



AMA Journal of Ethics®

Enero de 2022, volumen 24, número 1: E19-26

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Por qué deberían los médicos de cabecera aprender a hacer exámenes bucales de rutina?

Jesse Feierabend-Peters, MD, PhD y Hugh Silk, MD, MPH

Resumen

La mayoría de las facultades de medicina y los programas de residencia de atención primaria no capacitan adecuadamente sobre exámenes bucales. A pesar de la existencia de un currículo nacional comprobado de salud bucodental para médicos profesionales, muchos estudiantes y graduados de medicina no cuentan con las herramientas para identificar cánceres de boca, hacer derivaciones apropiadas y evitar las innecesarias, o ayudar a los pacientes a que se enfoquen en la prevención de enfermedades bucales. El comentario sobre este caso apunta a la importancia de educar a los médicos para que promuevan y evalúen la salud bucodental de los pacientes y propone un currículo para la capacitación y un alcance razonable de esta.

La American Medical Association indica que esta actividad de EMC basada en publicaciones tendrá un máximo de 1 AMA PRA Category 1 Credit™ disponible mediante el AMA Ed Hub™. Los médicos deberán solicitar solo el crédito proporcional a su participación en la actividad.

Caso

El Dr. A examina a un nuevo paciente, NP, y, al examinar su boca, nota una masa de gran volumen en la línea media del paladar duro. El Dr. A deriva a NP para una consulta urgente con el Dr. O, un cirujano bucal. El Dr. O llama al Dr. A para explicarle que la masa en el paladar de NP es un torus palatino: una protuberancia ósea benigna normal.¹ El Dr. A siente vergüenza de no tener conocimiento de esto y recuerda que no le han enseñado a realizar un examen bucal correcto durante la residencia de medicina interna ni en la facultad de medicina.

Comentario

En los Estados Unidos, la atención primaria normalmente incluye a la medicina familiar, la medicina interna y la pediatría y, en conjunto, implica la responsabilidad de brindar una “atención integral a todos los pacientes con problemas no diferenciados... sin importar la edad, el género, la enfermedad o el aparato orgánico”.² La Organización Mundial de la Salud expande esta definición de atención primaria para incluir tanto la atención integral de la persona durante toda su vida como todos los factores sociales, económicos y ambientales determinantes para la salud.³ Abordar la salud bucodental de los pacientes entra en este ámbito, en especial dada la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucales en los Estados Unidos,⁴ las probabilidades de que los problemas de salud bucodental exacerben una enfermedad sistémica^{5,6} y el hecho de que la carga y los resultados de las disparidades

en la salud bucodental se interrelacionan con otras inequidades sociales e impactan de manera desproporcionada a las comunidades vulnerables.⁴ Además, muchas personas en los Estados Unidos pueden consultar con un médico de cabecera (PCC, por sus siglas en inglés), pero **no con un dentista**, lo que hace que la interacción con su médico sea tal vez la única oportunidad que tienen de acceder a un examen bucal y a asesoría preventiva.

Para abordar las necesidades no satisfechas de salud bucodental, se debe implementar un sólido currículo de salud bucodental en la formación médica de grado y posgrado. Los currículos basados en evidencia existen y algunas facultades o programas tienen el compromiso de capacitar a los estudiantes para que ofrezcan atención médica integral. No obstante, hoy en día, en los Estados Unidos, las facultades de medicina no preparan adecuadamente a los PCC para que puedan abordar de manera rutinaria y con confianza las enfermedades y el bienestar bucal, a pesar de la evidencia clara de la carga que significa una enfermedad bucal no tratada.⁴ En una encuesta llevada a cabo entre directores de los programas de 195 residencias de medicina familiar, se expuso que la mayoría de los programas tenían solo de 0 a 3 horas de salud bucodental en el currículo.⁷ Otros estudios arrojaron resultados similares sobre la falta de un currículo que incluya la salud bucodental en facultades de medicina y programas de residencia pediátrica.^{8,9} En este artículo, argumentamos a favor de la importancia de educar a los médicos clínicos para que promuevan y evalúen la salud bucodental del paciente y proponemos un currículo para la formación y el alcance razonable de esta.

La carga de la salud bucodental

Las enfermedades bucales, si bien son en gran medida prevenibles, afectan a gran parte de la población de EE. UU. y se observa un impacto inconmensurable sobre las comunidades más pobres y de personas de color.⁴ En estas comunidades, hay mayores tasas de caries no tratadas, enfermedad periodontal y falta de piezas dentales.⁴ La salud bucodental deficiente contribuye a los resultados adversos socioeconómicos, psicológicos y de salud.⁴ Por ejemplo, la caries dental es la enfermedad infecciosa más prevalente del mundo,⁴ afecta al 90 % de los adultos entre 20 y 64 años en los Estados Unidos.¹⁰ Las caries no tratadas “causan dolor e infecciones locales, tienen implicancias sociales importantes, tales como tener que faltar a la escuela o no poder encontrar trabajo e incluso pueden llevar a la muerte”.¹¹ En los Estados Unidos, la caries es más prevalente entre personas de color y personas pobres: casi el doble de adultos afrodescendientes y mexicanos estadounidenses tienen caries no tratadas frente a los adultos blancos no latinos.¹²

De igual manera, casi la mitad de los adultos estadounidenses de más de 30 años tienen enfermedades periodontales,⁵ inflamación en la encía que se extiende hasta el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Este proceso inflamatorio crónico tiene importantes consecuencias, tales como empeorar la diabetes y la enfermedad cardíaca y contribuir a las complicaciones en los partos.^{5,6,13} A su vez, la diabetes no controlada puede afectar a la inflamación y la salud bucodental.¹⁴ De igual manera que con las caries, hay mayores tasas de enfermedades periodontales entre personas negras, hispanas y pobres en los Estados Unidos.¹²

Otro problema común de salud bucodental que contribuye a la morbilidad y mortalidad es la pérdida de piezas dentales. El edentulismo total antes de los 65 años se asocia con un riesgo 1.5 veces mayor de mortalidad por todas las causas.¹⁵ La raza y la condición socioeconómica también importan en este caso: los adultos estadounidenses afrodescendientes o mexicanos estadounidenses que tienen ingresos más bajos y apenas una educación secundaria tienen mayores tasas de edentulismo.¹⁶

Las lesiones bucales causadas por infecciones, enfermedades sistémicas y otros motivos son observadas por los PCC todas las semanas e incluso a diario. Puntualmente, los PCC deben ser conscientes del cáncer bucofaríngeo: aproximadamente 10,850 personas morirán de esta enfermedad en 2021 en los Estados Unidos.¹⁷ Mientras que la incidencia de cáncer bucofaríngeo es similar entre adultos afrodescendientes y blancos en los EE. UU., el promedio de supervivencia de cinco años para las personas negras es de alrededor del 30 % frente a más del 55 % para las personas blancas.¹⁷

Falta de formación

Si bien muchas enfermedades bucales comunes son prevenibles, muchas personas en los Estados Unidos tienen un acceso limitado a la atención médica bucal.¹⁸ Junto con los determinantes sociales de salud, que incluyen la pobreza, el racismo y los factores ambientales,¹⁹ existe un impedimento adicional para la atención médica bucal que comprende la falta de conocimiento, habilidades y formación entre los PCC.²⁰ Si no se capacita a los médicos para que puedan realizar un examen bucal como parte de un examen físico riguroso, no poseen el conocimiento para discernir entre distintas lesiones bucales y carecen de las habilidades para detectar lesiones asintomáticas, muchos pacientes nunca obtendrán la derivación apropiada para recibir atención médica definitiva a tiempo. La falta de formación en salud bucodental es particularmente problemática, ya que decenas de millones de estadounidenses no tienen acceso a un dentista por diversos motivos, como la falta de aproximadamente 10,000 dentistas.^{21,22} Los médicos como el Dr. A pueden ser el único médico al que accede el paciente y, sin embargo, muchos PCC no reciben capacitación en salud bucodental.

Qué se debe evitar

Los médicos de cabecera deben tener habilidades, conocimiento y formación adecuados para evitar el sobrediagnóstico, el subdiagnóstico y el tratamiento inadecuado de problemas bucales comunes.

Sobrediagnóstico. El caso es un ejemplo de sobrediagnóstico, que llevó a una derivación inadecuada para una afección benigna y un **gasto innecesario de recursos** para el paciente, el cirujano bucal y el sistema de atención médica. Si bien el cirujano bucal en este caso diagnosticó adecuadamente la lesión y no se produjo un daño directo al paciente (por ej., una intervención inapropiada o innecesaria), el caso no considera que, para algunos pacientes, asistir a consultas adicionales puede significar tener que pasar horas en un transporte público, perder parte de su ingreso u otras dificultades.

Subdiagnóstico. En la misma línea, el subdiagnóstico de las enfermedades bucales puede ocasionar peores consecuencias para la salud y un aumento de la morbilidad y mortalidad para los pacientes. Un ejemplo importante de un diagnóstico que “no se puede pasar por alto” es la leucoplasia bucal, una lesión premaligna que suele ser asintomática y con frecuencia se presenta con resultados sutiles de los exámenes.²³ Muchos cánceres y precánceres bucales no se pueden visualizar fácilmente sin un examen bucal apropiado que incluya guantes, buena iluminación y la manipulación de los labios y la lengua. Ya que la supervivencia de cinco años al cáncer bucal se relaciona con el estadio en el que se diagnostica, es vital que se detecte en su etapa inicial,²³ lo que pone de manifiesto la importancia de que los PCC lo diagnostiquen y aprendan a realizar biopsias bucales o deriven adecuadamente a los pacientes para que se les haga una biopsia.

Tratamiento. Los PCC también deberían tener el conocimiento de las enfermedades bucales que pueden tratar de manera independiente —tanto para asegurarse de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado como para evitar derivaciones innecesarias. Una lista no exhaustiva de estas afecciones incluye al liquen plano oral, el herpes labial, la estomatitis

aftosa recurrente y la candidiasis bucal, así como muchas enfermedades sistémicas con manifestaciones en la boca.^{24,25,26} Además, los PCC están en un lugar único desde el que pueden ofrecer consejos de salud bucodental preventiva sobre la importancia del cepillado y uso de hilo dental diarios y los beneficios de disminuir el consumo de tabaco y alcohol. Existen muchos otros aspectos de la prevención que se pueden aprender y abordar (por ej., el barniz de flúor para los niños, las conversaciones sobre seguridad del cuidado bucal con pacientes embarazadas), dependiendo de las leyes estatales sobre el alcance de las prácticas del PCC.

Los PCC también deben ser conscientes de las variantes anatómicas normales en la apariencia y la pigmentación de la lengua, los labios, las encías y la boca para evitar diagnósticos inapropiados, en especial al tratar pacientes con piel y mucosas más oscuras. Los médicos clínicos no reciben formación que incluya explícitamente a pacientes con piel más oscura, lo que potencialmente puede hacer que los sobrediagnósticos o subdiagnósticos sean más frecuentes.²⁷ La falta de capacitación se pone de manifiesto al considerar las disparidades raciales en la prevalencia y los resultados de las enfermedades bucales en los Estados Unidos.^{11,12} Los materiales de formación clínica deberían incluir casos con imágenes de personas con piel oscura y mucosa pigmentada. Una revisión reciente arrojó que solo del 4 % al 18 % de las imágenes en los manuales de dermatología incluyen a pieles oscuras, aunque las nuevas ediciones están agregando más imágenes.²⁸

Interpretar recomendaciones poco claras

Además de tener el conocimiento suficiente sobre las patologías bucales comunes y las variantes normales, los requisitos para evitar posibles errores por sobrediagnóstico, subdiagnóstico y tratamiento inadecuado incluyen ser competente en la realización de un examen consistente y riguroso de la boca, la cara y el cuello; poder distinguir entre resultados normales y anormales; y brindar un examen de cáncer bucal a los pacientes. Sin embargo, en el caso de las pruebas de detección de cáncer bucal, es complicado definir si se debe o no examinar al paciente según las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).

Las recomendaciones del USPSTF establecen que la “evidencia es insuficiente para determinar el balance entre los beneficios y los daños de las pruebas de detección de cáncer bucal en adultos asintomáticos por parte de los proveedores de atención primaria”.²⁹ Estas recomendaciones reconocen el consumo de tabaco y alcohol y una infección previa del virus del papiloma humano como factores de riesgo significativos para el cáncer bucal, pero no ofrecen lineamientos adicionales sobre los exámenes de detección en pacientes de alto riesgo.²⁹ Podrían sembrar dudas en los PCC respecto de cuándo y a quién se le debe realizar exámenes bucales de rutina.

Es posible que la declaración más esclarecedora en las recomendaciones del USPSTF sea que existe “evidencia insuficiente de que el examen de detección bucal detecte cáncer bucal”.²⁹ Si bien no se aborda en el informe del USPSTF, esta conclusión puede tener menos que ver con las limitaciones intrínsecas del examen bucal y más con los vacíos en la competencia del médico sobre el examen. (Resulta interesante que la evidencia de la formación y el interés de los profesionales y su capacidad de realizar exámenes de detección de rutina y detectar cánceres bucales es mixta^{30,31,32}). En última instancia, los PCC deberían recibir más horas de formación en la residencia sobre salud bucodental que las usuales 0 a 3 horas que reciben, tanto para que puedan interpretar las recomendaciones ambiguas del USPSTF y puedan realizar exámenes bucales excelentes, como para que puedan abordar de manera más eficiente las necesidades de salud bucodental y sistémica de sus pacientes. Afortunadamente, ya existen modelos que pueden ayudar a guiar esta formación en salud bucodental.

Formación para médicos de cabecera

Se han establecido competencias nucleares claras y actividades profesionales confiables (APROC) de salud bucodental para los estudiantes de medicina y residentes de atención primaria.³³ Hay siete APROC relevantes para la práctica clínica, como la evaluación del riesgo, el examen apropiado de la cavidad bucal, la documentación, la educación del paciente y las derivaciones dentales. Satisfacer las necesidades de salud bucodental de los pacientes en los Estados Unidos requiere que las organizaciones académicas nacionales (como el Consejo Estadounidense de Acreditación para la Educación Médica de Graduados, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina, la Academia Americana de Medicina Oral, la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar, la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad de Medicina General Interna) abracen estos lineamientos y los vinculen a los requisitos educativos para asegurarse de que los estudiantes alcancen la competencia en el conocimiento, las habilidades y las actitudes de la salud bucodental.

También existen currículos nacionales de salud bucodental dirigidos a profesionales de la salud, incluyendo a Smiles for Life (SFL), que tiene módulos y casos en línea y una app para descargar.³⁴ Los módulos de SFL alcanzan el ciclo de la vida e incluyen la Salud Bucodental del Adulto,²⁶ El Examen Bucal³⁵ y La Salud Bucodental de Personas Mayores.³⁶ El currículo de SFL ha demostrado mejorar la práctica clínica, particularmente al iniciar **evaluaciones de riesgo de caries y aplicaciones de barniz de flúor**.³⁷ Otros recursos clínicos (por ej., DynaMed®, UpToDate®) han reconocido la importancia de la salud bucodental y tienen secciones integrales que pueden ser herramientas útiles de puntos de atención para los médicos.^{38,39}

Conclusión

Las consecuencias de las enfermedades bucales no tratadas son graves para los pacientes, esto incluye daños tanto psicológicos como al bienestar financiero y un aumento de la morbilidad y mortalidad. Las enfermedades bucales no tratadas también son un problema para la **equidad sanitaria**, ya que las comunidades de bajos ingresos y las personas de color enfrentan la carga de estas enfermedades de manera desigual. Por lo tanto, es poco ético no capacitar a los estudiantes de medicina y los residentes de atención primaria sobre la salud bucodental. Considérese esta como una posible continuación del caso.

Después de que el Dr. A derivara inadecuadamente a su paciente con un torus palatino asintomático a un cirujano bucal, reconoce las lagunas en su conocimiento, sus habilidades y su capacitación en salud bucodental. Como miembro del cuerpo docente de un programa de residencia en medicina interna, también reconoce que la capacitación de los residentes no incluye un programa de salud bucodental. En su afán de brindar una excepcional atención a los pacientes y capacitación a los residentes, el Dr. A se convierte en un portavoz de la educación en salud bucodental en su institución, completa el programa en línea de salud bucodental Smiles for Life (o uno similar) y lo convierte en un componente formal de la capacitación para residentes. También se asocia con dentistas, higienistas bucodentales y cirujanos bucales locales para brindar oportunidades clínicas prácticas para los residentes. Debido a los esfuerzos del Dr. A, él, sus estudiantes y sus colegas sienten más confianza al realizar exámenes bucales, diagnosticar lesiones bucales y brindar una atención de mejor calidad a sus pacientes.

Referencias

1. Bouchet J, Hervé G, Lescaille G, Descroix V, Guyon A. Palatal torus: etiology, clinical aspect, and therapeutic strategy. *J Oral Med Oral Surg*. 2019;25(2):18.
2. Phillips WR, Haynes DG. The domain of family practice: scope, role, and function. *Fam Med*. 2001;33(4):273-277.

3. World Health Organization. Health systems strengthening glossary. World Health Organization; January 2011. Accessed February 16, 2021.
https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
4. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-597.
5. Mealey BL. Periodontal disease and diabetes. A two-way street. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(suppl):26S-31S.
6. Janket SJ, Baird AE, Chuang SK, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003;95(5):559-569.
7. Silk H, Savageau JA, Sullivan K, Sawosik G, Wang M. An update of oral health curricula in US family medicine residency programs. *Fam Med*. 2018;50(6):437-443.
8. Simon L, Silk H, Savageau J, Sullivan K, Riedy C. Oral health training in osteopathic medical schools: results of a national survey. *J Am Osteopath Assoc*. 2018;118(7):463-471.
9. Dalal M, Savageau JA, Silk H, Isong I. Oral health training in pediatric residency programs: pediatric program directors' perspectives. *J Dent Educ*. 2019;83(6):630-637.
10. Dental caries among adults and older adults. Centers for Disease Control and Prevention. Reviewed June 28, 2019. Accessed February 15, 2021.
<https://www.cdc.gov/oralhealth/publications/OHSR-2019-dental-carries-adults.html>
11. Disparities in oral health. Centers for Disease Control and Prevention. Reviewed February 5, 2021. Accessed February 16th, 2021.
https://www.cdc.gov/oralhealth/oral_health_disparities/index.htm
12. Henshaw MM, Garcia RI, Weintraub JA. Oral health disparities across the life span. *Dent Clin North Am*. 2018;62(2):177-193.
13. Clothier B, Stringer M, Jeffcoat MK. Periodontal disease and pregnancy outcomes: exposure, risk and intervention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(3):451-466.
14. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*. 2012;55(1):21-31.
15. Brown DW. Complete edentulism prior to the age of 65 years is associated with all-cause mortality. *J Public Health Dent*. 2009;69(4):260-266.
16. Edentulism and tooth retention. Centers for Disease Control and Prevention. Reviewed September 10, 2019. Accessed September 22, 2021.
<https://www.cdc.gov/oralhealth/publications/OHSR-2019-edentulism-tooth-retention.html>
17. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2021. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(1):7-33.
18. US Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000. Accessed November 8, 2021.
<https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-10/hck1ocv.%40www.surgeon.fullrpt.pdf>
19. Tellez M, Zini A, Estupiñan-Day S. Social determinants and oral health: an update. *Curr Oral Health Rep*. 2014;1(3):148-152.
20. US Department of Health and Human Services. Integration of oral health and primary care practice. Health Resources and Services Administration; February 2014. Accessed February 16, 2021.
<https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/oralhealth/integrationoforalhealth.pdf>

21. Silver K. Oral health care for all: how teledentistry, integration and a focus on value can help close the gap. *Politico*. December 18, 2020. Accessed August 18, 2021. <https://www.politico.com/sponsored-content/2020/12/oral-health-care-for-all?cid=202011fc>
22. Rehan K. Demand for dentists: forecasting the future of the profession. Ontario Academy of General Dentistry. July 6, 2020. Accessed August 18, 2021. <https://www.agd.org/constituent/news/2020/07/06/demand-for-dentists-forecasting-the-future-of-the-profession>
23. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(4):195-215.
24. Lichen planus. Smiles for Life. Accessed August 23, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/topic/lichen-planus/>
25. Herpes labialis. Smiles for Life. Accessed August 23, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/topic/herpes-labialis/>
26. Module 3: adult oral health. Smiles for Life. Accessed August 23, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/powerpoint-slide-sorter-tool/download-slides-module-3-adult-oral-health/>
27. Louie P, Wilkes R. Representations of race and skin tone in medical textbook imagery. *Soc Sci Med*. 2018;202:38-42.
28. McFarling UL. Dermatology faces a reckoning: lack of darker skin in textbooks and journals harms care for patients of color. *Stat*. July 21, 2020. Accessed August 18, 2021. <https://www.statnews.com/2020/07/21/dermatology-faces-reckoning-lack-of-darker-skin-in-textbooks-journals-harms-patients-of-color/>
29. Final recommendation statement. Oral cancer: screening. US Preventive Services Task Force. November 15, 2013. Accessed February 18, 2021. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/oral-cancer-screening>
30. Aldossri M, Okoronkwo C, Dodd V, Manson H, Singhal S. Dentists' capacity to mitigate the burden of oral cancers in Ontario, Canada. *J Can Dent Assoc*. 2020;86:k2.
31. Holmes JD, Dierks EJ, Homer LD, Potter BE. Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(3):285-291.
32. Alonge O, Narendran S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. *Oral Dis*. 2003;9(1):41-45.
33. Goodell KH, Ticku S, Fazio SB, Riedy CA. Entrustable professional activities in oral health for primary care providers based on a scoping review. *J Dent Educ*. 2019;83(12):1370-1381.
34. Smiles for Life. Accessed August 23, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/>
35. The oral examination. Smiles for Life. Accessed August 23, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/courses/the-oral-examination/>
36. Module 8: geriatric oral health. Smiles for Life. Accessed August 23, 2021. <https://www.smilesforlifeoralhealth.org/powerpoint-slide-sorter-tool/download-slides-module-8-geriatric-oral-health/>
37. Clark M, Quinonez R, Bowser J, Silk H. Curriculum influence on interdisciplinary oral health education and practice. *J Public Health Dent*. 2017;77(3):272-282.
38. Oropharyngeal cancer. DynaMed. Updated December 4, 2018. Accessed June 18, 2021. <https://www.dynamed.com/condition/oropharyngeal-cancer>
39. Lodi G. Oral lesions. *UpToDate*®. Accessed September 22, 2021. <https://www.uptodate.com/contents/oral-lesions>

Jesse Feierabend-Peters, MD, PhD es un residente de primer año en el Lawrence Family Medicine Residency Program en Lawrence, Massachusetts. Sus intereses incluyen la equidad sanitaria, la atención primaria, el antirracismo y la atención a personas cuya salud se ve influenciada por sus experiencias con el sistema y las prácticas de la justicia.

Hugh Silk, MD, MPH es profesor de medicina familiar y salud comunitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts en Worcester, Massachusetts. Es cofundador del Centro para la Integración de la Atención Primaria y la Salud Bucodental, cofundador de Smiles for Life y exbeneficiario del Premio de Servicio Público de la Asociación Estadounidense Dental de Salud Pública.

Nota del editor

El caso al que responde este comentario fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(1):E19-26.

DOI

10.1001/amajethics.2022.19.

Información de conflictos de intereses

El Dr. Silk es cofundador de Smiles for Life. El Dr. Feierabend-Peters no tiene conflictos de intereses.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.