

Salud oral en poblaciones vulnerables*

Fecha de recepción: 08/12/2016
Fecha de revisión: 09/02/2017
Fecha de aprobación: 17/04/2017

Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artículo: Benavides, J. y Cerón, X. (2017). Salud oral en poblaciones vulnerables. *Revista Criterios*, 24(1), 381-394.

Julie Andrea Benavides Melo*✉
Ximena Andrea Cerón Bastidas**

Resumen

La población vulnerable se considera como un grupo de personas en estado de desprotección y exclusión, donde las inequidades por diferencias socioeconómicas, culturales y de estilo de vida, en conjunto con el sexo, la raza, la edad y la susceptibilidad genética, incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades orales y amenazan la salud general. Los estilos de vida reflejan las conductas de las personas y representan un factor protector o de riesgo, además, el alto consumo de carbohidratos y el nivel de cortisol y de minerales como el fósforo y el calcio en saliva, intervienen notablemente en la presencia de caries, convirtiéndose en un indicador de las condiciones de salud oral de la población. Los niños son los más vulnerables, especialmente si pertenecen a familias de bajos recursos, con escaso uso de los servicios de salud, desconocimiento de las medidas de prevención y donde la salud oral no es una prioridad.

Palabras clave: caries, estilo de vida, inequidad, pobreza.

*Artículo de Revisión.

*MSc. Epidemiología Clínica. Docente Investigador Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Medicina. Grupo Interdisciplinario de Investigación en Salud-Enfermedad (GIISE). San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: julie.benavidesm@campusucc.edu.co

** MSc. Salud Pública. Docente Investigador Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Odontología, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: ximena.ceron@campusucc.edu.co

Oral health in vulnerable populations

Abstract

A vulnerable population is considered a group of people in a situation of vulnerability and exclusion, where inequities due to socioeconomic, cultural and lifestyle differences, together with sex, race, age and genetic susceptibility, increase the risk of developing oral diseases and threaten general health. Lifestyles reflect the behavior of the people and represent a protective or a risk factor; in addition, the high consumption of carbohydrates and the level of cortisol and minerals such as phosphorus and calcium in the saliva, notably intervene in the presence of caries, becoming an indicator of the oral health conditions of the population. Children are the most vulnerable, especially if they belong to low-income families, with little use of health services, little knowledge about prevention measures, and where oral health is not a priority.

Key words: caries, lifestyle, inequity, poverty.

Saúde bucal em populações vulneráveis

Resumo

A população vulnerável é considerada um grupo de pessoas em situação de vulnerabilidade e exclusão, onde as desigualdades devido a diferenças socioeconômicas, culturais e de estilo de vida, juntamente com sexo, raça, idade e susceptibilidade genética, aumentam o risco de desenvolver doenças bucais e ameaçam a saúde geral. Os estilos de vida refletem os comportamentos das pessoas e representam um fator de proteção ou risco; além disso, o alto consumo de carboidratos e o nível de cortisol e minerais, como fósforo e cálcio na saliva, intervêm principalmente na presença de cárie, tornando-se um indicador das condições de saúde bucal da população. As crianças são as mais vulneráveis, especialmente se pertencem a famílias de baixa renda, com pouco uso de serviços de saúde, ignorância de medidas de prevenção e onde a saúde bucal não é uma prioridade.

Palavras-chave: cárie, estilo de vida, desigualdade, miséria.

1. Introducción

Una población vulnerable se ha definido por el Ministerio de Educación de Colombia como un grupo de personas en estado de desprotección o incapacidad ante una amenaza que puede ser psicológica, física, mental, entre otras, lo que puede culminar en exclusión debido a sus particularidades o por razones socioeconómicas (Ministerio de Educación Nacional, s.f.). Otro término relacionado es la inequidad, que hace referencia a diferencias o variaciones sistemáticas, innecesarias, evitables injustas en poblaciones humanas, incluyendo la salud y las diferencias de clases (o estratos), sexo, etnias (Rengifo-Reina y Corchuelo-Ojeda, 2009), raza, edad, escolaridad de los padres, área de estudio, lugar de residencia, ingresos, gastos, etc., variables que forman parte de un complejo que abarca diversas circunstancias financieras y sociales, que influyen para que la posición dentro de la

estructura social se convierta en un importante predictor de la morbilidad y la mortalidad, aunque el mecanismo de asociación no es del todo claro (Medina-Solis et al., 2006).

Se han considerado como poblaciones en condición de desigualdad a todas las razas y poblaciones étnicas donde ocurren disparidades en salud, incluyendo los afroamericanos, hispanos (mexicanos, puertorriqueños, cubanos, centro y suramericanos y otras culturas de origen español), la población indígena, personas con bajos ingresos y aquellos provenientes de zonas rurales o con necesidades especiales (física o mentalmente discapacitados), personas diagnosticadas con VIH/SIDA y los ancianos e individuos confinados a sus hogares o institucionalizados (Chattopadhyay, 2008). Por ejemplo, se sabe que las poblaciones sin hogar presentan una mayor carga de enfermedades orales, ya que aspectos como la pobreza y el consumo de sustancias psicoactivas influyen para que éstas sean particularmente susceptibles (Lashley, 2008).

Los comportamientos de supervivencia y las exposiciones asociadas a las condiciones de los habitantes de las calles, han resultado en una elevada morbilidad de enfermedades infecciosas, pero a pesar de esto, aún existe una gran variedad de factores sin investigar, los cuales pueden afectar la salud de estas personas desde su niñez hasta su posterior edad adulta; esto muestra el panorama de la disparidad global en la salud infantil, ya que estos niños con frecuencia adoptan conductas de alto riesgo debido a las circunstancias que enfrentan a nivel estructural y familiar, además, se ha reportado que tienen un acceso limitado a la atención médica y presentan un mal estado de salud oral, evidenciando una elevada e insatisfecha necesidad de atención dental en términos de caries y pérdida de dientes (Woan, Lin y Auerswald, 2013). Por tanto, el análisis de equidad/inequidad en salud oral en una población es evidente cuando el estado de salud bucodental se relaciona significativamente con el hecho de pertenecer a un determinado grupo social o ser excluido del mismo (Rengifo-Reina y Corchuelo-Ojeda, 2009).

Cabe resaltar que, la igualdad en la salud oral implica la existencia de iguales atributos en cuanto a salud oral entre los diferentes grupos poblacionales, mientras que el término equidad incorpora una cualidad ética o a la igualdad o desigualdad (Chattopadhyay, 2008). Así, la caries se convierte en un indicador que permite determinar las condiciones de salud bucal de una población, influenciada en su desarrollo inicial (entre otros elementos), por las actitudes y el nivel educacional de los individuos (Navas et al., 2002), por lo cual representa un grave problema de salud especialmente en las comunidades desfavorecidas de países tanto en desarrollo como desarrollados, debido al incremento en el riesgo de padecerla por la condición social que enfrentan (Parisotto et al., 2010). De esta manera, la distribución de los recursos impide que todos los niños reciban intervenciones óptimas, además, aunque la atención de salud y la prestación del servicio son los principales asuntos políticos y financieros para la mayoría de los gobiernos del mundo, en varios países la atención de la salud oral es el último aspecto a tratar cuando se realiza la planificación de la salud, incluso en países industrializados (Nowak, 2011).

La identificación de factores que contribuyen a las disparidades sociales y raciales y que incrementan el riesgo de caries de la infancia, podría influenciar los costos generales de la atención médica y odontológica, lo que ayudaría a enfrentar las desigualdades sociales más generales en cuanto a salud y enfermedad, permitiría generar estrategias de prevención y a su vez daría luces sobre la etiología de los trastornos psicológicos y biomédicos crónicos en la vida adulta (Boyce et al., 2010; Nowak, 2011), ya que la desventaja socioeconómica se ha asociado a diversos factores de riesgo de la salud que pueden desencadenar enfermedades cardiovasculares y orales (caries y enfermedad periodontal), de modo que la protección de los niños contra los efectos socioeconómicos adversos podría reducir la carga de enfermedad en la adultez, proceso que requiere la participación de los profesionales de salud, investigadores (Poulton et al., 2002) y docentes.

En este sentido, los médicos, sus asistentes y enfermeras, tienen el compromiso en primera instancia, de identificar a los niños con un alto riesgo para promover en ellos conductas preventivas en torno a la salud oral e impulsar el acceso oportuno a los servicios de salud (Edelstein, 2002). Las enfermeras de pacientes pediátricos hospitalizados, son fundamentales para fomentar el cuidado dental mientras el niño o adolescente está en el hospital, oportunidad a su vez ideal para fortalecer la educación en medicina preventiva a padres y pacientes; esto las convierte en las conductoras principales de programas preventivos de salud en el servicio pediátrico (ambulatorio y de consulta externa), resaltando que se encuentran en una excelente posición para indagar, completar las historias de salud oral y educar a las familias, los niños y los adolescentes sobre la importancia de la salud oral (Peterson-Sweeney y Stevens, 2010). Sin embargo, los temas relacionados con enfermedades orales y prácticas preventivas no se tratan a profundidad en los planes de estudio de carreras diferentes a la Odontología y, aunque algunos programas están empezando a incorporar la salud oral en sus planes de estudio, todavía no se presta la suficiente atención a la salud oral (Peterson-Sweeney y Stevens, 2010).

2. Pobreza y desigualdad

Los niños pobres y de minorías, a menudo hacen parte de familias que enfrentan retos diarios, como la falta de alimentos, refugio, empleo, enfermedad u otras crisis, lo que hace que la salud bucal de los niños no sea vista como una prioridad, ya que existen otras cuestiones más inmediatas (Peterson-Sweeney y Stevens, 2010). La investigación sobre las desigualdades en salud ha crecido enormemente, ya que promueven que las personas pobres no estén relegadas como una masa indiferenciada, sino que se identifiquen como grupos particulares y vulnerables que se han visto afectados por el desbalance entre la necesidad y el recurso (Chattopadhyay, 2008), resaltando que las personas con bajos recursos tienden a padecer un mayor número de enfermedades y que debido al menor acceso a los servicios de salud, no reciben el tratamiento adecuado y oportuno, desencadenando complicaciones (Abadía, 2006).

Las disparidades entre la pobre salud oral y la falta de cuidado dental son las más evidentes entre los niños preescolares de bajos ingresos, quienes

tienen dos veces más la probabilidad de tener caries (más caries en dentición permanente) que los niños de familias con mayores ingresos y realizan menos visitas odontológicas preventivas, incrementando la carga de la enfermedad (Edelstein, 2002). Así, los pacientes que asisten al consultorio odontológico lo hacen para tratamientos de emergencia que les permitan aliviar el dolor, siendo principalmente los grupos socioeconómicamente menos favorecidos, quienes presentan mayores problemas de salud oral y, por lo tanto, mayor necesidad de tratamiento (Baelum, 2011; Edelstein, 2002).

Los ingresos familiares, la edad, la raza y la educación parental, se correlacionan con la necesidad dental insatisfecha, así que la desventaja social que esto genera se asocia con el aumento de casos de enfermos no tratados; por ejemplo, en EE.UU existen diferencias en cuanto a salud oral entre personas de raza negra, hispanos, nativos americanos y niños blancos de padres con un mayor nivel educativo, donde los niños nativos americanos presentan niveles más altos de caries en todas las edades, mientras que los niños blancos experimentan menos caries que aquellos de raza negra, hispanos y de hogares con menores ingresos (Edelstein, 2002).

Esta disparidad también se evidencia para el cáncer oral entre las razas negra y blanca, ya que las tasas de supervivencia favorecen a las mujeres y hombres blancos (Chattopadhyay, 2008). Entonces, los bajos ingresos, el bajo nivel educativo y la condición de minoría están relacionados entre sí e influyen en la salud oral (Edelstein, 2002). La incidencia de problemas dentales y de otras enfermedades como el asma y dificultades en la audición han mostrado una asociación estadísticamente significativa con los ingresos de los padres, indicando la necesidad de realizar esfuerzos para mejorar la salud de los niños de escasos recursos económicos, enfocándose en la prevención y el control; por ejemplo, en Japón se han desarrollado programas escolares para reducir la disparidad socioeconómica y su efecto en la salud oral de los niños, razón por la cual las desventajas de salud de los niños de bajos ingresos son relativamente moderadas y no se acumulan con el tiempo, contribuyendo a la salud general de la población japonesa (Nakamura, 2014).

La relación entre la posición socioeconómica y la caries dental también puede reflejar la combinación de factores biológicos con la falta de recursos materiales que permitan brindar una atención adecuada, sumados a las habilidades y el conocimiento de los padres en salud oral; por tanto, la edad de la madre puede relacionarse con sus habilidades de crianza, indicando que las intervenciones dirigidas a reducir la pobreza de la madre y a apoyar los sectores más desfavorecidos, pueden ser eficaces para mejorar las condiciones psicológicas, cognitivas, de comportamiento y de salud de los niños, incluso si sólo se centran en la reducción de las tasas de embarazo y paternidad en la adolescencia (Shaw, Lawlor y Najman, 2006), ya que las poblaciones con elevada natalidad actualmente tienen las mayores tasas de enfermedades orales y las menores en cuanto al cuidado dental (Edelstein, 2002).

Los hijos de madres adolescentes son más propensos a tener un gran número de empastes dentales, a ser fumadores regulares y consumidores de alcohol

por lo menos mensualmente, además, sus madres tienen mayor probabilidad de haber asistido a su primera cita de atención prenatal al final de la gestación, haber experimentado depresión posnatal, haber padecido depresión, tener menores ingresos, tener un menor nivel de educación, vivir en áreas residenciales problemáticas y ser solteras al momento del parto (Shaw, et al., 2006). Es importante la participación activa de padres, docentes y cuidadores de los niños, ya que ellos imitan sus hábitos de cepillado, además la inclusión de personal no especializado en el control de placa ha resultado efectiva y eficiente en programas de promoción de la salud oral, los cuales al ser aplicados a edades tempranas permiten mantener a los niños saludables y detectar oportunamente las dificultades (Corchuelo y Soto, 2014).

Otra población vulnerable es la que se encuentra en las cárceles, caracterizadas por el hacinamiento y las deficiencias en los servicios públicos y de salud, lo que va en contra de su derecho fundamental a la salud como una posibilidad real y efectiva de recibir la atención médica, odontológica (permanente o de urgencia) o psiquiátrica (Rebolledo y Carmona, 2014). En un estudio con reclusas de un centro penitenciario localizado en la zona Atlántica colombiana (donde el 45,5% presentó un nivel de escolaridad básica primaria incompleta), se encontró una inadecuada higiene bucal y la presencia de enfermedades periodontales, caries, lesiones estomatológicas y otras condiciones de morbilidad que afectan su calidad de vida (Rebolledo y Carmona, 2014).

Igualmente, existen disparidades relacionadas con salud oral en personas residentes de hogares geriátricos, quienes generalmente presentan una mala salud oral, tienen un acceso inadecuado a la atención en salud oral, poca cobertura del seguro y tasas reducidas para el uso de los servicios de atención en salud, su posición socioeconómica es baja y algunos viven en zonas rurales, todo esto hace que esta población presente muchas necesidades insatisfechas (Chattopadhyay, 2008). Esto refleja que la atención en salud oral es un fenómeno complejo que involucra: cobertura, asequibilidad, acceso geográfico, disponibilidad y participación de diversos proveedores del servicio (Edelstein, 2002).

Los esfuerzos sobre la salud deben balancearse desde la base política hasta su aplicación en el paciente sano y enfermo, lo cual requiere promover el entendimiento comprensivo y ético del cuidado de la salud (incluyendo la salud oral), la evidencia científica y una salud efectiva, costo-efectiva, sostenible, equitativa y universal, teniendo en cuenta que esto no se puede alcanzar sin un elevado nivel de compromiso y voluntad política de los servidores públicos y sus representantes electos (Baelum, 2011). Además, es esencial que los odontólogos sean cultural y comunicativamente eficaces al momento de comunicar información sobre el cuidado de la salud, de modo que los profesionales y estudiantes del área tengan acceso a procesos de educación continuada que les permitan incrementar sus habilidades en el tema (Cadoret y Garcia, 2014). Si la correlación que existe entre estas subpoblaciones y las enfermedades dentales continúa, es probable que las tasas de caries se incrementen nuevamente después de su prolongada reducción (Edelstein, 2002). En países como Colombia, la violencia, el desplazamiento y la pobreza, hacen necesaria la generación de propuestas específicas enfocadas a estas poblaciones, teniendo en cuenta su

vulnerabilidad en cuanto a la salud oral (Agudelo, Isaza, Bustamante, Martínez y Martínez, 2008).

3. Estilo de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), define el estilo de vida (EDV) como aquel:

Compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que han desarrollado durante sus procesos de socialización; estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc., dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones. (s.p.).

Los EDV reflejan normas culturales, expectativas y oportunidades determinadas por factores socioeconómicos, que influyen en el resultado de las actividades de prevención y control de las enfermedades bucales, lo cual es evidente en niños de bajos ingresos y de minorías que presentan caries, que ven afectada su calidad de vida, por lo cual hace falta fomentar EDV saludables (Baelum, 2011).

La carente orientación sobre el consumo de azúcares y carbohidratos se convierte en un factor riesgo a caries en la población (Salas, Cerón, Cadena y Mosquera, 2012), donde padres y niños de bajos ingresos consumen alimentos con alto contenido en azúcar y bajos en nutrientes, que generalmente están disponibles y son más baratos en comparación con los alimentos bajos en carbohidratos y ricos en nutrientes (Milgrom, Weinstein y Coldwell, 2009), además, las comidas rápidas han sido promovidas como alimentos de conveniencia por los medios de comunicación y a pesar de las actitudes negativas de los padres frente a su consumo, experimentan una gran presión para aceptarlo como una práctica normativa (Kahlor, Mackert, Junker y Tyler, 2011).

Los hábitos alimenticios del niño están influenciados por la presión de grupo, la accesibilidad y la comercialización, aquellos que ven televisión la mayor parte de su tiempo libre, están expuestos a los mensajes de los anunciantes y son vulnerables a la publicidad de alimentos inadecuados, a menudo perjudiciales para la salud oral y general, ya que los alimentos saludables, como frutas, verduras, granos integrales, leche y artículos de bajo contenido graso, rara vez se anuncian por este medio (Ghimire y Rao, 2013). En Brasil, un estudio mostró que en niños de 2 a 6 años, consumen fibra, calcio y vitaminas D y E en cantidades menores a las recomendadas, mientras que los niveles de grasas saturadas y sodio fueron mayores (Bueno, Fisberg, Maximino, Rodrigues Gde y Fisberg, 2013).

En EE.UU más del 60% de la población presenta sobrepeso u obesidad, los cuales son factores de riesgo de diversas enfermedades que afectan la salud general, incluyendo la oral, por lo cual los odontólogos deben aconsejar a estas personas sobre las posibles complicaciones, con el fin de disminuir la morbilidad (Pischon et al., 2007). La educación oral es provista en principio por las madres y es preferible trabajar sobre los hábitos en formación, que tratar de cambiar comportamientos establecidos en una etapa más avanzada donde la probabilidad de beneficiar la

salud oral es menor (Ibrahim et al., 2009). Para promover la salud oral en general, se debe incluir las repercusiones negativas de los EDV en la niñez y la adolescencia (Peterson-Sweeney y Stevens, 2010), con el fin de permitir a futuro cohortes de adultos con una buena calidad de vida, mayor autoestima y herramientas para mejorar sus fuentes de trabajo y bienestar (Cabello et al., 2011).

4. Caries y factores de riesgo

Existen cinco grandes determinantes de la caries: la genética y la biología, el entorno social, el entorno físico, las conductas de salud y la atención médica (Parisotto, et al., 2010). Los factores de riesgo biológicos y sociales (EDV y entorno socioeconómico, cultural y étnico), incluyen: una madre con caries activas o restauraciones, una familia de baja condición económica, un niño que con frecuencia consume alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares o hidratos de carbono y que duerme con un biberón o taza que solo contiene agua, la presencia de cavidades, la desmineralización y defectos del esmalte (relacionado con el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer) y presencia de placa bacteriana (que produce inflamación gingival) (Ng y Chase, 2013; Petti, 2010).

La mayor morbilidad y enfermedad sin tratar se presenta en niños socialmente desfavorecidos (minorías raciales o étnicas, pobres, de zonas rurales, inmigrantes), con tasas elevadas para aquellos de 2 a 5 años de edad, difícil acceso a los servicios de salud, visitas al odontólogo reducidas, dieta cariogénica, higiene oral inadecuada, bajo nivel educativo y falta de orientación temprana a los padres sobre medidas preventivas (Edelstein y Chinn, 2009; Fernández y Ramos, 2007; Mannaa, Carlén y Lingstrom, 2013; Mora y Martínez, 2000; Saimbi, Kaushal, Khan y Kumar, 2010).

Los niños de menor posición socioeconómica presentan una mayor prevalencia y severidad de caries, tanto en dentición temporal como permanente (Medina-Solis, et al., 2006), y dada la correlación entre los índices de caries y la falta de acceso a los servicios dentales con los bajos ingresos, se espera que esta condición continúen igual o tienda a empeorar (Parisotto, et al., 2010), además, los aumentos salariales para la subsistencia personal no han proporcionado mejoras a la salud (Pattussi, Marcenes, Croucher y Sheiham, 2001).

El cambio en la situación familiar, la educación, el estrés y el EDV de los padres (peso materno, dieta durante el embarazo y maternidad temprana), se asocian con el desarrollo de caries en niños en edad preescolar, lo que puede permitir identificar niños en riesgo y orientar la atención preventiva antes del desarrollo de las caries, ya que la influencia fundamental del desarrollo del niño en la primera infancia está en su hogar (Hooley, Skouteris, Boganin, Satur y Kilpatrick, 2012; Wigen y Wang, 2012). Las estimaciones sugieren que el 30% de los niños de familias de bajos ingresos presentan caries sin tratar en comparación con el 6% de los niños de familias con mayores ingresos, cuyo desarrollo se asocia con dolor y puede conducir a problemas fonéticos, nutricionales y del sueño, infecciones, problemas gastrointestinales y baja autoestima (Evans et al., 2013; Parisotto, et al., 2010).

Las disparidades socioeconómicas se han relacionado con el desarrollo de caries dental, ya que la elevada expresión de cortisol salival y el mayor crecimiento de bacterias cariogénicas, se asocian con el aumento en la vulnerabilidad física y la afectación de la dentición, por la convergencia entre los procesos biológicos, psicosociales e infecciosos relacionados con el estrés (Boyce, et al., 2010); además, en cuanto a los componentes salivales, la relación molar de las concentraciones de Calcio (Ca) y Fosfato (P), representa un factor de riesgo para el desarrollo de la caries dental en poblaciones rurales, sumada a los factores socioculturales y geográficos, ya que la concentración de estos iones en la saliva podría estar relacionada con el estado nutricional de los individuos (Cornejo, Brunotto y Hilas, 2008).

Por otra parte, la malnutrición en niños es a menudo consecuencia de comportamientos dietéticos asociados con un acceso limitado a alimentos ricos en nutrientes, frescos, económicos y bajos en azúcar y grasas inadecuadas, lo cual es difícil de controlar en poblaciones rurales y pobres, donde hay escasas tiendas con alimentos de calidad y existen creencias sobre la dieta resultantes de la falta de cultura en el tema y de las conductas alimentarias étnicas tradicionales, que incrementan el riesgo de obesidad y caries de la primera infancia (ECC por sus siglas en inglés) (Mobley, Marshall, Milgrom y Coldwell, 2009). Sin embargo, la preferencia por alimentos cariogénicos podría estar determinada por variaciones en ciertos genes relacionados con el sentido del gusto (TAS2R38, TAS1R2 y GNAT3), que representan un factor de riesgo o protector al influenciar sus hábitos dietéticos (Wendell et al., 2010).

Una dieta no balanceada e inadecuada puede conllevar a alteraciones en la cantidad y calidad del esmalte dentario, así como en la forma y número de dientes, entre otros desórdenes como xerostomía, caries y lesiones de tejidos (Luna et al., 2007). Por tanto, la orientación alimentaria para los padres, especialmente en el consumo de bebidas azucaradas y azúcares agregados a alimentos y bebidas, podría ayudar a reducir la prevalencia ECC grave, especialmente en familias de razas diversas y bajos ingresos, con niños con una alta necesidad de tratamiento, alta frecuencia de enfermedades dentales y falta de asistencia al odontólogo, pero cuyo primer contacto con sus médicos de cabecera podría aprovecharse para hacer frente a esta situación (Calonge, 2004; Evans, et al., 2013).

La oportuna identificación de la ECC, especialmente en lactantes y niños pequeños, es crucial para detectar la destrucción de la superficie dental por la caries en dientes temporales, evitando que posteriormente se presente en los dientes permanentes, así que la prevención primaria es prioritaria, comenzando por la intervención temprana a padres y cuidadores y mejorando la capacidad para identificar los niños con alto riesgo (Nowak, 2011), donde los médicos y odontólogos deben proporcionar a los padres unas instrucciones de salud oral eficaces, con base a los EDV de los niños y el comportamiento de los padres, ya que los padres de niños con un mayor riesgo de caries son más propensos a omitir las instrucciones de salud oral (Nishimura, Rodis, Matsumura y Matsumoto-Nakano, 2012).

La falta de metodologías específicas hacen que las guías de prevención no

demuestren su eficacia en la reducción de la incidencia de ECC a largo plazo, además, los proveedores de la atención en salud deben promover conductas alimentarias saludables en las mujeres embarazadas, padres y familias y deben abogar por políticas y programas gubernamentales que disminuyan las barreras financieras y educativas de los padres para lograr una alimentación sana (Mobley et al., 2009; Petti, 2010).

Existen pocos programas enfocados a combatir los problemas de salud en niños de poblaciones deprimidas, señalando la necesidad de implementar programas preventivos donde la salud oral se reconozca como parte integral de la salud (Saxena V. y Saxena S., 2011). Por ejemplo, en niños hispanos e inmigrantes con altos niveles de caries, especialmente en aquellos con niveles elevados de especies bacterianas anaerobias, no se presentaron diferencias significativas en la microbiota de caries en relación con el origen étnico o estatus migratorio, sugiriendo que los programas de prevención y tratamiento deben enfocarse a poblaciones desfavorecidas, pero no centrarse en los subgrupos de ellas (Soncini et al., 2010).

La prevención de la caries es relevante para ancianos, adultos, adolescentes y niños. El servicio de salud dental para adultos, se basa generalmente en visitas de rutina para detectar de manera temprana la enfermedad y en tratamientos restaurativos y rehabilitación, pero no se centra en la promoción, donde se cuentan con procedimientos como el raspaje y pulido, uso de fluoruros tópicos, instrucciones de higiene oral y educación como intervenciones preventivas, resaltando que aquellos con menores ingresos y socialmente en desventaja tienen menos acceso (Baelum, 2011). Además, el aumento en la esperanza de vida resulta en un incremento en la caries radicular y recesión gingival en los adultos mayores, colocándolos a un mayor riesgo de enfermedad periodontal, debido a factores clínicos y de comportamiento que incluyen el nivel socioeconómico, el flujo salival y la presencia de prótesis dentales (Gati y Vieira, 2011).

5. Conclusiones

La desigualdad en la salud oral es evidente, por lo cual el personal odontológico y médico tiene el compromiso de identificar los pacientes con alto riesgo, para promover comportamientos positivos y acceso oportuno a la atención en salud oral (Edelstein, 2002). Esto requiere un cambio de enfoque hacia la prevención primaria, comenzando por el niño al momento de la erupción de su primer diente (Nowak, 2011). Las herramientas de enseñanza apropiadas deben direccionarse a la población de acuerdo a sus necesidades, con prácticas que permitan realizar un seguimiento a los servicios de detección y atención dental (Peterson-Sweeney y Stevens, 2010). Se necesitan más programas de educación en salud oral para beneficiar y mejorar la salud de la población (Gati y Vieira, 2011), para lo cual es fundamental el papel de las Universidades, las empresas y el Estado, teniendo en cuenta el contexto particular de las poblaciones vulnerables.

6. Conflicto de intereses

Las autoras de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses sobre el trabajo presentado.

Referencias

- Abadía, C. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica*, 12(1), 9-22.
- Agudelo, A., Isaza, L., Bustamante, D., Martínez, C. y Martínez, C. (2008). Perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de población desplazada y destechada. *CES Odont*, 21(2), 17-24.
- Baelum, V. (2011). Dentistry and population approaches for preventing dental diseases. *J Dent*, 39(2), S9-19.
- Boyce, W., Den Besten, P., Stamperdahl, J., Zhan, L., Jiang, Y., Adler, N. y Featherstone, J. (2010). Social inequalities in childhood dental caries: the convergent roles of stress, bacteria and disadvantage. *Soc Sci Med*, 71(9), 1644-1652.
- Bueno, M., Fisberg, R., Maximino, P., Rodrigues Gde, P. y Fisberg, M. (2013). Nutritional risk among Brazilian children 2 to 6 years old: a multicenter study. *Nutrition*, 29(2), 405-410.
- Cabello, I., Rodríguez, G., Tapia, R., Jara, G., Soto, Q. y Venegas, C. (2011). Recursos humanos odontológicos y necesidades de tratamiento de caries en adolescentes de 12 años en Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*, 4(2), 45-49.
- Cadoret, C. y Garcia, R. (2014). Health disparities and the multicultural imperative. *J Evid Based Dent Pract*, 14 Suppl, 160-170 e161.
- Calonge, N. (2004). Prevention of dental caries in preschool children: recommendations and rationale. *Am J Prev Med*, 26(4), 326-329.
- Corchuelo, J. y Soto, L. (2014). Evaluación de la higiene oral en preescolares a través del monitoreo de placa bacteriana realizado por padres de familia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 25(2), 313-324.
- Cornejo, L., Brunotto, M. y Hilas, E. (2008). Salivary factors associated to the prevalence and increase of dental caries in rural schoolchildren. *Rev Saude Publica*, 42(1), 19-25.
- Chattopadhyay, A. (2008). Oral health disparities in the United States. *Dent Clin North Am*, 52(2), 297-318, vi.
- Edelstein, B. (2002). Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr*, 2(2), 141-147.
- Edelstein, B. y Chinn, C. (2009). Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Acad Pediatr*, 9(6), 415-419.
- Evans, E., Hayes, C., Palmer, C., Bermudez, O., Cohen, S. y Must, A. (2013). Dietary intake and severe early childhood caries in low-income, young children. *J Acad Nutr Diet*, 113(8), 1057-1061.
- Fernández, M. y Ramos, I. (2007). Riesgo de aparición de caries en preescolares. Humo Alto. Estado Lara, 2006. *Acta Odontol Venez*, 45(2), 1-7.
- Gati, D. y Vieira, A. (2011). Elderly at greater risk for root caries: a look at the multifactorial risks with emphasis on genetics susceptibility. *Int J Dent*, 2011, 647168.
- Ghimire, N. y Rao, A. (2013). Comparative evaluation of the influence of television advertisements on children and caries prevalence. *Glob Health Action*, 6, 20066.

- Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J. y Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*, 40(11), 873-885.
- Ibrahim, S., Nishimura, M., Matsumura, S., Rodis, O., Nishida, A., Yamanaka, K. y Shimono, T. (2009). A longitudinal study of early childhood caries risk, dental caries, and life style. *PDJ*, 19(2), 174-180.
- Kahlor, L., Mackert, M., Junker, D. y Tyler, D. (2011). Ensuring children eat a healthy diet: a theory-driven focus group study to inform communication aimed at parents. *J Pediatr Nurs*, 26(1), 13-24.
- Lashley, M. (2008). Promoting oral health among the inner city homeless: a community-academic partnership. *Nurs Clin North Am*, 43(3), 367-379, viii.
- Luna, L., Ramos, K., González, F., Fernández, E., Herrera, E., Royero, M. y Arzuza, M. (2007). *Relación entre el estado de salud oral y nutricional de niños escolarizados entre 5 y 12 años de las escuelas oficiales de Cartagena apadrinados por la Fundación Mamonal*. Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias.
- Mannaa, A., Carlén, A. y Lingstrom, P. (2013). Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children - A cross-sectional study. *JDS*, 8(2), 101-108.
- Medina-Solis, C., Maupome, G., Pelcastre-Villafuerte, B., Avila-Burgos, L., Vallejos-Sanchez, A. y Casanova-Rosado, A. (2006). Socioeconomic inequalities in oral health: dental caries in 6 to 12 year-old children. *Rev Invest Clin*, 58(4), 296-304.
- Milgrom, P., Weinstein, P. y Coldwell, S. (2009). Malnutrition as an aetiological factor in dental caries disparity. In M. Wilson (Ed.), *Food constituents and oral health* (pp. 381-395).
- Ministerio de Educación Nacional (MEN). (s.f.). Población vulnerable. Recuperado de <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-82770.html>
- Mobley, C., Marshall, T., Milgrom, P. y Coldwell, S. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr*, 9(6), 410-414.
- Mora, L. y Martínez, J. (2000). Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyay y Cartuja de Granada capital. *Aten Primaria*, 26(6), 398-404.
- Nakamura, S. (2014). Parental income and child health in Japan. *J Japanese Int Economies*, 32, 42-55.
- Navas, P., Rojas, T., Zambrano, O., Álvarez, C., Santana, Y. y Vierna, N. (2002). Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *INCI*, 27(11), 631-634.
- Ng, M. y Chase, I. (2013). Early childhood caries: risk-based disease prevention and management. *Dent Clin North Am*, 57(1), 1-16.
- Nishimura, M., Rodis, M., Matsumura, S. y Matsumoto-Nakano, M. (2012). Influences of diet on caries activities and caries-risk grouping in children, and changes in parenting behavior. *PDJ*, 22(2), 117-124.

- Nowak, A. (2011). Paradigm shift: Infant oral health care—primary prevention. *J Dent*, 39 Suppl 2, S49-55.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Campaña del día mundial de la salud. Recuperado de <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
- Parisotto, T., Steiner-Oliveira, C., Duque, C., Peres, R., Rodrigues, L. y Nobre-dos-Santos, M. (2010). Relationship among microbiological composition and presence of dental plaque, sugar exposure, social factors and different stages of early childhood caries. *Arch Oral Biol*, 55(5), 365-373.
- Pattussi, M., Marcenés, W., Croucher, R. y Sheiham, A. (2001). Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med*, 53(7), 915-925.
- Peterson-Sweeney, K. y Stevens, J. (2010). Optimizing the health of infants and children: their oral health counts! *J Pediatr Nurs*, 25(4), 244-249.
- Petti, S. (2010). Why guidelines for early childhood caries prevention could be ineffective amongst children at high risk. *J Dent*, 38(12), 946-955.
- Pischon, N., Heng, N., Bernimoulin, J., Kleber, B., Willich, S. y Pischon, T. (2007). Obesity, inflammation, and periodontal disease. *J Dent Res*, 86(5), 400-409.
- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B., Thomson, W., Taylor, A., Sears, M. y Moffitt, T. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*, 360(9346), 1640-1645.
- Rebolledo, M. y Carmona, Z. (2014). Estado de salud bucal en reclusas de un centro penitenciario del Atlántico. *RCIO*, 4(11), 1-7.
- Rengifo-Reina, H. y Corchuelo-Ojeda, J. (2009). [Inequalities in oral health services in Cali, Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogotá)*, 11(4), 526-537.
- Saimbi, C., Kaushal, S., Khan, M. y Kumar, A. (2010). Prevalence of caries in rural area children. *JPFA*, 24, 62-66.
- Salas, A., Cerón, X., Cadena, A. y Mosquera, C. (2012). Historia de caries en población escolarizada de 5 y 12 años en el corregimiento de Genoy municipio de Pasto - 2008. *RCIO*, 3(7), 1-9.
- Saxena, V. y Saxena, S. (2011). Prevalence of dental caries among children of SOS children's village. *JPFA*, 25, 159-162.
- Shaw, M., Lawlor, D. y Najman, J. (2006). Teenage children of teenage mothers: psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Soc Sci Med*, 62(10), 2526-2539.
- Soncini, J., Kanasi, E., Lu, S., Nunn, M., Henshaw, M. y Tanner, A. (2010). Oral microbiota of children in a school-based dental clinic. *Anaerobe*, 16(3), 278-282.
- Wendell, S., Wang, X., Brown, M., Cooper, M., DeSensi, R., Weyant, R., ... Marazita, M. (2010). Taste genes associated with dental caries. *J Dent Res*, 89(11), 1198-1202.

Wigen, T. y Wang, N. (2012). Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Norsk Epidemiologi*, 22(1), 13-19.

Woan, J., Lin, J. y Auerswald, C. (2013). The health status of street children and youth in low- and middle-income countries: a systematic review of the literature. *J Adolesc Health*, 53(3), 314-321 e312.