

## **BASCD al 50**

Alan D. French

*Cardiff, Reino Unido*

La Asociación Británica para el Estudio de la Odontología Comunitaria (BASCD) celebra su 50 aniversario en 2023. El autor de este artículo ha sido miembro asociado de la BASCD durante esos 50 años, incluyendo varios años como miembro de la Junta Directiva, y ofrece sus reflexiones personales sobre algunas de las diversas actividades de la Asociación.

### **Introducción**

Desde los inicios de la Odontología tal y como la conocemos ahora, desde el siglo XIX hasta hoy, los dentistas han formado grupos especializados. Van desde el interés por el tratamiento de grupos de pacientes, como niños o ancianos, hasta tipos de tratamiento individuales, como la ortodoncia. El inicio del Servicio Nacional de Salud (NHS del inglés National Health Service)) en 1948 incluyó la odontología y ofreció por primera vez asistencia odontológica a toda la población. Antes de eso, toda la asistencia se prestaba de forma individual o sólo a determinados grupos de población. Así pues, el servicio dental escolar ofrecía atención a toda una cohorte de edad dentro de la población total.

La llegada del NHS estimuló a algunos dentistas a pensar en cuestiones relacionadas con la atención a toda la población y así nació una sociedad científica dedicada a ese problema.

El objetivo inicial de la BASCD era establecer el concepto de salud pública dental y una nueva especialidad, análoga a la salud pública en la profesión médica.

### **Presiones en conflicto**

Los inicios y el desarrollo del BASCD en torno a 1973 ya han sido bien descritos. (Dowell, 2013; Gallagher, 2013; Gelbier, 2010). Sin embargo, hubo fuertes presiones que limitaron estos primeros desarrollos y para entenderlas debemos remontarnos a 1948 y al inicio del NHS. En aquel momento había dos especialidades odontológicas reconocidas por el SNS, la cirugía oral y la ortodoncia. Cada una de ellas tenía un estatus de consultor reconocido por el NHS y programas de formación reconocidos por los Royal Colleges. Esto garantizaba la paridad con la medicina y la disponibilidad de candidatos de alto nivel para los puestos vacantes.

Aquellos que en 1973 se plantearon la formación de BASCD eran conscientes de que el NHS iba a ser reformado y se iban a nombrar Coordinadores de área de odontología (Area Dental Officers). Éstos debían ser dentistas influyentes en la nueva estructura y supervisarían la salud dental de una gran comunidad de personas de todas las edades. La odontología poblacional sería reconocida en el NHS.

También era necesario garantizar la disponibilidad de candidatos bien formados para cubrir estos puestos y los siguientes. Así pues, la BASCD se ocuparía de la odontología comunitaria y también apoyaría un sistema de formación equivalente al de los especialistas clínicos.

Los fundadores sabían que tenían que mantener el apoyo de miembros influyentes de la odontología, por lo que la constitución de 1973 limitó la afiliación a: "Cualquier persona que tenga un interés especial en la odontología comunitaria y que posea un título de odontólogo o médico registrable en el Reino Unido u otro título aprobado por el Consejo".

Por lo tanto, el número de miembros estaba claramente definido y limitado. Este era el acuerdo cuando el autor se unió a BASCD en 1973 y comprendió las limitaciones descritas anteriormente.

### **Posición actual**

En los últimos 50 años, la Asociación se ha convertido en una sociedad reconocida internacionalmente, con vínculos esenciales con todos los aspectos de la odontología y el

gobierno del Reino Unido. Cuenta con una sólida base académica y publica trimestralmente la revista *Community Dental Health*, citada internacionalmente. Los estatutos han sido modificados y la afiliación es ahora más amplia. En la página web de la BASCD, [bascd.org](http://bascd.org), se indica que entre los miembros del Consejo hay dentistas, científicos sociales y del comportamiento, académicos y profesionales de la odontología.

En efecto, la Asociación ha madurado desde su nacimiento complaciente hasta convertirse en un adulto pleno y sano. Esta madurez queda demostrada por dos Presidentes de la Asociación, uno en cada extremo del espectro de los 50 años.

### **Profesor G L Slack**

Geoffrey Slack fue Presidente en 1977/78, un hombre con un pedigrí eminente. Como era habitual entonces, dirigió un pequeño grupo para preparar las reuniones científicas de su año presidencial. Esto tuvo lugar en los 12 meses anteriores a asumir la Presidencia. Por aquel entonces, yo era un nuevo miembro de la junta directiva de la BASCD y se siguió la práctica normal, de modo que me uní al grupo de Slack.

Entrar en el edificio de lo que entonces era el Hospital y la Escuela Dental de Londres, al que ya había accedido como estudiante en el examen final de Odontología, para ser conducido al despacho de Slack, fue un momento de gran peso. Fue encantador y extremadamente cortés, dirigiendo el debate con firmeza y en voz baja a medida que se identificaba a los distintos ponentes.

Correspondencia a: Alan David French. Correo electrónico: [al.french@tiscali.co.uk](mailto:al.french@tiscali.co.uk)

# ASESORAMIENTO EN SALUD BUCODENTAL PARA NIÑOS TUTELADOS: UNA VÍA DE ATENCIÓN PILOTO EN BUCKINGHAMSHIRE, REINO UNIDO

Edward Sinclair,<sup>1</sup> Eleni Verykaki,<sup>2</sup> Katy Kerr<sup>3</sup> y Jeyanthi John<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dental Public Health, NHS England- East Midlands, Inglaterra; <sup>2</sup>Central and North West London, NHS Foundation Trust, Reino Unido; <sup>3</sup>NHS England Workforce Training and Education Directorate; <sup>4</sup>Dental Health Team, NHS England - South East, Inglaterra

**Introducción:** Los niños tutelados (del inglés Looked-After-Children, LAC) con frecuencia tienen más probabilidades de tener caries dentales no tratadas, enfermedades periodontales o traumatismos dentales (McMahon *et al.*, 2018). La pandemia de COVID-19 redujo la disponibilidad de citas con un servicio de odontología, incluso para LAC. Esta iniciativa puso a prueba la inclusión de una vía de asistencia dental en la vía de atención asistencial existente para LAC en Buckinghamshire. El principio clave fue proporcionar mensajes de salud oral en torno al mantenimiento de una buena salud oral y la prevención de enfermedades en estos niños mediante la capacitación de las personas involucradas con su cuidado. **Métodos:** Se convocó un grupo de trabajo que incluía expertos en salud pública dental, clínica y formación. Se elaboró un itinerario de atención con recursos extraídos de programas ya existentes, entre los que se incluía Mini Mouth Care Matters (mMCM). Las vías de atención se diseñaron para identificar a los niños que necesitaban atención urgente debido a dolor o molestias, remitirlos a los centros sanitarios pertinentes más adecuados y proporcionar consejos para mejorar la salud bucodental de todos. Se implicó a los colaboradores locales para garantizar que los procesos y la formación fueran adecuados. A continuación, se llevó a cabo una sesión de formación piloto para una serie de miembros del personal dedicados a la atención de LAC en Buckinghamshire. **Resultados:** La iniciativa de la vía de asistencia dental piloto, lanzada en marzo de 2022, fue bien acogida por todas las partes interesadas, incluidos los comisionados de odontología. La sesión de formación piloto recibió comentarios positivos de los participantes, con solicitudes de más sesiones. Las sesiones de formación se tradujeron posteriormente en sesiones de vídeo, accesibles cuando sea necesario, para el nuevo personal o como sesiones de actualización. **Conclusiones:** Existen oportunidades para reducir las desigualdades futuras de estos niños inculcándoles hábitos positivos en una fase temprana de su trayectoria asistencial. Esto reducirá su necesidad de atención. Identificar y aplicar las iniciativas más adecuadas requiere la colaboración y el compromiso de todas las partes interesadas.

**Palabras clave:** promoción de la salud, salud bucodental, desigualdades en salud bucodental Inglaterra, niños tutelados

## Asociaciones y discrepancias entre la autoevaluación global de la salud bucodental y la salud general: un enfoque bayesiano

Gustavo Hermes Soares,<sup>1</sup> Beatriz Loureiro Santos,<sup>2</sup> Maria Gabriela Haye Biazevic,<sup>3</sup> Edgard Michel-Crosato<sup>3</sup> y Fabio L. Mialhe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Australian Research Centre for Population Oral Health, The University of Adelaide, Australia;*<sup>2</sup>

*Departamento de Ciencias de la Salud y Odontopediatría, Facultad de Odontología de*

*Piracicaba, Universidad de Campinas, Brasil;*<sup>3</sup> *Departamento de Odontología Social, Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo, Brasil.*

**Objetivo:** Estimar las discrepancias entre las valoraciones globales de la salud bucodental y la salud general e investigar los factores asociados con la salud bucodental autovalorada (SROH) y la salud general autovalorada (SRGH). **Métodos:** Se recogieron datos de 502 participantes de entre 18 y 81 años. Se utilizó un cuestionario estructurado para obtener datos sobre las características sociodemográficas y las afecciones autodeclaradas. Los principales resultados fueron las autovaloraciones globales de la salud bucodental y la salud general. Las discrepancias entre las autovaloraciones de la salud bucodental y la salud general se estratificaron por variables independientes. Se ajustaron modelos de regresión logística ordinal bayesiana para estimar las distribuciones posteriores de los parámetros y los intervalos de credibilidad del 95% (IC 95%).

**Resultados:** La proporción de participantes que calificaron su salud bucodental peor que la salud general fue del 28,6% (IC 95%: 24,7-32,3). Las discrepancias negativas entre la SROH y la SRGH se asociaron a ser hombres, declarar gingivitis y tener ingresos más bajos. El sexo (IC 95%: 1,12-2,25) sólo influyó en la SSRG. Los ingresos (SROH - IC del 95%: 1,52-6,40; SRGH - IC del 95%: 1,08-4,56), la educación superior (SROH - IC del 95%: 1,13-2,53; SRGH - IC del 95%: 1,01-2,32), la falta de dientes autodeclarada (SROH - IC del 95%: 1,12-2,25), el sexo (IC del 95%: 1,12-2,25) y la edad (SROH - IC del 95%: 1,52-6,40; SRGH - IC del 95%: 1,08-4,56).32), dientes ausentes autodeclarados (SROH - ICr 95%: 1,57-3,46; SRGH - ICr 95%: 2,21-4,92), gingivitis autodeclarada (SROH - ICr 95%: 1,10-2,40; SRGH - ICr 95%: 1,71-3,82), y

Los problemas de salud crónicos autodeclarados (SROH - 95% CrI: 1,38-3,08; SRGH - 95% CrI: 1,61-3,59) influyeron en ambos resultados. **Conclusiones:** Se hallaron discrepancias sustanciales entre la salud bucodental autoevaluada y la salud general autoevaluada, y se asociaron a ser varón, declarar gingivitis y tener ingresos más bajos.

**Palabras clave:** *factores socioeconómicos, salud bucodental, análisis bayesiano, odontología de salud pública, medidas de resultados comunicadas por los pacientes.*

## **Investigación de una relación causal entre la diabetes mellitus y el cáncer orofaríngeo: Un estudio de aleatorización mendeliana**

Yuxiao Huang\*, Lanlan Jiang\*, Jiaxuan Liu\*, Yujuan Xu, Feifei Mo, Juanxiu Su y Renchuan Tao

*Departamento de Periodoncia y Medicina Oral, Facultad de Estomatología, Universidad Médica de Guangxi, China. \*Estos autores han contribuido a partes iguales a este trabajo.*

**Objetivo:** Estudios observacionales previos informaron de una asociación de la diabetes mellitus (DM) con el cáncer orofaríngeo (del inglés oropharyngeal cancer OPC), sin embargo, la causalidad potencial de la asociación entre ellos sigue sin estar clara. **Métodos:** Para explorar esta relación causal en individuos de ascendencia europea, se realizó un estudio de aleatorización mendeliana (del inglés Mendelian randomization MR) de dos muestras. Se utilizó un estudio de asociación de genoma completo (del inglés genome-wide association study GWAS) de DM para representar el factor de exposición (DMT1:  $n = 24.840$ ; DMT2:  $n = 215.654$ ), y el GWAS de OPC representó el resultado ( $n = 3.448$ ). **Resultados:** Cuarenta y un polimorfismos de nucleótido único (SNP, del inglés single nucleotide polymorphisms) relacionados con la DMT1 y cincuenta y cuatro SNP relacionados con la DMT2 se identificaron como variables instrumentales (IVs, del inglés instrumental variables) efectivas en los análisis de MR de dos muestras. En las estimaciones IVW, ni la DMT1 ni la DMT2 contribuyeron significativamente a un mayor riesgo de OPC [DMT1: OR 1,0322 (IC del 95%: 0,9718; 1,0963),  $P = 0,3033$ ; DMT2: OR 0,9998 (IC del 95%: 0,9995; 1,0002),  $P = 0,2858$ ]. Otros cuatro modelos de regresión produjeron resultados similares. Los resultados de la regresión MR-Egger [el estadístico Q de Cochran fue de 47,1544 ( $p = 0,1466$ ) en la DMT1, y de 35,5084 ( $p = 0,9512$ ) en la DMT2] no sugirieron pleiotropía horizontal entre los IV y los resultados. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos sugieren poca evidencia para apoyar el papel genético de la diabetes mellitus en el desarrollo de OPC en la población europea.

**Palabras clave:** *polimorfismos de nucleótido único, diabetes mellitus, cáncer orofaríngeo, aleatorización mendeliana, estudio de asociación del genoma completo*

## **Factores de riesgo de fragilidad oral entre adultos mayores pre-frágiles que viven en residencias en Japón: Un análisis transversal**

Miku Izutsu<sup>1</sup>, Kengo Hirayama<sup>2</sup>, Ya Su<sup>3</sup> y Michiko Yuki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Hokkaido, Japón; <sup>2</sup>Escuela de Enfermería, Universidad de la Ciudad de Sapporo, Japón; <sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Hokkaido, Japón/Escuela de Enfermería, Universidad Jiao Tong de Shanghai, China; <sup>4</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Hokkaido, Japón.

**Objetivos:** La fragilidad oral es un factor de riesgo bien establecido para la fragilidad general y juega un papel importante en la progresión a la fragilidad. Sin embargo, la relación entre la fragilidad oral y la prefragilidad en personas mayores sigue sin estar clara. Este estudio transversal pretende clarificar las características y factores de riesgo de la pre-fragilidad en ancianos con fragilidad oral. **Métodos:** Participaron un total de 377 ancianos. Las exploraciones bucales incluyeron medidas simples y no invasivas de la función masticatoria, la función de deglución autoevaluada y la humedad oral. El índice de detección de fragilidad se utilizó para evaluar los fenotipos de fragilidad. **Resultados:** La prevalencia global de pre-fragilidad fue del 63,1%, después de excluir 40 individuos frágiles y 99 robustos. La edad media de los participantes pre-frágiles fue de  $76,6 \pm 5,8$  años; el 70,6% eran mujeres. El 10,5% de los participantes ancianos prefrágiles tenían fragilidad oral. En el análisis multivariante, la diabetes mellitus, los antecedentes de cáncer, el uso de dentadura postiza y la malnutrición se asociaron de forma independiente con la fragilidad oral entre los ancianos prefrágiles (odds ratio [OR] ajustada: 3,8; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,06-13,54; OR: 4,5; IC: 1,32-15,36; OR: 8,8; IC: 1,76-43,78; y OR: 3,6; IC: 1,30-9,67; respectivamente). **Conclusiones:** La prevalencia de fragilidad oral fue baja entre los ancianos prefrágiles residentes en la comunidad. Las intervenciones tempranas que implican el tratamiento oral, nutricional y de la enfermedad pueden prevenir o mejorar la fragilidad oral en ancianos pre-frágiles y pueden prevenir la progresión a la fragilidad. Se necesitan más estudios para dilucidar los mecanismos subyacentes.

**Palabras clave:** malnutrición, salud bucodental, fragilidad, Japón, ancianos, análisis transversal

## **Determinantes de la caries de la primera infancia y sus interacciones: Un enfoque basado en modelos de ecuaciones estructurales**

Kodikara Arachchige Mihiri Madhuka Gunasinghe,<sup>1</sup> Millawage Supun Dilara Wijesinghe<sup>2</sup> y Nilantha Chaminda Ratnayake<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Programa Nacional de Control del Cáncer, Ministerio de Sanidad, Sri Lanka;<sup>2</sup> Oficina de Promoción de la Salud, Ministerio de Sanidad, Sri Lanka;<sup>3</sup> Provincial

Director de la Oficina de Servicios Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Sri Lanka

**Objetivo:** La caries de la primera infancia (ECC del inglés Early Childhood Caries) ha sido común entre los preescolares de Sri Lanka durante décadas. Un amplio espectro de determinantes que actúan a diferentes niveles es responsable de su desarrollo. Por lo tanto, las relaciones entre estos determinantes deben estudiarse exhaustivamente para controlar la caries de la primera infancia.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal con muestreo multietápico por conglomerados. **Entorno:** Centros preescolares registrados en el distrito de Gampaha. **Participantes:** Un total de 1038 niños de tres a cuatro años y sus madres. **Principales medidas de resultado:** Efectos directos, indirectos y totales de los determinantes de la ECC en modelos de ecuaciones estructurales. **Resultados:** El consumo de dulces tuvo efectos directos de la crianza permisiva ( $\beta=0,26$ ,  $p=0,00$ ) y del comportamiento de consumo de dulces de la familia ( $\beta=0,17$ ,  $p=0,01$ ). Las conductas de higiene bucodental tuvieron efectos directos de la crianza permisiva ( $\beta=-0,46$ ,  $p=0,00$ ) y de la autoeficacia materna relacionada con la salud bucodental ( $\beta=0,23$ ,  $p=0,00$ ). El patrón de asistencia al dentista tuvo efectos totales del conocimiento ( $\beta=0,18$ ,  $p=0,00$ ) y de la crianza permisiva ( $\beta=-0,16$ ,  $p=0,00$ ). **Conclusiones:** El estilo de crianza, la conducta familiar de consumo de dulces y la autoeficacia materna relacionada con la salud oral fueron los determinantes de segunda línea más influyentes que afectaron a los hábitos de salud oral: consumo de dulces, higiene oral y patrón de asistencia odontológica para el desarrollo de ECC.

**Palabras clave:** *caries dental, niños en edad preescolar, modelos de ecuaciones estructurales*



## **Diseño de un equipo de consultores para el Reino Unido: planificación basada en las necesidades de la salud pública odontológica.**

Jennifer E. Gallagher,<sup>1</sup> Michael Donaldson,<sup>2</sup> Anup Karki,<sup>3</sup> Ross Keat,<sup>4</sup> C. Albert Yeung,<sup>5</sup> William Roberts,<sup>6</sup> Stephen Birch,<sup>7</sup> Stefan Listl<sup>8</sup> y Robert Witton<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Dental Public Health, Centre for Host Microbiome Interactions, Faculty of Dentistry, Oral & Craniofacial Sciences, King's College London, UK; <sup>2</sup>Dental Public Health, Department of Health, Northern Ireland, UK; <sup>3</sup>Dental Public Health, Public Health Wales, UK; <sup>4</sup>Dental Public Health, St Helens and Knowsley NHS Trust and the University of Manchester, UK; <sup>5</sup>Public Health, NHS Lanarkshire, Reino Unido; <sup>6</sup>Walsall Healthcare NHS Trust, Reino Unido; <sup>7</sup>Centre for the Business and Economics of Health, The University of Queensland, Australia; <sup>8</sup>Faculty of Medical Sciences, Radboud University Medical College, Países Bajos; <sup>9</sup>Peninsula Dental Society Enterprise CIC, University of Plymouth Faculty of Health, Medicine, Dentistry and Human Science, Reino Unido.

**Objetivo:** Desarrollar un modelo de planificación de un equipo de profesionales basado en las necesidades, para poder explorar el volumen del cupo de población a cubrir y la aptitud de los profesionales especialistas en la prestación eficaz, eficiente y segura de servicios en el Reino Unido (RU); y probar el modelo utilizando la Salud Pública Dental (DPH del inglés “dental public health”). **Diseño de la búsqueda básica:** Los datos de una encuesta nacional sobre los profesionales, una auditoría nacional y talleres especializados en 2020 y 2021 establecen los parámetros para un equipo de trabajadores profesionales de DPH eficaz y segura. Un grupo de trabajo basado en expertos externos elaboró un modelo conceptual de equipo de profesionales que sirvió de base para la modelización matemática, adoptando un enfoque markoviano. Este último permitió considerar posibles escenarios relacionados con el desarrollo del equipo de profesionales. Se exploró el cupo en cada etapa de la carrera profesional en DPH en un horizonte temporal de 15 años. Se calcularon las necesidades del personal basándose en los principios del pasado.

**Resultados:** Actualmente se estima que se necesitan 100 especialistas a tiempo completo (WTE del inglés “whole time equivalent”) para proporcionar una cobertura básica realista a nivel nacional de DPH en todo el Reino Unido, dada la variedad de organizaciones, el crecimiento de la población, la complejidad y la diversidad de las funciones de cada especialidad. En febrero de 2022, la especialidad contaba con 53,55 consultores académicos/de servicio a tiempo completo, lo que supone un déficit significativo. Las pruebas de diseño de la gestión sugieren una reducción del cupo de población de los especialistas en DPH hacia un estado estable en línea con la tasa actual de formación, contratación y retención. El escenario que implica aumentar la formación y recurrir a dentistas formados en salud pública de distintas procedencias, al tiempo que se conservan a los expertos en DPH, tiene el potencial de aumentar la cantidad de profesionales disponibles.

**Conclusiones:** La capacidad actual está por debajo de las necesidades básicas y se acerca al “estado estacionario”. La retención y la creación de capacidad innovadora son necesarias para asegurar y salvaguardar la prestación de servicios especializados de DPH para satisfacer las necesidades de los sistemas de salud y atención del Reino Unido.

**Palabras clave:** *Necesidades y demanda de servicios sanitarios, planificación, personal sanitario, odontología de salud pública, cadenas de Markov, investigación operativa*



## Marginación y pérdida de dientes en adultos mayores mexicanos

Alvaro García Pérez,<sup>1</sup> Kathia Guadalupe Rodríguez González,<sup>2</sup> Jacqueline Adelina Rodríguez Chávez<sup>3</sup> y Laura Barbara Velázquez-Olmedo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Estado de México, México; <sup>2</sup>Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; <sup>3</sup>Departamento de Clínica Odontológica Integral, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México; <sup>4</sup>Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México.

**Objetivo:** Examinar la asociación entre el nivel de marginación y la pérdida de dientes en adultos  $\geq 50$  años de edad en México. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal retrospectivo en 2098 adultos seleccionados de comunidades que presentan niveles de marginación alto y medio, con datos obtenidos de los reportes anuales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2019-2022. En el análisis se consideraron características sociodemográficas como sexo, edad y años de educación. La prevalencia de pérdida de dientes se determinó mediante el índice de dientes cariados, ausentes y obturados (CAOD). Se utilizó la regresión binomial negativa para estimar la razón de tasas (RR del inglés "rate ratio") y los intervalos de confianza (IC) del 95%, utilizando la presencia de dientes perdidos como resultado. **Resultados:** La mayoría (62,4%) de los participantes había perdido al menos un diente, de los cuales el 60,3% tenía un nivel medio de marginación, el 28,8% un nivel alto y el 10,9% un nivel muy alto. Había más adultos que vivían en comunidades con un nivel de marginación alto o muy alto que habían perdido dientes [RR=1,19 (IC 95%: 1,08 - 1,30)] que los que vivían en comunidades con un nivel de marginación medio. También habían perdido dientes más varones [RR=1,19 (IC 95%: 1,09 - 1,31)], adultos  $\geq 70$  años [RR=1,77 (IC 95%: 1,57 - 1,99)], personas analfabetas [RR=1,60 (IC 95%: 1,35 - 1,88)] o con mala higiene bucal [RR=1,26 (IC 95%: 1,15 - 1,38)]. **Conclusión:** La marginación alta y muy alta se asoció con la pérdida de dientes en adultos  $\geq 50$  años en México. Se requieren estrategias efectivas de salud bucal para prevenir la pérdida de dientes, así como intervenciones para mejorar el acceso y la calidad de los servicios dentales para las comunidades marginadas.

**Palabras clave:** educación, salud bucodental, adultos mayores, marginación, pérdida de dientes

## **Los mini-públicos en la elaboración de políticas de salud pública dental**

Gary Lowery

*Ciencias Odontológicas, Universidad de Newcastle, Reino Unido*

¿Qué son los mini-públicos y en qué circunstancias podrían aplicarse a la salud pública odontológica? Esta cuestión se analiza en relación con la fluoración del agua en Inglaterra, una intervención política caracterizada por una política visceral que ha incrustado profundamente una preferencia sistémica por la no toma de decisiones. No obstante, los mini-públicos pueden informar sobre la toma de decisiones invitando a una muestra representativa de la ciudadanía afectada a considerar las pruebas disponibles y llegar a una serie de conclusiones y/o recomendaciones que si todas las partes no pueden acordar, ninguna puede oponerse razonablemente.. Al hacerlo, los mini-públicos tienen el potencial de romper el estancamiento político añadiendo una capa adicional de legitimidad al proceso de toma de decisiones, aunque esto depende de que los responsables de la toma de decisiones concedan valor a sus conclusiones.

**Palabras clave:** *salud pública dental, democracia deliberativa, fluoración del agua, ideas cognitivas, ideas normativas, minipúblicos*

## Cuestiones metodológicas de los modelos de predicción del riesgo pronóstico del cáncer de cabeza y cuello

Hamed Ghanati,<sup>1</sup> Sreenath Madathil,<sup>1</sup> Mohammad Al-Tamimi,<sup>1</sup> Ziad Al Asmar,<sup>1</sup> Martin Morris<sup>2</sup> y Belinda Nicolau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Facultad de Medicina Dental y Ciencias de la Salud Oral, Universidad McGill, Canadá;*  
*Biblioteca Schulich de Ciencias Físicas, Ciencias de la Vida e Ingeniería, Universidad McGill, Canadá*

**Objetivo:** Los modelos de predicción del riesgo pronóstico estiman la probabilidad de desarrollar cáncer de cabeza y cuello (HNC, del inglés “head and neck cáncer”), proporcionando información valiosa para el tratamiento de la enfermedad. Aunque en todo el mundo se han desarrollado diferentes modelos de predicción del riesgo pronóstico del HNC, se carece de una evaluación exhaustiva de sus métodos. Se realizó una revisión del alcance con una evaluación crítica con el objetivo de identificar los puntos fuertes y las limitaciones metodológicas de los modelos de predicción del riesgo de HNC. **Método:** Se realizaron búsquedas en las bases de datos Medline, Embase, Scopus, Web of Science y CAB Abstracts y se incluyeron artículos publicados revisados por pares y disponibles a texto completo sobre el desarrollo o la validación de un modelo pronóstico de predicción del riesgo de HNC. La calidad de los estudios se evaluó mediante la herramienta PROBAST. **Resultados:** Se incluyeron nueve artículos. Aunque todos tenían un alto riesgo de sesgo, principalmente en el ámbito del análisis, sólo dos estudios presentaban un alto grado de preocupación sobre la aplicabilidad clínica. **Conclusiones:** Los estudios publicados actualmente proporcionan información insuficiente sobre la metodología, lo que dificulta juzgar la calidad y aplicabilidad de los modelos. Las investigaciones futuras deberían seguir las guías a la hora de informar sobre los estudios de modelos de predicción.

**Palabras clave:** *Estadística, Pronóstico, Modelos, Evaluación del riesgo, Neoplasias de cabeza y cuello, Revisión.*