

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## El papel de la Odontología en el Sistema de Salud actual desde una perspectiva Bioética [Dentistry's role in the current health system from a bioethics perspective]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Ocampo García, Karla Gabriela;Salgado Valdés, Alberto;González Solano, Felipe
Publisher	Comisión de bioética del Estado de México
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-09 15:37:37
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/214029">http://hdl.handle.net/20.500.12424/214029</a>

# El papel de la Odontología en el Sistema de Salud actual desde una perspectiva Bioética

E en PMF. Karla Gabriela Ocampo García\*  
Dr En Ep. Alberto Salgado Valdés\*  
M.A.S.S. Felipe González Solano\*

## Resumen

Dentro del sistema de salud actual en México, la odontología enfrenta dilemas éticos importantes. Las interacciones odontólogo-paciente, el acceso a la salud dental y la conciencia del diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas que ocupan los primeros lugares de morbilidad en nuestro país, entre otros, atraen un abordaje sobre la base de la ética a la práctica profesional odontológica. En este artículo abordaremos desde la perspectiva de la bioética, como una alternativa abierta, basada en el diálogo y comprensión de evidencias, que proporciona herramientas, tanto a dentistas como a médicos, para dar solución a dilemas éticos y apoyar las discusiones interdisciplinarias e interprofesionales respecto a la mejor manera de actuar en el diagnóstico oportuno y el manejo de pacientes con morbilidades asociadas.

Palabras clave: bioética en odontología, necesidades sociales.

## Introducción

En México, la evolución del perfil epidemiológico muestra un evidente proceso de transición, caracterizado por la coexistencia de enfermedades y



muerdes por causas infecciosas, con aquellas relacionadas a padecimientos crónico-degenerativos, accidentes, y lesiones; las enfermedades bucodentales no son la excepción a estas tendencias, por lo que entre las prioridades a las que se aboca la política de salud bucal en México son disminuir la experiencia de caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal, dentro de lo cual se han diseñado diversos componentes de la política, como son: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y la fluoruración de la sal (Secretaría de Salud, 2000).

Dentro del ejercicio de la odontología, el análisis y la reflexión ética formal son

\*Catedrático de la Facultad de Odontología de la UAEMEX, Especialista Maxilofacial del Centro Oncológico Estatal ISSEMYM  
\*Director de la Facultad de Odontología de la UAEMEX  
\*Secretario de Docencia de la UAEMEX

componentes esenciales en la toma de decisiones de los profesionales de la salud.

Todas las recomendaciones y procedimientos para la realización de tratamientos tienen una base ética y una consecuencia, por lo que se trata de una elección moral. Por ello el quehacer odontológico debe estar basado en responder ante las demás personas y ante nuestra propia conciencia de nuestros tratamientos y de los efectos que estos producen, buscando el bienestar de los pacientes.

La odontología considerada como una profesión mediante la cual el individuo trata de solucionar sus necesidades materiales y de las personas a su cargo, servir a la sociedad y perfeccionarse como ser moral, ejerciendo ésta en sociedad, por y para los demás, por eso su carga moral.

Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son las de mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública. Una de las principales tareas de los planeadores en salud es encontrar estrategias para prevenir o controlar estos problemas que en las últimas investigaciones han reportado una correlación directa con enfermedades sistémicas como las cardiopatías, el síndrome metabólico, cáncer, entre otras (Anderson RJ. 1982, Mayanagi H, 1995).

La causa más probable de la disminución en la prevalencia de enfermedades orales en el mundo es la instauración de

programas de educación, prevención y tratamiento de estas patologías, los cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de sistemas de prevención regionales como fluoruros en sus diversas presentaciones. Sin embargo otros estudios reconocen que no solo estas alternativas tienen influencia en la disminución de lesiones orales y que otros factores se deben considerar (Anderson RJ. 1982; Manji F. 1990; Brunelle A. 1982; Mayanagi H, 1995).

Es Indudable que los problemas orales influyen en la condición general de la persona. El diagnóstico clínico de una enfermedad oral puede ayudar a conocer la causa así como el pronóstico de una patología sistémica, sin embargo no refleja directamente el nivel de alteración en el individuo. Para la mayoría de las personas las enfermedades orales no son de por vida, ni tan severos que deshabiliten, no obstante sus consecuencias pueden impactar en la vida diaria en diferentes grados y provocar la percepción de incapacidad alterando el desenvolvimiento psicosocial (Secretaría de Salud, 2000).

Ya en el siglo XVIII, Benjamín Rush afirmó que la artritis, exclusivamente, podía ser tratada después de extraer dientes permanentes en mal estado. En 1910, William Hunter, médico inglés, habló de infecciones bacterianas al nivel de cerebro, corazón y pulmón provenientes de dientes infectados. A finales del siglo XX (1992), Rams y Slots plantearon que las infecciones buco-dentales pueden integrarse al grupo de causas relacionadas con cuadros mórbidos generales, capaces de llevar el paciente a la muerte (Anderson RJ. 1982). Esta diversidad de factores es fundamental para entender

la relación entre las características del perfil de salud en una población, y las políticas imperantes en ese ambiente. Es generalmente aceptado que un número amplio de factores determinan la salud de la población (Brunelle A. 1982; Mayanagi H, 1995).

### **La salud bucal como elemento de la salud general**

Desde hace ya varias décadas, la Organización Mundial de la Salud desarrolló una definición de salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. En años más recientes ha existido un considerable progreso en el desarrollo de medidas funcionales en salud bucal desde un punto de vista integral, por lo que según la definición antes descrita, si se padece una enfermedad bucal se carece de salud general (Secretaría de Salud, 2000; Mayanagi H, 1995).

La salud bucal incluye el componente “dental” pero se relaciona con todo el complejo estomatognático. En otras palabras, no puede visualizarse únicamente como un problema dentario. Diversos estudios han cuantificado las consecuencias sociales de la enfermedad a través de las limitaciones en la vida diaria y la calidad de vida, aunque desafortunadamente la investigación en el estado de salud ha incluido primordialmente el espectro de condiciones severas y crónicas y relativamente poca atención se le ha dado al impacto social de los problemas bucales (Organización Panamericana 1993; Astrom AN, 2005).

Es decir, la salud bucal ha sido medida tradicionalmente con base en la

patología de los tejidos, con limitado reconocimiento de las implicaciones de salud, económica y social de patologías sistémicas. La percepción que explica por qué la incapacidad funcional causada por la enfermedad bucal no ha sido incorporada dentro de los indicadores del estado de salud general, es que las condiciones bucales son comúnmente experimentadas por la mayoría de los individuos, y como no amenazan la vida en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen el “rol de enfermo” para la mayoría de las condiciones dentales.

Esto hace que la utilización de servicios de salud dental se vea disminuida y en muchos casos no sea importante dentro de la agenda. Sin embargo, la evidencia sugiere que las condiciones dentales tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad. Por ejemplo, datos de la Encuesta Nacional de Salud de Estados Unidos de Norteamérica indican que solo los dolores dentales causan aproximadamente 17.7 millones de días en un adulto con un promedio de vida de 64 años en actividad restringida, lo que representa un serio problema para la sociedad y un gasto importante para los sistemas de salud (Reisine ST. 1985; Sheiham A. 1998).

Este impacto rebasa el ámbito puramente bucodental, varias investigaciones han demostrado la asociación existente entre las enfermedades bucales y las enfermedades sistémicas como endocarditis, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, infarto, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria, y osteoporosis, así como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros, deficiencias nutricionales en

los adultos y cáncer (Joshiyura KJ, 2003; Sepehr A, Kamangar, 2005).

Básicamente y para dar solución a estas prerrogativas de salud, se creó la definición de Odontología Sistémica, la cual consiste en la aplicación de terapias esencialmente odontoestomatológicas destinadas a dar solución a enfermedades sistémicas o generales originadas por se o con manifestaciones en el sistema estomatológico (sistema formado por el cráneo, cara, boca elementos de apoyo o soporte). La forma de aplicación de la Odontología Sistémica, se efectúa esencialmente, a través de la Biocibernética o Terapia Funcional Reprogramable, metodología -ésta última- exclusiva del campo odontológico, cuyas bases anátomo-fisiológicas se encuentran descritas desde el año 1902 en la Academia de Medicina de París, cuando fue premiado el tratado de Anatomía Humana de Louis Testut, con el Premio Santour, dentro del cual se prueba la importancia del macizo craneofacial con el resto del cuerpo (Joshiyura KJ, 2003; Sepehr A, 2005).

## **Conclusión**

Hoy día la odontología es muy diferente de la que se practicaba hace una o dos décadas, no solo por las técnicas y procedimientos empleados, sino también por los tipos de pacientes que se ven. Como consecuencia de los avances en la ciencia médica, la gente vive más años y está recibiendo tratamiento médico por enfermedades que eran fatales unos pocos años antes. Como resultado del aumento en el número de pacientes

dentales, especialmente los de mayor edad, con problemas médicos crónicos, es importante que el odontólogo esté familiarizado con los trastornos médicos de cada paciente, ya que muchas enfermedades obligan a modificar el tratamiento dental. La incapacidad de realizar las modificaciones terapéuticas adecuadas puede provocar serias consecuencias.

También debemos recordar que el Equipo de Salud debe obligadamente tener ya un pensamiento multidisciplinario, con lo cual se integre de manera rutinaria la atención odontológica en pro de la mejora en la calidad de vida de los pacientes con morbilidades asociadas o no, dentro del campo esencialmente preventivo. Ya que el odontólogo por ser un profesional de la salud de contacto directo del tipo frecuente, juega un papel importante en el diagnóstico oportuno, especialmente en enfermedades crónico-degenerativas y otras en las que el papel de la saliva como fluido corporal diagnóstico es importante.

Debido a que nuestra sociedad es pluralista y compleja podemos destacar que el profesional en salud está obligado necesariamente a mirar al paciente de forma integral y como un potencial portador de enfermedad, se hace necesario la revaluación del sistema de salud actual ponderando en su relevancia al profesional de la salud en odontología, no solo en pacientes con enfermedades sistémicas, sino todo paciente que requiera nuestra atención, partiendo desde la clarificación de valores y elecciones a través de la bioética.

## Referencias Bibliográficas:

- Abnet CC, Kamangar F, Dawsey SM, Stolzenberg-Solomon RZ, Albanes D, Pietinen P, et al. (2005). *Tooth loss is associated with increased risk of gastric non-cardia adenocarcinoma in a cohort of Finnish smokers*. Scand J Gastroenterol; 40:681-7.
- Abnet CC, Qiao YL, Mark SD, Dong ZW, Taylor PR, Dawsey SM. (2001). *Prospective study of tooth loss and incident esophageal and gastric cancers in China*. Cancer Causes Control; 12:847-54.
- Ainamo J, Parviainen K. (1989). *Influence of increased tooth brushing frequency health in low, optimal and high fluoride areas in Finland*. Community Dent Oral Epidemiol; 17:296-9.
- Allen PF. (2005). *Association between diet, social resources and oral health related quality of life in edentulous patients*. J Oral Rehabil; 32:623-8.
- Amar S, Han X. (2003). *The impact of periodontal infection on systemic disease*. Med SciMonit; 9:291-9.
- Anderson RJ. (1982). *The reduction of dental caries prevalence in English school children*. J Dent Res; 61(Special Iss): 1311-6.
- Astrom AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. (2005). *Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates*. Eur J Oral Sci; 113:289-96.
- Brunelle A, Carlos JP. (1982). *Changes in the prevalence of dental caries in US schoolchildren, 1961-1980*. J Dent Res; 61(Special Iss):1346-51.
- Cypriano S, Pecharki GD, de Souza ML, Seichi. Wada R. (2003). *A saúde bucal de escolares residente assim local is como usem fluoretacaonas águas de abastecimento público narigão de Sorocaba, São Paulo, Brasil*. CAD Saúde Pública; 19:1063-71.
- Downer MC. (1982). *Secular changes in caries dental experience in Scotland*. J Dent Res; 61(Special Iss):1336-9.
- Elter JR, Offenbacher S, Toole JF, Beck JD. (2003). *Relationship of periodontal disease and edentulism to stroke/TIA*. J Dent Res; 82:998-1001.
- Fong IW. (2004). *Emerging relations between infectious diseases and coronary disease and atherosclerosis*. CMAJ 2000; 163: 49-56. 22. Luis-Delgado O, Echeverría-García JJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. *La periodontitis como factor de riesgo en los pacientes con cardiopatía isquémica*. Med Oral. (Esp); 9:125-37.
- Joshiyura KJ, Hung HC, Rimm EB, Willet WC, Ascheiro A. (2003). *Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke*. Stroke; 34:47-52.
- Manji F, Fejerscov O. (1990). *Dental caries in developing countries in relation to the appropriate use of fluoride*. J Dent Res; 69:733-41.
- Maupomé G, Clark DC, Levy SM, Berkowitz J. (2001). *Patterns of dental caries following the cessation of water fluoridation*. Community Dent Oral Epidemiol 29:37-47.
- Mayanagi H, Saito T, Kamiyama K. (1995). *Cross-sectional comparisons of dental caries trends in nursery schoolchildren in Sendai, Japan*. Community Dent Oral Epidemiol; 23:344-9.
- Mojon P, Budtz-Jorgensen E, Rapin CH. (1999). *Relationship between oral health and nutrition in very old people*. Age Ageing; 28:463-8.
- Mokeem SA, Molla GN, Al-Jewair TS. (2004). *The prevalence and relationship between periodontal disease and pre-term low birth weight infants at King Khalid University Hospital in Riyadh, Saudi Arabia*. J Contemp Dent Pract; 5: 40-56.
- Nadanovsky P, Sheiham A. (1995). *Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in 1970's and early 1980's*. Community Dent Oral Epidemiol; 23:331-9.
- Newbrum E. (1989). *Effectiveness of water fluoridation*. J Public Health Dent; 49:279-89.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La salud bucal*. HSD/SILOS-22. OPS; (1993).
- Reisine ST. (1985). *Dental health and public Policy: The social impact of dental disease*. Am J Public Health; 75: 27-30.
- Renvert S, Ohlsson O, Persson S, Lang NP, (2004). *Persson GR. Analysis of periodontal risk profiles in adults with or without a history of myocardial infarction*. J ClinPeriodontol; 31:19-24.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Programa de Salud Bucal. SSA México;2000.
- Sepehr A, Kamangar F, Fahimi S, Saidi F, Abnet CC, Dawsey SM. (2005). *Poor oral health as a risk factor for esophageal squamous dysplasia in northeastern Iran*. Anticancer Res; 25:543-6.
- Sheiham A. (1998). *Oral health, general health and quality of life* [editorial]. Bull World Health Organ 2005; 644-5. 17. Strom BL, Abrutym E, Berlin JA, Kinman JL, Feldman RS, Stolley PD, et al., *Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis. A population based, case control study*. Ann Intern Med; 129:761-9.
- Taguchi A, Sanada M, Suei Y, Ohtsuka M, Lee K, Tanimoto K, et al. (2004). *Tooth loss is associated with an increased risk of hypertension in postmenopausal women*. Hypertension; 43:1297-300.
- Wei WQ, Abnet CC, Lu N, Roth MJ, Wang GQ, Dye BA et al. (2005). *Risk factors for oesophageal squamous dysplasia in adult inhabitants of a high risk region of China*. Gut; 54:759-63.