

# Relatorios de la mesa de representantes de sociedades de Odontopediatría de los países Latinoamericanos

*Relatório da mesa dos representantes das sociedades de Odontopediatría dos países Latinoamericanos*

**São Paulo 2014**

## Epidemiología de la caries dental en america latina

*Saul Martins Paiva (Brasil) (Coordinador)*

*Evelyn Álvarez Vidigal (Brasil)(Relatora), Jenny Abanto (Brasil) (Relatora), Ailin Cabrera Matta (Perú), Refugio Antonio López Robles (México), Carla Masoli (Argentina), Sonia Alejandra Echevarría Lopez (Chile), Maria Guadalupe Mongelos de Idoyada (Paraguay), María Elena Guerra Gamboa (Venezuela), Adriana Rocio Amado Schneider (Ecuador)*

### Resumen

La caries dental es considerada un problema de salud pública debido a las altas prevalencias reportadas a nivel mundial. El objetivo del presente texto es dar a conocer algunos datos relacionados a la epidemiología de la caries dental y las estrategias desarrolladas para su control en algunos países de Latinoamérica.

### Perú (Dra. Ailín Cabrera Matta)

En el Perú, según el último reporte oficial ofrecido por Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el 2005. Los resultados mostraron como promedio 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%. El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/CPO-D) a nivel nacional fue de 5.84 y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-D-12) a nivel nacional fue 3.67 (IC95%: 3,37-3,97). Dichos datos fueron obtenidos de un

trabajo realizado con un tamaño de muestra de 7730 escolares de los 24 departamentos del Perú. Los examinadores fueron capacitados y calibrados, según los criterios de la OMS.<sup>1</sup>

Existen otros reportes relacionados a la prevalencia de caries dental publicados, sin embargo, estos trabajos fueron realizados con falta de rigurosidad metodológica, en poblaciones específicas y por lo tanto con tamaño de muestra no representativa de la población total.

Sobre las estrategias de salud pública adoptadas por el MINSA, se pueden mencionar: actividades preventivas y promocionales y la fluorización de la sal, donde la normativa indica un contenido de 200 ppm F en su composición. Sin embargo, el gran problema es que estas medidas no poseen ningún programa de seguimiento y control, por ejemplo: la sal fluorada no se encuentra distribuida en todos los departamentos del Perú y la composición de algunas de ellas no respeta la normativa de 200 ppmF en su composición. Actualmente, se está realizando un ensayo clínico en una población, donde se está incorporando el xilitol en la leche para la pre-

vencción de la caries dental en niños escolares de 4 a 8 años de edad. En base a la información relacionada a la epidemiología de la caries dental en el Perú, se sugiere el establecimiento de sistema de vigilancia epidemiológica y la identificación de intervenciones preventivas eficientes.

## **México (Dr. Refugio Antonio López Robles)**

En México, los principales retos de la salud oral son mejorar las condiciones bucales de la población e incrementar la capacidad de respuesta y calidad en los servicios de salud. Debido a la importancia de no contar con un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones en materia de salud pública, se ha implementado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucles (SIVEPAB). En el año 2004, se inicia la prueba piloto del SIVEPAB. Este sistema proporciona información importante acerca de la tendencia de la salud bucal, en la población que usa los servicios de salud.

En las últimas décadas algunos sectores de la población mexicana han presentado una mejora referente a la salud oral, la cual no hubiera sido posible sin la promulgación de políticas de salud, con las estrategias y programas que de ella se desprenden.<sup>2</sup>

Según reportes actualizados de la SIVEPAB en México, en niños de 2, 3, 4 y 5 años de edad el índice ceo-d encontrado fue de 2.4, 3.8, 4.3 y 4.7 respectivamente. Igualmente en niños de 6, 8, 10 y 12 años fue encontrado un índice CPO-D de 0.1, 1.0, 1.6 y 3.0, respectivamente. En individuos de 6 a 19 años, el índice CPOD promedio fue de 3.7. En general, al igual que en la dentición primaria, el número promedio de dientes cariados,

fue el mayor componente, representando más del 78% del índice total.

Sobre las estrategias de Salud Pública para prevención de caries dental, existen normas para la prevención y control de enfermedades bucales (NOM-013-SSA2: 1994-2006-2011) y otras relacionadas a los bienes y servicios, sal yodada fluorada y especificaciones sanitarias (NOM-040-SSA1-1993). Entre las medidas adoptadas, serán indicados los lugares donde no debe comercializarse sal yodada fluorada, por tener el agua de consumo humano una concentración de flúor mayor de 0.7 ppm. Además, se realizarán semanas nacionales de salud bucal de forma semestral y otras actividades como la desarrollada por la Secretaría de Salud en coordinación con la Asociación Dental Mexicana: Concurso “Nacional Dibujando Sonrisas”, en apoyo al Programa de Salud Oral, de preescolares y escolares. En base a la información relacionada se puede concluir que la Secretaría de Salud actualmente ha implementado estrategias para la promoción, prevención y protección de la salud oral, que ayude a la población más desprotegida y vulnerable del México.

## **Argentina (Dra. Carla Masoli)**

En Argentina, la mayoría de los datos sobre la epidemiología de la caries dental se encuentran por regiones, por lo que no fueron fornecidos datos totales a nivel nacional. Algunos de los datos relacionados a la experiencia de caries dental en niños en las ciudades de Mendoza y Corrientes, están basados en estudios en los que fueron utilizadas tamaños de muestras no representativas.<sup>3</sup>

En un estudio realizado en Córdoba, en 2745 escolares de 6 años fue encontrada una alta prevalencia de caries dental en estudiantes de

escuelas municipales (ceod=4.44) y baja en los estudiantes de escuelas provinciales y privadas (ceod=2.31 y 1.27, respectivamente). En 1549 escolares de 12 años fue encontrado un CPOD de 1.85 y 2.59 en escolares de escuelas municipales y escuelas privadas, respectivamente; lo cual sería atribuible a la existencia de programas preventivos existentes.<sup>4</sup>

Debido a estos resultados se sugiere mayor efectividad y eficiencia de las medidas preventivas. Se recomienda la realización de estudios relacionados a costo / eficiencia que incluyen: cepillado semanal con gel FFA 4660 ppm supervisado, enjuague semanal después del cepillado con FNa 0,2% supervisado por alumnos del programa de Odontología. Se sugiere además, continuar con el programa protocolizado por 3 años (FFA 1,23%, estabilización de caries amelodentinarias activas, enjuagatorios FNa 0,2%).

Con la información ofrecida relacionada a la epidemiología de la caries dental en Argentina, se considera que existe una deuda sanitaria para el control de la caries dental en este país, especialmente en grupos con vulnerabilidad social, la implementación de medidas y programas preventivos, así como la relación favorable costo / efectividad de los mismos podría disminuir la prevalencia de caries dental.

### **Chile (Dra. Sonia Alejandra Echevarría López)**

En Chile, existen datos relacionados a la prevalencia de caries dental ofrecidos por Minsal (Ministerio de Salud de Chile) del año 2007. El índice ceo-d en niños de 2 años es de 0.54; en niños de 4 años es de 2.32; en niños de 6 años es de 3.71; y en niños de 12 años el índice CPO-D es de 1.9. Existe también información en la que se

puede comprobar que el porcentaje de niños con mayor cantidad de lesiones de caries dental está relacionado a los estratos sociales más bajos, así, aquellos que poseen mejores condiciones bucales pertenecen a un estrato social más acomodado. Lo cual reflejaría una relación entre la caries dental y el factor socio-económico.<sup>5</sup>

Entre las estrategias de salud pública adoptadas para la prevención de la caries dental en Chile se pueden mencionar: el mejoramiento al acceso a fluoruros mediante la fluorización del agua potable (72% de cobertura) y la fluorización de la leche en lugares rurales donde no existen redes de agua potable (alimentación escolar con leche fluorada en escuelas rurales 1° a 8° básico), la priorización de la atención odontológica integral en edades de mayor riesgo biológico, es decir, los 2, 4, 6, 12, años de edad y a mujeres embarazadas; patologías orales incorporadas, salud integral para niños de 6 años, salud integral del adulto de 60 años, urgencia odontológica ambulatoria, y atención a niños con fisura labio-palatina. Existen también programas presidenciales, como el llamado "Más Sonrisas para Chile" y "Sembrando sonrisas".

Existe una Estrategia Nacional de Salud (ENS) programada del 2011 al 2020, en donde el objetivo estratégico es prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables, teniendo como meta el aumentar en un 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años y disminuir en un 15% el promedio de dientes afectados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal. De esta manera, Chile posee líneas estratégicas para el logro de los resultados esperados como: modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar, el reforzamiento del componente de salud bucal en el modelo de

atención integral con enfoque familiar y comunitario y la disponibilidad de un sistema de registro e información epidemiológica.

## **Paraguay (Dra. María Guadalupe Mongelos de Idoyada)**

En lo referente a Paraguay, según una Encuesta Nacional sobre Salud Oral realizada el 2008, se concluyó que el 98% de la población sufre de problemas que afectan su salud bucodental y que la prevalencia e incidencia en los escolares son muy elevadas: Índice ceo-d en niños de 6 años fue de 5.6 y el índice CPO-D en niños de 12 años fue de 2.9.

Entre las estrategias adoptadas para el control de la caries dental existen políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad y gratuidad (Resolución n°568 11-08-2009), firma de convenios interinstitucionales como: la sanidad militar, la sanidad policial, facultades de odontología y otros, ampliación de coberturas e implementación de especialidades odontológicas en los servicios de las redes de salud y la implementación de nuevos programas como: Programa Nacional “Salvemos al primer molar”, el bus odontológico, Programa “Volver a sonreír”, clínicas móviles, tratamiento quirúrgico gratuito de la anomalía labio palatino en el Hospital Nacional de Itauguá, Programa “Paraguay sonrío” que es un programa de rehabilitación mediante prótesis y creación del primer centro de atención odontológica a las personas con discapacidad. Cabe mencionar que en marzo del 2013, se realizó la campaña “Mil niños/niñas libres de caries” que abarcó un gran número de escuelas en todas las regiones del Paraguay.

Con las informaciones ofrecidas, se considera que en Paraguay, las condiciones de salud bu-

codental están mejorando. Se registró una disminución en la incidencia de caries dental del 98% al 86%. La tendencia actual es la prevalencia de obturaciones por sobre las extracciones. En el año 2012 las clínicas móviles de salud bucal llegaron a atender 23 000 pacientes y sólo en el 2012 se efectuaron 1.137.503 procedimientos odontológicos y 217 comunidades indígenas fueron asistidas.

## **Brasil (Dr. Saul Martins Paiva)**

En Brasil, existe un programa de investigación nacional de salud bucal llamado SBBrasil que mantiene una base de datos actualizada para realizar una vigilancia a las políticas nacionales de salud bucal. El proyecto SBBrasil realiza levantamientos epidemiológicos a nivel nacional utilizando muestras representativas para las capitales de Estado y del Distrito Federal y para las cinco regiones (Norte, Noreste, Sudeste, Sur y Centro-oeste) del país. El SBBrasil integra las acciones de vigilancia en salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y se constituye en parte fundamental de la política nacional de salud bucal – Programa “Brasil Sorriente” en la medida en que sus resultados sirven para evaluar el impacto del programa, identificar problemas y re-orientar estrategias de prevención y asistencia. Según SBBrasil, 2010<sup>6</sup> niños de 5 años poseen un ceo-d de 2.3 y los niños de 12 años un CPO-D de 2.1. En niños de 12 años, el CPO-D disminuyó en un 26%, de 2.8 en 2003 a 2.1 en 2010, siendo así, a esta edad índice el Brasil entra en el grupo de países con baja prevalencia de caries de acuerdo con los valores propuestos por la OMS. La proporción de niños de 12 años libres de caries dental creció de 33% a 44%. Actualmente 1,4 millones de niños de 12 años no tienen ningún diente con caries dental, lo que se traduce en un aumento del 30%, en

relación a los datos ofrecido por SBBrazil en el 2003.

El Programa “Brasil Sorridente” reúne una serie de acciones para ampliar el acceso al atendimento odontológico gratuito por medio de un Sistema Único en Salud (SUS), para que se esta forma se pueda garantizar acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal de la población brasileira. Las principales acciones de este programa son: reorganización de la atención básica en salud bucal, principalmente con la implantación de los Equipos de Salud Bucal en la estrategia Salud de la Familia; ampliación e calificación de la atención especializada, en especial con la implantación de los centros de Especialidades Odontológicas y Laboratorios Regionales de Prótesis Dentales. El balance de este programa, entre los años 2002 al 2010, demostró que en lo referente a los equipos de salud bucal, este creció casi cinco veces más y que se encontraban en 85% de los municipios brasileiros; en lo relacionado a los puestos de trabajo, creció un 49% de dentistas trabajando en el SUS, siendo que un 30% de los dentistas del país trabajan actualmente en el programa; y en cuanto a los centros especializados el número de atendimientos de cuadruplicó.

### **Venezuela (Dra. María Elena Guerra Gamboa)**

En Venezuela, según reportes realizados en el 2007, la prevalencia de caries dental en menores de 19 años era de 91,1%. En el año del 2009, se determinó que el índice CPO-D era 6.89. Otra información proveniente del año 2010, indica que la prevalencia de caries dental en niños de 5 a 12 años de edad es de 80,5%. En Venezuela, los programas de salud oral han recibido algunas misiones cubanas para apoyo; sin embargo en

la mayoría se puede observar la intervención e interferencia del gobierno del estado venezolano. Debido a los datos presentados, el año 2013 surgió la propuesta de un programa preventivo llamado “Prevención de la caries en dentición primaria según el diagnóstico materno en infantes latinoamericanos”, el cual posee estrategias preventivas según el diagnóstico y riesgo de caries dental materno. El objetivo de este programa es determinar la influencia de la frecuencia de aplicación de barniz fluorado en la prevención y disminución de lesiones de caries dental. Hasta julio del año 2014, se pudieron observar resultados preliminares donde ningún niño del programa presentaba lesiones de caries.

### **Ecuador (Dra. Adriana Rocío Amado Schneider)**

Existe información relacionada a la prevalencia de caries dental en Ecuador correspondiente a junio del 2014, donde se encontró que en niños de 3 a 11 años de edad existe una prevalencia de 62,39% y en individuos de 12 a 19 años de edad una prevalencia de 31,28%. En Ecuador existe programa que comenzó el 2013 con miras hasta el 2017, llamado “Plan Nacional del Buen Vivir”, donde interviene el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, siendo uno de los objetivos el levantar el perfil epidemiológico de la población. Otro de los esquemas planeados en dicho programa es la atención por “ciclos de vida”, basados en la vigilancia, prevención y control de enfermedades correspondientes a grupos de: gestantes, niños de 0 a 5 años y escolares de 6 a 14 años. Dicho programa posee una presencia importante a nivel escolar, contando con el apoyo de empresas privadas, así como la ejecución del programa de la “Lonchera saludable”. También existen otros beneficios como: rehabilitación para gestantes y diagnóstico y prevención en escolares de 2º año de nivel básico.

Este programa tiene como finalidad la participación y vinculación con la comunidad.

## Conclusión

La caries dental aún es considerada un problema a nivel de salud pública en los países de Latinoamérica, considerando los índices ceo-d, CPO-D y prevalencias mencionadas anteriormente. Aun así, algunos de estos datos fornecidos no están basados en muestras representativas poblacionales actualizadas, por lo cual sería recomendable realizar mayores levantamientos de datos poblacionales con metodologías bien definidas.

Actualmente, existe gran preocupación por la prevención y control de la caries dental en la

mayoría de los países Latinoamericanos, existiendo estrategias que cuentan con el apoyo de los Gobiernos de Estado, Ministerios de Salud así como de empresas privadas, sin embargo, algunos de estos programas no están siguiendo un programa de vigilancia y control que puedan evaluar su efectividad.

Con la información ofrecida, podemos concluir que aún existe una considerable prevalencia de caries dental en Latinoamérica, siendo que se observa un aumento en su prevalencia a diferencia de otros continentes, por lo que se sugiere elaborar, ejecutar, implementar, vigilar y controlar la efectividad de programas preventivos de salud oral, especialmente en grupos con vulnerabilidad social.

## Referencias

1. Ministerio de Salud del Perú - Oficina general de epidemiología y dirección general de salud de las personas. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. Perú, Lima-2005.
2. Medina-Solis CE, Maupomé G, Avila-Burgos L, Pérez-Núñez R, Pelcastre-Villafuerte B y col. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed 2006; 17:269-286.
3. Elizondo, MI, Lucas, G, Rosa, G. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2005. Resumen M130. Univ. Nac. Del Nordeste. Cat. de Odontopediatría. Fac. Odont. UNNE)
4. Yankilevich E, Battellino. L. Rev. Saúde Pública 26 (6) 1992 . FO/UNC
5. Ministerio de Salud de Chile. MINSAL. Análisis de la Situación Bucal. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.