

Dra. Licet Alvarez Loureiro

Profesor Agregado Titular de la Catedra de Odontopediatria, Facultad de Odontología de la UdelaR.

Profesor Agregado Titular del Programa Docencia Servicio, Coordinara del área del niño, Facultad de Odontología de la UdelaR.

Especialista en Odontopediatria por competencia notoria, Facultad de Odontología de la UdelaR.

Master en Ciencias Odontológicas con énfasis en Cariología. Facultad de Odontología. Universidad Fed. de Rio Grande del Sur, Brasil.

Estimada colega, dada tu prestigiosa y seria trayectoria dentro de la Odontopediatria consideramos de gran interés hacer público este intercambio de ideas acerca de un tema común: la salud bucal en la primera infancia.

Te consideras satisfecha con los logros en la prevención de caries que hemos alcanzado a la fecha? Manejas datos estadísticos recientes que avalen tu opinión al respecto?

En primera instancia quisiera agradecer la distinción al considerarme para este intercambio y entender de importancia mi opinión. Es una gran responsabilidad.

Se ha logrado mucho en los últimos años: Cambio del modelo de atención, Programa de fluoración de la sal como medida comunitaria de aporte de fluoruros, análisis de calidad de las pastas dentales de consumo interno del país, cambio en las pautas de indicación de uso de dentífricos en niños.

En Uruguay hemos visto, en las últimas dos décadas, un marcado descenso en la prevalencia y extensión de la enfermedad caries dental en la población adolescente (12 años). Es así que pasamos de una prevalencia del 85,3% en 1992 a 51,1% en el año 2011, datos del último relevamiento nacional de caries realizado por la Facultad de Odontología entre los años 2010/2011. Por otro lado la extensión (CPOD) ha disminuido también ubicándose en 1,1.

Si observamos fríamente estos números podría estar tentada a contestarte que estoy satisfecha. Lo cierto es que el descenso de esta patología no es homogéneo en toda la población. Se concentra en grupos vulnerables, donde una pequeña porción de la población acumula la mayor parte de la enfermedad. Si observamos lo que ocurre a medida que aumenta la edad preocupa realmente. (Te anexo esta tabla que resume la situación actual de caries en Uruguay cuyos datos fueron tomados de diferentes trabajos nacionales (Angulo et al. 2015; Lorenzo et al. 2013; Alvarez et al. 2015; Fabruccini et al. 2014)). El CPOD se triplica en el grupo de edad entre 15 a 24 años.

EDAD AÑOS	PERÍODO	PREVALENCIA % (IC 95%)	EXTENSIÓN CPO-D (IC95%)
12	2011-2012	51,1	1,23
15-24	2010-2012	76,3 (72,4-79,8)	3,95 (3,68-4,03)
35-44	2010-2012	99,5 (98,1-99,9)	15,20 (14,24-16,16)
65-74	2010-2012	99,6 (98,1-99,9)	24,12 (23,16-25,08)

No tenemos datos nacionales de lo que ocurre en menores de 6 años. Un estudio con muestra por conveniencia de 300 niños entre 0 y 71 mes de nivel socioeconómico bajo del departamento de Montevideo nos muestra un ceod de 1,8 con una prevalencia de 51%. Son datos parciales y no representativos.

Falta mucho por hacer frente a una enfermedad crónica, multifactorial y no erradicable como es la caries. Lo primero que debo pensar es en Promoción a la salud donde la dieta muchas veces es dejada de lado. El consumo de azúcar agregado debe descender a menos del 10% de las necesidades calóricas de las personas, tal como publica la OMS en sus guías y retardar su integración a la dieta a los 24 meses. Nuestra población infantil está dejando de beber agua y lo sustituye por jugos u otras bebidas, muchas veces con la idea de una vida más saludable.

Del mismo modo es necesario el establecimiento de políticas sanitarias dirigidas a las enfermedades crónicas (caries es una de ellas), que tienen factores de riesgo común, logrando un mayor impacto a la salud integral de las personas. No podemos pensar en caries en forma aislada.

Como inciden los determinantes sociales y económicos en la salud bucal?

Como sabemos la enfermedad caries dental es una enfermedad multifactorial crónica y los determinantes sociales juegan un papel fundamental en su control y desarrollo. La Organización Mundial de la Salud, a través de su comisión permanente sobre el tema, los define como "el conjunto de condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan". Conforman los pilares fundamentales de la Salud Publica actual y de los lineamientos para la Promoción de Salud. Se consideran las causas de las causas y son los responsables de las mayores inequidades sanitarias. Dentro de ellos podemos ubicar el nivel de educación, ingreso económico, acceso a servicios de salud, condiciones de vivienda, género, empleo, saneamiento ambiental.

En nuestro país observamos una mayor prevalencia de la enfermedad caries en poblaciones adultas con nivel socioeconómico bajo, cuando declararon tener una menor educación (menos años de escolarización).

Del mismo modo a medida que aumenta la edad y se mantiene los factores anteriormente nombrados aumenta el número de dientes perdidos por caries. Esta situación es similar a lo observado en otros países de la región a pesar de que Uruguay posee un Índice de Desarrollo Humano más elevado. Estos datos se desprenden del Primer relevamiento Nacional en población adulta de Uruguay que pueden leer con mayor detalle en las referencias que les anexo (Lorenzo et al. 2013. Odontostomatología numero especial 2013, versión online; Alvarez et al..

Dental caries in Uruguayan adults and elders: findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(8):1663-1672, ago, 2015). En niños la situación no es diferente, aquellos cuyas madres o responsables declaran tener menos años de estudio y pertenecen a un grupo familiar de nivel socioeconómico presentan mayor prevalencia y extensión de la enfermedad (Tesis de maestría en la UFRGS, Anunziata Fabruccini 2013. Disponible en repositorio de la UFRGS)

Siendo la caries dental y/o las restauraciones uno de los factores de riesgo de las maloclusiones, consideras que existe unanimidad de criterio entre odontopediatras y ortopedistas?

La primera discrepancia es considerar a las restauraciones un factor de riesgo a maloclusiones. Si las mismas son correctamente realizadas deberían integrarse a la funcionalidad de la cavidad bucal sin generar interferencias. Existe de tiempos inmemoriales una preocupación respecto al tema, donde las coronas de acero eran las villanas de la película. Lo cierto es que realizadas considerando el desarrollo de la oclusión y la dinámica que la caracteriza no generaran iatrogenia.

Debiera el Odontopediatra participar en el equipo de neonatología?

Si. De hecho la facultad cuenta con la opción de pasantías para estudiantes en sitios de práctica relacionado a recién nacidos y bebés.

Como desarrolla el Odontopediatra el seguimiento de la salud bucal en el primer año de vida?

Las pautas recomendadas para el seguimiento de la salud bucal en el primer año de vida están dirigidas a la Promoción de la Salud: entrenamiento de los padres respecto a los amamantamiento, higiene dental (tipo de cepillo y dentífrico), control de las funciones (respiración, masticación y deglución). Se recomienda comenzar las acciones de Promoción en el embarazo y citar para la primera consulta con la erupción del primer diente.

Te parece que sería necesario formar al odontopediatra en el diagnóstico temprano de las disgnacias antes de los 6 años y en las medidas preventivas de control del riesgo?

Por supuesto. De hecho si bien en el grado se dan herramientas para el diagnóstico temprano de los pacientes, en la Carrera de Especialista en Odontopediatria está integrado en el currículo. El énfasis mayor se encuentra en el módulo hospitalario donde se genera el conocimiento en equipos interdisciplinarios. Es fundamental pensando en los colegas que desempeñan funciones en servicios de atención colectivizada junto al Pediatra.

Como fue tu experiencia como Odontopediatra en el área de Prevención y Ortopedia de Luceddu?

Tengo los mejores recuerdos de ese pasaje por el Instituto y sobretodo de mi trabajo junto a la Dra. Haller. Con Wilma comenzamos en Facultad de Odontología y la considero una profesional con una visión integral de avanzada.

Que novedades hay en cuanto a métodos y materiales para la prevención de caries y erosiones?

Ambas entidades patológicas tienen en común que se relacionan a factores comportamentales. El estilo de vida es determinante en la aparición de estas patologías por lo que las medidas preventivas más eficaces tienen relación con la Promoción a la Salud. La caries es el reflejo del desequilibrio ecológico

en la cavidad bucal como resultado de la ineficiente higiene, el consumo inadecuado de azúcares y la presencia insuficiente de fluoruros. Con respecto a la insuficiencia de fluoruros me refiero a la necesidad de utilización de dentífricos de 1000ppm desde la erupción del primer diente en la cavidad bucal, aplicado por adultos por lo menos dos veces en el día, en dosis adecuada en relación al peso del niño.

La erosión dental o mejor dicho el desgaste erosivo como manifestación clínica de la erosión dental puede tener origen intrínseco (reflujo gastroesofágico) o extrínseco (características de la dieta. No es un proceso reversible, es progresivo y puede llevar a la pérdida total de la capa adamantina. En etapas tempranas el diagnóstico multidisciplinario es importante (incluyendo el gastroenterólogo) en aquellos casos de origen intrínseco. El control del flujo salival no debe olvidarse.

En segundo plano el fluoruro sigue siendo una herramienta necesaria para el tratamiento tanto de erosión como de caries, donde los dentífricos fluorados adecuadamente formulados son fundamentales.

Muchos materiales se reportan para el tratamiento de las lesiones visibles de caries, desde resinas inyectables hasta productos ricos en calcio y fosfato, materiales liberadores de fluoruros. Lo esencial para la prevención no se encuentra allí.

A partir de que edad consideras que puede decirse que un niño bruxa?

El bruxismo para Shinkai es una actividad parafuncional del sistema masticatorio caracterizada por el apretamiento o frotamiento dentario provocada por una contracción muscular rítmica, más frecuentemente en el sueño. Puede darse en todas las edades y debe ser diferenciada de la función masticatoria y exploratoria normal del desarrollo morfológico y funcional de la oclusión, sobretodo en la etapa de utilización y desgaste. Su origen es multifactorial, involucrando factores hereditarios, psicológicos y comportamentales así como por la presencia de interferencias oclusales (mordida cruzada por ejemplo) y su asociación a patologías generales.

Cual sería tu mensaje o reflexión final para transmitir a las nuevas generaciones de colegas que abordan a nivel privado y/o en servicios de salud la atención odontológica en la primera infancia?

Todo colega que dedica su actividad a la atención odontológica en la primera infancia tiene una gran responsabilidad. La primera y de mayor importancia es la introducción del niño a la atención odontológica.

De esta primera experiencia dependerá el comportamiento y la adhesión del niño a la atención. La segunda responsabilidad es el paciente sano donde orientar a las familias del niño que comienza su atención desde muy pequeño, se mantenga integralmente sano.

Por esto el trabajo en interdisciplina es necesario. Saber diagnosticar y derivar oportunamente es crucial. Por ultimo para aquellos que tengan necesidad de rehabilitar a los niños menores de 6 años quiero decirles que es necesario estar formados adecuadamente. Es de destacar la necesidad de integración de Especialistas en Odontopediatria en los servicios para la atención de niños de estas edades. Es probable que el Odontólogo general no tenga suficientes herramientas para resolver todas las situaciones.

Muchas gracias por tu valioso aporte a la tarea multidisciplinaria de la construcción de salud en los niños. ■