

GUÍAS DE ATENCIÓN PÚBLICA EN SALUD BUCAL

FLUORUROS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA PROFESIONAL

TOPICACIÓN CON FLÚOR FOSFATO ACIDULADO GEL 1,23%.

-La topicación debe ser supervisada por el odontólogo o por la persona que defina el equipo que este capacitada (agente de salud, promotores, asistentes dentales, médicos, etc).

-Buscar el horario adecuado para realizarlo.

- No contaminar el pico del tubo del flúor. Utilizar un baja lenguas o cualquier instrumento plástico para transportar el flúor del tubo al cepillo.

-Los diagnósticos de salud bucal y correspondiente registro en odontograma, deben realizarse en el consultorio odontológico y en presencia de un adulto responsable que propicie el inicio de un tratamiento, la continuación o seguimiento acorde a las necesidades.

-Registro de lo realizado, necesidades detectadas e implementación de mecanismos de seguimiento que debe ser incorporada a la historia clínica y formar parte de un instrumento más de priorización y de planificación de su población a cargo.

PROCEDIMIENTO:

-Definición de nivel de riesgo de cada niño

-Cepillado previo a la topicación.

-Topicación durante un minuto. (Puede realizarse con cepillo dental o cubeta).

-Salivar cuantas veces sea necesario hasta eliminar los restos de gel que puedan persistir en boca. No enjuagar con agua.

-No ingerir ningún alimento ni bebida durante los 30 minutos posteriores a la topicación

CONTRAINDICACIONES PARA TOPICACIONES CON FLUOR FOSFATO ACIDULADO

-Pacientes menores de 6 años

-Pacientes con discapacidad motora o mental **severa**.

BARNIZ FLUORADO

2 aplicaciones al año o 1 aplicación semanal durante tres semanas consecutivas, una vez al año.

No ingerir nada por 2 horas y la noche de la aplicación no cepillarse los dientes.

Mantenimiento: Fluor fosfato acidulado 1,23 % ph 3,5

1 aplicación cada 3 meses para pacientes de alto riesgo o cada 4 o 6 meses (mediano o bajo riesgo)

INDICACIONES

- Pacientes menores de 3 años con caries temprana.
- Piezas definitivas en erupción que aun no pueden sellarse.
- Lesiones incipientes proximales, como tratamiento de remineralización.
- Hipersensibilidad de cuellos dentarios

PROCEDIMIENTO

- Limpieza de la superficie
- Aislamiento relativo
- Secado de las superficie
- Aplicación del barniz
- Indicaciones:
- No enjuagarse por dos horas
- No ingerir alimentos y bebidas por dos horas
- No ingerir alimentos duros por ese día
- No cepillarse los dientes ese día

INDICADORES DE NIVELES DE RIESGO

INDICADOR	Bajo Riesgo	Alto riesgo
Presencia de caries	No	Si
Lesión inicial (mancha blanca)	No	Si
Lesión cavitada	No	Si
Dieta, momento de azúcar	Menos de 4	Más de 4
Higiene bucal (placa a simple vista)	Diaria	Poca o nada



Flujo salival; cantidad normal	Si	Escaso
Enfermedad sistémica*	No	Si
Medicación permanente **	No	Si
Portador de ortodoncia etc.	No	Si
Aplicación de Flúor	Diaria	Escasa o nulo
Controles odontológicos	Regulares	Escasos o nulos

***Enfermedades sistémicas:** Enfermedades autoinmunes - Diabetes Mellitus - Radiación de cabeza y cuello - Bulimia y Anorexia - Quimioterapia - SIDA - Enfermedad de Parkinson - Depresión - Edad

****Drogas – Medicaciones (Piovano S, 1999)** Bajo la influencia de ciertos desórdenes y/o drogas que afecten las vías de biosíntesis en las glándulas salivales se observa un incremento en la actividad de caries : Anfetaminas, ciertos analgésicos, antidepresivos, antidiarreicos, antihistamínicos, antihipertensivos, diuréticos, agentes psicoterapéuticos.

FLUORUROS DE AUTOAPLICACIÓN:

Gel de auto aplicación: fluoruro de sodio al 1% (ph 5,6).

Dosis de ataque: Aplicar con cepillo dental durante 40 noches. No enjuagar.

Mantenimiento: 1 vez por semana

Colutorios

SEMANAL (Fluoruro de Sodio 0,2%) En mayores de 7 años, supervisado por un adulto

DIARIO (Fluoruro de Sodio 0,05 %) En mayores de 7 años, supervisado por un adulto

En ambos casos se indica cepillado previo y no ingerir nada por media hora

Indicaciones:

- Pacientes en tratamiento de ortodoncia
- Pacientes con presencia de lesiones incipientes o manchas blancas
- Pacientes con xerostomía postradiación
- Pacientes que no puedan realizarse el cepillado dental correctamente.

Pastas Dentales

En niños de 3-6 años concentración de flúor entre 500 y 900 ppm, 2 veces por día.

En niños mayores de 6 años pastas con 1000-1450 ppm, 2 veces por día.

Criterios para uso de fluoruros:

Fase de atención para pacientes de bajo riesgo

Tareas en consultorio o espacio alternativo:

- Enseñanza de higiene bucal
- Asesoramiento dietético para regular frecuencia de hidratos de carbono.
- **Aplicación profesional de fluoruro de alta concentración**
- Aplicación de selladores.

Indicaciones de autocuidado

- Higiene con pastas con fluoruros o enjuagatorios fluorados
- Citación **semestral** para mantenimiento.

Fase de mantenimiento en pacientes de bajo riesgo

Tareas en consultorio o espacio alternativo:

- Refuerzo de enseñanza de higiene bucal.
- Refuerzo de asesoramiento dietético
- **Aplicación profesional del fluor de alta concentración.**

Indicaciones de autocuidado

- Higiene con pastas con fluoruros o enjuagatorios fluorados
- Citación **semestral** para mantenimiento.

Fase de atención para pacientes de alto riesgo

Tareas en consultorio o espacio alternativo:

- Enseñanza de higiene bucal
- Inactivación de caries
- Asesoramiento dietético para regular frecuencia de hidratos de carbono.
- Indicación de sustitutos.
- **Aplicación profesional de fluoruro de alta concentración**
- Aplicación de selladores
- Restauraciones preventivas y convencionales

Indicaciones de autocuidado

- Higiene con pastas con fluoruros o enjuagatorios fluorados
- Citación **trimestral** para mantenimiento.

Fase de mantenimiento en pacientes de alto riesgo

Tareas en consultorio o espacio alternativo:

- Control de remineralización o detección de lesiones
- Refuerzo de enseñanza de higiene bucal.
- Refuerzo de asesoramiento dietético
- **Aplicación profesional del fluor de alta concentración.**

Indicaciones de autocuidado

- Higiene con pastas con fluoruros o enjuagatorios fluorados
- Citación **trimestral** para mantenimiento.

TRATAMIENTO RESTAURADOR ATRAUMATICO

Definición.

Es una técnica simplificada de atención odontológica que remueve los tejidos dentales enfermos usando solo instrumentos manuales y restaura las cavidades con cemento de Ionómero de Vidrio, no requiere anestesia y ni equipo eléctrico.

Indicaciones

- Fosas y fisuras de la superficie oclusal de premolares y molares, cuando afecta al esmalte o dentina y esmalte.
- En fosa lingual de los incisivos superiores
- En los surcos vestibulares y linguales de premolares y molares
- En superficies proximales de los dientes anteriores
- Piezas dentarias que presentan manchas blanquecinas
- Caries de dentina superficial:
- Cambio de coloración de la pieza, a color amarillo oscuro o marrón.

Procedimiento

- Selección de la pieza dental afectada
- Aislamiento relativo con torundas de algodón
- Examen del diente y limpieza de los restos alimenticios.
- Lavado y secado de la pieza dental.
- Excavación de la lesión con caries, el instrumental rota hacia atrás y hacia delante mientras se mantiene una ligera presión.
- Eliminación del esmalte careado con cucharitas de dentina.
- Lavar y secar frecuentemente la pieza dental
- Colocar el acondicionador (Ácido Poliácrico, en caso de que viniera en el avío)
- Aplicar el cemento de Ionómero de Vidrio, y cubrir toda la parte afectada
- Realizar digito presión sobre el material con la correspondiente vaselina hasta que polimerice
- Retirar los excesos.
- En caso de tener la oclusión alta realizar el ajuste oclusal.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.
- Tratamiento Restaurativo finalizado

Signos de alarma

- Malestar general

- Dolor espontáneo, agudo, continuo e irradiado.

Atención a embarazadas.

La atención de la embarazada debe realizarse en el trabajo conjunto con el equipo, al inicio de las consultas prenatales, para orientar a una consulta odontológica que incluya mínimamente las siguientes actividades:

- Orientación sobre las posibilidades de atención durante el embarazo;
- Identificación de patologías bucales;
- Diagnóstico de lesiones de caries y necesidad de tratamiento, lo que provocará una mejor alimentación y bienestar en la embarazada;
- Diagnóstico de gingivitis y lesiones periodontales,
- Planificación de atención de la embarazada con necesidad detectada y para medidas preventivas.
- Seguimiento del proyecto terapéutico.
- Orientación sobre hábitos alimentarios e higiene bucal;
- En todos los casos se respetará la decisión y voluntad de la embarazada.
- Las embarazadas pueden recibir tratamiento odontológico.
- No existe riesgo en la utilización de la anestesia local si se realiza en conjunto con el obstetra o generalista el acuerdo sobre cuál es el anestésico más indicado, principalmente cuando hay alteraciones en la presión arterial.
- El embarazo no es el responsable por la aparición de la caries ni de la pérdida de minerales (como el calcio) de los dientes de la madre para formar las estructuras calcificadas de los bebés. El aumento de la actividad cariogénica está relacionada con alteraciones de dieta y presencia de placa bacteriana por higiene inadecuada. Observándose también la disminución del PH bucal, tornándose más ácido, lo que requiere una mejor y mayor frecuencia de higiene bucal para neutralizar el ph.
- Los cuidados requeridos son el uso adecuado de cepillos dentales, utilización de hilo dental y limpieza de la lengua. Reparando principalmente en la técnica y la frecuencia utilizada.

Protocolos especiales adicionales para embarazadas o madres con alta vulnerabilidad a la caries, destinado a controlar la primo infección con S. Mutans en el niño

A partir del 2° trimestre de embarazo hasta el 6to. mes de vida del bebe.

- Enjuagatorio con clorhexidina al 0.12 % durante 10 días cada mes.

A partir de los 6 meses y hasta los 18 meses de vida del bebe, optar por:

- Intercalar cepillado con gel de clorhexidina (al 0,12% o al 1%) con buches de fluoruro de sodio (0.2 %).
1er mes cepillado con gel de clorhexidina durante quince días. 2do mes aplicación de fluoruro de sodio y así sucesivamente hasta los 18 meses de vida del bebe.
- Enjuagatorio con clorhexidina al 0.12 % durante 10 días todos los meses hasta los 18 meses de vida del bebe.

Limitaciones del tratamiento odontológico de las pacientes embarazadas:

Imposibilidad de atención prolongada, especialmente en posición decúbito dorsal.

Atención en la prescripción de medicamentos.

Cuidados en la utilización de radiografías.

El tratamiento puede ser realizado en cualquier período gestacional, pero es el segundo trimestre el momento más oportuno, ya que el bebe se encuentra en el período de mayor estabilidad.

Evitar el uso de medicamentos y radiografías en el primer y tercer trimestre de embarazo. Consensuar con el médico tratante para evaluación del caso y su conveniencia o no.

Alrededor de la sexta semana gestacional los dientes deciduos del bebe comienzan a formarse, por lo tanto condiciones desfavorables durante la gestación, pueden traer problemas en los dientes en fase de formación y mineralización. Las condiciones desfavorables son: uso de determinados medicamentos, infecciones, carencias nutricionales, entre otros.

Atención al bebe

En el bebé: 0 a 3 años

La primera consulta debe ser antes del año de vida
La alimentación del recién nacido, debe ser exclusivamente materna.

La succión del seno materno:

- Es fundamental para instituir un correcto hábito de respiración nasal, y movimientos masticatorios adecuados en el futuro.
- Es el primero y más importante mecanismo natural de ortopedia de los maxilares y en el desarrollo del niño en los aspectos nutricionales, inmunológicos y psicosociales.
- Tiene un papel muy importante en el desarrollo óseo-muscular y por lo tanto en el equilibrio del posicionamiento de las arcadas y la lengua. Por eso, la importancia de prevenir el destete precoz y promover la actuación interdisciplinaria para alentar el amamantamiento materno exclusivo hasta los 6 meses y mixto hasta los 24 meses, evitando el uso indiscriminado de chupetes y mamaderas.

Uso el chupete

- No utilizar chupete después de los 3 años, puede provocar maloclusiones, mordida abierta anterior, seguida de paladar ojival, protrusión de incisivos superiores, deglución y fonación atípicas, siendo la edad de 2 y 3 años la etapa etaria más afectada.
- Si usa chupete, debe ser anatómico y usarse como máximo hasta los 36 meses.

Nutrición y dieta de la gestante:

- Influencian la salud del bebe, una vez que los dientes deciduos se comienzan a formar, a la sexta semana de vida intrauterina y las papilas gustativas en el tercer mes.
- Es importante el asesoramiento nutricional, explicar la transmisibilidad de las bacterias, y el uso racional de flúor. Las orientaciones incluyen también el cuidado con el futuro bebe, el **amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses, destete gradual** e introducción de papillas, teniendo la preocupación por la consistencia de los alimentos que determinará el patrón de masticación.
- Evitar que el niño se duerma con un biberón con leche, jugo de frutas o líquidos endulzados, gaseosas.
- Evitar la ingesta de dulces sólidos y/o líquidos entre comidas.

Higiene oral:

Introducción de HO en el bebe desde el nacimiento.
Atención interdisciplinaria de la gestante, así como su priorización en la atención odontológica, fundamentalmente por el papel que ejercen en la promoción de la salud en sus hijos.

Tratamiento mecánico de placa:

- Antes de la erupción de incisivos→ higienizar encías con gasa
- Desde erupción de incisivos→ cepillo
- Técnica horizontal.
- Cepillos de consistencia suave
- Frecuencia: 1 vez por día. Preferentemente, nocturno. (si su ingesta es < 4 momentos de azúcar)
- No usar pasta dental

Dieta

Evitar que el niño se duerma con un biberón con leche, jugo de frutas o líquidos endulzados, gaseosas.

Evitar la ingesta de dulces sólidos y/o líquidos entre comidas.

Transmisibilidad

Existen períodos claves en la vida del niño que representan momentos de mayor susceptibilidad para la adquisición de SM denominados **ventanas de infectividad**. Se identifica claramente una primer ventana entre los 16 y 29 meses de vida (promedio 24 meses), relacionada a la erupción del primer molar.

Los autores consideran que si no se identifican niveles de colonización de SM a los dos años de vida existen pocas posibilidades de que la misma se produzca hasta los 6 años de vida aproximadamente en que se observa la erupción del primer molar permanente correspondiéndose con la segunda ventana de infectividad

Socializar con la madre, padre, cuidadores, y equipo de salud (pediatras, enfermeros, agentes sanitarios, médicos) los conocimientos sobre transmisibilidad bacteriana, a nivel individual (en el espacio de la consulta) y a nivel colectivo en sala de espera, instituciones, talleres barriales, hospitales

Ventana de Infectividad

- 1a. Ventana

Cuando aparece el 1er. diente en boca, aparece **la posibilidad de transmisión microbiana**, que proviene de la madre y dura hasta que se completa la dentición temporal (aprox. 36 meses), ya que el período de erupción es muy inestable (por procesos inflamatorios, etc...) y se estabiliza cuando termina este proceso.

En este caso la flora que se traspassa es mucho más agresiva y patógena ya que es la de un adulto.

Se vio que cuando una embarazada presenta caries, el niño reconoce esta flora como normal, el problema es que el organismo de éste no tiene la capacidad aún de defenderse.

- 2a. Ventana:
Va de los 6 a los 10 años, desde que empiezan a cambiar las piezas deciduas por permanentes. El riesgo viene de los pares que es menos agresiva.

Atención en niños:

Niños de 3 a 5 años

- Participación de los padres
- Técnica horizontal
- Cepillos de 3 hileras de consistencia suave
- Frecuencia: 2 veces por día : importante el cepillado nocturno
- Dentífricos infantiles : 500 a 800 ppm de F- en poca cantidad: tamaño de lenteja
- NO usar pasta si no controla la técnica de enjuague bucal
- EPS: 6 años erupción de 1° molar
- NO usar enjuagatorios fluorados

Niños de 6 a 11 años

- Orientación para Técnica Bass
- Cepillos de 3 hileras de consistencia suave
- Frecuencia: 2 veces por día : importante el cepillado nocturno
- Dentífricos: 1000 a 1500 ppm de F-
- Aplicación de selladores en molares con surcos profundos
- EPS: reconocimiento de placa bacteriana con sustancias colorantes; esquema corporal: dentición mixta.

Estrategias para prevenir caries de F y F

- Remineralización de los surcos (aplicación de cariostáticos)
- Aplicación de selladores o ionomeros según indicación.

Atención de pacientes medicamento comprometidos

Este escrito solo contempla algunas de las patologías más comunes que pueden presentarse en la consulta odontológica, las mismas o aquellas que no estén incluidas requieren fundamentalmente una utilización responsable de la historia clínica del paciente y el trabajo conjunto con el médico tratante.

Diabetes Mellitus

La DM es una enfermedad metabólica caracterizada por una insuficiencia absoluta o relativa de insulina, causada por las alteraciones de los carbohidratos, lípidos y las proteínas.

Los pacientes diabéticos presentan frecuentemente xerostomía, sensibilidad lingual y disturbios en la degustación.

Es común la modificación de la flora bucal, que marcan una tendencia a la candidiasis bucal y queilitis angular, sumado a una alta prevalencia en enfermedades periodontales 75%.

El tratamiento odontológico adecuado del paciente diabético exige el trabajo integrado con el equipo de salud, de manera no solo de asegurarnos que las intervenciones quirúrgicas se realizan con el paciente con su glicemia controlada, sino que nos permita orientarlo hacia la consulta médica en caso de no estar controlado.

-Pacientes no insulino dependiente:

Todos los procedimientos pueden ser realizados, a menos que existan complicaciones de diabetes.

-Paciente controlado con insulina:

Generalmente se pueden realizar todos los procedimientos, el horario adecuado de atención es durante la mañana temprano, advertencia al paciente de tomar su dosis usual de insulina y comidas normales el día de la atención, confirmar esto el día de atención. Disponibilidad de fuente de glucosa para administrar al paciente por si ocurren síntomas de reacción a insulina. Es preferible ante una supuesta descompensación administrar glucosa a no hacerlo. Esto mientras se determina la causa. A veces la administración de la dosis matinal de insulina puede provocar una caída importante de la glucosa si no se ingiere algún alimento. Es importante confirmar con el paciente antes del procedimiento a los efectos de asegurarse en horas de la mañana que se haya colocado la insulina y haya recibido algún alimento para evitar problemas durante la colocación de la anestesia u otros procedimientos.

-Pacientes que requieren cirugías extensas:

Consulta y trabajo conjunto con el médico tratante en cuanto a los requerimientos de la dieta durante el período posoperatorio.

Profilaxis con antibiótico en pacientes con diabetes lábil y aquellos que toman altas dosis de insulina con estados crónicos de infección bucal.

Hipertensión arterial

Por la alta prevalencia de la hipertensión arterial es necesario tomar la presión sanguínea en todos los pacientes que asisten por primera vez a la consulta.

-Paciente con hipertensión arterial no controlada.

Desde un punto de vista odontológico, la conducta clínica ante un paciente hipertenso que no esté recibiendo tratamiento médico es remitirlo y no realizar ninguna intervención hasta que cumpla con una evaluación cardiológica que culmine con la instauración de un tratamiento apropiado.

En estos casos el odontólogo como profesional de la salud tiene el deber de procurar al paciente todos los medios necesarios para la consulta médica que permita el tratamiento adecuado de estos pacientes. Teniendo en cuenta además que el uso de anestésicos con epinefrina pueden incrementar aún más niveles de tensión arterial ya elevados.

-Paciente con hipertensión arterial controlada.

El manejo odontológico de los pacientes hipertensos controlados pasa por el control óptimo del dolor, la reducción del stress y la ansiedad en la consulta, el uso adecuado de vasoconstrictores, el conocimiento de las interacciones farmacológicas que tienen las drogas antihipertensivas que el odontólogo puede recetar y el manejo de los efectos adversos de la medicación antihipertensiva como lo son; la hipotensión ortostática y el síndrome de boca seca. En general los antihipertensivos de uso sistemático suelen no producir fenómenos de hipotensión ortostática a dosis habituales y controlados correctamente. Los más utilizados son el enalapril, atenolol, amlodipina, losartan, tiazidas, carbedilol, en orden relativo de frecuencia. En particular con la amlodipina las cefaleas son más intensas que con el resto de los antihipertensivos.

Uno de los aspectos más importantes que el odontólogo debe tomar en cuenta es el control óptimo del dolor a la hora de minimizar la elevación de la presión sanguínea en aquellos pacientes hipertensos controlados. Los procedimientos quirúrgicos, periodontales, y otros procedimientos odontológicos deben realizarse con todas las medidas que sean necesarias para prevenir el dolor. El stress y la ansiedad pueden aumentar la presión sanguínea. La reducción de los mismos, que puede asociarse a ciertos procedimientos odontológicos, es otro importante aspecto en el manejo odontológico de los pacientes hipertensos controlados.

Las citas largas deben evitarse en este tipo de pacientes.

Endocarditis bacteriana

La endocarditis bacteriana es un proceso infeccioso de la superficie del endocardio comprometiendo generalmente a las válvulas cardíacas.

Los estreptococos constituyen las causas de mayor incidencia en la etiología de la endocarditis bacteriana, microorganismos que se encuentran en gran cantidad en la cavidad bucal.

La profilaxis puede ser indicada por el odontólogo o cerciorarse que el médico de cabecera esté en conocimiento que aquellos pacientes que tienen antecedentes de EB, como aquellos que tengan una válvula protésica deben recibir la profilaxis

La profilaxis antibiótica es recomendada en todos los procedimientos odontológicos asociados a sangrado excesivo:

- Extracción dental.
- Tratamiento periodontal, incluyendo cirugía, raspado y alisado radicular, sondaje y sesiones de mantenimiento.
- Colocación de implantes dentales.
- Reimplantes de dientes avulsionados.
- Instrumentación endodóntica (tratamiento de conductos) o cirugía más allá del ápice.
- Colocación subgingival de fibras o tiras antibióticas.
- Colocación inicial de bandas ortodóncicas, pero no de brackets.
- Inyecciones anestésicas locales intraligamentosas.
- Limpieza profiláctica de dientes o implantes, cuando es de esperar sangrado.

Profilaxis estándar	Amoxicilina	Adultos 2 g (niños 50 mg/Kg) oral, 1 hora antes del procedimiento
Intolerancia a la vía oral	Ampicilina	Adultos 2 g im o iv (niños 50 mg/Kg) en 30 minutos antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilina	Clíndamicina	Adultos 600 oral (niños 20 mg/Kg), 1 hora antes del procedimiento.
	ó Cefalexina	Adultos 2 gr. oral (niños 50 mg/Kg), 1 hora antes del procedimiento.
	ó Azitromicina	Adultos 500 mg oral (niños 15 mg/Kg) 1 hora



		antes del procedimiento.
	O Claritromicina	Adultos 500 mg oral (niños 15 mg/Kg) 1 hora antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilina e intolerancia a la vía oral	Clindamicina	Adultos 600mg iv (niños 20 mg/Kg) 30 minutos antes del procedimiento.
	ó Cefazolina	Adultos 1 g IM ó IV (niños 25 mg/Kg) 30 minutos antes del procedimiento
(*) Las dosis en niños no deben superar la dosis en adultos.		

María Carmen Moya Medina, M residente de Medicina Familiar y comunitaria. Joaquín Serrano Peña: M. Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Médico adjunto. Guías clínicas 2003, 3 (28) Servicio de atención primaria de Cambe, SERGAS A Coruña

BIBLIOGRAFÍA:

- PRECONC / PALTEX (1999). PREC 1, Modulo 3. Dirección general: Noemí Bordoni. OPS/OMS.
- PRECONC / PALTEX (1992). PREC 2, Modulo 1. Dirección general: Noemí Bordoni. OPS/OMS.
- CAMERON, A; WIDMER, R. (1998). Manual de odontología pediátrica. Cap.2 pp 39-54 Ed. En Español Harcourt Brase de España. S.A