

## EL RETO DE LA PREVENCIÓN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

GLORIA ESCOBAR P.\*

**RESUMEN.** *Se presenta una revisión de algunos argumentos que llevan a concluir que la prevención no solamente constituye un campo con enormes posibilidades sino también una responsabilidad de la profesión odontológica. Se parte del creciente reconocimiento de la estrecha relación que existe entre salud bucal y salud general y de la persistencia de enfermedades prevenibles —pese a los avances en salud bucal logrados por algunos países—. Se define el concepto de prevención de la enfermedad, se delimita su campo de acción y se propone la adopción tanto de conceptos recientes sobre modelos explicativos de caries dental y enfermedad periodontal como de un enfoque de riesgo, en una invitación a replantear, desde estas perspectivas, las acciones preventivas tradicionalmente empleadas por la profesión. La prevención se concibe así como una actitud continua y una filosofía de trabajo, que trasciende los procedimientos y los esquemas preestablecidos.*

**Palabras clave:** prevención, salud bucal, odontología preventiva, caries dental, enfermedad periodontal, enfoque de riesgo.

**ABSTRACT.** *Several arguments lead to conclude that the preventive approach not only has a great potential in dental care but also implies responsibility to dental profession. Many authors have recognized that there's a close relationship between oral and general health and emphasize the persistence of diseases that could have been prevented despite improvement in oral health status in some countries. Disease prevention is defined and its action field is delimited. An invitation is proposed in order to introduce recent concepts about both dental caries and periodontal disease, as well as risk assessment, in a new prevention perspective. Prevention is conceived as a day to day philosophy, beyond techniques, procedures and preestablished protocols.*

**Key words:** Prevention, oral health, preventive dentistry, dental caries, periodontal disease, risk assessment.

### INTRODUCCIÓN

Los impresionantes avances en los conocimientos científicos y la tecnología de salud bucodental significan que existe la posibilidad de eliminar casi por completo la caries dental; sin embargo, la profesión odontológica y otras afines se han mostrado renuentes a modificar el proceso educativo o el alcance de la práctica.<sup>1</sup>

Esta afirmación, realizada por la Organización Mundial de la Salud en 1992, entraña tanto una crítica a la profesión como una invitación a asumir el reto de la prevención; invitación que tiene plena vigencia a la luz de los problemas que aún persisten, como son la alta prevalencia de ciertas enfermedades, el acceso limitado a los servicios de salud bucal y la orientación de éstos hacia la curación, más que hacia el cuidado primario y la prevención. No obstante, los avances concep-

tuales en relación con el componente bucal de la salud y con las enfermedades bucales más prevalentes, así como los resultados de las estrategias preventivas utilizadas hasta el momento, obligan a una lectura más profunda y plantean nuevos retos a la profesión odontológica.

Este artículo pretende llamar la atención sobre la responsabilidad de la profesión en el campo de la prevención y sobre el compromiso que se requiere para materializar sus posibilidades en acciones concretas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud bucal; para ello, se revisarán los planteamientos de algunos organismos y autores.

Un primer punto de partida para la reflexión es el creciente reconocimiento del componente bucal de la salud como parte integral y esencial de la salud

---

\* Odontóloga, especialista en Odontopediatría y Ortodoncia preventiva. Magíster en Salud Pública. Profesora Asistente Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Dirección electrónica: gescobar@gmail.com.

---

ESCOBAR P., GLORIA. El reto de la prevención en la práctica odontológica. Rev Fac Odont Univ Ant, 2006; 17 (2): 58-66.

general y como factor determinante de la calidad de vida.<sup>2,3</sup> De otro lado, se afirma que la salud bucal tiene implicaciones tanto físicas como psicológicas e influye en funciones como la masticación, el gusto y el habla; en el crecimiento, en el disfrute de la vida, en la socialización y en la sensación de bienestar.<sup>4</sup>

Un segundo elemento se relaciona con la creciente evidencia acerca de que medidas individuales, profesionales y comunitarias, son efectivas en la prevención y control de las enfermedades bucales más comunes, en particular la caries dental y la enfermedad periodontal.<sup>5</sup> No obstante, la prevención efectiva exige la permanente revisión de los avances que se logran en la comprensión de estas enfermedades, para que las estrategias puedan ser orientadas de manera racional.

## LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD COMO CONCEPTO

Aunque existe diferenciación clara entre los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en la práctica se presentan confusiones. En particular, la adopción de expresiones como promoción y prevención o su abreviatura P y P desconoce tanto las diferencias conceptuales como los campos de acción de estas estrategias, lo cual restringe las posibilidades de ambas. Por tanto, antes de continuar con algunos aspectos más específicos en el campo de la práctica odontológica, es pertinente revisar la prevención como concepto, así como sus alcances y limitaciones en relación con la promoción de la salud.

Si bien se reconocen en la historia de las prácticas en salud múltiples acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida o evitar las enfermedades, los conceptos y definiciones como se conocen actualmente surgieron en el siglo xx. En 1945, Henry Sigerist determinó que las tareas de la medicina son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.<sup>6</sup> Por su parte, en 1965 Leavell y Clark expusieron un modelo en el cual se propuso la intervención en los diferentes períodos de

desarrollo de la enfermedad, con el cual sentaron las bases para la prevención.<sup>7</sup>

Actualmente se define la prevención de la enfermedad como aquellas “estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad”.<sup>8</sup> La prevención puede incluir también estrategias orientadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, y en este caso se hace una diferencia entre los niveles de prevención:

- Prevención primaria, que pretende evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.
- Prevención secundaria, entendida como el intento por detener o retardar el avance de la enfermedad ya existente, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, o bien reducir la frecuencia de las recaídas o el establecimiento de condiciones crónicas;<sup>8</sup> en éste último caso, algunos autores hablan de la rehabilitación como prevención terciaria.

La prevención de la enfermedad surgió entonces ligada a las teorías de causalidad y factores de riesgo y es fundamentalmente una actividad del campo médico. No obstante, hoy se reconoce ampliamente que más allá de una dimensión biológica, el proceso salud enfermedad es la expresión de factores sociales, culturales y económicos,<sup>9</sup> por tanto, los enfoques que se centran en factores de riesgo como desencadenantes de ciertas enfermedades hacen un aporte importante y podrían reducir su aparición y gravedad, pero tienen un alcance limitado frente a la complejidad del proceso salud-enfermedad. Han surgido entonces con fuerza propuestas como la promoción de la salud, por la cual se entiende “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”.<sup>10</sup>

La promoción de la salud se basa en una concepción positiva de salud, en la cual se asume la estrecha relación entre salud y desarrollo. Sus acciones se orientan hacia la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como

propósito fundamental del desarrollo,<sup>11</sup> por medio de la participación comunitaria, la solidaridad, el compromiso político y la intersectorialidad, más que mediante acciones aisladas del sector salud.

En esta perspectiva, es importante resaltar que la situación de salud —y con ella el componente bucal— son reflejo tanto de determinantes sociales y económicos como de factores de riesgo.<sup>12, 13, 14, 15, 16</sup> En sus últimos informes, la OMS destaca el hecho de que las enfermedades bucales están ligadas a condiciones de vida, con lo cual se explican las enormes diferencias entre grupos y países;<sup>2</sup> pero, al igual que otras enfermedades crónicas, se relacionan también con ambientes no saludables y con estilos de vida.<sup>17</sup> De allí que este organismo haga un llamado a integrar las acciones de control de enfermedades bucales a enfoques más generales de promoción de la salud, así como a incluirlas en estrategias de prevención de la enfermedad basadas en factores de riesgo comunes, estrategias que como afirma Vasco<sup>18</sup>, incluyen:

- Educación en salud como proceso de aprendizaje y socialización
- Detección de riesgos individuales y colectivos mediante el diagnóstico participativo que permita definir prioridades.
- Implementación de medios de protección específica en los ámbitos a nivel individual y colectivo, en grupos poblacionales susceptibles.
- Implementación de intervención individual, familiar y colectiva de acuerdo al riesgo y problema de salud, con protocolos de alto impacto y con manejo integral de los mismos.
- Participación social en la planeación y puesta en marcha de las intervenciones.

Las diferencias planteadas no implican abandonar la perspectiva de prevención de la enfermedad; son más bien un llamado a ubicarla como una estrategia concreta, con múltiples posibilidades, que es necesario fortalecer, pero que por sí sola no logra resolver los problemas de salud bucal de manera sostenida, por cuanto deja de lado factores

que subyacen a éstos, entre los cuales se destaca la inequidad.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad son entonces complementarias y el campo de acción de la práctica odontológica se amplía cuando se concibe al odontólogo como un actor social, comprometido en acciones para mejorar la calidad de vida de las comunidades. Pero además de esto, se requiere también que la profesión preste especial atención al componente bucal de la salud, mediante estrategias preventivas concretas. Lo anterior permitirá aprovechar los conocimientos, tecnologías y recursos disponibles para evitar la aparición de las enfermedades, aportando al desarrollo económico y social al permitir al individuo desempeñarse productivamente en su entorno.<sup>19</sup>

Entre ambas, pero más cerca del campo de la prevención, se ubican los esfuerzos encaminados a promover el mantenimiento de la salud bucal mediante actividades de educación, nutrición, desarrollo personal y atención sanitaria, como un aporte hacia una visión positiva de la salud, que podría llamarse fomento de la salud,<sup>7</sup> para diferenciarla de un marco más amplio de la promoción de la salud.

### **¿QUÉ HACE TAN NECESARIA LA PREVENCIÓN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA?**

Según el último reporte mundial sobre salud bucal, los problemas globales persisten, particularmente en los grupos menos privilegiados tanto de países desarrollados como en desarrollo. De allí que la OMS afirme que, por su extensión, las enfermedades bucales siguen siendo un problema prioritario en salud pública con consecuencias sobre las funciones y la calidad de vida.<sup>2</sup>

Si bien se reconocen logros en salud bucal, en especial aquellos relacionados con la reducción de la severidad de caries dental en los países desarrollados, varios autores señalan que se ha dado una interpretación errada y que se han sobreestimado los logros, al señalar que tras un éxito relativo de disminución del 50% de la caries dental en algunos

países, otros sectores pregonan que no constituye un problema,<sup>20, 21</sup> con lo cual se han reducido recursos y esfuerzos destinados a la prevención de las enfermedades bucales.

La caries dental continúa como el principal problema de salud bucal, aun en países industrializados, por cuanto afecta el 60-90% de la población en edad escolar y a la gran mayoría de los adultos; esto lleva a la afirmación de que como enfermedad, no ha sido erradicada sino controlada.<sup>2</sup> No obstante, la tasa de reducción de la caries dental en la dentición primaria disminuyó en algunos países<sup>22-24</sup> e incluso se reporta una inversión en las tendencias en países como Noruega,<sup>25</sup> interpretada por algunos autores como el primer signo de que lo mismo ocurrirá con los indicadores a los doce años. Esta situación ha generado llamados a reconocer que el descenso de la enfermedad está llegando a su fin y que, una vez lograda la máxima reducción, es fundamental reorientar las acciones y no bajar la guardia con el fin de mantener los logros y evitar un nuevo ascenso, un fenómeno que ya se ha presentado con otras enfermedades generales aparentemente controladas.

Para el caso de la enfermedad periodontal, la OMS afirma que la mayoría de los niños y adolescentes tienen signos de gingivitis, y entre el 10 y el 15% de los adultos del mundo tienen periodontitis avanzada.<sup>2, 26</sup>

Otros problemas menos frecuentes, pero no por ello menos importantes incluyen lesiones orales, cáncer bucal, enfermedades relacionadas con el VIH/sida, noma, desórdenes del desarrollo, erosión dental, fluorosis y trauma. Sin embargo, mientras enfermedades prevenibles como la caries dental y la enfermedad periodontal se presenten con la magnitud descrita, será muy difícil que se destinen recursos públicos a la prevención y tratamiento de esas otras afecciones, a menos que, como el cáncer, comprometan la vida del paciente.

En cuanto al impacto que el deterioro de la salud bucal tiene sobre la salud general y la calidad de vida, se sabe que varias enfermedades bucales están relacionadas con problemas crónicos como enfermedades cardiovasculares, afecciones pul-

monares y diabetes, y pueden llegar a afectar las actividades cotidianas e inclusive se relacionan con complicaciones obstétricas.<sup>2, 27-30</sup> A lo anterior se suma que las enfermedades bucales causan la pérdida de miles de horas escolares y laborales. De otro lado, el enfoque tradicional de tratamiento curativo es excesivamente costoso; en los países industrializados, la enfermedad bucal constituye la cuarta enfermedad más costosa de tratar<sup>2</sup> y en muchos países de bajos ingresos, el tratamiento de la caries dental en niños excedería el presupuesto total para la atención de la infancia.<sup>31</sup>

Ante este panorama, donde persisten grandes problemas, y donde los enfoques curativos han mostrado ser limitados y muy costosos, la prevención es la alternativa más prometedora, ya que no solamente contribuye a mejorar las condiciones persistentes, sino a mantener los logros obtenidos con grandes esfuerzos por muchos países. La OMS dedica varias de sus publicaciones recientes al tema de la salud bucal, sus retos y posibilidades, y en septiembre de 2005 suscribió con organizaciones internacionales y representantes de varios países la Declaración de Liverpool, como un llamado a la acción para fortalecer las áreas de trabajo en salud bucal para el año 2020.<sup>32</sup>

## NUEVOS PARADIGMAS, NUEVOS RETOS PARA LA PREVENCIÓN

Fejerskov afirma que en lo concerniente a enfermedades, los paradigmas —aquellos conceptos dominantes de una ciencia— tienen influencia decisiva en la forma como éstas se diagnostican, se previenen y se tratan. Sin embargo, la transición hacia un nuevo paradigma implica resistencia y un ejemplo ilustrativo de ello está en la dificultad de incorporar a la práctica los nuevos conocimientos acerca del papel del flúor en el control de la caries dental, a pesar de que el concepto de ‘resistencia a la caries’ fue rebatido hace veinticinco años.<sup>33</sup>

De allí que el compromiso con la prevención debería tener como punto de partida un esfuerzo permanente por comprender la etiología, distribución y progresión de las enfermedades bucales, así como

la reflexión amplia acerca de las implicaciones que los nuevos conceptos tienen para su prevención y control. Por el carácter de este artículo, se hará alusión únicamente a explicaciones recientes sobre la enfermedad y a lo relacionado con el riesgo, como un ejemplo de que los cambios en las explicaciones acerca de una enfermedad, sus tendencias epidemiológicas o las herramientas disponibles en la práctica, pueden traer consigo avances en la prevención, si se analizan de manera crítica y se tiene en cuenta el conocimiento disponible a partir de la investigación.

### **La perspectiva ecológica**

Actualmente, la hipótesis ecológica de la placa postula que la placa dentobacteriana cumple condiciones tanto de biopelícula como de comunidad bacteriana. A partir de sus postulados, se reconoce que la caries dental y la enfermedad periodontal son enfermedades más complejas de lo que anteriormente se pensaba, que ocurren en sitios donde hay una microflora natural preexistente y diversa, y que en ellas están implicadas una serie de relaciones de los microorganismos entre sí y con el microambiente oral.

De acuerdo con esta perspectiva, la enfermedad requiere entonces cierto grado de desarrollo de la biopelícula y se explica como consecuencia de un cambio en el equilibrio microbiano en un sitio específico.<sup>34,35</sup> La presencia de ciertos microorganismos que se asocian con la enfermedad no es entonces suficiente para que ésta se desarrolle; se requiere un cambio en las condiciones locales de manera que éstos proliferen o tengan ventajas competitivas,<sup>36,37</sup> lo cual explica que la flora de sitios “sanos” y “enfermos” tenga diferencias.<sup>34</sup> La caries dental y la enfermedad periodontal se consideran entonces infecciones endógenas y oportunistas, que se desarrollan como consecuencia de un desequilibrio.

Los cambios de paradigmas invitan entonces a apartarse de conceptos que evolucionaron a partir de modelos médicos convencionales acerca de la etiología de las infecciones más simples,<sup>37</sup> hacia otros modelos más elaborados, para lograr mayor comprensión de las enfermedades bucales

y para el desarrollo de estrategias de control más efectivas.

Una de las principales implicaciones que estos nuevos modelos de enfermedad traen al campo de la prevención, consiste en reconocer que siempre existe la posibilidad de desarrollar la enfermedad; Fejerskov afirma que el riesgo de caries dental nunca es cero, lo cual también podría aplicarse a la enfermedad periodontal. De allí que la prevención debe orientarse como un esfuerzo continuo por mantener las condiciones que propicien la salud y haga posible detectar cuándo ésta se encuentra amenazada. El tratamiento, por su parte, no se debe limitar al manejo de los signos o las lesiones; es necesario realizar todas las medidas necesarias para recuperar un estado lo más cercano posible al equilibrio.

Lo anterior también implica que la caries dental y la enfermedad periodontal no son entidades aisladas y podrían agruparse bajo la denominación de “infecciones de origen dentobacteriano”. Sin embargo, como lo destaca Escobar, tradicionalmente ha existido una dicotomía conceptual que separa caries dental y enfermedad periodontal, en la cual se ignora que los componentes de la flora normal de la cavidad bucal del ser humano pueden dar origen a cualquiera de ellas —o a ambas— en determinados momentos de la vida; esta dicotomía conduce a depositar la responsabilidad en diferentes especialidades y campos de acción de la odontología. Para superarla, propone unificar los conceptos generales de etiología y prevención de ambas enfermedades tanto en la docencia como en la práctica y no considerarlas como si se tratase de eventos esporádicos; lo cual sería un gran avance hacia la práctica odontológica más integral y efectiva en dar respuesta a las necesidades de salud bucal.<sup>38</sup>

### **Diferencias en el riesgo de enfermarse y sus implicaciones**

A partir del concepto de riesgo como la probabilidad de enfermarse, la epidemiología se encargó de identificar los factores relacionados con la presentación de las enfermedades o las lesiones, como

un paso hacia la prevención y llamó ‘factor de riesgo’ a aquel evento o estado conocido que afecta el equilibrio y produce daño a la salud o aumenta la susceptibilidad a la enfermedad. No obstante, en la práctica odontológica la incorporación del concepto de riesgo a las estrategias preventivas es más bien reciente.

Sólo a partir del descenso en la severidad de la caries dental se inició una reflexión en este sentido, ya que como fenómeno asociado se encontró que cerca del 80% de las lesiones se presentan entre el 20 y el 25% de los individuos,<sup>39, 40</sup> y que a ellos se deberían orientar los mayores esfuerzos preventivos, sin descuidar el segmento restante de la población.<sup>41</sup> La polarización de la enfermedad bucal requiere entonces un esfuerzo adicional por renovar las estrategias de prevención y tratamiento.<sup>42</sup> Por ello, en la actualidad es común encontrar textos orientados al tema del riesgo de caries dental y se han realizado simposios y seminarios con el fin de reflexionar acerca del mismo y de sus implicaciones para la práctica odontológica. Por su parte, autores como Bratahall<sup>43</sup> y Axelsson<sup>44</sup> han propuesto modelos de clasificación para la toma de decisiones en la práctica odontológica, con resultados positivos.

En el campo de la enfermedad periodontal, se hace aún más difícil la identificación de los factores de riesgo; sólo se ha encontrado una asociación fuerte entre ésta y la higiene oral y el consumo de cigarrillo.<sup>45</sup> Otros autores afirman que se debe incorporar el control de factores modificantes de la enfermedad periodontal —basado en los perfiles de riesgo— a los programas de prevención<sup>25</sup> y mencionan la higiene oral deficiente, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el estrés y la diabetes mellitus.

En esa línea, la OMS propone un “enfoque de riesgo común” como una nueva estrategia preventiva, a partir de la evidencia disponible acerca de que ciertos factores de riesgo comunes a enfermedades crónicas son compartidos por la mayoría de las enfermedades orales;<sup>2</sup> por tanto, el trabajo conjunto para dirigir las acciones hacia esos factores y hacia los determinantes sociales que subyacen a ellos, no solamente será una estrategia más efectiva

sino más eficiente, en especial en aquellos países con limitaciones en el personal y en los recursos disponibles para salud bucal.<sup>46</sup>

Tal vez por ser el enfoque de riesgo una propuesta que proviene de la epidemiología, no ha sido fácil su adopción por parte de la profesión odontológica. En el caso de las acciones colectivas de salud pública, muchos argumentan el alto costo que conlleva la identificación de los grupos o individuos con mayor riesgo; sin embargo, ante los cambios observados en las tendencias de la enfermedad, la clasificación del riesgo individual y colectivo puede convertirse en una buena herramienta para la toma de decisiones, que contribuya a reducir las disparidades y optimizar el acceso a la atención.<sup>47</sup>

En el campo de la atención individual, la creciente evidencia acerca de las posibilidades del enfoque de riesgo invita a que no se retrase más su implementación como parte de una atención más efectiva y racional y deja sin piso la aplicación de esquemas preventivos preestablecidos a todos los pacientes. Sin embargo, para no caer nuevamente en enfoques simplistas, se debe insistir en la necesidad de incorporar un análisis conjunto de todos los factores que modifican el riesgo, como eventos que afectan el equilibrio y que pueden favorecer la aparición o el progreso de la enfermedad, y no como situaciones aisladas que por sí mismas llevarán necesariamente a la enfermedad y que es necesario modificar a toda costa.

### **ACCIONES ESPECÍFICAS EN PREVENCIÓN: MÁS ALLÁ DE LOS PROCEDIMIENTOS**

En un intento por prevenir las enfermedades bucales más comunes, surgen diversas estrategias y actividades; entre éstas, las más comunes son aquellas orientadas al control mecánico de la placa dentobacteriana, bien sea por parte del profesional o del paciente, a la remoción de factores mecánicos que pudieran favorecer la retención, así como el uso de agentes quimioterapéuticos y medidas específicas como los sellantes. También ocupan un papel importante los esfuerzos por modificar comportamientos relacionados con las enferme-

dades, como son ciertas características de la dieta y el hábito de fumar.

El flúor como medida preventiva en caries dental merece una consideración aparte, tanto por el papel que se le atribuye en la reducción de la severidad de caries dental, como por los enormes cambios en la comprensión de sus mecanismos y modos de acción y por la controversia que ello ha generado frente a la utilización de fuentes sistémicas versus tópicas, en especial por el riesgo de fluorosis dental.

Las experiencias sugieren que es posible reducir el avance de las enfermedades por medio de las acciones preventivas señaladas anteriormente, y múltiples estudios han demostrado la efectividad de algunas de estas acciones, pero también sus debilidades,<sup>46</sup> que se explican en parte por la complejidad y el carácter multifactorial de las enfermedades. Sin embargo, no se pretende realizar aquí una descripción de tales acciones ni un análisis de su efectividad; se busca más bien hacer un llamado a que los profesionales tengan siempre presente que no son los procedimientos específicos por sí mismos los que constituyen la prevención, es más bien lo que ellos implican en el equilibrio.

De allí que la prevención no consiste en actividades y procedimientos realizados de manera mecánica, sino una filosofía de trabajo que debe incorporarse a la cotidianidad de la práctica, donde el análisis permanente de todos los factores, tanto determinantes como de riesgo, lleve a realizar las acciones más indicadas en cada momento.

Otro asunto fundamental, y con frecuencia olvidado, tiene que ver con la educación. Gran parte de las estrategias preventivas apuntan a un cambio en los patrones de comportamiento; sin embargo, se asume en muchos casos que la simple información al paciente o a la comunidad será suficiente para lograrlo. El componente educativo de las intervenciones se reduce entonces a la transmisión vertical de conocimiento, con el objetivo de cambiar comportamientos “indeseables” desde la óptica de los profesionales, desconociendo las implicaciones que lo cultural, lo socioeconómico y lo educativo tienen sobre los mismos.<sup>48</sup> De allí que la evidencia

apunte a que muchas de las intervenciones educativas fracasen,<sup>48-50</sup> por su enfoque alejado de las necesidades, saberes y significados de las personas. Un nuevo enfoque preventivo debería avanzar en propuestas educativas que no dejen de lado el contexto en el cual se dan las prácticas en salud.

## CONCLUSIÓN

Bajo las premisas expuestas, la prevención en la práctica odontológica debería adquirir un carácter de integralidad y continuidad, en donde más allá de las actividades que implica, se convierta en una actitud profesional y en un esfuerzo continuo. Por tanto, debería iniciarse desde la gestación y continuar durante toda la vida del individuo, con acciones que no se dirijan exclusivamente a detectar, controlar o tratar enfermedades específicas, sino también a fomentar el adecuado desarrollo de todo el componente bucal de la salud y de sus funciones, con un enfoque de salud positiva.

Más allá de una fase del tratamiento individual o un tipo específico de intervención comunitaria, la prevención debe ser parte medular del quehacer de los profesionales en odontología. Ello implica el desarrollo de destrezas y actualización permanente, pero ante todo considerarla como una responsabilidad de la práctica odontológica, que ponga el conocimiento científico, las posibilidades y los avances al servicio de mejores condiciones de salud.

## CORRESPONDENCIA

Gloria Escobar P.  
Facultad de Odontología  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia  
Dirección electrónica: gescobarp@gmail.com.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Avances recientes en salud bucodental: Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra: WHO; 1992. (Serie de Informes Técnicos. 826).
2. Petersen PE. The world oral health report. Geneva: WHO, 2003.

3. US Public Health Services. Oral health in America: a report of the general surgeon- executive summary. Rockville: US Public Health Services. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.
4. Sheinham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Org*, 2005; 83(9): 644-645.
5. Colombia. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá: Ministerio de Salud, 1996.
6. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En: OPS. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS, 1996; pp 37-44. (Publicación científica N.º 557).
7. Entralgo L. Historia universal de la medicina. Madrid: Salvat, 1975.
8. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS, 1996. (Publicación científica N.º 557).
9. Organización Panamericana de la Salud. Marco general. En: OPS. Planificación local participativa. Washington: OPS, 1999. pp. 11-31.
10. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Washington: OPS, 1986.
11. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la salud y equidad. Santafé de Bogotá: OMS/OPS, 1992.
12. Peres MA, Latorre MR, Sheinham A, Peres KGA, Barros FC, Hernández PG et al. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2005; 33: 53-63.
13. Gilchrist JA, Brumley DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. *J Am Dent Assoc*, 2001; 132(2): 215-222.
14. Diehnelt DE, Kiyak HA. Socioeconomic factors that affect international caries levels. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2001; 29: 226-233.
15. Weinstein, P. Public health issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1998; 26(Suppl. 1): 84-90.
16. Quiñónez MA. Early childhood caries: analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. *Caries Res*, 2001; 35: 376-383.
17. Petersen PE, Estupinan-Day S, Ndiaye C. WHO's action for improvement of oral health. *Bull World Health Organ*, 2005; 83(9): 642-643.
18. White, F. La epidemiología y el fomento de la salud: una perspectiva Canadiense. *Rev. Cubana Salud Pública*, 1993; 19(1): 43-57.
19. Eslava JC. PS y PE: dos dimensiones fundamentales en la política de salud En: Memorias Simposio Internacional de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Promoción de la salud para la vida [CD-ROM]. Medellín: [s. n.], 2002.
20. Bowen. WH. Are current models for preventive programs sufficient for the needs of tomorrow? *Adv Dent Res*, 1995; 9(2): 77-81.
21. Bowen WH. Do we need to be concerned about dental caries in the coming millennium? *Crit Rev Oral Biol Med*, 2002; 13(2): 126-131.
22. Adam C, Eid A, Riordan PJ, Wolikow M, Cohen F. Caries experience in the primary dentition among french 6-year old between 1991 and 2000. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2005; 33: 333-340.
23. Pitts NB, Evans DJ, Nugent ZJ. The dental caries experience of 5-year-old children in Great Britain: surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 1999/2000. *Community Dent Health*, 2001; Mar;18(1): 49-55.
24. Escobar G, Ortiz AC, Mejía LM. Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 2003; 21: 107-118.
25. Haugejorden O, Birkeland JM. Evidence for the reversal of the caries decline among Norwegian children. *Int J Paediatric Dent*, 2002; 12: 306-15
26. Axelsson P, Albandar JM, Rams TE. Prevention and control of periodontal diseases in developing and industrialized nations. *Periodontol*, 2000, 2002; 29: 135-146.
27. Okoro CA, Balluz LS, Eke PI, Ajani UA, Strine TW, Town M et al. Tooth loss and heart disease findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Am J Prev Med*, 2005; 29(5 Suppl 1): 50-56.
28. Philstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet*, 2005; 19(366):1809-1820
29. Farrell S, Ide M, Wilson RF. The relationship between maternal periodontitis, adverse pregnancy outcome and miscarriage in never smokers. *J Clin Periodontol*, 2006; 33: 115-120.
30. López N J, Smith P C, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol*, 2002; 73: 911-924.
31. Yee R, Sheinham A. The burden of restorative dental treatment for children in third world countries. *Int Dent, J* 2002; 52:1-9.
32. WHO. The Liverpool Declaration. Promoting Oral Health in the 21st Century. [En línea]. Disponible en: <http://who.int/healthpromotion/conferences/en>. [26 de enero de 2006].
33. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*, 2004; 38: 192-191.
34. Marsh PD. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? *Microbiology*, 2003; 149: 279-294.

35. Kleninberg I. A mixed-bacteria ecological approach to understanding the role of the oral bacteria in dental caries causation: an alternative to Streptococcus mutans and the specific-plaque hypothesis.. Crit Rev Oral Biol Med 2002; 13(2): 1008-1125.
36. Marsh PD. Dental plaque as a microbial biofilm. Caries Res, 2004; 38: 204-211.
37. Marsh PD. Dental plaque: biological significance of a biofilm en community life-style. J Clin Periodontol, 2005; 32 (Suppl 6): 7-15.
38. Escobar A. Infecciones de origen dentobacteriano [CD-ROM]. Medellín: CES, 2004. v. 1 (Serie Doctor Alfonso Escobar).
39. Ten Cate JM. What dental diseases are we facing in the new millennium: some aspects of the research agenda. Caries Res, 2001; 35(suppl 1): 2-5.
40. Seppä L. The future of preventive programs in countries with different systems for dental care. Caries Res 2001; 35 (Suppl1): 26-29
41. Hausen H. Caries prediction —state of the art—. Community Dent Oral Epidemiol, 1997; 25: 87-96.
42. Vehkalahti M, Tarkkonen L, Varsio S, Heikkilä P. Decrease and polarization of dental caries occurrence among child and youth populations, 1976-1993. Caries Res, 1997; 31(3): 161-165.
43. Bratahall D, Pettesson GH. Cariogram – a multifactorial risk assessment modal for a multifactorial disease. Community Dent Oral Epidemiol, 2005; 33: 256-264.
44. Axelsson P. An introduction to risk prediction and preventive dentistry. Chicago: Quintessence Publishing, 2000.
45. Ramseier CA. Potencial impact of subject-based risk factor control in periodontitis. J Clin Periodontol, 2005; 32 (suppl 6): 283-290.
46. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ, 2005; 83: 711-718.
47. Franco A, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Rev Fac Odont Univ Ant, 2004; 15(2): 78-90.
48. Organización Panamericana de la Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington: OPS, 1992.
49. Primosch RE, Balsewich CM, Thomas CN. Outcomes assessment and intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a medicaid population. ASDC J Dent Child, 2001; 63(2): 102-108.
50. Reisine S, Douglas JM. Psychosocial and behavioral issues in ECC. Community Dent Oral Epidemiol, 1998; 26 (Suppl 1): 32-44.

## Cátedra Abierta recibe nombre de prestigioso egresado



  
**CÁTEDRA ABIERTA**  
**"OSCAR JAVIER RESTREPO"**  
  
**Facultad de Odontología**  
**Universidad de Antioquia**  
**PROGRAMATE Y ASISTE!**  
 El Segundo y Cuarto viernes de cada mes  
 En el Auditorio Principal de la Facultad  
 Horario: 7:00 a 8:00 a.m.  
  
 CONSULTA LA PROGRAMACIÓN  
<http://odontologia.udea.edu.co>  
 Teléfonos: 210 67 60 - 210 67 04 - 210 67 07

El viernes 23 de junio de 2006 en el espacio de Cátedra Abierta se llevó a cabo un corto homenaje para el relanzamiento de este espacio académico acogiendo la resolución del Consejo de Facultad, para dar a conocer el nombre que de ahora en adelante llevará este programa académico: CÁTEDRA ABIERTA ÓSCAR JAVIER RESTREPO. Se realizó un sencillo acto en honor a quien fuera uno de sus eméritos egresados y como parte de las actividades programadas en la conmemoración de los 65 años de la Facultad.

El doctor Óscar Javier Restrepo egresó como odontólogo de nuestra universidad en 1948, se especializó en Estados Unidos en Patología Oral y Periodoncia en Michigan y en Boston. En 1952 al regresar al país, se vinculó como docente de la Facultad de Odontología del Alma Máter donde impartió la cátedra de Periodoncia. Participó de las investigaciones realizadas por el doctor Irving Glickman, trascendió las fronteras de la docencia e impulsó la creación de la Sociedad Colombiana de Periodoncia en 1959. Fue decano de la Facultad entre mayo de 1957 y agosto de 1960 y entre 1953 y 1954. También presidió la Sociedad Odontológica Antioqueña SOA.