

LA ACADEMIA DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE ESPAÑA

“CALIDAD DE VIDA ORAL”

DISCURSO

PRONUNCIADO POR EL

Excmo. Dr. D. Manuel Bravo Pérez

EN EL ACTO DE SU TOMA DE POSESIÓN COMO ACADÉMICO
DE NÚMERO EL DÍA 16 DE FEBRERO DE 2015

Y LA CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO DE NÚMERO

Excmo. Dr. D. Antonio Bascones Martínez



MADRID
MMXV

LA ACADEMIA DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE ESPAÑA

“CALIDAD DE VIDA ORAL”

DISCURSO
PRONUNCIADO POR EL
Excmo. Dr. D. Manuel Bravo Pérez

EN EL ACTO DE SU TOMA DE POSESIÓN COMO ACADÉMICO
DE NÚMERO EL DÍA 16 DE FEBRERO DE 2015

Y LA CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO DE NÚMERO
Excmo. Dr. D. Antonio Bascones Martínez



MADRID
MMXV

DEPOSITO LEGAL: M-2631-2015
IMPRESO EN ESPAÑA

CONTENIDO

“CALIDAD DE VIDA ORAL”

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA GENERAL..... | 10 |
| CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA ORAL..... | 12 |
| USO EN ESPAÑA DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA ORAL..... | 12 |
| CALIDAD DE VIDA ORAL EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL..... | 14 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 17 |
| COMENTARIOS A SU DISCURSO..... | 24 |

DISCURSO DEL
Excmo. Dr. D. Manuel Bravo Pérez

Excmo. Srs. Presidentes de la Real Academia Nacional de Farmacia,
Excmo. Sr. Presidente del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos,
Excmo. Sr. Secretario de la Comisión Gestora de la Academia de Ciencias Odontológicas de España,
Excmo. Sras. y Sres. Académicos,
Señoras y Señores:

La designación como miembro electo de esta naciente Academia de Ciencias Odontológicas de España produjo en mí dos sentimientos contrapuestos o complementarios: enorme satisfacción, pero acompañada de preocupación.

De satisfacción por la inmensa honra que se me hace al compartir tribuna con eminentes doctores, muchos de los cuales han sido incluso mis profesores y mi guía durante los estudios universitarios y después de ellos. De preocupación por intentar estar a la altura de las circunstancias, y de poder honrar a los asistentes y a la Academia con una conferencia de interés.

Mis primeras palabras son de agradecimiento a todos los que han hecho posible que yo esté aquí leyendo este discurso de la Academia de Ciencias Odontológicas de España, Academia promovida desde sus inicios por instituciones, como el Consejo General de Dentistas de España y la Fundación Dental Española, y por personas concretas. Sin ánimo de olvidar a nadie, mención especial desde el afecto a los profesores Villa Vigil, Esteban Brau o Antonio Bascones. Permítanme la licencia también de agradecer a mis maestros, la profesora Pilar Baca y el profesor Juan Carlos Llodra todo lo que he aprendido y sigo aprendiendo de ellos; y mención especial a mi familia, en particular a mis padres, que han sido siempre ejemplo para mí de esfuerzo y dedicación.

El tema que he elegido para esta conferencia es el de Calidad de Vida Oral. Antes de exponer el tema en sí, me gustaría unas primeras palabras de reflexión genérica sobre la Ciencia.

Recogiendo las palabras de Francisco Mora (2002) catedrático de Fisiología Humana en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, "...durante los últimos pocos cientos de años, el hombre ha analizado el universo, incluido él mismo, dividiéndolo en trozos. Cada grupo de científicos (y también filósofos y pensadores), en cada disciplina y con las herramientas de análisis disponibles en cada momento, ha analizado su campo de estudio dividiéndolo y subdividiéndolo y, tras ello y, a su nivel de análisis, ha intentado entender y describir el significado de esa pequeña pieza de la realidad. Hoy estamos comenzando a darnos cuenta que dado que todo es un «continuum», en el Universo, incluido el hombre, nunca podremos alcanzar un entendimiento aceptable de una parcela única de análisis y desde luego no su significado completo, debido a que éste sólo se puede encontrar cuando esta pieza de la realidad se une a otro fragmento de esa misma realidad, muchas veces a un nivel diferente de organización...". Schrödinger, físico, indicaba: "...se va imponiendo el conocimiento de que toda investigación especializada únicamente posee un valor auténtico en el contexto de la totalidad del saber...". Pero como decía Hipócrates, "...la vida es breve; la ciencia, extensa; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil...". En los contenidos de mi conferencia están presentes la multidimensionalidad y la humildad que las limitaciones metodológicas, de tiempo, espacio y conocimiento han hecho llegar a mi mente tras años de investigación y trabajo y, que me hacen recordar, con algún sentido del humor, aquellas palabras de Plinio «murió por exceso de médicos», motivo literario en el que es objeto de burla el pernicioso efecto que produce en el paciente la exploración por parte de los cien discípulos del médico.

Ya sí, me dispongo a exponer mi conferencia con el tema genérico de Calidad de Vida Oral. Lo estructuraré en los siguientes apartados: concepto de Calidad de Vida General, concepto de Calidad de Vida Oral, uso en España del concepto de Calidad de Vida Oral y Calidad de Vida Oral en pacientes con cáncer oral.

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA GENERAL (CV)

En el último siglo el progreso en la medicina ha ido unido a un aumento de la longevidad o esperanza de vida. Sin embargo, hoy el interés se centra en aumentar no sólo la esperanza de vida, sino también la calidad de esa vida. El término "calidad de vida" tiene sus orígenes en la Segunda Guerra Mundial y se utilizó para referirse al "buen vivir". Su asociación a los cuidados de la salud se inicia hacia la mitad de la década de los 1970, cuando la atención sanitaria le va confiriendo mayor valor a la calidad, y no sólo cantidad, de la vida humana.

Definiciones conceptuales de Calidad de Vida

Existen muchas aproximaciones a la definición de CV; sin embargo, no se ha establecido todavía una conceptualización precisa de la misma, existiendo numerosas definiciones, no sólo operativas, sino incluso conceptuales. La mayoría de las definiciones incluyen en el concepto la salud y el bienestar, tanto físico como mental y social.

Así, entre las distintas definiciones conceptuales de CV se encuentran las siguientes. Comenzaremos nuestra enumeración con el concepto de salud de la OMS:

- Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad.
- Es un sentimiento personal de bienestar, de satisfacción o insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad.
- Es un concepto multidimensional y complejo referido a la manera en que los pacientes hacen significativas sus experiencias.
- Es un concepto dinámico, abstracto y complejo que representa las respuestas individuales a factores físicos, mentales y sociales y que contribuyen a una vida diaria satisfactoria.
- Es lo que nos hace sentir que la vida vale la pena vivirla.
- Es la forma en que la persona valora su propia vida.
- Es la valoración de una serie de atributos (físicos, sociales y mentales) entre aquellas personas que sufren enfermedades.
- Es un concepto multidimensional que incluye todos aquellos factores que impactan sobre la vida del individuo.
- Es la suma de todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida.
- Es la evaluación global y completa de las buenas o satisfactorias características de la vida.
- Es aquella manera de vivir de forma autónoma, solidaria y gozosa.
- Es el grado de bienestar alcanzado por el individuo como ser individual y colectivo.

Hoy día, la aproximación conceptual al concepto de CV debe incluir 3 dominios: cobertura de las necesidades físicas, psíquicas y sociales, añadiéndose la autopercepción de la situación por el propio paciente. La situación funcional normal es la capacidad de poder realizar todo tipo de actividades físicas y fisiológicas con las que el hombre ha sido dotado: cualquier limitación significaría distintos grados de pérdida funcional. La cobertura de las necesidades psíquicas se corresponde con la ausencia de percepciones desagradables, tanto en el plano físico como mental. Las necesidades sociales se refieren a las actividades propias de la interacción del hombre en su entorno social (trabajo, relaciones sociales, etc). Por último, la autopercepción es la valoración reportada al individuo en relación a su autoapreciación, a su entorno, y situación física y psíquica, que, de ser modificados, provocaría la pérdida de la misma. Cuando sólo se consideran las necesidades físicas y psíquicas muchos autores hablan de "estado de salud", mientras que cuando además se tienen en cuenta las necesidades sociales y la autopercepción del individuo, se habla de "calidad de vida".

La investigación en CV específicamente aplicada al ámbito clínico, presenta relevancia particular en los pacientes con peor CV, entre los que se incluyen por ejemplo, los pacientes

politraumatizados, pacientes geriátricos, etc. Se perseguirá no sólo curar sino evitar, aliviar o paliar las adversidades consecuentes a la enfermedad o a su tratamiento. Este objetivo de evitar a toda costa la mala CV implica una nueva dimensión en la asistencia.

Deficiones operativas de Calidad de Vida

Existen múltiples cuestionarios, índices o escalas para analizar el estado de salud o calidad de vida: unos son de tipo general y otros han sido diseñados para situaciones o grupos de enfermos en especial. También existen escalas de tipo global y otras que evalúan sólo los distintos aspectos de la calidad de vida: función física, estado mental y emocional, satisfacción o bienestar, función social, presencia o ausencia de sintomatología.

Para la construcción de un cuestionario debe, en primer lugar, seleccionarse las dimensiones a explorar y posteriormente los items que van a estudiar dichas dimensiones. Los cuestionarios deben de responder a los criterios de reproducibilidad y validez y, también, deben de ser sensibles para poder detectar los cambios en un mismo individuo así como las diferencias entre los distintos miembros de la población a estudiar.

Entre las escalas de CV genéricas más utilizadas se encuentran:

a) Index of Independence in Activities of Daily Living

Fue creada en 1959 y revisada en 1963. Mide el grado de independencia del paciente en seis actividades y funciones básicas de la vida diaria: alimentación, control de esfínteres, trasladarse, ir al lavabo, vestirse y bañarse. Katz realiza un estudio pronóstico en pacientes con enfermedades crónicas, haciendo hincapié en la necesidad de centros de rehabilitación, residencias de pacientes crónicos y el que éstos centros tengan unos muy eficaces y eficientes cuidados de enfermería.

Esta escala evalúa el nivel de dependencia en 7 grados, según la actividad o función básica de la vida diaria afectada:

- 1./ Independiente en todas las funciones.
- 2./ Independencia en todas las funciones, salvo en una.
- 3./ independencia en todas, excepto bañarse y una función adicional.
- 4./ Independiente en todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- 5./ Independiente en todas, excepto bañarse, vestirse, ir al lavabo y una función adicional.
- 6./ Independiente en todas, excepto bañarse, vestirse, ir al lavabo, trasladarse y una función adicional.
- 7./ Dependencia para las seis funciones mencionadas.

Otros. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como 3, 4, 5 o 6.

Esta escala de valoración no sólo ha sido profusamente utilizada, sino que ha inspirado parcialmente numerosas escalas posteriores. Sus desventajas son que se trata realmente de una escala funcional, más que de calidad de vida, discrimina sólo en casos de avanzado deterioro funcional, y su manejabilidad requiere personal entrenado.

b) Sicknes Impact Profile (SIP)

Fue desarrollado en 1976 y modificado en 1981. Se ha considerado como el estándar de oro (gold standard), es decir, la referencia frente a la que validar cualquier otra escala que mida aspectos similares. Valora las disfunciones relacionadas con la enfermedad, con el fin de proporcionar una medición fiable, válida y sensible del estado de salud. Consta de 136 items que evalúan 12 dimensiones: sueño y reposo, conducta emocional, cuidado corporal y movimiento, actividades del hogar, movilidad, interacción social, deambulación, grado de alerta, comunicación, trabajo, alimentación, recreo y pasatiempos, asignando una puntuación global, otra al subapartado físico y psicosocial, así como a cada dimensión.

Está pensado para reflejar la percepción que tiene el sujeto con respecto a la forma en que él desarrolla dichas actividades. Permite medir los resultados de los servicios de asistencia sanitaria. Ha sido usado en múltiples patologías, y también se ha empleado para el control del gasto sanitario.

c) Nottingham Health Profile

Desarrollado en 1977. Consta de 45 ítems que exploran 6 áreas de la salud: dolor, movilidad física, sueño, reacciones emocionales, energía y aislamiento social, así como actividades de la vida diaria: empleo, trabajo doméstico, relaciones, vida personal, sexo, aficiones y tiempo libre. Su utilidad viene demostrada por su amplia utilización, cumpliendo todos los objetivos para los que son requeridas: análisis del impacto clínico y administrativo que una determinada acción sanitaria causa en la sociedad.

Los resultados conforman perfiles comparables, siendo de fácil manejo y aplicación. Las ventajas que presenta el perfil de Salud Nottingham son, entre otros:

- Alta fiabilidad y validez.
- Respuesta rápida y con alto grado de aceptabilidad.
- Fácil de evaluar.

d) Calidad de Vida en Pacientes Críticos

Desarrollado en España por el grupo PAEEC (proyecto de análisis epidemiológico de enfermos críticos). Consta de 15 ítems, y mide distintas funciones, por ejemplo la capacidad del paciente para asearse, para desplazarse, para alimentarse, etcétera.

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA ORAL

En Odontología, desde que en 1976 Coehn y Jago resaltaron la necesidad de desarrollar indicadores sociodontales para capturar aspectos no clínicos de la enfermedad oral, se han desarrollado numerosos instrumentos (cuestionarios) para medir la CVO (Calidad de Vida Oral), un constructo multidimensional (síntomas físicos como el dolor, percepción estética y de bienestar, capacidad funcional, etcétera).

Se han desarrollado diversos cuestionarios de Calidad de Vida Oral, si bien la mayoría han ido dirigidos a ancianos y adultos. Los más utilizados son los siguientes:

- The Social Impacts of Dental Disease (Sociodental Scale), de Cushing (14 ítems, de 1986).
- The General Oral Health Assessment Index (GOHAI), de Atchinson, de 1990, de 36 ítems.
- Dental Impact Profile, de Strauss 1993, 25 ítems.
- The Oral Health Impact Profile (OHIP), de Slade de 1994, 49 ítems, y después 14.
- The Dental Impact on Daily Living (DIDL), de 1995, de Leao y Sheiham, de 36 ítems.
- The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), desarrollado inicialmente por Sheiham y después por Tsakos.

El más utilizado a nivel internacional es el OHIP-14, pues consta de 14 preguntas que captan información de 7 dimensiones. La idea sería contraponer o completar el diagnóstico clínico emitido por un clínico (¿cuántos dientes tiene?, ¿cuántas caries?, etcétera) frente a la salud percibida por el paciente medida por el OHIP-14, como respuesta a preguntas como "¿Ha tenido problemas para sonreír por culpa de sus dientes?, ¿Ha tenido que interrumpir su comida por problemas con sus dientes?, etcétera".

USO EN ESPAÑA DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA ORAL

La Odontología científica en España, en lo concerniente a medición de salud, ha estado tradicionalmente vinculada a la medición del estado de salud normativo, desde la perspectiva

del dentista o profesional que explora y diagnostica al paciente. Sirva como ilustración las encuestas nacionales de salud oral disponibles: 1984, 1987, 1993, 2000, 2005, 2007 y 2010. Algo común en todas ellas es que han utilizado los criterios diagnósticos de la OMS, que son criterios normativos desde la perspectiva del dentista explorador. La única y tímida excepción es la inclusión en las encuestas de 2005 y 2010 de 2 preguntas sobre percepción del estado de salud tomadas del proyecto de Indicadores de salud oral europeos (EGOHIDP, 2005).

Como ya hemos comentado, en España el uso de CVO ha sido escaso hasta la fecha, aunque lo ha sido tanto en estudios descriptivos (encuestas transversales), como analíticos, e incluso en ensayos experimentales, en población adulta y escolar. En lo que yo conozco, y sin ánimo de excluir posibles estudios no identificados, los primeros estudios son los que se exponen según su diseño, y cronológicamente, a continuación.

Estudios transversales y de validación en España

La primera referencia parece ser la encuesta de adultos de Navarra de 1989 del Dr. Cortés, en la que se presentan algunas cuestiones de salud oral desde la perspectiva del paciente. Preguntados sobre el nivel de satisfacción con sus dientes, los encuestados del grupo de 35-44 años manifestaron estar un 2,1 % muy satisfechos, 59,5 % satisfechos, 31,4 % insatisfechos y el 6,7 % muy insatisfechos. Además, el 23,7 % manifiesta tener problemas para morder algo duro. En el grupo de 65-74 años los porcentajes de satisfacción son, respectivamente, 4,5 %, 67,9 %, 25,1 % y 2,4 %, y el 50,7 % manifiesta problemas para morder algo duro.

En la Encuesta Canaria de Salud de Escolares de 1998, dirigida por la Dra. Gómez Santos, a partir del DIDL (Dental Impact on Daily Living) se construyó un cuestionario con 6 preguntas, con las dimensiones estética (4 preguntas) y dolor (2 preguntas), aplicado en escolares de 14 años de edad, con puntuación de -6 a +6. En total la puntuación fue de 2.84, con un claro gradiente socioeconómico.

La última Encuesta Nacional de Salud oral de 2005 ha incluido dos preguntas relacionadas con la CVO. Por ejemplo, sobre la dificultad para comer/masticar (¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia ha sentido dolor/molestia a causa de sus dientes, encías o dentadura postiza?), a los 35-44 años la tienen el 18 %, y a los 65-75 años, el 26,9 %. De hecho, el grupo de estudio de la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral) ha marcado como objetivo a 2020 que estas cifras estén por debajo del 15 % a los 35-44 años y del 20 % a los 65-74 años.

En la última Encuesta de Salud Oral de Escolares Navarros, de 2008, dirigida por el Dr. Cortés Martinocorena y usando el OIDP (Oral Impact on Daily Performances) muestra un muy bajo nivel de impacto.

Por último, recientemente se ha validado en población adulta española tanto el OHIP como el OIDP, por el Dr. Montero.

Estudios analíticos en España

Son varios los estudios analíticos que utilizan el concepto de CVO. Así, en un estudio transversal analítico que mide la asociación entre CVO y malnutrición en ancianos en España en 1999, dirigido por el Dr. Gil-Montoya, se encontró una fuerte asociación entre el GOHAI y el índice de malnutrición MNA (Mini Nutritional Assessment).

También se ha medido la CVO en un ensayo de campo con escolares de 6-7 años que fueron asignados a tres grupos: control, sellador de fisuras en primeros molares permanentes, y barniz de flúor. Este programa duró 3 años, y tras 2,5 años de discontinuidad (un total de 5,5 años de seguimiento), y ya teniendo los escolares 11-12 años de edad, no se encontró diferencias significativas en CVO entre los tres grupos. Esto último lo analizó la Dra. Hita Iglesias.

En un estudio de seguimiento, del Dr. Colorado Bonnin en 2006, tras extracción quirúrgica de cordales inferiores con 92 pacientes, se encuentra una reducción de su calidad de vida particularmente durante los 3 primeros días tras la extracción.

En un estudio casos-control, y utilizando el OHIP-49, se encontró menores puntuaciones en el síndrome de Sjögren frente a controles, y también en pacientes con síndrome de boca ardiente frente a controles, en estudios de la Dra. López-Jornet en 2008.

En estos últimos años se observa un creciente interés en la literatura española por los estudios sobre calidad de vida oral. Entendemos que incorporar el criterio de salud del paciente a los cuidados de salud es, o puede ser, una mejora en la comprensión del sufrimiento que las enfermedades orales causan al hombre, y también en la valoración de los resultados de las distintas terapéuticas.

Quiero terminar mi conferencia magistral con una referencia específica a la patología de nuestro ámbito en donde alcanza su máxima expresión el concepto de Calidad de Vida Oral. Me refiero a las secuelas del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. Sirva como ejemplo que recientemente hemos demostrado que los pacientes supervivientes de cáncer oral, comparativamente con controles similares en edad y sexo, tienen peores puntuaciones en todas las dimensiones de calidad de vida oral.

Los avances médicos han posibilitado mejorar los tratamientos y aumentar la supervivencia de los pacientes con cáncer oral. Sin embargo, los tratamientos aplicados solos o en combinación (cirugía, radioterapia y quimioterapia) suelen dejar secuelas funcionales (afectación del habla, deglución, masticación, salivación, etcétera), secuelas físicas (deformaciones faciales) y/o secuelas psicológicas (depresión o ansiedad). Estos cambios que el paciente experimenta afectan, de forma importante, a su calidad de vida.

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud, tanto general como oral, y específicamente en el ámbito del cáncer oral, existen una gran diversidad de cuestionarios validados, con la ventaja común de agrupar los problemas más comunes de una manera organizada. Hay cuestionarios no específicos, específicos de cáncer y específicos de cáncer de cabeza y cuello. Éstos últimos son los más frecuentemente utilizados, destacando European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck y the University of Washington Quality of Life.

CALIDAD DE VIDA ORAL EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL

La comunicación entre el profesional y el paciente es particularmente importante en el ámbito del cáncer. Los pacientes no siempre están satisfechos con la información recibida, sobre todo en relación a los cambios que experimentan en su estilo de vida tras el tratamiento. Los cuestionarios de CVRS son una herramienta útil para mejorar este proceso, ya que reflejan las consecuencias de la enfermedad que padecen.

La autoevaluación del estado de salud con las preguntas de CVRS ha demostrado ser un potente predictor de la mortalidad y morbilidad. Junto con los análisis de recurrencia y supervivencia, los cuestionarios de CVRS constituyen una medida de resultados al cuantificar diferentes aspectos, muchos de ellos subjetivos. Esta valoración permite comparar diferentes estrategias de tratamiento, integrando información valiosa desde la perspectiva del paciente. Prueba de ello es la reciente incorporación de la medición de la CVRS en estudios experimentales realizados en pacientes con cáncer oral.

Hay distintos factores que influyen en la CVRS. La edad es un parámetro que influye en la CVRS. Los pacientes mayores tienen peores puntuaciones en las cuestiones relacionadas con la función física. Los pacientes jóvenes tienen peor puntuación en los dominios emocionales y más riesgo de estrés psicológico. Sin embargo, en cuanto al género, no hay

consenso en la existencia de diferencias en la CVRS tras el tratamiento del cáncer oral. Los pacientes con un tamaño mayor de tumor tienen una peor CVRS sobre todo relacionados con secuelas como sequedad bucal, función cognitiva o estado físico. Esto puede ser debido a que el tratamiento de los tumores con un mayor estadio clínico suelen ser más agresivos, aplicándose una cirugía amplia o combinada con la radioterapia y/o quimioterapia. Cuando el tratamiento del cáncer oral requiere una resección mandibular, hay estudios que encuentran que el tipo de resección mandibular no condiciona la CVRS. Otros autores encuentran que los pacientes tratados quirúrgicamente con resecciones segmentarias mandibulares obtienen peores resultados que los pacientes tratados con resecciones marginales. Los pacientes que reciben cirugía cervical o radioterapia declaran tener una peor CVRS alcanzando, con ésta última, importantes diferencias en las puntuaciones de dominios como boca seca, comer o masticar. Respecto al tiempo, tras el tratamiento existe un dramático descenso en la CVRS de los pacientes. Al año las puntuaciones mejoran, acercándose a los niveles pre-tratamiento. Una de las razones posibles que explica este cambio es la capacidad adaptativa de los pacientes a su nueva situación.

Es reconocido el papel del odontólogo en el diagnóstico temprano del cáncer oral. En múltiples ocasiones es el primer profesional que detecta la lesión cancerígena. Su función también es crucial en el mantenimiento de la salud oral del paciente y en la mejora de su CVRS después del tratamiento de la enfermedad. La pérdida de sabor que se produce con la radioterapia puede llevar al paciente a introducir en su dieta alimentos más dulces. Procedimientos preventivos como los consejos dietarios o la prevención de la caries con la aplicación de barnices o geles de flúor y clorhexidina, estudiando cada caso de forma individual, ayudan a combatir el efecto directo e indirecto que ejerce la radioterapia en la cavidad bucal. El paciente debe contar con citas periódicas al dentista para el mantenimiento de sus dientes remanentes y para, si es posible, reponer los perdidos. La dentición es importante no sólo para masticar sino también para tener una buena apariencia y bienestar psicosocial. Además de los ya conocidos procedimientos, el dentista puede tomar parte en la implantación y seguimiento de ejercicios de rehabilitación oral que ayuden a mejorar los problemas al masticar, tragar o la dificultad para hablar. Tener relación y estar implicado con el resto del equipo de profesionales que tratan al paciente posibilita que, ante cualquier sospecha de recidiva, el paciente sea tratado con la mayor brevedad posible.

Como conclusión, a pesar de las dificultades para el uso de los cuestionarios de CVRS en la práctica diaria y las complicaciones inherentes para su medida, no cabe duda que son útiles para la mejora de la comunicación y entendimiento de los resultados de los tratamientos. Contamos con tácticas para reducir el impacto descrito por los pacientes donde el odontólogo tiene un papel crucial en la mejora de la CVRS dentro del equipo multidisciplinario. Las líneas futuras de investigación deberían marcarse como objetivo no solo el control del cáncer sino también la mejora de aspectos como la función y la estética tras el tratamiento con ayuda de la incorporación de la evaluación de la CVRS en los nuevos estudios.

He dicho.

BIBLIOGRAFÍA

- Artázcoz J, Cortés FJ, Rosel E, González-Rodríguez P, Bravo M (2010). *Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra, 2007*. An Sist Sanit Navar 33:51-64.
- Barrios R, Montero J, González-Moles MA, Baca P, Bravo M (2013). *Levels of scientific evidence of the quality of life in patients treated for oral cancer*. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal 18:3578-84.
- Barrios R, Tsakos G, García-Medina B, Martínez-Lara I, Bravo M (2014). *Oral health-related quality of life and malnutrition in patients treated for oral cancer*. Supportive Care Cancer 22:2927-33.
- Barrios R, Bravo M, Gil-Montoya JA, Martínez-Lara I, García-Medina B, Tsakos G. *Oral and general health-related quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group*. Health and Quality of Life Outcomes (aceptado 23-dic-2014).
- Bourgeois DM, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB (2005). *Health surveillance in Europe. A selection of essential oral health indicators*. Lyon: European Commission. Health and Consumer Directorate General.
- Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E (2009). *Basic oral health goals for Spain 2015/2020*. Int Dent J 2009;59:78-82.
- Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC (2006). *Encuesta de salud oral en España 2005*. RCOE 11:409 456.
- Cohen LK, Jago JD (1976). *Toward the formulation of sociodental indicators*. Int J Health Serv 6:681 698.
- Colorado Bonnin M, Valmaseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C (2006). *Quality of life following lower third molar removal*. Int J Oral Maxillofac Surg 35:343 347.
- Cortés Martinicorena FJ, Ardanaz Aicua E, Moreno Iribas C (1992). *Estudio epidemiológico sobre salud oral de los adultos de Navarra 1989*. Pamplona:Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Cortés Martinicorena FJ, Bravo Pérez M, Artázcoz Osés J, Tsakos G, Rosel Gallardo E (2008). *Estudio sobre la salud dental de los niños y adolescentes de Navarra (4ª edición). Necesidades normativas, percibidas y calidad de vida en relación a su salud oral*. Pamplona:Fundación Miguel Servet. Gobierno de Navarra.
- Gil Montoya JA, Subirá C, Ramón JM, González Moles MA (2008b). *Oral health related quality of life and nutritional status*. J Public Health Dent 68:88 93.
- Gil-Montoya JA, Ponce G, Sánchez Lara I, Barrios R, Llodra JC, Bravo M (2013). *Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders*. Archives of Gerontology and Geriatrics 47:398-420.
- Gómez Santos G (2000). *Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil en Canarias 1998*. Tenerife:Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias.
- Hita Iglesias C, Prados Atienza MB, Bravo M, Prados Sánchez E, Muñoz Soto E, González Rodríguez MP (2007). *Impact of public preventive programmes on oral quality of life of 11 to 12 yr old shoold students*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 12:E408 E411.
- López Jornet P, Camacho Alonso F, Lucero Berdugo M (2008). *Quality of life in patients with burning mouth syndrome*. J Oral Pathol Med 37:389 394.
- López Jornet P, Camacho Alonso F (2008). *Quality of life in patients with Sjögren's syndrome and sicca complex*. J Oral Rehabil 35:875 881.
- Montero J, Bravo M, Albaladejo A (2008). *Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population*. Health and Quality of Life Outcomes 6:101.

Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, Lopez-Valverde A, Casals E, Cortes Martínico-rena FJ, Llodra JC (2011). *Oral pain and eating problems in Spanish adults and elderly in the Spanish National Survey performed in 2005*. Journal of Orofacial Pain 25:141-52.

Muñoz Soto E, Bravo Pérez M, Prados Atienza B, González Rodríguez P, Prados Sánchez E (2000). *Encuesta de calidad de vida oral*. En: Gómez Santos G. II Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil en Canarias, 1998. Tenerife: Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de Salud, Con-sejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, 53-56, 111-117.

Rosel E, Tsakos G, Bernabé E, Sheiham A, Bravo M (2010). *Assessing the level of agreement between the self- and interview-administered Child-OIDP*. Community Dent Oral Epidemiol 37:340-347.

Ruiz-Medina P, Bravo M, Gil-Montoya JA, Montero J (2005). *Discrimination of functional capacity for oral hygiene in Spanish elderly people by the Barthel General Index*. Community Dentistry and Oral Epidemiology 33:363-9.

Slade G (ed) (1997). *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill (NC): University of North Carolina, Dental Ecology.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL
Excmo. Doctor Don Antonio Bascones Martínez

Excmo. Srs. Presidentes de la Real Academia Nacional de Farmacia,
Excmo. Sr. Presidente del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos,
Excmo. Sr. Secretario de la Comisión Gestora de la Academia de
Ciencias Odontológicas de España,
Excmo. Sras. y Sres. Académicos,
Señoras y Señores:

Es un honor tomar la palabra para presentar, en este docto auditorio, al Prof. Manuel Bravo ilustre compañero y amigo entrañable. Aceptar su solicitud me llena de orgullo máximo cuando esto lo pide una persona a la que aprecio sinceramente. Su candidatura viene precedida de un sinfín de méritos académicos y universitarios que le avalan para tomar posesión del sillón. Este escenario es el lugar ideal para dar su primer paso en esta singladura que le deseo sea fructífera y extensa. El marco es incomparable y agradezco a la Real Academia de Farmacia que nos acoja con este esmero.

Estamos en los albores de esta Academia de Ciencias Odontológicas de España y, por ello, con la presencia de todos los que estamos aquí labramos un camino que, muy pronto, llegará a ser un hito en la profesión de la Ciencia de la Odontología y Estomatología. Nuestro esfuerzo y trabajo debe redundar en este objetivo y su consecución es el resultado obtenido.

Me gustaría destacar dos facetas de su persona: la humana y la científica. Ambas son ramas de un mismo tronco pero cada una tiene su propia personalidad y característica.

De la primera es obligado decir que, es ante todo y sobre todo, una buena persona, buen compañero y excelente amigo que es capaz de ayudarte en los momentos necesarios. No puedo olvidar en esta ocasión las veces que ha recibido en su despacho a mis doctorandos para ayudarles y aconsejarles en los aspectos de la estadística en la que es un experto reconocido.

La estructura cognitiva del pensamiento humano trata de recoger datos, nociones y conceptos que se aceptan e incorporan en la memoria, con una cierta codificación para ser recuperados en el momento oportuno. Es la materia prima del conocimiento. El profesor los transmite, muchas veces de una manera inconexa. El maestro los esculpe en los discípulos de una manera cálida, ya que entre las cualidades que deben de adornar al maestro está la transmisión de valores de ejemplo. En este sentido, Manuel lo demuestra con creces, modelando a cada uno de ellos de una manera cuidadosa cómo el escultor ahorma el material con el que trabaja cada día, en cada clase, en cada contacto con sus alumnos. Ha sobrepasado la categoría del profesor para ser maestro. La sabiduría necesita además de un proceso de ensimismamiento profundo, de una manifestación de interiorización reflexiva importante. El Prof. Bravo ha llegado a este punto a ensimismar el conocimiento y a vehiculizarlo en la medida correcta.

Es una persona humilde. No da importancia a lo que hace y yo le diría parafraseando a Quevedo: "entre nobles no me encojo / qué, según dice la ley, / sí es de buena sangre el rey / es de tan buena su piojo". Debe entrar en esta Academia con el orgullo de lo que ha conseguido, con el tesón y trabajo a sus espaldas. Su esfuerzo ha sido reconocido por la comunidad científica.

Esta es la persona que hoy tenemos ante nosotros, la que ocupará este sillón en el que desarrollará todo el entusiasmo que ha demostrado en otras ocasiones.

La clave de la Academia de Platón no era únicamente el logos, sino el diá-logos, el diálogo entre los que buscan la aléceia, la verdad. Por ello este lugar de encuentro es el ideal

para establecer esta tertulia en la que hablando se transmite, en la que escuchando se aprende y en la que intercambiando se enriquece. Por ello, la profesión odontológica conscientes de esta responsabilidad es por lo que se atreve a dar el paso y constituir una Academia que agaville a todos los intelectuales que puedan aportar algo. La sabiduría necesita de la expresión, de la palabra. Es necesario transmitir el conocimiento, desde la perspectiva de la sabiduría y para esto nada mejor que la palabra reflexiva y prudente.

Los sabios griegos la utilizaban en el Ateneo, en los grandes foros. Nosotros, desde nuestra perspectiva, intentamos crear este foro y para ello, poco a poco, vamos dando paso a personas de la talla moral e intelectual del Prof. Manuel Bravo. El sabio cincela la personalidad del discípulo, en él esculpe día a día, retazos de reflexión y conocimientos. Poco a poco va modelando una personalidad basada en el intercambio bidireccional entre el maestro y el discípulo. Al fin y a la postre es un arquitecto del conocimiento, lo crea, lo innova, lo reflexiona y lo transmite. Es dar carta de naturaleza a un simple conocimiento frío y estático para transformarlo en dinámico, pues el conocimiento que no florece y que solo impregna las cosas no es vivo ni creativo. Toda transmisión debe ser dinámica y activa y en ella el sabio es el principal conductor. El conocimiento que se transmite es aquel capaz de impulsar conocimiento.

De la faceta científica tendríamos tanto que decir que sería imposible en unas breves líneas resumir su trabajo. Se licenció en Medicina y en Odontología en la Universidad de Granada con gran brillantez y poco después convalidó su título por el de Médico Estomatólogo, más apropiado y acorde con su formación. Hizo el Máster en Salud Pública en la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Máster de Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Barcelona. Esta doble titulación le da una perspectiva completa al problema de la investigación por lo que sus comentarios a las tesis doctorales son muy bien recibidos por la comunidad científica. Por su despacho hemos pasado, uno detrás de otro, gran cantidad de universitarios e investigadores, solicitando su sabio consejo y su amparo en dudas que se nos planteaban en el desarrollo de las investigaciones. Son muchos los profesores y doctores que pueden avalar lo que aquí estoy afirmando. Por eso, y por muchas otras cosas, el Prof. Manuel Bravo está entre nosotros.

En la actualidad es Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada. En brillantes oposiciones, de eso doy fe en primera línea, consiguió su plaza.

En el campo de la investigación destacan sus estancias en Bolonia, en el Departamento de Oral Biology de Bristol, en Oral Ecology en Chapel Hill, en Health Evaluation Sciences en Virginia y en Social and Preventive Dentistry en Adelaida, Australia. Todo ello ha contribuido a labrar una personalidad inquieta, activa en la búsqueda de soluciones y propuestas que redunden en beneficio de la sociedad en general y de la calidad de la vida en particular. Su nivel en la investigación le ha hecho recibir el nombramiento de revistas de impacto internacional que solicitan su opinión en ciertos trabajos de publicación. Es revisor de muchas de ellas. En el campo de sus trabajos publicados debemos señalar participación en 43 libros con diferentes capítulos y cerca de 90 trabajos en revistas indexadas y, otros tantos, en otras revistas importantes. Pero su nivel investigador no se ha quedado ahí pues ha dirigido nada menos que 28 tesis doctorales. Ha sido acreedor de diferentes proyectos de investigación nacionales como internacionales europeos y varios proyectos FIS. Fruto de su trabajo son los premios recibidos como el Bibby Award de la International Association Dental Research y la beca internacional John Clarkson dotada con la cantidad de 20.000 dólares para estancias en investigación en Salud Pública Dental. Ha tenido en la Universidad a 14 becarios de investigación.

Pero su labor universitaria no termina en la docencia y en la investigación sino que continúa con las labores de gestión en las cuales es una persona ordenada. Recuerdo un día que le visité en su despacho y la mesa estaba totalmente limpia de papeles, al contrario de la mía que es rica en ellos, y a la pregunta de qué es lo que hacía me señaló dos ordenadores y un escáner y me dijo: "yo todo lo escaneo y clasifico. Después lo tiro". Que sabía lección que nunca aprendí. Es fundador y responsable de intercambio de estudiantes de la Facultad de Medicina de Granada. Ha sido director del Departamento de Estomatología y en la actualidad es Vicedecano de Ordenación Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada. En el Consejo General es representante en el Chief dental Officer desde 2006. Actúa como cargo representativo en diferentes foros europeos representando a España y a su profesión. Destacar su labor internacional es obligado en el Prof. Bravo. representa a España en diferentes reuniones Internacionales y eso es de reseñar ampliamente.

COMENTARIOS A SU DISCURSO

Un discurso muy actual el que hemos escuchado y que nos debe hacer reflexionar ampliamente.

Dice el Prof. Bravo "en el último siglo el progreso en la Medicina ha ido unido a un aumento de la longevidad o esperanza de vida. Sin embargo, hoy el interés se centra en aumentar no sólo la esperanza de vida, sino también la calidad de esa vida". Sin embargo, una definición exacta de lo que se entiende por calidad de vida no existe y varía entre los diferentes grupos científicos e incluso entre las personas a las que se les pueda hacer la pregunta ¿Qué entiende por calidad de vida?, ¿Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad?

Pero lo que mejor se adapta a una contextualización correcta del término es la respuesta de que es un sentimiento personal de bienestar, de satisfacción o insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad. Por lo tanto entra a formar parte de esta definición la subjetividad. Es la forma en que la persona valora su propia vida. Es lo que nos hace sentir que la vida vale la pena vivirla. Todo ello forma parte de un enfoque muy personal del problema.

Termino ya. Añade más adelante que la aproximación conceptual al concepto de CV debe incluir tres dominios: cobertura de las necesidades físicas, psíquicas y sociales, añadiéndose la autopercepción de la situación por el propio paciente. Pero es que esta autopercepción es distinta dependiendo de la persona, si esta es optimista o depresiva e incluso la respuesta puede variar en función del momento en el que se haga la pregunta. No es lo mismo hacerla en una situación de estabilidad emocional como de alteración de las costumbres. Muchas personas afirman que su calidad es una y otras requieren a esta calidad otros parámetros más exigentes. Unos son más conformistas que otros. El umbral de la calidad de vida varía también con la educación que ha recibido el individuo a lo largo de su vida, con su situación económica social y con muchos aspectos de su vida personal.

En suma la calidad de vida debe ir pareja con la estabilidad emocional de la persona, con los hábitos saludables, dieta adecuada, ejercicio correcto y una visión optimista frente a los avatares de la vida.

Querido Manuel te deseo larga vida en esta Academia. Una calidad de vida como nos expones en tu discurso. Tú trabajo es necesario para todos nosotros. Desde esta tribuna te envío un fuerte abrazo.

Muchas gracias.

