



Dr. Elías Casals

Doctor en Odontología por la Universidad de Barcelona.
Expresidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO).
Odontólogo de Atención Primaria en el Centro de Atención Primaria Sant Miquel (Granollers).
Institut Català de la Salut (ICS).

¿ES MEJOR PREVENIR O RESTAURAR UNA LESIÓN DE CARIES?

La utilidad de implementar una guía de práctica clínica de caries en nuestra consulta

Probablemente, como profesional de la salud oral, la primera pregunta que aflorará en su mente tras leer el título de este artículo es la siguiente: ¿se refiere a la utilidad para mí como profesional o a la utilidad para mis pacientes? Vamos a intentar dar respuesta a ambas preguntas.

¿CUÁL ES LA ÓPTICA DEL PACIENTE? ¿ES MEJOR PREVENIR?

Cualquier paciente debería responder que prefiere prevenir a curar para evitar los efectos negativos de enfermar. Evitar el malestar o el dolor, poder comer correctamente o simplemente mantener la estética natural original son motivos suficientes para intentar evitar una lesión de caries. Además, el tratamiento invasivo de una lesión de caries suele requerir anestesia, un tratamiento más pesado e incómodo que el de una actividad preventiva y que comporta un mayor consumo de tiempo. Por si estas razones no bastaran, podemos añadir el valor de la gestión del tiempo. Un tratamiento de urgencia por una lesión de caries provocará una atención no programada dentro de la apretada agenda diaria de la mayoría de ciudadanos.

El tiempo aumenta de valor día a día y su gestión es cada vez más compleja y estresante. Las actividades preventivas son perfectamente programables, las actividades restauradoras no siempre lo son.

Debemos añadir a estas razones que el resultado final de restaurar una lesión es obtener un diente reparado. Por excelente que sea el tratamiento realizado no mantenemos el diente intacto en su estado original. El paciente bien informado que ha tomado conciencia del valor de sus dientes naturales deberá preferir, sin lugar a dudas, un diente no tratado.

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud de

LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS SON PERFECTAMENTE PROGRAMABLES, LAS ACTIVIDADES RESTAURADORAS NO SIEMPRE LO SON

2011-12, publicada en 2013, el principal motivo de visita al dentista en España es realizar una revisión, seguido de una profilaxis (**Figura 1**). Es decir, el grueso de visitas tiene como objetivo el mantenimiento de la salud oral. Esta visión preventiva y a favor del mantenimiento se incrementa en función del mayor nivel socioeconómico de la población. De hecho, el porcentaje que representan estas actividades ha aumentado respecto a la encuesta anterior del año 2006 en todas las franjas socioeconómicas, estableciendo una tendencia clara. La **figura 1** muestra claramente cómo son los niveles socioeconómicos más bajos los que dedican un mayor porcentaje de sus visitas a tratamientos protésicos y de extracción dental.

¿CUÁL ES LA ÓPTICA DEL PROFESIONAL? ¿ES MEJOR CURAR?

Como profesionales sanitarios con un código deontológico que debe guiar nuestras acciones, nuestro objetivo no debería ser otro que ofrecer el mejor tratamiento posible a nuestros pacientes sin evaluar nuestro beneficio económico. Ciertamente, es difícil imaginar un profesional de la salud oral que piense que sea mejor tratar que prevenir. De hecho, una amplia mayoría de dentistas españoles muestran su frustración debido a la falta de recursos económicos suficientes de algunos de sus pacientes para hacer frente a las necesidades de tratamiento ideales. Dicha situación obliga a proponer opciones

MOTIVO DE LA ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA POR NIVEL SOCIOECONÓMICO (ESPAÑA 2012)

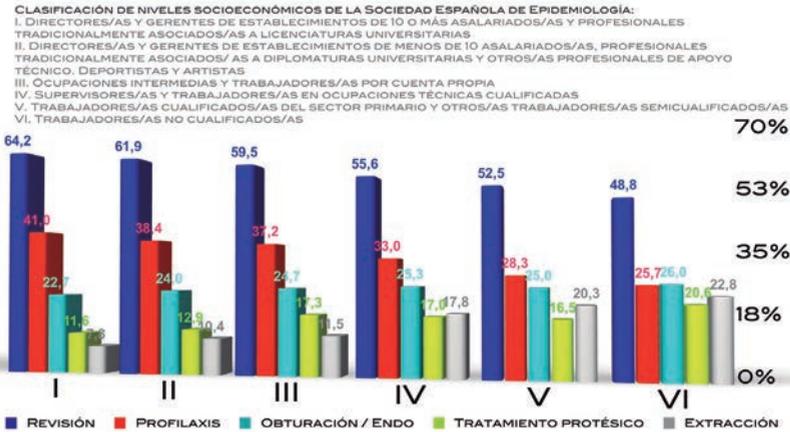


Figura 1. Motivo de la última visita al dentista en España (2012) clasificado por nivel socioeconómico.

de tratamiento diferentes a las ideales para poder adaptarse a la disponibilidad económica del paciente.

El Observatorio de la Salud Oral en España del Consejo de Dentistas muestra como un 89% de los dentistas españoles cree que ha aumentado, durante la crisis económica, este tipo de situaciones en las cuales deben proponer al paciente un tratamiento ajustado a sus recursos y no el plan de tratamiento ideal. Aun así, el 85% de los dentistas se sienten satisfechos finalmente con los cuidados que han podido ofrecer a sus pacientes. Proponer tratamientos preventivos es proponer tratamientos periódicos de bajo coste. La filosofía preventivista mantenida a largo plazo evitará gran parte de la necesidad de rehabilitaciones de mayor envergadura y coste económico, además de un mejor mantenimiento de los tratamientos realizados.

Sin embargo, dos son las causas principales que cíclicamente se esgrimen para justificar la razón por la cual las clí-

nicas dentales no implementan de forma masiva programas preventivos en su trabajo clínico diario.

En primer lugar, la aparente falta de rentabilidad económica de estos tratamientos. En segundo lugar, la baja demanda de este tipo de tratamientos por parte de la población española. Ciertamente, los dentistas españoles dedican actualmente más tiempo de su trabajo asistencial a realizar actividades restauradoras que no a actividades preventivas (Figura 2).

**¿FALTA DE RENTABILIDAD?
 ¿NO ES RENTABLE PARA LAS CLÍNICAS DENTALES PREVENIR LA CARIES DENTAL DE SUS PACIENTES? ¿NO ES RENTABLE FIDELIZAR A LOS PACIENTES?**

Cabe recordar que, según la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-12, solo un 40,2% de la población española

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO ASISTENCIAL SEGÚN ACTIVIDADES

CONSEJO DENTISTAS DE ESPAÑA DATOS PRIMERA OLEADA JUNIO 2015

- LA DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO POR ACTIVIDAD ASISTENCIAL SE CONCENTRA EN CUIDADOS CURATIVOS (CASI EL 61% DEL TIEMPO DE TRABAJO ASISTENCIAL), FRENTE A LOS CUIDADOS PREVENTIVOS (QUE SÓLO SUPONEN CERCA DE UN 17% DEL TIEMPO DE TRABAJO ASISTENCIAL).
- ESTOS DATOS PONEN DE MANIFIESTO QUE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA ACUDE AL DENTISTA CUANDO TIENE UNA ENFERMEDAD BUCAL QUE REMEDIAR YA QUE DEDICA MÁS TIEMPO A TRATAR QUE A PREVENIR.



Figura 2. Distribución del tiempo asistencial de los dentistas españoles (Observatorio de la Salud Oral en España, 2015)

mayor de 15 años había visitado a un dentista en el último año (38,2% en hombres y 42,2% en mujeres). De estos pacientes, un 82,2% en una clínica privada y un 14,6% lo había hecho en una clínica de la sanidad pública. La Encuesta Europea de Salud en España del año 2014, publicada a finales de 2015, muestra como solo un 2,7% de los españoles mayores de 15 años no han ido nunca al dentista y como un 48,8% lo ha visitado en el último año.

Los índices de salud oral relacionados con la caries dental reflejan la mejora de la salud oral en España durante los últimos 30 años en todas las franjas de edad. A la espera de la publicación de los datos de la encuesta de 2015, el índice CAOD ha disminuido de 4,2 en la década de los 80 a 1,1 en la última década. Como dato positivo comenta que es extraordinario encontrar escolares españoles que hayan perdido una pieza definitiva en el escenario actual.

El colectivo de 65 a 74 años, que concentra la patología acumulada de épocas de alta prevalencia de caries y con una predominancia del tratamiento quirúrgico, muestra una mejoría continuada cohorte tras cohorte disminuyendo progresivamente el número de personas que han perdido todos sus dientes (de un 36,7% en 1984 a un 16,7% en el año 2010).

En un escenario actual de disminución de la patología de caries y de las necesidades futuras derivadas de su tratamiento parece sumamente importante fidelizar al paciente más que nunca (**Figura 3**). Mantener correctamente a los pacientes libres de patología debe ser el principio que rij a un profesional sanitario responsable de la salud de sus pacientes, pero también a un buen gestor económico en un escenario de disminución de patología interesado en generar ingresos constantes en el tiempo.

Si tomamos como referencia países más avanzados culturalmente en el ámbito del cuidado de la salud oral como Suecia, observamos cómo la tendencia en la disminución de dientes perdidos aumenta década a década de forma clara en todas las edades (**Figura 4**). Los datos epidemiológicos de España se sitúan donde se encontraban los de Suecia hace dos o tres décadas. Este cambio epidemiológico com-

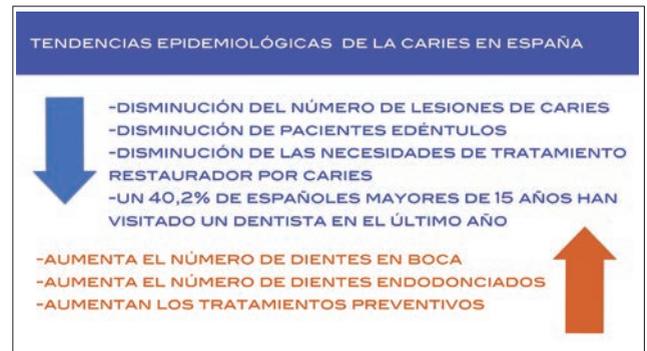


Figura 3. Tendencias epidemiológicas en relación a la caries dental en España.

LOS ÍNDICES DE SALUD ORAL RELACIONADOS CON LA CARIES DENTAL REFLEJAN LA MEJORA DE ESTA EN ESPAÑA DURANTE LOS ÚLTIMOS TREINTA AÑOS EN TODAS LAS FRANJAS DE EDAD

porta un aumento esperado del número de dientes mantenidos en boca, lo cual se traduce en una caída de las necesidades de recambio de obturaciones, una disminución en las necesidades de rehabilitación protésica y en un aumento de los tratamientos de endodoncia. Es decir, las necesidades de tratamientos protésicos rehabilitadores por causa de caries van a disminuir progresivamente. Probablemente aumenten los tratamientos rehabilitadores con implantes por requerir la rehabilitación de menos dientes, pero, buscando una mejor calidad de tratamiento por su ventaja en comodidad frente a tratamientos protésicos con aparatología removable, que verán disminuido su uso.

El Consejo General de Dentistas elaboró un estudio prospectivo Delphi en España para evaluar las tendencias y objetivos de salud oral. Los resultados mostraban cómo los

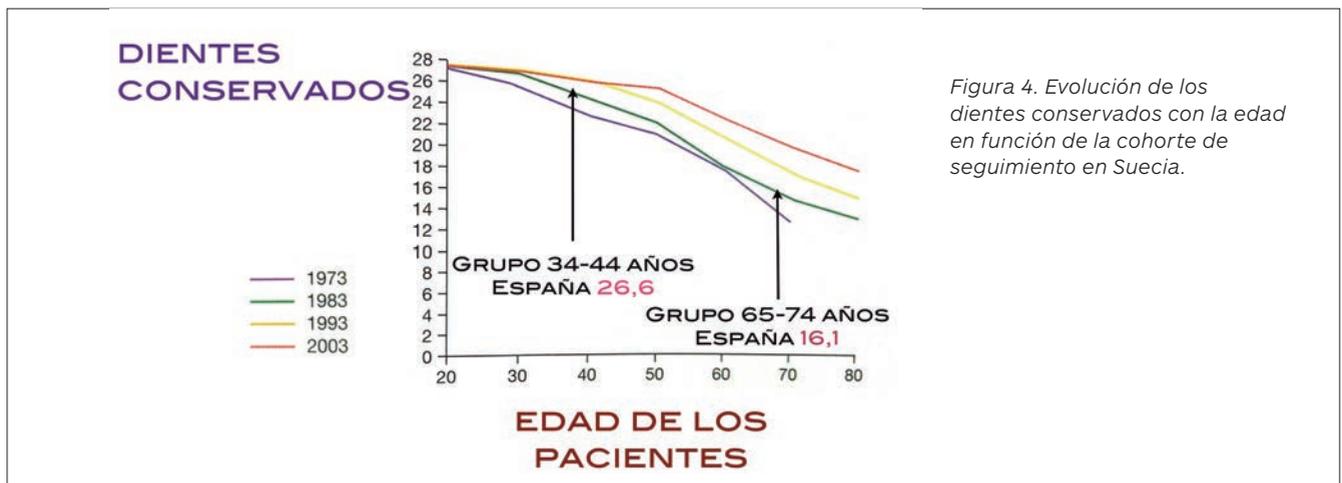


Figura 4. Evolución de los dientes conservados con la edad en función de la cohorte de seguimiento en Suecia.

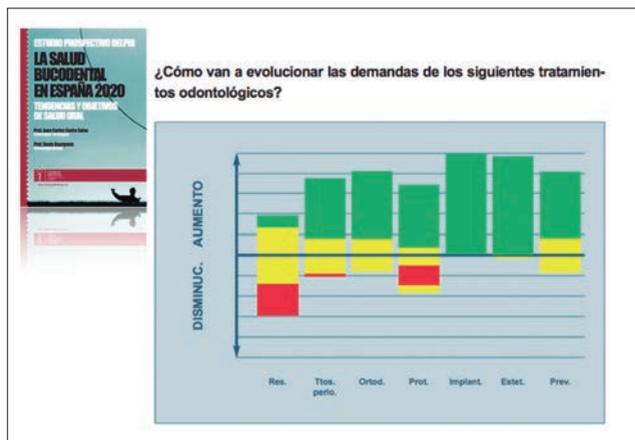


Figura 5. Tendencias al aumento o disminución de determinados tratamientos en España según estudio Delphi.

expertos consideraban que los tratamientos de teóric menor crecimiento en un escenario de futuro situado en el año 2020 eran los tratamientos restauradores y los protésicos, especialmente en prótesis removible donde un 87,5% de los expertos vaticinaba una bajada (Figura 5).

¿SOLO POR RENTABILIDAD ECONÓMICA DEBEMOS PREVENIR, ¿O CONTINUAMOS TRATANDO HASTA QUE LOS PECES SE AGOTEN?

Algunos motivos para protocolizar la prevención de la caries en la consulta son:

- Cualquier profesional sanitario ético debe priorizar la prevención y mantenimiento de la salud de sus pacientes por delante del tratamiento restaurador.
- La cultura sanitaria de los españoles mejora con el paso de los años y es mayor entre los más jóvenes, quienes no solo sienten una mayor necesidad de realizar visitas periódicas al dentista sino que tienen una frecuentación mayor.
- El paciente que no entra en la dinámica del mantenimiento periódico puede tardar años en volver a visitarse por una necesidad sentida y la alta competencia del sector puede provocar que no vuelva a la última clínica visitada.
- Un paciente fidelizado en un plan de mantenimiento comporta unos ingresos estables a lo largo del tiempo, situación cada vez más importante para mantener una clínica dental a largo plazo en un escenario de disminución de márgenes por el aumento imparable de la competencia.
- Los ingresos derivados de un paciente de bajo riesgo de caries con un mantenimiento protocolizado preventivo periódico son mayores que los ingresos de un paciente que solo acude a la clínica esporádicamente para recibir tratamiento. Estas diferencias económicas dependerán de los honorarios establecidos por cada actividad en cada clínica dental.
- Afrontar el coste derivado del mantenimiento preventivo no requiere de una financiación económica para el pa-

ciente o de una aprobación previa por parte de una entidad bancaria. Esto es debido a que los costes de mantenimiento son bajos y distribuidos de forma homogénea en el tiempo, lo cual elimina una importante barrera de acceso a la visita a la clínica dental (Figura 6).

- La mayoría de las actividades preventivas protocolizadas pueden delegarse en higienistas, profesionales sanitarios perfectamente cualificados para estas tareas, pero con unos costos laborales menores a los de un dentista, permitiendo un acceso más económico para el paciente a los servicios dentales.

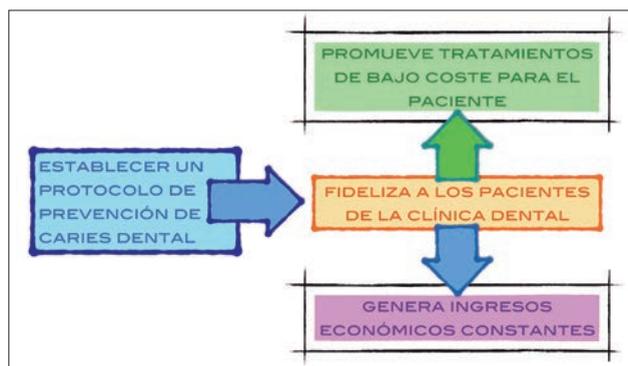


Figura 6. Utilidad del establecimiento de una Guía de Práctica Clínica.

¿ES MÁS BARATO PREVENIR QUE CURAR?

Durante mucho tiempo se daba por hecho que quien prevenía rentabilizaba la inversión en el ámbito sanitario. Con el paso de los años y con la mejora de los estudios de eficiencia en el campo de la salud podemos asegurar que, si nos ceñimos a los términos económicos, esta relación no es siempre cierta y prevenir es económicamente más caro que curar en la mayoría de situaciones.

Aún así, la mayoría de pacientes preferirá prevenir en lugar de enfermar si conoce la utilidad de la prevención a corto y largo plazo.

ENTONCES, ¿ES RENTABLE PARA EL PACIENTE PREVENIR LA CARIES?

Evaluar la inversión en prevención para evitar una obturación, una endodoncia o la necesidad de un implante es un hecho complejo, ya que el plazo de devolución de la inversión puede variar entre años y décadas.

A corto plazo, para un paciente de bajo riesgo, el no prevenir y dedicarse a tratar las lesiones irreversibles ya avanzadas mediante técnicas de Odontología Restauradora puede ser más barato en términos económicos.

En España, el índice CAO medio de un adulto joven de 40 años se sitúa en torno a 7. Es decir, ha desarrollado una media de 7 lesiones que requieren de una obturación en un periodo de unos 30 años (fijando la erupción definitiva entre los 6 y 12 años). Esto comporta una lesión nueva de me-

Atención médica recibida en los últimos 12 meses

Porcentaje de personas de 15 y más años por comunidades (y ciudades) autónomas
ENCUESTA EUROPEA EN ESPAÑA (2014)

	Consulta Médica	Hospitalización	Uso del Hospital de Día	Asistencia a Urgencias	Visitas al Dentista
TOTAL	84,5	8,7	6,6	27,4	46,2
Andalucía	82,8	8,2	6,1	30,9	41,3
Aragón	83,9	7,9	3,3	20,6	40,0
Asturias, Principado de	88,0	8,9	5,5	25,1	52,0
Baleares, Illes	80,7	10,3	8,6	30,4	50,9
Canarias	80,2	7,9	4,5	31,3	40,9
Cantabria	86,2	7,9	8,0	27,1	47,8
Castilla y León	85,7	9,1	6,6	24,7	43,4
Castilla-La Mancha	82,9	8,8	5,2	28,4	37,3
Cataluña	84,5	8,3	7,1	27,8	47,1
Comunitat Valenciana	85,3	9,4	8,6	26,2	45,7
Extremadura	85,0	7,9	12,7	28,7	38,5
Galicia	86,5	7,9	5,9	30,1	46,6
Madrid, Comunidad de	86,7	9,1	6,6	22,7	54,6
Murcia, Región de	81,0	10,2	5,7	32,6	43,3
Navarra, Comunidad Foral de	84,3	9,2	4,6	22,0	54,9
País Vasco	87,2	10,5	5,6	25,2	56,7
Rioja, La	86,2	8,7	7,6	22,6	47,6
Ceuta	79,3	12,0	11,8	33,7	37,9
Melilla	73,3	7,7	7,9	31,4	36,2

Figura 7. Visitas al dentista en el último año (de edad igual o mayor a 15 años) en España por CC.AA., según la Encuesta Europea de Salud (2014).

día cada 6 años. Sin embargo, la media de dientes restaurados en España se sitúa ligeramente por encima del 50%. Es decir, de estas 7 lesiones restaurará la mitad (3,5 obturaciones). Probablemente, la media de tratamiento es de una obturación, aproximadamente, cada década. Si comparamos el coste medio de una obturación realizada en una década (en una franja muy genérica de unos 60-80 €) con el coste de 10 visitas de prevención (franja teórica genérica de unos 20-40 €) observamos cómo prevenir es más costoso para el paciente (200-400 €) que restaurar las lesiones no prevenidas.

¿EXISTE UNA BAJA DEMANDA DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS?

Es cierto que una parte muy importante del éxito de los programas preventivos radica en la «cultura preventiva general» de la población a la que se dirigen. Cultura preventiva no solo de salud oral, también sanitaria en su sentido más amplio.

Aún entendiendo que nuestro entorno no ha sido capaz de desarrollar este tipo de hábitos de forma masiva, creemos que vivimos ahora un buen momento sociocultural para plantear la incorporación rutinaria en las clínicas dentales de programas de prevención simples y eficaces, como parte del *armamentarium* terapéutico natural que se ofrece a los pacientes. Programas que sean rentables para ambas partes, esto es, económicamente para las clínicas y en términos de bienestar y salud para los pacientes. Probablemente, comunidades autónomas como el País Vasco y Navarra, con programas PADI (Programas de Atención Dental Infantil) enfocados al mantenimiento de la salud oral y a la visita

CREEMOS QUE VIVIMOS AHORA UN BUEN MOMENTO SOCIOCULTURAL PARA PLANTEAR LA INCORPORACIÓN RUTINARIA EN LAS CLÍNICAS DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SIMPLES Y EFICACES

anual a la clínica dental, financiados por la administración pública durante 25 años, encontrarán un mercado más maduro para este tipo de propuestas. Muchos escolares han visto los resultados de la prevención continuada, y del mismo modo, los han visto los familiares que les han acompañado durante esos años aumentando su cultura de la salud oral. De hecho, los ciudadanos de las CC.AA. del País Vasco y Navarra son aquellos con un mayor índice de visitas al dentista, pese a tener actualmente los menores índices de patología del Estado. De hecho, el País Vasco tras destinar 105 millones de euros durante 25 años para la atención continuada de la salud oral de sus escolares, ha obtenido un índice CAO a los 12 años por debajo de 1 (a excepción del segmento de los escolares con el nivel socioeconómico más bajo) (Figuras 7 y 8).

¿POCA DEMANDA PREVENTIVA? ¿CULPA, DE QUIÉN?

Una duda a resolver es conocer si la demanda es baja por desconocimiento de los beneficios por parte del paciente o si existe un grave problema por parte de los profesionales

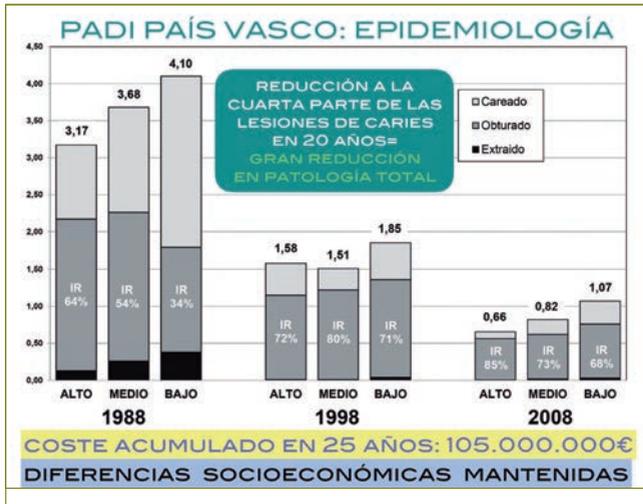


Figura 8. Evolución del índice CAOD en el País Vasco a los 12 años (1988-2008).

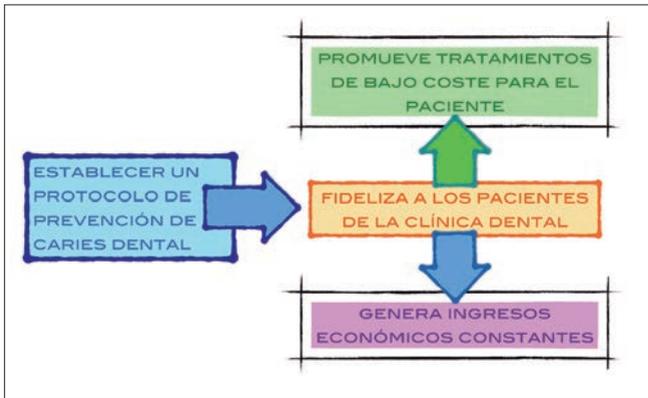


Figura 9. Acciones que se desarrollan en la Guía de Práctica Clínica.

sobre cómo gestionar el mantenimiento de la salud oral y cómo cobrar unos honorarios correctos por ello.

Para solventar parte del problema expuesto se ha elaborado una guía de práctica clínica para facilitar llevar a la práctica la evidencia de mayor calidad disponible para un mayor beneficio de los pacientes de acuerdo a unas pautas establecidas en función de su edad y nivel de riesgo de caries. Ofreciendo un marco claro y pautado de seguimiento del paciente a lo largo de su vida se intenta promover que los profesionales protocolicen mejor estas actividades en su rutina diaria.

La primera «Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental», desarrollada en España y Portugal, ha sido ampliamente difundida a través de un monográfico de acceso gratuito en RCOE y de seminarios en diferentes puntos de España y Portugal. Junto con la difusión de materiales de apoyo (www.sespo.es/guia), se ofrece un curso online gratuito para obtener mayores conocimientos en este ámbito (www.colgate-formacion.es, www.colgateprofesional.es), se ha creado un grupo Facebook donde

compartir inquietudes (www.facebook.com/guiacaries), así como un perfil de twitter (@guiacaries) para facilitar al máximo su conocimiento y uso así como la actualización de conocimientos. El seguimiento del paciente se producirá tanto si se trata de un individuo de alto como de bajo riesgo. El porcentaje de población de bajo riesgo es cada día más elevado y en aumento, lo cual comporta que, aún con una incidencia de patología baja, representa una necesidad de actividad de volumen de tratamiento creciente (Figura 9).

COMO CONCLUSIONES: ¿QUÉ SUCEDE ECONÓMICAMENTE?

Hagamos una aproximación al teórico problema económico de forma realista, planteando la situación en los términos adecuados:

1. En términos de rentabilidad económica: si la prevención es rentable económicamente para el dentista no puede serlo también para el paciente y viceversa. De acuerdo a la epidemiología actual, la prevención es económicamente más rentable para el dentista que para el paciente, siempre y cuando se realicen las visitas preventivas y se cobre por ellas. Por otro lado, al paciente le será más cómodo pagar unos costes fijos bajos mantenidos en el tiempo, que no un coste puntual más elevado.

2. En términos de bienestar y salud: aunque sea más caro para el paciente pagar anualmente por programas preventivos, es más rentable hacerlo para mantener los dientes sanos que pagar por obtener un magnífico composite. Los profesionales de la salud oral entendemos perfectamente lo eficaz que es educar y motivar a los pacientes para que incorporen en su vida diaria hábitos preventivos y saludables. Y los pacientes, en general, reciben con agrado las recomendaciones que les hacemos, aunque no sean capaces de mantenerlas de forma constante a lo largo del tiempo en muchas ocasiones.

3. En términos de fidelización de pacientes de la clínica dental: es más fácil y eficaz mantener la autocartera en una clínica dental si estamos en contacto con nuestros pacientes cada 6-12 meses (en función del riesgo de caries establecido y la edad del paciente), como parte de nuestro programa preventivo, que si visitamos únicamente a nuestro paciente cada 3 o 5 años cuando acude al autodetectarse una patología para ser tratada (si es que finalmente acude de nuevo a nuestra consulta). ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio de la Salud Oral. Primera oleada. <http://www.consejodentistas.es/ciudadanos/observatorio-de-la-salud-oral.html>.
2. Estudio Prospectivo DELPHI la salud bucodental en España 2020. <http://www.consejodentistas.es/pdf/O912%20Libro%20Estudio%20Delphi.pdf>
3. Simón Salazar F, Aguirre Urizar JM. 25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014). RCOE 2015; 20 (3): 165-178.