



Making prevention a priority

Resumen Ejecutivo del White Paper sobre prevención y manejo de la caries dental

Resumen de las
evidencias actuales y
puntos claves en el
control de esta
enfermedad prevenible

Nigel Pitts y Domenick Zero

www.fdiworlddental.org

Índice

Preámbulo	3	
Sección 1	Etiología y patogénesis (¿qué causa la caries y cuál es su proceso?)	3
Sección 2	Clasificación y epidemiología	4
Sección 3	Epidemiología	4
Sección 4	Detección de las lesiones de caries y su evaluación en un contexto clínico	5
Sección 5	Valoración del riesgo individual de caries	5
Sección 6	Prevención primaria	6
Sección 7	Prevención secundaria	8
Sección 8	Conservación de la estructura dentaria	9
Sección 9	Manejo de la caries dental – un enfoque sistemático	9
Sección 10	Remuneración por una adecuada prevención y manejo de caries	10
Sección 11	Papel y oportunidades del equipo odontológico y otros profesionales de la salud	10
Sección 12	Apoyar el cambio en el manejo de la caries en caso necesario	12
Sección 13	Prevención y manejo de la caries: evaluación y progresos	12
Sección 14	Llamado a la acción	14

Preámbulo

El 'White Paper sobre prevención y manejo de la caries dental' de la Alianza para la prevención de la caries (CPP) aporta a los odontólogos, otros profesionales de la salud oral y asociaciones odontológicas nacionales los conocimientos y herramientas necesarias para prevenir y tratar la caries atendiendo los intereses del paciente. Es responsabilidad ética de la profesión odontológica utilizar las mejoras evidencias científicas disponibles para lograr y mantener la salud oral del paciente.

Pese a reconocerse que los modelos quirúrgicos de restauración y extracciones dentales en el manejo de la caries están desfasados, son costosos y no consiguen garantizar los mejores resultados para la salud del paciente, todavía, en muchos países no se ha adoptado un enfoque preventivo ante esta enfermedad. Existen evidencias sobre la eficacia del flúor, los sellantes de fosas y fisuras y otros métodos de control de la ingesta de azúcares y cuidados preventivos. Estas evidencias se han traducido en directrices que han aportado a la profesión los conocimientos necesarios para dar prioridad a la prevención y utilizar restauraciones como último recurso.

El White Paper de la Alianza para la prevención de la caries aborda 13 cuestiones fundamentales para el avance de un enfoque centrado en el paciente y basado en evidencias científicas en el manejo de la caries. Asimismo, aporta medidas claras para impulsar este cambio.

Sección 1 Etiología y patogénesis (¿qué causa la caries y cuál es su proceso?)

La caries dental es una enfermedad multifactorial compleja que involucra interacciones entre la estructura del diente, la biopelícula microbiana oral, carbohidratos de la dieta e influencias salivales y genéticas. Estas interacciones determinan si los dientes están en un estado saludable de equilibrio dinámico de desmineralización y remineralización, o un estado enfermo con pérdida neta de minerales.

La desmineralización comienza con la formación de ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico, como un producto del metabolismo del azúcar. Conforme el ácido se acumula en la biopelícula dental, el pH cae hasta el punto en el que la fase mineral del diente empieza a disolverse. Si continúa el desequilibrio entre la pérdida y ganancia de minerales, la desmineralización progresa hacia el esmalte, dando como resultado los signos clínicos incipientes de la enfermedad (manchas blancas), y finalmente los signos más avanzados de la caries (cavitación).

La dieta es un factor esencial en el desarrollo de la caries. Las dietas altas en carbohidratos fermentables (principalmente azúcares) favorecen un bajo pH en la biopelícula, dando como resultado una pérdida neta progresiva de minerales tal como se describió anteriormente. Las dietas ricas en azúcar también pueden afectar indirectamente el pH de la biopelícula al favorecer el crecimiento de bacterias acidogénicas. Las dietas más blandas y líquidas pueden conducir a la atrofia de las glándulas salivales, afectando el patrón de depuración de alimentos y bebidas cariogénicas, y dando como resultado un menor pH de la biopelícula.

El flúor altera la relación dosis-respuesta entre el consumo de azúcar y la experiencia de caries retrasando el momento en que se presenta la cavitación. La interacción del flúor con los cristales del esmalte reduce, efectivamente, el pH crítico en el que el esmalte se desmineraliza. A pesar

de ello, persisten niveles inaceptablemente altos de caries, incluso en países donde el flúor se utiliza ampliamente.

Sección 2

Clasificación y epidemiología

Clasificación

La metáfora del 'iceberg' se utiliza a menudo para explicar las diferentes etapas de la severidad de la caries y distintos umbrales de diagnóstico en la clasificación de la enfermedad con fines de salud pública, educación e investigación:

- El umbral de caries **D₃** registra la caries 'por encima de la línea de la superficie', cuando son visibles lesiones con grandes cavidades abiertas que se extienden **a la pulpa dental**, junto a cavidades abiertas más pequeñas **que afectan la dentina**. La clasificación según este sistema debería hacer referencia bien a 'caries manifiesta' o 'caries no manifiesta', más que 'libre de caries', pues no registra las lesiones en el esmalte.
- El umbral **D₁** registra las mismas lesiones que el umbral **D₃**, y además reconoce **cavidades clínicamente detectables en el esmalte**, así como **lesiones clínicamente detectables en el esmalte con superficies macroscópicamente intactas** ('Lesiones de mancha blanca'). Esto incrementa las lesiones detectadas, comparado con el umbral **D₃**.
- Otro umbral, que incluye lesiones que el odontólogo encontraría utilizando radiografía interproximal u otros métodos de detección de lesiones, también aumenta el número de lesiones identificadas como caries.

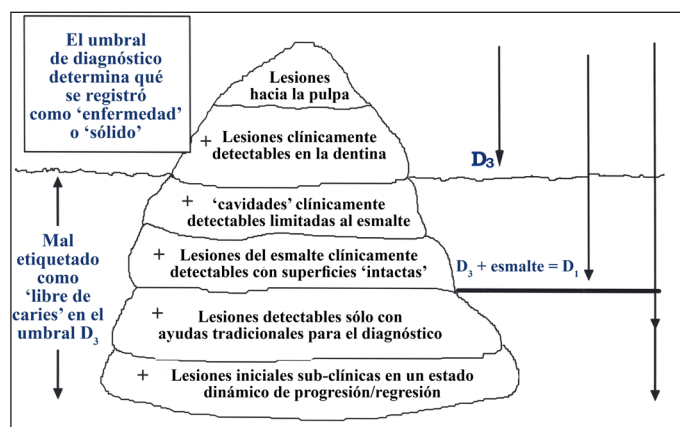
Existen varios sistemas de clasificación de caries, a menudo centrados en una aplicación o en un público específico. Estos sistemas difieren en el estadio de detección de las lesiones. Sin embargo, tanto la Matriz de la Caries de la FDI (que integra varios sistemas) como el Sistema Internacional de

Clasificación y Manejo de Caries (ICCMS™) cuentan con tres niveles de clasificación que pueden elegirse según el propósito y la preferencia:

- 'Caries no manifiesta' o 'Caries manifiesta' en la caries cavitada hacia el umbral **D₃** de la dentina.
- Umbral **D₁**, incluyendo caries en esmalte con un número limitado de estadios de severidad de la caries.
- Completa representación de la severidad de la caries en un proceso continuo de la enfermedad en seis fases.

Estos marcos permiten a los usuarios comparar los resultados de manera válida teniendo claro el umbral de detección utilizado, y recopilar datos de forma que los resultados puedan expresarse a diferentes niveles, según la necesidad y la preferencia.

Figura 1 - El iceberg de la caries dental (1994>)



Adaptado de N B Pitts 2016

Sección 3

Epidemiología

La caries no tratada en dientes permanentes fue la condición más prevalente según el Estudio Mundial de la Carga de la Enfermedad de 2013, afectando al 35 % combinando todas las edades. En niños, la caries no tratada fue la 10ª enfermedad más frecuente. A pesar de la escala de la enfermedad y su carga social, no disponemos hoy día de datos precisos y actualizados sobre la caries a nivel mundial, y, a menudo, a nivel local.

Si queremos saber sobre los progresos y aspectos específicos de la prevención y control de la caries, debe realizarse una recopilación más confiable y significativa. Se están llevando a cabo esfuerzos por todo el mundo a fin de mejorar la comprensión de la epidemiología de la caries, y mejorar y optimizar las metodologías para su uso en el campo epidemiológico. En muchos países se han utilizado los criterios del sistema ICDAS (Sistema Internacional de Detección y Valoración de Lesiones de Caries) y los Métodos Básicos de la OMS, lo que posibilita la comparación de datos.

Sección 4 Detección de las lesiones de caries y su evaluación en un contexto clínico

La detección y evaluación de la caries en el contexto clínico es un componente fundamental de la atención, aunque se descuide con mucha frecuencia. Respondiendo a la necesidad de una terminología común para la valoración clínica de la caries (y su manejo), el Taller Internacional de Consenso sobre Ensayos Clínicos en Caries Dental (ICW-CCT) acordó la terminología que diferencia entre **detección de lesiones, valoración de lesiones y diagnóstico de caries:**

Detección de la extensión de la lesión

La discusión sobre los umbrales de detección y los sistemas de clasificación en la Sección 3 abarcan los fundamentos para la detección de la extensión de una lesión. Para el examen visual de caries no existen pruebas que apoyen el uso de sondas puntiagudas, y el mejor método es inspeccionar los dientes limpios y secos utilizando sondas con extremos romos. Otros métodos tradicionales utilizados para la detección de caries incluyen radiografías interproximales (de aleta de mordida), transiluminación y separación optativa temporal del diente.

Valoración de la actividad de la lesión

La valoración de la actividad de la lesión (es decir si una lesión continúa con una pérdida mineral neta, si se ha detenido o está en fase de remineralización) es un paso esencial para valorar la necesidad de cualquier intervención o sus posibilidades de éxito. Aunque las evidencias científicas sobre la valoración de actividad no son tan robustas como las de detección de lesiones, existen buenos sistemas que pueden utilizarse juiciosamente en espera de mejores herramientas. Por ejemplo, para dientes primarios, la presencia de placa dental madura y el tipo de diente son factores importantes para la valoración de la actividad.

En 2011 se elaboró el Índice Epidemiológico del Espectro de Valoración y Manejo de Caries (CAST) odontología mínimamente invasiva como un índice pragmático para estudios epidemiológicos.

Control del comportamiento de la lesión

Con el tiempo, el control del comportamiento de la lesión cobra importancia, pues las pautas y la velocidad del progreso de la caries cambian en muchos grupos de pacientes, y se aprecia más la necesidad de conservar una estructura dental sana y de practicar una Deberían realizarse valoraciones precisas y almacenarse los registros específicos de la lesión para su posterior revisión en visitas posteriores, con el fin de planificar una tención apropiada y valorar los resultados.

Sección 5 Valoración del riesgo individual de caries

La valoración de riesgo es un componente fundamental para determinar el nivel de atención adecuado de la caries. Permite a los profesionales de la odontología:

- Determinar si se requieren procedimientos de diagnóstico adicionales.

- Identificar pacientes que requieren medidas de control de caries adicionales.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones para prevenir la caries.
- Planificar el tratamiento y programar la frecuencia de las revisiones.

El mejor y único indicador para que un paciente desarrolle futuras lesiones de caries es haber tenido experiencia de caries en el pasado. Si existen signos clínicos de lesiones activas, se consideraría que hay riesgo de progresión de las mismas y deberían tomarse medidas preventivas primarias y secundarias.

Otros factores pueden ayudar si se utilizan conjuntamente con la experiencia de caries. Entre ellos, la cantidad de placa presente, dietas ricas en azúcares y flujo salival reducido. Determinadas superficies de dientes pueden tener un mayor riesgo de caries si están en proceso de erupción (particularmente molares); difíciles de limpiar; cubiertos por aparatos fijos o extraíbles; o si tienen defectos en el esmalte, restauraciones defectuosas o raíces expuestas. Por otro lado, la exposición a diferentes fuentes de flúor y sellantes dentales

pueden reducir el riesgo de caries. La Figura 2 muestra como factores patológicos y protectores pueden hacer inclinar la balanza en favor de la salud o la enfermedad.

Se han elaborado distintos sistemas de valoración del riesgo de caries para ayudar a los odontólogos a evaluar el riesgo de los pacientes.

Las herramientas electrónicas son ideales, pues documentan fácilmente el riesgo de un paciente y pueden seguir los cambios en el tiempo. El riesgo generalmente se asocia con una experiencia de caries reciente del paciente. No obstante, puede clasificarse a un paciente como de riesgo moderado o alto en ausencia de lesiones de caries recientes a causa de otros factores como el comienzo de hiposalivación. La evaluación de riesgo se utiliza entonces para documentar la planificación del tratamiento, inclusive la frecuencia de las revisiones según el riesgo.

Figura 2 - Efecto de factores patológicos y protectores en el riesgo de caries

Equilibrando los Factores Patológicos y de Protección contra la Caries



Sección 6

Prevención primaria

El objetivo de la prevención primaria es mantener la salud y evitar la enfermedad en pacientes que todavía no la han desarrollado. Esta sección se centra en el papel que los odontólogos pueden desempeñar en la prevención primaria de la caries mediante programas educativos y asistenciales de salud pública, comunitarios y escolares. La Figura 3 muestra una clasificación de estrategias preventivas primarias basándose en el nivel de evidencia que las apoyan.

Estrategias para modificar o eliminar los factores etiológicos

El cepillado de dientes con dentífrico fluorado a concentraciones de 1.000 ppm F o superiores y el uso de hilo dental son los principales medios para controlar la formación de placa. No se ha demostrado que los agentes antimicrobianos como enjuagues, geles y barnices reduzcan la caries de manera eficaz, a excepción del barniz clorhexidina/timol cada tres meses para reducir la incidencia de la caries radicular en adultos.

Recientemente ha habido un cambio de paradigma en la odontología, pasando de la eliminación de la biopelícula a la promoción de una biopelícula saludable mediante cambios en la dieta, y el uso de prebióticos y probióticos, aunque no hay suficientes evidencias para estos últimos.

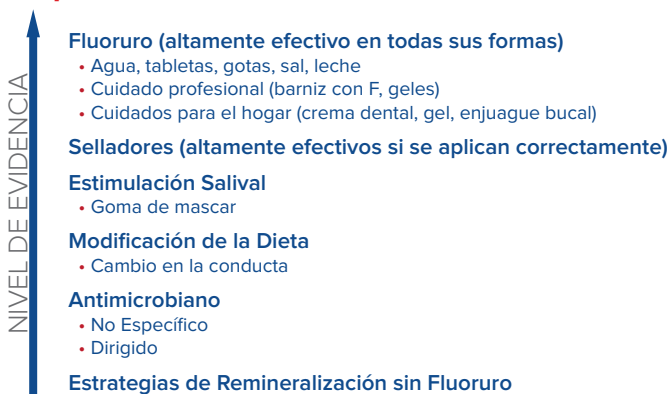
Hay pocas evidencias de la eficacia de las intervenciones individualizadas en la dieta para reducir el consumo de azúcar en el marco de la odontología. No obstante, el consumo de azúcar debería evaluarse, aconsejando a los pacientes que limiten su consumo en caso necesario.

Se ha recomendado masticar chicles sin azúcar durante 10 a 20 minutos después de las comidas a fin de estimular la saliva y reducir la caries coronal.

Asimismo, se ha recomendado la estimulación salival gustativa, masticatoria y farmacéutica para reducir la incidencia de caries en pacientes con síndrome de Sjörgen, aunque la falta de evidencias hizo que esta recomendación se clasificase en un nivel bajo.

Figura 3 - Clasificación de las estrategias de prevención de la caries según las evidencias que las apoyan

Estrategias para la prevención de caries



Estrategias para incrementar la resistencia a la caries

La fluoración del agua comunitaria es el medio más rentable a nivel poblacional para prevenir la caries.

El uso de dentífricos fluorados es una medida eficaz probada, con un efecto preventivo que aumenta significativamente a mayores concentraciones.

En la Tabla 1 se muestran recomendaciones para optimizar la eficacia del dentífrico fluorado y minimizar los problemas de seguridad en niños pequeños.

Existen evidencias de que las pastas de baja concentración de flúor no disminuyen el riesgo de fluorosis dental en los niños, pero sí aumentan el riesgo de caries.

Los enjuagues orales con flúor se recomiendan para adultos y niños con un alto riesgo de caries. El uso de gotas y tabletas de flúor es controversial y, dada la eficacia y aceptación más generalizada de los dentífricos, estas medidas deberían ser cuidadosamente analizadas.

Sí que existen pruebas sólidas que apoyan el uso de sellantes de fosas y fisuras para prevenir el inicio y la progresión de la caries en el marco clínico y escolar. Actualmente, los sellantes a base de resina se consideran el material más idóneo, mientras que los cementos de ionómero de vidrio

son más recomendados para dientes parcialmente erupcionados o pacientes poco cooperativos para los que el control de la humedad puede ser un problema. La preocupación de que un diente con un sellante defectuoso o parcialmente fracturado presente un mayor riesgo de caries que un diente sin sellante parece carecer de fundamento.

Las evidencias científicas disponibles apoyan moderadamente la aplicación profesional de geles y barnices de flúor para la prevención de caries. Basándose en evidencias científicas limitadas, también se recomienda el uso doméstico de geles y pastas de flúor de prescripción médica. Existen también evidencias limitadas que sugieren que los sellantes de fosas y fisuras a base de resina son superiores a las aplicaciones de barnices de flúor a la hora de prevenir caries oclusales en molares permanentes. En cuanto a los sistemas de remineralización sin flúor, no existen evidencias clínicas para su uso en la prevención primaria.

Tabla 1 - Recomendaciones de buenas prácticas basadas en evidencias disponibles para el uso de dentífrico fluorado

Acción	Recomendación
Frecuencia de cepillado dental	▶ 2x/día (por la mañana y antes de ir a la cama)
Cantidad de fluoruro en la crema dental	▶ 2 años: capa delgada, 1/2 de un guisante (0.05-0.1g) ▶ 2-6 años: tamaño de un guisante (0.25g) ▶ <6 años: toda la longitud del cepillo dental (1-1.5g)
Tiempo de cepillado	▶ mínimo 2 minutos
Después del cepillado	▶ escupir, no enjuagar con agua
Cepillado dental supervisado	▶ hasta la edad de 8 años

Sección 7

Prevención secundaria

La detección y valoración precisas de lesiones de caries incipientes en el proceso continuo de la caries (Figura 4) son fundamentales para la prevención secundaria. Los odontólogos deben retirar la biopelícula para poder detectar visualmente los estadios más iniciales de la caries, requiriendo también aire comprimido para detectar las fases más iniciales de la caries (Código 1 ICDAS). Asimismo, debería evaluarse el estado de actividad de las lesiones, ya que aquellas que se han detenido no requieren más intervenciones.

Siempre que la superficie externa de una lesión esté casi intacta, muchas de las estrategias de prevención primaria se pueden aplicar a la prevención secundaria. Una mejora en la higiene oral y en la dieta puede llevar a la detención o la regresión de la caries. Los profesionales en salud oral pueden desempeñar un importante papel en la educación de los pacientes sobre estos comportamientos. Al igual que con la prevención primaria, los dentífricos fluorados, y los geles y barnices aplicados profesionalmente, son efectivos para la remineralización de lesiones cariosas no cavitadas.

Algunas revisiones sistemáticas han concluido que el sellado de lesiones no cavitadas en dientes permanentes es eficaz para reducir la progresión de la caries. No se ha demostrado que los agentes no fluorados como el xilitol, clorhexidina y CPP-ACP reduzcan significativamente la progresión de la caries.

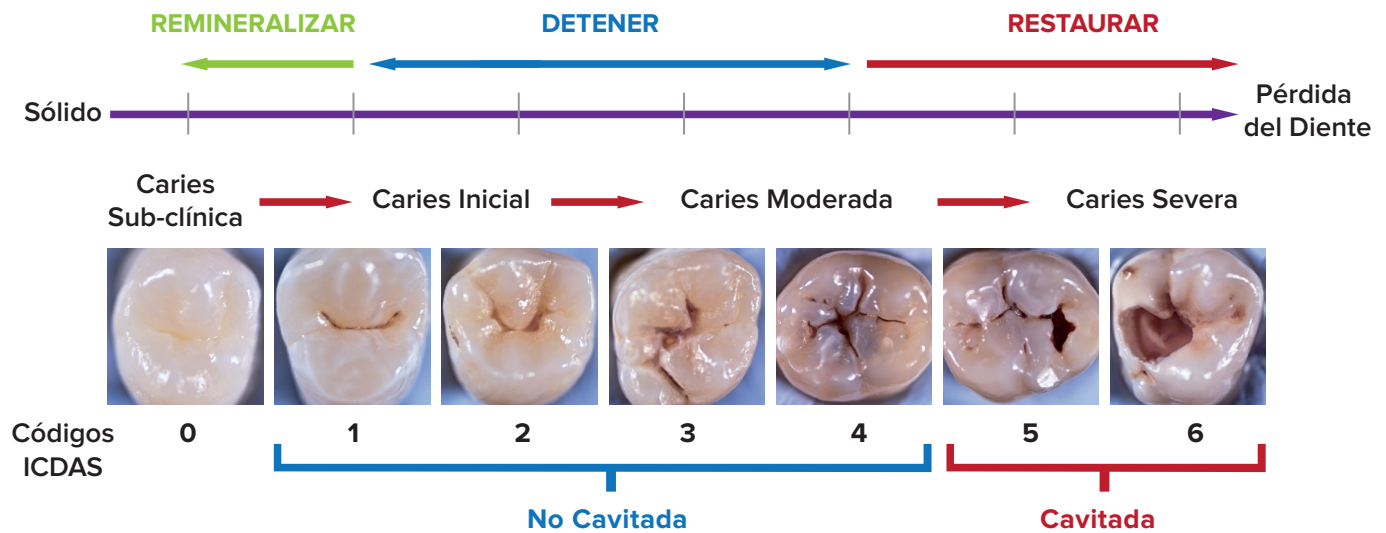
Se ha demostrado que los infiltrantes a base de resina de lesiones proximales cariosas no cavitadas es un procedimiento micro-invasivo significativamente más eficaz que las intervenciones profesionales no invasivas o la instrucción en higiene oral. No obstante, han surgido ciertas inquietudes en cuanto a la sensibilidad de la técnica en zonas proximales, y al hecho de que, como parte del procedimiento, se retira la capa superficial del esmalte. En cuanto a los procedimientos mínimamente invasivos, no existen evidencias de que conlleven mejores resultados a largo plazo

o mejoras del ciclo de re-restauración frente a procedimientos de restauración tradicionales.

Se ha recomendado la aplicación de barniz 5% NaF cada tres meses como el mejor método de prevención secundaria en pacientes con caries radiculares. El uso diario de pasta o gel al 1,1 % NaF

se consideró como la mejor alternativa. Asimismo se recomienda, siempre que sea posible, sellar o reparar los bordes defectuosos o cariados de las restauraciones, y los sellantes de fosas o fisuras defectuosos o perdidos.

Figura 4 - Proceso continuo de diagnóstico y manejo de la caries



Sección 8

Conservación de la estructura dentaria

Conservación de la estructura dentaria

El cambio de mentalidad en el manejo de la caries ha sido un proceso lento y difícil. Desde hace décadas se dispone de evidencias que apoyan la necesidad de encaminarse hacia el 'manejo de la caries con una mínima intervención'. La investigación sobre la remineralización de lesiones no cavitadas del esmalte y la dentina, las intervenciones mínimas de lesiones cavitadas mediante la técnica del Tratamiento Restaurador Atraumático (ART), y la reparación limitada de restauraciones defectuosas, ha demostrado cómo esto puede implementarse en diferentes escenarios. Sin embargo, todavía existe

una amplia variación entre países en cuanto al progreso de esta transición.

En 2012, un grupo de expertos debatió sobre importantes temas globales, con el objetivo de definir un enfoque común en el manejo actual de la caries. Estas aclaraciones deberían ser determinantes a la hora de decidir cuándo es necesario intervenir quirúrgicamente, y en el caso de restauraciones, la mejor forma de conservar el tejido del diente.

Se centró la atención en factores etiológicos, prevención y manejo inicial no quirúrgico, ajustándose plenamente al sistema ICCMS™.

Al hablar de la conservación de tejidos, es importante considerar el manejo clínico de las lesiones a nivel tanto de esmalte como de dentina, pues a menudo se ignora el primero. Ha habido avances alentadores en la educación odontológica, encaminándose hacia un punto de vista más

holístico centrado en el paciente. Esta tendencia ha comenzado en Facultades de Odontología de Europa, extendiéndose a Latinoamérica y Asia y, más recientemente, a los Estados Unidos.

La odontología restauradora puede tener consecuencias negativas para la salud pulpar y aumentar el riesgo de fractura del diente. Asimismo, debemos considerar el impacto económico cuando buscamos una solución técnica para resolver un problema biológico relacionado con una enfermedad prevenible. Otro aspecto a tener en cuenta es el efecto de un enfoque restaurador en la seguridad y el medio ambiente, particularmente en el contexto del Convenio de Minamata sobre mercurio y la necesaria retirada progresiva de las amalgamas dentales.

Sección 9 Manejo de la caries – un enfoque sistemático

Esta sección utiliza los sistemas ICDAS/ICCMS™ para dar un enfoque sistemático al manejo clínico de la caries. El sistema ICCMS™ integra el sistema de clasificación ICDAS con modelos de prevención y evaluación de riesgo, aportando un completo sistema para describir y documentar la experiencia total de caries a nivel de población y de individuo. El sistema está orientado a la obtención de resultados sanitarios, manteniendo la salud y conservando la estructura del diente. Se ha identificado mayoritariamente como la más completa de las alternativas existentes.

ICCMS™ incluye un “Abanico” de opciones utilizado para la clasificación, con cuatro niveles que describen el estado de la caries. Para muchos odontólogos ha resultado ser la forma más directa de comenzar a utilizar el sistema. Algunos pasan a utilizar los seis niveles de la Clasificación ICDAS. Los resultados en este nivel más detallado siempre pueden traducirse a los niveles correspondientes en el “Abanico” o en los Métodos Básicos de la OMS, si así se requiriese con fines comparativos. Alrededor del “abanico” se encuentran los cuatro campos ICDAS, que representan los distintos usos a los

que puede aplicarse el sistema, como educación, práctica clínica, investigación y epidemiología. El sistema ICCMS™ puede utilizarse en formato papel o digital, siempre que se respeten los principios científicos fundamentales.

En 2013, un grupo de académicos, profesionales clínicos y expertos se reunió para elaborar un manual de uso del sistema ICCMS™. El manual resultante y una versión de referencia rápida se pueden descargar gratuitamente en www.icdas.org. Tras la petición de algunos usuarios potenciales de una guía aún más reducida, el Grupo ICCMS™ elaboró el Ciclo de las 4D del tratamiento de la caries, que transmite los pasos esenciales del tratamiento de la caries (Determine, Detecte y evalúe, Decida y Desarrolle las acciones.) Es importante recordar los numerosos y diferentes escenarios y países en donde puede utilizarse este sistema, y que los detalles y la secuencia de los pasos pueden necesitar adaptarse localmente.

Sección 10 Remuneración de una adecuada prevención y manejo de la caries

Uno de los principales obstáculos para el cambio ha sido la falta de reforma en los sistemas de remuneración para cubrir los procedimientos de prevención de la caries, incluso si agentes clave del sector han pedido un cambio. Junto a una educación y formación complementaria, un sistema de pago más justo ayudaría mucho a cambiar cómo vemos la caries. Aunque se han realizado algunas innovaciones en los sistemas de remuneración de Escandinavia, Reino Unido, Alemania y los Estados Unidos, el modelo tradicional todavía domina en la mayoría de los países del mundo.

Los odontólogos, pacientes y terceros pagadores comprenden bien el sistema tradicional, considerado como técnicamente eficaz y difícil de defraudar, dada la facilidad de medir el número de cavidades tratadas y la cantidad de material de restauración utilizado. Sin embargo, en estos

sistemas el tiempo empleado por un odontólogo o su equipo en la detección precoz, la evaluación de la actividad, el asesoramiento preventivo y en la atención no quirúrgica no está reembolsado o no recibe suficiente cobertura, desincentivando así la atención preventiva.

Los sistemas de pago existentes y exitosos centrados en la prevención deberían ser una garantía y un aliento para aquellos reticentes al cambio. Las empresas aseguradoras médicas con planes preventivos en ámbitos como salud cardiovascular y diabetes están considerando ahora más detenidamente los planes dentales. Además, la atención sanitaria basada en evidencia científica está llevando a varias partes interesadas a abogar por el cambio.

Este cambio sigue siendo difícil de conseguir, especialmente en sistemas sanitarios bien establecidos, o a causa de las partes que se benefician del status quo. Todas las partes interesadas deben garantizar que la remuneración se considere un elemento importante para el avance de un enfoque preventivo en caries. Siempre que sea posible, se debería dar prioridad a los tratamientos preventivos.

Sección 11 Papel y oportunidades del equipo odontológico y otros profesionales de la salud

En el ámbito de la odontología se incluye un amplio abanico de profesionales con diferente formación, capacidades y competencias, todos identificados en la misma categoría: "personal odontológico". Parte de la visión de la FDI es avanzar hacia la atención colaborativa y pluridisciplinar en equipo, y crear un nuevo modelo de prestación sanitaria en el que el odontólogo supervise, forme y

delegue, manteniendo a la vez la responsabilidad del diagnóstico, y de la planificación y realización del tratamiento.

El éxito de la adopción de este enfoque dependerá, entre otras cosas, de las normativas nacionales sobre concesión de licencias y el nivel de supervisión, los programas de remuneración, el personal disponible, el fomento de la práctica colaborativa mediante educación, y el tipo de infraestructura disponible. Obviamente, todo esto variará de un país a otro.

Existen varios casos de planes de ejecución exitosos, que juntos reflejan el papel evolutivo de los odontólogos. Estos casos muestran colaboración entre odontólogos e higienistas, y se centran en la reasignación de tareas y la administración de la atención médica según las necesidades del paciente, más que en la jerarquía. La impartición de cursos interdisciplinarios en las facultades de odontología dirigidos no solamente a odontólogos, sino también a higienistas y a estudiantes de medicina y enfermería, puede contribuir a hacer avanzar la prestación de atención en equipo. Se necesita asimismo una mayor inclusión de la salud oral en los planes de estudio de medicina y enfermería.

En algunos países, hay pocos odontólogos disponibles y el acceso a la atención en salud oral en áreas remotas es extremadamente difícil. En estos lugares es fundamental la rotación de tareas. Varios proyectos en los que los odontólogos forman a miembros de la comunidad sanitaria en general, o incluso profesores y educadores, han tenido efectos positivos en comportamientos de salud oral. La integración en la atención primaria es otro ejemplo de cómo la salud oral puede mejorarse mediante un enfoque interprofesional.

En Brasil, la salud oral se ha incluido en la estrategia de Salud Familiar, resultando en un aumento del casi 40 % en el acceso a la atención odontológica en siete años.

Sección 12 Apoyar el cambio en el manejo de la caries en caso necesario

La disposición de los odontólogos para cambiar será un factor clave para lograr un nuevo enfoque en el manejo de la caries. Deberían recibir apoyo teniendo acceso, entre otros, a educación continua, nuevos recursos de aprendizaje permanente, Desarrollo Profesional Continuo, nuevas herramientas en papel o software, y nuevos incentivos para cambiar desde una perspectiva tanto profesional como económica. La Alianza para la prevención de la caries, que incluye este White Paper, una Herramienta de Promoción y webinars de formación, es un ejemplo de cómo las asociaciones odontológicas nacionales y los odontólogos pueden poner en marcha el cambio cuando están respaldados por las herramientas adecuadas.

Al igual que la atención sanitaria, la odontología se ha resistido al cambio en diferentes ámbitos, como la clasificación de la caries y la prevención secundaria. La atención a la caries está considerada como una parte tan básica de la odontología que ha sido ignorada en términos de innovación. Hay en la comunidad de odontólogos una actitud reacia al cambio, resultado de una falta de conocimiento, de recursos apropiados o de voluntad.

Entre las herramientas que ayudarían a este cambio se encuentran las directrices de alta calidad basadas en evidencias científicas fidedignas; avances a nivel de educación; adaptación de los recursos existentes; producción de cualquier nuevo recurso que se necesite en formato electrónico; puesta en marcha de actividades que utilicen gráficos en papel, listas de verificación y sistemas informáticos que automaticen la recopilación de datos y apoyen las decisiones; dispositivos y tratamientos preventivos nuevos o mejorados que ayuden a conservar la estructura dental; un mejor uso de las herramientas ICCMS™ como la Guía de Referencia Rápida; software de aprendizaje en línea actualizado; software y otras herramientas de

información sobre caries para tabletas destinados a pacientes; y software para tabletas con fines epidemiológicos.

El desafío será encajar todas las piezas del rompecabezas de la caries y hacer que funcionen juntas. Considerarlas individualmente no permitirá conseguir los avances necesarios. Nutrición, educación, cariología, salud pública (dental), profesionales clínicos y los responsables de la elaboración de sistemas de gestión como ICCMS™ son “disciplinas” dentro de la odontología que necesitan alinearse, no solamente entre ellos, sino también con partes externas como otros profesionales de la salud, el público en general, pacientes y otras partes interesadas. La integración y el apoyo tienen que programarse y adaptarse localmente a nivel de consulta, paciente, sistema y país, lo que puede requerir diferentes iniciativas y asociaciones.

Sección 13 Prevención y manejo de la caries: evaluación y progresos

Tal como se mencionaba anteriormente, los datos fiables sobre los resultados de la caries son muy valiosos para los gobiernos, empresas aseguradoras, servicios de salud, grupos de salud pública, grupos de pacientes y economistas. Sin embargo, la recopilación sistemática de datos se ve obstaculizada por una infraestructura dental digital fragmentada en muchos países, y una falta de consenso sobre lo que se requiere para guiar el desarrollo de software por parte del sector privado. El modo tradicional de recopilación de datos, que registra las lesiones cavitadas y excluye las lesiones iniciales, solamente captura datos importantes para el control de la enfermedad, excluyendo así lo que se necesita para planteamientos más centrados en el paciente y en el mantenimiento de la salud. La recopilación de datos debería buscar resultados que puedan agruparse en cuatro elementos:

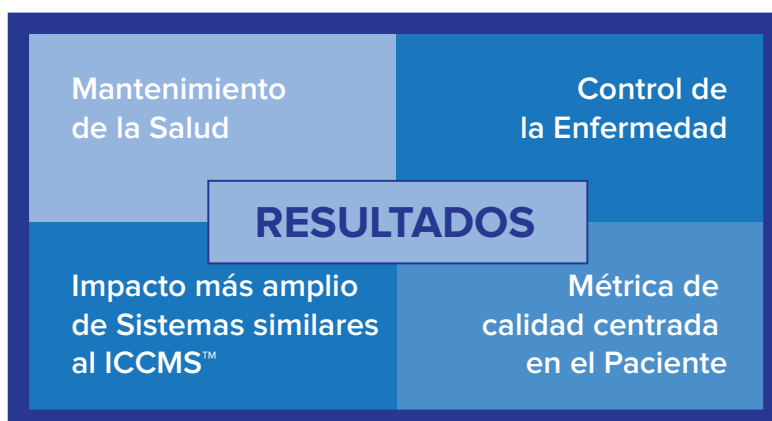
1. **Mantenimiento de la salud:** Los resultados pueden incluir la capacidad del paciente de mantener su propia salud oral, número de dientes/superficies verdaderamente sanos, número de dientes/superficies restaurados mantenidos sin nuevas lesiones, prevención de la progresión de lesiones cariosas inactivas, y atención y revisión cíclicas basadas en riesgo.
2. **Control de la enfermedad:** Los resultados pueden incluir el número de lesiones cariosas iniciales que se mantienen sin cambios o en regresión, el tratamiento eficaz de lesiones (mediante atención no quirúrgica o quirúrgica con conservación de la estructura), control de la progresión de la lesión, y conservación de la estructura del diente.
3. **Calidad centrada en el paciente:** Los resultados pueden incluir la satisfacción del paciente,
4. **Otras implicaciones:** Los resultados pueden incluir cambios en la mentalidad en cuanto a los cuidados (consultas, facultades de odontología, sistemas de seguros, sistemas sanitarios y políticas nacionales), nueva investigación, vinculación de la salud oral a los objetivos de salud general, sistemas de reembolso adecuados, y valor mejorado del cuidado de la caries.

La mejora y el desarrollo de estos cuatro elementos de forma apropiada en los contextos locales, nacionales y mundiales, y el desarrollo asociado del apoyo informático para recopilar la información, deberían ser una prioridad.

Llamada a la acción

Para seguir avanzando es importante que: 1) los cuatro tipos descritos de medidas de resultados de la caries sigan desarrollándose y perfeccionándose para adaptarse a nivel local, nacional y mundial; y 2) que el apoyo informático necesario para recopilar esta información de la forma más eficiente posible se desarrolle paralelamente a nivel local, nacional y mundial.

Figura 5 - Cuatro aspectos clave de los resultados de la prevención y el manejo de la caries (ejemplo de ICCMS™)



Sección 14

Llamado a la acción

A fin de hacer frente a los desafíos descritos en este documento, la FDI hace un llamado a las asociaciones odontológicas nacionales y a todas las partes interesadas para que consideren lo siguiente:

Prevención

- Necesidad de que la prevención primaria esté dirigida a diferentes grupos, inclusive pacientes (promoción de la educación sobre salud oral, higiene oral, dieta), odontólogos (uso de flúor, sellantes, consejería sobre la dieta) y responsables de la elaboración de políticas (políticas sobre flúor, disponibilidad de alimentos y bebidas azucarados, etc.).
- La prevención secundaria para detener las lesiones que progresan hasta el punto de requerir intervención quirúrgica, y conservar el tejido dental deberían ser prioridades en la atención odontológica en todos los grupos de edad.
- Todas las estrategias de prevención deberían integrarse en otras disciplinas, con profesionales de la odontología y otros profesionales de la salud, individuos y responsables de la elaboración de políticas trabajando juntos a fin de conseguir la reintegración de la salud oral en la salud general.

Práctica clínica

- Los odontólogos necesitan estar bien respaldados con todo lo necesario para avanzar hacia un completo tratamiento de la caries actualizado, preventivo, basado en evidencias, enfocado a la conservación del diente y con conocimiento de la situación de riesgo, trabajando con un amplio abanico de socios internos y externos.
- Urge el desarrollo de dispositivos, software y técnicas que ayuden a la detección de la lesión, la evaluación de la actividad, la valoración de riesgo y a la atención clínica general mínimamente invasiva.

Educación

- La educación y la formación en cariología debe volver a lanzarse tanto a nivel de pregrado como de educación continua, con información actualizada y basada en evidencias.

Integración

- Todas las disciplinas (nutrición, educación, cambios comportamentales, etc.) deben alinearse para que la salud oral sea una parte integral de la salud general.
- La prevención de la caries y las estrategias de control deben ponerse en contexto con la aplicación de la Convención de Minamata PNUMA (menor uso de amalgamas, mayor prevención).

Financiación

- Todas las partes interesadas incluidas en especificaciones y negociaciones de contratos nacionales o locales que aborden el cuidado de la caries deben garantizar que la remuneración incentive los tratamientos preventivos, apoye el tratamiento quirúrgico cuando sea necesario, y que el mejor interés del paciente sea siempre la principal inquietud.
- Los sistemas de salud deben evitar invertir en infraestructuras costosas y potencialmente innecesarias.

Evaluación y datos

- Debe mejorarse la calidad de los datos a fin de conseguir información válida y comparable. Además, deben establecerse umbrales de detección de la enfermedad para que las necesidades y éxitos en la prevención puedan ser evaluados y controlados.
- Deben desarrollarse y perfeccionarse los cuatro tipos de medidas de resultados de la caries. Asimismo, debe mejorarse el apoyo informático para la recopilación de datos.

Para acceder al texto completo y las referencias, visite: <http://www.fdiworlddental.org/resources/white-papers/white-paper-on-dental-caries-prevention-and-management>

Reconocimientos:

El Resumen Ejecutivo del White Paper sobre prevención y tratamiento de la caries dental ha sido posible gracias a una subvención sin restricciones de Colgate. Los autores del White Paper son:

- Prof. Nigel Pitts, Kings College London, Reino Unido*
- Prof. Domenick Zero, Indiana University School of Dentistry, Indianapolis, Indiana, Estados Unidos*

Nos gustaría agradecer a los expertos que desarrollaron la “Guía auxiliar de gestión de prevención de caries”:

- Dra. Sophie Dartevelle, Presidenta de la Union Française pour la Santé Buccodentaire y miembro del Comité de Salud Pública de la FDI*
- Dr. Richard Hogan, Mánager de Estudios Clínicos y Desarrollo de Métodos, Colgate Palmolive Dental Health Unit, University of Manchester, Reino Unido*



FDI World Dental Federation

Avenue Louis-Casari 51 • 1216 Genève • Switzerland

+41 22 560 81 50 • info@fdiworldental.org • www.fdiworldental.org

©2017 FDI World Dental Federation