

# Asistencia bucodental en el medio penitenciario español

Ana Isabel Martínez-Díaz-Canel, Elena Martín-Fernández,  
Marta García-González

Clínica Universitaria de Odontología. Universidad de Oviedo.

---

## RESUMEN

**Introducción:** La atención de los problemas de salud de las personas privadas de libertad supone un reto importante para las administraciones públicas, que son las encargadas de garantizar las prestaciones necesarias para hacerlos frente. Para ello, es fundamental conocer cuáles son las patologías crónicas que les afectan más frecuentemente, qué repercusión tienen estas en la cavidad oral y qué tipo de tratamientos son requeridos, lo que constituye el objetivo del presente trabajo.

**Material y método:** Se realizó una revisión de artículos en PubMed relacionados con las patologías crónicas y las orales, así como de las necesidades de tratamiento.

**Resultados:** Las patologías crónicas más prevalentes son las enfermedades cardíacas, las respiratorias crónicas, la diabetes y el cáncer, aunque entre la población reclusa destacan también la ansiedad y la depresión junto con el consumo de tabaco, alcohol y distintas drogas de abuso. Son las responsables de la aparición de caries y enfermedades periodontales, cuyo tratamiento debe ser realizado en el medio penitenciario.

**Conclusiones:** El grado de atención odontológica entre la población reclusa es muy bajo. Por tanto, es necesario implementar medidas preventivas y terapéuticas entre los internos para mejorar su salud oral y, por consiguiente, su salud general.

**Palabras clave:** enfermedades crónicas; factores de riesgo; prisiones; patología oral; necesidades de tratamiento.

---

## ORAL CARE IN THE SPANISH PRISON SETTING

### ABSTRACT

**Introduction:** Addressing the health problems of prison inmates is a major challenge for public administrations, which are responsible for guaranteeing the necessary services to deal with them. It is therefore essential to know which are the chronic pathologies that affect them most frequently, what impact they have on the oral cavity and what type of treatments are required. The aim of this study is to shed further light on these questions.

**Material and method:** Articles in PubMed on chronic and oral pathologies and treatment needs were reviewed.

**Results:** The most prevalent chronic pathologies are heart disease, chronic respiratory disease, diabetes and cancer. Anxiety and depression are also highly prevalent among the prison population, along with the consumption of tobacco, alcohol and drugs of abuse. They are responsible for the appearance of caries and periodontal diseases, the treatment of which should be carried out in the prison environment.

**Conclusions:** The level of dental care among the prison population is very low. Therefore, it is necessary to implement preventive and therapeutic measures among inmates to improve their oral health and, consequently, their general health.

**Key words:** chronic diseases; risk factors; prisons; oral pathology; treatment needs.

---

Texto recibido: 17/04/2024

Texto aceptado: 28/06/2024

## INTRODUCCIÓN

La atención de los problemas de salud de las personas privadas de libertad supone un reto importante para las administraciones públicas, que son las encargadas de garantizar las prestaciones necesarias para hacerles frente.

En el ámbito penitenciario, se debe de atender a una población que presenta una serie de características singulares desde el punto de vista sociosanitario:

- La procedencia social: en muchas ocasiones, se trata de individuos que provienen de medios muy deteriorados, marginados socialmente e incluso excluidos. De este modo, pueden presentar patologías frecuentemente asociadas a esta pobreza o agravadas por la misma, resultado de las dificultades de acceso a los medios sanitarios y de autocuidado que se suelen dar en estas situaciones.
- Como consecuencia de lo anterior, muchos internos e internas presentan al ingreso un deterioro importante de su estado general, al que habrá que hacer frente en el medio penitenciario.
- Además, se observa una elevada incidencia de patología asociada a las drogodependencias, bastante habituales entre la población reclusa: virus de la inmunodeficiencia humana, sida, hepatitis y enfermedades mentales.

Todas estas situaciones pueden asociarse u ocasionar un deterioro de la salud bucodental, que deberá ser tratado en el medio penitenciario.

El objetivo de este trabajo es describir la patología crónica de los individuos privados de libertad, incluyendo los factores de riesgo de la misma y sus consideraciones epidemiológicas; asimismo, valorar las manifestaciones orales de esa patología y las consecuencias en la salud bucodental en esta población; y por último, plantear las posibles necesidades de tratamiento bucodental que deben ser atendidas y garantizadas en este medio.

## PATOLOGÍA GENERAL ENTRE LA POBLACIÓN RECLUSA

La población reclusa se ha incrementado sustancialmente a nivel mundial durante los últimos años y, de forma paralela, ha habido un aumento de la edad de la misma. Este hecho es relevante desde el punto de vista de la atención sanitaria, puesto que a mayor edad, se puede esperar un incremento de la patología crónica.

Las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles identificadas por la Organización Mun-

dial de la Salud (OMS) son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y la patología respiratoria crónica<sup>1</sup>, que, además, están relacionadas con unas elevadas cifras de mortalidad. Aunque estas enfermedades afectan a individuos de todos los niveles sociales, hay una mayor incidencia de las mismas en los estratos más desfavorecidos, en los que suelen estar incluidas la mayoría de las personas privadas de libertad.

En un estudio realizado por Vera Remartínez *et al.* sobre un total de 1.077 sujetos entrevistados en nueve centros penitenciarios españoles, se determinó una prevalencia de dislipemias del 34,8%, hipertensión arterial del 17,8%, diabetes del 5,3%, asma del 4,6%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica del 2,2%, cardiopatía isquémica del 1,8% y enfermedades cardiocirculatorias del 1,5%. Entre los factores de riesgo, cabe destacar el consumo de tabaco en el 70,4% de los individuos, y de cocaína, en el 30,5%; mientras que el sobrepeso, la obesidad o el sedentarismo se constataron en el 39,6, el 12,3 y el 38,5%, respectivamente<sup>2</sup>.

Wright *et al.* publicaron en 2019 los resultados de un estudio desarrollado en el Reino Unido sobre un total de 199 participantes. En este caso, las enfermedades más frecuentes fueron la ansiedad y la depresión (34%), seguidas de la patología respiratoria (17%) y la hipertensión arterial (10%); patología cardíaca, ictus, cáncer y diabetes presentaron una prevalencia similar, con un 2% cada una. Un 27% de los sujetos tenían un historial de consumo de drogas, y un 16%, de alcoholismo, mientras que el consumo de tabaco se situó en un 83% de los individuos. Un 19% no realizaba ningún ejercicio físico durante su permanencia en prisión<sup>3</sup>.

En una revisión sistemática y metaanálisis realizados por Manna *et al.* en la India, constataron que la prevalencia de depresión entre la población reclusa alcanza cifras de un 48,78%, suponiendo la patología mental más relevante entre esta población, lo que está en línea con los datos de prevalencia aportados por otro metaanálisis realizado en Etiopía, con cifras de un 44,45% entre la población reclusa de ese país<sup>4</sup>.

En el ámbito penitenciario, también alcanza gran relevancia la patología infecciosa. Así, en un estudio realizado en México por Arredondo *et al.* sobre la epidemiología de las infecciones transmisibles, en una muestra de 17.000 reclusos, registraron las siguientes cifras de prevalencia: virus de la inmunodeficiencia humana: 0,7%; sífilis (anti-Treponema pallidum+/prueba de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas+): 2%; hepatitis B (anticuerpo del núcleo del virus de la de la hepatitis B: 2,8%; antígeno de superficie del virus de la de la hepatitis B: 0,15%); antivir de la de la hepatitis C: 3,2%<sup>5</sup>.

La tuberculosis suele presentar una elevada frecuencia en prisiones, especialmente en países en vías de desarrollo. Ferreira *et al.*, en un metaanálisis sobre la epidemiología de esta enfermedad infecciosa, registraron unas cifras de prevalencia de tuberculosis activa del 3,13% en países con nivel económico medio-bajo, mientras que en países más desarrollados, la prevalencia descendió al 2,25%<sup>6</sup>.

## MANIFESTACIONES ORALES DE LA PATOLOGÍA GENERAL

Son múltiples las repercusiones orales que ocasionan estas patologías tan prevalentes, por sí mismas o secundariamente a las terapias empleadas, repercusiones que quedan resumidas en la Tabla 1.

### Patología cardiovascular

Además de condicionar las distintas intervenciones odontológicas debido a las situaciones de antiagregación/anticoagulación, descompensaciones, necesidades de profilaxis por presencia de prótesis valvulares cardíacas, interacciones medicamentosas, contraindicaciones de la anestesia, etc., muy frecuentes en estos

pacientes, podemos observar que:

- Fármacos utilizados en el tratamiento de la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial, como los diuréticos, pueden provocar una disminución del flujo salivar, lo que supone un mayor riesgo de caries y de infecciones orales (fundamentalmente candidiásicas).
- Medicamentos antiarrítmicos, como la nifedipina o el verapamilo, son responsables de la aparición de hiperplasias gingivales de difícil manejo.
- En sentido inverso, según la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), la periodontitis se asocia con una disfunción endotelial, aterosclerosis y un aumento del riesgo de infarto agudo de miocardio y de ictus<sup>7</sup>.

### Patología respiratoria

Los tratamientos farmacológicos a los que habitualmente están sometidos estos pacientes pueden afectar de distintas formas a las estructuras orales. Así:

- Los antagonistas betaadrenérgicos producen hiposialia, con disminución de las proteínas salivales y aumento de los *Streptococcus mutans* en la

Tabla 1. Resumen de la afectación oral por patología sistémica.

Patología	Etiopatogenia	Afectación oral
Patología cardiovascular	Fármacos que disminuyen el flujo salival	Aumento de riesgo de caries Aumento de riesgo de infecciones orales
	Fármacos antiarrítmicos	Hiperplasia gingival
Patología respiratoria	Antagonistas $\beta$ -adrenérgicos: disminuyen	Aumento de riesgo de caries
	Flujo salival	Aumento de riesgo de infecciones
Diabetes	Corticoides inhalados	Aumento de riesgo de candidiasis
		Periodontitis
Enfermedades hepáticas	Déficits nutricionales	Aumento de riesgo de caries
	Alteraciones de coagulación	Aumento de riesgo de infecciones (candidiasis)
VIH		Glositis, queilitis
		Depilación lingual
Patología psiquiátrica		Hemorragias
		Aumento de riesgo de infecciones
Patología psiquiátrica	Aumento de consumo de azúcar	Candidiasis, queilitis
	Aumento de consumo de tabaco	Leucoplasia vellosa
Patología psiquiátrica	Higiene oral mala	Periodontitis
	Fármacos que producen hiposialia	Síndrome de Kaposi (paladar)
Patología psiquiátrica		Aumento de riesgo de caries
		Aumento de infecciones

**Nota.** VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

saliva. Como consecuencia, aumenta el riesgo de caries.

- Los corticoides inhalados aumentan la incidencia de candidiasis y de úlceras orales.

### Diabetes

La afectación de la cavidad oral se manifiesta por la aparición de:

- Periodontitis, que guarda una estrecha relación con el grado de control metabólico de la enfermedad.
- Hiposialia secundaria a la poliuria y a la hiperplasia bilateral de parótidas.
- Como consecuencia de lo anterior, se observa una mayor prevalencia de caries y de infecciones orales, alveolitis seca, candidiasis, queilitis angular y glositis romboidal media, entre otras.
- Retraso en la cicatrización de las heridas.
- Relación con el liquen plano oral y con la aparición de lesiones liquenoides.

### Enfermedades hepáticas

En aquellas patologías generalmente infecciosas o relacionadas con el consumo crónico de alcohol que han desencadenado una cirrosis hepática, se pueden observar:

- Lesiones asociadas a defectos nutricionales secundarios a la ingesta de alcohol, como glositis, queilitis, depapilación lingual, debidos al déficit de folatos.
- Erupciones costrosas periorales, por déficit de cinc.
- Gingivitis y hemorragias.

### Virus de la inmunodeficiencia humana

Son muchos los cuadros clínicos orales clásicamente asociados a esta inmunodeficiencia, pero es la candidiasis oral en su forma atrófica o eritematosa la forma de presentación más frecuente.

Otras manifestaciones orales son:

- Queilitis angular, en pacientes dentados.
- Leucoplasia vellosa: caracterizada por la presencia en los bordes laterales de la lengua de unas pequeñas formaciones blancas, plegadas o filiformes, que asemejan pelos.
- Enfermedades periodontales, entre las que destaca la periodontitis severa, con destrucción rápida, generalizada e irregular del soporte periodontal; también puede observarse en estos pacientes la gingivitis y la periodontitis necrotizantes, así como el eritema gingival lineal.
- Sarcoma de Kaposi, cuyas lesiones se constatan preferentemente en el paladar.

- Linfoma no hodgkiniano.
- Aumento del tamaño parotídeo por una infiltración linfocitaria, que va a ocasionar una disminución de la secreción de saliva.
- Infecciones por el virus del herpes simple, virus de la varicela-zóster (con afectación de las ramas 2ª y 3ª del V par craneal) y por el virus del papiloma humano (responsable de la aparición de verrugas, papilomas, condilomas acuminados y de la hiperplasia multifocal epitelial).
- Infecciones bacterianas.

Los avances en el tratamiento de esta enfermedad han supuesto un cambio en estas manifestaciones orales. El perfil oral actual se caracteriza por la aparición de candidiasis eritematosa en la lengua y el paladar (ocasionalmente, pseudomembranosa), con leucoplasia vellosa, sin lesiones herpéticas y sin sarcoma de Kaposi. No debemos olvidar que en el síndrome de reconstitución inmunológica, se pueden presentar lesiones orales<sup>8</sup>.

### Patología psiquiátrica

Estos pacientes tienen un alto riesgo de caries y de enfermedad periodontal, debido a una ingesta considerable de hidratos de carbono refinados, un alto consumo de tabaco, una higiene oral deficiente y al tratamiento con fármacos que, con una elevada frecuencia, producen una disminución de la secreción salival.

Además, la medicación antipsicótica puede ser la responsable de la aparición de discinesias y distonía, que provocan movimientos involuntarios de la lengua y de la musculatura facial en estos pacientes<sup>9</sup>.

### Consumo de drogas de abuso

El impacto directo de estas sustancias sobre la salud oral es debido, entre otras causas, a la hiposialia/xerostomía, al aumento de la frecuencia de la ingesta de alimentos azucarados (posiblemente por activación de receptores opioides  $\mu$ , ocasionando cambios en el consumo de glucosa y en el control de la glucemia) y la asociación con el bruxismo que se describe en estos pacientes.

El estilo de vida de estos, la escasa importancia que le dan a la salud en general y a la salud oral en particular, así como la pobre higiene oral que suelen mantener, influyen de forma indirecta en la aparición de enfermedades en la boca.

### Tabaco y alcohol

Con un consumo muy elevado en la población reclusa, especialmente del tabaco, son importantes

factores de riesgo de toda la patología previamente descrita. Por sí mismos, especialmente cuando están asociados, aumentan exponencialmente el riesgo de cáncer.

## ENFERMEDADES ORALES

Como se puede observar, muchas de las patologías sistémicas anteriormente mencionadas van a intervenir en la patogenia de las dos enfermedades orales más prevalentes: la caries y la enfermedad periodontal. En la Tabla 2, quedan recogidos los valores de prevalencia de caries y del índice del número de dientes definitivos que están cariados (D), más los ausentes por caries (M) y los obturados (F) (DMFT, *decayed, missing, and filled teeth*) registrados en las distintas publicaciones revisadas.

Algunos estudios han puesto de manifiesto una mayor prevalencia de ambas patologías en los individuos privados de libertad respecto a la población general. Así, Cunningham *et al.*, en un trabajo publicado en 1985, compararon la prevalencia de patología bucodental de una población reclusa (99 varones, de 18-30 años) frente a un grupo de 101 varones de la misma edad, pero no reclusos. Encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos gru-

pos en cada uno de los componentes del DMFT con cifras de dientes cariados (3,0) y perdidos por caries (1,7) en el primer grupo muy superiores a las de la población no reclusa (0,8 y 0,6, respectivamente). Por el contrario, las cifras de dientes obturados fueron muy superiores en estos últimos (9,0 frente a 5,6)<sup>10</sup>.

Salive *et al.* realizaron un estudio de prevalencia en una prisión de Estados Unidos (EE. UU.), en 1989, con una muestra de 178 varones. Hallaron una media del índice DMFT de 10,5 en el grupo de edad de 18-29; de 17,1 en la franja de 30-44; y de 22,4 en reclusos por encima de los 44 años, cifras realmente muy elevadas, máxime al compararlas con la población general, la cual tenía menos dientes perdidos por caries y menos necesidades de tratamiento no cubiertas<sup>11</sup>.

Del mismo modo, en otro estudio hecho en EE. UU. y publicado en 2002, Heng y Morse constataron un índice de DMFT de 16,8 al analizar a un grupo de 500 mujeres internas en una prisión de Connecticut<sup>12</sup>.

Reddy *et al.* desarrollaron un trabajo en el que analizaron el estado de la salud oral y las necesidades de tratamiento entre la población de siete centros penitenciarios de la India, en una muestra constituida por 800 reclusos (722 varones y 78 mujeres). La prevalencia de caries fue del 92,5%, con un índice DMFT de 5,26; se observó una higiene oral deficiente en el 66,3% de los individuos, un 39,3% tenían un índice

Tabla 2. Valores observados de prevalencia de caries e índice DMFT.

Autor	Muestra	Prevalencia	DMFT	Observaciones
Cunningham	99 varones/101 control			D: 3,0/0,8; M: 1,7/0,6; F: 5,6/9
Salive	178 varones		10,5 en 18-29 años 17,1 en 30-44 años 22,4 en >44 años	
Heng	500 mujeres		16,8	
Reddy	722 varones + 78 mujeres	92,5%	5,26	
Balkrishna	534 varones + 39 mujeres	7%	5,40 ± 6,49	5,77 ± 6,188 en mujeres ( <i>p</i> = 0,002)
Kumar	532		7,18 ± 3,93	Aumenta con el tº en pr
Clare				Disminuye a partir de 3 años
Cavalcanti	127 varones		19,72 ± 6,29	El DMFT aumenta con la edad
Bukhari	82 varones/79 control			Comp. F: 1,46 ± 2,45 Comps. D y M muy superiores en reclusos
Soares	103 varones		17,17 ± 8,23	17,17 ± 8,23

**Nota.** Comp.: componente; DMFT: (índice del) número de dientes definitivos que están cariados (D), más los ausentes por caries (M) y los obturados (F); tº en pr.: tratamiento en prisión.



periodontal comunitario (CPI) de 2 (presencia de cálculo) y un 48,6% tenían un CPI de 3 o 4 (bolsas de 4-5 mm o más)<sup>13</sup>.

Cifras de prevalencia de caries menores fueron las aportadas por Balkrishna *et al.*, quienes, tras examinar a un total de 573 reclusos (534 varones y 39 mujeres), determinaron una prevalencia del 77%; en este caso, el índice DMFT fue similar al anterior,  $5,40 \pm 6,49$ , aunque observaron una puntuación media significativamente alta ( $p = 0,002$ ) en las mujeres ( $5,77 \pm 6,188$ ). Además, encontraron otra diferencia significativa cuando la puntuación media de este índice se comparó con el periodo de encarcelamiento, donde la puntuación media más alta fue  $6,97 \pm 7,69$  para 5-10 años<sup>14</sup>.

Una tendencia similar registró Kumar en un estudio realizado sobre una muestra de 532 personas privadas de libertad, que fueron agrupadas en función del tiempo de permanencia en prisión (menos de tres años, de tres a seis años, de seis a diez años). En este caso, con un DMFT medio de  $7,18 \pm 3,93$ , se observó que este índice iba aumentando desde un valor de  $6,34 \pm 4,04$  en el primer grupo hasta un  $8,03 \pm 3,78$  en el tercero<sup>15</sup>.

Por el contrario, Clare observó que se producía una disminución importante de la caries dental (46,3%) en aquellos individuos que sobrepasaban los tres años de permanencia en prisión, con un descenso en el índice DMFT del componente "D: cariado" de 6,7 a 3,6. Consideró que esto se debía a la obturación de dientes con caries, a la exodoncia de aquellos definitivamente irrecuperables y a la disponibilidad y accesibilidad a los servicios odontológicos dentro de la prisión<sup>16</sup>.

Cavalcanti *et al.*, por su parte, publicaron un trabajo realizado en Brasil tras analizar a 127 prisioneros varones. Registraron un índice DMFT de  $19,72 \pm 6,29$ , índice cuyo valor fue aumentando con la edad. El componente "D: cariado" supuso el peso mayor del índice, mientras que el componente "F: obturación" tenía un valor medio de  $1,46 \pm 2,45$ , lo que deja ver la escasa relevancia que tuvo la terapéutica conservadora recibida<sup>17</sup>.

Bukhari *et al.* compararon el índice DMFT y sus componentes entre un grupo de 82 reclusos varones de dos prisiones de Arabia Saudí con un grupo control constituido por 79 individuos de edad, género y nivel educativo similares. Observaron que los porcentajes de dientes cariados (componente D) (90,2%) o perdidos por caries (componente M) (80,5%) eran muy superiores en el grupo de estudio frente al grupo control (D: 57%; M: 60,8%). Por el contrario, el porcentaje de dientes obturados (componente F) era considerablemente inferior en el grupo de reclusos (31,7% frente a 50,60%)<sup>18</sup>.

Soares *et al.* realizaron un estudio en Portugal sobre una muestra de 103 personas privadas de libertad, varones, con una media de edad de  $41,58 \pm 8,94$  años. Constataron un índice DMFT de  $17,17 \pm 8,23$ , fundamentalmente a expensas de los dientes perdidos, mientras que la media de dientes obturados fue de  $1,86 \pm 2,48$ , lo que pone de manifiesto, también en esta ocasión, el reducido nivel de tratamiento recibido. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las lesiones de caries y el consumo de sustancias ilícitas. De los 96 pacientes que tenían dientes, el 41,7% padecía periodontitis y el 32,3% gingivitis, mientras que solo un 26% eran periodontalmente sanos, observándose, en este caso, una relación estadísticamente significativa con el consumo de tabaco<sup>19</sup>.

Akaji y Ashiwaju llevaron a cabo un estudio para determinar la salud oral de 230 internos (224 varones y 6 mujeres) en una cárcel de Nigeria. Entre sus resultados, cabe destacar que solo el 5,2% de los participantes tenían un CPI = 0, mientras que el 94,8% tenían algún grado de afectación periodontal, de menor grado entre aquellos que mantenían unas medidas de higiene oral correctas<sup>20</sup>. En esta misma línea, Vainionpää *et al.*, en un trabajo sobre 100 sujetos de un centro penitenciario de Finlandia, constató que el 93% de los mismos tenían un CPI de 2 o más<sup>21</sup>.

Como puede observarse, la enfermedad periodontal constituye un problema generalizado entre las personas privadas de libertad, especialmente en aquellas con historial de consumo de drogas de abuso, que presentan unas cifras más altas de periodontitis<sup>22</sup>.

Respecto a las enfermedades de la mucosa, Reddy *et al.*, en su estudio, constataron que un 20,5% de los internos presentaban lesiones de la mucosa oral: fibrosis oral submucosa (9,9%), úlceras (9,9%) y leucoplasia (1,1%)<sup>13</sup>.

Por su parte, Kondratyev, al estudiar una muestra de 305 internos (175 varones y 130 mujeres), observó una prevalencia de mucosa mordisqueada de 53,1%, leucoqueratosis nicotínica del paladar de 28,8%, leucoplasia en el 8,2%, lesiones hiperplásicas en el 6,8% de los casos, mientras que la patología lingual y las candidiasis supusieron el 21,9 y el 4,9%, respectivamente. Debemos destacar que una buena parte de estas patologías tienen como factor etiológico fundamental el consumo de tabaco<sup>23</sup>.

Rawlani *et al.*, en la India, llevaron a cabo un estudio de prevalencia de lesiones premalignas de la mucosa oral. Registraron unas cifras promedio de 34,28%, con un 25,43% de los reclusos diagnosticados de fibrosis oral submucosa y un 7,422% con leucoplasia. Consideraron, al igual que otros autores, que estos elevados valores de lesiones orales podían ser

atribuidos al consumo de tabaco, aunque, en este caso, también de la nuez de betel, muy típica en este país<sup>24</sup>.

## NECESIDADES DE TRATAMIENTO

Son muchos los retos respecto a la prestación de servicios odontológicos en el medio penitenciario. Esto puede deberse a distintas causas: a la actitud negativa de muchas personas privadas de libertad hacia la salud y el cuidado dentales, a la falta de recursos disponibles de atención dental dentro de la prisión o a las dificultades de acceso a los servicios odontológicos externos.

Atendiendo a los datos sobre distintos factores de riesgo de la patología crónica más prevalente que señaló Vera Remartínez<sup>2</sup> y la relación de esta con diferentes enfermedades orales, es fundamental invertir recursos, en primer lugar, en educación para la salud en el ámbito penitenciario: el recluso debe conocer que el control de esos factores de riesgo va a beneficiar no solo a su salud general, sino también a su salud oral. En este sentido, y en segundo lugar, se hace necesario implementar medidas de prevención, corrección o supresión de estos factores, para lo cual es preciso:

- Potenciar medidas para abandonar el hábito tabáquico y el consumo de drogas de abuso.
- Elaborar protocolos y programas nutricionales, que no serían difíciles de desarrollar en prisión, que permitirían el control y la reducción del sobrepeso y la obesidad.
- Facilitar la realización de ejercicio físico en el medio penitenciario.

Además, siendo conocedores de las repercusiones que esa patología general puede tener en la salud oral, se deberían poner en marcha programas de diagnóstico precoz de esas posibles consecuencias (prevención secundaria), con revisiones periódicas de la cavidad oral, incluyendo todas las estructuras de la misma. En este punto, adquiere especial relevancia la puesta en marcha de medidas preventivas propiamente dichas (prevención primaria) para evitar la aparición de dichas patologías. Para ello, resulta imprescindible:

- La potenciación de medidas de control de la placa bacteriana oral, mediante la enseñanza a los reclusos de una adecuada técnica de cepillado y de uso correcto de distintos aditamentos que contribuyen a mejorar la higiene oral (hilo dental, cepillos interdentales, irrigadores, etc.).
- Utilización de pastas dentífricas con un contenido óptimo de flúor (mínimo 1.450 ppm de flúor) tres veces al día.

- Utilización de quimioterápicos (clorhexidina, triclosán, etc.) que contribuyan al control de la patología periodontal.
- Consejo dietético y programas de control de dieta, con el objetivo de que los internos disminuyan la cantidad y frecuencia del consumo de azúcares refinados, claves en la etiopatogenia de la caries dental.
- Utilización de flúor de aplicación profesional (geles y barnices) en aquellos casos en que sea requerido.

Respecto a las necesidades de tratamiento, como se ha señalado previamente en distintos estudios, el valor del componente “F: obturado” del índice DMFT es mucho más bajo entre los reclusos que entre la población general, lo que indica una escasa atención odontológica, al igual que ocurre con la patología periodontal.

Reddy encontró que el 57,1% de los internos habían perdido uno o más dientes por la falta de servicios dentales. Con una prevalencia de caries del 92,5% y un DMFT de 5,26, el 97,4% de los sujetos requerían unas correctas instrucciones de higiene oral; el 87,6% necesitaban obturaciones; el 59,2%, tratamiento pulpar; el 62,1%, extracción de algún diente; y un 32,2%, reposición de dientes perdidos mediante prótesis<sup>13</sup>.

Korkosz *et al.*, realizaron un estudio retrospectivo sobre las necesidades de tratamiento odontológico de un grupo de 86 reclusos frente a un grupo control constituido por 106 varones que vivían en condiciones de libertad. Constataron que la necesidad de tratamiento endodóntico era significativamente superior en el grupo de estudio, y que el tratamiento endodóntico realizado era significativamente menos frecuente (19 individuos frente a 54) entre los reclusos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la calidad del tratamiento de conductos realizado, ni tampoco en lo que respecta a la presencia de cambios periapicales ni de síntomas relacionados con un fracaso del tratamiento<sup>25</sup>.

Como se ha mencionado anteriormente, Vainionpää *et al.*, tras examinar a una muestra constituida por 100 internos (89 varones y 11 mujeres) determinaron un CPI de 2 o más en el 93% de los individuos, de manera que un 67,7% de los menores de 30 años presentaban cálculo y, por tanto, requerían una tartrectomía, mientras que el 29,4% (con un CPI de 3 o 4) eran susceptibles de someterse a tratamiento periodontal. En los mayores de 30 años, el 49,9% tenían cálculo que debería ser eliminado mediante tartrectomía, mientras que un 34,4% precisarían tratamiento periodontal<sup>21</sup>.

Kumar valoró la necesidad de tratamiento protésico en su muestra de 532 reclusos. En la arcada superior o maxilar, el 11,3% requerían una corona unitaria; el 6,2%, varias coronas o una prótesis fija de varias unidades; el 1,3%, prótesis mixta; y un 0,6%, una prótesis completa. En la arcada inferior o mandibular, el 12,2% precisaban una corona unitaria; el 7,5%, varias coronas o una prótesis fija; el 2,3%, la combinación de una corona y una prótesis fija; y un 0,8%, una prótesis completa inferior<sup>1</sup>.

## CONCLUSIONES

La importante repercusión de la patología crónica en la salud oral y la elevada prevalencia de enfermedades bucodentales relacionadas con esta hacen necesaria la puesta en marcha de una serie de intervenciones que deben tener como objetivo la mejora de la atención de las personas privadas de libertad:

- Es fundamental la realización de actividades preventivas dirigidas a la población reclusa, así como el desarrollo de programas para el diagnóstico precoz de las distintas enfermedades orales.
- Estas actuaciones preventivas deben incluir, en primer lugar, educación para la salud, fundamental para que los internos adquieran consciencia de la misma y del papel que ellos pueden jugar en su mejora mediante la adquisición de hábitos saludables.
- El desarrollo de programas de diagnóstico precoz es de gran relevancia para intentar minimizar el deterioro odontológico y, por consiguiente, disminuir los requerimientos de tratamiento.
- Es necesario establecer un control de esas actividades preventivas y diagnósticas, con el objetivo de conocer las necesidades reales de tratamiento de la población reclusa. De esta manera, las autoridades responsables tendrán una información que será el punto de partida de distintas estrategias de mejora de la salud oral en el medio penitenciario.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

## CORRESPONDENCIA

Ana Isabel Martínez-Díaz-Canel  
E-mail: martinezana@uniovi.es

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
2. Vera EJ, Borraz JR, Domínguez JA, Mora LM, Casado SV, González JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en la población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014;16(2):38-47.
3. Wright NMJ, Hearty P, Allgar V. Prison primary care and non-communicable diseases: a data-linkage survey of prevalence and associated risk factors. *BJGP Open.* 2019;3(2):bjgpopen19X101643. doi: 10.3399/bjgpopen19X101643.
4. Manna S, Tripathy S, Sah RK, Padhi BK, Kaur S, Nowrouzi-Kia B, et al. The burden of Non-Communicable Diseases (NCDs) among Prisoners in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare.* 2022;10(10):2046. <https://doi.org/10.3390/healthcare10102046>
5. Bautista-Arredondo S, González A, Servan-Mori E, Beynon F, Juárez-Figueroa L, Conde-Glez CJ, et al. A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. *PLoS One.* 2015;10(7):e0131718. doi: 10.1371/journal.pone.0131718
6. Placeres AF, De Almeida Soares D, Delpino FM, Moura HSD, Scholze AR, Dos Santos MS, et al. Epidemiology of TB in prisoners: a metanalysis of the prevalence of active and latent TB. *BMC Infect Dis.* 2023;23(1):20. doi: 10.1186/s12879-022-07961-8
7. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WMM, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (versión 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012;33(13):1635-701.
8. Ceballos Salobreña A, Gaitán Cepeda LA. Asistencia odontológica a pacientes con infección por VIH. En: Machuca Portillo G, Bullón Fernández P. *Tratamiento Odontológico en Pacientes Especiales.* 3ª ed. Madrid: Laboratorios Normon; 2013. p. 341-67.
9. Serrera Figallo MA, González Martín MI, Machuca Portillo G. Asistencia odontológica a pacientes psiquiátricos. En: Machuca Portillo G,



- Bullón Fernández P. Tratamiento Odontológico en Pacientes Especiales. 3ª ed. Madrid: Laboratorios Normon; 2013. p. 749-75.
10. Cunningham MA, Glenn RE, Field HM, Jakobsen JR. Dental disease prevalence in a prison population. *J Public Health Dent.* 1985;45:52. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1985.tb03845.x>
  11. Salive ME, Carolla JM, Brewer TF. Dental health of male inmates in a state prison system. *J Public Health Dent.* 1989;49(2):83-6. doi: 10.1111/j.1752-7325.1989.tb02031.x
  12. Heng CK, Douglas EM. Dental caries experience of female inmates. *J Public Health Dent.* 2002;62(1):57-61. doi: 10.1111/j.1752-7325.2002.tb03422.x
  13. Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned in central jails of Karnataka, India. *Int Dent J.* 2012;62(1):27-32.
  14. Balkrishna A, Singh K, Sharma A, Parkar SM, Oberoi G. Salud bucodental de los reclusos del Centro Penitenciario del Distrito de Haridwar, Uttarakhand, India. Un estudio transversal. *Rev Esp Sanid Penit.* 2022;24(2):43-9.
  15. Kumar P, Kumar P, Tiwari A, Patel M, Gadkari SN, Sao D, et al. *Cureus.* 2022;14(7):e27511. doi: 10.7759/cureus.27511.
  16. Clare JH. Dental health status, unmet needs and utilization of services in a cohort of adult felons at admission and after 3 years incarceration. *J Correct Health Care.* 2002;9(1):65-76.
  17. Cavalcanti AL, Rodrigues IS, Silveira IT, De Oliveira TB, Pinto MS, Xavier AF, et al. Dental Caries Experience and Use of Dental Services among Brazilian Prisoners. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(12):12118-28; doi: 10.3390/ijerph111212118.
  18. Buckhari RMF, Al-Sulaimi AMH, Fadaak AH, Balhaddad AA, Alkhalfan AMA, El Tantawi MMA, et al. Oral health amongst male inmates in Saudi prisons compared with that of a sample of general male population. *S Afr Dent J.* 2017;72(9):402-7. <http://dx.doi.org/10.17159/2519-0105/2017/v72no9a1>
  19. Soares M, Gonçalves M, Rompante P, Salazar F, Monteiro L, Pacheco JJ, et al. Assessment of Oral Health Status in a Prison Population in Northern Portugal. *J Clin Exp Dent.* 2023;15(11):e912-9. doi: 10.4317/jced.60551.
  20. Akaji EA, Ashiwaju MO. Oral Health Status of Sample of Prisoners in Enguru: A Disadvantaged Population. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(4):650-53. doi: 10.4103/2141-9248.139365
  21. Vainionpää R, Peltokangas A, Leinonen J, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ Open.* 2017;3:17006. doi: 10.1038/bdjopen.2017.6
  22. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction.* 2017;112(5):765-79. doi: 10.1111/add.13754
  23. Kondratyev SA, Turkina AY, Franco A, Budina TV, Ovsienko AG. Prevalence of oral diseases and the assessment of the simplified oral hygiene, Decayed-Missing-Filling and Community Periodontal Indices among inmates of the Russian Federation. *Biosci J.* 2019;35(2):666-73.
  24. Rawlani SM, Roshani C, Sudhir R, Varsha R, Ratnamala G, Shashwati C. Oral health status and prevalence of premalignant lesions in prisoners of Central Jail of Amravati, Maharashtra, India. *Ind J Canc.* 2019;56(3):280-1. doi: 10.4103/ijc.IJC\_520\_18
  25. Korkosz R, Trzcionka A, Maczkowiak D, Kielbratowski M, Kuska-Kielbratowska A, Rahnama M, et al. Dental Treatment Needs of Male Inmates in Relation to the Analysis of Medical Databases. *J Clin Med.* 2024;13(3):858. <https://doi.org/10.3390/jcm13030858>