

La extracción dental en la atención primaria

Mariño Míguez, J.M.¹; Sieira Fernández, M.²

¹(Médico-Estomatólogo). Práctica Privada y en A.P. del SERGAS. ²(Médico y Odontólogo). Práctica Privada y Tutor Clínico en la USC.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2003; 10: 276-279

RESUMEN

El objetivo de este trabajo, es mostrar la necesidad de un método de educación sanitaria consensuada que logre concienciar a los pacientes afectados de patología dental, para que participen activamente en el tratamiento de la misma y sigan estrictamente las recomendaciones prescritas por su facultativo.

Realizado un estudio sobre los motivos de extracción dentaria en Atención Primaria, en dos centros de salud, durante dos años, hemos encontrado una proporción a considerar de causas socio-económicas no muy claras y de desconfianza ante el tratamiento conservador propuesto.

La desconfianza o la satisfacción del paciente por la restauración de su boca, estará determinada sobre todo, por la sensación percibida durante el tratamiento y por las aclaraciones previas con su profesional. Es esencial un programa de prevención de cara al interés del paciente que lo reconozca como "la búsqueda de su bienestar".

INTRODUCCIÓN

A pesar de las medidas preventivas y conservadoras vigentes en la actualidad, un 90% de la actividad quirúrgica de un Odontólogo General se concreta en la extracción dentaria. Y aún sabiendo que normalmente no entraña riesgos, siempre hay que tener en cuenta las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas como dolor, infección, hemorragia, etc.¹

¿Son conscientes la mayoría de los pacientes, de que la exodoncia solo debe realizarse como último recurso ante una patología dentaria?

¿Sabemos, la mayoría de los profesionales que trabajamos en la Atención Primaria, como convencer a nuestros pacientes para que agoten todas las posibles vías terapéuticas conservadoras antes de llegar a tal solución irreversible?

La mayoría de los autores consultados, coinciden en la **Clasificación de las Indicaciones Verdaderas de la Exodoncia**. A pesar de que los dientes sean un componente importante del cuerpo humano, en casos concretos y precisos puede ser pertinente la extracción de dientes permanentes o temporales^{1,2,3}:

1. Caries o destrucción de tejido dentario tal, que sea imposible el tratamiento conservador.
2. Enfermedad periodontal tan avanzada que ya no sea tributaria de las técnicas terapéuticas conservadoras.
3. Motivos ortodóncicos, cuando el estudio correspondiente y competente indique la exodoncia dentaria concreta como medida coadyuvante.
4. Anomalías en la erupción y/o dientes incluidos que produzcan patología y las técnicas ortodóncico-quirúrgicas no puedan lograr la ubicación correcta en la arcada.
5. Motivos protésicos razonables para conseguir el mejor diseño y estabilidad de la rehabilitación.
6. Causas socio-económicas bien valoradas, como es el caso de algún diente que aunque tributario de un tratamiento conservador, ante la causa aludida, se extrae para evitar complicaciones derivadas de focos de sepsis evidentes.

Pero ante la teoría de dicha clasificación, nos hemos encontrado con una realidad que la matiza y la varía sen-

Dirección para correspondencia:

Jesús M^º Mariño Míguez. C/ Rúa Principal, 73-1^º
15930 BOIRO. (La Coruña). Tel. 981 844 407

siblemente. Un aspecto crucial es la actitud del paciente; cuando está motivado para conservar sus dientes naturales, cualquier procedimiento que los preserve será justificable y aceptado. Pero cuando el paciente evita cualquier tipo de cuidado o tratamiento dental (a pesar de nuestros intentos de orientación educativa hacia la conservación) e incluso da preferencia a otros procedimientos mas cruentos innecesarios y hasta ve ventajas en tener prótesis completas, dicha actitud nos lleva al fin, a simplificar nuestras acciones y, desgraciadamente, nos vuelve extraccionistas.

La ausencia o pérdida dentaria provocará espacios edéntulos antiestéticos, masticación y asimilación alimentaria deficientes, disfunciones temporomandibulares, maloclusiones, enfermedad periodontal, cambios de la personalidad e inadaptación social. Y además condiciona la existencia y utilización de una prótesis rehabilitadora y la carga económica que ésta representa⁴.

Sin embargo, no dejan de ser frecuentes las sugerencias e incluso imposiciones de pacientes de determinadas escalas socioculturales, que acuden a la consulta con su particular idea de "sanear" su boca a través de la extracción de dientes totalmente recuperables, y más aún, absolutamente sanos⁴.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio sobre los pacientes atendidos en los Centros de Salud de Pobra do Caramiñal y Sta. Uxia de Riveira, ambos en la provincia de la Coruña, durante los años 2001 y 2002 (Figura 1). De la totalidad de los consultados, la actividad odontológica mas demandada y realizada ha sido, a nuestro pesar, la extracción dental (Figura 2 y 3).

RESULTADOS

Utilizando la clasificación mencionada, hemos podido comprobar que los dos motivos mas frecuentes de extracción dental han sido, la movilidad exagerada por Periodontitis Avanzada Severa y los restos radiculares no aprovechables por la gran destrucción del tejido dentario debido a la magnitud de la Caries. Pero nos han llamado la atención otras dos causas de extracción que aunque no tan frecuentes, si son destacables por el curioso razonamiento de los pacientes demandantes; la tipificada como motivo Socio/Económico, y una nueva que hemos tenido que añadir a la clasificación por el porcentaje de afectados, la **desconfianza a los tratamientos conservadores aconsejados**. (Figura 4 y 5).

En cuanto a los motivos Socio/Económicos, hemos encontrado que existe una parte de la población que, efectiva-

FIGURA 1

Total pacientes Riveira y Pobra:	AÑO-2001	AÑO-2002
Pacientes Atendidos	2966	3315
Extracciones Realizadas	1347	768
En Mujeres	591	366
En Hombres	611	316
En Niñas	70	43
En Niños	75	43
Por Cambio Dentición	111	71
Por Causa Ortodóncica	59	21
Por Causa Protésica	38	12
Por Motivo Social/Económico	82	14
Resto Radicular Desechable	394	254
Semi/Incluidos Sintomáticos	96	45
Por Causa Periodontal Severa	522	308
Por Desconfianza en el Tto. Conservador	45	43

mente no dispone de recursos económicos para restaurar la salud de su cavidad oral. Pero también existe un porcentaje de individuos cuyo nivel educacional le da mayor importancia a la financiación de otros intereses en su vida que a la integridad sanitaria de su boca; incluso creen que la conservación de los dientes temporales es una pérdida de tiempo y dinero (Figura 6).

La desconfianza a los tratamientos conservadores aconsejados, está basada en las malas experiencias terapéuticas anteriores y también en la ausencia de una adecuada información inicial orientada hacia la recuperación de la salud oral de estos individuos que incluso prefieren ser portadores de una prótesis completa antes de considerar que es más importante conservar sus propios dientes si para ello necesitan someterse a tratamientos complejos: "¿una endodoncia, reconstrucción con perno-muñón y funda para salvar un diente?...mejor extraer". "¿una pulpotomía y gran

FIGURA 2

Total de extracciones.

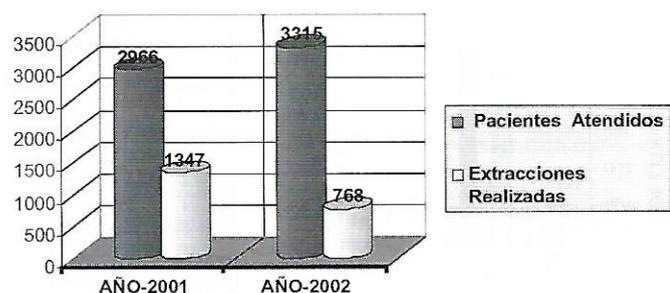
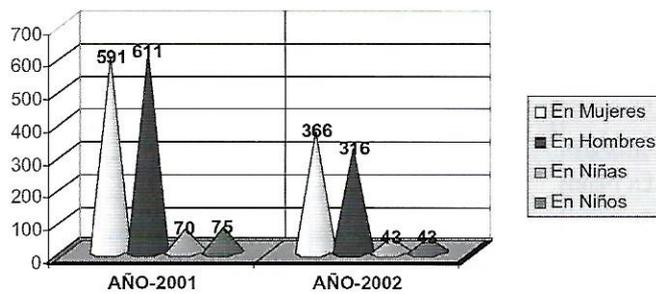


FIGURA 3

Extracciones por sexo y edad.



reconstrucción para conservar una muelita temporal que total va a caer?...mejor extraer" (Figura 7).

Estos motivos clasificatorios reales de la extracción dental que en la práctica diaria de la Odontología en Atención Primaria hemos encontrado, nos hacen pensar en la necesidad de conseguir establecer un **Método de Educación Sanitaria** consensado, en la Salud Pública Dental, que pueda llegar a la mayoría de la población, haciéndole modificar sus comportamientos insanos e incrementando su interés por la Prevención y Control de las Enfermedades Orales.

No hay duda de que solamente a través de la Prevención Primaria es posible conseguir una auténtica mejora en los niveles de la salud oral de la población. Pero para esto, es imprescindible una educación sanitaria que pueda modificar los comportamientos insanos de los individuos desviando su interés hacia el restablecimiento de la salud. Es fundamental para lograr que los pacientes afectados de patología dental, participen activamente en el tratamiento de la misma y sigan estrictamente las recomendaciones terapéuticas prescritas por su facultativo.

El problema más importante es encontrar el método de educación sanitaria que consiga alcanzar dichos objetivos, ya que dudamos de si es la desconfianza o el precio del tra-

FIGURA 4

Motivos de las extracciones.

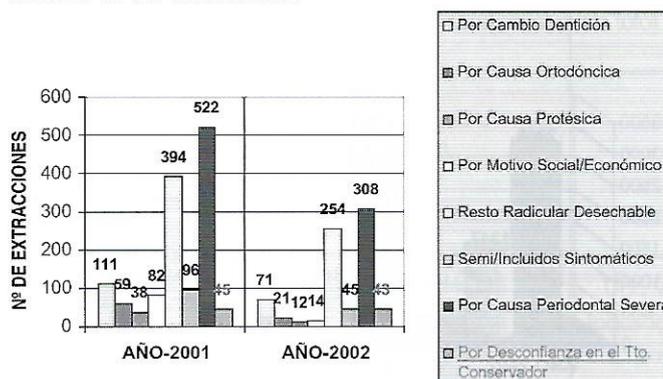


FIGURA 5.

Total extracciones Riveira y Pobra:	AÑO-2001:	AÑO-2002:
	1347	768
Por Desconfianza en el Tto. Conservador	45	43
Por Motivo Social/Económico	82	14

tamiento, la causa de que el paciente se eche atrás a la hora de optar por una restauración determinada, costosa, o complicada. O si es la sensación de no haber percibido adecuadamente la información, la que conlleva a la desconfianza de si la terapia recomendada es realmente la que más le conviene.

Por lo tanto, estamos de acuerdo en que la desconfianza o la satisfacción del paciente por la restauración de su boca, estará determinada, sobre todo, por la sensación percibida durante el tratamiento y por las aclaraciones previas con su profesional. Sin embargo, a veces, ya podemos pasarnos horas y horas hablando con un paciente acerca de lo que necesita, que al final únicamente va a adquirir lo que él quiera. Por esto sería ideal que los profesionales supiésemos enfocar los argumentos de un programa de prevención o de tratamiento de cara al interés del paciente, de tal modo que éste no piense, antes de nada, en desconfiar del mismo o en su financiación, si no que reconozca que lo que se busca es su bienestar.

Así pues, la educación sanitaria tendrá que ser prioritaria en la salud pública, utilizándose para ello programas que comiencen con métodos indirectos (visuales, sonoros y audiovisuales) para informar, interesar y sensibilizar a la población sobre el tema. Y seguidamente o simultáneamente, métodos directos entre los educadores sanitarios de Atención Primaria y los pacientes (el diálogo de la entrevista sanitaria es uno de los mejores métodos de educación sanitaria). Ambos métodos serán tanto mas eficaces, cuanto mas complementen, coordinen y sumen sus objetivos de información y persuasión común de los individuos, despertando en éstos el interés por las medidas preventivas para eliminar los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales, con su participación activa tanto en la detección

FIGURA 6

Año-2001: 1347 Extracciones.

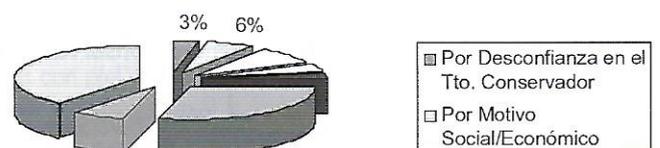
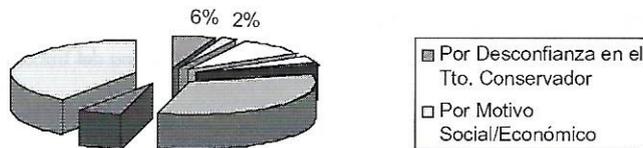


FIGURA 7

Año-2002: 768 Extracciones.



precoz de las mismas, como en su tratamiento, siguiendo las recomendaciones terapéuticas dictadas por su Odontólogo o Estomatólogo⁷.

DISCUSIÓN

Los programas preventivos pueden tener una capacidad de control de la enfermedad del 80% para niños y del 60% para adultos⁸. Así pues, debemos reconocer, como factor importante en la educación dental que las lesiones dentarias pueden ser controladas por medidas preventivas aplicadas desde la infancia.

La Odontología Preventiva es la suma total de esfuerzos para promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o restitución de su salud bucal. Estableciéndose ya la premisa que la salud bucal es parte de la salud general del individuo⁸.

Nuestros esfuerzos se concentrarán en proveer al paciente, de la educación y la motivación necesarias para mantener su propia salud, así como la de su familia y la de los miembros de su comunidad.

La educación para la salud es considerada como un derecho fundamental por la OMS y una estrategia muy importante para conseguir su objetivo de "salud para todos". Existen 4 grandes campos de acción en los programas de educación para la salud⁸:

1. Escolar y Familiar.
2. Laboral.
3. Comunitario.
4. Sanitario.

Sólo si actuamos coordinadamente sobre los 4 campos de acción mencionados, podremos generar un mecanismo eficaz para conseguir en los individuos y en la comunidad, un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables.

Es complicado conseguir que las personas modifiquen sus hábitos, por eso los métodos que exigen una labor de educación sanitaria son muy difíciles de aplicar. El éxito de un programa preventivo odontológico individual, se sustenta en una estrecha cooperación entre la higienista dental o

auxiliar, el odontólogo o estomatólogo, el paciente y su familia; conociendo cada cual su responsabilidad y trabajando juntos. Ya a nivel de la comunidad, la educación y la modificación de los hábitos nocivos en materia de salud buco-dental, supera de forma evidente el ámbito sanitario, e implica de lleno a otros sectores sociales como son los profesores, los políticos, los publicistas y los industriales⁸.

En resumen, se trata de conseguir que en la Atención Primaria los profesionales de la Medicina Oral, dispongan de los recursos necesarios e imprescindibles para conseguir demostrar que, fuera de toda duda, no están en una actitud extraccionista si no conservadora. Y que solamente a través de su labor de Prevención Primaria, será posible mejorar los niveles de salud oral de la población y, por tanto, repercutir ampliamente en el aumento de la calidad de vida de la sociedad.

Como reflexión final, hemos de tener en cuenta que pese a todos los esfuerzos que realicemos en nuestro campo para lograr una educación sanitaria beneficiosa para toda la población, prevalecerá siempre el derecho fundamental de las personas de obrar en libertad y sin imposición alguna por parte de los educadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. DONADO RODRÍGUEZ M.. Extracción Dentaria; Cap. 1 de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial; Parte III de El Manual de Odontología. 1995. Ed. MASSON S.A.. Barcelona. p.p. 241-242.
2. GAY ESCODA C., BERINI AYTÉS L.. Cirugía Bucal. 1ª Edición. 1999. Ed. ERGÖN S.A.. Madrid. p.p. 206-209.
3. SAILER M. F., PAJAROLA G. F.. Atlas de Cirugía Oral. 1997. Ed. MASSON S.A.. Barcelona. p.p. 52-56.
4. DONADO RODRÍGUEZ M.. Cirugía Bucal Patología y Técnica. 1998. Ed. MASSON S.A.. Barcelona. p.p. 209-213.
5. HORCH H.. H.. Cirugía Odontostomatológica. 1992. Ed. CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS S. A.. Barcelona. p.p. 167-188.
6. LANDA LLONA S., SANTAMARÍA ZUAZUA J.. Extracción Dentaria Convencional, cap. 2 de Cirugía Bucal e Implantología, sec. XXIX del Tomo IV del Tratado de Odontología. 1ª Edición. 1998. TRIGO EDICIONES S.L.. Madrid. p.p. 3617-3618.
7. CUENCA SALA E., MANAU NAVARRO C., SERRA MAJEM LL.. Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria. 1ª Edición. 1991. Ed. MASSON S.A.. Barcelona. p.p. 254-280.
8. RIOBOO GARCÍA R. y Col.. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. 2ª Edición. 2002. Ed. AVANCES MÉDICO-DENTALES S.L.. Cap. 1, p.p. 24-34. Cap. 26, p.p. 775-783. Cap. 49, p.p. 1321-1343.