



World Alliance for Mercury-Free Dentistry
Alliance Mondiale pour une dentisterie sans mercure
Всемирный альянс за стоматологию без ртути
Alianza Mundial por una Odontología Sin Mercurio
التحالف العالمي لطب أسنان خال من الزئبق
世界无汞牙科联盟

Hacer cumplir la Enmienda de los Niños: es la ley del tratado. Fecha límite: 28 setiembre 2023

¡No empastes de mercurio para niños! ¡No empastes de mercurio para mujeres embarazadas y lactantes!

El 50% de la amalgama dental es mercurio.

Para proteger a los grupos de población más vulnerables de las amalgamas, las Partes agregaron la **Enmienda de los Niños** al Convenio de Minamata: “Excluir o no permitir, tomando las medidas apropiadas, o recomendar no hacer uso de la amalgama dental para el tratamiento dental de dientes temporales en pacientes menores de 15 años, y de mujeres embarazadas y lactantes, excepto cuando el odontólogo lo considere necesario en función de las necesidades del paciente.”

Las partes deben actuar. Deben elegir una de varias rutas para hacer cumplir la Enmienda de los Niños:

1. Eliminar progresivamente todo uso de amalgama: Cada año crece la lista de países que prohíben el uso de amalgama o adoptan una fecha próxima para su fin: África: Tanzania, Gabón, Uganda; Estados Árabes: Bahrein, Kuwait, Qatar, Emiratos Árabes Unidos; Asia: Mongolia, Nepal, Filipinas, Indonesia, Japón; *Islas:* San Cristóbal y Nieves, Nueva Caledonia; *Europa:* la UE de 27 naciones, Moldavia, Noruega.¹

2. No a las amalgamas en los niños: Decenas de países prohibieron el uso de amalgamas en los niños: Asia: Bangladesh, China, Tailandia, Vietnam; Estados árabes: Arabia Saudita; África: Túnez, Mauricio, Zambia; GRULAC: Ecuador, Panamá; Europa: Albania, Islandia y Reino Unido. Muchos en esta lista también terminaron con amalgama en mujeres embarazadas y en período de lactancia.²

La Alianza Mundial insta: No a la amalgama en programas públicos: Bolivia, El Salvador, Paraguay, Perú, Guyana, Uruguay, Santa Lucía y Mozambique terminaron con el uso de amalgama en programas públicos. ¡Es fundamental proteger a las poblaciones con menos recursos!³

3. Recomendar a dentistas, fabricantes, consumidores y padres: detener la amalgama en poblaciones vulnerables: los países que no estén preparados para prohibirla total o parcialmente deben recomendar a las partes interesadas que pongan fin ahora al uso de amalgama en niños y mujeres embarazadas y lactantes. ¡Ningún país Parte puede quedarse cruzado de brazos! Como mínimo, las Partes deberían exigir información clara en seguridad, exigir advertencias a los fabricantes, imprimir folletos para los pacientes, cambiar el plan de estudios de las escuelas de odontología, etc. Estados Unidos y Canadá, a través de sus agencias de salud, adoptaron tales recomendaciones.⁴

Información / Apoyo

Director dental: Dr. Graeme Munro-Hall, gmh@steeps.net

Africa: Dr. Gilbert Kuepouo, gkuepouo@gmail.com
Griffins Ochieng, ogriffins@cejadkenya.org

Estados Árabes: Ziyad Alawneh, ziyadalawneh@gmail.com

Estados insulares: Hemsing Hurrinag, panadion@gmail.com

Mundial: Shahriar Hossain, shahriar25@gmail.com

América Latina: María Cárcamo, coord@rapaluruaguay.org

Europe: Florian Schulze, florian.schulze@envmed.org

Asia: Siddika Sultana, siddika@esdo.org

North America: Charlie Brown, charlie@toxiceeth.org

Beneficios de hacer cumplir la enmienda de los niños

- Hay empastes sin mercurio disponibles para niños. Como explica el informe de la Organización Mundial de la Salud Uso futuro de materiales para la restauración dental, “Existen materiales de restauración alternativos de calidad suficiente para su uso en la dentición temporal [láctea] de los niños.”⁵ Entre la irrelevancia de la longevidad de los empastes en dientes de leche de corta duración y las mayores tasas de falla de la amalgama en estos dientes ⁶, el uso de amalgama en lugar de empastes sin mercurio en niños ya no puede estar justificado. Al poner fin al uso de amalgamas en niños menores de 15 años y mujeres embarazadas y lactantes, la implementación de la Enmienda Infantil protege a las personas más vulnerables al mercurio.
- **La Enmienda de los Niños protege el medio ambiente:** anualmente se utilizan entre 226 y 322 toneladas de mercurio dental en todo el mundo.⁷ El mercurio dental ingresa al medio ambiente a través de muchas rutas peligrosas, contaminando (1) el aire a través de la cremación, las emisiones de las clínicas dentales y la incineración de lodos; (2) agua proveniente de descargas de clínicas dentales y desechos humanos; y (3) suelo a través de vertederos, entierros y fertilizantes.⁸ Como resultado, muchos niños en todo el mundo están expuestos a una doble dosis de mercurio de la amalgama: primero cuando se implanta en sus dientes y una segunda vez cuando contamina su medio ambiente y el pescado que comen. Los estudios demuestran que después de tener en cuenta los costos ambientales, la amalgama es más cara que el composite.^{9,10} Al reducir el consumo de amalgama, la implementación de la Enmienda de los Niños protege el medio ambiente.
- **La Enmienda Infantil protege y mejora la salud bucal:** los estudios demuestran que los empastes compuestos sin mercurio pueden durar tanto (e incluso más) que la amalgama (aunque este hecho no es relevante para los dientes de leche de corta duración en los niños).^{11,12,13,14,15,16,17,18} Los empastes sin mercurio también ofrecen ventajas tanto para la salud como para ahorrar costos sobre la amalgama. En primer lugar, los empastes sin mercurio preservan la estructura dental que debe retirarse para colocar un empaste de amalgama, lo que puede aumentar la longevidad del diente.^{19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29} En segundo lugar, los empastes sin mercurio pueden ayudar a prevenir futuras caries. En tercer lugar, el composite puede ser más fácil de reparar que la amalgama.^{30,31,32} Al promover el uso de empastes sin mercurio, la implementación de la Enmienda Infantil protege la salud bucal.

¡Paren de colocar mercurio en la boca de nuestros niños!

¹ First full national reports of the Minamata Convention on Mercury due by 31 December 2021, <https://www.mercuryconvention.org/en/parties/reporting>; Minamata Convention Initial Assessments (MIAs)

² Regulation (EU) 2017/852 of the European Parliament and of the Council of 17 May 2017 on mercury, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0852&from=EN>

³ First full national reports of the Minamata Convention on Mercury due by 31 December 2021 and other national submissions to the Secretariat of the Convention

⁴ USA: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/recommendations-about-use-dental-amalgam-certain-high-risk-populations-fda-safety-communication>;

Canada: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/reports-publications/medical-devices/safety-dental-amalgam-health-canada-1996.html>

⁵ World Health Organization, *Future Use of Materials for Dental Restoration* (2011), http://www.who.int/oral_health/publications/dental_material_2011.pdf, p.35

⁶ Reinhard Hickel et al., *Longevity of occlusally-stressed restorations in posterior primary teeth*, AMERICAN JOURNAL OF DENTISTRY, Vol. 18, No. 3, June 2005

⁷ UN Environment (2017): *Global mercury supply, trade and demand*. United Nations Environment Programme, Chemicals and Health Branch. Geneva, Switzerland, 2017.

⁸ Concorde East West, *The Real Cost of Dental Mercury* (March 2012), http://www.zeromercury.org/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=158%3Athe-real-cost-of-dental-mercury&Itemid=70

⁹ Concorde East/West, *The Real Cost of Dental Mercury* (March 2012), <https://mercuryfreedentistry.files.wordpress.com/2016/02/the-real-cost-of-dental-mercury.pdf>, pp.3-4

¹⁰ Lars D. Hylander & Michael E. Goodsite, *Environmental Costs of Mercury Pollution*, Science of the Total Environment 368 (2006) 352-370

¹¹ Palotie, U. et al. 2017, *Longevity of 2- and 3-surface restorations in posterior teeth of 25- to 30-year-olds attending public dental Service—A 13-year observation*. Journal of Dentistry 62, 13-17

¹² Vieira AR et al. (2017) *A Pragmatic Study Shows Failure of Dental Composite Fillings Is Genetically Determined: A Contribution to the Discussion on Dental Amalgams*. Front. Med. 4:186.

¹³ Owen, Benjamin D., et al. *Placement and replacement rates of amalgam and composite restorations on posterior teeth in a military population*. U.S. Army Medical Department Journal, July-Sept. 2017, p. 88+

¹⁴ McCracken MS, et al. *A 24-month evaluation of amalgam and resin-based composite restorations: Findings from the National Dental Practice-Based Research Network*. J Am Dent Assoc. 2013;144(6):583-593

¹⁵ Heintze, S.D. & Rousson, V. 2012, *Clinical effectiveness of direct class II restorations - a meta-analysis*, The journal of adhesive dentistry, vol. 14, no. 5, p.408

¹⁶ N.J.M. Opdam, E.M. Bronkhorst, B.A.C. Loomans, and M.-C.D.N.J.M. Huysmana, *12-Year Survival of Composite vs. Amalgam Restorations*, JOURNAL OF DENTAL RESEARCH (October 2010), Vol. 89, 10: pp. 1063-1067

¹⁷ Opdam NJ, Bronkhorst EM, Roeters JM, Loomans BA. A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations. Dent Mater 2007;23(1):2-8

¹⁸ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.69

¹⁹ I. A. Mjor and A. Jokstad, *Five-year study of Class II restorations in permanent teeth using amalgam, glass polyalkenoate (ionomer) cermet and resin-based composite materials*, J. Dent. 1993; 21: 338-343

²⁰ Walls AW, et al. *The management of occlusal caries in permanent molars. A clinical trial comparing a minimal composite restoration with an occlusal amalgam restoration*. Br Dent J 1988; 164: 288-292, pp.363, 366

²¹ Donovan TE, *Longevity of the tooth/restoration complex: a review*, Journal of the California Dental Association [01 Feb 2006, 34(2):122-128], https://www.cda.org/Portals/0/journal/journal_022006.pdf

²² JIM Roeters, ACC Shortall, and NJM Opdam, *Can a single composite resin serve all purposes?*, BRITISH DENTAL JOURNAL 199, 73 - 79 (2005), <http://www.nature.com/bdj/journal/v199/n2/full/4812520a.html>

²³ Christopher D. Lynch, et. al., *Minimally invasive management of dental caries: Contemporary teaching of posterior resin-based composite placement in U.S. and Canadian dental schools*, J AM DENTA ASSOC 2011; 142; 612-620

²⁴ Andre V. Ritter, DDS, MS, *Clinical Techniques: A Review of Posterior Composites*, ADA Professional Product Review (Oct. 2011), p.3

²⁵ Joseph B. Dennison, DDS, MS & James C. Hamilton, DDS, *Treatment Decisions and Conservation of Tooth Structure*, Dent Clin N Am 49 (2005) 825-845

²⁶ NJM Opdam et al. (2016) *From 'Direct Versus Indirect' Toward an Integrated Restorative Concept in the Posterior Dentition*. Operative Dentistry: September 2016, Vol. 41, No. 57, pp.S27-S34

²⁷ *Norway Directorate for Health and Social Affairs, A National Clinical Guideline for the Use of Dental Filling Materials: Information for Dental Health Care Personnel*, pp. 6, 8, 15

²⁸ European Commission Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks, *Final opinion on the safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users* (2015), p.69

²⁹ BIO Intelligence Service (2012), *Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries*, Final report prepared for the European Commission-DG ENV, p.77

³⁰ JIM Roeters, ACC Shortall, and NJM Opdam, *Can a single composite resin serve all purposes?*, BRITISH DENTAL JOURNAL 199, 73 - 79 (2005), <http://www.nature.com/bdj/journal/v199/n2/full/4812520a.html>

³¹ Christopher D. Lynch, et. al., *Minimally invasive management of dental caries: Contemporary teaching of posterior resin-based composite placement in U.S. and Canadian dental schools*, J AM DENTA ASSOC 2011; 142; 612-620,

³² Niek J.M. Opdam, *Longevity of repaired restorations: A practice based study*, Journal of Dentistry 40 (2012) 829 - 835