



Revista Killkana Salud y Bienestar. Vol. 9, No. 3, pp. VII - X, septiembre-diciembre, 2025.
p-ISSN 2528-8016 / e-ISSN 2588-0640. Universidad Católica de Cuenca

EDITORIAL

Hacia un modelo interdisciplinario en cirugía maxilofacial: Integración médico-odontológica para una atención integral

Towards an interdisciplinary model in maxillofacial surgery:
Medical-dental integration for comprehensive care

Andrés Santiago Quizhpi López *

Docente de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.
Especialista en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial, Brasil.
Especialista en Implantología Oral, Brasil.
andres.quizhpi@ucacue.edu.ec

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v9i3.1726

Introducción

La cirugía maxilofacial constituye un ámbito estratégico en el que la medicina y la odontología confluyen para abordar afecciones complejas como las anomalías dentofaciales, el dolor crónico y otros trastornos funcionales. En este contexto, la integración médica-odontológica se ha consolidado como un modelo colaborativo capaz de articular diversas competencias y brindar una atención más precisa, eficiente e integral al paciente¹.

Este modelo interdisciplinario ha demostrado beneficios significativos, como la mejora en la precisión diagnóstica, la personalización de los planes de tratamiento y la optimización de los resultados clínicos. La colaboración entre cirujanos orales, ortodoncistas, médicos de atención primaria y otros especialistas permite abordar los problemas de salud desde una perspectiva más completa, favoreciendo tanto la salud bucal como la salud general del paciente².

Sin embargo, esta integración enfrenta desafíos importantes. Persisten barreras estructurales, como la percepción de la salud bucal como un ámbito separado, la falta de coordinación institucional y la resistencia de algunos profesionales a modificar flujos de trabajo tradicionales. Estas dificultades subrayan la necesidad de promover políticas públicas, reformas educativas y modelos asistenciales que favorezcan un verdadero enfoque interdisciplinario en cirugía maxilofacial³.

Antecedentes históricos

La cirugía oral y maxilofacial ha evolucionado en estrecha relación con la colaboración interdisciplinaria entre medicina y odontología. Esta integración ha promovido que los profesionales odontológicos participen en la detección de enfermedades crónicas y desarrollen planes de atención que aborden la salud del paciente de manera integral. Sus raíces se encuentran en iniciativas de salud pública que reconocen la conexión esencial entre la salud bucodental y sistémica, lo que ha dado lugar a modelos y proyectos piloto orientados a fortalecer esta colaboración².

Beneficios del modelo interdisciplinario

El enfoque interdisciplinario en cirugía maxilofacial promueve la colaboración efectiva entre profesionales de la odontología, la medicina y otras áreas afines, permitiendo una atención clínica más integral. La integración de conocimientos mejora la comprensión diagnóstica, fomentando desde el campo odontológico hacia el área médica la integración del sistema estomatognático como otro pilar en el tratamiento de patologías relacionadas entre sí, como por ejemplo el reconocer los síntomas orales no solo de forma aislada, sino como posibles indicadores de problemas de salud más amplios, lo cual amplía el alcance del diagnóstico médico tradicional³.

Este modelo también favorece la elaboración de planes de tratamiento personalizados que responden de formas más eficiente a la complejidad clínica de cada caso. Por ejemplo, la integración de técnicas ortodóncicas y quirúrgicas en el tratamiento de las maloclusiones esqueléticas ha avanzado significativamente, permitiendo abordar eficazmente afecciones antes intratables⁴. Estas innovaciones demuestran el valor de la cooperación entre las diferentes disciplinas sanitarias, lo que se traduce en mejores resultados y mayor satisfacción para el paciente.

Otro beneficio importante es la generación de entornos clínicos innovadores donde el intercambio de metodologías y enfoques favorece la adopción de nuevas técnicas quirúrgicas o terapéuticas. Finalmente, el intercambio de conocimientos y experiencias fomenta una cultura de formación continua y perfeccionamiento de habilidades, lo que permite a los profesionales mantenerse a la vanguardia de sus respectivos campos³.

Desafíos y barreras para la integración

Pese a sus ventajas, la implementación de modelos interdisciplinarios enfrenta obstáculos relevantes. Entre las barreras más persistentes se encuentra la percepción histórica de que la salud bucal es un componente aislado de la salud general. Esta fragmentación conceptual ha limitado la colaboración efectiva entre odontólogos, médicos y otros profesionales de la salud, lo que conlleva una atención incoherente para los pacientes².

También existen barreras formativas, ya que muchos médicos de atención primaria no reciben capacitación específica para identificar o manejar adecuadamente problemas bucodentales y lo mismo ocurre en sentido inverso. Esta desconexión en la formación profesional limita las posibilidades de colaboración en la práctica clínica real⁵.

Una barrera crítica en los entornos clínicos es la necesidad de desarrollar redes de derivación entre clínicas donde antes no existían. Los clínicos a menudo expresan reticencia a modificar los flujos de trabajo existentes para incorporar tareas adicionales como pruebas de detección, derivaciones y educación, lo que puede generar resistencia a la implementación de iniciativas de integración. Esta resistencia se ve agravada por las limitaciones de tiempo, ya que los profesionales clínicos consideran que el poco tiempo que disponen con los pacientes no les permite asumir las responsabilidades adicionales asociadas a las pruebas de detección o las intervenciones educativas².

Direcciones futuras

La evolución del modelo interdisciplinario debe orientarse hacia una integración más estructurada y centrada en el paciente. Se prevé un papel cada vez más activo de los pacientes, lo que permitirá su participación como codiseñador de protocolos y metodologías de atención, en lugar de ser únicamente un receptor pasivo de cuidados⁶. Este enfoque busca que las estrategias de tratamiento se ajusten mejor a las necesidades, valores y expectativas de los pacientes, lo que podría traducirse en una mayor satisfacción y mejores resultados clínicos⁷.

Este modelo también aprovechará de forma creciente las competencias específicas de diversos profesionales de la salud, incluidos: periodoncistas, ortodoncistas, médicos, entre otros. Este enfoque colaborativo no solo mejora la integralidad de la atención, sino que también fomenta la innovación en las opciones de tratamiento permitiendo una atención más adaptada a las particularidades de cada paciente⁸.

A medida que las organizaciones de defensa de los pacientes adquieran mayor protagonismo, su rol en la formulación de políticas de salud se volverá más crucial. Se prevé que las futuras iniciativas de defensa se centren en promover reformas que mejoren la atención centrada en el paciente, aumenten la accesibilidad económica a la atención médica y fortalezcan los derechos de los pacientes⁹. Esto implicará colaborar activamente con los responsables políticos para garantizar que las opciones terapéuticas integrales estén disponibles para todas las personas, independientemente de su estatus socioeconómico⁴.

Por último, la consolidación de este modelo dependerá en gran medida del fortalecimiento de la educación interprofesional, tanto en la formación de grado como en programas de capacitación continua. Fomentar el aprendizaje compartido en los equipos clínicos será esencial para afrontar nuevos desafíos y mejorar las prácticas de atención al paciente. Solo mediante una cultura institucional orientada a la colaboración y centrada en el paciente será posible transformar la práctica clínica fragmentada en un modelo de atención integral y sostenible³.

Conclusión

La integración médica-odontológica en cirugía maxilofacial no puede seguir siendo un ideal postergado. Esta fragmentación asistencial compromete la calidad de la atención, limita la eficacia clínica y perpetúa inequidades en salud. Es imperativo que las instituciones formadoras y los sistemas de salud, tanto a nivel local como regional, asuman un rol activo en la implementación de modelos interdisciplinarios que reconozcan la salud bucal como parte inseparable de la salud general. Solo mediante políticas integradoras, educación colaborativa y compromiso institucional será posible superar las barreras estructurales y garantizar una atención verdaderamente integral.

Referencias Bibliográficas

1. CareQuest Institute for Oral Health. Medical-Dental Integration [Internet]. Boston (MA): CareQuest Institute for Oral Health. Available in: <https://www.carequest.org/topics/medical-dental-integration>
2. Linabarger M, Brown M, Patel N. A Pilot Study of Integration of Medical and Dental Care in 6 States. Prev Chronic Dis 2021;18:210027. Available in: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd18.210027>
3. Koyama S, Izumita K, Sato N, Tagaino R, Hatakeyama T, Shiraishi N, Yoda N, Igarashi K, Takahashi T, Sasaki K. Medical-Dental Collaboration and Interprofessional Training for Maxillofacial Diseases at Tohoku University Hospital. Tohoku J Exp Med. 2022;256(3):225-234. Available in: <https://doi.org/10.1620/tjem.256.225>
4. McNeil DW, Pereira DB, Ensz OS, Lukose K, Harrell G, Feller DB. Toward a Comprehensive Model of Medical-Dental-Behavioral Integration. JDR Clin Trans Res. 2024 Oct;9(1_suppl):23S-31S. Available in: <https://doi.org/10.1177/23800844241273836>
5. Jennes ME, Hey J, Bartzela TN, Mang de la Rosa MR. Esthetic and functional rehabilitation of severe facial asymmetry and dental attrition in a patient with hemifacial microsomia: an interdisciplinary treatment outcome. Quintessence Int. 2022 May 11;53(6):534-545. Available in: <https://doi.org/10.3290/j.qi.b2793257>
6. Galviz Tabares B, Mejía Barbosa JP, Rojas Ponte A, Orozco Fernández MF, Ruiz Valero CA. Assessment of Knowledge Levels Regarding Oral and Maxillofacial Surgery Among Health Care Professionals in Colombia. J Craniofac Surg. 2025 Aug 11. Available in: <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000011566>
7. Cactus Life Sciences. Shaping the future of patient advocacy: anticipating key trends and developments by 2030 [Internet]. Princeton (NJ): Cactus Life Sciences; 2023 [cited 2025 Dec 2]. Available in: <https://cactuslifesciences.com/shaping-the-future-of-patient-advocacy-anticipating-key-trends-and-developments-by-2030/>
8. Tringale M, Stephen G, Boylan AM, Heneghan C. Integrating patient values and preferences in healthcare: a systematic review of qualitative evidence. BMJ Open. 2022 Nov 18;12(11):e067268. Available in: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067268>
9. Vitzthum K, Singh N. Oral health integration case studies. Boston (MA): Health Care For All; 2017 Jun 12 [cited 2025 Dec 16]. Available in: https://hcfama.org/wp-content/uploads/2020/10/hcfa_oral_health_integration_case_studies_6.12.17_0.pdf

Recibido: 05 de agosto 2025 | **Aceptado:** 19 de septiembre 2025 | **Publicado:** 20 de octubre 2025