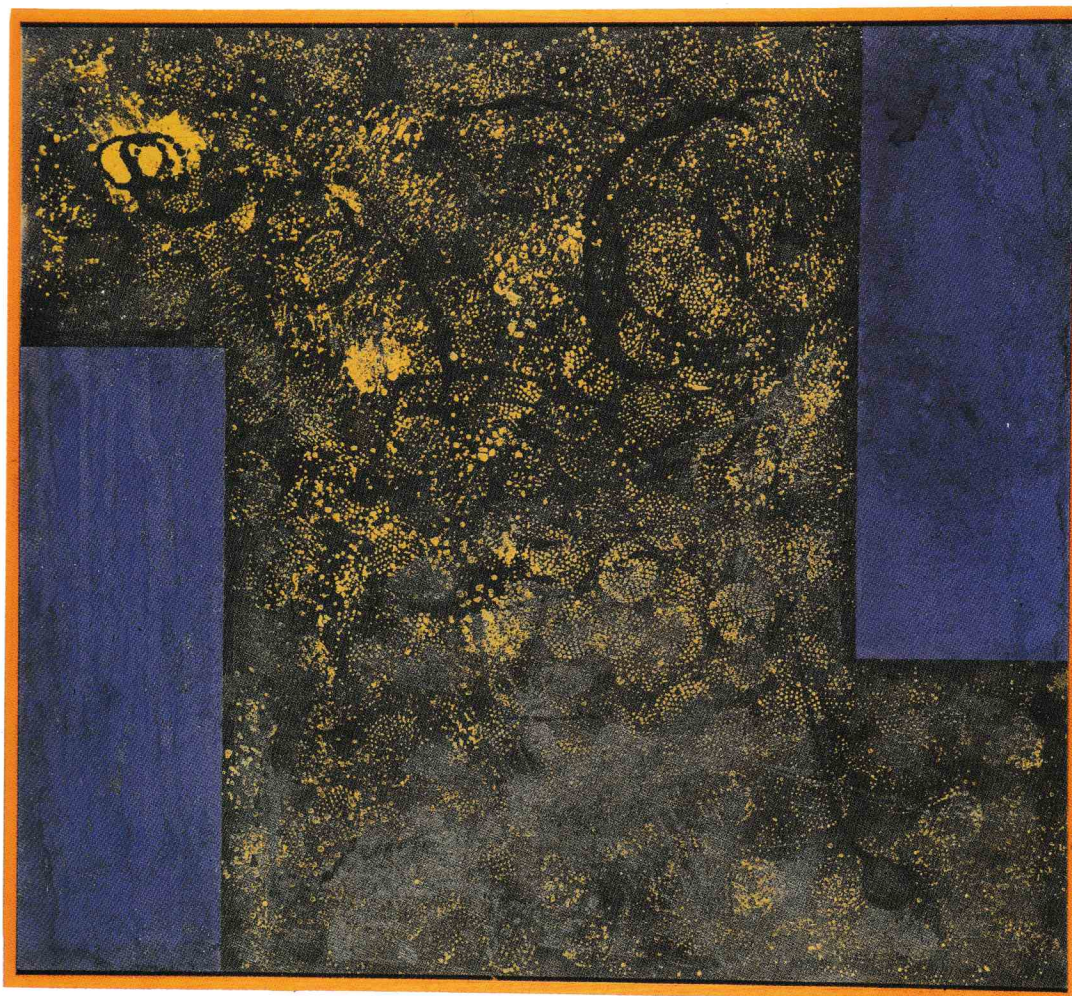


Revista Andaluza de Odontología y Estomatología



**BASES FILOSÓFICAS DE UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA.
SU UTILIZACIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA**

**PLANIFICACION SANITARIA DENTAL COMO ESTRATEGIA
DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DE ANDALUCÍA:
INCORPORACIÓN DE NUEVOS PROFESIONALES**

**MOTIVOS DE CONSULTA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA CONSULTA
DE ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Publicación del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Málaga

PLANIFICACION SANITARIA DENTAL COMO ESTRATEGIA DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DE ANDALUCIA: INCORPORACION DE NUEVOS PROFESIONALES

AUTOR

Luis Corpas Pastor
Odontólogo

Consuelo Ruiz León
Higienista Dental

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
DISTRITO SANITARIO DE ANTEQUERA
MÁLAGA

Correspondencia:
C/ Armengual de la Mota 13 3B
29007 Málaga
Tel. 952615811

RESUMEN

La salud bucodental ha sido siempre la parte de la salud más ignorada u olvidada. Sin embargo, a partir de los acuerdos del Consejo Interterritorial de Salud, se han venido implantando programas de salud bucodental infantil en diversas comunidades autónomas, Andalucía entre ellas. Históricamente, en Andalucía hemos arrastrado una situación deficiente, que parece no haber mejorado al ritmo que lo ha

hecho en otras comunidades como Cataluña o el País Vasco. El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del Plan Andaluz de Salud Bucodental y sugerir la incorporación de profesionales como los higienistas dentales que pueden servir de gran ayuda en las tareas de control y prevención de todo tipo de enfermedades dentales.

PALABRAS CLAVE:

Salud Bucodental, Epidemiología, Política Sanitaria Dental, Odontología, Higiene Dental.

1. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental ha sido siempre la parte de la salud más ignorada u olvidada. Sin embargo, a partir de los acuerdos del Consejo Interterritorial de Salud (1-3), se han venido implantando programas de salud bucodental infantil en diversas comunidades autónomas, como el caso de Cataluña, País Vasco, Navarra o Cantabria, por nombrar algunos.

Históricamente, en Andalucía hemos arrastrado una situación deficiente, que parece no haber mejorado al ritmo que lo ha hecho en otras comunidades como Cataluña o el País Vasco.

Un higienista dental puede servir de gran ayuda en las tareas de control y prevención de todo tipo de enfermedades dentales. Sus indicaciones y la supervisión sobre tratamientos de higiene en pacientes son muy importantes.

La información que puede aportar un higienista ayudará a prevenir enfermedades bucodentales y a tratarlas contribuyendo de este modo a mejorar la salud dental de la población. Su

importancia en este programa sirve para reforzar y mejorar el programa preventivo de salud a nivel comunitario.

El propósito de este trabajo es evaluar la evolución que han tenido los índices de salud bucodental infantil en esta comunidad y compararlos con los índices nacionales y particulares de otras Comunidades Autónomas, con el objetivo de señalar la importancia radical que tiene la figura del higienista dental en la estructura de un programa de salud bucodental.

2. SALUD BUCODENTAL EN ANDALUCÍA

El Programa Andaluz de Salud Bucodental es pionero en España y se adelantó acertadamente a las recomendaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (1, 2) porque está diseñado para dar cobertura progresivamente a la población infantil entre 6 a 14 años y entre sus estrategias tiene actividades de promoción, medidas de protección (flúor tópico y sistémico) y cuidados dentales específicos (como los selladores de fisuras) (2).

En 1.986, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha el Programa de Salud Bucodental en el que se fijaron las siguientes líneas de actuación (4):

- La fluoración de las aguas de abastecimiento público (en poblaciones de más de 50.000 habitantes).
- Ampliar las prestaciones en materia de salud dental, empezando por los escolares y priorizando medidas preventivas para disminuir la caries.
- Establecer un programa de educación para la salud bucodental con especial incidencia en los centros educativos.
- Realizar estudios epidemiológicos para conocer la salud oral de los andaluces.

Según la propia Consejería de Salud (4), se había logrado a finales de 1999 cumplir en parte algunos de estos objetivos. Sin embargo, se ha detectado entre los años 1985 y 1995 un empeoramiento de los niveles de higiene oral. En cuanto a prevalencia de caries (5), la Consejería expone que el objetivo 80 (que para el año 2000, el 80% de los niños andaluces menores de 7 años estuviera libre de caries) se cumplirá según lo formulado para el año 2000, indicando que la prevalencia de caries "en dentición permanente, se sitúa en el 20.4% ". En cuanto al objetivo 81 (6) -que para el año 2000 el índice CAO-D a los 12 años de edad fuera menor o igual a tres- "puede considerarse cumplido", según la Consejería (4).

En Andalucía se han promulgado decretos sobre fluoración de las aguas de abastecimiento público (7) que fueron pioneros en España. Se elaboraron materiales formativos, divulgativos y de apoyo a las actividades de educación en salud bucodental (guías, folletos, carteles, kits de higiene dental) (8,9) y se pusieron en marcha algunas plantas de fluoración (TABLA 1), al tiempo que se equipó y se puso en marcha nuevas consultas de odonto-estomatología en centros de salud, además de mejorar el equipamiento de las consultas de odonto-estomatología (4).

Sin embargo, los datos epidemiológicos más completos de los que se dispone, sobre la prevalencia de enfermedades bucodentales en escolares andaluces (10), indican la necesidad de revisar al completo la filosofía que inspira el programa andaluz de salud bucodental. Por cuanto a los 7 años hay un índice "cao" promedio de 2,00 (predominando el componente "c" de 1,78); con un 53 % de niños de 7 años con caries en su dentición temporal y para dentición permanente, un promedio de 0,39 de índice CAO y el componente "C" de 0,33. El índice CAO, que crece con la edad, está en 2,69 a los 12 años y 3,95 a los 14 años y a esta última edad, más de un 80 % de los niños presenta caries en su dentición permanente (10).

En la actualidad, parece no haber mejorías significativas en cuanto a prevalencia de caries. En un estudio reciente realizado en 1999, alrededor de la mitad de los niños del distrito sanitario de Antequera (47-53%) tenía también caries en la dentición temporal (11,12).

El II Plan Andaluz de Salud para el periodo 1998-2002, propugna como objetivos para el año 2002 conseguir que el 90% de los niños de 7 años esté libre de caries en dentición permanente (13); que el 75% de los niños de 7 años esté libre de caries en su

dentición primaria (14) y que el CAO-D a los 12 años sea igual o menor de 2 (15) y por fin, que el 80% de los niños de 14 años estén libres de problemas de encías y que el 90% de los escolares de 7 a 14 años estén cubiertos por el programa de Salud Bucodental (16).

Diversos estudios epidemiológicos sobre salud oral se han realizado en España desde que en 1969 se realizara el primero a nivel nacional (17) y en la literatura existe un interesante conjunto de trabajos dispersos (18-22). Algunos de estos trabajos evidencian un éxito franco en la reducción de los niveles de prevalencia de caries (21,22).

Los problemas actuales de salud oral en la población infantil andaluza, identificados por la propia Consejería, son: niveles moderados de caries con tendencia decreciente en el tiempo, hábitos de higiene oral deficientes, prevalencia elevada de inflamación gingival, necesidad de reforzar los programas preventivos y de salud a nivel comunitario (4).

3. DISCUSIÓN

Definitivamente, algo está fallando en la aplicación del Programa de salud bucodental en Andalucía, puesto que entre los años 1985 y 1995 se ha observado un empeoramiento de los niveles de higiene oral. La propia Consejería (4) ha identificado los siguientes problemas de salud en relación con la salud bucodental:

- niveles moderados de caries con tendencia decreciente en el tiempo,
- hábitos de higiene oral deficientes,
- prevalencia elevada de inflamación gingival,
- necesidad de reforzar los programas preventivos y de salud a nivel comunitario.

Hasta 1997, la cobertura del PSBD andaluz llegaba sólo al 20 % de la población entre 6 y 14 años (23) y el Servicio Andaluz de Salud disponía tan sólo de ciento sesenta y ocho dentistas para atender las necesidades de toda la población andaluza, menos de un tercio de ellos a jornada completa (24). Pero, no podemos cargar toda la responsabilidad en esos 168 dentistas del SAS. Por lo que algo más debe estar fallando en la planificación de la salud pública oral en Andalucía.

Si tomamos el caso catalán como referencia, la comparación de la evolución histórica de los índices de caries en Andalucía y en Cataluña (21, 22), evidencia un éxito en Cataluña y un rotundo fracaso en Andalucía. Pues, partiendo de una situación similar a mediados de los ochenta (CAO-D a los 12 años de 2,98 en Cataluña y de 2,69 en Andalucía), se redujo el índice hasta 1,66 en Cataluña en 1991 y alcanzó en 1997 un CAO-D menor de 1 (0.90).

No sólo estamos peor, comparativamente hablando, en relación a los niveles de caries de hace treinta años (17), sino que el índice CAO-D a los 12 años se ha mantenido en torno a 2,7 en los últimos quince años (25,10) y todo ello, con una cobertura de



PSBD andaluz que llega sólo al 20% de los niños andaluces de 6 a 14 años (23) y con una prevalencia de enfermedad periodontal altísima (26,27). Sería necesario una profunda reforma en la salud pública andaluza que atendiera la salud bucodental con criterios científicos sanitarios: con un PSBD diseñado como sistema local de salud, adaptado a la población de cada ZBS, y con un nivel de compromiso alto por parte del odontólogo responsable del mismo ¡y sobre todo, con unos objetivos reales de salud bucodental!

Detengámonos un momento en el análisis de los objetivos del I Plan Andaluz de Salud (de 1993):

- "que para el año 2000, el 80% de los niños andaluces menores de 7 años estuviera libre de caries (5)"
- "que para el año 2000 el índice CAO-D a los 12 años de edad fuera menor o igual a 3 (6)"
- "que los escolares conocieran la importancia del cepillado dental" (28).

La prioridad de los PSBD debe estar centrada en educación en salud oral y promoción a través de programas comunitarios organizados (29). Hasta ahí de acuerdo, pero la implantación de estos programas se está haciendo demasiado despacio en Andalucía y la figura del higienista dental podría ser una pieza clave en el desarrollo del Programa; sobre todo para lograr los objetivos de educación en salud. Lamentablemente, hoy por hoy, estamos lejos de su inclusión. Insistimos en que el higienista dental es el profesional que se dedica al cuidado preventivo de la salud oral. Dentro del equipo dental, el higienista debe ser el responsable de proveer instrucción y servicios terapéuticos para prevenir enfermedades orales como la caries dental o las enfermedades propias de la encía.

Algunos autores han pronosticado que la salud oral será un importante componente de los objetivos nacionales de salud para el año 2000 (30). Nos causa sorpresa la formulación de objetivos sobre salud bucodental como los del Plan Andaluz de Salud de 1993 (que para el año 2000, el 80% de los niños andaluces menores de 7 años esté libre de caries y que el índice CAO-D a los 12 años sea menor o igual a 3), porque nos ha parecido sin sentido que se formulen unos objetivos cuando ya teníamos a los 7 años el 80% de niños con sus dientes permanentes sanos y el índice CAO-D a los 12 años ya era menor de 3, pues estaba en 2,69 (10) y lo estaba también hace 15 años, cuando éste índice era de 2,70 para la misma edad (25). Desde luego que para las autoridades sanitarias andaluzas no habrán existido dificultades en lograr unos objetivos cómodos cumplidos de antemano.

Los objetivos 45 y 47 (14,16) del Plan Andaluz de Salud para el periodo 1998-2002, parecen difíciles de lograr, pues el Servicio Andaluz de Salud carece de los entre 700 y 1000 odontólogos necesarios para cubrir con el Programa de Salud Bucodental a la población escolar (10) y el actual Programa Andaluz de Salud Bucodental carece, además de una fluoración sistémica en todo su territorio (TABLA 1), de una estrategia efectiva para captar los escolares e impedir la aparición de caries en dentición primaria en los niños de 7 años. Además, el diseño del programa que estamos evaluando en este trabajo adolece de algo que creemos fundamental: las actuaciones en salud pública

debe diseñarse con cobertura universalizada, aunque se integren paulatinamente cohortes progresivas hasta llegar a la universalización. Muchos factores contribuyen después al éxito de un programa de salud pública dental (31). Cada uno de ellos debe desarrollarse y ser constantemente cultivado para asegurar la continuidad y la mejora del programa.

El legislador andaluz debería ser un poco más riguroso a la hora de diseñar objetivos de salud, porque de ello depende directamente el resultado de cambio real en los niveles de salud. Tomemos el caso catalán como referencia: resulta cuando menos triste la comparación de la evolución histórica (TABLA 2) de los índices de caries en Andalucía y en Cataluña (21, 22), que partiendo de una situación similar a mediados de los ochenta (CAO-D a los 12 años de 2,98 en Cataluña y de 2,69 en Andalucía), se redujo el índice hasta 1,66 en Cataluña en 1991 y alcanzó en 1997 un CAO-D menor de 1 (0.90). Todo un ejemplo que en Andalucía, por unas razones o por otras, no se ha conseguido.

Sin embargo, pensamos que este PSBD andaluz adolece también de una verdadera implantación en los niveles educativos. La educación en salud oral es la clave que se asocia a menudo con la salud pública dental (29, 32-35). La educación y promoción enfocadas a la prevención primaria tienen más alta prioridad que la que enfoca la prevención secundaria o terciaria. Claro que sería necesario una profunda reforma en la salud pública andaluza que atendiera la salud bucodental con criterios científicos sanitarios: con un PSBD diseñado como sistema local de salud, adaptado a la población de cada ZBS, y con un nivel de compromiso alto por parte del odontólogo responsable del mismo ¡y sobre todo, con unos objetivos reales de salud bucodental!

Los objetivos del II Plan Andaluz de Salud para el periodo 1998-2002 (13-16), parecen difíciles de lograr, pues el Servicio Andaluz de Salud carece de los entre 700 y 1000 odontólogos necesarios para cubrir con el Programa de Salud Bucodental a la población escolar (10), y también de las higienistas dentales. El actual Programa Andaluz de Salud Bucodental carece, además de una fluoración sistémica en todo su territorio (TABLA 1) o de una mínima estrategia efectiva para captar los escolares e impedir la aparición de caries en dentición primaria en los niños de 7 años.

Además, el diseño del programa adolece de algo que creemos fundamental: las actuaciones en salud pública debe diseñarse con cobertura universalizada, aunque se integren paulatinamente cohortes progresivas hasta llegar a la universalización. ¿Dónde queda la salud bucodental en los mayores de 14 años? ¿Y en los menores de 7? ¿Y los ancianos?, ¿Y los pacientes especiales

4. CONCLUSIONES

Debe revisarse al completo el diseño del programa andaluz de salud bucodental (PSBD), incluyendo una dotación presupuestaria adecuada, si se quiere tener un programa efectivo.

La ausencia de higienistas en el organigrama del Servicio Andaluz de Salud puede contribuir a estos resultados negativos.

Los programas de salud bucodental en Andalucía han sido pioneros en el territorio nacional. Sin embargo, el resultado en términos de salud ha sido desastroso y las posibles causas son: mal desarrollo de estrategias, seguimiento o implantación.

Sería recomendable la participación del higienista dental en todo PSBD para lograr los objetivos propuestos a través de desarrollo sus funciones: prevenir las enfermedades bucodentales de las personas mediante la intervención directa de acuerdo a las normas de seguridad y calidad establecidas. Evaluar la salud de las personas a través de la de su boca y mediante actividades de vigilancia epidemiológica. Promover la salud general de éstas a través de la salud bucodental de las personas siempre bajo la supervisión del odontólogo. Realizar tareas de control y aplicar tratamientos de flúor.

En todo caso, debe producirse un cambio radical en la forma de prestación de servicios preventivos dentales a la población andaluza para que éstos sean accesibles y universales.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo 62 (9/05-10-88). Dirección General de Salud Pública. Madrid 1988.
- 2.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo 99 (14/19-07-89). Dirección General de Salud Pública. Madrid 1989.
- 3.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo 129. Dirección General de Salud Pública. Madrid 1990.
- 4.- <http://www.csalud.junta-andalucia.es/saand/prevpromsal/progsal/menueabucodental.htm>
- 5.- Objetivo 80. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1993.
- 6.- Objetivo 81. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1993.
- 7.- Decreto 32/85. Bol. Ofic. Junta. Andal. 1985. 14 Febrero de 1985.
- 8.- González Andrés VL. Salud Dental Infantil. Guía para los que se dedican a la enseñanza y al cuidado de los niños. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Atención Sanitaria. Sevilla 1991.
- 9.- Fundamentos de educación sanitaria dental. Health Education Council. 1985. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla 1990.
- 10.- Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Estudio Epidemiológico de Salud Dental en Escolares andaluces (1995). Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Salud. Informe de 1995.
- 11.- Corpas Pastor L, Zambrana Moral R, Frías Liria M. Ruiz León C. González Turrillo A. (2000). Evaluación inicial del programa andaluz de salud bucodental en la ZBS de Mollina (Málaga), 1999. Rev. And. Odontol Estomat. 10: 12-19.
- 12.- Corpas Pastor L, Zambrana Moral R, González Turrillo A, Frías Liria M. Ruiz León C. (2000). Primera implantación del Programa de Salud Bucodental en una ZBS rural del Distrito Sanitario de Antequera (Málaga). 1999. Arch. Odontostomatol. Prev. Comun. 16:183-190.
- 13.- Objetivo 44. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1998.
- 14.- Objetivo 45. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1998.
- 15.- Objetivo 46. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1998.
- 16.- Objetivo 47. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1998.
- 17.- Gimeno de Sande A, Sánchez B, Viñes J, Gómez E, Marino E (1971). Estudio Epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. Rev San Hig Pub. 45:361-433.
- 18.- Lozano Molina M, Ortiz Serrano A, De la Torre de la Torre J, Cabello Arroyo A., Gandul Merchan R (1993). Encuesta en escolares de 1º de E.G.B. sobre maloclusiones/caries en la provincia de Córdoba, año 1992. Rev. Andaluza Odont. Estom. 3: 188-193.
- 19.- Suárez Blázquez A (1996). Primeros Molares permanentes en la población escolar de la zona norte de Almería. Rev. Andaluza Odont. Estom. 6: 31-34.
- 20.- Vigo Martínez M, Jiménez Lozano J, Velasco Ortega E, Bullón Fernández P (1998). La caries dental en una población de niños de 6 y 12 años. Su relación con el nivel sociocultural y la concentración de microorganismos cariogénicos. Rev. Andaluza Odont. Estom. 8: 24-32.
- 21.- Cuenca E. Casals E. Martínez Lizán I. Manau C. Salleras Ll (1997). Encuesta epidemiológica de caries entre los escolares de Cataluña, 1997. Arch. Odontostomat. Prev. Comun. Vol. 13 Supl. II. 765-72.
- 22.- Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña. Estudio de prevalencia de caries entre la población escolar de Catalunya. Informe preliminar. Barcelona, 1991. Cit. por Cuenca E, Manau C, Serra Majem Ll. et al. (1994). Consejos para la Prevención de las enfermedades bucodentales. Med. Clin (Barc) 102 Sup. 1: 132.
- 23.- Memoria 1997. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1998.
- 24.- Llodra Calvo JC. Estudios Epidemiológicos de Salud Bucodental. Resultados y controversias. Actas II Jornadas Andaluzas de Salud Oral en Atención Primaria. Sanlúcar de Barrameda. 1997.
- 25.- Estudio epidemiológico de salud dental en escolares andaluces, 1985. Dirección General de Atención Sanitaria. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Informe de 1991.
- 26.- Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España. Estudio Epidemiológico sobre las necesidades de atención bucodental en la población española. Rev Act Odontostomat Esp. 1995, número monográfico.
- 27.- Noguerol Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follano Murcia M. La salud bucodental en España. 1994. Ed. Avances Médico-Dentales S.L. Madrid 1995.
- 28.- Objetivo 78. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1993.
- 29.- Fernández Parra A, Fernández Pérez A (1993). Orientaciones desde una perspectiva psicológica para el diseño de programas de educación para la salud dental. Rev. Andaluza de Odontostom. 3: 241-9.
- 30.- Alderman J (1992). Dental lessons learned: communication works. J. Public Health Dent. 52: 168-9.
- 31.- Dudley GG (1990). What should dental Public Health be in the future? J. Public Health Dent. 50: 122-123.
- 32.- Mumma RD (1989). Health ecology and dental education. J.

- Public Health Dent. 49: 51-53.
- 33.- Wotman S (1991). Dental Public Health: New opportunities- new responsibilities. J. Public Health. 51: 103-107.
- 34.- Lang WP, Farghaly MM, Woolfolk MW, Ziemlekl TL, Faja BW (1991). Educating dentists about fissure sealants: effects

- on knowledge, attitudes, and use. J. Public Health Dent. 51: 164-169.
- 35.- Axelsson P, Lindhe J, Nyström B (1991). On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. J. Clin. Periodontol. 18: 182-189.

TABLAS

TABLA 1.

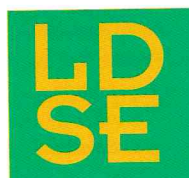
PLANTA DE FLUORACION	PUESTA EN MARCHA (AÑO)	POBLACION
Aljarafe (Sevilla)	1986	225.000
Córdoba (Capital)	1992	300.000
Córdoba (Pueblos Zona Norte)	1990	80.000
Linares (Jaén)	1990	60.000
Sevilla (Capital)	1991	1.200.000
Huelva (Capital)	1999	140.000

TABLA 1.- Plantas de fluoración de agua de abastecimiento público en funcionamiento en Andalucía (Febrero 1996). Elaboración propia. Fuente: Comunicación personal Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Huelva y Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección Gral. Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.

TABLA 2

	CAO-D ENCUESTA A	CAO-D ENCUESTA B
	(Cataluña, 1984) (Andalucía, 1985)	(Cataluña, 1997) (Andalucía, 1995)
Edad (años)	6(*) 12 14	6 (*) 12 14
ANDALUCIA	0,66 2,70 4,01	0,38 2,69 3,95
CATALUÑA	0,38 2,98 5,02	0,06 0,9 1,46

TABLA 2.- Comparación índices históricos de caries en dentición permanente (6-7, 12 y 14 años) en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Andalucía. Elaboración Propia. Fuente : Datos de las Consejerías de Salud de Andalucía (25, 10) y Cataluña (21, 22).



Laboratorio Dental

SANTA EUFEMIA

**IMPLANTES
VITA IN CERAM
(cerámica sin metal)
PROTESIS MIXTA
ESQUELETICOS**

Telf. 95 415 22 87 • Fax: 95 415 31 14, C.C. Santa Eufemia, 43 • 41940 TOMARES (Sevilla)