realidad y a planificar el Programa de Educación para la Salud y otras intervenciones, posteriormente, junto a los resultados, nos permitirán evaluar el proceso y mejorar en nuestro ejercicio profesional.

Claudia está totalmente de acuerdo, hace dos días que se ha revisado la Encuesta de salud oral de la OMS que había en la Biblioteca del centro de Salud.

La recogida de datos se realiza sobre poblaciones. Se entiende por población el conjunto de personas que residen de forma habitual en un territorio geográfico dado. La ciencia en la que nos apoyamos es la Demografía. La Demografía es la ciencia que apoya los estudios en salud pública. Se subdivide en:

- Demografía estática. Describe la población en un momento dado por su tamaño composición etc,

- La demografía dinámica estudia los cambios que se producen en dicha población y las causas que producen dichos cambios.

Los datos que proporciona la demografía sobre la estructura, composición y cambios en una población son fundamentales para:

- Elaborar indicadores sanitarios.
- Realizar estudios epidemiológicos
- Planificar y programar en salud pública.

Para la obtención de información previa a la planificación de una acción de Educación para la Salud oral se deben tener en cuenta distintos aspectos:

Características de los grupos según sus condiciones (nivel cultural, hábitos, discapacidades y otros).

- Nivel cultural: influye en muchas variables demográficas y sociales. En las estadísticas se tiene en cuenta el nivel y duración de los estudios realizados.
- Nivel socioeconómico. Aunque el sistema sanitario público es de asistencia universal, existen desigualdades muy marcadas en el estado de salud entre diferentes grupos socioeconómicos.
- Estado civil. El que existan parejas condiciona la natalidad y la disponibilidad de las mujeres para el trabajo. Además, las necesidades de servicios son mayores en las familias que en las personas que viven solas.
- Puedes ser motora, auditiva, visual, etc. La presencia de personas con estas limitaciones implica un coste diferente de los servicios sanitarios.

Características de los grupos según su edad. Los distintos grupos etarios tienen también diferentes necesidades de servicios sanitarios. La distribución por edades se refleja en índices de natalidad; mortalidad; de dependencia (personas dependientes en un rango de edad (0 a 14; y 65 o más años), por cada 100 habitantes activos (15 a 64 años); de dependencia de ancianos (relación entre población mayor de 65 años y población potencialmente activa (define el equilibrio del sistema de pensiones); población económicamente activa (personas en edad de trabajar (25 a 64 años).

Para que una investigación social sea válida, debe fundamentarse en una recopilación de datos fiable, mediante la observación ordenada y sistemática de la realidad. Un **dato** es el valor de una variable o de una constante que proporciona información sobre una situación y

sirve de base para el análisis estadístico:

- Dato primario es el que recoge el investigador directamente de la realidad que observa.
- Dato secundario es el que obtiene de registros de la realidad ya procesados por otros investigadores: estadísticas demográficas, tasas, etc.

La recogida de datos debe hacerse de una **fuentes de información** que puede ser una persona o una organización. El **Instrumento de obtención de datos**: Es cualquier recurso que utilice el investigador social para acercarse a la realidad y extraer información de los fenómenos que en ella ocurren.

En la recogida de información sobre salud oral existen varias técnicas, la entrevista, los cuestionarios y las encuestas.

De todos ellos nos vamos a detener en las **encuestas**, concretamente en el modelo de encuesta propiciado por la OMS, que hizo el primer cuestionario en el año 1971 y que ha ido modificando en ediciones posteriores.

Una **encuesta** es un método de obtención de información en la que los datos se obtienen a partir de la realización de un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, generalmente formada por personas, (también se puede hacer en empresas o entes institucionales), con el fin de conocer estados de opinión, características, hábitos o hechos específicos. El investigador no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación y debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

La utilización de la Encuesta de salud bucodental de la OMS tiene varias ventajas:

- Lleva muchos años utilizándose, de forma que permite valorar la evolución en salud oral.
- Está acreditada por haber sido realizada por un comité de expertos mundiales.
- Su empleo permite que los datos obtenidos sean normalizados y de esta forma poder compararlos con otras encuestas existentes.

Por últimos veremos algunas de las muchas fuentes de información existentes y a nuestro alcance para recogida de información existente en materia de salud oral.

Autoevaluación

Relaciona los siguientes grupos poblacionales con su programa de salud oral.

Ejercicio de relacionar

Grupo	Relación Programa
Grupos de 3-4 años.	<input type="checkbox"/>
Personas de la tercera edad.	<input type="checkbox"/>
Pacientes de alto riesgo.	<input type="checkbox"/>
Embarazadas.	<input type="checkbox"/>
Enfermos crónicos.	<input type="checkbox"/>

1. Programas preventivos a nivel preescolar y escolar.
2. Programas preventivos bucodentales para grupos específicos.
3. Otros Programas preventivos.

Enviar

Los Programas preventivos a nivel preescolar y escolar incluyen los grupos de 3-4 años. Programas preventivos bucodentales para grupos específicos incluyen los pacientes de alto riesgo y también las embarazadas. En la categoría de otros Programas preventivos se incluyen las personas de la tercera edad y los enfermos crónicos.

4.1.- La encuesta.

Seguro que más de una vez has tenido oportunidad de escuchar en medios de comunicación esta palabra. Para recoger información existen varios métodos uno de ellos es la encuesta. Se utilizarán distintas estrategias, según sea la finalidad del estudio que se vaya a realizar. Sirven para detectar las características de los grupos. Las encuestas permiten estimar, sobre bases sólidas, el estado de salud bucodental de una población y sus necesidades futuras, proporcionan datos fiables para la elaboración de programas nacionales o regionales de salud bucodental, incluida la planificación de los recursos necesarios para ejecutarlos. Las encuestas obtienen información sistemáticamente de los encuestados a través de preguntas. Se utilizan con un gran número de personas con un cuestionario prediseñado para obtener información específica. Deben seleccionarse muy bien las preguntas de acuerdo con la investigación a realizar. No modifica el entorno, como sí lo hace un experimento.

Tipos de encuesta:

- Escrita: cuestionario: son preguntas puntuales, formuladas por escrito, a las personas que pueden interesar en la investigación. Deben estar bien estructurados para que se puedan tabular las respuestas.
- Oral: entrevista. Es la reunión o cita de dos o más personas en un lugar determinado para recoger datos acerca de un problema social o psicosocial, etc.
- Las entrevistas en profundidad son aquellas que se hacen a un grupo de personas en representación de todo el colectivo que representan.

Al terminar la recogida de datos, se tratan estadísticamente. La estadística estudia la recolección, el análisis y la interpretación de los datos obtenidos en una investigación.

OBJETIVO DE LA ENCUESTA.

Las encuestas poblacionales sobre salud oral tienen por objetivo recoger los datos sobre salud oral y necesidades de tratamiento futuras, aunque no están pensadas para recoger datos etiológicos que intervengan en las diversas afecciones.

FINALIDAD.

Estos datos son imprescindibles para:

- Planificación o gestión de los programas de cuidados orales, al darnos una idea de conjunto sobre la salud y las necesidades de tratamiento poblacional.
- Vigilancia de la evolución de las tasas de morbilidad de una enfermedad, o de las tendencias de ésta. Seguimiento de la efectividad de los servicios de asistencia bucodental, siendo recomendable repetirlas cada 5 años.

En la siguiente animación puedes ver la finalidad de la documentación en Educación para la Salud Oral.

FINALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL

[Resumen textual alternativo](#)

ENCUESTAS EXPLORATORIAS.

Se trata de una **técnica de sondeo estratificado** que permite incluir los principales subgrupos poblacionales afectados en grados diversos por los procesos bucodentales que se van a estudiar. Ello permite, con un coste reducido, conocer datos estadísticamente fiables sobre la población que estudiamos.

La OMS en los “Métodos básicos de Encuesta de salud oral”, (WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods año 1997) recomienda el empleo de los siguientes subgrupos etarios:

- **Grupo de 5-6 años:** esta edad interesa en relación con los niveles de caries de la dentición temporal.
- **Grupo de 12 años:** edad particularmente importante porque en muchos países es la

edad límite de obligatoriedad escolar. Suele escogerse esta edad para las comparaciones internacionales de tendencia de caries.

- **Grupo 15 años:** interesante para comparar con el grupo anterior y estudiar la tendencia de la caries. Muy importante también ya que es una edad clave para la evaluación de los indicadores de [paradontopatías](#) en adolescentes.
- **Grupo 35-44 años:** interesante para conocer las afecciones bucodentales del adulto, tanto en caries como en enfermedad periodontal.
- **Grupo 65-74 años:** grupo cada vez más importante, sobre todo en países industrializados en los que se ha invertido la [pirámide etaria](#), existiendo un gran número de personas de la tercera edad.

MUESTRA.

La OMS recomienda para cada grupo de edad de los anteriormente mencionados proceder de la siguiente forma:

- Muestras de un mínimo de 25 individuos cada una, hasta 50.
- 4 muestras de ciudades medianas.
- 4 muestras de dos grandes capitales (por ejemplo, Madrid, Barcelona, Valencia...).
- 4 muestras del medio rural (de distintas zonas del país).

En total, la muestra es de 300 sujetos en cada grupo etario (12 muestras de 25 individuos cada una) y como son cinco los grupos etarios recomendados, el total de la encuesta nacional asciende a 1500.

4.2.- Cumplimentación de la encuesta.

La OMS establece las siguientes categorías en la encuesta de salud oral:

Datos generales:

- **Fecha del examen:** Anotar el año, mes y día. Sólo se informatizará el año y el mes de realización de la encuesta.
- **Número de identificación:** A cada individuo de la muestra se le asignará un número de identificación
- **Examen inicial/reexamen:** A fin de conocer la concordancia y cuantificar el error intraobservador, es aconsejable realizar un reexamen en aproximadamente el 10% del total de la muestra.
- **Encuestador:** En el supuesto de que participe más de un encuestador, cada uno de ellos recibirá un número de identificación.
- **Apellidos y nombre:** Escribirlos en letras mayúsculas. Salvo en países en qué esté prohibido.
- **Fecha de nacimiento.**
- **Edad:** En caso de que la edad sea inferior a los 10 años, se anotará como cero seguido del año (07 años)
- **Sexo:** Código 1 para los varones y 2 para las mujeres.
- **Subgrupos de población, grupos étnicos y profesión:** Sólo si es importante el subgrupo.
- **Lugar geográfico:** Debidamente codificado.
- **Otros datos.**

Comprueba lo dicho hasta ahora en el modelo de ficha aparece en la imagen que tienes a la derecha.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL Y NECESIDADES DE

TRATAMIENTO.

Incluye las siguientes exploraciones:

- Examen extraoral.
- Evaluación de la articulación témporo-mandibular.
- Mucosa oral.
- Opacidades y otras alteraciones del esmalte.
- Fluorosis.
- Índice periodóntico comunitario (IPC).
- Pérdida de fijación.
- Estado de la dentición y tratamiento necesario.

Autoevaluación

Indica si es verdadero o falso la siguiente afirmación:

La encuesta exploratoria es una técnica de sondeo estratificado que permite incluir los principales subgrupos poblacionales afectados en grados diversos por los procesos bucodentales que se van a estudiar.

- Verdadero Falso

Verdadero

La encuesta exploratoria es una técnica de sondeo estratificado que permite incluir los principales subgrupos poblacionales afectados en grados diversos por los procesos bucodentales que se van a estudiar. Ello permite, con un coste reducido, conocer datos estadísticamente fiables sobre la población que estudiamos.

Encuesta de la Organización Colegial de Dentistas de España

En el siguiente enlace podrás ver una encuesta de Salud Oral en España y al final del documento el modelo de encuesta realizada:

[Encuesta Salud Oral en España](#)

En el siguiente enlace del Colegio de dentista de España verás el estudio de la salud dental en España del año 2020

[Estudio Salud Bucodental en España](#)

4.3.- El cuestionario.

¿Sabes cómo se lleva a cabo una encuesta?

La encuesta se realiza para siempre en función de un cuestionario, siendo éste por tanto, el documento básico para obtener la información. Está formado por un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, y organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información que se precisa.



- El lenguaje, vocabulario y términos, deben ser adecuados al de la comunidad o individuo al que se va a realizar la encuesta.
- Las preguntas deben redactarse de forma sencilla y corta para facilitar su lectura y comprensión.
- Las preguntas deben plantearse con claridad y de forma inequívoca, (nunca incluir dos preguntas en una pues no se podrá concretar a cual corresponde la respuesta).
- Se empezará por las preguntas más fáciles o sencillas para pasar después a las más difíciles o complicadas
- Se debe ser prudente con las preguntas que puedan resultar delicadas o embarazosas para el encuestado, redactándolas de forma que pueda obtenerse la información sin provocar un rechazo o una falsa respuesta y siempre deben ir al final del cuestionario.
- No realizar preguntas que supongan juicios de valor ni afirmaciones que puedan condicionar las respuestas, ni que puedan verse afectadas por el orden en que figuren dentro del cuestionario.
- Las preguntas deben formularse de forma que faciliten tanto el esfuerzo de memoria que tenga que realizar el encuestado, como en su caso, la realización de cálculos, para evitar errores en las respuestas.

Tipos de preguntas

Un cuestionario deberá incluir preguntas de distintos tipos y en función del planteamiento del mismo del tema a investigar, así puede haber varios tipos:

- **Preguntas abiertas:** Son preguntas en las que se permite al encuestado cualquier respuesta. Con estas preguntas puede obtenerse una mayor riqueza de detalle en las contestaciones, pero tienen el inconveniente de ser difíciles de tabular las respuestas.
- **Preguntas cerradas:** Son preguntas en las que sólo se permite contestar mediante una serie cerrada de alternativas. Con estas preguntas puede perderse riqueza en la información pero su cuantificación es fácil.
- **Preguntas semi-abiertas (o semi-cerradas):** Son preguntas de características intermedias entre los dos tipos anteriores, que intentan no perder nunca mucha riqueza de información a costa de perder algo de facilidad en la tabulación de las respuestas.
- **Preguntas en batería:** Son aquellas que se planifican para realizarlas secuencialmente en función de la respuesta dada a la pregunta de la secuencia anterior. Su objetivo es profundizar en una información siguiendo el hilo de las sucesivas repuestas.
- **Preguntas de evaluación:** Son preguntas dirigidas a obtener del entrevistado información sobre cómo valora una serie de cosas o aspectos. Pueden proporcionar una valoración de carácter numérico o una valoración de carácter cualitativo.
- **Preguntas introductoras o motivadoras:** Son las que se realizan al principio de la entrevista y que tienen como objetivo despertar el interés de la persona que se va a entrevistar, intentando motivarle y predisponerle favorablemente para la realización del cuestionario. Las repuestas a estas preguntas generalmente, no se tienen en cuenta ya que en la mayoría de los casos su único objetivo es facilitar la entrevista.

Para saber más

En el siguiente enlace de RCOE (Revista del Real Colegio de Odontólogos de España) podrás ver un artículo de una valoración de una encuesta de satisfacción de servicios públicos de salud bucodental, así como ver la encuesta que se pasó a los pacientes:

<https://rcoe.es/articulo/50/validacion-de-una-encuesta-de-satisfaccion-de-servicios-publicos-de-salud-bucodental->

4.4.- Fuentes de información en salud.

¿Dónde puedes buscar información sobre indicadores de salud en general y de salud oral en particular?

Existen numerosas instituciones que son referencia, tanto a nivel mundial, como europeo o nacional y autonómico. A continuación tienes un directorio de algunas de las más utilizadas:

1. A nivel europeo:

- Salud-UE (El portal de salud pública de la Unión Europea)



El Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Es un proyecto auspiciado por la OMS en el que participan más de 40 países occidentales. Cada cuatro años se realiza una recogida de datos con el objetivo principal de obtener una visión global de los estilos de vida de los adolescentes y disponer así de herramientas útiles para el debate sobre la promoción de la salud en esta población. El cuestionario recoge datos relativos a diferentes ámbitos:

relaciones familiares, relaciones con los iguales, el contexto escolar, ajuste psicológico, alimentación y dieta, consumo de sustancias y actividad sedentaria y salud oral.

Los resultados expresan que el 56,8% de los adolescentes se cepilla los dientes más de una vez al día, cumpliendo así con las directrices de higiene bucodental. El porcentaje de adolescentes que no llega a realizar un cepillado diario es de 12,5%. Las diferencias de género son importantes. El 65,5% de las chicas se cepilla los dientes más de una vez al día, frente al 46,9% de los chicos. Además, en ellas la frecuencia de cepillado óptimo aparece ligado a la edad de forma positiva, mientras que en ellos la tendencia es contraria.

Cuando se comparan la edición 2002 y 2006 se visualiza una mejora en el hábito tanto en chicos como chicas y, sobre todo en edades intermedias (a los 13-14 años aumenta 7 puntos y a los 15-16, 10 puntos).

2. En España:

A. Organismos oficiales como:

- Instituto Nacional de Estadística.
- Ministerio de Sanidad y Consumo.

B. Sistemas de información sanitaria:

- Sistema de Información Sanitaria: Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud de España.
- Sistemas de información sobre drogodependencias, salud materno-infantil, Estadísticas vitales, Sistemas de información sobre accidentes de tráfico y accidentes de trabajo. Encuesta de salud.

C. Colegios profesionales:

Información sobre salud oral en España en la página web del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

D. Sociedades científicas:

Las Sociedades científicas son entidades privadas, de carácter altruista y docente, con ámbito de actuación en toda España, y que están acogida a todas las disposiciones legales vigentes.

- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Revista Española de Salud Pública
- Sociedad Española de Estomatología y Odontología, es la Sociedad más antigua creada en la Estomatología y Odontología. Es la única Sociedad Española del Área Estomatología/Odontología que está incluida en los dos Consejos de Colegios: Médicos y Estomatólogos-Odontólogos.
- El siguiente enlace te lleva a links que pone a tu disposición la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPPO) <http://sespo.es/links/>

Para saber más

Puedes leer sobre las tendencias de Salud dental en España 2020:

[Tendencias de salud dental en España](#)

Anexo I.- Principales medidas de frecuencia.

Las principales medidas de frecuencia que se utilizan son:

a. Proporción:

Es un cociente en el que el numerador está incluido en el denominador.

Si en una población de 250.000 habitantes se cuantifican 25.000 caries la proporción de caries en la población sería:

Si en 250.000 hay 25.000, en 100 hay X, de donde $X = 10\%$

La proporción puede expresarse numéricamente (0,1) o como porcentaje (10%) en este caso.

b. Razón:

En este cociente el numerador no forma parte del denominador. Siguiendo el mismo ejemplo, la razón se va a establecer entre la población con caries y no caries.

Población: 250.000

Caries: 25.000

No caries: se obtiene restando la población total menos la población con caries, es decir, 225.000

Si en 225.000 hay 25000, en 100 hay X, luego $X = 11,1$

Quiere decir, que por cada 9 ciudadanos no caries, hay uno con caries, o dicho de otra manera de cada 10 personas, una tiene caries.

c. Tasa:

Es igual a la proporción pero la tasa guarda relación con el factor tiempo. El numerador está formado por la población con caries y el denominador el total de casos pero expuestos en un periodo de tiempo o suma de periodos individuales de exposición. El tiempo es el factor más importante en Epidemiología y resulta difícil de controlar.

Cuando se trabaja con tasas se suele operar con tasas medias y además las tasas se multiplican por una potencia de 10 superior a 100, es decir, 1.000.

Si en 250.000 hay 25.000, en 10.000 hay X, de donde $X = 1$ por mil habitantes al año.

Varios tipos de tasas:

- Tasa bruta o cruda: Cuando el denominador es la población total.
- Tasas específicas: Cuando en el denominador solo se estima una población seleccionada por una o varias características. Por ejemplo recién nacidos o recién nacidos vivos.
- Tasas estandarizadas o ajustadas: No todas las poblaciones generales se componen del mismo numero de individuos, por esta razón un fenómeno se puede presentar con mayor fuerza en una población que en otra. Decimos que se emplean unas tasas ajustadas cuando eliminamos los factores distorsionantes de una población respecto a otra.

d. Índices:

Se dividen los elementos portadores de un carácter entre los otros elementos restantes. Por ejemplo: número de varones entre número de mujeres de una población y se multiplica por 100.

e. Prevalencia:

Es la proporción de individuos de una población que presentan una enfermedad o condición en un periodo de tiempo determinado. Ejemplo: la prevalencia de hipertensos en España 2004 es la proporción de individuos que en 2004 padecían esa enfermedad. Nos indica el número de afectados por una enfermedad que soporta la población de forma habitual, mediante estudios que se realizan esporádicamente y no de una forma continua.

Hay que tener en cuenta que la prevalencia mide “la cantidad de enfermedad” que se usa en planificación sanitaria. Por ejemplo, las campañas de detección precoz de enfermedades como: melanomas, cáncer de mama, diabetes, riesgo cardiovascular... Sirven para concienciar a la población en general de que deben realizarse chequeos para la detección precoz de enfermedades muy habituales y frecuentes entre la población en general. Lógicamente no sirve para detectar accidentes o lesiones puntuales como es el caso de infarto agudo de miocardio.

La prevalencia puede ser:

- Puntual, cuando representa la medición en un momento concreto.
- Prevalencia del periodo, cuando se recogen los casos detectados en un periodo

más estrecho en el que la población ha podido cambiar. En este caso, la principal dificultad estriba en que la población del denominador ha podido cambiar a lo largo del periodo de estudio. Para solucionarlo se coloca en el denominador la población correspondiente al punto medio del periodo considerado. Si ese periodo de tiempo corresponde a la vida completa se denomina prevalencia de vida.

f. Incidencia:

Es el número de nuevos casos de una enfermedad que se produce durante el periodo de estudio. Es un índice dinámico que requiere un seguimiento en el tiempo de la población de interés.

Anexo II.- Indicadores de salud de la OMS.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad es un término demográfico que designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

Así, se define la tasa bruta de mortalidad como el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado generalmente un año.

Tasa bruta de mortalidad = $(\text{Defunciones}/\text{Población}) \times 1000$

Tasa bruta de mortalidad por país. Se considera:

Alta tasa de mortalidad si supera el 30 ‰.

Moderada tasa de mortalidad entre 15 y 30 ‰.

Baja tasa de mortalidad por debajo del 15 ‰.

Generalmente en los países menos desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más alta, mientras que en los más desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más baja.

La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la **esperanza de vida al nacer**, de tal manera que cuanta más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

TASA DE MORTALIDAD ESPECÍFICA

La mortalidad específica designa un número de muertes por una causa en una población y tiempo determinado.

Así, se define la tasa de mortalidad específica como el indicador que señala el número de defunciones de una población por una causa, por cada cien mil habitantes, durante un año.

También hay tasas específicas de mortalidad, que son las tasas específicas para cada edad.

Tasa de mortalidad específica = $(\text{Defunciones por causa} / \text{Población}) \times 100.000$

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida es la media de la cantidad de años que vive una cierta población en un cierto periodo de tiempo. Se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, las guerras, etc., si bien actualmente se suele referir únicamente a las personas que tienen una muerte no violenta.

TASA DE MORTALIDAD PROPORCIONAL o ÍNDICE DE SWAROOP

Se refiere a los fallecidos mayores de 50 años sobre el total de defunciones.

$$IS = \frac{N^{\circ} \text{ defunciones de mayores de 50 años} \times 100}{n^{\circ} \text{ de defunciones totales}}$$

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población de niños cada mil, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año.

Tradicionalmente la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, pero se ha hecho también usual medirla sobre niños menores de 5 años. Se trata de un indicador relacionado íntimamente con la pobreza y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

Tasa de mortalidad infantil = $(\text{Defunciones niños } <1 \text{ año} / \text{Total de nacidos vivos al año}) \times 1000$.

TASA DE MORTALIDAD MATERNAL



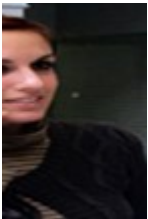





Tasa de mortalidad maternal = $(\text{Defunciones embarazo, parto y puerperio año} / \text{Total de nacidos vivos al año}) \times 1000$

TASA GENERAL (ESPECÍFICA) DE MORBILIDAD

$$\underline{\text{TGm}} = (\text{n}^\circ \text{ casos nuevos año} / \text{Total de nacidos vivos al año}) \times 1000 \text{ ó } (100.000)$$

Anexo.- Licencias de recursos.

Licencias de recursos utilizados en la

Recurso	Datos del recurso	Recurso	Datos
	<p>Autoría: Organización Mundial de la Salud 1997</p> <p>Licencia: Copyright (cita)</p> <p>Procedencia: Encuestas de salud bucodental, 4ª Edición</p>		<p>Autor</p> <p>Licenci</p> <p>Proce</p>
	<p>Autoría: Silvia Portero Cano</p> <p>Licencia: Uso Educativo-nc</p> <p>Procedencia: Elaboración propia</p>		<p>Autor</p> <p>Licenci</p> <p>Proce</p>
	<p>Autoría: Ministerio de Educación</p> <p>Licencia: Uso Educativo-nc</p> <p>Procedencia: Elaboración propia.</p>		<p>Autor</p> <p>Licenci</p> <p>Proce</p>
	<p>Autoría: Ministerio de Educación</p> <p>Licencia: Uso Educativo-nc</p> <p>Procedencia: Elaboración propia.</p>	---	<p>Autor</p> <p>Licenci</p> <p>Unpoi</p> <p>Proce</p> <p>Invest</p>
	<p>Autoría: Ministerio de Educación</p> <p>Licencia: Uso Educativo-nc</p>	---	<p>Autor</p> <p>Licenci</p>



Autoría: Ministerio de Educación

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: Elaboración propia.



Autor

Licencia

Procedencia



Autoría: MEFP

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: Elaboración propia.



Autor

Licencia

Procedencia
/medic



Autoría: Ministerio de Educación

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: Elaboración propia.



Autor

Licencia

Procedencia



Autoría: Ministerio de Educación

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: Elaboración propia.



Autor

Licencia

Procedencia



Autoría: Ministerio de Educación

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: Elaboración propia.



Autor

Licencia

Procedencia



Autoría: Silvia Portero Cano

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: Elaboración propia.



Autor

Licencia

Procedencia

Autoría: Consejo del dentista –Notas de Prensa

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/490-presentacion-del-estudio-la-salud-bucodental-en-espana-2020.html>



Autor

Licencia

Procedencia

Autoría: RCOE (Revista del Real Colegio de Odontólogos de España)

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: <https://rcoe.es/articulo/50/validacion-de-una-encuesta-de-satisfaccion-de-servicios-publicos-de-salud-bucodental>



Autor

Licencia

Procedencia

Autoría: Servibucal

Licencia: Uso Educativo-nc

Procedencia: <https://servibucal.es/tendencias-de-salud-bucodental-en-2020/>



Autor

Licencia

Procedencia