



Nuevas
**Declaraciones
de principios**



Aprobadas / revisadas en 2015

■ Sumario

IMPLANTES DENTALES	3
SALUD BUCODENTAL PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.	4
AZÚCARES LIBRES EN LA DIETA Y CARIES DENTAL.....	6
SALUD BUCODENTAL Y CALIDAD DE VIDA.....	7
CÁNCER ORAL	9
FORMACIÓN ODONTOLÓGICA BÁSICA	
Comité de práctica odontológica.....	10
SUPERVISIÓN DEL PERSONAL ODONTOLÓGICO ASOCIADO	
Comité de práctica odontológica.....	12
PROTÉSICO DENTAL / TÉCNICO DE LABORATORIO DENTAL	
Comité de práctica odontológica.....	13
PAPEL DE LA FDI EN LA ÉTICA ODONTOLÓGICA	
Comité de práctica odontológica.....	14



■ Implantes dentales

Aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

Versión revisada aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2014, Nueva Delhi, India.

Versión revisada aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2008, Estocolmo, Suecia.

Versión original aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2004, Nueva Delhi, India.

INTRODUCCIÓN

Un implante dental es considerado como un dispositivo médico. La mayoría de los implantes actuales se elaboran con titanio o con una aleación de titanio con superficies modificadas y se insertan en el hueso maxilar como "raíces artificiales". Sirven para apoyar y/o estabilizar diferentes tipos de prótesis dentales fijas o removibles en pacientes que desean reemplazar dientes ausentes. Las indicaciones van desde el reemplazo de un único diente hasta la arcada completa. Los implantes bucales también pueden utilizarse como anclaje en el movimiento dentario ortodóncico y permitir el movimiento unidireccional del diente sin originar movimientos indeseables en otros dientes. Algunos implantes también pueden colocarse fuera de la boca para anclar prótesis maxilofaciales.

La mayoría de los implantes dentales utilizados en la actualidad son dispositivos de rosca endoóseos, de forma cilíndrica o cónica, que se insertan en el hueso maxilar. La osteointegración consiste en la retención de un implante mediante el contacto directo con las células vivas del hueso visibles al microscopio óptico. Así, el hueso alveolar se integra con el implante sin desarrollar un ligamento periodontal.

DECLARACIÓN

La FDI apoya el uso apropiado de implantes dentales en la atención odontológica. No obstante, es esencial que se realicen todos los esfuerzos razonables para mantener los dientes naturales antes de indicar su extracción y su

reemplazo con un implante, salvo cuando su mantenimiento sea perjudicial para el paciente. No debe iniciarse ningún tratamiento sin realizar con anterioridad un completo examen clínico y radiológico, estableciendo una buena comunicación, para evaluar la salud sistémica y bucodental del paciente, las necesidades de tratamiento y las expectativas del paciente. Además, antes de colocar implantes dentales deben tratarse y controlarse las enfermedades bucodentales presentes, como las enfermedades periodontales y las caries.

Los dentistas deben adquirir las competencias, habilidades y conocimientos necesarios sobre planificación de tratamientos, implantación quirúrgica, restauración y mantenimiento de implantes dentales antes de llevar a cabo estos tratamientos. Debería aplicarse un protocolo de evaluación de riesgos para poder clasificar el tratamiento como sencillo, avanzado o complejo. Con este planteamiento, el dentista podría ajustar el grado de dificultad de un determinado tratamiento conforme a su nivel de formación, experiencia y habilidades.

Se debería considerar lo siguiente:

- La evaluación del riesgo debería tener en cuenta la salud general del paciente y el uso de medicación.
- Utilizar sistemas de implantes, componentes y biomateriales relacionados con el tratamiento que cuenten con el correspondiente aval científico, en cumplimiento con la norma ISO/TC106.
- Emplear únicamente implantes y componentes que hayan recibido la aprobación reglamentaria requerida por la región o país donde se van a utilizar.
- Utilizar sistemas de implantes dentales con probabilidad de ser sostenibles a largo plazo.
- Seguir guías clínicas con base científica al utilizar los implantes dentales, componentes y biomateriales relacionados con el tratamiento.
- Los implantes dentales con micro-rugosidades en su superficie tienden a facilitar la osteointegración.
- Los dentistas deberían elegir implantes basándose en la situación clínica del paciente y con evidencia científica que apoye su uso. Dispositivos con dimensiones alternativas pueden utilizarse en situaciones específicas.
- Si la evaluación de riesgos revela que un tratamiento dado es complicado, se insta al dentista a consultar con colegas especialistas y/o a referir al paciente,

dependiendo de su propio nivel de formación, experiencia y competencia.

- La colocación de implantes debería realizarse tras una planificación previa al tratamiento, incluyendo aspectos quirúrgicos y protésicos, que requieren el correcto posicionamiento del implante en las tres dimensiones. Esto es especialmente importante en las restauraciones de implantes en la zona estética.
- El problema más frecuente en el tratamiento de implantes dentales proviene de implantes mal colocados, es decir, implantes que provocan compromisos biomecánicos, biológicos, estéticos o restauradores, lo que conduce a un aumento del riesgo de complicaciones a largo plazo y a un menor grado de satisfacción del paciente.
- Las complicaciones de los implantes, incluyendo la mucositis y la periimplantitis, pueden ocurrir si no hay una buena higiene bucodental y son más comunes en pacientes con un historial previo de periodontitis. Todos los profesionales que tratan pacientes con implantes dentales deben ser capaces de identificar dichas complicaciones en sus etapas iniciales y proporcionar un tratamiento apropiado utilizando enfoques basados en la evidencia.
- Los dentistas deben ayudar a los pacientes a comprender la importancia del mantenimiento a largo plazo de los implantes y de las prótesis colocadas sobre implantes mediante una buena higiene bucal diaria. Asimismo deben enfatizar la importancia del control de factores de riesgo comunes como el tabaco y de realizar un seguimiento regularmente.
- Los dentistas deben registrar y comunicar a los pacientes las características del implante dental colocado, con fines de mantenimiento, recuperación y trazabilidad, preferiblemente de acuerdo con las Normas ISO.
- Las asociaciones dentales nacionales deberían abogar por el establecimiento de registros de implantes dentales. Los dentistas deberían participar activamente en dichos registros en caso de estar disponibles.

REFERENCIAS

1. Bornstein MM, Al-Nawas B, Kuchler U, Tahmaseb A. *Consensus statements and recommend-ed clinical procedures regarding contemporary surgical and radiographic techniques in implant dentistry*. Int J Oral Maxillofac Implants 2014; 29 (Supplement):78-82.
2. Brånemark PI, Adell R, Breine U, Hansson BO, Lindström J, Ohlsson A. *Intra-osseous anchorage of*

dental prostheses. I. Experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg. 1969; 3(2):81-100.

3. Buser D, Janner SF, Wittneben JG, Brägger U, Ramseier CA, Salvi GE. *10-year survival and success rates of 511 titanium implants with a sandblasted and acid-etched surface: a retrospective study in 303 partially edentulous patients*. Clin Implant Dent Relat Res. 2012 Dec; 14 (6):839-51.

4. Buser D., Martin, W. & Belser, U.C. *Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations*. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19 (Supplement):43-61.

5. Dawson A & Chen S (Eds.) *The SAC Classification in Implant Dentistry*. Quintessence Publishing, Co Ltd. Berlin. 2009.

6. ISO 16443 Dentistry – *Vocabulary for dental implants systems and related procedure*. 2014.

7. ISO 16498 Dentistry — *Minimal dental implant data set for clinical use*. 2013.

8. Mayfield Heitz LA & Mombelli A. *The therapy of peri-implantitis: a systematic review*. Int J Oral Maxillofac Implants 2014; 29 (supplement):325-345.

9. Schroeder A, Pohler O, Sutter F. *Tissue reaction to an implant of a titanium hollow cylinder with a titanium surface spray layer* [Artículo en alemán]. SSO Schweiz Monatsschr Zahnheilkd. 1976 Jul; 86 (7):713-27.

10. Schroeder A, van der Zypen E, Stich H, Sutter F. *The reactions of bone, connective tissue, and epithelium to endosteal implants with titanium-sprayed surfaces*. J Maxillofac Surg. 1981 Feb; 9(1):15-25.

11. Academy of Osseointegration. 2010 *Guidelines of the Academy of Osseointegration for the provision of dental implants and associated patient care*. Int J Oral Maxillofac Implants. 2010 May-Jun; 25(3):620-627.

■ Salud bucodental para un envejecimiento saludable

Aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.
Versión original aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2009, Singapur.

CONTEXTO

En las últimas décadas, el envejecimiento de la población ha aumentado a nivel mundial debido a la aplicación de políticas eficaces de salud pública destinadas a incrementar la esperanza de vida y a los avances tanto científicos como en la atención sanitaria. Actualmente, la prevalencia de la caries dental, las enfermedades periodontales, la pérdida de dientes, la sequedad bucal y el cáncer oral sigue siendo muy elevada en todo el mundo, especialmente en la población mayor. Estos problemas de salud oral están relacionados con una función masticatoria deficiente, un ingesta nutricional inadecuada, deterioro en la calidad de vida o incluso la muerte. Una salud bucodental deficiente puede limitar la capacidad de una persona para funcionar e interactuar socialmente. Asimismo, una mayor carga inflamatoria a nivel bucal puede resultar en una mayor gravedad de enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la demencia. La disminución de la función oral influye en el tiempo en el que la persona puede esperar mantenerse saludable y, conforme va envejeciendo, puede suponer una carga considerable para los recursos públicos.

ALCANCE

Esta declaración de principios trata temas claves de salud bucodental necesarios para lograr un envejecimiento saludable. Debería ser tenida en cuenta por las autoridades nacionales, las asociaciones dentales nacionales y los proveedores de atención sanitaria dental para la promoción de una salud bucodental, para permitir soportar el impacto del envejecimiento de la población globalmente.

DEFINICIONES

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de oportunidades en cuanto a salud, participación, actividad social y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida conforme las personas envejecen, permitiéndoles utilizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su vida.

PRINCIPIOS

Se ha demostrado que la atención de la salud bucodental no solamente promueve el mantenimiento de una dentición natural, saludable y funcional, sino que también contribuye a la supervivencia de las personas mayores. El mantenimiento de una salud bucodental óptima reduce el riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles y ayuda a envejecer con salud.

POLÍTICA

El acceso a una salud bucodental adecuada es importante en todas las fases de la vida, especialmente en poblaciones mayores, con el fin de envejecer con salud y mejorar la calidad de vida. Los proveedores de salud bucodental son esenciales en la prevención de las enfermedades orales y de la pérdida de dientes, reduciendo el riesgo de enfermedades no transmisibles mediante el uso de prácticas destinadas a controlar o reducir los factores de riesgo comunes. La FDI apoya un enfoque pluridisciplinar basado en la educación y promoción de la salud bucodental para mejorar la calidad de vida y reducir las disparidades en materia de salud bucodental entre la población de edad más avanzada.

RECOMENDACIONES DE LA FDI

- Las asociaciones dentales nacionales, los proveedores de atención odontológica y las autoridades gubernamentales deberían promover conjuntamente la salud bucodental, pues una dentición sana y funcional es fundamental para la salud general y el bienestar.
- Los proveedores de atención odontológica deberían prepararse para un aumento en la necesidad de sus servicios por parte de personas mayores dentadas, incluyendo servicios preventivos y restaurativos, pues está disminuyendo el número de desdentados totales en personas de edad avanzada.
- Las asociaciones dentales nacionales y las agencias nacionales deberían hacer un seguimiento periódico, e informar, de las medidas de salud bucodental y otros factores de salud relacionados, utilizando métodos de seguimiento epidemiológicos normalizados. Deberían asimismo apoyar políticas de salud pública para lograr un envejecimiento en buenas condiciones de salud, promoviendo una salud general y una salud bucodental óptimas.
- Las autoridades gubernamentales, las asociaciones dentales nacionales y las instituciones académicas deberían además apoyar y realizar trabajos de investigación sobre la interrelación entre enfermedades no transmisibles y las enfermedades bucodentales, así como su efecto en la salud general, el bienestar y la calidad de vida, a fin de optimizar las expectativas de envejecer en buen estado de salud.
- Las asociaciones dentales nacionales y las instituciones académicas deben proporcionar formación y educación a los profesionales de la salud bucodental, en todos

los niveles, para satisfacer las crecientes necesidades de los mayores, comprendiendo que los cambios asociados a la edad en la salud sistémica y el uso de medicamentos pueden tener consecuencias en la salud y la función bucodental.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Active Ageing: A Policy Framework*. Ginebra: OMS, 2002.
2. Congreso Mundial 2015. *Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity*. Tokio: JDA, 2015.

Azúcares libres en la dieta y caries dental

Aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

CONTEXTO

La extensa bibliografía científica sobre la caries dental muestra que los azúcares libres son un factor dietético necesario en el desarrollo de la caries dental. La presente declaración de principios es fundamental, porque no se ha prestado suficiente atención a la reducción de azúcares en la dieta a fin de prevenir este problema de salud. Actualmente hay un interés científico creciente en la relación entre los factores de riesgo comunes, como la ingesta de azúcares en la dieta y las enfermedades no transmisibles, incluyendo la caries dental. Nuevas recomendaciones dietéticas de la OMS aconsejan límites en la ingesta de azúcares libres con el fin de reducir la incidencia de la caries dental. La OMS recomienda que los "azúcares libres" se limiten a una media diaria de no más del 10% de la ingesta calórica total ("recomendación firme") para adultos, e incluso menos para niños. La OMS también sugiere limitar su ingesta al 5% (aproximadamente 25 g) de la ingesta calórica total ("recomendación condicional") para minimizar el riesgo de caries dental a lo largo del ciclo de vida. Estas recomendaciones son por tanto cruciales para la promoción de la salud bucodental y la salud en general.

ALCANCE

El alcance de esta declaración de principios se centra en la asociación entre los azúcares y la caries dental, y las Directrices de la OMS sobre los azúcares.

DEFINICIONES

Los azúcares libres en la dieta son "los monosacáridos y los disacáridos añadidos a los alimentos por los fabricantes, los cocineros o los consumidores, así como los azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes, zumos y concentrados de fruta".

PRINCIPIOS

Relación entre azúcares libres y caries

Los azúcares libres en la dieta constituyen el principal factor dietético responsable de la caries, pues los azúcares inducen la proliferación de bacterias cariogénicas y su metabolismo origina ácidos que causan la desmineralización del esmalte y la dentina. Esto inicia el proceso patológico que conduce a la caries.

Existen otros factores como la educación, la higiene oral o el uso de flúor que influyen en este proceso, aunque no se trata de verdaderos factores etiológicos. Los esfuerzos de promoción de la salud deberían ir dirigidos a la cantidad y la frecuencia del consumo de azúcares libres, pues están altamente correlacionadas con la caries. La relación dosis-respuesta entre los azúcares libres y la caries es logarítmica lineal.

Cada 5 gramos adicionales de ingesta de azúcares está asociado a un aumento de la probabilidad de desarrollar caries.

En concreto, se ha constatado una mayor prevalencia y gravedad de las caries con ingestas de azúcares superiores al 10% de la ingesta calórica total, comparada con ingestas inferiores al 10%.

POLÍTICA

La FDI se compromete a:

- Coordinar acciones para aplicar las Directrices de la OMS sobre el consumo de azúcares en adultos y niños mediante políticas alimentarias a nivel internacional, nacional y local.
- Abogar por la reducción del consumo de azúcares libres como elemento central de una política alimentaria integrada, cuyo fin sea crear un entorno sostenible y de apoyo propicio para una buena salud.
- Apoyar el desarrollo por parte de las organizaciones dentales y las agencias internacionales de estrategias apropiadas basadas en una serie de políticas y acciones complementarias integradas de promoción de la salud en todas las etapas, resaltando la importancia de elaborar protocolos prácticos para educar tanto a

profesionales como al gran público y cuyo fin sea reducir el consumo de azúcares libres.

- Alentar a los profesionales de la salud bucodental y de la salud pública a desempeñar un papel sustancial en la promoción de políticas alimentarias saludables y en la presión política ante los principales responsables de la toma de decisiones, con miras a obtener los cambios normativos necesarios.
- Promover estrategias de prevención de la caries en todas las etapas de la vida, tanto a nivel individual como comunitario, con el fin de reducir el consumo de azúcares libres en general, y particularmente, el consumo de bebidas azucaradas.
- Alentar a las organizaciones dentales nacionales a introducir directrices alimentarias para reducir los azúcares libres en las guarderías/cuidadores, colegios (incluyendo normativas sobre máquinas expendedoras), institutos, hospitales, lugares de trabajo y otras instituciones, y para pacientes en clínicas dentales.
- Integrar actividades de presión política junto a otros grupos relacionados con las enfermedades no transmisibles, con miras a conseguir medidas fiscales y legislativas que permitan aplicar las recomendaciones de la OMS sobre azúcares.
- Apoyar la urgente necesidad de controles más estrictos y ejecutables sobre los anuncios, la promoción y el etiquetado de alimentos y bebidas con azúcares libres, especialmente los dirigidos a niños y jóvenes adultos.
- Trabajar con las empresas farmacéuticas a fin de reducir la producción de medicamentos azucarados.

REFERENCIAS

1. Burt BA, Eklund SA, Morgan KJ, Larkin FE, Guire KE, Brown LO, et al. *The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study. J Dent Res 1988; 67:1422-1429.*
2. Moynihan P, Kelly S. *Effect on Caries of Restricting Sugars Intake: Systematic Review to Update WHO Guidelines. J Dent Res 2014 93(1):8-18.*
3. Sheiham A, James WPT. *A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries; the need for new criteria for developing goals for sugar intake. BMC Public Health 2014a 14:863.*
4. Szpunar SM, Eklund SA, Burt BA. *Sugar consumption and caries risk in schoolchildren with low caries experience. Community Dental Oral Epidemiology (1995)*

23:142-146.

5. *Organización Mundial de la Salud. The WHO Guideline: Sugars intake for adults and children. Ginebra: OMS; 2015.*

i) Recomendación firme: indica que "los efectos deseables del cumplimiento de la recomendación compensan los efectos indeseables".

ii) Recomendación condicional: se realiza cuando hay menos certidumbre sobre el "equilibrio entre los beneficios y los daños o desventajas de implementar una recomendación".

Salud bucodental y calidad de vida

Aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

CONTEXTO

La salud bucodental está estrechamente relacionada con la salud general y la calidad de vida (QoL) de las personas, al afectar las funciones orales y las interacciones sociales. Por ejemplo, la caries dental puede ser la causa de una masticación deficiente, disminución del apetito, problemas de sueño y un menor rendimiento escolar y laboral. Los métodos tradicionales para medir la salud oral y las necesidades de tratamiento se basan principalmente en indicadores clínicos. No obstante, estos indicadores no tienen en cuenta necesariamente los aspectos funcionales y psicosociales de la salud bucodental, ni coinciden con las percepciones y preocupaciones de las personas sobre su salud bucodental. Basándose en un fundamento conceptual de medidas subjetivas con una perspectiva más amplia de la salud bucodental, se ha desarrollado una serie de fuertes medidas, como la "calidad de vida relacionada con la salud bucodental" (OHRQoL), para evaluar hasta qué punto la salud oral afecta al comportamiento y el funcionamiento social de las personas. Estas medidas complementan las evaluaciones clínicas convencionales de salud bucodental. Existen estudios que demuestran que el efecto de las enfermedades y problemas orales en la OHRQoL es elevado en todo el mundo. Actualmente se han validado

algunas medidas de OHRQoL para ciertos sectores de población en distintos países. Es importante ahora considerar sus aplicaciones potenciales en la práctica clínica.

ALCANCE

La presente declaración de principios trata los efectos de los problemas bucodentales en la calidad de vida, sus útiles maneras de medirlos y su aplicación en la práctica dental. Aborda la importancia de incorporar medidas de OHRQoL a las evaluaciones de necesidades en materia de salud bucodental y de rentabilidad, así como su relevancia en la planificación de los servicios de salud bucodental y el establecimiento de políticas.

DEFINICIONES

OHRQoL se define como una "construcción multidimensional que refleja (entre otros) el confort de las personas al comer, dormir e interactuar socialmente, su autoestima y su satisfacción en cuanto a su salud bucodental" (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU.).

PRINCIPIOS

Es un hecho ampliamente reconocido que las enfermedades y trastornos bucodentales tienen un efecto negativo en las funciones orales, autoestima, bienestar general y las actividades sociales de las personas. El alcance de este efecto podría evaluarse con las evaluaciones de OHRQoL. Estas mediciones pueden incorporarse adecuadamente a la atención bucodental y a la política global de salud bucodental. Los profesionales de salud oral desempeñan un papel importante en la mejora de la calidad de vida de sus pacientes y el público en general.

POLÍTICA

La FDI recomienda y reconoce que:

- La incorporación de la OHRQoL, junto a los indicadores clínicos y comportamentales, deberían incorporarse a las evaluaciones de necesidades en materia de salud bucodental de la población, a fin de proporcionar un planteamiento exhaustivo e integral a la planificación de los servicios de salud oral.
- Todos los estudios nacionales sobre salud bucodental deberían incluir una medición de la OHRQoL validada, proporcionando así información del efecto de las enfermedades bucodentales en la vida diaria de las personas.

- La medición de la OHRQoL aporta información esencial para determinar la rentabilidad de la atención y los tratamientos bucodentales, así como de las intervenciones de salud pública.

- Las mediciones de la OHRQoL son esenciales en las actividades de apoyo a la política de salud bucodental, y pueden utilizarse para establecer objetivos estratégicos con miras a una mejora de la salud bucodental global.

- Las asociaciones dentales nacionales desempeñan un papel importante en la promoción de todas estas recomendaciones.

REFERENCIAS

1. Ab-Murat N, Sheiham A, Tsakos G, Watt R. *Periodontal treatment needs and workforce requirements: comparisons between the normative and sociodental approaches using different skill mix models*. Community Dent Oral Epidemiol. 2015;43 (2):106-15.
2. Astrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. *Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors*. Eur J Oral Sci. 2006; 114(2):115-21.
3. Cohen LK, Jago JD. *Toward the formulation of sociodental indicators*. Int J Health Serv. 1976; 6(4):681-98.
4. Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. *A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning*. Bull World Health Organ. 2006; 84(1):36-42.
5. Locker D. *An introduction to behavioural science and dentistry*. London: Tavistock/Routledge, 1989.
6. Locker D. *Measuring oral health: a conceptual framework*. Community Dent Health. 1988; 5(1):3-18.
7. Locker D, Allen F. *What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?* Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35(6):401-11.
8. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. *Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations*. Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37(2):171-81.
9. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. *Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia*. Br Dent J. 2005; 198 (8):489-93.
10. Departamento de salud y Servicio Sociales de los EE.UU. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General-- Executive Summary*. Rockville, MD: US Depart-

ment of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.

■ **Cáncer oral**

Aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

Versión revisada aprobada por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2008, Estocolmo, Suecia.

Versión original aprobada por la Asamblea General de la FDI en octubre de 1998, Barcelona, España.

CONTEXTO

El cáncer oral es un importante problema de salud pública que va en aumento y continúa siendo la principal causa de fallecimiento por enfermedad oral en el mundo. Incluye tumores malignos en el bermellón de los labios y todas las superficies de la cavidad bucal, así como en los dos tercios anteriores de la lengua. Estos cánceres se presentan predominantemente como carcinomas de células escamosas, y son altamente letales, incapacitantes y causan desfiguración. En 2012 hubo 299.051 casos de cánceres de labios y cavidad bucal y 145.353 fallecimientos en todo el mundo. Si agregamos los cánceres de orofaringe e hipofaringe, la cifra sube a 441.000 casos anuales y 241.458 fallecimientos. Estos carcinomas tienen una de las tasas de supervivencia a 5 años más bajas (sobre el 50%) de todos los cánceres. Las tasas de supervivencia están mejorando gradualmente en centros con los recursos adecuados, aunque muchos de los casos en el mundo acuden a tratamientos demasiado tarde y con mal pronóstico.

Los principales factores de riesgo del cáncer oral son el consumo de tabaco en cualquier forma, masticar nueces de areca u hoja de betel, consumo excesivo de alcohol, dietas insuficientes e infecciones persistentes en el tracto aerodigestivo superior por el virus del papiloma humano (VPH). Dado que este virus es el principal causante de los cánceres de cuello uterino y el tracto genital en hombres y mujeres, los cánceres orales y orofaríngeo también pueden ser enfermedades de transmisión sexual. La prevención debe basarse en una higiene apropiada, el control de los principales factores de riesgo y

en la vacuna VPH ampliamente disponible. Las lesiones bucales potencialmente malignas, como la eritroleucoplasia y la eritroplasia, tienen causas similares y pueden incrementar considerablemente el riesgo de cáncer oral.

ALCANCE

Esta declaración de principios aporta información esencial sobre la prevalencia global del cáncer oral, sus causas y el papel crucial de los profesionales de la salud oral frente a esta grave enfermedad potencialmente mortal.

DEFINICIONES

La presente declaración de principios cubre todos los tumores de los tejidos blandos de los labios, lengua y otras zonas en las membranas mucosas de la cavidad bucal. Se hace referencia asimismo a las neoplasias en las amígdalas y otros puntos en la orofaringe. Se excluyen la nasofaringe y la hipofaringe, ya que son zonas difíciles de examinar en el contexto dental. Los distintos puntos difieren según los factores de riesgo más importantes, y varían en cuanto a la progresión de la enfermedad.

PRINCIPIOS

La prevención del cáncer oral, su detección y su tratamiento precoz son cruciales para la reducción de la mortalidad y morbilidad de esta grave enfermedad oral. Dado que el cáncer oral comparte factores de riesgo comunes con muchas enfermedades no transmisibles, como fumar tabaco, la colaboración cercana y el trabajo conjunto con otros profesionales y agencias de salud es esencial para lograr una prevención y un tratamiento primarios y secundarios eficaces. La presente declaración de principios contribuye a los objetivos de la FDI de incluir la "salud oral en todas las políticas", así como "mejorar el acceso a la salud oral".

POLÍTICA

Los profesionales de la salud oral desempeñan un papel clave en la prevención, detección y tratamiento precoz del cáncer oral. Los dentistas deberían realizar un examen bucal concienzudo y rutinario a todos sus pacientes, pues es un método eficaz para detectar y diagnosticar el cáncer oral, especialmente en individuos de alto riesgo. El cribado oportunista temprano del cáncer oral, llevando el correspondiente registro, es por tanto una parte integral de la práctica odontológica y médica. La citología por cepillado puede servir como

complemento para evaluar una etapa inicial de cáncer oral. Actualmente, la biopsia quirúrgica sigue siendo el mejor método diagnóstico para el cáncer oral.

La FDI reconoce que los profesionales de la salud oral desempeñan un papel importante en cuanto al cáncer oral mediante las siguientes acciones:

- Educando a los pacientes y al público en general sobre los factores y comportamientos de riesgo más importantes.
- Alentando a los pacientes a minimizar la exposición a factores de riesgo causantes de cáncer.
- Ofreciendo asesoramiento sobre cesación tabáquica y consejos sobre el consumo moderado de alcohol y la buena alimentación, como parte rutinaria de la educación y práctica odontológica.
- Detección precoz del cáncer oral mediante exámenes meticulosos intra y extra-orales, de los tejidos blandos y duros de todos los pacientes.
- Manteniéndose al día en tecnologías de diagnóstico válidas y fiables.
- Estableciendo protocolos de referencia para pacientes con lesiones sospechosas o aquellos diagnosticados con cáncer oral, así como estrategias eficaces de gestión interdisciplinar, como el conocimiento de redes de apoyo psicosocial.

RECOMENDACIONES DE LA FDI

- Deberían elaborarse políticas de salud nacionales sobre estrategias de prevención del cáncer oral, integrándolas en los contenidos de programas de educación interdisciplinarios.
- Debería proporcionarse formación específica enfocada a la detección precoz, la evaluación apropiada y la remisión a tiempo del paciente para la obtención de un diagnóstico definitivo y un tratamiento eficaz del cáncer oral, así como la gestión posterior al tratamiento.
- Las políticas de salud nacionales relativas a las recomendaciones de vacunación contra el VPH deberían estar fundamentadas en la tendencia creciente de la incidencia del cáncer orofaríngeo relacionado con el virus del papiloma humano.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. *HPV Vaccination*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/>. Acceso 1 de septiembre de 2015.
2. Ferlay J et al. *Cancer Incidence and Mortality Worldwide*:

IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_site_prev.asp?selection. Acceso 29 de marzo de 2015.

3. Johnson NW, Amarasinghe AAHK, Gupta B, Ariyawardana A. *Epidemiology of Oral Cancer*. Volume 1, Chapter 5. En *Oral Cancer: a Comprehensive Approach Principles | Prevention | Treatment | Rehabilitation*. Editor In Chief: Moni Abraham Kuriakose, Roswell Park Cancer Institute, Buffalo, New York. *In press* 2015.

4. Johnson NW et al. *Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions*. *Adv Dent Res*. 2011 May; 23(2):237-46.

5. Poh C et al. *Squamous cell carcinoma and precursor lesions: Diagnosis and screening in a technical era*. *Periodontol* 2000, 2011, 57(1): 73-88.

6. Sankaranarayanan R, Amarasinghe H, Ramadas K, Johnson N, Subramanian S. *Prevention, Early Detection, and Treatment of Oral Cancer*. Disponible en: <http://www.dcp-3.org/node/1138>. Acceso 29 de marzo de 2015.

7. Shepherd S, Glenny A. *Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer*. *Cochrane*, 2013. Disponible en: http://www.cochrane.org/CD004150/ORAL_screening-programmes-for-the-early-detection-and-prevention-of-oral-cancer. Acceso 29 de marzo de 2015.

COMITÉ DE PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

■ **Formación odontológica básica**

Aprobada por la Asamblea General en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

Ratificado por el Comité de práctica odontológica de la FDI en marzo de 2007, Ferney-Voltaire, Francia.

Aprobada por la Asamblea General de la FDI el 18 de septiembre de 2003, Sidney, Australia.

CONTEXTO

La formación odontológica básica es el paso inicial y esencial para lograr una práctica odontológica satisfactoria. Requiere revisiones y mejoras frecuentes, dados los cambios

- En la profesión odontológica y en las ciencias odontológicas,
- En las necesidades y demandas de los pacientes,
- En las necesidades de armonización entre las facultades de Odontología, la investigación odontológica y la práctica odontológica diaria, para lograr una formación odontológica básica más realista y de aplicación inmediata, y
- En la comprensión de los patrones de las enfermedades y el conocimiento de medidas curativas, de mantenimiento de la salud y de la evidencia científica

DEFINICIONES

La formación odontológica básica implica la enseñanza y preparación de las futuras generaciones de dentistas para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades bucodentales, así como atender las necesidades y demandas bucodentales de los pacientes. El propósito de la formación odontológica básica es aportar competencias y conocimientos necesarios para la buena práctica de los dentistas.

La educación interprofesional consiste en la formación sanitaria común y recíproca de los dentistas y los otros profesionales sanitarios, con el fin de fomentar prácticas de colaboración que mejoren la salud general y bucodental, así como la calidad de la atención en cada paciente.

PRINCIPIOS

Los principios de la formación odontológica básica deberían basarse en normas morales y éticas, así como en reglamentos y normativas nacionales.

El principal objetivo de la formación odontológica es asegurar que los dentistas finalicen sus estudios universitarios con capacidad de pensamiento crítico y de decisión, e inculcarles el deseo de aprender permanentemente. El nuevo dentista debería ser capaz de realizar cualquier tipo de tratamiento odontológico sin dañar al paciente, utilizando métodos de tratamiento modernos, apropiados, eficaces y aceptados actualmente.

Además, la formación odontológica básica debería incluir el desarrollo de habilidades sociales y de comuni-

cación con un público que incluye pacientes, miembros del equipo odontológico y colegas. Asimismo, es esencial la adquisición de capacidades de gestión sólidas basadas en principios éticos.

El nuevo facultativo debe ser capaz de poner en marcha programas de prevención adecuados para individuos y grupos, en el marco de programas orientados a la comunidad. A fin de conseguir este objetivo, la formación odontológica debe aportar al alumno un *curriculum vitae* actualizado regularmente revisado, así como una sólida formación clínica basada en principios de aprendizaje humanitarios y científicos, fundamentados en la evidencia.

Asimismo, para la formación odontológica básica es importante tener en cuenta el amplio papel que desempeñan los dentistas, consecuencia de una definición más extensa de salud bucodental, de calidad de vida y de una mayor precisión en la relación entre salud bucodental y salud general.

Para ello, se recomienda encarecidamente una relación más estrecha entre las facultades de Odontología, las asociaciones dentales nacionales y las autoridades reguladoras. Asimismo, se resalta la necesidad de llevar la investigación y la ciencia a la práctica, y de ajustar el *curriculum vitae* odontológico actual a los resultados científicos, las demandas y necesidades cambiantes en materia de salud bucodental, y las expectativas y condiciones diarias de la profesión.

El término "competencias clínicas" se aplica a una combinación de conocimientos, habilidades y juicio, que aporta al profesional la capacidad de llevar a cabo una tarea determinada. Los conocimientos requeridos incluyen principios de biología molecular, así como elementos de anatomía y fisiología y la patogénesis de las enfermedades. Implica algo más que una simple capacidad técnica o una cierta cantidad de conocimientos. La adquisición de una competencia clínica puede lograrse mediante una diversidad de programas educativos y de formación. Estos pueden ser evaluados y examinados de diferentes maneras en todo el mundo.

POLÍTICA

La política de la Federación Dental Internacional (FDI) es dar voz a los dentistas de todo el mundo en relación a la cuestión esencial de una formación odontológica básica actualizada, mejorada y eficaz de las futuras generaciones de dentistas.

Existen varios *curriculum vitae* apropiados para lograr competencias clínicas básicas, por lo que el Comité de práctica odontológica de la FDI evita expresamente recomendar una normativa detallada. Aparte de las competencias clínicas requeridas, todas las asignaturas deberían formar parte de una filosofía educativa global en la formación odontológica universitaria. Es fundamental elaborar un *curriculum vitae* completo e integrado para evitar la dominancia de ciertas materias sobre otras, aun pudiendo haber variaciones en el énfasis, de una facultad de Odontología a otra o de un país a otro. Está ampliamente reconocido que la investigación odontológica y la búsqueda activa de nuevos conocimientos y su difusión nos define como profesión. Por tanto, la formación odontológica básica debe permitir a los estudiantes tener experiencia de investigación. El nuevo facultativo debe comprender las metodologías de investigación y ser competente en la evaluación de la documentación científica.

A nivel mundial existe una gran variedad de sistemas de formación en este campo. Estos sistemas están elaborados, dirigidos y aplicados de diferentes formas, pero todos deberían dar como resultado un graduado competente capaz de ejercer su actividad con profesionalidad conforme a normas acordadas a nivel nacional. Estas deberían cubrir el examen del paciente, su evaluación y diagnóstico, prevención, comunicación y educación del paciente, ética y jurisprudencia, tratamiento, urgencias médicas y gestión clínica.

Las organizaciones dentales nacionales e internacionales deberían sugerir que las autoridades reguladoras consideren esta descripción de formación básica odontológica.

■ Supervisión del personal odontológico asociado

Aprobada por la Asamblea General en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

Ratificado por el Comité de práctica odontológica de la FDI en marzo de 2007, Ferney-Voltaire, Francia.

Aprobada por la Asamblea General de la FDI en noviembre del 2000- París, Francia.

CONTEXTO

De acuerdo con la ley, el dentista es responsable ante el paciente de realizar un diagnóstico y aconsejar sobre opciones de tratamiento y prevención de enfermedades, trastornos o disfunción del complejo orofacial. Por tanto, el dentista es el único profesional debidamente autorizado para supervisar al equipo odontológico.

Recientemente, el papel del personal odontológico asociado ha cobrado importancia, especialmente en jurisdicciones en las que este tiene permitido iniciar el tratamiento de pacientes en circunstancias y marcos regulados.

En consecuencia, es importante aclarar el nivel y tipo de supervisión que debe ejercer el dentista, como líder del equipo clínico, mediante la formación o la transmisión de conocimientos adecuados, que suministren información actualizada con los siguientes objetivos:

- Incrementar la valiosa participación del personal asociado.
- Aumentar y difundir las actividades educativas y preventivas, y maximizar su efecto.
- Reducir el coste de la atención sanitaria bucodental y aumentar los recursos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.
- Mejorar la eficiencia de los equipos odontológicos a fin de que el dentista pueda concentrarse en actos clínicos de mayor complejidad de competencias y conocimientos
- Proteger al público.

ALCANCE

La presente declaración de principios concierne a la supervisión del personal de apoyo, que debe realizarse conforme a la normativa local y respetando el cometido primordial del dentista en sus funciones de líder del equipo odontológico, con total responsabilidad de supervisión del personal y control de funciones.

DEFINICIONES

Dentista: director del equipo odontológico y único responsable de diagnosticar, tratar y de organizar, gestionar y supervisar al personal asociado con el fin de proporcionar a los pacientes una atención sanitaria bucodental de alta calidad.

Personal odontológico asociado: miembro del equipo al que el dentista puede delegar ciertos cometidos en la provisión de atención bucodental. Sus funciones, deberes y cometidos quedan regulados por la legislación nacional vigente del país y/o normativas de carácter local.

Delegación: siempre que lo permita la ley, asignación por parte del dentista de una tarea determinada (bajo constante supervisión y manteniendo toda la responsabilidad) a otro miembro del equipo clínico debidamente formado y cualificado.

Supervisión: dirigir o hacerse cargo de las actividades de una persona para garantizar que las tareas se realicen de forma adecuada y segura; responsabilidad de supervisión, etc.

Control: observar, supervisar o vigilar los cometidos o funciones del personal odontológico asociado bajo la supervisión de un dentista; mantener bajo observación; medir o probar a intervalos, especialmente con fines de regulación o control.

Remisión: enviar a un paciente a otro doctor para recibir tratamiento, normalmente un dentista general o especialista.

PRINCIPIOS

A fin de garantizar que el paciente reciba la mejor atención posible y en condiciones de seguridad, es necesario establecer el alcance y los límites, la preparación, la formación y los cometidos adecuados para cada miembro del equipo odontológico, así como definir claramente la relación y las responsabilidades del dentista como líder del equipo. Así se evitan posibles conflictos éticos y jurídicos, proporcionando un marco de referencia que protege el bienestar y el respeto a los pacientes.

POLÍTICA

Es responsabilidad del dentista:

- Garantizar que todo el personal odontológico asociado cuente con las competencias, cualificaciones, habilidades y formación apropiadas para realizar las tareas que se les encomiendan.
- Controlar y supervisar el desempeño del personal asociado con miras a garantizar la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud bucodental prestados. Es responsabilidad de cada miembro del equipo odontológico:
- Realizar únicamente los cometidos encomendados para los que esté adecuadamente cualificado o formado, según las prácticas autorizadas en el país o reconocidas por las normas y leyes locales.
- Remitir al dentista cualquier paciente cuyo problema de salud o tratamiento requerido quede fuera de su competencia y formación.

■ Protésico dental / Técnico de laboratorio dental

Aprobada por la Asamblea General en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

Versión revisada aprobada por la Asamblea General de la FDI el 26 de octubre de 2007, Dubái, Emiratos Árabes Unidos.

Versión original aprobada por la Asamblea General de la FDI en octubre de 1998, Barcelona, España.

INTRODUCCIÓN

Los cambios en la Odontología, los materiales odontológicos y la tecnología (p.ej. la digitalización del trabajo), en el comercio internacional de productos de laboratorios dentales y una actitud diferente en cuanto a la colaboración, hacen necesario redefinir la relación entre el protésico dental y el dentista.

DEFINICIÓN

Protésico dental¹: miembro del equipo odontológico que fabrica y repara, según prescripción del dentista, aparatos dentales hechos a medida como prótesis o piezas como inlays, onlays, coronas, carillas, puentes, prótesis completas o parciales, mantenedores de espacio dental y arcos linguales y labiales.

¹Reciben diferentes nombres en los distintos países (p.ej. técnico)

POLÍTICA

1. Responsabilidades generales

La Odontología es una ciencia médica compleja de alto nivel profesional, que abarca la prevención, el diagnóstico y la rehabilitación de enfermedades y malformaciones de los tejidos blandos y duros de la boca y las mandíbulas. Incluye asimismo el tratamiento de lesiones dentales y el reemplazo de piezas perdidas con el fin de restaurar una salud oral funcional.

El protésico dental es responsable de los aparatos fabricados en el laboratorio según las especificaciones detalladas en la prescripción proporcionada por el dentista.

Por tanto, la Federación Dental Internacional:

- Se opone a cualquier diagnóstico, planificación o tratamiento de pacientes por parte de protésicos dentales.
- Se opone a cualquier formación universitaria de grado o posgrado o programa de formación que reivindique otorgar al protésico dental un título y/o el estatus de proveedor de asistencia sanitaria cualificado e independiente.
- Alerta a las autoridades de todos los países de las dañinas consecuencias potenciales para la salud de la población si se otorga a los protésicos dentales el derecho a tratar pacientes.

2. Relación de trabajo

Cuando el tratamiento dental implica la colaboración entre un dentista y un protésico dental, con el fin de proporcionar la mejor atención sanitaria bucodental posible a la población, el dentista debería recurrir a los servicios de un protésico dental debidamente cualificado.

2.1 El dentista debería:

- Cumplir con todas las responsabilidades legales y éticas en el desarrollo de todos los procedimientos clínicos.
- Ser el único responsable tanto del diagnóstico como del seguimiento, garantizando así la continuidad de la atención al paciente.
- Asumir las responsabilidades jurídicas con respecto al paciente en cuanto al tratamiento clínico y a los dispositivos prescritos del protésico dental.
- Facilitar al protésico dental ofrecer el mejor servicio proporcionándole información de calidad (impresión, modelos, fotos, datos) y transmitiendo por escrito instrucciones y especificaciones específicas de los servicios prescritos.
- Recibir y guardar el certificado de conformidad del aparato prescrito.
- Proteger la información relacionada con los registros de los problemas de salud y los tratamientos médicos recibidos por el paciente.

2.2 El protésico dental debería:

- Practicar su profesión dentro de los límites establecidos por la ley y las normativas.
- Seguir formándose profesionalmente siempre, actualizando los conocimientos sobre el control de infecciones entre otras materias.
- Aceptar y seguir las prescripciones, instrucciones y

especificaciones dadas por el dentista.

- Comunicarse con el dentista sobre técnicas, materiales y procedimientos nuevos o alternativos.
- Asegurarse de utilizar únicamente productos y métodos certificados para ofrecer un servicio del más alto nivel.
- Como fabricante, entregar al dentista el certificado de conformidad del aparato prescrito.
- Seguir las instrucciones, orientaciones y consejos provistos por los fabricantes de los materiales utilizados en la fabricación de los aparatos.
- Asumir la responsabilidad jurídica del trabajo realizado en el laboratorio, tal como queda especificado en las normas y leyes del país, estado y/o jurisdicción gubernamental.
- Aportar al dentista toda la información necesaria sobre el trabajo realizado en el laboratorio, incluyendo los materiales utilizados.
- Proteger todos los datos, incluyendo la información personal del paciente y de sus aparatos dentales.

■ Papel de la FDI en la ética odontológica

Aprobada por la Asamblea General en septiembre de 2015, Bangkok, Tailandia.

PREÁMBULO

La FDI reconoce que la Odontología está evolucionando y es cada vez más compleja debido a:

- La globalización de la profesión y el entorno de la práctica odontológica como resultado de la mayor labor realizada por los proveedores de servicios dentales en la salud general, la movilidad transfronteriza de los proveedores de servicios dentales, la migración de pacientes y las nuevas oportunidades de turismo dental.
- El papel cada vez mayor de la industria, accionistas y otras terceras partes en la configuración de la práctica odontológica y la investigación, y una tendencia hacia clínicas de grandes marcas y dentistas con acuerdos empresariales.
- Cambios en la relación dentista-paciente, incluyendo el favorecimiento de la autonomía del paciente, la necesidad de cuidados intra e interprofesionales y un mayor alcance de la práctica odontológica.

- Un mayor acceso de los pacientes a la información y un creciente interés en la estética.

- Problemas persistentes para lograr el acceso universal a la atención sanitaria bucodental.

Estos factores, entre otros, están generando nuevos desafíos éticos, lo que hace absolutamente necesario tener una conciencia ética, la reflexión y la orientación.

JUSTIFICACIÓN

En la Constitución de la FDI, esta reconoce su responsabilidad en la promoción de la ética en la Odontología, considerando una de sus cuatro misiones “hacer avanzar y promover la ética, las habilidades, la ciencia y la práctica de la Odontología”, a fin de garantizar al paciente una relación beneficiosa con el equipo clínico y una salud bucodental óptima.

Consciente de su misión, la FDI ha publicado varios documentos sobre temas relacionados con la ética como la práctica de la odontología, publicaciones en materia de odontología, acceso a cuidados, derechos de los pacientes y responsabilidades de los dentistas.

No obstante, actualmente no existe ninguna declaración de política global sobre el papel de la FDI en cuestiones de ética odontológica.

Por ello, la presente declaración de principios proporciona recomendaciones específicas para la puesta en marcha de esta misión en cuestiones relacionadas con la ética.

DECLARACIÓN

La FDI:

1. Abogará por el reconocimiento y la importancia de la ética odontológica en todo el mundo.
2. Alentará y facilitará la formación y la investigación sobre la ética odontológica.
3. Consultará a organizaciones y partes interesadas, tanto nacionales como internacionales, en el campo de la ética odontológica. Promoverá las relaciones entre organizaciones que regulen la profesión odontológica a nivel nacional con organizaciones nacionales e internacionales en el ámbito de la ética odontológica.
4. Iniciará y realizará actividades relacionadas con la ética en reuniones y congresos de la FDI.
5. Mantendrá un completo y dinámico código deontológico en la práctica de la odontología*.
6. Elaborará una declaración de principios sobre ética de la investigación clínica odontológica.
7. Establecerá en el seno del Comité de práctica odonto-

lógica un Grupo de expertos sobre cuestiones relacionadas con la ética odontológica.

*El código deontológico reemplazaría/combinaría determinadas declaraciones de principios de la FDI relacionadas con la ética

REFERENCIAS

1. Broers D L M, Brands W G, Jongh A de, and Welie, J V M. *Deciding about patients' requests for extraction: Ethical and legal guidelines*, J Am Dent Ass 2010 141:195-203
2. Riaud X. *Les Dentistes Allemands Sous le Troisième Reich*. Paris: l'Harmattan, 2005.
3. Beecher H K. *Ethics and clinical research*. New Engl J Med 1966 274:1354-1360 1966.
4. Rule J and Veatch, R M. *Ethical Questions in Dentistry*. 1st ed. Chicago: Quintessence, 1993.
5. Ozar D T, and Sokol D J. *Dental Ethics at Chairside: Professional Principles and Practical Applications*. 1st ed. St. Louis: Mosby, 1994.
6. Bischofberger E, Bolin A K, Nordenram G and René N. *Etik i Tandvården*. Stockholm: Gothia, 1998.
7. Strijbos S. *Kiezen en Keuzen Ethiek in de Tandheelkundige Praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
8. Scarpelli M L. *Il Comportamento dell'Odontoiatra: Aspetti Etici, Deontologici e Medico Legali*. Viterbo: Edizioni ACME, 2001.
9. Gross D. (Ed.). *Zwischen Theorie und Praxis 3: Ethik in der Zahnheilkunde*. Wuerzburg: Koenigshausen & Neumann, 2002.
10. Williams J R. *FDI World Dental Federation Ethics Manual*. Ferney-Voltaire: FDI World Dental Federation, 2007. En línea: http://www.fdiworldental.org/media/70462/1-fdi_dental_ethics_manual_1st_edition_2007.pdf
11. *FDI World Dental Federation. Constitution*. Ferney-Voltaire: FDI World Dental Federation, 2012. En línea: http://www.fdiworldental.org/media/55768/constitution_-_english.pdf
12. Todas las declaraciones de política de la FDI pueden encontrarse en línea: <http://www.fdiworldental.org/publications/policy-statements/policy-statements-and-resolutions.aspx#sthash.hPw4rstB.dpuf>

FDI 2017 MADRID

Annual World
Dental Congress

Te esperamos en Madrid
Resérvalo en tu agenda

- 📍 Más de 6.000 m² de exposición
- 📍 80 dictantes
- 📍 130 países
- 📍 Más de 200 empresas del sector
- 📍 5 salas simultáneas



29.08.17-01.09.17

MADRID - Recinto Ferial IFEMA
www.fdi2017madrid.org

