



Revista Clínica de Periodoncia,
Implantología y Rehabilitación Oral

ISSN: 0718-5391

revistaclinicapiro@gmail.com

Sociedad de Periodoncia de Chile
Chile

Contreras Rengifo, Adolfo

La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta

Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, vol. 9, núm. 2,
agosto, 2016, pp. 193-202

Sociedad de Periodoncia de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331047133018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

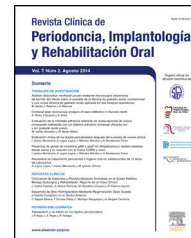
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral

www.elsevier.es/piro



EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES EN AMÉRICA LATINA

La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta



Adolfo Contreras Rengifo

Director del Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnologías y Políticas de Salud Pública (CEDETES) y del Grupo de Medicina Periodontal (GMP), Universidad del Valle. Profesor Titular, Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Recibido el 14 de junio de 2016; aceptado el 10 de julio de 2016

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Salud general;
Salud oral;
Estrategia de
promoción salud;
Educación saludable;
Salud poblacional

KEYWORDS

General health;
Oral health;
Health promotion;
Health education;
Health population

Resumen Cerca de 600 millones de latinoamericanos viven en los 22 países y territorios que comprenden desde México y el Caribe hasta la Argentina y Chile en el Sur, en donde los desarrollos económicos y sociales son muy variados, pero en donde, además, la caries dental y la periodontitis afectan a elevados porcentajes de la población. Este artículo describe una estrategia poblacional para combinar la adopción de estilos de vida saludable para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las enfermedades orales, usando como pilares en la estrategia la promoción, la prevención y la educación a nivel individual y poblacional de los individuos sanos. Esta estrategia se contrapone con los actuales modelos curativos que demandan alta inversión y recursos físicos-humanos para el tratamiento de la enfermedad crónica y de las enfermedades orales.

© 2016 Sociedad de Periodoncia de Chile, Sociedad de Implantología Oral de Chile y Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health prevention and promotion strategies and their relationship with gingival and periodontal health

Abstract Latin America is populated by approximately 600 million inhabitants living in 20 countries, from Mexico and the Caribbean in the north to Argentina and Chile in the south, and although they have a varied social and economic development, oral diseases are common

Correos electrónicos: adolfo@yahoo.com, adolfo.contreras@correounivalle.edu.co

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>

0718-5391/© 2016 Sociedad de Periodoncia de Chile, Sociedad de Implantología Oral de Chile y Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

and affect a significant percentage of the population. This article describes a public health strategy to control both chronic, non-communicable disease and periodontal and oral disease, based on health promotion and disease prevention outside of dental clinics.

© 2016 Sociedad de Periodoncia de Chile, Sociedad de Implantología Oral de Chile y Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los gobiernos y los ministerios de salud, con el acompañamiento de las asociaciones profesionales que agrupan a los odontólogos, de las asociaciones de especialistas y de higienistas orales, son los llamados a diseñar, implementar y evaluar programas de prevención, de educación y de promoción de la salud oral a nivel poblacional. Los sistemas y los servicios de salud son las plataformas para brindar atención a la población, y se recomienda en la actualidad integrar la salud general con la salud oral, entre otras cosas porque los odontólogos y los higienistas podemos promocionar la salud oral y la salud general al mismo tiempo, vemos a los pacientes muchas veces y podemos de ese modo integrarnos mejor en los sistemas de salud.

Así, los sistemas y los servicios de salud deben promover la salud general y la salud oral, favoreciendo entonces la introducción de al menos 3 nuevos paradigmas en la odontología: el primero es el trabajo interdisciplinar y la cooperación entre diversos sectores como educación, trabajo, deporte y recreación, comercio, agricultura, alimentación y cultura compartiendo esfuerzos, estrategias y recursos para el cuidado, la promoción, la educación y la atención en salud. Un segundo paradigma es la conformación y participación de los odontólogos en los equipos básicos de salud, donde se haga equipo con otros profesionales y aporten su conocimiento y esfuerzo para promover la salud oral y general para la población. El último paradigma consiste en cambiar los modelos de atención pasando de un modelo curativo-individual —cuestionado hoy en día pues no responde a las necesidades de la gente— por un modelo integrador centrado en la promoción de la salud, apoyándose en intervenciones comunitarias, en la atención primaria de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción tanto de la exposición como del riesgo.

Quizás Brasil sea uno de los pocos países latinoamericanos que ha logrado resultados poblacionales tangibles al proponer una política nacional de promoción de la salud oral denominada Brasil sonriente-2004, y se ha integrado en el sistema único de salud SUS provisto por el Estado y que posee indicadores fehacientes del avance de la atención primaria de la salud y la promoción de la salud para el control de caries, la pérdida de dientes y el control del cáncer oral a nivel poblacional¹.

Estos paradigmas tan deseables para responder a las crecientes necesidades de salud oral y general de la población no reflejan la forma de trabajo de los odontólogos hoy. La actual organización de los servicios de salud en odontología continúa privilegiando la atención individual y, por ende, una baja cobertura poblacional. En resumen, la organización

de los servicios de odontología tiene 5 importantes limitaciones: 1) una atención centrada en el paciente, en el consultorio, en las acciones curativas o de limitación del daño; 2) los profesionales de la salud y los servicios de salud oral no priorizan la atención del sano y, cuando lo hacen, proveen solo servicios de protección específica, como son la aplicación tópica del flúor o la colocación de sellantes. Rara vez promueven la salud oral en la comunidad o menos la educación en salud oral. Como las acciones están dirigidas al individuo enfermo, solo entre un 20-40% de la población tiene acceso a los servicios, lo cual limita la cobertura; 3) servicios de odontología limitados; estos solo se instauran en los centros de salud y hospitales en las ciudades grandes e intermedias y dependiendo del grado de desarrollo de los países, los servicios se prestan en los municipios pequeños con poca cobertura para los sectores más pobres y marginales a nivel urbano y/o rural; 4) los profesionales que atienden las necesidades de salud oral de las poblaciones se han formado para atender la enfermedad-individuo y no para promover la salud colectiva, y 5) se requiere que haya más trabajo intersectorial y que los diversos sectores se articulen incluyendo los sistemas y servicios de salud, como agricultura, educación, comercio, etc.

Una política pública que combine la estrategia de salud general y oral puede impactar varias enfermedades prevalentes en las personas y poblaciones. Sin embargo, la asociación entre las políticas y la salud general y oral casi no son reconocidas. Por ejemplo, los neumólogos reconocen que promover una política de cesación y reducción del consumo de tabaco y de mejorar la calidad del aire en los entornos reduce primero las tasas de enfermedad respiratoria aguda y crónica y/o al largo plazo de cáncer de pulmón, pero desconocen que la misma política puede afectar la tasas de progresión de las periodontitis, pues el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo en periodontitis severa. O que una política que reduce el consumo de azúcar en niños, adolescentes y adultos impacta positivamente en el riesgo de diabetes mellitus tipo 2, y en las tasas de sobrepeso y obesidad, pero también tiene un impacto positivo en la salud bucal, pues reduce el riesgo de caries dental².

Se ha propuesto que la promoción de la salud oral impactaría en el desarrollo de enfermedades no transmisibles, y viceversa²⁻⁴. Jeffcoat et al.⁴ recientemente demostraron que el tratamiento periodontal en sujetos con diversas enfermedades crónicas, tales como diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y artritis redujo las complicaciones y los costos de tratamiento en comparación con aquellos que no fueron tratados de la periodontitis.

Las principales enfermedades orales incluyen la caries, la gingivitis y la periodontitis crónica, que son enfermedades prevenibles y relacionadas con problemas en el autocuidado de la salud oral, en donde resulta de crucial importancia la remoción regular y eficiente de las biopelículas orales.

Los elementos que pueden ser usados por la población para dicho control incluyen el cepillado, el uso de seda dental, dentífricos y enjuagues con antibacterianos. Para controlar la caries dental se recomienda la remoción regular de la biopelícula con los elementos mencionados, más la adición de flúor al agua o a la sal de cocina, y reducir el consumo de azúcares en el hogar, en la escuela y en el trabajo. El control de la caries se complementa con diversas acciones de protección específica que incluyen la aplicación de flúor tópico, sellantes de fosas y fisuras en niños y jóvenes y el tratamiento operatorio de las caries activas.

Muy poco se enfatiza en la motivación y la educación para la salud, que incluye la generación de destrezas en técnicas de higiene oral a la población de mayor riesgo, como son las embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia que transmiten muy temprano los microorganismos cariogénicos y el riesgo de caries a sus hijos, y el consejo para el control del consumo de azúcares en los escolares, adolescentes y adultos mayores^{5,6}. Otro aspecto importante por estudiar es cómo las personas adquieren y mantienen los hábitos saludables en el ciclo vital, y determinar cuándo y qué tipo de refuerzos se requieren para garantizar la adherencia⁷.

Las creencias y conocimientos en salud oral de las comunidades son afectados por la cultura, la educación y la condición social, y pueden variar a lo largo de la vida⁸.

Las principales enfermedades orales pueden disminuirse ostensiblemente, si se articulan adecuadamente los esfuerzos de los gobiernos, los sistemas y servicios de salud, los profesionales y las comunidades, construyendo capacidades para la solución mancomunada de los problemas, migrando de un enfoque curativo hacia un enfoque de promoción de la salud oral y general⁹.

Cualquier tipo de intervención poblacional dirigida a mejorar las condiciones de salud oral deberá tener en cuenta los determinantes sociales que potencian los factores de riesgo y reducen las oportunidades. Un determinante social como la pobreza puede facilitar que se adquiera tempranamente un hábito como fumar o la drogadicción, ambos asociados con una pobre salud oral y salud general. Adicionalmente, la indigencia y la pobreza también marginan a los individuos y las comunidades, e impiden que estos accedan a las oportunidades que les pueda brindar el Estado, o los servicios de salud, estableciéndose un ciclo vicioso de la exclusión social. Por ejemplo, una deficiente infraestructura sanitaria que impide la distribución de agua potable a los hogares impide la adición de flúor al agua, medida de salud pública que ha demostrado su impacto positivo en la reducción de la caries a nivel mundial, especialmente entre los niños y los jóvenes⁹.

Se requiere entonces una reacomodación sísmica en la orientación de los servicios de odontología para promover una mejor salud general y oral en las poblaciones. Si privilegiáramos la odontología preventiva y promocional sobre la curativa, tendríamos que necesariamente modificar la enseñanza de la Odontología, y generar los cambios necesarios en el quehacer profesional y en el relacionamiento de los odontólogos con otros profesionales de la salud, y

sobre todo cambios en la relación de los profesionales con la comunidad^{3,4}.

El sitio de trabajo de la mayoría de los profesionales de la Odontología se traslada de las clínicas dentales al hogar, a las escuelas, a las fábricas, a los barrios y al sector rural (fig. 1). Además, los odontólogos no solo propenderán por un mejoramiento de la salud oral, sino que incluirán en su portafolio de servicios el mejoramiento de la salud general y harán equipo con los demás profesionales en estrategias de salud familiar-comunitaria y de atención primaria de la salud¹.

Este enfoque promocional se ha realizado con éxito en algunos países como Suecia, Dinamarca y Brasil, con una reducción importante de las tasas de caries dental. La medicina periodontal ha establecido una asociación en algunos casos bidireccional entre periodontitis y complicaciones en la salud general y un incremento en este tipo de estudios^{10,11}.

Consultada en julio de 2016, la base de datos bibliográfica Pubmed —usando palabras clave del Mesh para determinar las intervenciones en salud pública oral iniciando con los términos: *Oral Public Health* aparecen 302.457 registros, si se adiciona la palabra *intervention* quedan 10.097 artículos, si añade la palabra *population* quedan 1.628 trabajos y finalmente se adiciona la palabra «periodontitis» quedan solo 32 trabajos de los cuales se revisaron los resúmenes, buscando evidencia de intervenciones poblacionales y su evaluación. No se encontró evidencia de intervenciones poblacionales para mejorar la condición de salud gingival o periodontal.

Se comprobó este primer hallazgo con otra estrategia de búsqueda, usando estas palabras clave: *population intervention & periodontitis* y resultaron 58 trabajos y con *population intervention & gingivitis* reportándose tan solo 21 trabajos. Se revisaron cada uno de los resúmenes y tampoco se pudieron identificar intervenciones poblacionales para el control de periodontitis o de gingivitis.

Se identificaron en esta búsqueda ensayos clínicos controlados usando agentes antiplaca, dentífricos, antibióticos y modificación de los hábitos de higiene oral en grupos específicos, con menos de 100 sujetos en cada grupo; algunos de estos hallazgos se amplían en el apartado *Evidencia de intervenciones poblacionales para mejorar la salud gingival y periodontal* de este documento.

Para aquellos interesados en profundizar en el estudio de la epidemiología de la periodontitis en Latinoamérica pueden consultar a Opperman et al.¹².

Aspectos políticos, y sociodemográficos en Iberoamérica

Iberoamérica comprende una heterogénea agrupación de países, personas y culturas cuyo estado de salud general y oral se encuentran directamente relacionados con: 1) el grado de desarrollo del país (tabla 1). España, Chile, Uruguay y Argentina ocupan los mejores puestos entre los países iberoamericanos en el grado de desarrollo humano, mientras que Haití es uno de los países con más bajo desarrollo humano a nivel mundial; 2) elevados niveles de pobreza e inequidades sociales que afectan amplios sectores de la población; 3) variados tipos de sistemas de salud. Brasil

Tabla 1 Información demográfica y económica de 20 países Latinoamericanos (2010/2011)

País	Población (n) (148)	Mediana de edad de la población Total	Esperanza de vida al nacer (años)	Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) (148)	Producto interno bruto (\$ US) (66)	Producto interno bruto per cápita (\$ US) (66)	% Pobreza (147)	% Indigencia (147)
Argentina	40.518.951	30,4	76,6	19	456.817	10.640	8,6	2,8
Bolivia	10.624.495	21,7	66,9	71	22.887	2.246	54,0	31,2
Brasil	190.755.799	29,1	72,0	36	2.517.927	12.917	24,9	7,0
Chile	17.248.450	32,1	77,3	12	231.302	13.970	11,5	3,6
Colombia	46.043.696	26,8	72,8	23	307.845	6.980	44,3	14,8
Costa Rica	4.562.087	29,4	77,6	11	40.297	8.484	18,9	6,9
Cuba	11.238.200	38,4	77,5	9	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
República Dominicana	10.010.590	25,1	73,7	38	54.912	5.406	41,4	20,9
Ecuador	14.483.499	25,5	75,3	29	65.032	4.352	37,1	14,2
El Salvador	6.183.002	23,2	72,3	39	23.169	3.831	46,4	16,7
España	47.190.493	35,6	82,1	11	1.407.405. 13	30.262,2	20	No disponible
Guatemala	14.361.666	18,9	70,3	49	46.383	3.117	54,8	29,1
Haití	10.085.214	21,4	60,8	123	7.724	739	No disponible	No disponible
Honduras	8.045.990	21,0	69,4	42	17.000	2.105	67,4	42,8
México	112.336.538	26,6	76,1	29	1.167.124	10.803	36,3	13,3
Nicaragua	5.888.945	22,1	71,5	41	7.050	1.202	61,9	31,9
Panamá	3.405.813	27,3	77,2	25	29.799	8.421	25,8	12,6
Paraguay	6.340.641	23,1	75,8	30	22.143	3.421	54,8	30,7
Perú	29.797.694	26,6	70,7	39	167.846	5.614	31,3	9,8
Uruguay	3.368.595	36,7	76,3	15	43.565	14.672	8,6	1,4
Venezuela	29.797.694	26,1	73,6	22	294.271	40.409	27,8	10,7

Fuente: Oppermann et al.¹²

creó en 1988 el sistema único de salud-SUS, que es un sistema gratuito y a cargo del Estado, que se complementa con un enfoque de salud familiar o salud colectiva, un ejemplo digno de imitar en el continente y en el mundo.

Otros países ofrecen sistemas de salud públicos y privados en donde los sujetos se afilian a uno u otro de acuerdo con su condición económica y capacidad de pago, como ocurre en Chile, Colombia o Uruguay; y 4) existen también marcadas diferencias en el desarrollo entre las regiones. Las ciudades principales poseen mayores infraestructuras y oportunidades para el empleo y mejores servicios asistenciales, mientras que en las regiones apartadas la presencia del Estado y del sector salud es casi incipiente.

Veintidós de los 24 países que comprenden Iberoamérica están ubicados en América latina y 2 países son europeos, España situado en la Península Ibérica, que cuenta con una población de 47 millones de personas, y Portugal. América latina, como continente, inicia con México en el Norte y termina con Argentina y Chile en el Cono Sur, al frente a la Antártica, ocupando cerca de un 20% de la superficie mundial. Iberoamérica en total alberga una población de 650 millones de personas, de los cuales 600 millones habitan en América Latina y que representan el 9% de la población mundial. Los países más grandes en extensión y población están encabezados por Brasil, con 210 millones de personas, seguido por México, con 135 millones de personas. Colombia es el tercer país en población, con 48

millones de habitantes; España es el cuarto y Argentina, en el puesto quinto, posee 41 millones de habitantes.

Uno de los problemas más estructurales de América latina es la pobreza y las inequidades sociales en amplios segmentos de la población. Así, un 5% al 10% de la población tiene los mejores trabajos, la mejor educación, las mayores oportunidades de empleo y el rápido acceso a la salud, mientras que un 30% al 50% de la población posee un alto grado de necesidades básicas insatisfechas¹³. Estos aspectos de pobreza en amplios segmentos de la población generan barreras en el acceso a la salud, además las personas en extrema pobreza tienden a valorar más el acceso a la alimentación y agua potable que el cuidado de la salud en general, y menos importante es aún la salud oral.

Perú, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay completan el listado de los países de América del Sur. En Centro América continental existen 7 países, iniciando con México, Guatemala, Belice, el Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Centroamérica incluye además varias islas-estados en el Mar Caribe, como son Cuba, Puerto Rico, Haití y República Dominicana, y otras pequeñas como Jamaica, Bermudas, Barbuda y Martinica, cuyos idiomas son el inglés o el francés. Finalmente, 3 estados hoy en día autónomos denominados las Guayanas —Surinam, Guyana Francesa y Guyana Holandesa— completan la lista de los estados en América del Sur. Si fuéramos a crear una política

global de salud pública para Iberoamérica habría que generarla en varios idiomas, español, inglés, portugués y francés.

Existen varias organizaciones políticas y económicas que agrupan Iberoamérica, como son la organización de los Estados del Sur o UNASUR, que tiene además una subagrupación que es UNASUR-salud; el CARICOM que agrupa a los países de Centroamérica y el Caribe, y la Comisión Económica para la América Latina o CEPAL.

Basándonos en dichas organizaciones pueden plantearse estrategias nacionales o transnacionales para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud general y de la salud bucal.

Iberoamérica posee también una gran variabilidad étnica y cultural, en donde coexisten diversas razas, como son mestizos, afrodescendientes, blancos e indígenas. Las intervenciones de salud pública deben reconocer la diversidad étnica y cultural y plantearse con un enfoque diferencial.

El idioma español es la lengua oficial de la mayoría de los países iberoamericanos. El portugués es hablado por 200 millones de brasileros, y una minoría de países en el Caribe y en las Guyanas habla francés e inglés. Las estrategias de comunicación y educación para la salud deben tener en cuenta los idiomas.

Iberoamérica posee muchos jóvenes, siendo el promedio de edad 30 años. La expectativa promedio de vida son 72 años, pero puede ser tan baja como 60 años en Haití y tan elevada como 80 años en España. El desempleo

promedio de la región es del 12%. Puede ser tan bajo como el 6% en Uruguay, o tan alto como el 50% en Haití (tabla 1). Estas grandes variaciones se aprecian también en los índices de pobreza, que se relacionan con la calidad de la salud general u oral en la población.

La pobreza puede ser menor al 10% de la población como en Uruguay o Argentina, puede afectar al 40% de la gente como en Colombia o llegar a superar el 60% de la población como en Honduras, Nicaragua y Haití. El 70% de la población de Iberoamérica es urbana, y esto facilita la implementación de políticas y servicios de salud.

En cuanto al potencial de recursos humanos en odontología la región puede albergar 600.000 odontólogos y una relación de un odontólogo \times 1.-1.500 personas, que está acorde con la recomendación de la OMS. Con excepción de Brasil, que posee unos 47.000 odontólogos en los equipos de salud colectiva¹, la mayoría de los servicios de odontología en Iberoamérica son públicos con un enfoque curativo, o privados con el mismo enfoque, y por ende, pocos ejercen funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, toda vez su principal campo de desempeño es la odontología curativa.

Los recursos humanos orales se complementan con las higienistas dentales y/o los auxiliares de odontología y los técnicos dentales¹³.

La OMS ha realizado estudios transnacionales sobre la situación de salud bucal en el mundo, y por ello se conoce

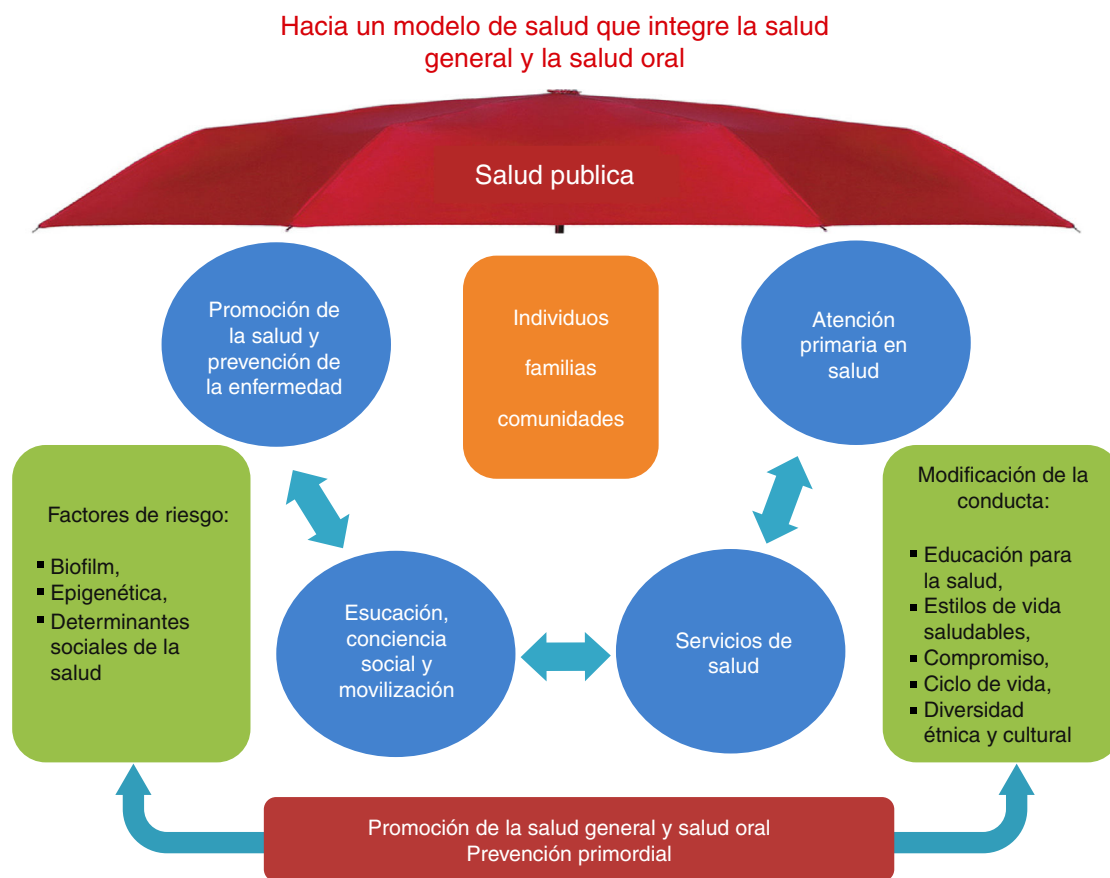


Figura 1 La salud general y oral debe integrarse incluyendo a los servicios de salud, las personas, el sector educativo, la alimentación y el comercio pues resulta importante promover la salud y controlar los factores de riesgo en el ciclo vital.

Control de las ECNT y la Gingivitis

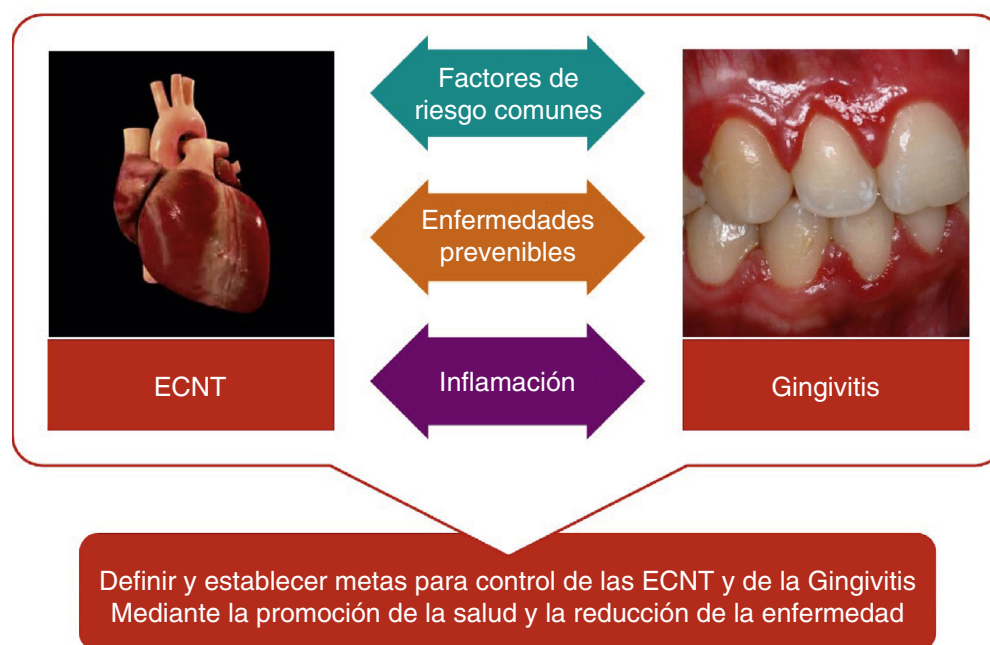


Figura 2 Las enfermedades periodontales comparten factores de riesgo con las ENT.

la situación de salud oral en las Américas y en el continente. También se han colocado metas en indicadores de salud oral de la OMS⁷.

Se conocen estudios nacionales de salud oral en España, México, Colombia, Brasil, Argentina y Chile que se resumen a continuación. La prevalencia de periodontitis crónica es entre el 30% al 60%. La prevalencia promedio de gingivitis es del 35% en niños, con un rango entre el 30% al 80%¹⁴. La prevalencia de periodontitis agresiva está entre el 1% al 3%. Estas cifras ameritan una estrategia para el control de las enfermedades periodontales en Iberoamérica. Es importante mencionar que las enfermedades periodontales, incluyendo la gingivitis, comparten factores de riesgo con las ECNT^{3,15}, así que el tratamiento de unas va a afectar el riesgo de las otras, como se muestra en la [figura 2](#).

Las enfermedades crónicas no trasmisibles, la salud oral, gingival y periodontal y la salud pública

Los recursos —humanos, financieros y materiales— son todavía insuficientes para garantizar la disponibilidad y el acceso a servicios de salud esenciales y de alta calidad para los individuos y las poblaciones, sobre todo en las comunidades desfavorecidas.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que tuvo lugar en Alma-Ata en 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, de los trabajadores de la salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Desafortunadamente, la estrategia de salud para

todos mediante la atención primaria de la salud está lejos de ser alcanzada^{16,17}.

Para poder responder a los problemas de salud oral y de epidemia de las enfermedades no transmisibles (ENT) se requiere fortalecer los sistemas de salud que se componen por las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal es mejorar la salud. Un sistema de salud requiere personal, fondos, información, suministros, transporte, redes de comunicación y la orientación y dirección general. También necesita para ofrecer servicios que respondan a las necesidades de la gente.

Las enfermedades no transmisibles

De los 38 millones de muertes por ENT¹⁶ en 2012 más del 40% fueron prematuras, afectando a personas menores de 70 años de edad. Casi 3/4 partes de todas las muertes por ENT (28 millones), y la mayoría de las muertes prematuras (82%), se produjeron en países de ingresos bajos y medios, donde en el periodo 2011-2015 las pérdidas económicas acumuladas debido a estas enfermedades se han estimado en 7 trillones de dólares. Esta suma es mucho mayor que los 11,2 billones anuales que cuesta la aplicación de un conjunto de intervenciones de alto impacto para reducir la carga de las ENT. La mayoría de muertes prematuras asociadas a estas enfermedades son prevenibles^{18,19}.

Las muertes por enfermedades cardiovasculares se han reducido drásticamente en muchos países de ingresos altos debido a políticas gubernamentales que facilitan la adopción de estilos de vida saludables y la prestación de la atención sanitaria equitativa. Es imperativo que este cambio favorable se mantenga y, si es posible, sea acelerado en los países

desarrollados y replicado en los países de bajos y medianos ingresos¹⁷.

Las ENT son impulsadas por los efectos de la globalización en la comercialización y el comercio, la rápida urbanización y el envejecimiento de la población —factores sobre los que el individuo tiene poco control y sobre los cuales el sector convencional de salud también tiene poca influencia—. Mientras que el cambio de comportamiento individual es importante, la lucha contra las ENT definitivamente requiere de un liderazgo en el nivel más alto de gobierno, el desarrollo de políticas que involucren a todos los departamentos del gobierno, y el progreso hacia la cobertura universal de salud^{19–21}. El mensaje más importante del segundo informe mundial sobre las ENT es que, hoy en día, la comunidad global tiene la oportunidad de cambiar el curso de la epidemia de ENT. Existe hoy una agenda verdaderamente global para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, con responsabilidades compartidas de todos los países basándose en objetivos concretos²⁰.

Hay una tendencia mundial que posiblemente está relacionada con la urbanización, la globalización y las presiones que genera la industria de alimentos a nivel mundial que ha disparado la epidemia de las ENT representada en el incremento de casos de enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria y cáncer. Estas enfermedades están muy relacionadas con un incremento en la longevidad de las poblaciones por sobrevida, pero además están relacionadas con el incremento en factores de riesgo, como son el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad y el incremento del sedentarismo (Borrell et al., 2006). Se requieren estrategias globales y regionales que involucren a los profesionales de la salud, pero también a los gobiernos y a los demás sectores como la industria de los alimentos, la educación, la agricultura, la recreación y el deporte para poder hacer frente a los riesgos crecientes de las ENT a nivel mundial. Las enfermedades infecciosas ya no son la primera causa de enfermar y morir en los países desarrollados²⁰. Las afectaciones de la salud relacionadas con el cambio climático y las alteraciones en el acceso a los alimentos son una limitante en el crecimiento.

La carga de las principales enfermedades orales

Marcenes⁶ demostró la importante contribución de las enfermedades orales en relación con la carga general de las enfermedades a nivel mundial:

- Las enfermedades orales más comunes son la caries dental, la gingivitis y la periodontitis crónica.
- Las enfermedades orales afectan a 3,9 billones de personas, siendo la caries no tratada (35%) la más prevalente globalmente.
- Los años de vida perdidos por las afecciones orales alcanzan los 15 millones de DALY e implican una pérdida de 224 años por 100.000 habitantes.
- La gingivitis puede afectar entre el 30% al 100% de la población.
- La periodontitis crónica puede afectar entre un 30% al 50% de los adultos, y su prevalencia se incrementa con el aumento de la población y la expectativa de vida.

Kassebaum et al., en 2014, hicieron una revisión sistemática una metarregresión de la periodontitis severa a nivel mundial. La prevalencia global de periodontitis severa es del 12% para el 2010, con una incidencia estandarizada para la edad por 100.000 personas de 701 casos.

La epidemiología de la salud gingival y periodontal en Iberoamérica está siendo abordada por Carvajal, Gamonal, Duque y otros investigadores en otros artículos de este mismo suplemento.

Recientemente Botero et al.¹⁴ revisaron la prevalencia de enfermedad gingival y periodontitis en niños y adolescentes en América latina. Las prevalencias de gingivitis en niños fueron tan bajas como un 30% y tan altas como un 80%, con un promedio de 34% de gingivitis en la población. Existen muy pocos estudios nacionales sobre gingivitis en niños y jóvenes.

Evidencia de intervenciones poblacionales para mejorar la salud gingival y periodontal

No se encontraron evidencias de intervenciones poblacionales para mejorar la salud gingival y periodontal en Iberoamérica, sin embargo existe un artículo en la sección *Discovery* de *Journal of Dental Research* de agosto de 2015 que reporta los importantes avances de la campaña de atención primaria de la salud y la conformación de 47.000 de equipos de salud bucal que han impactado al 87% de los municipios de Brasil —Brasil sonriente, que aunque no presenta avances en relación con la salud periodontal, sí muestra avances significativos en el control de la caries dental¹—.

Una reciente revisión sistemática del uso de antibióticos para tratar la periodontitis crónica²² demostró que el uso de antibióticos con el tratamiento mecánico periodontal retarda la recolonización microbiana de patógenos periodontales e incrementa la colonización con especies compatibles con salud, y se obtienen otros efectos beneficiosos, como una menor profundidad de bolsa y una mayor ganancia de inserción clínica, comparando con el tratamiento periodontal solo.

El metaanálisis de Wang et al.²³, de 2014, identificó un efecto positivo de la terapia periodontal en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sin alcanzar una significación estadística para los niveles de hemoglobina glucosilada. Se analizaron 19 ensayos clínicos controlados, concluyéndose que la periodontitis es un factor de riesgo para DM2.

El 11th Workshop de la Federación Europea de Periodoncia⁸-2015 sobre la prevención de gingivitis, identificó que la prevención primaria de la periodontitis es evitar la gingivitis. Se concluyó que el control profesional de la placa dental reduce la inflamación gingival, y en donde la enseñanza de las medidas de higiene oral tiene un efecto adicional para el control de la placa y la gingivitis. Las personas con salud periodontal deben cepillar sus dientes 2 veces al día por al menos 2 min con un dentífrico con flúor —pero esto quizás no sea suficiente para aquellos con periodontitis, y para los sujetos con gingivitis el uso de enjuagues antibacterianos resulta ser beneficioso—.

La revisión sistemática del efecto de las entrevistas motivacionales y de la educación para la salud oral demostró

que la efectividad de estas aproximaciones es dudosa para la mayoría de las variables de desenlace.

Slots²⁴ ha propuesto la terapia periodontal de bajo costo como una medida de salud pública para el control de la infección periodontal en los países en donde hay dificultad para ofrecer tratamiento periodontal convencional. Estos hallazgos del uso de enjuagues con hipoclorito de sodio diluido para el control de la inflamación gingival han revelado eficacia clínica en ensayos controlados a 6 meses, pero no existe evidencia de su efectividad como terapia en el hogar.

La salud oral se recibe como un componente de baja prioridad en la mayoría de los sistemas y servicios de salud. Este documento demuestra la necesidad de fortalecer los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para mejorar las condiciones de salud bucal y el estado periodontal en nuestros países. Desafortunadamente, los recursos humanos, financieros y materiales son todavía insuficientes o están mal distribuidos para satisfacer la necesidad de los servicios de salud oral y para proporcionar el acceso a las comunidades pobres de los países y en las áreas rurales^{3,13}.

El fortalecimiento de los programas de salud pública mediante la implementación de medidas efectivas para prevenir las enfermedades periodontales y la promoción de la salud oral es un asunto urgente. Mejorar la salud oral es un objetivo muy difícil en los países en desarrollo, por la ausencia de políticas centrales que privilegien la salud oral agravada, porque tenemos un envejecimiento de la población y un incremento en la expectativa de vida que demanda más atención entre los adultos mayores.

Los desafíos más importantes para la salud oral en el siglo ^{xxi} para Iberoamérica se refieren a la transferencia de conocimientos y experiencias en el cuidado de la salud oral preventiva para los pobres y desfavorecidos.

Resulta importante reportar en este escrito que se ha logrado reducir en un 20% la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares por medio de una estrategia de prevención primordial en los Estados Unidos. Por medio de esta estrategia se impide que aparezcan los factores de riesgo, empoderando a la población para el control del riesgo. Bajo dicha estrategia los ciudadanos, incluyendo los adultos, jóvenes y niños, deben cuidar 7 parámetros a lo largo del ciclo vital, reduciendo el riesgo de infarto cardiaco o enfermedad cerebrovascular. Los parámetros son presión arterial por debajo de 110/70 mm Hg, índice de masa corporal entre 18 y 24, colesterol total por debajo de 200 mg/dl, no fumar, no al abuso del alcohol, practicar 30 min diarios de ejercicio o caminata y glucemia por debajo de 110 mg/dl. Estos parámetros son para adultos y se ajustan para los niños y adolescentes²¹.

Una aproximación similar pudiera ser aplicada en el control de la gingivitis y periodontitis (fig. 3). Tanto las ENT como las enfermedades orales tienen un importante componente relacionado con el comportamiento y los hábitos. Mediante estrategias como la promoción de la salud y la prevención primordial se puede reducir el impacto de las periodontitis en la población. Pero resulta clave desarrollar exámenes sencillos, para que las gentes puedan identificar en qué momento se altera o pierde la salud gingival o periodontal. Un aspecto potencial sería detectar de forma temprana algún indicador de inflamación como marcadores



Figura 3 La prevención primordial y las enfermedades periodontales.

biológicos y signos como el sangrado gingival. En otras palabras, desde el punto de vista de la prevención primordial, las personas no deberían presentar sangrado gingival espontáneo o provocado, y deberían además mantener un nivel de placa dental bajo o compatible con la salud gingival^{25,26}. Desconocemos cuál sería ese nivel en este momento, pero extrapolándolo del nivel individual, debería ser entre el 10-20% de índice de placa dental, y poseer además una resistencia natural o adquirida que le permita tener una adecuada respuesta inmune contra los patógenos orales, y por último poseer y mantener en su boca por toda la vida una microbiota compatible con la salud oral.

Conclusiones y recomendaciones

En conclusión, es importante integrar las políticas de promoción de la salud general con las políticas de salud oral y que los profesionales de la salud nos integremos en los equipos básicos de salud y en los sistemas y servicios de salud como lo ha logrado hacer Brasil con su política de Brasil sonriente¹. Estos aspectos también requieren la toma de decisiones políticas del nivel gobierno y la activa participación de la comunidad, como se especifica en la [figura 1](#).

- La principal estrategia para controlar las principales enfermedades orales, como la caries, la gingivitis y la periodontitis son el control periódico y efectivo de la biopelícula oral en el hogar, la escuela y el trabajo.
- Se recomienda cepillar los dientes 2 veces al día por 2 min usando un dentífrico con flúor cuando se tiene salud oral, pero esos 2 min pueden ser insuficientes para aquellos con periodontitis.
- La remoción interdental de la placa debe hacerse diariamente para reducir la placa y la inflamación.
- Los servicios de odontología se centran en la atención individual y en la odontología curativa, con bajo impacto a nivel poblacional.
- Un nuevo paradigma, la promoción de la salud oral y general, parece responder a las necesidades de salud de la población.
- Se requiere integrar los programas que promocionan la salud general con aquellos que promocionan la salud oral.
- Las políticas, los sistemas, los servicios de salud y los profesionales requieren generar nuevas competencias para implementar las estrategias de promoción de la salud.
- El futuro de las intervenciones poblacionales para el control de las enfermedades orales requiere crear estructuras que involucren los currículum, y el trabajo del sector salud con otros sectores como son gobierno, educación, industria, alimentación y desarrollo.
- Existen profundas disparidades en los recursos humanos y financieros, la fuerza de trabajo dental y tipos de personal capacitado entre los países que componen Iberoamérica.
- Si queremos impactar la salud oral y general se requiere reducir las inequidades sociales que impiden que las comunidades se apropien de su salud.
- La adopción de estilos saludables de vida impacta las enfermedades orales y las ENT.
- Deben fortalecerse la investigación y los programas de intervención poblacional para el control de las enfermedades orales, lo que implica adecuar la vigilancia

epidemiológica y estudiar y comprender cómo las personas y comunidades adquieren y mantienen hábitos saludables.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015;33:1333–7.
2. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *Int Dent J*. 2008;58:115–21.
3. Contreras A. La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública. *Biomedica*. 2013;33:187–90.
4. Jeffcoat M, Jeffcoat R, Gladowski P, Bramson J, Blum J. Impact of periodontal therapy on general health. *Am J Prev Med*. 2014;47:166–74.
5. Albertsson KW, van Dijken JW. Awareness of tooth brushing and dentifrice habits in regularly dental care receiving adults. *Swed Dent*. 2010;34:71–8.
6. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990–2010. A systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92:592–7.
7. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme Community. *Dent Oral Epidemiol*. 2003;31 Suppl 1:3–23.
8. Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis. *J Clin Periodontol*. 2015;42 Suppl 16:S71–6, <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12366>
9. Watt RG, Petersen PE. Periodontal health through public health – the case for oral health promotion. *Periodontol*. 2000. 2012;60:147–55.
10. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: A two-way relationship. *Ann Periodontol*. 1998;3:51–61.
11. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008;28:224–36.
12. Opperman RV, Haas AN, Rosing CK, Susin C. Epidemiology of periodontal diseases in adults from Latin America. *Periodontol*. 2000. 2015;67:13–33.
13. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD). Libro del proyecto latinoamericano de convergencia en educación odontológica (PLACEO). Sao Paulo: Editora Artes Médicas; 2010.
14. Botero JE, Kuchenbecker C, Duque A, Jaramillo A, Contreras A. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. *Periodontol*. 2000. 2015;67:34–57.
15. Thomson WM, Sheiham A, Spencer AJ. Socio-behavioural aspects of periodontal disease. *Periodontol*. 2000. 2012;60:54–63.
16. World Health Organization. World health statistics 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
17. Watt RG. From victim blaming to upstream action: Tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35:1–11.
18. Chiuve SE, Rexrode KM, Spiegelman D, Logroscino G, Manson JE, Rimm EB. Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. *Circulation*. 2008;118:947–54.
19. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension:

- A scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2006;47:296–308.
20. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO. WHO Technical Report Series No. 916. 2003.
 21. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007;356: 2388–98.
 22. Feres M, Figueiredo LC, Silva Soares GM, Faveri M. Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis. *Periodontol 2000*. 2015;67:131–86.
 23. Wang TF, Jen IA, Chou C, Lei YP. Effects of periodontal therapy on metabolic control of DM2 and periodontal disease—a meta analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2014;93:28.
 24. Slots J. Low-cost periodontal therapy. *Periodontol 2000*. 2012;60:110–37.
 25. Borrell LN, Beck JD, Heiss G. Socioeconomic disadvantage and periodontal disease: The dental atherosclerosis risk in communities study. *Am J Public Health*. 2006;96:332–9.
 26. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010. A systematic review and meta-regression. *J Dent Res*. 2014;93:1045–53.