



LIBRO BLANCO DE LA PROFESIÓN DE
HIGIENISTA BUCODENTAL
EN ESPAÑA 2019

Con la colaboración de:



Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

© Miguel Carasol Campillo y José Luis Gómez Gómez

delyser@delyser.com

“Los avances en el ámbito técnico asistencial exigen un profesional formado para colaborar con el equipo multidisciplinar en el tratamiento y seguimiento del paciente o usuario...”

(Real Decreto 769/2014 de 12 de septiembre, por el que se establece el Título de Técnico Superior en Higiene Bucodental)

“Por ello en esta ley... propone que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinarias evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.”

(Exposición de Motivos de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias)

“Es deseable avanzar en la coordinación de la realidad diaria de las funciones que, de manera coordinada con el Dentista, desarrolla el Higienista Dental con su marco jurídico y académico, a través de una actualización y armonización de la regulación legal, dando así respuesta a la realidad práctica diaria.”

Miguel Carasol Campillo

José Luis Gómez Gómez

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	10
2. OBJETIVO	12
3. MATERIAL Y MÉTODO	14
3.1. Diseño y tipo de estudio	15
3.2. Material	15
3.2.1. Muestra	15
3.2.1.1 Criterios de inclusión	15
3.2.2. Variables	15
3.3. Método	15
3.3.1. Recogida de datos	15
3.3.1.1. Cuestionario	15
3.3.1.2. Obtención de datos	16
3.3.1.3. Duración	16
3.3.2 Consideraciones éticas	16
3.3.3 Análisis estadístico	16

4. RESULTADOS-DISCUSIÓN	18
4.1. Descriptiva de la muestra	20
4.2. Funciones realizadas por el Higienista Dental	24
4.3. Condiciones sistémicas.	48
4.4. Formación y ejercicio profesional	56
5. DISCUSIÓN GENERAL	66
5.1. Descriptiva de la muestra	67
5.2. Funciones realizadas por el Higienista Dental	67
5.3. Condiciones sistémicas.	70
5.4. Formación y ejercicio profesional	70
6. CONCLUSIONES	74
7. RECOMENDACIONES	78
8. BIBLIOGRAFÍA	80
9. ANEXO. ENCUESTA ESCRITA	82

COMITÉ CIENTÍFICO

COORDINADORES

MIGUEL CARASOL CAMPILLO

Doctor en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Médico Especialista en Estomatología (UCM).

Máster en Periodoncia por la UCM.

Miembro del grupo de investigación "Etiología y Terapéutica de las Enfermedades Periodontales (ETEP)", UCM.

JOSÉ LUIS GÓMEZ GÓMEZ

Abogado, ejerciente. Especialidad de Derecho Sanitario.

Profesor de Legislación Sanitaria. Universidad Europea de Madrid.

Vocal del Consejo de Colegios de Abogados de la Comunidad de Madrid.

Miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

COMITÉ CIENTÍFICO

MIEMBROS

BEATRIZ GARCÍA ALCÁZAR

Doctora en Odontología, Universidad Alfonso X el Sabio.

Máster en Ortodoncia, Universidad Alfonso X el Sabio.

Profesora de Grado y Posgrado de Ortodoncia, Universidad Alfonso X el Sabio.

JUAN BLANCO CARRIÓN

Profesor Titular de Periodoncia del Departamento de Cirugía y especialidades médico-quirúrgicas (Universidad de Santiago de Compostela. USC).

Director del Programa Master en Periodoncia (USC).

Director del Programa de Formación Continuada en Periodoncia (USC).

Miembro del International Research Committee ITI (International Team for Implantology).

ISABEL GIRÁLDEZ DE LUIS

Doctora en Odontología por la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Máster Oficial en Odontología Integrada por la Universidad Rey Juan Carlos.

Experta en Odontología Estética en la Universidad Rey Juan Carlos.

Máster en Salud Pública Oral en la Universidad de Sevilla.

GERARDO GÓMEZ-MORENO

Catedrático de Odontología en Pacientes Especiales, Facultad de Odontología, Universidad de Granada.

Co-director del Máster de Periodoncia e Implantes, Facultad de Odontología, Universidad de Granada.

Director del Grupo de Investigación de la Junta de Andalucía CTS-654 "Investigación Farmacológica en Odontología."

JAVIER LOZANO ZAFRA

Doctor en Odontología, Universidad de Murcia.

Postgrado en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Universidad San Pablo CEU.

Miembro de la Sociedad Española de Ortodoncia.

Miembro de la Sociedad Española de Alineadores.

Miembro honorífico de la Sociedad Francesa de Alineadores.

EDUARDO MONTERO

Licenciado en Odontología, Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Magíster en Periodoncia e Implantes (UCM).

Board Europeo en Periodoncia por la Federación Europea de Periodoncia (EFP).

Profesor Asociado de Periodoncia. Facultad de Odontología. UCM.

Diplomado en "Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud" Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

JUAN CARLOS MUÑOZ GARCÍA

Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Tutor Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Ejercicio profesional en Sistema Nacional de Salud. Centro de Salud El Soto, (Madrid).

1. INTRODUCCIÓN

La profesión titulada de Higienista Dental nace en 1986, con la finalidad de hacer posible y efectiva la atención, en materia de salud dental, a toda la población. En 1986, los índices de profesionales dentales, en relación con la población, colocaban a España en uno de los lugares más bajos en el ranking de los países comunitarios.

Uno de los principales problemas a la hora de iniciar la reestructuración en materia de salud dental en 1985, era el déficit de profesionales dentales existentes. Así, el primer paso necesario fue crear este nuevo grupo de profesionales sanitarios que eran los Higienistas Dentales y diferenciarlos de los existentes Auxiliares de Clínica.

Consecuencia de la aparición de estos nuevos profesionales y su incorporación a la actividad asistencial, tanto en la sanidad pública como privada, fue la mejora significativa de los índices de salud de la población española y con ello la importancia de la figura del Higienista Dental en los equipos multidisciplinares de salud. De igual manera la evolución de estos profesionales ha provocado que las principales Sociedades Científicas de la Odontología, hayan incorporado a los Higienistas Dentales como expertos y conferenciantes en sus cursos y congresos de formación continuada, consolidándose así su figura en los equipos multidisciplinares de la Odontología

La realidad diaria de la sanidad nos demuestra que ésta va más deprisa que las normas y las políticas educativas y profesionales que inicialmente las regulara; basta observar los avances técnicos sanitarios para comprobar cómo, en este siglo XXI, funciones tradicionalmente realizadas por un facultativo, son ahora compartidas, por éstos con colaboradores mediante la aparatología digital o la inteligencia artificial. Y el sector odontológico no ha sido una excepción, ya que en él se ha ido produciendo tanto una gran evolución tecnológica como la aparición de nuevas técnicas y tratamientos, de manera que, al igual que en el resto de las profesiones, la práctica real y diaria del Higienista Dental ha desbordado la redacción inicial de su normativa, fijada hace ya un tercio de siglo.

Las autoridades educativas, conscientes de esta evolución, modificaron en 2014 el perfil profesional y currículo formativo del Higienista Dental, fijando el nuevo título de Técnico Superior en Higiene Bucodental mediante el Real Decreto 769/2014 de 12 de septiembre, en el que se amplían las horas de formación, se asignan los correspondientes créditos ECTS y se amplían las materias de sus módulos profesionales, dotando así, a estos profesionales, de una mayor formación teórica y práctica para que *“como miembros de un equipo de salud bucodental, y en colaboración con el Odontólogo o Médico Estomatólogo, sean conjuntamente más eficaces en la promoción de la salud bucodental de las personas y cobertura formativa de la comunidad”*.

Por su parte, **todas las entidades que conforman el colectivo de Higienistas Dentales** del país acordaron, en marzo de 2018, participar y colaborar con **Oral-B** en la realización del **primer Libro Blanco de la profesión en España**, con el objetivo de obtener una información actualizada de la actividad del Higienista Dental, que ayudase al desarrollo de la profesión y la mejora de la salud de la población.



2. OBJETIVO

En 1986 se publicó la Ley 10/1986 de 17 de marzo sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. El objetivo de aquella Ley era crear un nuevo grupo de profesionales que mejorara la salud dental de la población y que, además, estuvieran diferenciados de otros profesionales existentes hasta ese momento. Así nació, legalmente en España la profesión de Higienista Dental diferenciándose expresamente de los Auxiliares de Clínica.

Han transcurrido más de treinta y tres años desde la publicación de aquella norma por lo que es aconsejable **realizar un estudio sobre la evolución de la profesión, así como para obtener una radiografía de la actividad asistencial de los Higienistas Dentales.**

Este estudio muestra el resultado de ese trabajo por parte de un equipo de expertos en diversas áreas de la Odontología, la Medicina y el Derecho Sanitario, todos ellos bien conocedores de las actividades y funciones que, los Higienistas Dentales, realizan día a día.

Con dichos conocimientos y sobre la información directa obtenida, -sobre más de dos mil Higienistas Dentales participantes en el estudio-, se muestra una radiografía real sobre “qué se hace en las clínicas” y “hacia dónde se orienta la profesión del Higienista Dental”.

Es de destacar la relevancia de los datos presentados en el presente estudio, tanto por su magnitud numérica, como por la calidad de la información vertida.

El objetivo ha sido obtener una información actualizada y de máxima calidad de la actividad del Higienista Dental, que permita a los legisladores sanitarios y educativos del país conocer esta realidad que les permita adaptar las normas sobre formación académica y competencias a la misma para, así, facilitar y mejorar el acceso de los españoles a la salud dental.

Nuestro agradecimiento a la marca Oral-B® por facilitar los medios para poder llevar a cabo esta radiografía de la profesión, respetando en todo momento tanto la objetividad de los datos de las encuestas realizadas, como la independencia de los expertos y coordinadores de la presente obra.

Comité Científico.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Con la finalidad de conocer el estado actual de la profesión se realiza el presente estudio, para establecer una radiografía de la profesión al tiempo que describir la actividad que desempeña el colectivo, así como definir hacia dónde debe orientarse su futuro. Con estos objetivos se ha diseñado un estudio descriptivo de encuesta transversal en una muestra de oportunidad.

3.2. MATERIAL

3.2.1. Muestra

La muestra de este estudio asciende a un total de 2.094 sujetos, pertenecientes al colectivo de Higienistas Dentales con ejercicio profesional en España, los cuáles completaron de forma voluntaria y anónima el material utilizado para la investigación.

Cabe señalar la implicación del colectivo y por tanto el agradecimiento al alto número de participantes.

3.2.1.1 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se respetaron para la ejecución del presente estudio fueron: sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años y pertenecientes a alguna las Asociaciones o Colegios Profesionales de Higienistas existentes dentro del territorio español.

3.2.2. Variables

Divididas en 4 grupos:

1. Descriptiva de la muestra: 4 variables
2. Funciones realizadas por el Higienista Dental: 12 variables
3. Condiciones sistémicas: 4 variables
4. Formación y ejercicio profesional: 6 variables

3.3. MÉTODO

3.3.1. Recogida de datos

3.3.1.1. Cuestionario

La recogida de datos se llevó a cabo por medio de un cuestionario, el cual fue diseñado para ser autoadministrado, con un tiempo de cumplimentación no superior a los 10 minutos y compuesto por 26 preguntas (las cuáles eran cerradas de respuesta dicotómica y excluyente, cerradas con varias alternativas de respuesta y excluyentes y cerradas no excluyentes). Para reducir la posible aparición de sesgos, la redacción de éstas se hizo de forma clara y concisa.

3.3.1.2. Obtención de datos

Con el fin de obtener el mayor número de respuestas, en el menor tiempo posible, se hizo llegar a los sujetos, objeto de estudio, el cuestionario a través de un correo electrónico, el cual contenía las instrucciones para el desarrollo de la encuesta, además de exponer los objetos de estudio y recalcar la importancia de su participación.

Se cumplimentó por medio de la aplicación SurveyMonkey®. (SurveyMonkey Inc., San Mateo, California, EE. UU. www.surveymonkey.com)

3.3.1.3. Duración

La recogida de datos tuvo lugar en el periodo comprendido entre el 6 de noviembre de 2018 y el 4 de febrero de 2019.

3.3.2 Consideraciones éticas

Se ha garantizado la confidencialidad de los resultados ya que se procedió a la desactivación del reconocimiento de IP de origen, así como respetando las normas previstas en el Reglamento UE 679/2016 de Protección de Datos de Carácter Personal (RGPD) y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantías de Derechos Digitales (LOPDGDD), a la hora de gestionar la información obtenida.

3.3.3 Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIQ) en caso de asimetría.

Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de chi-cuadrado o con la prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Se obtuvo la significación global y posteriormente se buscaron las diferencias entre pares de grupos a estudio. Se compararon las medias de los cuestionarios de estrés para el total de la muestra y por grupos de estudio con el análisis de la varianza y se corrigió el nivel de significación para los contrastes dos a dos con el test de Bonferroni. Se ajustó un modelo de regresión lineal para evaluar la asociación de variables con el estrés. Se presentan los coeficientes de regresión (pendientes de cambio de la media de puntuación) junto a sus intervalos de confianza al 95%.

En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos y se contrastó la hipótesis de homogeneidad de variancias. En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error $\alpha < 0.05$. Los paquetes estadísticos utilizados para el análisis fueron SPSS para Windows (versión 20.0) y STATA 13.0 para macOS.



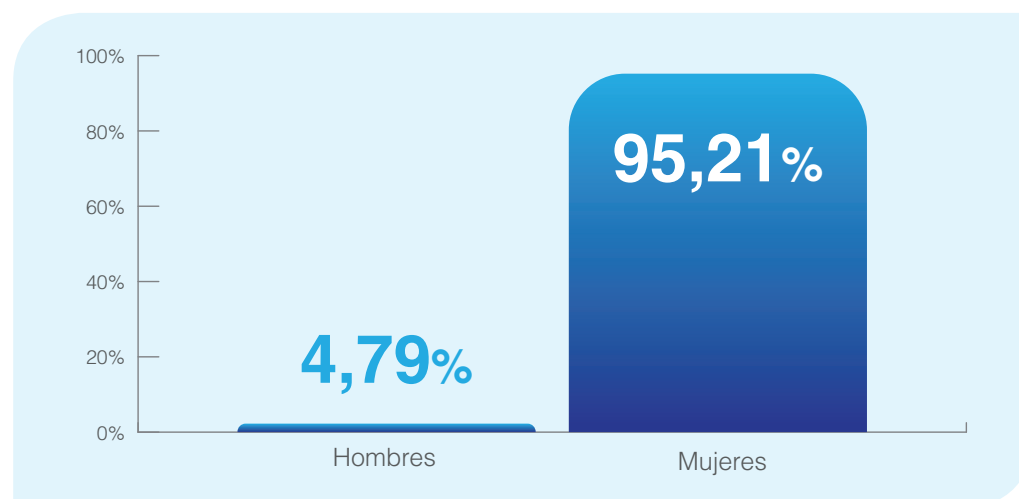
4. RESULTADOS-DISCUSIÓN

Pregunta 1. ¿Es usted hombre o mujer?

Tabla nº 1. Distribución del número total de la muestra del estudio en función del sexo

Participantes	n	%	Omitidos
Hombre	99	4,79%	
Mujer	1.969	95,21%	
Total	2.068	100%	27

Gráfico nº 1. Distribución por porcentajes de los encuestados en función del sexo.



Resultados: La profesión está ejercida mayoritariamente por el sexo femenino, como es la tendencia dentro del sector sanitario en los últimos años.

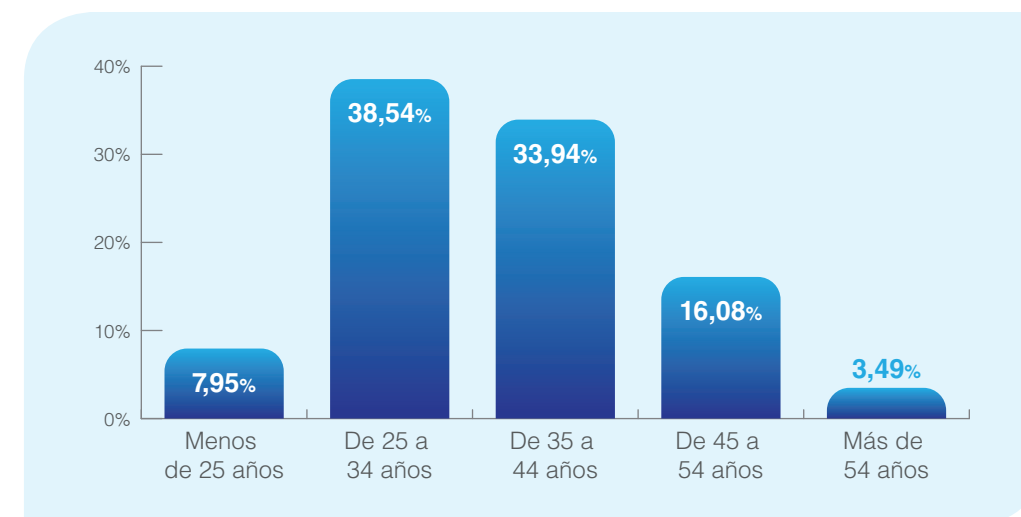
Discusión: Los resultados de esta encuesta están en consonancia con los de otros países donde está regulada la profesión de Higienista Dental.

Pregunta 2. ¿Qué edad tiene?

Tabla nº 2. Distribución del número total de la muestra del estudio estratificados por grupos de edad.

Participantes	n	%	Omitidos
Menos de 25 años	166	7,95%	
25 - 34 años	805	38,54%	
35 - 44 años	709	33,94%	
45 - 54 años	336	16,08%	
Más de 54 años	73	3,49%	
Total	2.089	100%	6

Gráfico nº 2. Distribución por porcentajes de los encuestados en función de los grupos de edad.



Resultados: Más de dos tercios de la población de Higienistas Dentales está comprendido entre los 25 y los 44 años, indicando el predominio de adultos jóvenes, seguido de los profesionales de 45 a 54 años, y con menor presencia en los extremos de la escala laboral.

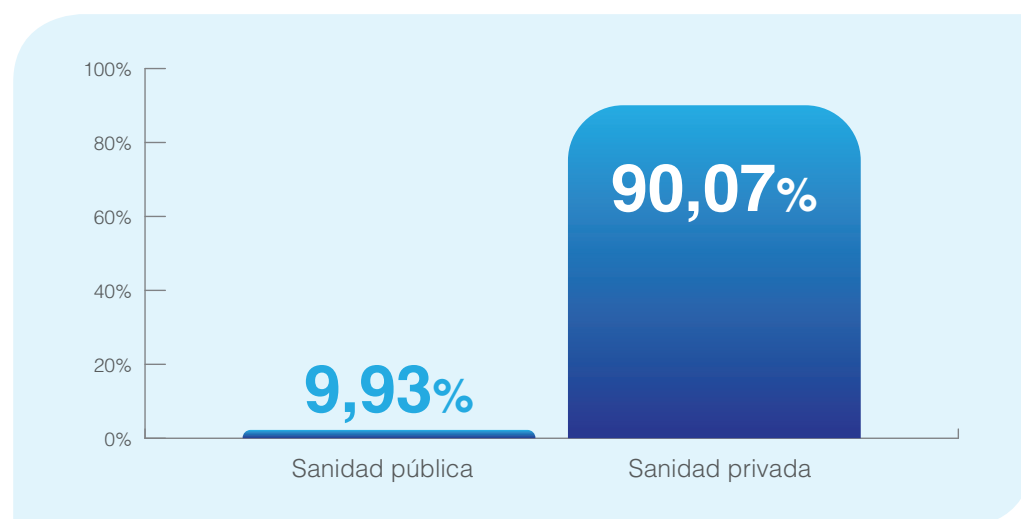
Discusión: Las cifras indican el incremento en el acceso a la profesión de forma progresiva por parte de personas jóvenes, creando un núcleo de Higienistas con grandes posibilidades de evolucionar a nivel laboral, de formación y experiencia. Por otro lado, estas cifras indican que la profesión de Higienista Dental es de desarrollo y expansión relativamente reciente en nuestro país; además, el grupo de menores de 25 años se ha incrementado considerablemente debido a la plétora en las ofertas de formación que existe actualmente.

Pregunta 3. ¿Trabaja en sanidad pública o privada?

Tabla nº 3. Distribución del número total de la muestra del estudio en función del tipo de lugar de trabajo.

Respuesta	n	%	Omitidos
Sanidad pública	207	9,93%	
Sanidad privada	1.878	90,07%	
Total	2.085	100%	10

Gráfico nº 3. Distribución por porcentajes de los encuestados en función del tipo de lugar de trabajo.



Resultados: La mayoría trabaja en la sanidad privada y solo un 10% de los Higienistas Dentales trabaja en la sanidad pública.

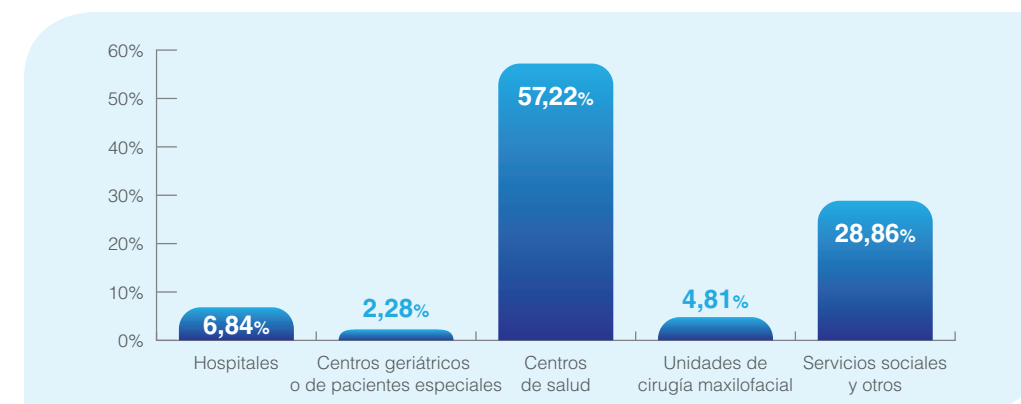
Discusión: La mayoría de los Higienistas Dentales trabajan en la sanidad privada, en consonancia con el tipo de actividad profesional mayoritaria de los Dentistas. Esta ausencia cuantitativa de Higienistas Dentales en la sanidad pública limita, claramente, su labor preventiva en la salud bucodental de la población general, donde tendrían acceso a mayores poblaciones de todas las edades.

Pregunta 4. Si es en sanidad pública, ¿dónde?

Tabla nº 4. Distribución del número total de la muestra del estudio en función del tipo de lugar de trabajo en la sanidad pública.

Respuesta	n	%	Omitidos
Hospitales	27	6,84%	
Centros geriátricos o de pacientes especiales	9	2,28%	
Centros de salud	226	57,22%	
Unidades de cirugía maxilofacial	19	4,81%	
Servicios sociales y otros	114	28,86%	
Total	395	100%	1700

Gráfico nº 4. Distribución por porcentajes de los encuestados en función del tipo de lugar de trabajo en la sanidad pública.



Resultados: Los centros de salud copan gran parte de la actividad pública de los Higienistas Dentales, seguido por el trabajo en servicios sociales. El resto de actividades en la salud pública son mucho menos frecuentes.

Discusión: De acuerdo a la comparación de los resultados obtenidos en las preguntas 3 y 4, se colige que hay Higienistas Dentales que compatibilizan su actividad en el sector público y en el privado y que el número de higienistas que trabajan en sanidad pública puede llegar a ser hasta el doble de la cifras reflejadas en la pregunta 3. Este incremento se debería a la presencia de profesionales que combinan su posición en la salud pública con un trabajo en la sanidad privada.

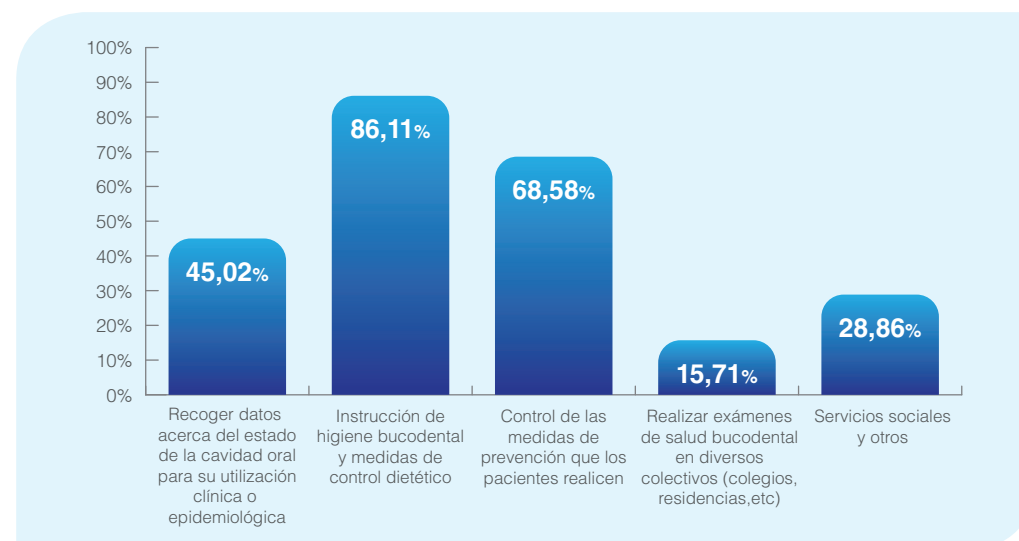
El hecho de que la mayoría de los que trabajan en la sanidad pública lo haga en atención primaria permite el acceso a un número amplio de población, sobre todo infantil a nivel escolar, donde las medidas preventivas son más eficaces al poder integrarse la higiene bucodental de forma temprana.

Pregunta 5. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones en el campo de promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº 5. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones en el campo de promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental.

Respuesta	n	%	Omitidos
Recoger datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica	768	45,02%	
Instrucción de higiene bucodental y medidas de control dietético	1.469	86,11%	
Control de las medidas de prevención que los pacientes realicen	1.170	68,58%	
Realizar exámenes de salud bucodental en diversos colectivos (colegios, residencias, etc)	268	15,71%	
Servicios sociales y otros	114	28,86%	
Total	1.706		389

Gráfico nº 5. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones en el campo de promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental.



Resultados: En el campo de la promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental, destacan las funciones preventivas en el ámbito de la consulta, seguido de las medidas de control de estas funciones. El porcentaje disminuye cuando se trata de realizar funciones epidemiológicas o exámenes de salud bucal en otros colectivos fuera de la consulta dental.

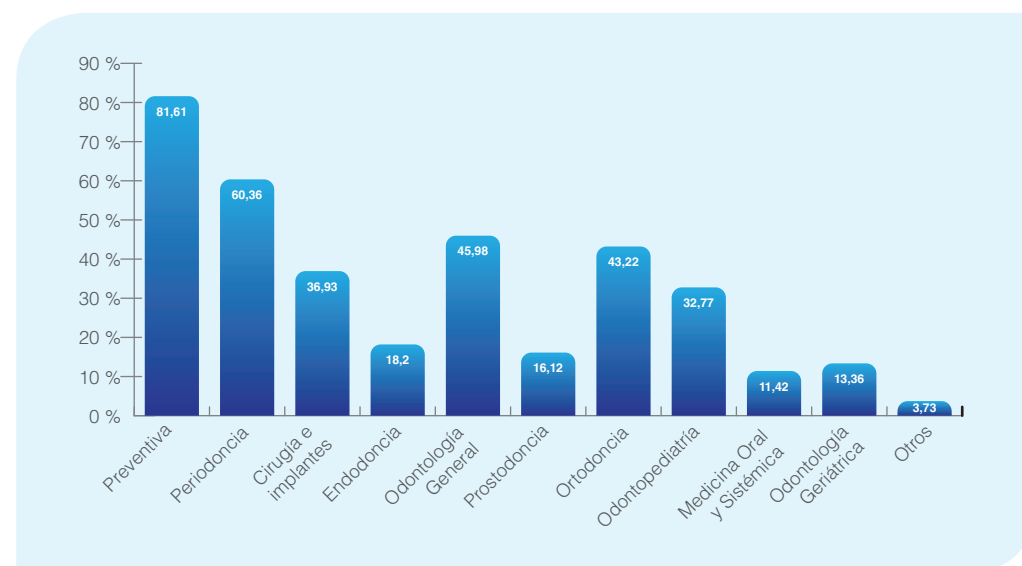
Discusión: La revisión del estado general de la boca es tarea del Odontólogo, pero también del Higienista Dental ya que, en muchas ocasiones, pequeñas caries, erosiones o lesiones periodontales pueden pasar desapercibidas debido a la cantidad de placa que se encuentra en las primeras visitas o revisiones de mantenimiento. La cifra de los encuestados que recogen datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica (45%) es mejorable, y representaría una información muy útil para el Dentista.

Pregunta 6. Dentro de las funciones que usted desempeña a diario, ¿en qué especialidad cree que tiene mayor repercusión su trabajo? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº 6. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a la repercusión en su trabajo de las funciones clínicas propuestas.

Respuesta	n	%	Omitidos
Preventiva	1.686	81,61%	
Periodoncia	1.247	60,36%	
Cirugía e implantes	763	36,93%	
Endodoncia	376	18,20%	
Odontología General	950	45,98%	
Prostodoncia	333	16,12%	
Ortodoncia	893	43,22%	
Odontopediatría	677	32,77%	
Medicina Oral y Sistémica	236	11,42%	
Odontología Geriátrica	276	13,36%	
Otros	77	3,73%	
Total	2.066		29

Gráfico nº 6. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a la repercusión en su trabajo de las funciones clínicas propuestas.



Resultados: Las funciones clínicas desempeñadas con mayor frecuencia están en relación con las medidas preventivas y los tratamientos periodontales. Le siguen las actividades clínicas donde existe una amplia posibilidad de delegar funciones, como son la Odontología Conservadora y la Ortodoncia. Finalmente, destaca el pequeño porcentaje de Higienistas que trabajan en el campo de la Medicina Oral y de la Odontología Geriátrica.

Discusión: El Higienista Dental tiene una competencia clara en acciones preventivas pero, además, se puede adaptar por su formación a bastantes actividades clínicas en la consulta dental, aunque actualmente sus competencias se centran mayoritariamente en la profilaxis y la periodoncia. Sería deseable incrementar su dedicación a la prevención y pronóstico de patologías generales, así como al cuidado bucodental de las personas mayores, debido a la importancia para la salud global de lo primero y al envejecimiento de la población en nuestro medio.

Pregunta 7. Además de las funciones asistenciales que realiza, señale cuáles de estas otras realiza habitualmente (señale cuantas sean necesarias)

Tabla nº 7. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a otras funciones no clínicas que realiza habitualmente.

Respuesta	n	%	Omitidos
Organización/esterilización de instrumental	1.994	97,32%	
Labores de recepción	1.522	74,28%	
Presupuestos/cobro al paciente	1.378	67,25%	
Asignación de citas/recordatorio	1.590	77,60%	
Mantenimiento de archivos de pacientes	1.365	66,62%	
Registro de salida/entrada de materiales, laboratorio, etc.	1.603	78,23%	
Labores de coordinación de equipo o gerencia	718	35,04%	
Acciones de comunicación (marketing/redes sociales...)	440	21,47%	
Investigación clínica	151	7,37%	
Docencia	251	12,25%	
Otro (especifique)	82	4,00%	
Total	2.049		46

Gráfico nº 7. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a otras funciones no clínicas que realiza habitualmente.

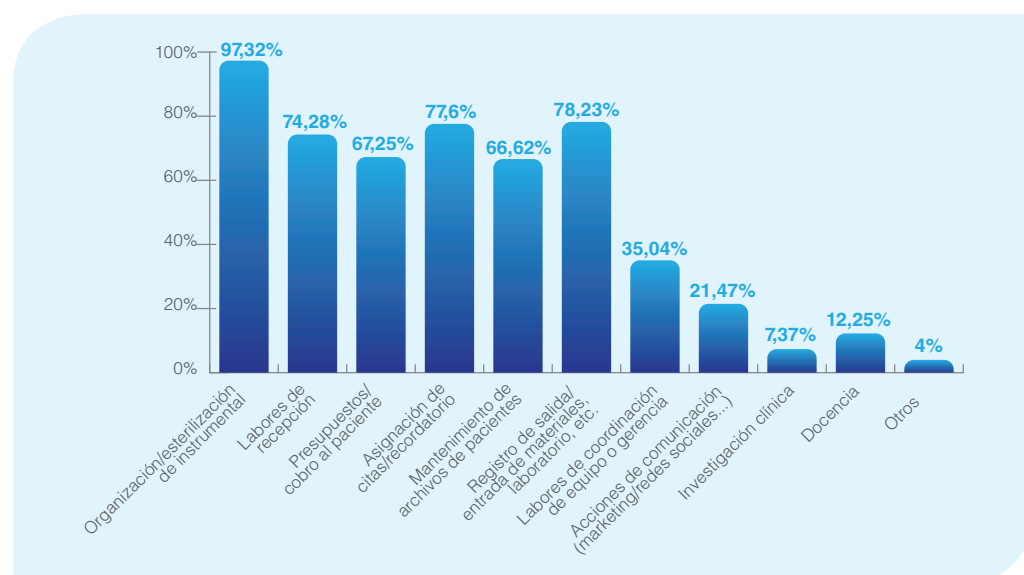
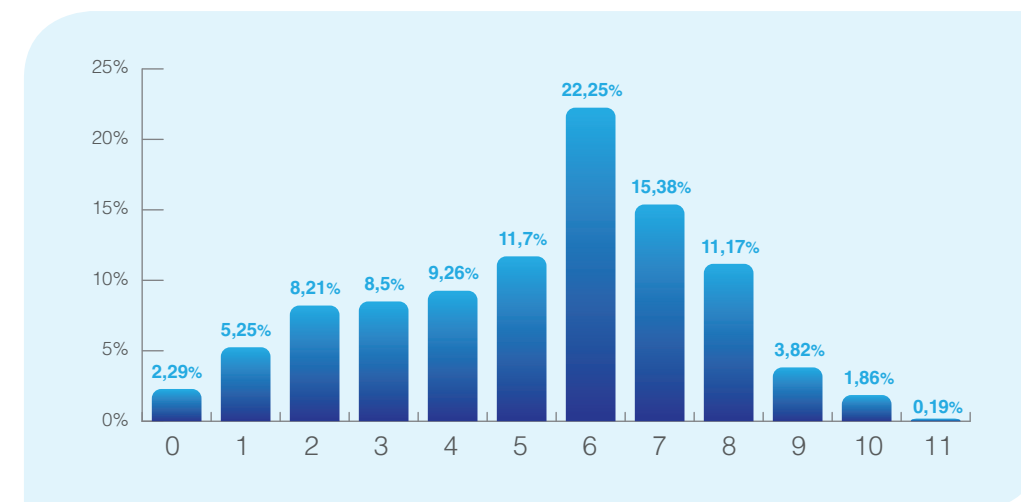


Gráfico nº 7.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al número de otras funciones no clínicas que realiza habitualmente.



Resultados: Las cargas de trabajo de los higienistas dentales no se refieren exclusivamente a competencias clínicas adquiridas con la titulación, sino mucho más amplias, extendiéndose a cuestiones de gestión, administración y atención al paciente, recogidas en su currículo formativo. Además, se observa que uno de cada tres encuestados desarrolla labores de coordinación de equipo o de gerencia, y que el peso en acciones de comunicación es importante. Los valores más bajos se localizan en las funciones relacionadas con la docencia e investigación.

Discusión: Es evidente que el desempeño de funciones tales como la organización/esterilización de instrumental, el registro de salida/entrada de materiales, laboratorio, la asignación de citas/recordatorio y las labores de recepción, son realizadas por más de un 70% de estos profesionales, debiendo ser más propias de otro tipo de personal colaborador, como pueden ser los auxiliares de clínica o personal administrativo. Por otro lado, dada la naturaleza de microempresa de la mayoría de las clínicas dentales de nuestro país, en las que los recursos humanos son limitados para hacer frente al gran número de tareas diarias, ampliar la formación del Higienista Dental en aspectos de gestión, administración y organización, podría dotarles de un perfil más versátil que hiciera más eficiente su papel en las clínicas y, con ello, la mejora de los servicios ofrecidos al paciente. La investigación, y sobre todo la docencia, son dos campos que se deberían fomentar en la formación de los Higienistas Dentales, dado el interés y obligada necesidad de formación continuada en este colectivo.

Pregunta 8. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Odontología General? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº 8. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Odontología General.

Respuesta	n	%	Omitidos
Diagnóstico clínico de la caries dental	995	54,28%	
Estudio radiológico intra-extraoral	1.201	65,52%	
Obturaciones provisionales	765	41,73%	
Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas	1.468	80,09%	
Realizar el pulido de obturaciones eliminando los eventuales excesos de las mismas	800	43,64%	
Colocar y retirar el dique de goma	564	30,77%	
Total	1.833		262

Gráfico nº 8. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Odontología General.

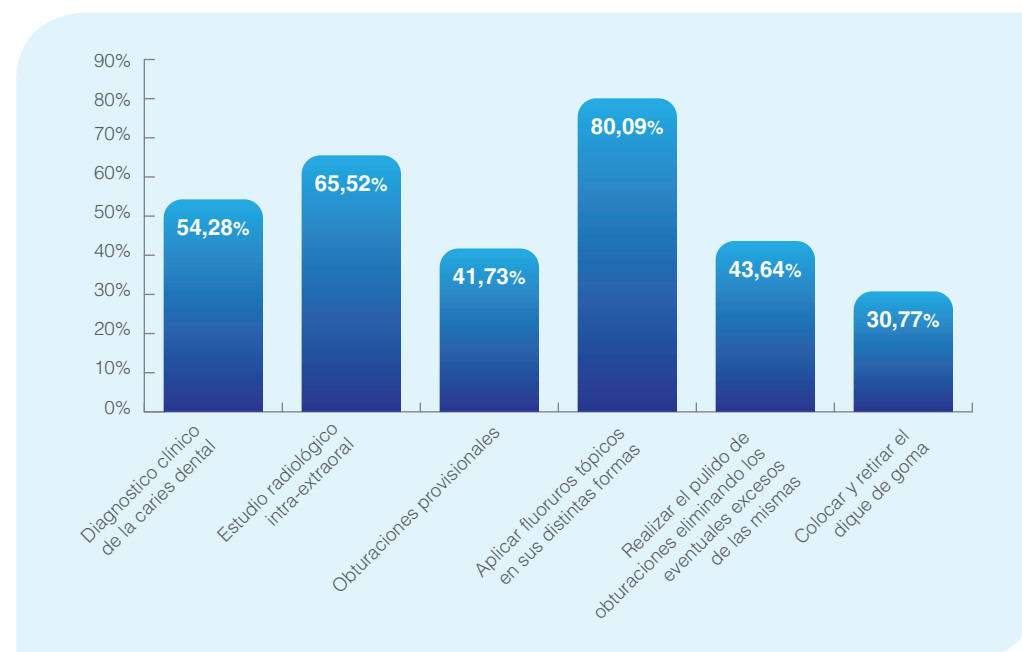
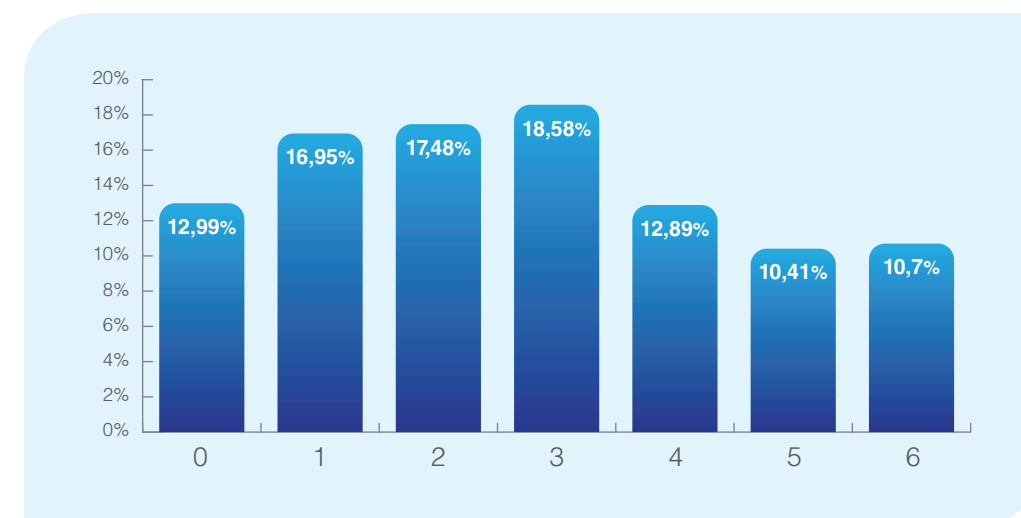


Gráfico nº 8.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al número de funciones relacionadas con la Odontología General.



Resultados: La aplicación de fluoruros es realizada por un 80% de los encuestados, dentro del marco preventivo que indica la Organización Mundial de la Salud. Le siguen la realización de radiografías (título de operador de Rx) y el diagnóstico de la caries, funciones ejecutadas por más del 50% de los Higienistas. El porcentaje baja cuando se trata de realizar funciones más intervencionistas.

Discusión: Las funciones realizadas en el campo de la Odontología General son fundamentalmente labores preventivas y diagnósticas, para las cuales el Higienista ha recibido formación. Sin embargo, existen aún muchos casos en los que dichos tratamientos no le han sido delegados por el facultativo responsable. Un aumento en la delegación de estas funciones, incrementaría la carga de trabajo asistencial del Higienista permitiendo que el dentista dedicara más tiempo a funciones específicas y exclusivas de su titulación.

Pregunta 9. ¿Trabaja usted en Ortodoncia?

Tabla nº 9. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Ortodoncia.

Participantes	n	%	Omitidos
Sí	1.466	70,92%	
No	601	29,08%	
Total	2.067	100%	28

Gráfico nº9. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Ortodoncia.

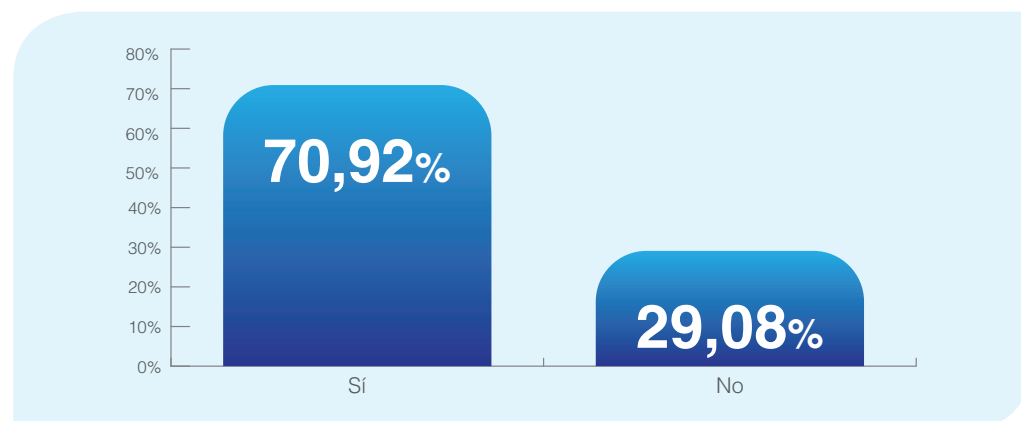
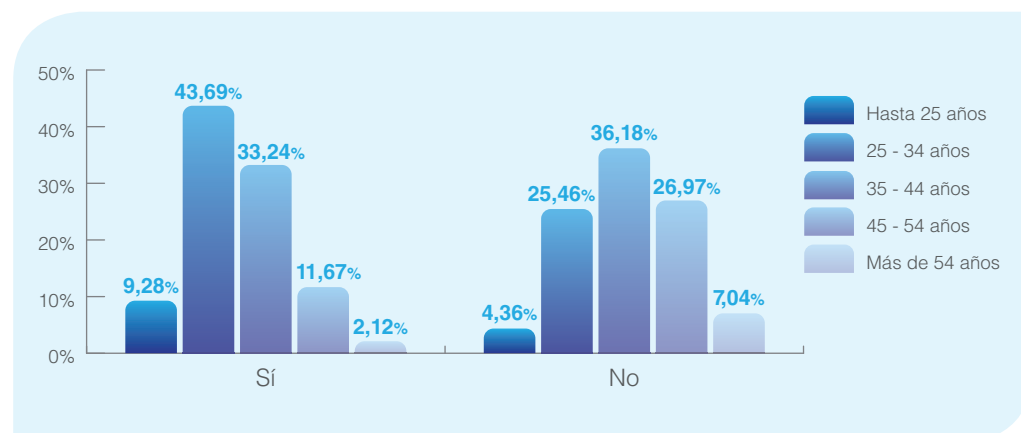


Gráfico nº9.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Ortodoncia, estratificados por grupos de edad.



Resultados: El porcentaje de Higienistas Dentales que realiza funciones en el campo de la Ortodoncia es muy alto. Además, los estratos más jóvenes de edad son los más implicados en la realización de estas funciones.

Discusión: La digitalización de la Ortodoncia y la estandarización de muchos de los procesos llevados a cabo para proporcionar a los pacientes la oclusión ideal y una sonrisa estética, hacen que la delegación de aspectos rutinarios por parte del Odontólogo-Ortodoncista sea más predecible, obteniendo con ello, un servicio más eficiente para el paciente.

Eso es evidente a la luz de las respuestas a esta pregunta, en la que se puede apreciar que la Ortodoncia es una de las ramas en las que la figura del Higienista Dental tiene más oportunidades de colaborar con el facultativo, no sólo a nivel intervencionista, sino también organizativo, dada la gran cantidad de elementos y registros necesarios para los tratamientos de este tipo.

Pregunta 10. En caso afirmativo. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Ortodoncia? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº 10. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Ortodoncia

Respuesta	n	%	Omitidos
Estudios radiológicos/trazado de cefalometrías (sin fin diagnóstico)	501	32,68%	
Toma de impresiones/vaciado de modelos	1.473	96,09%	
Confección/activación de placas	504	32,88%	
Colocar/retirar bandas/brackets	737	48,08%	
Cambios de arcos de Ortodoncia y ligaduras	1.004	65,49%	
Colocación de retención dental fija	657	42,86%	
Colocación de un attachment de Ortodoncia con alineadores	443	28,90%	
Fotografías de casos clínicos	922	60,14%	
Total	1.533		562

Gráfico nº10. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Ortodoncia.

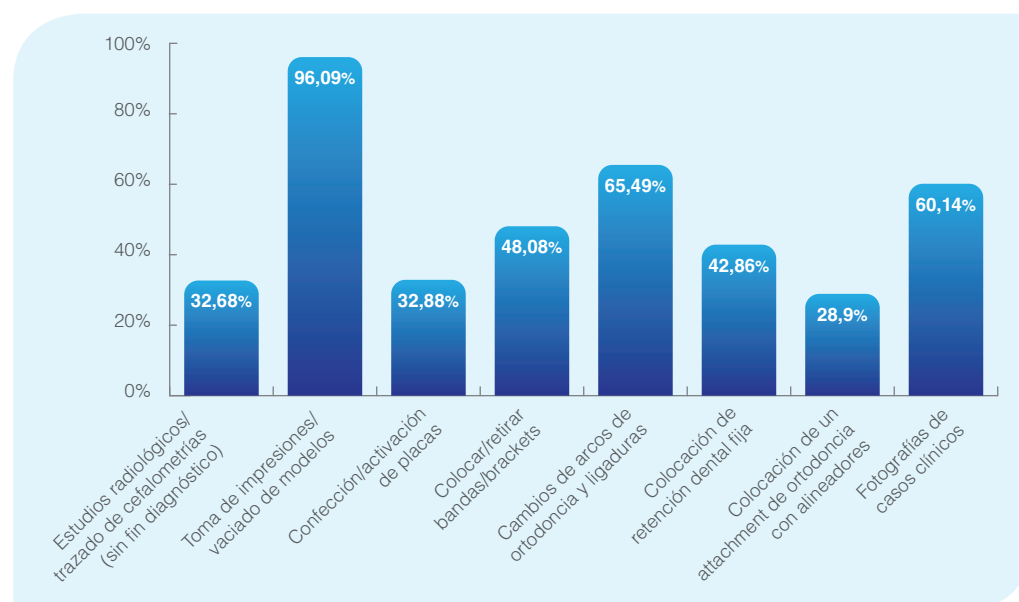
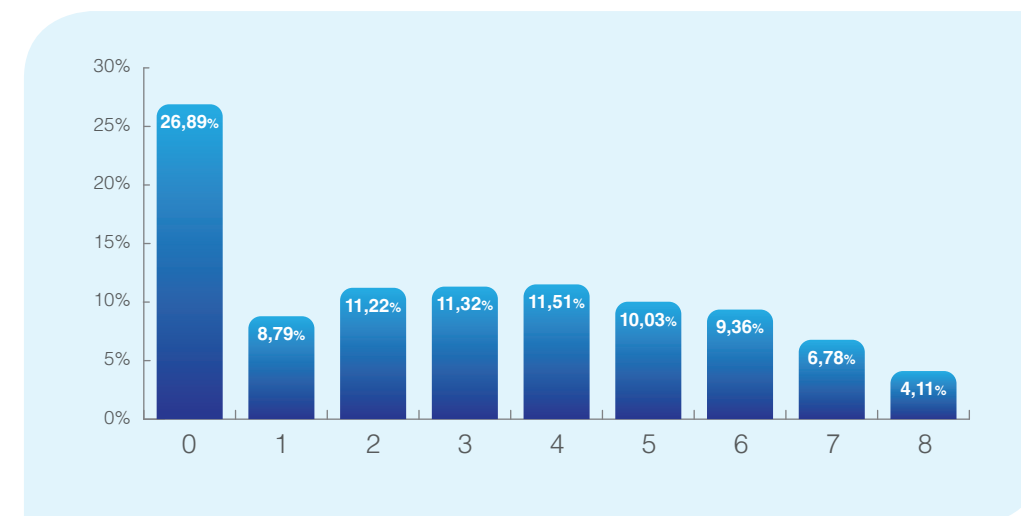


Gráfico nº 10.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al número de funciones relacionadas con la Ortodoncia.



Resultados: Al existir numerosos procesos no invasivos, de carácter repetitivo y fácilmente delegables se entiende que el Odontólogo-Ortodoncista puede apoyarse en el Higienista Dental, como ayudante y colaborador para hacer más competitivos y eficientes las actividades de Ortodoncia.

Discusión: De los resultados de esta pregunta se desprende que sería necesario dotar al Higienista Dental de mayores conocimientos previos en el área de diagnóstico por la imagen, fundamentalmente en materia de fotografía y manejo de software cefalométrico, cuya interpretación y diagnóstico hará el Ortodoncista. Además, sería necesaria la formación en aspectos relacionados con ortodoncia con alineadores, la cual se desarrolla en base a “plantillas” que diseña el ortodoncista responsable del caso.

Finalmente, vista la realidad de la ortodoncia fija con brackets y alineadores sería lógico aumentar la práctica preclínica de colocación de brackets y bandas, sustitución de arcos y ligaduras y otros aspectos relacionados con este campo a fin de garantizar una adecuada comprensión de las implicaciones de cada proceso.

Pregunta 11. ¿Trabaja usted en Prótesis/Estética Dental)

Tabla nº11. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental

Respuesta	n	%	Omitidos
Sí	1.489	72,85%	
No	555	27,15%	
Total	2.044	100%	51

Gráfico nº 11. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental.

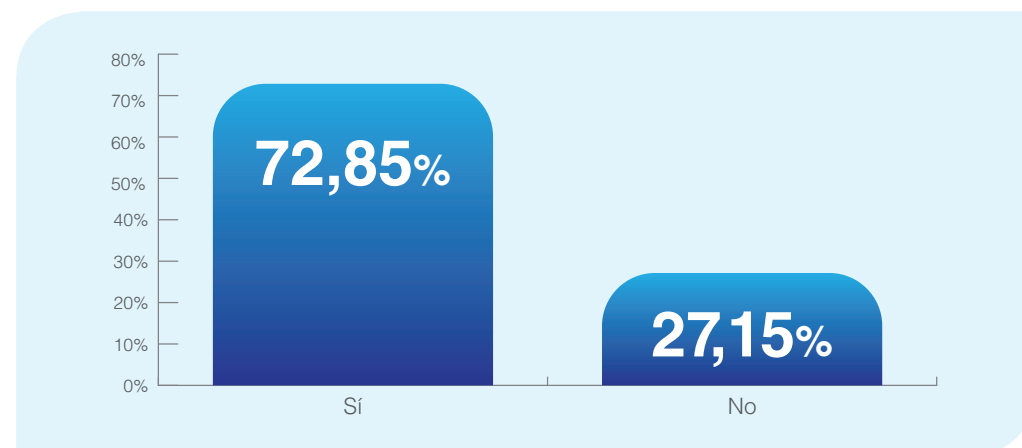
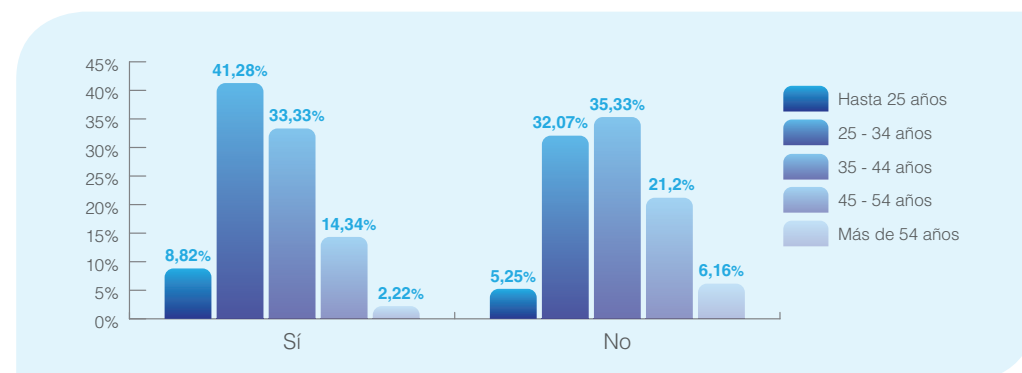


Gráfico nº11.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental, estratificados por grupos de edad.



Resultados: Casi tres cuartas partes de los encuestados realizan funciones en el campo de la Prótesis/Estética Dental. Nuevamente, los estratos de edad más joven son los que más se han incorporado al desempeño de estas funciones.

Discusión: Al igual que sucede con la Ortodoncia, la Prótesis/Estética Dental incluyen numerosos procedimientos no invasivos que pueden ser realizados por el Higienista Dental, contribuyendo de esta manera a un trabajo en equipo sobre el paciente y a la mayor eficiencia de la consulta.

Pregunta 12. En caso afirmativo. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº12. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental

Respuesta	n	%	Omitidos
Toma de Impresiones	1.457	91,64%	
Vaciado/zocalado de modelos	1.306	82,14%	
Registros de mordida	1.158	72,83%	
Escaneados digitales para el registro de coronas, incrustaciones o implantes	204	12,83%	
Cementado de coronas, carillas o incrustaciones en clínica	607	38,18%	
Levantar coronas o carillas definitivas o provisionales que ya están cementadas en boca	533	33,52%	
Ajustes de oclusión en coronas o incrustaciones recién cementadas en boca	412	25,91%	
Retirada de los excesos de cemento en coronas e incrustaciones	1.036	65,16%	
Toma de color para elaborar la corona o incrustación definitiva	970	61,01%	
Colocar y retirar hilos retractores	471	29,62%	
Confeccionar coronas y puentes provisionales	547	34,40%	
Total	1.590		505

Gráfico nº12. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental.

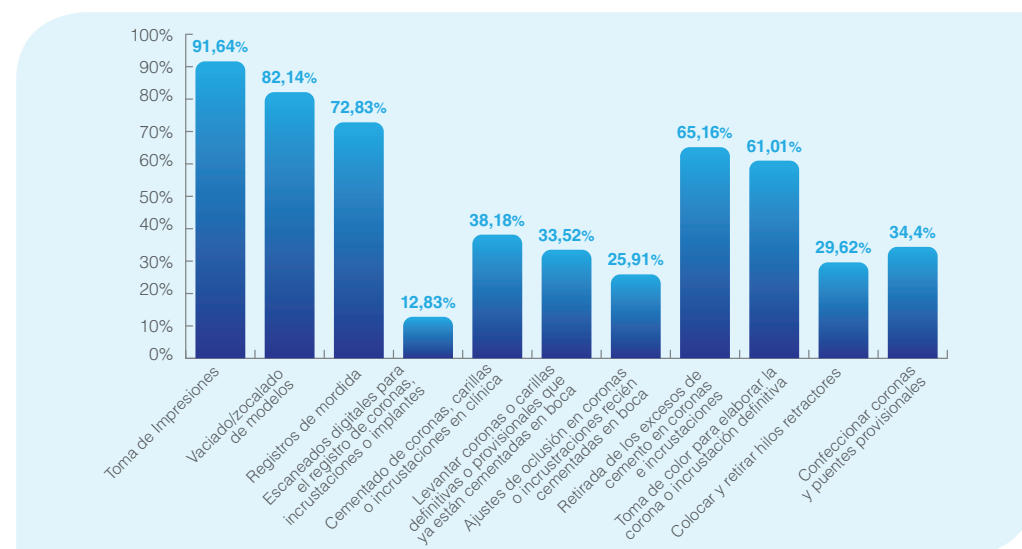
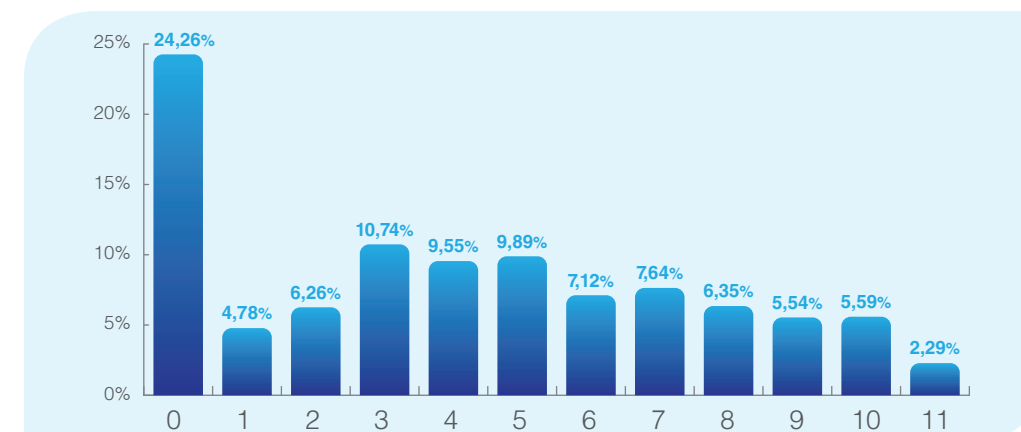


Gráfico nº12.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al número de funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental.



Resultados: Aunque el número de funciones a realizar en este apartado es amplio, la mayoría de los Higienistas Dentales se centran en la toma de impresiones, vaciado de modelos y registros de mordida.

Discusión: Destaca la enorme diferencia entre la toma de impresiones convencionales frente al escaneado. Por lógica carece de sentido, dada la mayor sencillez y eficacia de este último y su implantación cada vez más extendida y generalizada. Es verdad que las técnicas digitales se van implantando gradualmente, pero sería importante incluir en la formación del Higienista los conceptos novedosos de la Odontología Digital, dado su progreso imparable en el ejercicio clínico.

Pregunta 13. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con el Blanqueamiento Dental? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº13. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con el Blanqueamiento Dental

Respuesta	n	%	Omitidos
Explicar al paciente lo relacionado con el blanqueamiento dental	1.614	95,84%	
Decidir el tipo de blanqueamiento a realizar en cada paciente	687	40,80%	
Toma de registro de color inicial/intermedio/final	1.258	74,70%	
Fotografías de registro de color	1.091	64,79%	
Aislamiento al paciente para un blanqueamiento en consulta	1.148	68,17%	
Aplicación del blanqueamiento externo profesional al paciente	1.126	66,86%	
Realización de placas vacuum	800	47,51%	
Total	1.684		411

Gráfico nº13. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con el blanqueamiento dental.

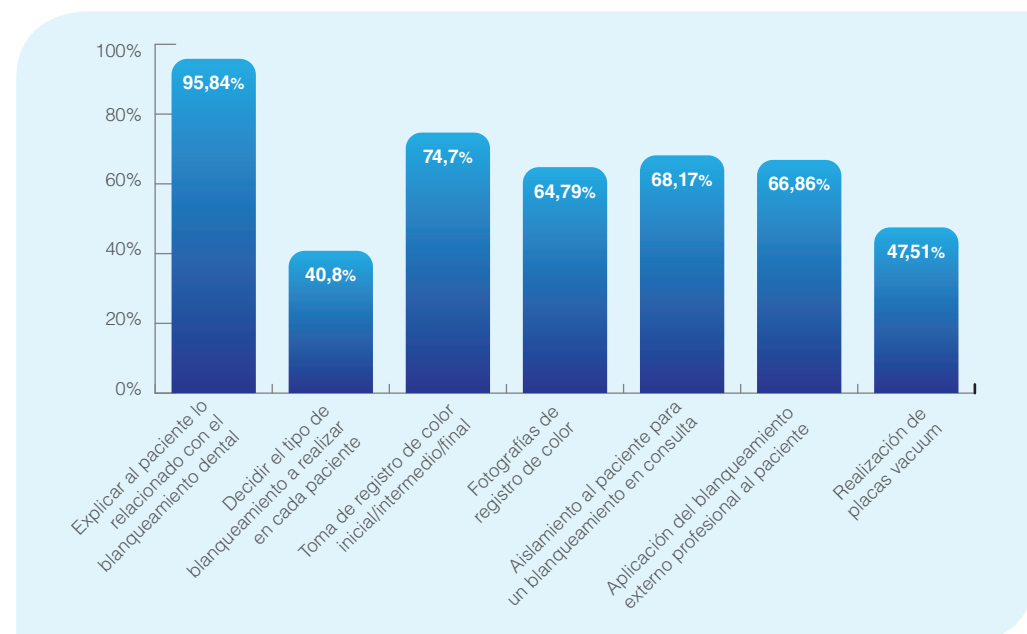
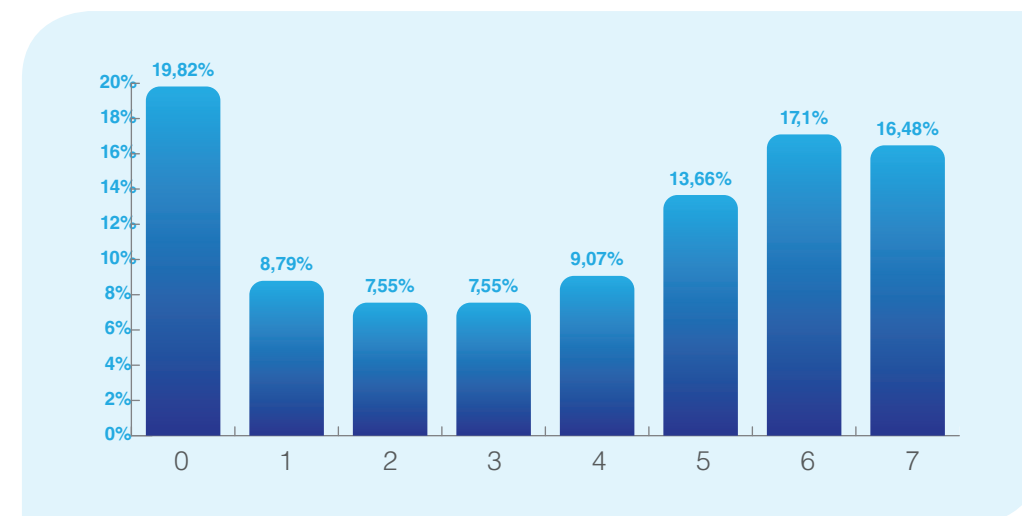


Gráfico nº13.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al número de funciones relacionadas con el Blanqueamiento Dental.



Resultados: El papel del Higienista Dental es importante en este apartado, reflejado por los altos porcentajes de participación en el proceso del blanqueamiento dental. Excluyendo a los que no realizan función alguna en este sentido, destaca el elevado porcentaje de Higienistas que participan en cinco o más de estas funciones.

Discusión: Actualmente hay una elevada oferta de formación continuada respecto al blanqueamiento, destinada a Higienistas y Odontólogos de manera conjunta, lo que ha potenciado mucho el papel del Higienista Dental en este área. Además, sería deseable una formación adecuada durante los estudios iniciales, ya que es importante que el Higienista esté formado para conocer las diferentes alternativas de este tratamiento tan creciente por las demandas estéticas de la sociedad actual.

Destaca que un 40% de los Higienistas encuestados probablemente haya recibido la delegación del Odontólogo responsable para tomar la decisión de qué tipo de tratamiento de blanqueamiento se debe realizar. Por otro lado, el hecho de que haya un 45% de Higienistas que realicen 5 o más funciones puede representar a profesionales que, una vez planificado el tratamiento por parte del Odontólogo, puedan llevarlo a cabo íntegramente.

Pregunta 14. ¿Trabaja usted en Periodoncia/ Implantología?

Tabla nº14. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología.

Respuesta	n	%	Omitidos
Sí	1.712	84,63%	
No	311	15,37%	
Total	2.023	100%	72

Gráfico nº 14. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología.

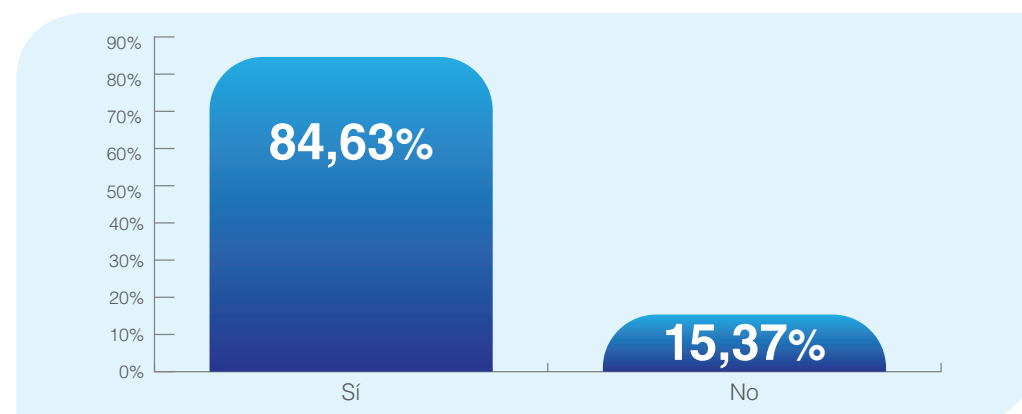
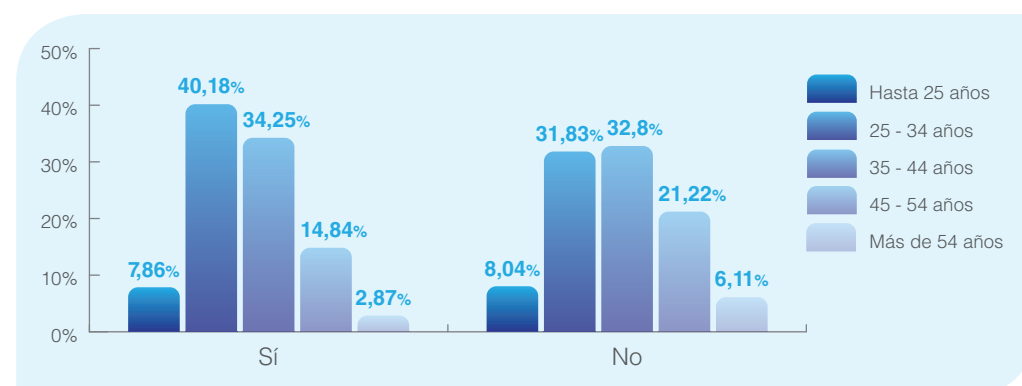


Gráfico nº14.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología, estratificados por grupos de edad.



Resultados: Casi el 85% realiza funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología. Por edades, parece que los Higienistas de los grupos etarios más jóvenes se han incorporado a estas funciones con mayor frecuencia que los de edades más avanzadas de la muestra.

Discusión: Una mayoría de Higienistas trabaja en tareas relacionadas con la Periodoncia/Implantología. Esto es muy importante, sobre todo a nivel preventivo, ya que la periodontitis afecta a casi la mitad de los adultos en nuestra sociedad, y prevenir la aparición de gingivitis y su paso a periodontitis es esencial para disminuir estas cifras. Algo similar sucede con el mantenimiento de las rehabilitaciones implantosoportadas y la prevención y el control de la patología periimplantaria.

Pregunta 15. En caso afirmativo. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Periodoncia/ Implantología? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº15. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología.

Respuesta	n	%	Omitidos
Diagnóstico periodontal (periodontograma y/o estudio radiológico)	822	47,87%	
Diagnóstico de las lesiones periimplantarias	404	23,53%	
Raspado y alisado radicular subgingival	993	57,83%	
Manejo de la hipersensibilidad dentinaria	894	52,07%	
Mantenimiento periodontal	1.143	66,57%	
Tratamiento no quirúrgico de las enfermedades periimplantarias	518	30,17%	
Mantenimiento de prótesis implantosoportadas	656	38,21%	
Aplicación de anestésicos vía tópica	906	52,77%	
Realización de profilaxis/tartrectomía/limpieza de boca	1.610	93,77%	
Total	1.717		378

Gráfico nº15. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología.

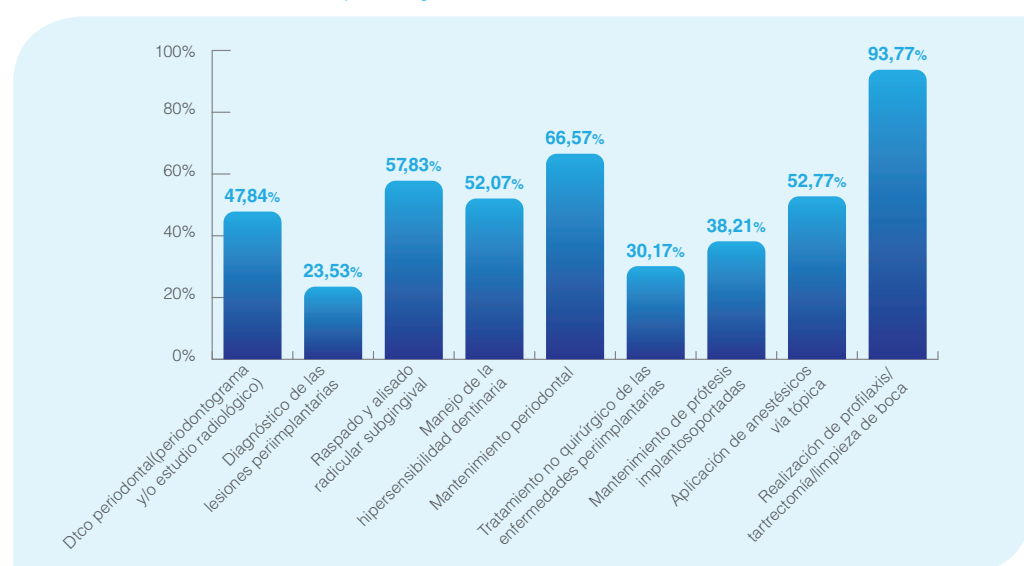
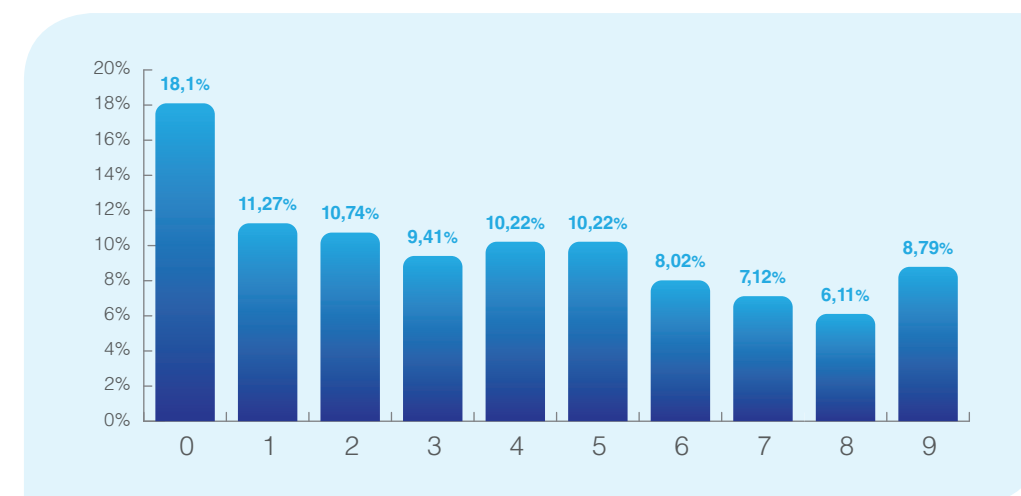


Gráfico nº15.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al número de funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología.



Resultados pregunta: Los Higienistas encuestados realizan de forma mayoritaria profilaxis/tartrectomías/limpiezas de boca, seguido de mantenimientos periodontales y raspados y alisados radiculares, todos ellos relacionados con la prevención y control de la patología periodontal. Casi la mitad participa en el diagnóstico periodontal, mientras que las cifras de diagnóstico y tratamiento básico de las enfermedades periimplantarias disminuye notablemente, así como el mantenimiento de prótesis implantosoportadas, que está 14 puntos por debajo del mantenimiento periodontal. Destaca que más de la mitad de los Higienistas encuestados aplique anestésicos por vía tópica en los pacientes periodontales.

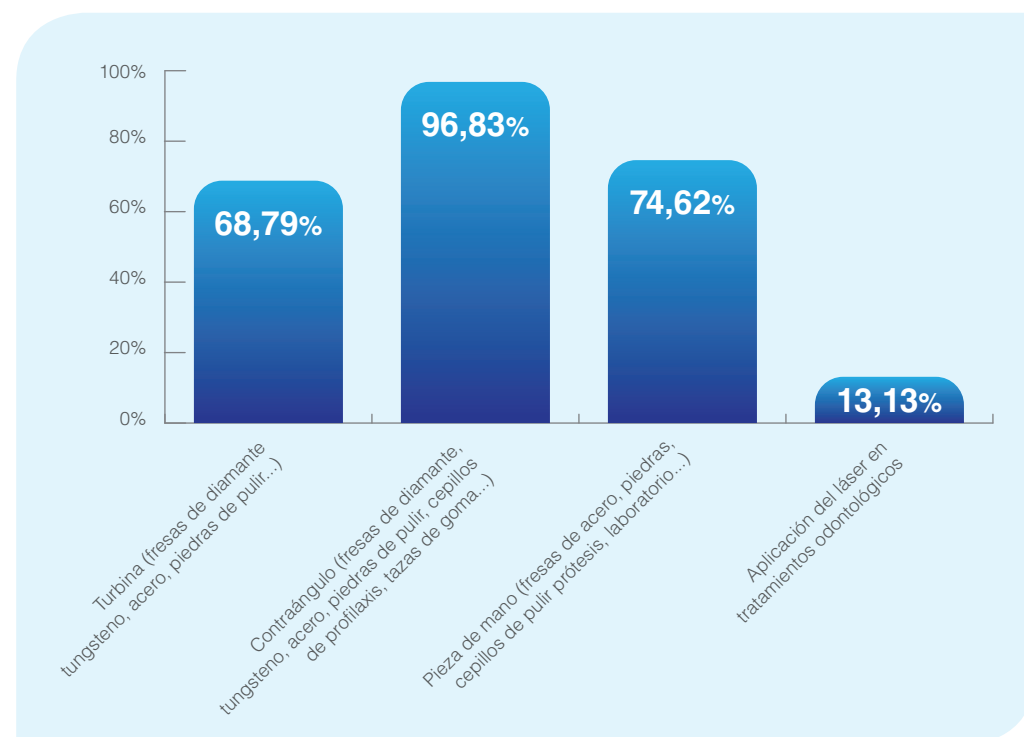
Discusión: Indudablemente, las funciones relacionadas con la periodoncia son uno de los pilares del ejercicio profesional del Higienista Dental, estando muy relacionadas con la prevención y el control del biofilm, tanto supra como subgingival. Poco a poco se van incorporando a funciones relacionadas con la implantología y con la patología periimplantaria conforme aumenta la incidencia de estas enfermedades. La aplicación de anestésicos tópicos no deja de ser una administración de fármacos, para la que debe existir una prescripción facultativa y una formación específica para el manejo de efectos indeseables.

Pregunta 16. ¿Utiliza algún tipo del siguiente instrumental para el desarrollo de sus funciones profesionales?

Tabla nº16. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a la utilización del siguiente instrumental para sus funciones profesionales.

Respuesta	n	%	Omitidos
Turbina (fresas de diamante, tungsteno, acero, piedras de pulir...)	822	68,79%	
Contraángulo (fresas de diamante, tungsteno, acero, piedras de pulir, cepillos de profilaxis, tazas de goma...)	404	96,83%	
Pieza de mano (fresas de acero, piedras, cepillos de pulir prótesis, laboratorio...)	993	74,62%	
Aplicación del láser en tratamientos odontológicos	894	13,13%	
Total	1.958		137

Gráfico nº16. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a la utilización del siguiente instrumental para sus funciones profesionales.



Resultados: Lógicamente, los instrumentos rotatorios más utilizados se relacionan con los procedimientos de tratamiento periodontal básico y mantenimiento, así como el pulido de restauraciones, etc, seguido del uso de piezas de mano para procedimientos relacionados con la prótesis generalmente.

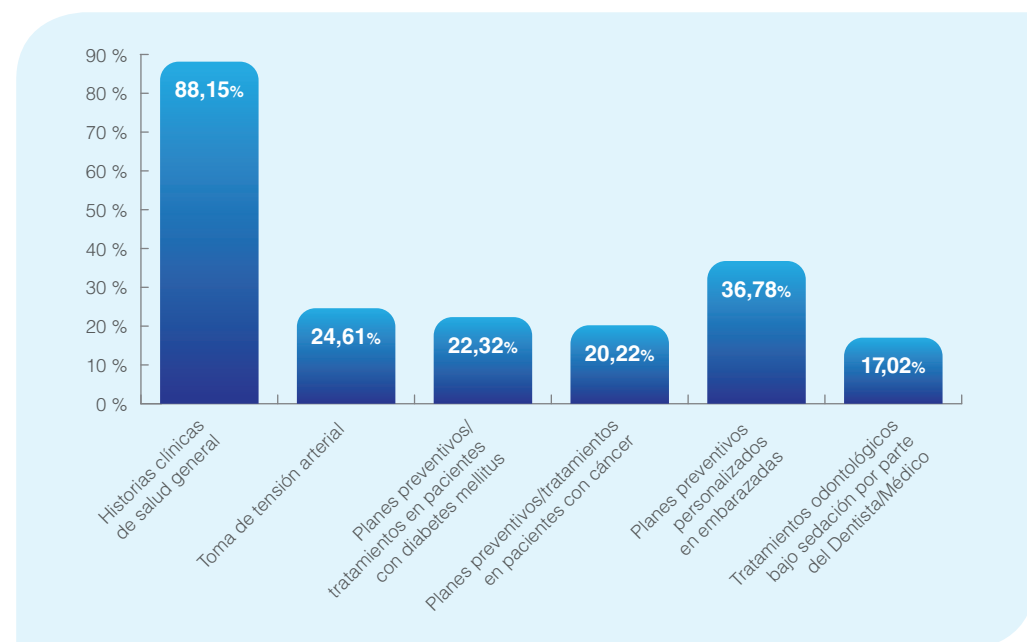
Discusión: Es lógico el empleo de instrumental rotatorio en Odontología por parte del Higienista Dental. La reciente introducción de herramientas de trabajo como el láser ha provocado que haya un cierto porcentaje que hayan visto delegado su uso por parte del Odontólogo. De cara a futuras investigaciones como la actual y a la vista de la pujanza de este tipo de herramientas, será conveniente investigar cuáles son las indicaciones del uso del láser por parte de los profesionales sanitarios, en general y del Higienista Dental, en particular.

Pregunta 17. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la salud sistémica? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº17. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al desempeño de funciones relacionadas con la Salud Sistémica.

Respuesta	n	%	Omitidos
Historias clínicas de salud general	1.347	88,15%	
Toma de tensión arterial	376	24,61%	
Planes preventivos/tratamientos en pacientes con diabetes mellitus	341	22,32%	
Planes preventivos/tratamientos en pacientes con cáncer	309	20,22%	
Planes preventivos personalizados en embarazadas	562	36,78%	
Tratamientos odontológicos bajo sedación por parte del Dentista/Médico	260	17,02%	
Total	1.528		567

Gráfico nº17. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al desempeño de funciones relacionadas con la salud sistémica.



Resultados: Cerca del 90% de los Higienistas Dentales participa en la realización de historias clínicas de salud general. Los porcentajes de participación en diferentes planes preventivos de condiciones sistémicas oscilan entre el 20% y el 35%. El registro de la tensión arterial se realiza por una cuarta parte de los encuestados, mientras que el menor porcentaje de participación se da en la colaboración en procedimientos realizados bajo sedación parenteral.

Discusión: Aunque la tensión arterial puede ser registrada por el Dentista, la cifra de registro aportada por los Higienistas Dentales es baja, teniendo en cuenta que es un procedimiento clave para detectar hipertensión oculta, para el control de los pacientes hipertensos y para verificar que no haya complicaciones durante el tratamiento dental, fundamentalmente a través de los vasoconstrictores de la anestesia y el posible estrés generado. Por tanto, sería aconsejable insistir en la realización de la determinación e interpretación de los valores de presión arterial por parte de este colectivo profesional.

Dado que se ha demostrado la relación bidireccional entre diabetes y enfermedades periodontales, se debe de incidir en la mejora de la formación y del papel del Higienista Bucodental en los pacientes con diabetes mellitus, así como la importancia de los planes preventivos personalizados en embarazadas. Para esto es necesario aumentar la formación en cuáles y por qué son las repercusiones de un mal estado de la cavidad oral durante el embarazo, e insistir en la importancia de desarrollar planes preventivos en centros de salud y hospitales.

Así mismo, debe destacarse la importancia del papel del Higienista en la prevención bucodental, antes, durante y después de recibir quimioterapia y radioterapia de cabeza y cuello, y en general de cualquier tumor maligno.

Pregunta 18. ¿Conoce, de forma general, los tipos de lesiones precancerosas o signos de alarma del cáncer oral?

Tabla nº18. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al conocimiento, de forma general, de los tipos de lesiones precancerosas o signos de alarma del cáncer oral

Respuesta	n	%	Omitidos
Sí	1.578	76,38%	
No	488	23,62%	
Total	2.066	100%	29

Gráfico nº18. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al conocimiento, de forma general, de los tipos de lesiones precancerosas o signos de alarma del cáncer oral.

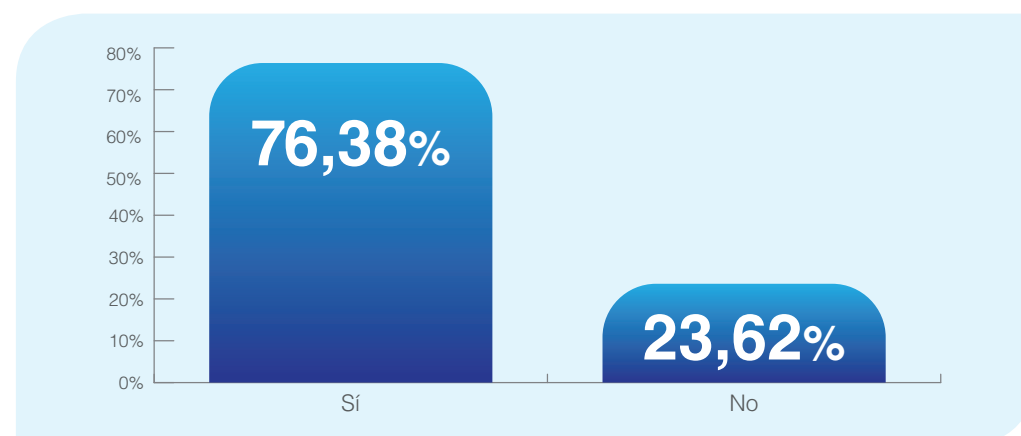
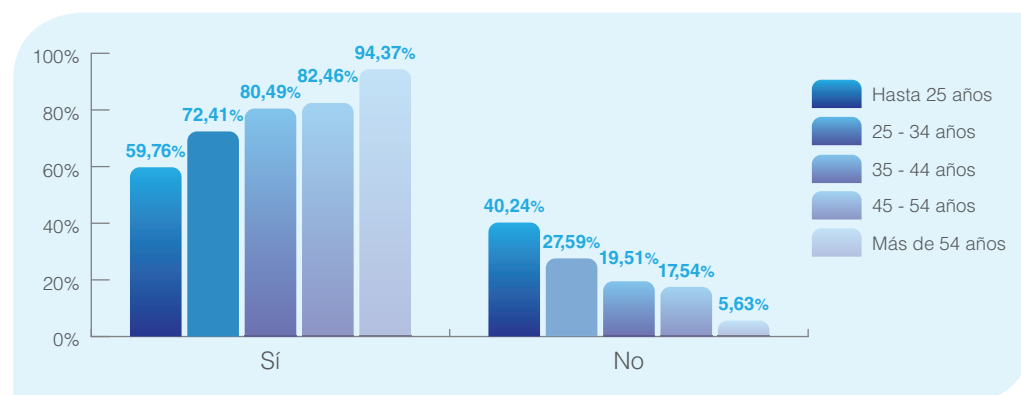


Gráfico nº18.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al conocimiento, de forma general, de los tipos de lesiones precancerosas o signos de alarma del cáncer oral, estratificados por grupos de edad.



Resultados: Más de tres cuartas partes de los encuestados reconocen, de forma general, los tipos de lesiones precancerosas o signos de alarma del cáncer oral. Por grupos etarios, a mayor edad mayor conocimiento de estas lesiones o signos.

Discusión: El porcentaje de respuesta afirmativa a esta pregunta es alto, si bien debería ser mayor, puesto que un 23,62% de los Higienistas Bucodentales encuestados no conocen los tipos de lesiones precancerosas y, lo que es más importante, los signos de alarma del cáncer oral. Debido a la trascendencia de no identificar un posible cáncer a nivel oral, se debe hacer hincapié durante la formación del Higienista bucodental en los signos de alarma de esta patología.

El gráfico nº 18.1 es muy significativo: llama la atención que los grupos etarios más jóvenes son los que más desconocen los signos de alarma, por lo que está más que justificada la necesidad de insistir en estos contenidos durante el período de formación y también en cursos de formación continuada.

Pregunta 19. ¿Conoce las indicaciones, efectos adversos a nivel oral y sistémicos e interacciones farmacológicas de los fármacos que más se prescriben en consulta dental?

Tabla nº19. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al conocimiento de las indicaciones, efectos adversos a nivel oral y sistémicos e interacciones farmacológicas de los fármacos que más se prescriben en la consulta dental.

Respuesta	n	%	Omitidos
Sí	1.615	78,28%	
No	448	21,72%	
Total	2.063	100%	32

Gráfico nº19. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al conocimiento de las indicaciones, efectos adversos a nivel oral y sistémicos e interacciones farmacológicas de los fármacos que más se prescriben en la consulta dental.

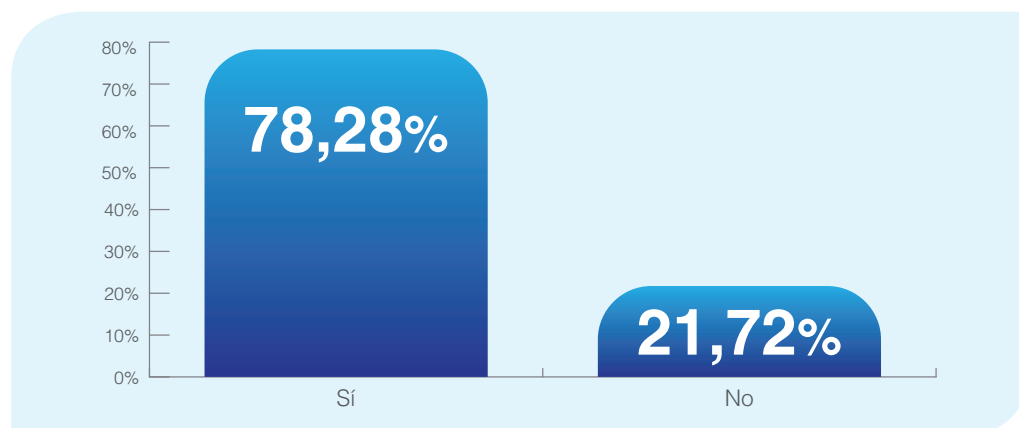
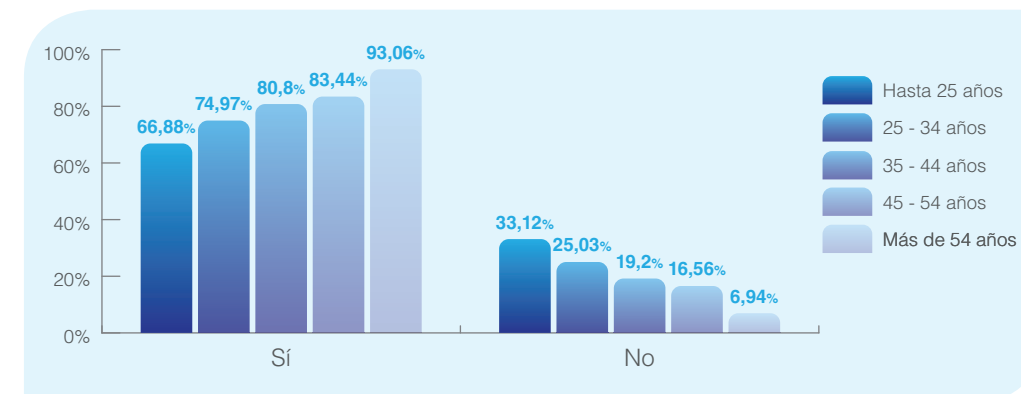


Gráfico nº19.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al conocimiento de las indicaciones, efectos adversos a nivel oral y sistémicos e interacciones farmacológicas de los fármacos que más se prescriben en la consulta dental, estratificados por grupos de edad.



Resultados: Más de tres cuartas partes de los encuestados responden afirmativamente a esta pregunta sobre conocimientos farmacológicos. Nuevamente, a mayor edad del profesional más conocimiento sobre este apartado.

Discusión: El porcentaje es elevado en relación al conocimiento sobre fármacos, aunque debería mejorar, ya que un 21,72% de los encuestados no conoce los conceptos farmacológicos sobre medicamentos que se utilizan y prescriben en la consulta dental. De estos resultados se desprende que esta competencia habría que mejorarla durante el periodo de formación del Higienista Dental, pues es en la población más joven donde se observa el mayor desconocimiento respecto a farmacología básica. Aquí sería muy importante la formación continuada, dado el avance de la farmacología en la medicina actual.

Pregunta 20. ¿Sabe actuar de forma general ante situaciones de urgencia médica potencialmente frecuentes en la consulta dental?

Tabla nº20. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a saber actuar de forma general ante situaciones de urgencia médica potencialmente frecuentes en la consulta dental.

Respuesta	n	%	Omitidos
Sí	1.385	62,27%	
No	674	32,73%	
Total	2.059	100%	36

Gráfico nº20. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a saber actuar de forma general ante situaciones de urgencia médica potencialmente frecuentes en la consulta dental.

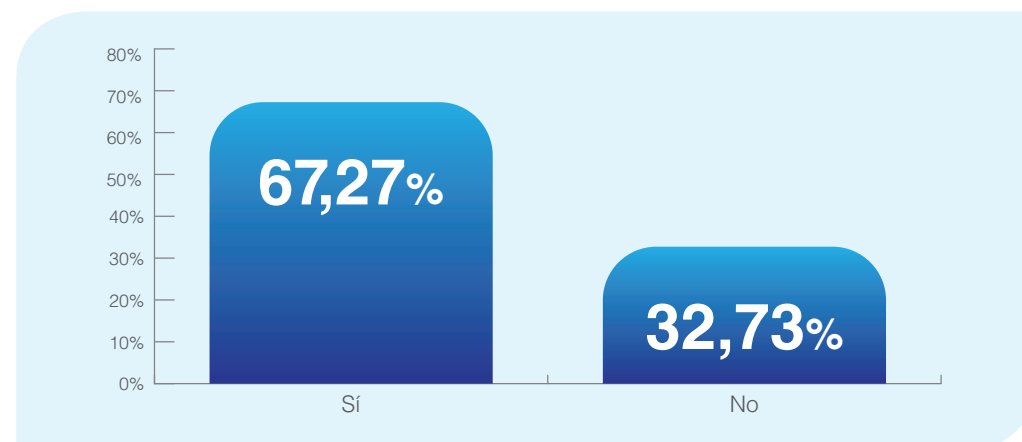
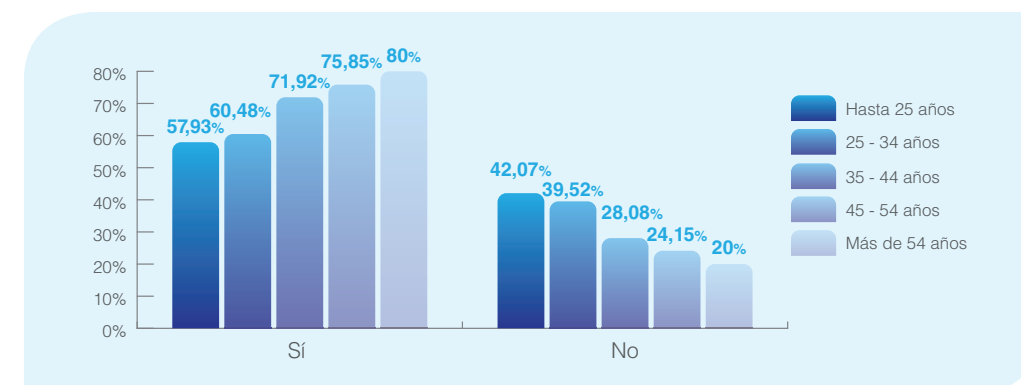


Gráfico nº20.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a saber actuar de forma general ante situaciones de urgencia médica potencialmente frecuentes en la consulta dental, estratificados por grupos de edad.



Resultados pregunta: Dos tercios sabrían actuar ante una situación de urgencia general en la consulta dental y por tanto un tercio no. Nuevamente la población más joven es la menos preparada para afrontar una situación de emergencia médica.

Discusión pregunta: El porcentaje afirmativo es elevado, si bien debería serlo aún más, puesto que nos encontramos en situaciones que pueden poner en compromiso la vida de los pacientes que acuden a la consulta dental.

Por tanto, dado que los grupos etarios más jóvenes son los que más desconocen cómo actuar en situaciones de emergencia, se debería insistir en estos contenidos en el periodo de formación del Higienista Dental. Es importante tener en cuenta que todos los sanitarios tendrían que conocer ciertos protocolos de urgencia y practicar periódicamente para no cometer errores y estar al tanto de las actualizaciones que se producen. Los responsables de ello deberían ser las autoridades sanitarias en colaboración con unidades docentes al efecto. Pensemos que el beneficio de tener a un profesional sanitario formado en manejo de urgencias trasciende a su labor profesional en su puesto de trabajo, puesto que es además un valor para nuestra sociedad.

Pregunta 21. ¿Considera que la formación de Higienista Dental debería corresponder a ...?

Tabla nº21. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al modelo de formación del Higienista Dental.

Respuesta	n	%	Omitidos
Grado universitario de 4 años (240 ECTS)	912	44,64%	
Estudios de tres años (180 ECTS)	661	32,35%	
Técnico Superior en higiene dental de 2 años (120 ECTS)	470	23,01%	
Total	2.043	100%	52

Gráfico nº21. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al modelo de formación del Higienista Dental.

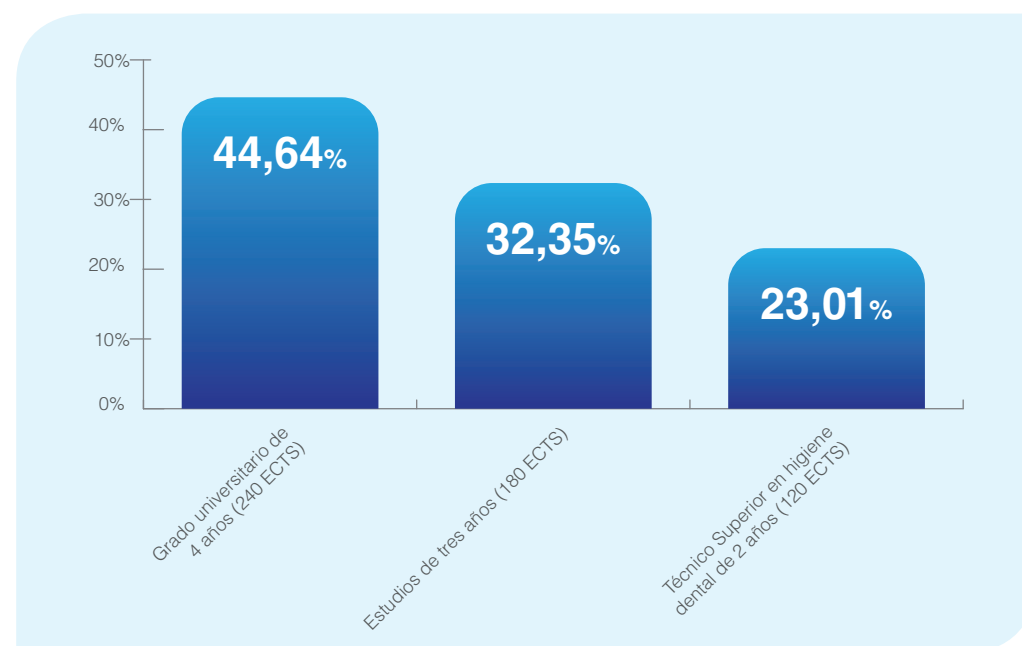
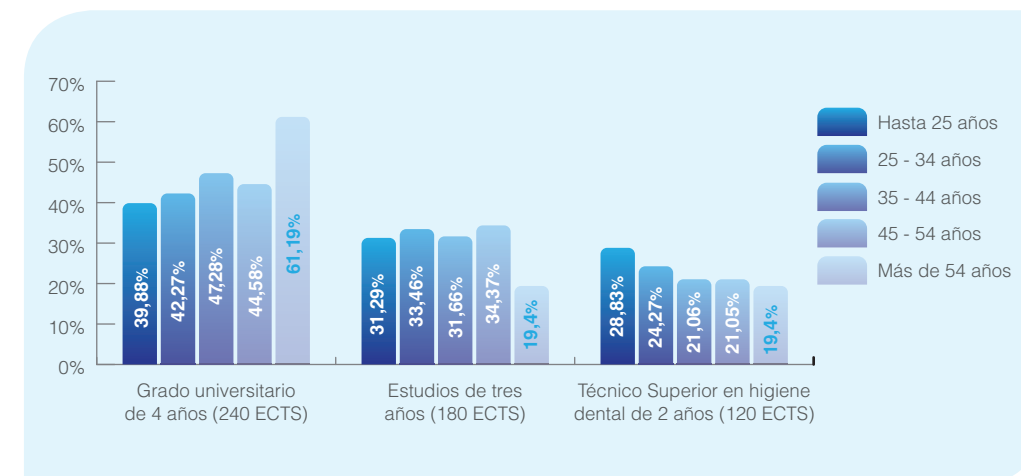


Gráfico nº21.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al modelo de formación del Higienista Dental, estratificados por grupos de edad.



Resultados: Casi el 45% de los encuestados se decanta por un grado universitario de 4 años, seguido por los estudios de tres años, mientras que el modelo actual es el peor valorado en esta encuesta. Por grupos de edad destaca que, a mayor edad, mayor elección por la formación más prolongada.

Discusión: No cabe duda que los profesionales de higiene dental reclaman más formación, ya que parece claro que la actual es considerada como insuficiente. Lo que sí puede extraerse de los resultados de esta pregunta es que los profesionales de más edad se dan cuenta de las carencias formativas que tienen, y reclaman más años de formación en forma de grado. Teniendo en cuenta la proporción de horas de formación Higienista/Dentista, una opción sería ampliar la formación actual al igual que en ciertos países europeos y anglosajones más avanzados, además de la correspondiente formación complementaria de cursos de formación continuada.

Pregunta 22. ¿Considera necesario el control y evaluación de una formación continuada debidamente reglada?

Tabla nº22. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a una formación continuada debidamente reglada.

Respuesta	n	%	Omitidos
No. Debe ser voluntaria de cada profesional	498	24,15	
Sí. Debe ser obligatoria para cada profesional	1.564	75,85	
Total	2.062	100%	33

Gráfico nº22. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a una formación continuada debidamente reglada.

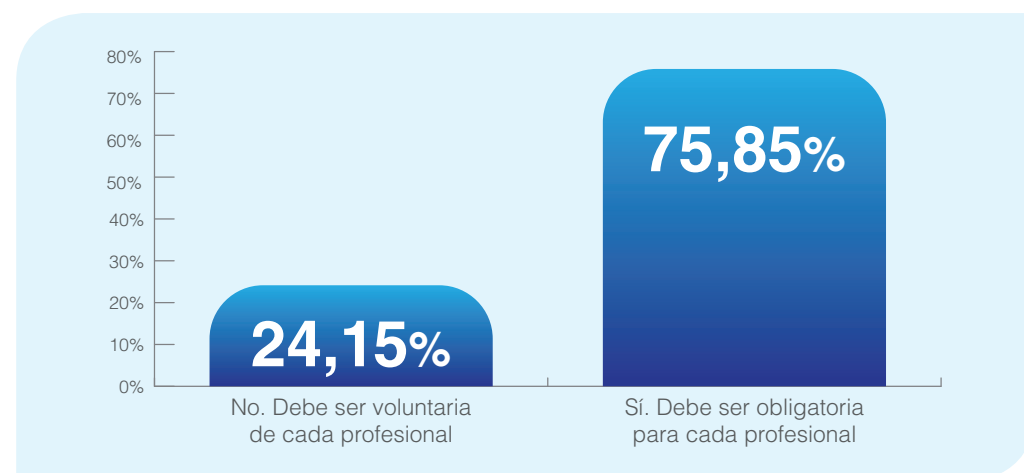
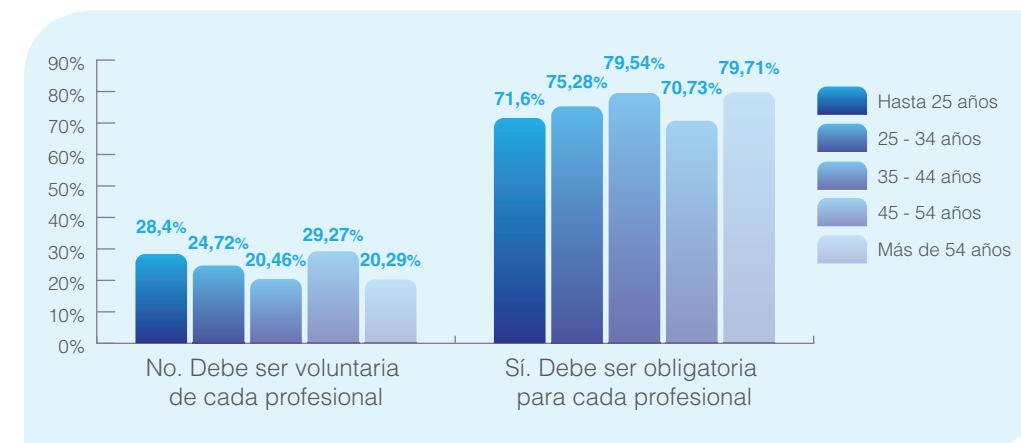


Gráfico nº22.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a una formación continuada debidamente reglada, estratificados por grupos de edad.



Resultados: La profesión apuesta por la formación continuada obligatoria, no habiendo en este caso diferencias significativas por grupos de edad.

Discusión: La Organización Mundial de la Salud, entre sus recomendaciones principales, señala que la educación debe ser continua y permanente. En ese sentido la legislación española recoge dicha obligación y, además, en la mayoría de los estudios se muestra el interés de los profesionales sanitarios por su formación.

Pregunta 23. En caso afirmativo. ¿Cada cuántos años debería ser obligatorio el control y evaluación de la formación continuada?

Tabla nº23. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a la periodicidad de la formación continuada debidamente reglada.

Respuesta	n	%	Omitidos
Cada 2 años	768	47,03%	
Cada 5 años	702	42,99%	
Cada 10 años	163	9,98%	
Total	1.633	100%	462

Gráfico nº23. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a la periodicidad de la formación continuada debidamente reglada.

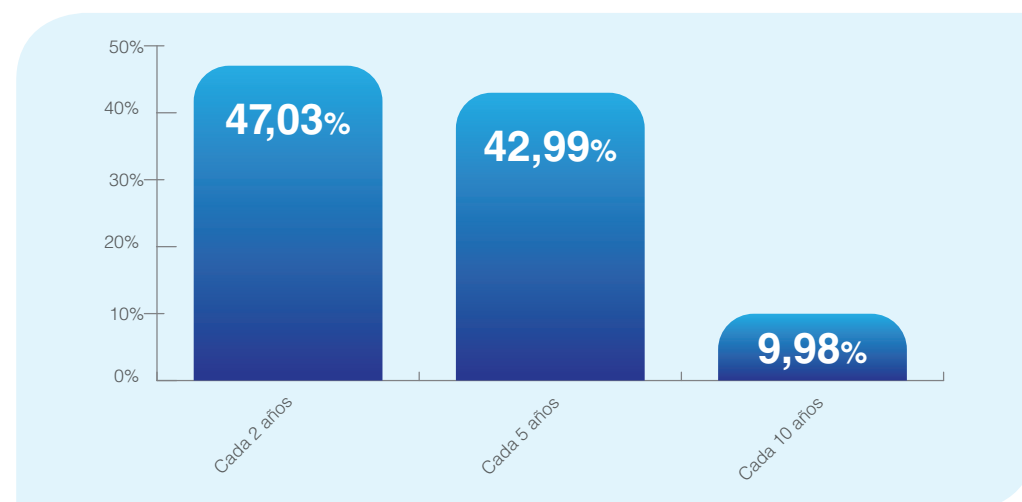
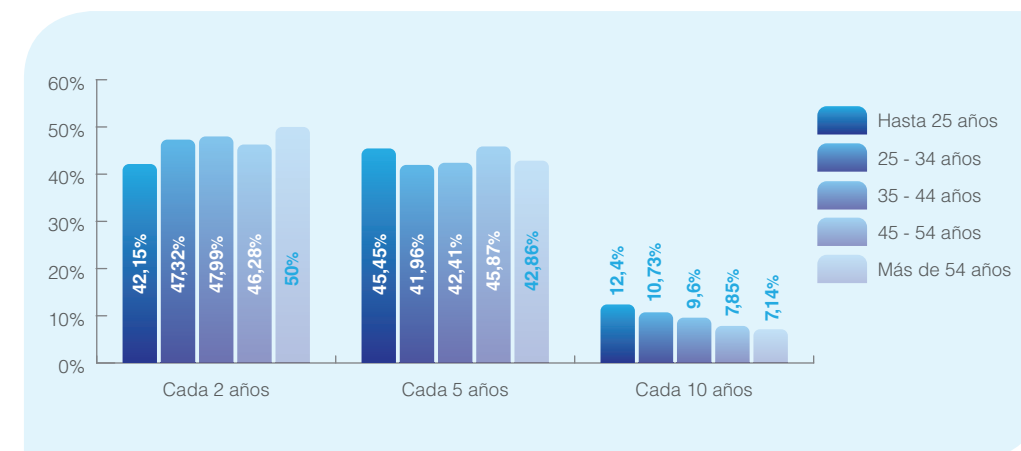


Gráfico nº23.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a la periodicidad de la formación continuada debidamente reglada.



Resultados: Se observa una tendencia a preferir la formación continuada cada dos o cinco años, considerándose claramente insuficiente el periodo de 10 años. No hay mucha diferencia por grupos de edad, aunque en el periodo de 10 años hay una tendencia por la que los Higienistas más jóvenes lo prefieren a los de mayor edad.

Discusión: Se observa una tendencia clara a que por lo menos cada 5 años los Higienistas querrían tener control y evaluación mediante la formación continuada. Probablemente cada dos años sería demasiado, teniendo en cuenta que otra cosa es la oferta de la propia formación continuada, que probablemente debería ser reglada y anual, con las características particulares de cada área de intervención.

Pregunta 24. ¿Qué modelo de trabajo, del Higienista, considera el óptimo?

Tabla nº24. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación al modelo de trabajo considerado como óptimo.

Respuesta	n	%	Omitidos
Actividad totalmente independiente en el ámbito de las competencias propias	381	18,99%	
Actividad totalmente controlada por el Dentista	67	3,34%	
Coordinado con el Odontólogo/Estomatólogo pero sin supervisión directa por parte de éste	737	36,74%	
Coordinado con el Odontólogo/Estomatólogo y con supervisión directa por parte de éste	821	40,93%	
Total	2.006	100%	89

Gráfico nº24. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al modelo de trabajo considerado como óptimo.

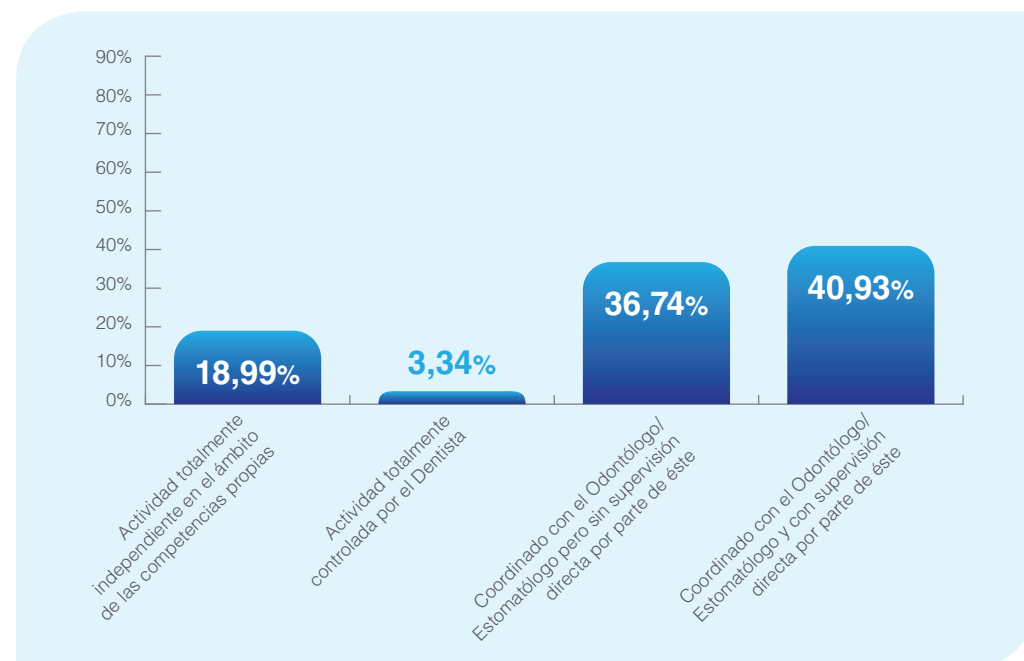
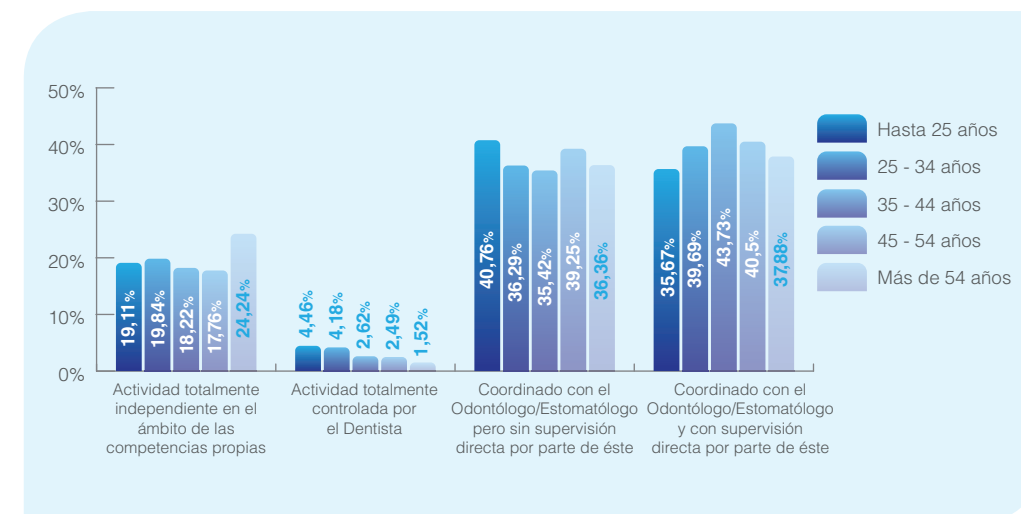


Gráfico nº24.1. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación al modelo de trabajo considerado como óptimo.



Resultados: La mayoría de los encuestados, piensa que es conveniente trabajar en coordinación con el Dentista. Y dentro de esta mayoría un mayor porcentaje prefiere un modelo de supervisión directa por parte de éste.

Destaca igualmente que una quinta parte considera idónea realizar su actividad totalmente independiente, dentro del ámbito de sus competencias propias.

Sólo un 3,34% considera como modelo óptimo de trabajo que su actividad esté totalmente controlada por el dentista.

Discusión: Según la legislación actual el Higienista Dental debe realizar sus funciones asistenciales como profesional sanitario, ayudante y colaborador del Dentista.

Respecto al concepto de “supervisión directa”, éste no debe ser interpretado como un control absoluto de todos y cada uno de los actos del Higienista Dental, sino como control de la adecuación de dichas actuaciones del Higienista Dental a lo diagnosticado y prescrito por el dentista.

El Higienista, como profesional sanitario, una vez emitido el diagnóstico y las “instrucciones/prescripciones” por parte del dentista, goza de la autonomía propia para realizar su actividad, asumiendo con ello la responsabilidad derivada de su praxis ejecutada.

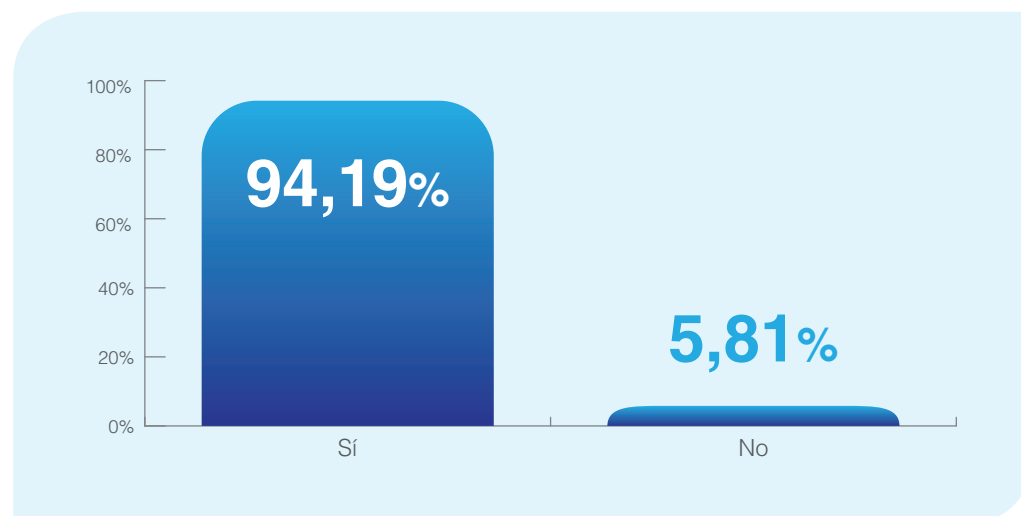
Es este el modelo principalmente aceptado con un 40,93%. En un porcentaje algo menor, el 36,74 % del colectivo estaría adoptando un modelo con una mayor autonomía propio de países como Dinamarca, Finlandia, Lituania, Noruega y Suecia. Los resultados de la encuesta y la eficiencia en favor de la salud dental desaconsejan una actividad del Higienista Bucodental, totalmente controlada por el dentista, esto es destinar 2 profesionales sanitarios a una misma actividad en el mismo lugar y momento.

Pregunta 25. ¿Cree que es importante que los Higienistas Dentales se encuentren colegiados o asociados?

Tabla nº25. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a la conveniencia o asociación del Higienista Dental.

Respuesta	n	%	Omitidos
Sí	1.945	94,19%	
No	120	5,81%	
Total	2.065	100%	30

Gráfico nº25. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a la conveniencia o asociación del Higienista Dental.



Resultados: Es una de las preguntas con mayor consenso de la encuesta. La gran mayoría de Higienistas quiere formar parte de un grupo profesional organizado.

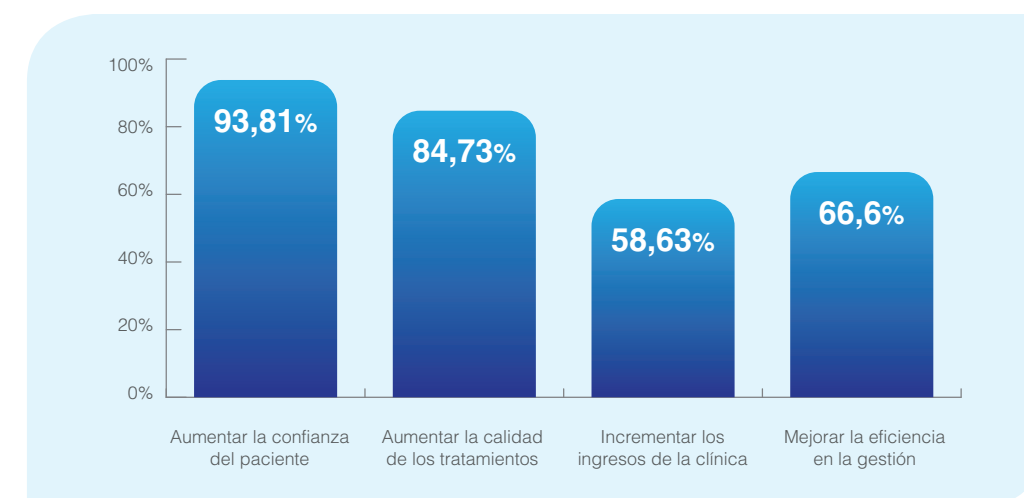
Discusión: Los colegios profesionales y las asociaciones son un activo muy importante para la defensa de los intereses de los pacientes, de los propios colegiados, y el mejor colaborador de la Administración y les aportan además otros recursos como formación continuada, ayuda legal, información laboral, etc. Se ha sugerido por parte de algún experto de este grupo la conveniencia de añadir alguna forma de control o verificación sobre la formación continuada que deben realizar todos los profesionales sanitarios, y con ello los propios Higienistas Dentales.

Pregunta 26. ¿Cuál cree que es la aportación suya, como Higienista en la clínica dental? (Señale cuantas sean necesarias):

Tabla nº26. Distribución del número total de la muestra del estudio en relación a la aportación del Higienista Dental a la consulta

Respuesta	n	%	Omitidos
Aumentar la confianza del paciente	1.941	93,81%	
Aumentar la calidad de los tratamientos	1.753	84,73%	
Incrementar los ingresos de la clínica	1.213	58,63%	
Mejorar la eficiencia en la gestión	1.378	66,60%	
Total	2.069		26

Gráfico nº26. Distribución por porcentajes de los encuestados en relación a la aportación del Higienista Dental a la consulta



Resultados: Es evidente que, derivado de esta pregunta, los Higienistas Dentales están más centrados en los pacientes que en su papel sobre la gestión de las consultas.

Discusión: Los Higienistas Dentales son relativamente conscientes de la importancia de su participación en los ingresos y la gestión de la consulta dental. En realidad, y derivado de su ejercicio profesional cualificado y la fidelización de los pacientes que consiguen, están aportando mucho al buen funcionamiento de la consulta, en todos los sentidos, lo cual aconseja incluir la formación en gestión a este colectivo, dado que una consulta es al fin y al cabo una empresa de servicios sanitarios.

5. DISCUSIÓN GENERAL

5.1 DESCRIPTIVA DE LA MUESTRA

La muestra consultada refleja un porcentaje mayoritario de **mujeres** en la profesión de higienista dental, con un predominio creciente de una población joven, justificado por la plétora en las ofertas de formación que existe actualmente. Como ejemplo baste saber que, según el Ministerio de Educación, en el periodo académico 2016-17 se formaron 7.930 higienistas dentales, mientras que en el mismo periodo se egresaron 9.828 odontólogos.

La mayoría de los higienistas dentales trabaja en la **sanidad privada** al ser la modalidad preferente de ejercicio de los dentistas. De un análisis conjunto de los datos debemos entender que es posible que trabajen más higienistas en la sanidad pública que los reflejados en la pregunta correspondiente, al compaginar algunos profesionales dicho ejercicio con la sanidad privada. En realidad, en esta encuesta no se ha contemplado analizar el componente mixto del ejercicio profesional, al ser menos relevantes que en otros países, por ejemplo el Reino Unido. Sí se observa que la mayoría del grupo de trabajadores en la sanidad pública lo hace en los centros de atención primaria, disminuyendo notablemente la presencia en hospitales generales y en centros geriátricos, lo que restringe la atención bucodental que demandan estos colectivos.

Finalmente, y siguiendo el informe de 2007 del ministerio de Salud y Consumo se señala que “Las unidades de Salud Bucodental están formadas por una plaza de odontología y una de higienista dependientes de Atención Primaria”. Es resaltable que aún existen Comunidades en las que los puestos de higienistas se encuentran ocupados por personal sin esta cualificación profesional o no se alcanza el ratio de un dentista – un higienista.

5.2 FUNCIONES REALIZADAS POR EL HIGIENISTA DENTAL

En las **competencias de promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental**, el higienista tiene un papel importante en el diagnóstico de lesiones bucodentales que pueden pasar inadvertidas inicialmente por la presencia de placa o cálculo, de tal manera que refuerza el proceso diagnóstico del dentista. Por eso sería importante aumentar la cifra del 45% de los encuestados que recogen datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica. La realización de exámenes de salud bucal en otros colectivos fuera de la consulta dental es una competencia de escasa implantación en el colectivo (15,7%), debiendo ser responsabilidad de los organismos e instituciones pertinentes la implementación de dichas competencias y recursos.

Cuando se analizan las **funciones asistenciales cotidianas** se concluye que el higienista dental tiene una competencia clara en acciones preventivas, mayoritariamente relacionadas con la profilaxis y la periodoncia, seguido por menores porcentajes de actividad en las diferentes ramas de la odontología. Sin embargo, el porcentaje cae cuando se trata de abordar las funciones de la

prevención y pronóstico de patologías generales, así como al cuidado bucodental de las personas mayores. Todo lo anterior sugiere que el higienista dental estaría preparado para asumir más competencias asistenciales que las actuales, y que sería necesario incrementar el tiempo de formación en aspectos relacionados con la salud general del paciente y el envejecimiento de la población en nuestro medio.

En relación a las **funciones no asistenciales cotidianas** es evidente que son realizadas globalmente por más de un 70% de los higienistas encuestados. En sentido estricto no debería ser así, ya que corresponderían a otros profesionales como auxiliares dentales o personal administrativo, sin embargo, la realidad actual evidencia que una consulta dental es una empresa de servicios sanitarios y los recursos humanos suelen ser limitados para realizar el gran número de funciones que se requieren. Podría ser razonable asimilar por parte de todos los conceptos de empresa y ampliar la formación del higienista dental en aspectos de gestión, administración y organización, de manera que globalmente fueran profesionales con un perfil más versátil, lo que mejoraría sus capacidades la calidad de la consulta dental y finalmente a la mejor atención al paciente. La dedicación de los higienistas a docencia es baja (12,25%) y más aún lo es a la investigación, probablemente motivado por las escasas posibilidades que la normativa actual ofrece a los Higienistas Dentales para formar parte del elenco de profesores de los estudios de higiene dental. No es un tema baladí, ya que la formación curricular y continuada es clave para que una profesión sanitaria avance, y eso requiere personas con conocimientos y experiencia suficientes en dichas materias para transmitirlo adecuadamente.

En el campo de la **odontología general**, una labor preventiva como es la aplicación de fluoruros se realiza por un 80% de los encuestados. En segundo lugar se posicionan las actividades diagnósticas clínicas (54%) y radiológicas (65%). En menor proporción los higienistas dentales realizan funciones relacionadas con las obturaciones de caries o empleo de métodos de barrera dental. Realmente existe un área de mejora en este apartado, fundamentalmente en las competencias diagnósticas, ya que podrían prácticamente duplicarse, reduciendo ese tiempo de la agenda del dentista para dedicarlo a otras funciones y por tanto ganar más eficacia de la consulta dental.

El porcentaje de encuestados que realiza **funciones relacionadas con la ortodoncia** es muy elevado. De ellos, casi la totalidad toma impresiones y vacía modelos, más de dos tercios cambian arcos de ortodoncia y ligaduras y un 60% registra fotográficamente los casos. Por tanto, el higienista dental tiene muchas oportunidades de ayudar y colaborar con el facultativo, a nivel clínico y también organizativo, dada la gran cantidad de elementos y registros necesarios para los tratamientos de este tipo. Además, la digitalización de la ortodoncia hace que la delegación de aspectos rutinarios por parte del odontólogo-ortodoncista sea más predecible, logrando así un servicio más eficiente para el paciente. En consecuencia, sería necesario incrementar la formación relacionada con el diagnóstico por

la imagen, fundamentalmente en materia de fotografía y manejo de software cefalométrico, cuya interpretación y diagnóstico hará, lógicamente, el ortodoncista. Por la misma razón sería necesario aumentar la práctica preclínica de colocación de brackets y bandas, sustitución de arcos y ligaduras y otros aspectos relacionados con este campo, incluidos los relacionados con la ortodoncia con alineadores, a fin de garantizar una adecuada comprensión de las implicaciones de cada proceso.

En relación a la **prótesis y estética dental**, casi tres cuartas partes de los encuestados trabaja en estos campos, siendo lo más frecuente la toma de impresiones, el vaciado de modelos, la toma de registros de mordida y en menor porcentaje la retirada de los excesos de cemento en coronas e incrustaciones y la toma de color para elaborar la corona o incrustación definitiva. De todas maneras, existe un número adicional de funciones que podría ser realizado por el higienista dental, agilizando de esta manera el funcionamiento de la consulta. En cuanto a funciones concretas destaca la gran diferencia entre la toma de impresiones con materiales convencionales frente al escaneado, debido a que la odontología digital va ganando terreno poco a poco en el ejercicio profesional. No obstante, el caso concreto de la toma de impresiones digital muestra la necesidad de incluir/ampliar la formación del higienista dental, tanto en los estudios base como en los cursos de formación continuada.

Cuando se abordan los **procesos de blanqueamiento dental**, es notable el elevado número de higienistas dentales que deciden el tipo de tratamiento de blanqueamiento a realizar (40%), probablemente delegado por parte del dentista. Además, un 45% realizan cinco o más funciones dentro del procedimiento de esta técnica, lo que puede indicar que llevan a cabo el tratamiento prácticamente íntegro. Dejando a un lado la idoneidad de estas cifras, es evidente que el papel del higienista dental en este área es creciente debido a las demandas estéticas de la sociedad actual, lo que ha motivado que haya una elevada oferta de formación con respecto al blanqueamiento destinada a higienistas y odontólogos de manera conjunta. Además, sería deseable una formación adecuada durante los estudios iniciales, ya que es importante que el higienista esté formado para poder explicar con claridad las diferentes alternativas en este tratamiento.

Una mayoría de higienistas trabaja en **tareas relacionadas con la periodoncia/implantología**, lo cual es muy importante, sobre todo a nivel preventivo, ya que la periodontitis afecta a casi la mitad de los adultos en nuestro país, y prevenir la aparición de gingivitis y su paso a periodontitis es esencial para disminuir estas cifras. Por eso se realizan con mayor frecuencia las funciones relacionadas con la prevención y el control del biofilm, tanto supra como subgingival. Algo similar sucede con el mantenimiento de las rehabilitaciones implantosoportadas y la prevención y el control de la patología periimplantaria, conforme aumenta la incidencia de estas enfermedades. Es muy llamativa la cifra de higienistas dentales que aplica anestésicos tópicos en procedimientos periodontales, seguramente por indicación del dentista. Esta situación debería revisarse, dado que se trata de una

administración de fármacos, para la que debe existir una prescripción facultativa y una formación específica para el manejo de efectos no deseados.

Es lógico el empleo de **instrumental rotatorio** en odontología por parte del higienista dental para determinadas funciones. Sin embargo, la introducción de nuevas herramientas de trabajo como el láser ha provocado que haya un porcentaje de higienistas que hayan visto delegado su uso por parte del odontólogo. De cara a futuras investigaciones de este tipo y a la vista de la pujanza de este moderno instrumental será interesante investigar y definir los protocolos de actuación de estas herramientas antes de su aplicación clínica y la formación adecuada de los profesionales que lo apliquen.

5.3 CONDICIONES SISTÉMICAS

En relación a las **funciones relacionadas con la salud sistémica**, exceptuando que el 90% de los higienistas dentales participa en la realización de historias clínicas de salud general, el resto de funciones relacionadas con la salud sistémica, incluidos el registro de la tensión arterial, planes para el control de determinadas condiciones sistémicas, conocimiento sobre lesiones precancerosas orales o farmacología utilizada en la consulta dental, muestran un porcentaje de no realización o desconocimiento que varía entre el 20% y el 25% aproximadamente. En el caso de saber actuar ante una situación de urgencia el desconocimiento se amplía hasta un tercio de los encuestados. Obviamente estas cifras son muy mejorables dada la importancia de la repercusión sistémica de estas funciones. La solución pasaría por incrementar el número de horas de formación en el manejo de estas situaciones durante la titulación y, sobre todo, en los cursos de formación continuada, dados los avances médicos que se producen de forma progresiva en estos campos. Es muy llamativo la diferencia existente entre las poblaciones más jóvenes y los adultos-senior. Las gráficas son muy significativas y refuerzan la necesidad del incremento de la formación, al menos en estos campos, cuando el higienista está realizando sus estudios. En el caso de las situaciones de urgencia sería aconsejable el “refresco periódico” de los conocimientos y práctica no solo para los higienistas dentales, sino para todo el personal de la consulta.

5.4 FORMACIÓN Y EJERCICIO PROFESIONAL

En cuanto al **tipo y duración de la titulación**, casi el 45% de los encuestados se decanta por un grado universitario de 4 años, seguido por un porcentaje del 32,35 % que se inclinan por los estudios de tres años, mientras que el modelo actual es el peor valorado en esta encuesta. Lo que significa que el 77 % de los encuestados considera que el actual modelo formativo es insuficiente. Por grupos de edad destaca que, a mayor edad, mayor elección por una formación más larga.

En España los estudios tienen una duración de dos años, equivalente a 120 créditos ECTS. Si comparamos la situación de España con la de otros países europeos comprobamos que destacan:

Dinamarca	180 ECTS	NIVEL UNIVERSITARIO
Finlandia	240 ECTS	NIVEL UNIVERSITARIO
Holanda	240 ECTS	NIVEL UNIVERSITARIO
Polonia	180 ECTS	NIVEL UNIVERSITARIO
Portugal	180 ECTS	NIVEL UNIVERSITARIO
ESPAÑA	120 ECTS	Educación Técnica superior

Así pues, podemos afirmar que en los países líderes en el campo de la salud dental, la formación académica del Higienista Dental tiene una duración mínima de 3 años (180 créditos ECTS), y que incluso en países como Holanda, Finlandia o Estados Unidos (Licenciatura en Ciencias en Higiene Dental) los estudios tienen una duración mínima de 4 años.

A la vista de la evolución del sector de la salud y las nuevas técnicas parece conveniente, elevar la formación y las prácticas académicas de higiene dental a través de una formación universitaria.

Sobre la **necesidad de control y evaluación de una formación continuada debidamente reglada**, la Organización Mundial de la Salud, entre sus recomendaciones principales, señala que la formación debe ser continua y permanente. En la mayoría de las respuestas destaca el interés de los Higienistas Dentales por su formación. En la legislación española se recoge la obligatoriedad de los Colegios Profesionales y Universidades facultades de velar por una formación de calidad.

En España, la formación continuada está expresamente recogida en la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y en ella se describe como un derecho y obligación los profesionales sanitarios, destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. Hay concordancia entre el mandato legal y la percepción del colectivo profesional de la necesidad de participar en esa formación continuada.

En apoyo de la **importancia que los Higienistas Dentales dan a la Formación Continuada**, y a pesar de no estar contemplado en la norma los plazos de control y evaluación, se observa una tendencia clara a que por lo menos cada 5 años los higienistas querrían tener control y evaluación mediante la formación continuada.

Igualmente, entendemos conveniente y necesario establecer un sistema de verificación de la formación continuada realizada por parte del profesional sanitario, mediante la comprobación de la asistencia y participación en los cursos de formación por parte de las Instituciones habilitadas para ello.

Sobre **qué modelo de trabajo, del higienista, considera el óptimo**, la legislación actual indica que las funciones asistenciales que pueden ser realizadas por el Técnico Superior en higiene bucodental, como colaborador del dentista, quedan siempre condicionadas a la previa prescripción y supervisión del dentista.

La principal opción elegida en la muestra (40,93%) ha sido el de “coordinado con el dentista y con supervisión directa por parte de éste”. Estaría seguido del modelo en el que no sería necesaria la supervisión directa por parte del dentista (36,74%), tal y como ocurre en Dinamarca, Finlandia, Lituania, Noruega y Suecia, aunque sus actos deben estar prescritos por un odontólogo.

Cabe destacar que menos de un 20% considera como idónea la forma de actividad totalmente independiente, que ya esta instaurada por ejemplo en los Países Bajos.

Entendemos que, en el ámbito asistencial, **los dos escenarios más elegidos**, tienen cabida con la legislación actual por cuanto existen funciones propias y específicas del Higienista Dental (p.ej. tartrectomías) para las que no requiere supervisión alguna del dentista y otras (raspado y alisado radicular) que requerirá de la citada supervisión.

Con la redacción actual de las distintas normas, y a través de una interpretación integradora, se concluye que el Higienista español interpreta correctamente su trabajo como “ayudante y colaborador” del dentista lo que supone que en las tareas asistenciales cuenta o solicita el conocimiento previo y la dirección del facultativo.

En cuanto a la **colegiación y asociación de higienistas dentales**, los Colegios Profesionales, son entidades de Derecho Público cercanas a los profesionales y a la sociedad. Son los que mejor pueden proponer y realizar los controles técnicos y deontológicos para la profesión; controles que difícilmente, puede ejercer la Administración sin la colaboración de estas Instituciones.

Desde su creación, los Colegios Profesionales, han venido denunciando y persiguiendo casos de intrusismo profesional, y en colaboración con el Ministerio Fiscal luchan contra la lacra del intrusismo. La existencia de sentencias contra las personas que no cuenten con las titulaciones correspondientes y que no respetan los controles legales demuestran la necesidad de que sean los Colegios profesionales quienes faciliten a la Administración la persecución de estos casos.

En aquellas Comunidades que no exista el correspondiente Colegio Profesional, deberán ser las asociaciones las encargadas de defender los intereses de sus asociados.

En relación a la aportación como higienista en la clínica dental, es evidente que los higienistas dentales no son plenamente conscientes de la importancia de su participación en los ingresos y la gestión de la consulta dental. En realidad, y derivado de su ejercicio profesional cualificado y la fidelización de los pacientes que consiguen, están aportando mucho al buen funcionamiento de la consulta, en todos los sentidos. Por ello sería aconsejable incluir la formación en gestión a este colectivo, dado el carácter de empresa de servicios de una consulta dental.

6. CONCLUSIONES

1. El 95% de los higienistas dentales son mujeres.
2. El 72% está incluido en los grupos de edad de 25 a 44 años.
3. Un 90% trabaja en la sanidad privada. Del 10% que trabaja en la sanidad pública más de la mitad lo hace en centros de salud, siendo bajo el porcentaje que trabaja en hospitales o centros geriátricos o de pacientes especiales.
4. En el campo de la promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental, el 45% recoge datos acerca de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica, mientras que los exámenes de salud bucal fuera de la consulta dental son realizados por un 16% de los encuestados.
5. Las funciones clínicas realizadas a diario están relacionadas en su mayoría con tareas de prevención (82%) y periodoncia (60%), siendo menores las relacionadas con la odontología geriátrica (13%) y la medicina oral y sistémica (11%).
6. Entre las funciones no asistenciales realizadas a diario, además de la organización y esterilización de instrumental (97%), se incluyen aquellas relacionadas con la gestión, administración y atención al paciente (66%-77%). La docencia y la investigación clínica se realizan con mucha menor frecuencia (12% y 7% respectivamente).
7. A nivel de odontología general, la mayor actividad se centra en la aplicación de fluoruros tópicos (80%), seguido de la realización de radiografías (65%) y labores diagnósticas de la caries (54%). Funciones como el pulido de obturaciones o la realización de obturaciones provisionales son menos frecuentes (42%).
8. Un 71% realiza alguna actividad en el campo de la ortodoncia, siendo las funciones más frecuentes las relacionadas con la toma de impresiones y vaciado de modelos (96%), seguido de los cambios de arcos de ortodoncia y ligaduras (65%) y la fotografía de casos clínicos (60%).

9. Casi tres cuartas partes de los encuestados trabaja en prótesis/ estética dental, siendo de nuevo la toma de impresiones, vaciado de modelos y registros de mordida las actividades más frecuentes (91%, 82%, 73%, respectivamente).
10. El papel del higienista en el blanqueamiento dental es importante, siendo alta la participación en las funciones consultadas, destacando que un 41% decide el tipo de blanqueamiento a realizar, y que un 45% de los higienistas interviene en cinco o más de estas funciones, lo que puede indicar que realizan el tratamiento de forma prácticamente íntegra.
11. Un 85% trabaja en periodoncia/implantología, la mayoría realiza profilaxis/tartrectomía/limpieza de boca (94%), siendo menor la intervención en procedimientos implantológicos que periodontales. Sorprende la cifra del 53% de higienistas dentales que aplican anestésicos de forma tópica.
12. Los instrumentos rotatorios son utilizados con frecuencia por los higienistas dentales, sobre todo los contraángulos (97%). De nuevo destaca que un 13% de los encuestados aplique laser en tratamientos odontológicos.
13. Un 90% de los higienistas participa en la realización de historias clínicas, mientras que el resto de funciones relacionadas con la salud sistémica, incluidos el registro de la tensión arterial, planes para el control de determinadas condiciones sistémicas, conocimiento sobre lesiones precancerosas orales o farmacología utilizada en la consulta dental, muestran un porcentaje de no realización o desconocimiento que varía entre 20-25% aproximadamente. En el caso de saber actuar ante una situación de urgencia el desconocimiento se amplía hasta un tercio de los encuestados. Los higienistas más jóvenes están claramente peor preparados que los senior para el manejo de estas situaciones.
14. La mayoría de la población encuestada (44,64%) considera que la formación del higienista dental debe corresponderse con un grado universitario.
15. El 75,85% de los higienistas dentales consideran que la formación continuada debe ser obligatoria, con una verificación de la misma que oscila entre dos y cinco años.
16. La mayoría de la población encuestada prefiere trabajar de forma coordinada con el dentista y bajo supervisión.
17. La práctica totalidad de los higienistas encuestados (94,19%) considera conveniente pertenecer a un colegio profesional o a una asociación.



7. RECOMENDACIONES

A la vista de los datos objetivos del presente estudio y las conclusiones vertidas por los expertos es deseable:

1. Avanzar en la coordinación de la realidad diaria de las funciones que desarrolla el higienista dental, con su marco jurídico y académico, a través de una actualización y armonización de la regulación legal, dado que la norma reguladora de la profesión, -publicada hace más de treinta y tres años-, establece un número limitado de funciones a desarrollar por el higienista, claramente inferior a los avances y necesidades sociales tal como ha demostrado esta encuesta.
2. Asegurar la mejor formación académica de los higienistas dentales promoviendo la formación de un título de higienista dental, acorde a la de los países más avanzados en materia de salud dental.
3. En general, habría que aumentar los contenidos formativos en relación con el control odontológico y médico de los pacientes médicamente comprometidos, pues el papel del higienista es fundamental al ser, la prevención, la piedra angular del manejo de estos pacientes.
4. Garantizar a la población que los Higienistas Dentales cuenten con la titulación necesaria y la cobertura de las garantías obligatorias de los seguros de responsabilidad civil, mediante los controles de las organizaciones profesionales y de la Administración.
5. Las autoridades educativas deberán facilitar el acceso a la docencia a los Higienistas Dentales para que, como principales expertos en su materia, formen a los futuros profesionales de este colectivo formando parte del elenco de profesores.
6. Proporcionar al Higienista dental una autonomía suficiente en ciertas funciones de bienestar de la salud dental, al igual que en los países más avanzados, tales como Finlandia, Holanda o EE.UU.
7. Avanzar en la integración del higienista dental en hospitales generales, en centros sanitarios del sistema público y/o privado y en general en todos aquellos ámbitos susceptibles de mejora de la salud dental de la población.

Todo lo anterior hará posible, cumplir el objetivo de la **Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias**, recogida en su Exposición de Motivos, de lograr que la praxis cotidiana de los profesionales sanitarios que interactúan en equipos multidisciplinares actúen de forma cooperativa y reconociéndose mutuamente los crecientes espacios competenciales compartidos, que redundará en una mejora significativa de la salud bucodental de la población.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 10/86, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otras profesiones relacionadas con la salud dental. Boletín Oficial del Estado, nº 68, (20-3-1986)
- Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista Dental. Boletín Oficial del Estado, nº 215, (8-9-1994)
- Real Decreto 537/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico Superior en Higiene Bucodental y las correspondientes enseñanzas mínimas. Boletín Oficial del Estado, nº 131, (2-6-1995).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280 (22/11/2003)
- Real Decreto 769/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el Título de Técnico Superior en Higiene Bucodental y se fijan sus enseñanzas mínimas. Boletín Oficial del Estado, nº 241, (4-10-2014).
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y de Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea nº 255 (30.09.2005)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. La Salud Bucodental en España. Estudio asesor realizado por la Oficina Regional Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección general de planificación sanitaria; 1985.
- Kravitz A, Bullock A, Cowpe J, Barnes E. Manual of Dental Practice 2015 (Edition 5.1). Wales: Council of European Dentists, Cardiff University; 2015.
- Organización Mundial de la Salud. Elementos esenciales de la formación de personal salud bucodental: ¿Cambio o deterioro? Informe de un Comité de Expertos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990. Report nº. 794.
- Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en personal auxiliar de Odontología. Serie de informes técnicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1959. Report nº163.
- Organización Mundial de la Salud. Organización de Servicios de Higiene Dental. Serie de informes técnicos. nº 298. Ginebra: 1965.
- Cortes Martincorena F, Cerviño Ferradanés S, Blanco González J, Simon Salazar F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. RCOE. 2014 Oct; 19(1): p. 12-42.
- García Alcázar B. Personal Auxiliar en Odontología. Aproximación a su situación actual y rol en la práctica clínica diaria. [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Alfonso X, El Sabio; 2017.

ENCUESTA DEL LIBRO BLANCO DE LA PROFESIÓN DE HIGIENISTA DENTAL

1. ¿Es usted hombre o mujer?

Hombre ☐

Mujer ☐

2. ¿Qué edad tiene?

Menos de 25 años ☐

De 25 a 34 años ☐

De 35 a 44 años ☐

De 45 a 54 años ☐

Más de 54 años ☐

3. ¿Trabaja en sanidad pública o privada?

Sanidad pública ☐

Sanidad privada ☐

4. Si es en sanidad pública, ¿dónde?

Hospitales ☐

Centros geriátricos o de pacientes especiales ☐

Centros de salud ☐

Unidades de cirugía maxilofacial ☐

Servicios sociales y otros ☐

9. ANEXO ENCUESTA ESCRITA

5. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones en el campo de promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental? (Señale cuantas sean necesarias):

- Recoger datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica ☐
- Instrucción de higiene bucodental y medidas de control dietético ☐
- Control de las medidas de prevención que los pacientes realicen ... ☐
- Realizar exámenes de salud bucodental en diversos colectivos (colegios, residencias, etc) ☐

6. Dentro de las funciones que usted desempeña a diario, ¿en qué especialidad cree que tiene mayor repercusión su trabajo? (Señale cuantas sean necesarias):

- Preventiva ☐
- Periodoncia ☐
- Cirugía e implantes ☐
- Endodoncia ☐
- Odontología General ☐
- Prostodoncia ☐
- Ortodoncia ☐
- Odontopediatría ☐
- Medicina Oral y Sistémica ☐
- Odontología Geriátrica ☐
- Otros ☐

7. Además de las funciones asistenciales que realiza, señale cuáles de estas otras realiza habitualmente (señale cuantas sean necesarias):

- Organización/esterilización de instrumental ☐
- Labores de recepción ☐
- Presupuestos/cobro al paciente ☐
- Asignación de citas/recordatorio ☐
- Mantenimiento de archivos de pacientes ☐
- Registro de salida/entrada de materiales, laboratorio, etc ☐
- Labores de coordinación de equipo o gerencia ☐
- Acciones de comunicación (marketing/redes sociales...) ☐
- Investigación clínica ☐
- Docencia ☐
- Otros ☐

8. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Odontología General? (señale cuantas sean necesarias):

- Diagnóstico clínico de la caries dental ☐
- Estudio radiológico intra-extraoral ☐
- Obturaciones provisionales ☐
- Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas ☐
- Realizar el pulido de obturaciones eliminando los eventuales excesos de las mismas ☐
- Colocar y retirar el dique de goma ☐

9. ¿Trabaja usted en Ortodoncia?

Sí ☐

No ☐

10. En caso afirmativo, ¿realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Ortodoncia? (Señale cuantas sean necesarias):

Estudios radiológicos/trazado de cefalometrías (sin fin diagnóstico) ☐

Toma de impresiones/vaciado de modelos ☐

Confección/activación de placas ☐

Colocar/retirar bandas/*brackets*? ☐

Cambios de arcos de Ortodoncia y ligaduras ☐

Colocación de una retención dental fija ☐

Colocación de un *attachment* de Ortodoncia con alineadores ☐

Fotografías de casos clínicos ☐

11. ¿Trabaja usted en Prótesis/Estética dental?

Sí ☐

No ☐

12. En caso afirmativo, ¿realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Prótesis/Estética Dental? (Señale cuantas sean necesarias):

Toma de impresiones ☐

Vaciado/zocalado de modelos ☐

Registros de mordida ☐

Escaneados digitales para el registro de coronas, incrustaciones o implantes ☐

Cementado de coronas, carillas o incrustaciones en clínica ☐

Levantar coronas o carillas definitivas o provisionales que ya están cementadas en boca ☐

Ajustes de oclusión en coronas o incrustaciones recién cementadas en boca ☐

Retirada de los excesos de cemento en coronas e incrustaciones ☐

Toma de color para elaborar la corona o incrustación definitiva ☐

Colocar y retirar hilos retractores ☐

Confeccionar coronas y puentes provisionales ☐

13. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con el blanqueamiento dental? (Señale cuantas sean necesarias):

Explicar al paciente lo relacionado con el blanqueamiento dental ... ☐

Decidir el tipo de blanqueamiento a realizar en cada paciente ☐

Toma de registro de color inicial/intermedio/final ☐

Fotografías de registro de color ☐

Aislamiento al paciente para un blanqueamiento en consulta ☐

Aplicación del blanqueamiento externo profesional al paciente ☐

Realización de placas vacuum ☐

14. ¿Trabaja usted en Periodoncia/Implantología?

Sí ☐

No ☐

15. En caso afirmativo, ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la Periodoncia/Implantología? (Señale cuantas sean necesarias):

- Diagnóstico periodontal (periodontograma y/o estudio radiológico) ☐
- Diagnóstico de las lesiones periimplantarias ☐
- Raspado y alisado radicular subgingival ☐
- Manejo de la hipersensibilidad dentinaria ☐
- Mantenimiento periodontal ☐
- Tratamiento no quirúrgico de las enfermedades periimplantarias ☐
- Mantenimiento de prótesis implantoportadas ☐
- Aplicación de anestésicos por vía tópica ☐
- Realización de profilaxis/tartrectomía/limpieza de boca ☐

16. ¿Utiliza algún tipo del siguiente instrumental para el desarrollo de sus funciones profesionales?

- Turbina (fresas de diamante, tungsteno, acero, piedras de pulir...) ☐
- Contraángulo (fresas de diamante, tungsteno, acero, piedras de pulir, cepillos de profilaxis, tazas de goma...) ☐
- Pieza de mano (fresas de acero, piedras, cepillos de pulir prótesis, laboratorio...) ☐
- Aplicación del láser en tratamientos odontológicos ☐

17. ¿Realiza alguna/s de las siguientes funciones relacionadas con la salud sistémica? (Señale cuantas sean necesarias):

- Historia clínicas de salud general ☐
- Toma de la tensión arterial ☐
- Planes preventivos/tratamientos en pacientes con diabetes mellitus ☐
- Planes preventivos/tratamientos en pacientes con cáncer ☐
- Planes preventivos personalizados en embarazadas ☐
- Tratamientos odontológicos bajo sedación por parte del Dentista/ Médico ☐

18. ¿Conoce, de forma general, los tipos de lesiones precancerosas o signos de alarma del cáncer oral?

- Sí ☐
- No ☐

19. ¿Conoce las indicaciones, efectos adversos a nivel oral y sistémicos e interacciones farmacológicas de los fármacos que más se prescriben en consulta dental (anestésicos, antiinflamatorios, antibióticos)?

- Sí ☐
- No ☐

20. ¿Sabe actuar de forma general frente a situaciones de urgencia médica potencialmente frecuentes en la consulta dental (síncope, hipoglucemia, alergia farmacológica, patología coronaria...)?

- Sí ☐
- No ☐

21. ¿Considera que la formación de Higienista Dental debería corresponder a...?

Grado universitario de 4 años (240 ECTS) ☐

Estudios de tres años (180 ECTS) ☐

Técnico Superior en Higiene Dental de 2 años (120 ECTS) ☐

22. ¿Considera necesario el control y evaluación de una formación continuada debidamente reglada?

No, debe ser voluntaria de cada profesional. ☐

Sí, debe ser obligatoria para cada profesional ☐

23. En caso afirmativo, ¿cada cuántos años debería ser obligatorio el control y evaluación de la formación continuada?

Cada 2 años ☐

Cada 5 años ☐

Cada 10 años ☐

24. ¿Qué modelo de trabajo, del Higienista, considera el óptimo?

Actividad totalmente independiente en el ámbito de las competencias propias ☐

Actividad totalmente controlada por el Dentista ☐

Coordinado con el Odontólogo/Estomatólogo pero sin supervisión directa por parte de éste ☐

Coordinado con el Odontólogo/Estomatólogo y con supervisión directa por parte de éste ☐

25. ¿Cree que es importante que los Higienistas Dentales se encuentren colegiados o asociados?

Sí ☐

No ☐

26. ¿Cuál crees que es la aportación tuya, como Higienista en la clínica dental? (Señale cuantas sean necesarias):

Aumentar la confianza del paciente ☐

Aumentar la calidad de los tratamientos ☐

Incrementar los ingresos de la clínica ☐

Mejorar la eficiencia en la gestión ☐

