

**Tabla 1**  
Recomendaciones de los suplementos de flúor en función de la concentración de flúor en el agua de bebida, según distintos grupos y comités

| Edad             | Flúor agua <0,3 ppm |                      |         | Flúor agua 0,3-0,6 ppm |       |      | Flúor agua >0,6 ppm |       |      |
|------------------|---------------------|----------------------|---------|------------------------|-------|------|---------------------|-------|------|
|                  | ADA/AAP             | NCCPS                | EAPD    | ADA/AAP                | NCCPS | EAPD | ADA/AAP             | NCCPS | EAPD |
| 6 meses - 3 años | 0,25 mg             | 0,25 mg <sup>a</sup> | 0       | 0                      | 0     | 0    | 0                   | 0     | 0    |
| 3-6 años         | 0,50 mg             | 0,50 mg <sup>b</sup> | 0,25 mg | 0,25 mg                | 0     | 0    | 0                   | 0     | 0    |
| 6-16 años        | 1 mg                | 1 mg                 | 0,50 mg | 0,50 mg                | 0     | 0    | 0                   | 0     | 0    |

ADA/AAP: American Dental Association/American Academy of Pediatrics<sup>2,3</sup>; NCCPS: Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society<sup>4</sup>; EAPD: European Academy of Paediatric Dentistry<sup>5</sup>.

<sup>a</sup> 6 meses-2 años.

<sup>b</sup> 2-6 años.

Con estos datos, tanto el pediatra como el odontólogo pueden recomendar suplementos de flúor en función de la edad y el riesgo de caries dental. En 1995, la American Academy of Pediatrics<sup>2</sup> (tabla 1) los recomendaba desde los 6 meses hasta los 16 años de edad, pero en 2009 acordó administrarlos sólo a población con riesgo de caries dental<sup>3</sup>.

El comité de nutrición de la Canadian Society of Pediatrics<sup>4</sup> no indica suplementos de flúor para los menores que consumen agua con más de 0,3 mg/de flúor. Además, recomienda que sólo se administren si los menores no se cepillan los dientes dos veces al día (solos o tutorizados por sus padres). Finalmente, la European Academy of Paediatric Dentistry<sup>5</sup> aún es más restrictiva y propone emplear suplementos únicamente en los mayores de 2 años con riesgo de caries dental.

Por otro lado, las aguas de consumo público con un contenido inadecuado de flúor, >0,7 mg/l, pueden representar un riesgo añadido de fluorosis dental cuando se emplean para preparar las fórmulas de leche artificial para lactantes, por ser éste el periodo más susceptible para los gérmenes de los dientes permanentes. Las autoridades de salud pública deberían establecer la advertencia sobre la necesidad de evitar, para estos usos, todas las aguas que superen dicha concentración.

En resumen, en la mayoría de las poblaciones españolas estudiadas la concentración de flúor en el agua de consumo público es menor de 0,3 mg/l, por lo que pueden administrarse suplementos de flúor en los menores con riesgo de caries dental, aunque comprobando el posible uso combinado de otras formas sistémicas de flúor, evitando así el riesgo teórico de fluorosis dental.

### Contribuciones de autoría

I. Vitoria y J.M. Almerich han participado en la concepción y el diseño del estudio. F. Maraver ha realizado los análisis. Los tres firmantes han participado en igualdad de condiciones en la interpretación de los resultados y la redacción del artículo. Los tres autores han dado su conformidad a la versión final del trabajo y comparten la responsabilidad del artículo.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. The Daily Journal of the United States Government. Proposed HHS recommendation for fluoride concentration in drinking water for prevention of dental caries. (Consultado el 23/9/13.) Disponible en: <https://federalregister.gov/a/2011-637>.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Fluoride supplementation for children: interim policy recommendations. *Pediatrics*. 1995; 95:777.
3. American Academy of Pediatrics. Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics*. 2008;122:1387-94.
4. Nutrition Committee. Canadian Paediatric Society. The use of fluoride in infants and children. *Paediatr Child Health*. 2002;7:569-72.
5. European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10: 129-35.

Isidro Vitoria<sup>a,\*</sup>, Francisco Maraver<sup>b</sup> y José Manuel Almerich-Silla<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Nutrición y Metabolopatías,

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup> Escuela Profesional de Hidrología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Estomatología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vitoria.isi@gva.es](mailto:vitoria.isi@gva.es) (I. Vitoria).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.010>

### Tentativas suicidas en la provincia de Jaén (España)



### Suicide attempts in the province of Jaén (Spain)

Sra. Directora:

Los últimos datos publicados sobre muertes en España reflejan que el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte dentro de las causas externas, por encima de los accidentes de tráfico

(accidentes de tráfico, 2116 casos; suicidios, 3180 casos en 2011)<sup>1</sup>. En esta línea, cabe decir que existe una amplia investigación que muestra resultados diversos, e incluso contradictorios, respecto a los factores asociados al suicidio, que parecen venir determinados por la gran heterogeneidad de los factores biopsicosociales y epidemiológicos que afectan al suicidio<sup>2</sup>. En particular, la epidemiología de la tentativa suicida es importante por la variabilidad existente entre territorios de un mismo país<sup>3-6</sup>. De ahí que ofrecer datos de estas características de una provincia de España tenga especial relevancia sanitaria y clínica, por sus implicaciones respecto a las

**Tabla 1**

Tentativas de suicidio recogidas en dos hospitales comarcales de la provincia de Jaén durante 3 meses de 2012

|                           | N   | (%)     |
|---------------------------|-----|---------|
| <i>Sexo</i>               |     |         |
| Mujer                     | 261 | (65,25) |
| Hombre                    | 139 | (34,75) |
| <i>Edad</i>               |     |         |
| 14 a 23 años              | 65  | (16,25) |
| 24 a 33 años              | 80  | (20,00) |
| 34 a 43 años              | 109 | (27,25) |
| 44 a 53 años              | 87  | (21,75) |
| 54 a 63 años              | 31  | (7,75)  |
| 64 a 94 años              | 28  | (7,00)  |
| <i>Procedencia</i>        |     |         |
| Rural                     | 207 | (51,75) |
| Urbana                    | 193 | (48,25) |
| <i>Intentos repetidos</i> |     |         |
| 2 veces                   | 26  | (6,50)  |
| 3-5 veces                 | 9   | (2,25)  |
| 6 veces o más             | 3   | (0,75)  |
| <i>Total</i>              | 400 | (100)   |

políticas públicas de prevención del suicidio que pudiesen llevarse a cabo en dicha provincia, y también para ofrecer datos de comparación entre provincias y comunidades autónomas. El presente estudio consistió en la recogida de datos sociodemográficos y epidemiológicos, por profesionales sanitarios durante el año 2012 (3 meses), utilizando el sistema telemático DIRAYA con los siguientes criterios de inclusión: personas que habían realizado una tentativa suicida, entre el 1 de noviembre de 2009 y el 31 de diciembre de 2011, admitidas en los servicios de urgencias de dos hospitales comarcales de la provincia de Jaén. Los resultados obtenidos (tabla 1) muestran que sobre una población media de 280.987 habitantes, 400 (0,142%) personas realizaron una tentativa suicida. Más de la mitad (63,5%) de esas personas tenían entre 14 y 43 años, y no hay relación con el lugar de procedencia (rural o urbana). Además, 38 personas han presentado repetidas tentativas suicidas, por lo que según la literatura más abundante<sup>4,5</sup> podría ser que algunas de ellas hayan consumado el suicidio posteriormente.

Los datos de este estudio son coherentes con otros estudios nacionales sobre tentativas suicidas<sup>2</sup>, pero es difícil comparar los resultados obtenidos con los de otros lugares debido a, por un lado, la gran influencia de factores culturales y geográficos en las tentativas suicidas<sup>5,6</sup>, y por otro a la inexistencia de métodos de registro homogéneos para las tentativas sin resultado de muerte<sup>7</sup>. Sin embargo, ofrecer datos sobre un contexto determinado podría ayudar, entre otras cosas, a implementar protocolos de urgencias específicos. Uno de estos protocolos podría consistir en ofrecer a las personas con alto riesgo ayuda psicológica especializada, junto con algún mecanismo telemático (Internet, móvil, etc.) o de carácter electrónico (de aviso inmediato a familiares o personal de emergencias sanitarias) para su utilización en las fases iniciales de la ideación suicida. También podrían esclarecerse las causas más habituales por las que una persona, en un contexto determinado, decide realizar una tentativa de suicidio. De hecho, la crisis económica y sus consecuencias (desempleo y pérdida de poder adquisitivo) son un factor clave para el mantenimiento de las tasas de suicidio en los países denominados «del bienestar»<sup>7</sup> y para su incremento en aquellos en vías de desarrollo<sup>8</sup>. Esto ofrece pistas importantes para poner

en marcha estrategias de prevención eficaces sobre colectivos en riesgo.

### Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la concepción y el diseño del trabajo, la interpretación de los datos, la escritura de la carta y su revisión crítica con contribuciones intelectuales. Todos los autores han aprobado la versión final para su publicación.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

Por su colaboración y apoyo, se agradece a los gerentes del Hospital Neurotraumatológico de Jaén y del Hospital San Agustín de Linares (Jaén-España), a la Dra. M<sup>l</sup> Remedios Fernández-Amela y Herrera del Hospital Neurotraumatológico de Jaén (España), y a D. Manuel González Cabrera y Dña. M<sup>l</sup> Elena Ortúñez Fernández del Hospital San Agustín de Linares (Jaén-España).

### Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2011. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: evaluación y tratamiento. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011.
3. Tøllefsen IM, Hem E, Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012;12:9.
4. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ, et al. Preventing repetition of attempted suicide - II. The Amager project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2011;65:292-8.
5. Vázquez-Lima MJ, Álvarez-Rodríguez C, López-Rivadulla M, et al. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2012;24:121-5.
6. Mejías Y, García Caro MP, Schmidt J, et al. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34:431-41.
7. World Health Organization. European pact for mental health and well-being. EU high-level conference together for mental health and wellbeing. Brussels: 12-13 June 2008.
8. Piacheski de Abreu K, Dias da Silva MA, Kohlrausch E, et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev Eletrô de Efem*. 2010;12:195-200.

David Sánchez-Teruel\*, Ana García-León y José A. Muela-Martínez

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología, Universidad de Jaén, Jaén, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [dsteruel@ujaen.es](mailto:dsteruel@ujaen.es), [davidsante@hotmail.com](mailto:davidsante@hotmail.com) (D. Sánchez-Teruel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.007>