

ODONTOLOGÍA MATERNO INFANTIL

Prof. Dra. María Alejandra
Lipari Valdés
Depto. del Niño y ODM



La Salud Bucal es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida.

La Política de Salud Bucal está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considera además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.



Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios Década 2011 - 2020



OBJETIVOS SANITARIOS 2011 - 2020

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD
Para el cumplimiento de los
Objetivos Sanitarios de la Década
2011-2020

Objetivo de Impacto

2.9 Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, con énfasis en los más vulnerables

INDICADOR	META	2010	2015	2020
Prevalencia de libres de caries* en niños de 6 años	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries* en niños de 6 años	29,6%	32,0%	40,0%
Promedio de dientes dañados por caries* en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries* en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2 dientes	2,1 dientes	1,9 dientes

Meta en población sana

Disminución de brecha de equidad

Intervención en promoción de salud y prevención de patologías bucales a temprana edad

Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales

El Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales recoge los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (33), el enfoque de equidad y determinantes sociales (34) y la evidencia científica disponible.

Figura 2: Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales



Figura 4: Programas de atención odontológica desarrollados en atención primaria de salud



*HER: Hombres de Escasos Recursos



ORIENTACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS
PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA
SEMBRANDO SONRISAS 2019

SEMBRANDO
SONRISAS

División de Atención Primaria, Unidad Odontológica

MINSAL
2019



Objetivo del Programa Sembrando Sonrisas

Mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia fomentando la promoción y prevención de la salud bucal, a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas.

Acerca del Programa

Componentes:

- a. Examen de salud
- b. Educación, técnica de cepillado.
- c. Aplicación 2 veces al año de Barniz de Flúor
- d. Entrega de kit de pastas y cepillos de dientes.

Plan Nacional de Salud Bucal 2018 – 2030

MISIÓN

Contribuir a elevar la calidad de vida de toda la población a través del Plan Nacional de Salud Bucal, sobre la base de los principios del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo la intersectorialidad y participación social con énfasis en equidad e inclusión, promoviendo la formación y el desarrollo del equipo de salud acorde a las necesidades de salud bucal de las personas.

VISIÓN

Toda la población valora su salud bucal, cuenta con las oportunidades y condiciones para mantener y disfrutar el más alto nivel de salud posible, que contribuya positivamente en su calidad de vida, sintiéndose segura y protegida.

OBJETIVO NACIONAL

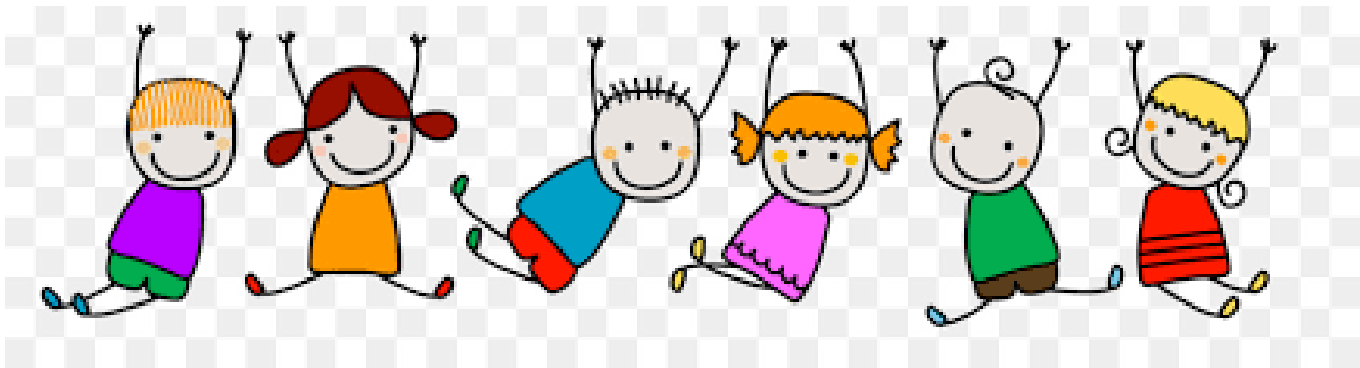
Mejorar el estado de salud bucal de la población y reducir las desigualdades injustas.



ODONTOLOGÍA MATERNO INFANTIL (OMI)

La Odontológica Materno Infantil debe ser realizada desde la concepción y procura fortalecer el vínculo madre-niño. El equipo de odontología debe estar preparado para la actuación en toda la red de atención a la mujer y el niño, proponiendo acciones de promoción y educación en salud, acompañamiento preventivo, diagnóstico precoz, intervención clínica adecuada y oportuna.

<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-5/>





Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Guía Clínica AUGÉ

Salud Oral Integral de la Embarazada

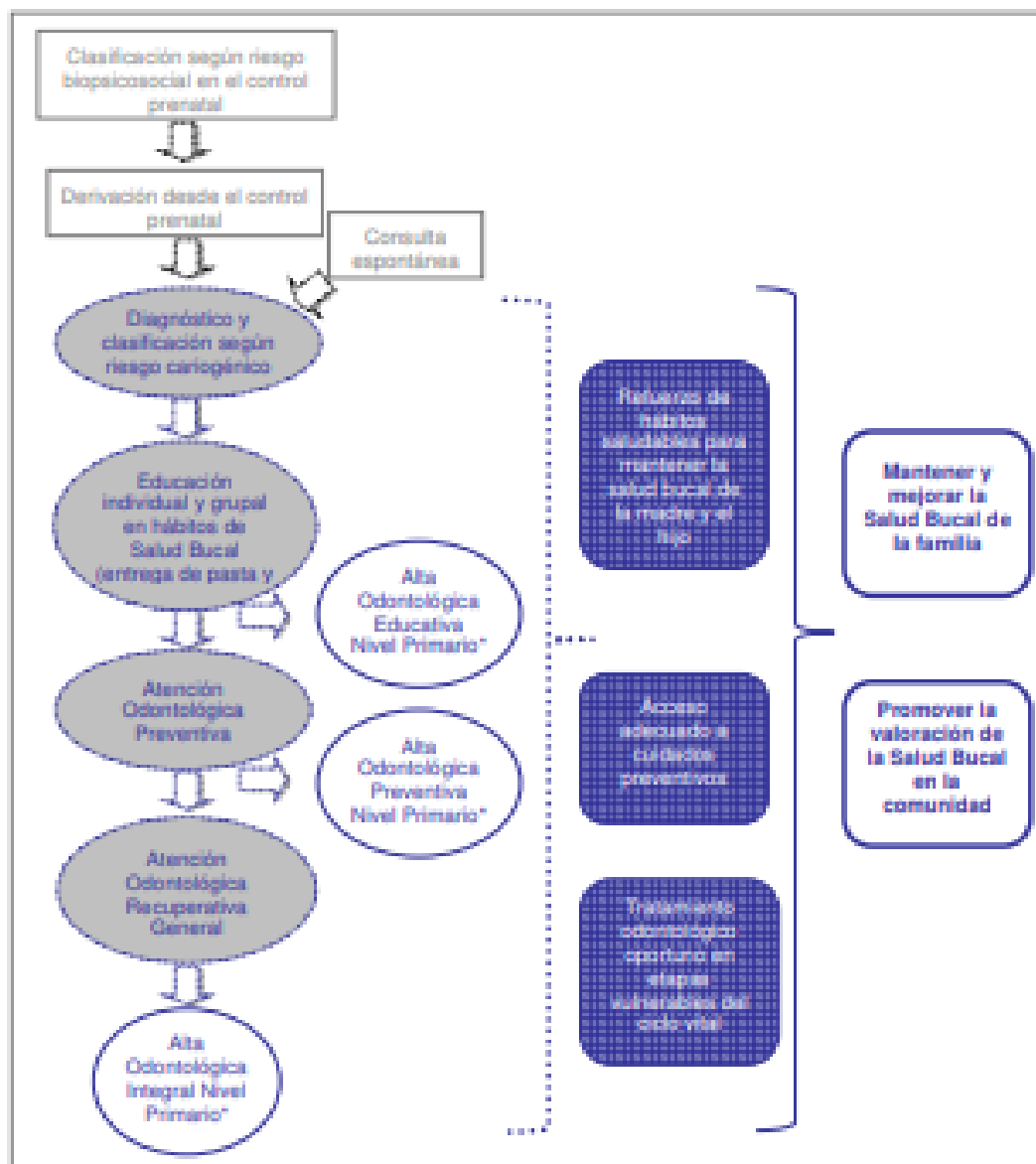
Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Departamento de Prevención y Control de Enfermedades
Secretaría Técnica AUGÉ

FLUJOGRAMAS

Figura 1. Flujoograma de la atención odontológica general para la mujer embarazada (Nivel primario)



- **Carga bacteriana y riesgo de caries en lactantes**

El desarrollo de caries en niños menores de 6 años se ha asociado a diversos factores de riesgo relacionadas con la madre y el hijo. Cogulu et al describen la colonización temprana por *S. mutans*, la acumulación de biofilm en el niño y las prácticas que favorecen la transmisión bacteriana desde la madre al hijo (compartir cucharas durante las comidas) como importantes factores de riesgo de caries en niños. **Nivel de Evidencia 2 (20)** Warren et al encontraron luego de 18 meses de seguimiento, que la presencia de streptococcus mutans (SM) en los niños (OR: 4,4; IC95%: 1,4-13,9) y el consumo de bebidas azucaradas en los niños (OR: 3,0; IC95%: 1,1-8,6) son los principales factores de riesgo de caries en los menores de 2 años. **Nivel de Evidencia 2 (21)** Seow et al también asocian la presencia de placa visible y *S. mutans* en los niños menores de 4 años con caries temprana de la infancia, destacando además el rol que juegan las características psicológicas de la madre (síntomas de ansiedad o depresión) en las prácticas de higiene y alimentación de sus hijos. **Nivel de Evidencia 2 (22)**

Douglass et al revisaron los estudios publicados entre 1975 y 2006 sobre las fuentes de transmisión del grupo bacteriano streptococcus mutans (SM) en los niños y la efectividad de las intervenciones para reducir esta transmisión desde el cuidador hacia los niños. Los autores concluyen que la madre es la principal fuente de transmisión de SM hacia el niño. Sin embargo, se requieren nuevos estudios de buena calidad metodológica para determinar la efectividad de terapias microbiológicas en la madre para disminuir el riesgo de caries en sus hijos. **Nivel de evidencia 1 (23)**

Otros autores han estudiado distintas fuentes potenciales de transmisión de SM. Alves et al evaluaron la transmisión de SM en niños menores de 13 meses que asistían a sala cunas en Brasil. Los resultados indican que existe la transmisión horizontal entre niños que asisten a las sala cunas, lo que sugiere la existencia de múltiples fuentes de transmisión de SM en las etapas iniciales de la colonización. **Nivel de Evidencia 2 (24)** Más aún, Mitchell et al, a través de análisis genético del biofilm de madres y niños con caries severas de la infancia, encontraron que la transmisión de SM desde la madre al hijo ocurrió solo en el 41% de estos niños y que en el 74% de los niños estudiados se encontraron genotipos que no coinciden con los de la madre. Esto refuerza la idea de las fuentes múltiples de transmisión de SM en los niños pequeños. **Nivel de Evidencia 3 (25)**

Si bien la madre no es la única fuente de transmisión, distintos estudios destacan su importancia. En Suecia, un estudio transversal demostró que las madres de niños(as) de 18 meses y tres años que presentaban altos índices salivales de *S. mutans* se relacionaban con altos niveles de bacterias en la boca de sus hijos. **Nivel de Evidencia 3 (26)** Kishi et al, en un estudio transversal de binomios madre/hijo, encontraron que altos niveles salivales de *S. mutans* y *S. sobrinus* en la madre se relacionan con la colonización bacteriana (OR: 2,96;

$p=0,024$) y la prevalencia de caries (OR: 9,39; $p=0,003$) en sus hijos a los 2,5 años de edad. **Nivel de Evidencia 3 (27)** Agarwal et al también destacan el rol de la carga bacteriana de la madre y la dieta materna alta en consumo de azúcar como factores de riesgo de caries temprana de la infancia de sus hijos menores de 5 años en India. **Nivel de Evidencia 2 (28)** Las medidas para evitar la transmisión bacteriana entre madre e hijo relacionadas con las prácticas de alimentación (por ejemplo, compartir cucharas) no son suficientes para prevenir el desarrollo de caries en niños de 3 años, siendo necesario un abordaje preventivo integral que considere los cuidados de salud bucal (cepillado, uso de fluoruros) y dieta (consumo de azúcar) de los niños. **Nivel de Evidencia 3 (29)**

El retraso de la colonización por SM en los niños puede aumentar el tiempo libre de caries en la dentición temporal y disminuir la severidad de la enfermedad. Laitala et al demostraron que los niños que no fueron colonizados por SM a los 2 años retrasaron en 3 años la aparición de caries, en comparación con los niños que sí evidenciaron colonización de SM a esa misma edad (edad promedio de aparición de la primera caries en niños no colonizados por SM: 8 años; en niños colonizados por SM: 4,6 años; $p<0,001$). A los 6 años, los niños no colonizados por SM a los 2 años tenían índice ceo de 1,29, mientras que los niños colonizados a los 2 años tenía ceo de 3,68 ($p<0,001$). Los autores concluyen que estrategias tendientes a evitar la transmisión de SM de la madre al hijo pueden contribuir a prevenir y controlar el desarrollo de caries en los niños. **Nivel de Evidencia 2 (30)** Las medidas para disminuir la colonización bacteriana en el niño incluyen la reducción de los reservorios de *Streptococcus mutans* en la madre, la interrupción de la transmisión bacteriana entre la madre y el hijo y la implementación de medidas preventivas en el niño. **Nivel de Evidencia 4 (11)**

La atención de salud bucal durante el embarazo tiene la capacidad de beneficiar tanto a la madre como a su futuro hijo, mejorando el estado de salud bucal de la madre, disminuyendo la transmisión de *S. mutans* entre madre e hijo y entregando guías anticipatorias para favorecer el cuidado de la salud bucal y la prevención de caries tempranas de la infancia. **Nivel de Evidencia 4 (31)** El establecer conductas favorables en las madres puede tener un efecto positivo en la salud bucal de sus hijos, según lo demuestra el estudio de Okada et al en el que se apreció una correlación positiva entre las condiciones de salud y hábitos favorables de los progenitores y los resultados de salud medidos en caries y salud gingival de sus hijos. (32)

De acuerdo con la conceptualización más reciente de su patogénesis, la caries dental puede considerarse como una disbiosis ecológica dependiente de azúcares causada por patobiontes.

- ***Enfermedad periodontal y riesgo de parto prematuro y/o bajo peso al nacer***

Teorías recientes sugieren que la enfermedad periodontal puede afectar el resultado del embarazo por mecanismos relacionados con el aumento de la circulación de patógenos y marcadores inflamatorios. Las gestantes con periodontitis pueden experimentar bacteremias más severas y frecuentes. Como resultado, la cavidad uterina se ve expuesta y/o colonizada por bacterias periodontales o sus productos (por ejemplo, lipopolisacáridos). Una vez que éstos alcanzan la unidad materno-fetal, las bacterias orales pueden generar una cascada inflamatoria que conduce a trabajo de parto anticipado. Un segundo mecanismo no requiere de bacterias orales que colonicen el útero grávido. En este caso, las citoquinas generadas en el tejido periodontal inflamado pueden ingresar a la circulación sistémica y precipitar una cascada inflamatoria similar que deriva en un trabajo de parto prematuro. (45)

Numerosas investigaciones se han desarrollado en relación a la vinculación de enfermedad periodontal y resultados adversos del embarazo. Las grandes dificultades para llegar a conclusiones definitivas en estos estudios han sido el tamaño insuficiente de la muestra, definiciones variables de enfermedad periodontal y parto prematuro, y presencia de factores contundentes. (46)



Los 1000 días son un período de rápido crecimiento y desarrollo significativo: a medida que el cuerpo y los órganos crecen, se desarrollan el cerebro, el sistema digestivo y el sistema inmune. Es el momento de la vida donde se alcanza la mayor velocidad de crecimiento y los nutrientes ingeridos son fundamentales para facilitar el proceso.

El consumo de los nutrientes adecuados es fundamental para facilitar este crecimiento y desarrollo.

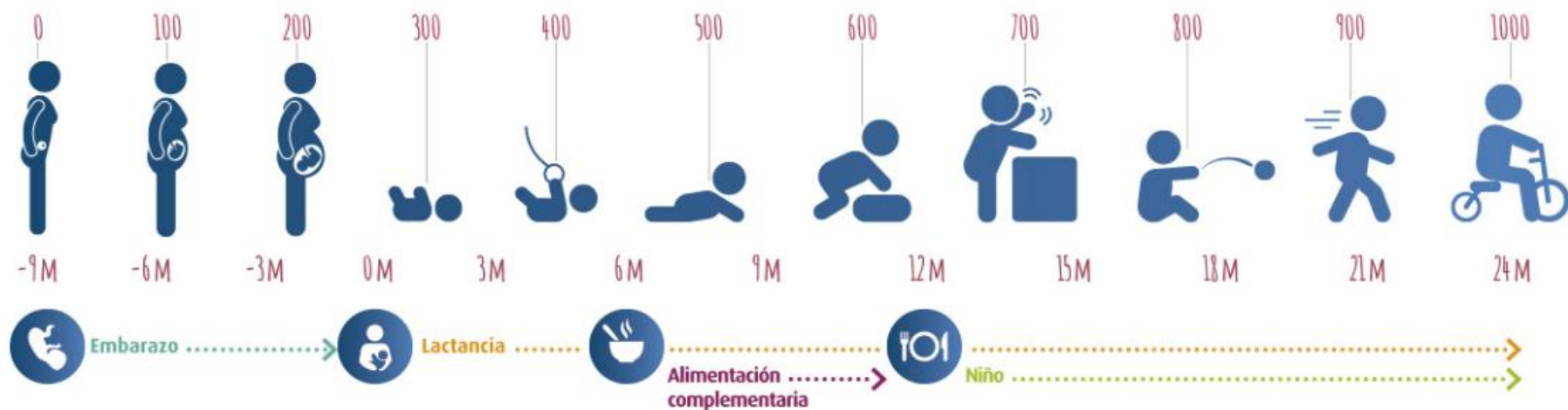
www.medigraphic.org.mx

Historia y filosofía de la medicina

Anales
Médicos
ABC
Vol. 61, Núm. 4
Oct. - Dic. 2016
p. 313 - 318

Los primeros mil días de vida. Una mirada rápida

Ilana Berman Parks,* Olivia Eloisa Ortiz Ramirez,** Luisa Guadalupe Pineda Bahena,***
Roberto Richheimer Wohlmuth****



«Los primeros mil días de vida» es un concepto que nace a partir de una serie publicada por la revista The Lancet¹ en 2008 acerca de desnutrición materno-infantil. Desde ese momento, el término ha sido utilizado por organizaciones no gubernamentales, investigadores de salud y artículos científicos; recientemente se ha empleado como una estrategia de salud pública

El desarrollo físico y cognitivo de los niños está influenciado por los primeros mil días de vida, que a su vez están afectados por factores biológicos —como la nutrición de la madre antes y durante el embarazo, la edad gestacional, el peso al nacer, la duración de la lactancia materna, la malnutrición infantil, las infecciones en la infancia— y factores psicosociales —como el nivel socioeconómico, la educación de los padres y exposiciones ambientales—. Estos factores están relacionados entre sí incrementan el riesgo de trastornos en esta etapa de la vida.



Existen cuatro áreas interrelacionadas en el desarrollo infantil:
física, cognitiva, lingüística y social-emocional.

La evolución de estas áreas es acumulativa, por lo que es muy importante que durante este periodo, al inicio de la vida, los niños tengan un ambiente de apoyo y acogedor para crear un lazo con sus cuidadores y establecer las bases para un mejor crecimiento en el futuro.



Los programas para las intervenciones en los primeros mil días de vida van dirigidos a tres áreas:

salud, nutrición y estimulación.

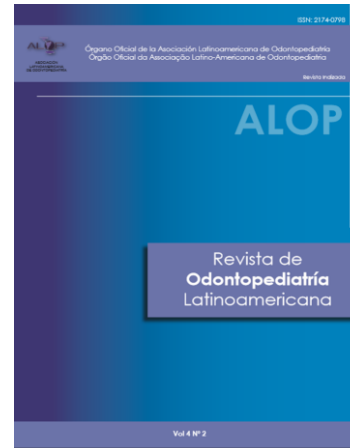
Estos tienen como objetivo disminuir la mortalidad y morbilidad en los niños, incrementar el desarrollo cognitivo, motor y socioemocional, mejorar las habilidades sociales y de aprendizaje, aumentar la estatura en el adulto, reducir la obesidad y enfermedades crónico-degenerativas, así como acrecentar la capacidad de trabajo y la productividad



Los riesgos para la salud de niños y adultos, que incluyen obesidad, hipertensión y diabetes, pueden programarse según el estado nutricional durante este período. Las calorías son esenciales para el crecimiento tanto del feto como del niño, pero no son suficientes para el desarrollo normal del cerebro. Aunque todos los nutrientes son necesarios para el crecimiento del cerebro, los nutrientes clave que apoyan el desarrollo neurológico incluyen proteínas; zinc; vitaminas A, D, B6 y B12, y ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga.

La falta de suministro de nutrientes clave durante este período crítico del desarrollo del cerebro puede dar lugar a déficit en la función cerebral de por vida





- El equipo de odontología debe estar preparado para la actuación en toda la red de atención a la mujer y el niño, proponiendo acciones de promoción y educación en salud, acompañamiento preventivo, diagnóstico precoz, intervención clínica adecuada y oportuna.
- Es necesario reconocer la importancia de la integración de la odontología con las demás áreas de salud en la atención materno infantil. Para esto es fundamental un abordaje transdisciplinar.





- Todos los espacios de atención a la mujer y el niño pueden ser utilizados para asegurar el ejercicio del derecho a la salud materno infantil sean a nivel colectivo, institucional (hospital, centros de enseñanza y asistencia) o privado individual (consultorios).
- **Especial atención debe ser dada a la formación de los futuros profesionales propiciando al estudiante de odontología contenido teórico y entrenamiento en habilidades específicas que facilite su actuación profesional dirigida al binomio madre-hijo.**



Conclusiones



- **Esfuerzos deben ser direccionados para la definición de una agenda de discusión sobre la salud odontológica materno infantil que viabilice la construcción de una red de protección y asistencia a la mujer y el niño en toda América latina.**

Valores Epidemiológicos actuales

Edad en años	Ceo-d / COP-D	GINGIVITIS
2 ⁽¹⁾	0,54 ± 1,53	2.6%
4 ⁽¹⁾	2,32 ± 3,27	6.2 %
6 ⁽²⁾	Ceo-d =3,71 COP-D= 0,16	55.09%
12 ⁽³⁾	1.9	66,9 %

En el año 1999 COP-D a los 12 años = 3.42 ⁽⁴⁾

1.- Ceballos M, Acevedo C y cols. Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar. Región Metropolitana MINSAL,2007.

2.- Soto L, Tapia R y cols. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. MINSAL,Chile, 2007.

3.- Soto L, Tapia R y col. Chile, 2007. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y

Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010.

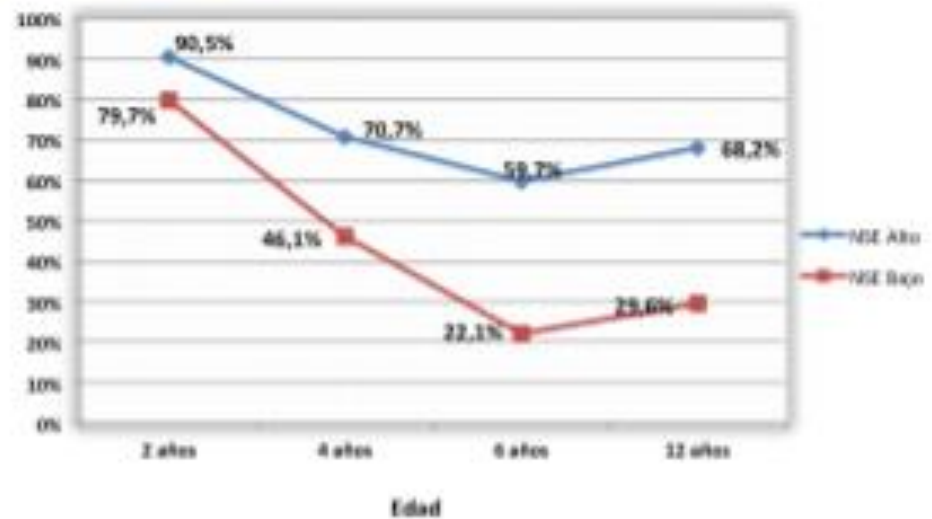
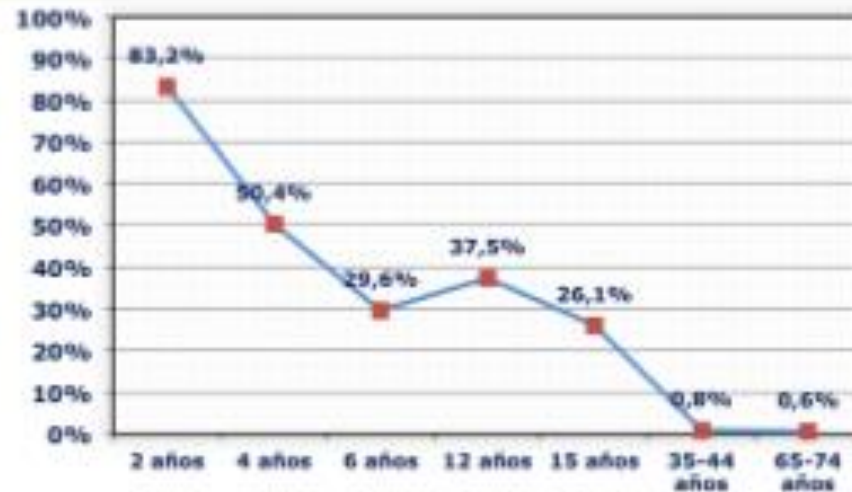
MINSAL, Chile 2007

4.- Domínguez L y cols. Caries dentaria y fluorosis en niños de 6 a 8 y 12 años. MINSAL, Chile 1996, 1997,1999.



UNIVERSIDAD DE CHILE

Libres de caries según edad y NSE





Programa CERO

ORIENTACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA
POBLACIÓN EN CONTROL
CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO



División de Atención Primaria, Unidad Odontológica.

MINSAL 2019



Subsecretaría de Redes Asistenciales – Ministerio de Salud

OBJETIVO GENERAL

Establecer una línea de trabajo que oriente y estandarice las acciones para la implementación de la Población en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) en la Atención Primaria de Salud del país.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

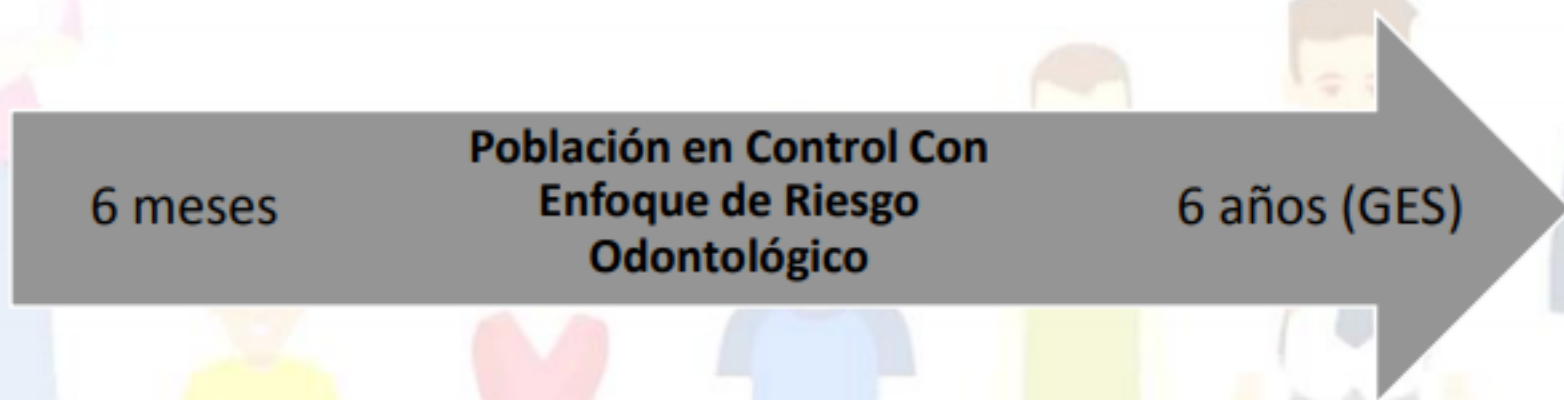
1. Implementar un modelo de control de usuarios de acuerdo al tratamiento de patologías crónicas.
2. Mejorar la eficiencia y efectividad de la atención de las personas en riesgo de patologías orales que se controlan en el nivel primario de atención.
3. Determinar frecuencia de controles según riesgo.
4. Contribuir a reducir la prevalencia e incidencia de las patologías orales más frecuentes en la población a través de la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y hábitos saludables.

POBLACION EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PROGRAMA CERO

Se refiere al seguimiento realizado a través de controles a usuarios menores de 7 años con o sin patologías orales, con el fin de mantener población sana o de compensar y detectar en forma temprana éstas mismas.

Los controles serán realizados en los centros primarios de atención de salud del país a población beneficiaria de FONASA o PRAIS. Los controles, pautas o estrategias de prevención deben ser realizados siempre en forma presencial en los centros de salud.

Ingresa a control con odontólogo los beneficiarios de FONASA o PRAIS a los 6 meses de vida, quienes deben asistir al menos una vez al año a control (según riesgo cariogénico presentado) hasta el egreso, una vez que haya accedido a su garantía GES Salud Oral 6 años.



ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La estrategia de prevención consiste en la orientación que debe entregarse a los padres, madres y/o cuidadores con el fin de proporcionar herramientas de cuidado orientadas a establecer hábitos saludables en el niño(a). Estas estrategias se basan en guías internacionales para la prevención y manejo de enfermedades orales¹⁰, así como evidencia de hábitos saludables promovidos por el Ministerio de Salud.

Según la clasificación de riesgo, es el tipo de estrategia de prevención que se va a aplicar:

Prevención básica → Riesgo Bajo y Alto
Prevención reforzada → Riesgo Alto

La estrategia de prevención posee cinco áreas de intervención; en anexo 2 se encuentra de forma detallada.

A continuación se describe un resumen de las principales consideraciones de cada ámbito:

1. HIGIENE BUCAL

Principales consideraciones: Incentivar la higiene bucal desde el nacimiento, realizada por los adultos que cuidan al niño(a). El detalle de las indicaciones se encuentra en el anexo 2.

2. DIETA

Principales consideraciones: reforzar el consumo de agua y dieta no cariogénica, e incentivar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y luego complementada con alimentos

3. FLUORUROS

Principales consideraciones: La pasta dental que debe ser recomendada en menores de 7 años debe tener entre 1000 y 1500 ppm de flúor, resguardando la cantidad de pasta de acuerdo a la edad de cada menor:

En menores de 2 años con dentición temporal se aplica pintando la punta del cepillo y en mayores de 2 años se aplica en forma de una arveja (ver imagen adjunta).



Cantidad de pasta fluorurada
de más de 1000 ppm en
menores de 2 años de edad



Cantidad de pasta fluorurada
de más de 1000 ppm en
mayores de 2 años de edad



4. MEDIDAS DE PROTECCION ESPECÍFICA

Principales Consideraciones:

Aplicación barniz de flúor

La aplicación de barniz de flúor está indicada desde el inicio de la dentición temporal y según riesgo presentado. Importante considerar que si el niño o niña está siendo visto en el Programa Sembrando Sonrisas o Programa de Salud Oral JUNAEB, las aplicaciones de flúor barniz en cada control deben considerar las que ya se realizan en estos programas. Es importante la coordinación entre programas y la información registrada para cada usuario.

Sellantes

Consideraciones: La aplicación de sellantes en dientes temporales está indicada en mayores de 4 años con alto riesgo. En dentición permanente, de acuerdo al estado eruptivo del primer molar definitivo, se indica la aplicación de sellantes de resina en molares erupcionados y de vidrio ionómero en molares semierupcionados.

Radiografía intraoral

Consideraciones: De acuerdo a la indicación clínica, se puede solicitar radiografía intraoral para niños y niñas mayores de cuatro años.

Pauta CERO										
HABITO	PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO CARIOGENICO	FACTOR DE RIESGO		EDAD DE APLICACIÓN						
		BAJO (Ausente)	ALTO (Presente)	6m	1 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a
ANAMNESIS	¿El niño(a) presenta una condición que disminuya su flujo salival, enfermedades ¹ , consumo de fármacos ² ?	NO	SI	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño(a) presenta situación de discapacidad? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional.	NO	SI	x	x	x	x	x	x	x
CONDICIÓN CLÍNICA	¿El niño(a) presenta lesiones de caries?	NO	SI		x	x	x	x	x	x
	¿Cuál es el estado de las encías del niño(a)?	No hay placa visible, ausencia de gingivitis	Inflamación de encías y/o presencia de placa visible en los dientes anteriores		x	x	x	x	x	x
HIGIENE	Los padres y/o cuidadores, ¿Le lavan los dientes al niño(a)?	Siempre	A veces/Nunca	x	x	x	x	x	x	x
	¿Cuántas veces al día le lava los dientes al niño(a) en la casa?	Al menos 2 veces/día	Menos de 2 veces/día	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño o niña, se lava los dientes antes de ir a dormir?	Siempre	A veces/Nunca	x	x	x	x	x	x	x
DIETA	¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0 veces/día	1 o más veces/día	x	x	x				
	¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0-3 veces/día	4 o más veces/día				x	x	x	x
	¿En qué momento el niño(a) realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?	Con las comidas principales	Entre comidas principales	x	x	x	x	x	x	x
	Si el niño(a) toma líquidos azucarados en mamadera o vaso ¿Se queda dormida con ella?	Nunca	A veces/siempre	x	x	x	x	x	x	x
FLUORURO	¿Utiliza el niño o niña pasta de dientes con 1000-1500 ppm de flúor?	SI	NO	x	x	x	x	x	x	x
MOTIVACIÓN DE LOS PADRES/CUIDADORES	Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres/cuidadores en el cuidado oral del niño(a)?	Alta Motivación	Baja Motivación	x	x	x	x	x	x	x
OTROS: HABITOS Y MAL OCLUSIONES	PREGUNTAS DE HABITOS Y MAL OCLUSIONES		AUSENTE	PRESENTE						
	¿El niño(a) se succiona el dedo de modo persistente?	NO	SI			x	x	x	x	x
	¿El niño(a) ocupa chupete entretenimiento, mamadera u otro objeto?	NO	SI			x	x	x	x	x
	¿El niño(a) presenta mal oclusiones?	NO	SI		x	x	x	x	x	x

1 La principal enfermedad que causa hiposalivación o xerostomía es el Síndrome de Sjögren, enfermedad autoinmune.

2 Los principales fármacos que disminuyen el flujo salival son: Pseudoefedrina, Teofilina, Aminofilina, Fluoxetina, Sertralina, Risperidona, Metilfenidato, Hidroxizina, Clorfenamina, Desloratadina, Antineoplásicos

Subsecretaría de Redes Asistenciales – Ministerio de Salud



ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN		
AMBITO	Prevención Básica (Para riesgo cariogénico bajo y alto)	Prevención Reforzada (Para riesgo cariogénico alto)
Higiene bucal	Indicar que la higiene bucal comienza desde el nacimiento, realizada por los adultos que cuidan al niño(a), y en una frecuencia de al menos 2 veces al día especialmente antes de acostar al niño(a). Sin dientes erupcionados, recomendar higiene de encías, paladar y lengua del niño(a) con gasa limpia y húmeda o dedal de silicona. Con la erupción del primer diente, comenzar cepillado con pasta, sin enjuague posterior. Demostrar a los padres/cuidadores la técnica de higiene a utilizar con el niño(a) según edad. Proponer realizar un registro de cepillado diario (anexo 3)	Indicar uso de seda dental en caso que los dientes estén muy juntos y no permita cepillar entre ellos.
Dieta	Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes y luego complementada con alimentos sólidos. Importante: La leche materna no debe ser considerada como líquido azucarado. Poner énfasis en evitar siempre el consumo de azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados y preferir colaciones que no contengan sellos "ALTOS EN". Reforzar consumo de agua a partir de los 6 meses de edad. Proponer el uso de un diario dietario (anexo 4)	
Fluoruros	Usar pasta dental de entre 1000 y 1500 ppm de flúor. Indicar que la pasta debe ser siempre dispensada por un adulto. 0 a 2 años, Cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo. 2 años o más, Cantidad aumenta como máximo similar a una arveja. Luego del cepillado, indicar escupir pero no enjuagarse.	
Medidas de protección específica	Aplicación barniz de flúor	Indicar dos aplicaciones de flúor barniz al año desde el inicio de la dentición temporal teniendo presente el Programa Sembrando Sonrisas y Programa de Salud Oral JUNAEB. En caso de presencia de lesión(es) de caries, incluida la mancha blanca, aplicar flúor barniz como tratamiento de remineralización.
	Sellantes (4 años o más)	
	Radiografías (4 años o más)	Se sugiere la toma de radiografías, como apoyo diagnóstico de caries interproximal
Motivación y Formación de Hábitos	Proponer un plan de acción que involucre a los padres/cuidadores para incorporar Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado) Reforzar la no succión de dedos como hábito. Recomendar la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 12 meses. Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar.	

Atrás	Alt + Flecha izquierda
Reenviar	Alt + Flecha derecha
Volver a cargar	Ctrl + R
Guardar como...	Ctrl + S
Imprimir...	Ctrl + P
Enviar...	
Traducir a español	
Girar a la derecha	Ctrl + Z
Girar a la izquierda	Ctrl + ' (apóstrofo)
Inspeccionar	Ctrl + Mayús + I



ORIENTACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS
PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA
SEMBRANDO SONRISAS 2019

SEMBRANDO
SONRISAS

División de Atención Primaria, Unidad Odontológica

MINSAL
2019



OBJETIVO DEL PROGRAMA

Mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia perteneciente a JUNJI, Fundación Integra y niveles de pre-kínder y kínder (NT1 y NT2) de escuelas municipalizadas y subvencionadas, a través de la promoción de hábitos saludables, y la aplicación de medidas de protección específicas.

DEFINICION

"Programa consiste en visitas del equipo de salud odontológico a los establecimientos educacionales de párvulos para la aplicación de flúor barniz (2 veces al año), la realización de un examen de salud oral a cada niño o niña y al trabajo intersectorial con educadoras de párvulos para implementar en conjunto la promoción de la salud a través de sesiones educativas"



COMPONENTES

Componente 1: Promoción y Prevención de la salud bucal en población parvularia.

Consiste en la entrega del componente promocional a través de la intervención educativa en la comunidad (niños y niñas, madres, padres, apoderados) realizada con el apoyo y en coordinación con el equipo educacional del establecimiento. Considera la entrega de un set de higiene oral que corresponde a 4 cepillos y una pasta dental para párvulos.

Componente 2: Diagnóstico de salud bucal en población parvularia.

Consiste en la realización de un examen de salud bucal por el/la odontólogo/a en contexto comunitario (sala de clases u otra sala del establecimiento educacional), y registro del índice *ceod* por medio de la inspección visual con espejo.

Componente 3: Prevención individual específica en población parvularia.

Consiste en la aplicación de barniz de flúor, 2 veces al año, por el/la odontólogo/a, y/o asistente dental, y/o higienista dental en la sala de clases.



Cantidad de pasta fluorurada de 1000 ppm	
MENORES DE 2 AÑOS	MAYORES DE 2 AÑOS
Barrido en punta de cepillo	Tamaño de una arveja
	
	

Figura 1: Ficha de Registro programa Sembrando Sonrisas

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL						EXAMINADOR (Nombre Rut Firma)																																																																															
NOMBRE DEL NIÑO / NIÑA						Nivel (curso):			EDAD (en años):																																																																												
RUT DEL NIÑO/NIÑA			SEXO (1 Fem 2 Masc):			Correo Electronico (opcional):																																																																															
Telefono 1:			Telefono 2:																																																																																		
ESTADO DE LAS PIEZAS DENTARIAS												<table border="1"> <tr><td>S</td><td>Sano</td></tr> <tr><td>C</td><td>Cariado</td></tr> <tr><td>E</td><td>Extraido</td></tr> <tr><td>O</td><td>Obturado</td></tr> <tr><td>T</td><td>Traumatismo</td></tr> <tr><td>N</td><td>No Erupcionado</td></tr> </table>		S	Sano	C	Cariado	E	Extraido	O	Obturado	T	Traumatismo	N	No Erupcionado																																																												
S	Sano																																																																																				
C	Cariado																																																																																				
E	Extraido																																																																																				
O	Obturado																																																																																				
T	Traumatismo																																																																																				
N	No Erupcionado																																																																																				
<table border="1"> <tr><td>16</td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>26</td></tr> <tr><td>3</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td><td>f</td><td>g</td><td>h</td><td>i</td><td>j</td><td>14</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td>k</td><td>l</td><td>m</td><td>n</td><td>o</td><td>p</td><td>q</td><td>r</td><td>s</td><td>t</td><td>30</td></tr> <tr><td>46</td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>36</td></tr> </table>												16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	3	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	14																									19	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	30	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	Observaciones:	
16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26																																																																										
3	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	14																																																																										
19	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	30																																																																										
46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36																																																																										
Cariados(c):			Extraidos (e):			Obturados (o):			ceod:																																																																												
Actividades																																																																																					
1ra Aplicación de Fluor:			Entrega de Kit:			Educacion:			2da Aplicación de Fluor:																																																																												

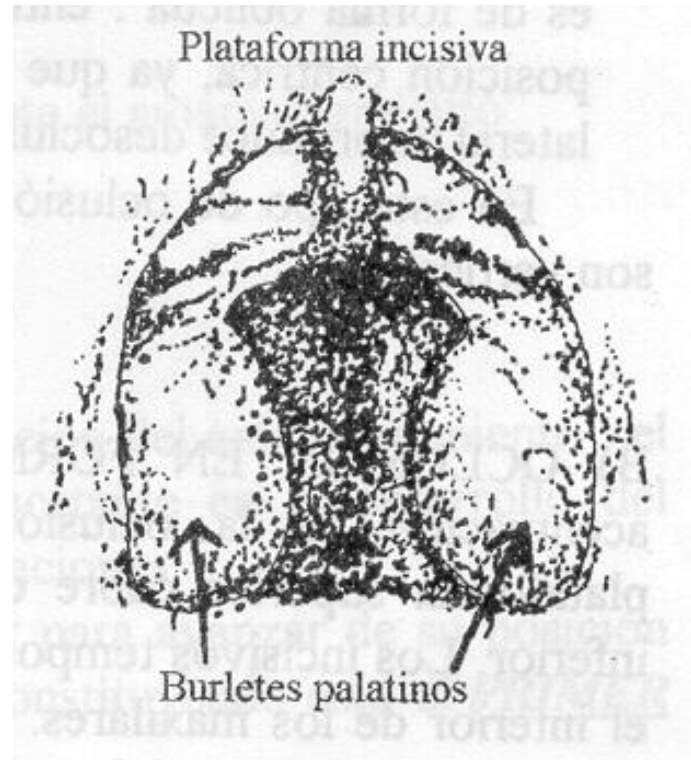




Lactante menor de un año

Características Anatómicas en los maxilares del bebe

Plataforma Incisiva



Rodetes o rebordes gingivales

Se denomina a los rebordes óseos del recién nacido cubiertos por prominencias gingivales que luego se segmentan para indicar los lugares de desarrollo de los dientes .

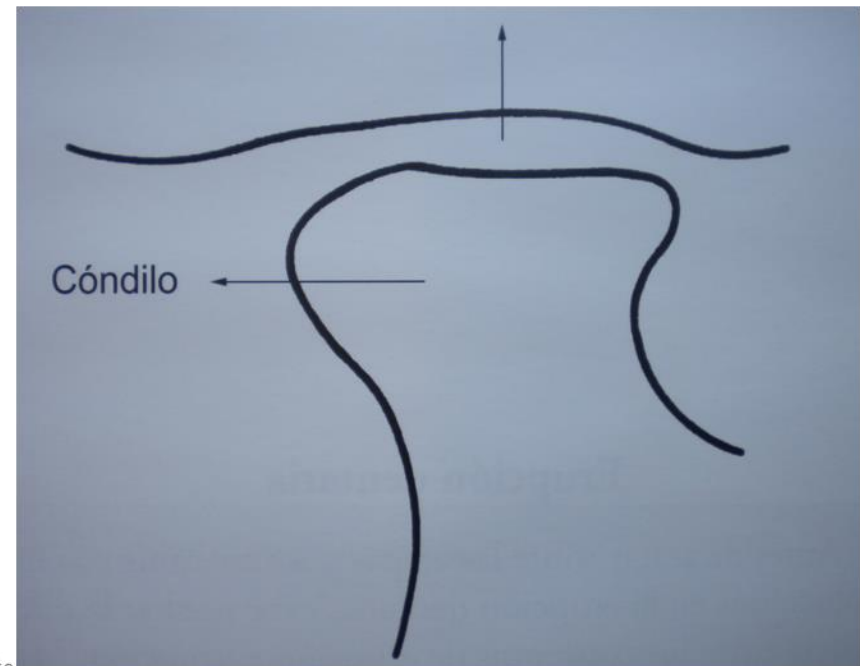


ATM

La eminencia articular se presenta con poca elevación el cóndilo es achatado y la cavidad glenoidea es casi Plana.

Es disco articular es vascularizado.

Fundamentalmente mov. anteroposteriores, laterales limitados.



Lengua

Es común observarla interpuesta entre los rodetes gingivales en posición de reposo aumentando la dimensión Vertical (deglución infantil)



Labios - Frenillo Labial superior

En labios presencia de pliegues considerados auxiliares de succión y “callo de succión”

Frenillo labial superior inserción próxima o en el mismo reborde Alveolar (53% 0-6m.). Con la erupción y crecimiento alveolar sube la inserción (10 a 12 a. 3.8%).



Relación anteroposterior

La relación más frecuente es una prominencia del maxilar sobre la mandíbula en un 90% que puede ser de 2.5 a 4.5 mm.



Nódulos de Bohn

Ubicados en las porciones vestibulares y palatinas o linguales de los rodetes gingivales.

Remanente de tejido de glándulas mucosas

Diagnóstico diferencial con dientes de erupción precoz.

Tratamiento : - control - masaje digital suave.



Hematoma de Erupción



Es la alteración de tejidos blandos más frecuente durante la erupción de los dientes primarios.

Clínicamente, se presenta como una elevación de la mucosa de coloración azul sobre el alvéolo de un diente próximo a erupcionar.



Dientes natales o neonatales

Etiología :

La presencia de dientes natales y neonatales definitivamente es una alteración cronológica e histológica cuya etiología todavía es desconocida.

Efectos :

- lesión en pecho materno
- erosión en el vientre de la lengua
(Sd. de Riga-Fede)
- posible aspiración



Dientes Natales, Revisión Bibliográfica y Caso Clínico

Natal Teeth, Case Report and Review

Claudia Fierro Monti*; Lorena Bravo Rivera**; Francisca Torres Chianale**;

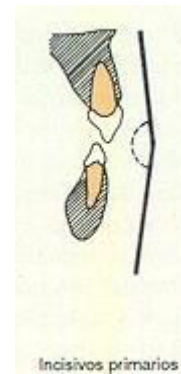
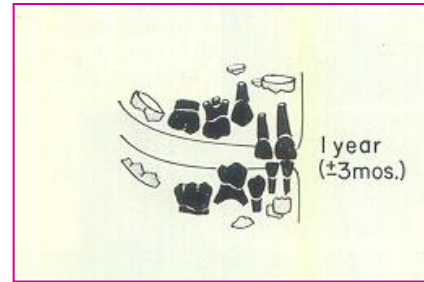
Camila Álvarez Helle*** & Ma Antonieta Pérez Flores****

Int. J. Odontostomat., 4(2):105-110, 2010.



Funciones de la dentición primaria

- Biológica
- Estética y psicológica
- Masticatoria
- Fonética
- Mantenición de espacio
- Oclusión



Cronología de la erupción

- Inc. Central inf.9 - 11meses **(8)**
- Inc. Central sup.10 - 12 meses **(10)**
- Inc. Lateral sup. 11 - 17 meses **(12)**
- Inc. Lateral inf. 14 - 19 meses **(14)**
- Caninos 20 – 24 meses **(20)**
- 1º molar sup. 17 - 20 meses **(16)**
- 1º molar inf. 16 – 21 meses **(16)**
- 2º molar 20 – 30 meses **(28)**



Dental Growth and Development

Primary Dentition

	Calcification begins at	Formation complete at	Eruption		Exfoliation	
			Maxillary	Mandibular	Maxillary	Mandibular
Central incisors	4 th fetal mo	18-24 mo	6-10 mo	5-8 mo	7-8 y	6-7 y
Lateral incisors	4 th fetal mo	18-24 mo	8-12 mo	7-10 mo	8-9 y	7-8 y
Canines	4 th fetal mo	30-39 mo	16-20 mo	16-20 mo	11-12 y	9-11 y
First molars	4 th fetal mo	24-30 mo	11-18 mo	11-18 mo	9-11 y	10-12 y
Second molars	4 th fetal mo	36 mo	20-30 mo	20-30 mo	9-12 y	11-13 y

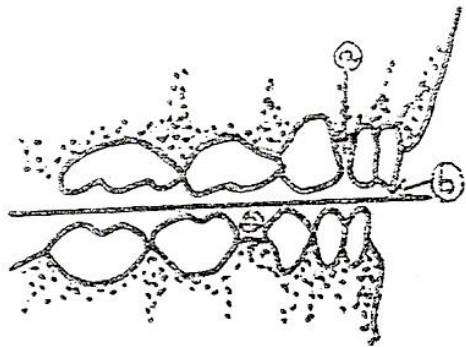


Características de la dentición temporal a los 3 años.

- Forma de los arcos dentarios:
semicircular 76%
elíptica 24%
- Tamaño de arco dentario sup. mayor que el inf.
- Eje de implantación de piezas dentarias perpendicular al plano oclusal.



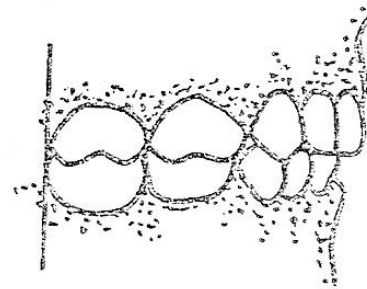
Características de la dentición temporal a los 3 años.



- Presencia de diastemas interincisivos y espacio de primates.
- Plano oclusal sin curvas de compensación.



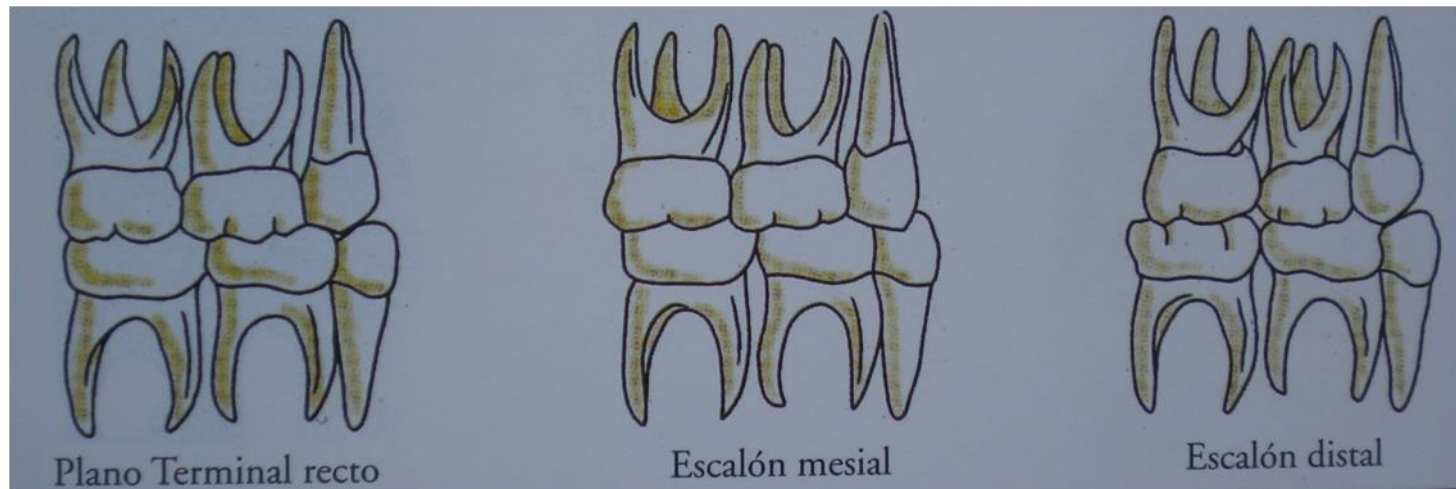
Características de la dentición temporal a los 3 años



- Engranaje agudo con estrecha relación cúspide fosa.
- Resalte y escalón de 2.5 mm.
- Relación distal de molares en plano post lácteo.



Características de la dentición temporal



Funciones Bucales del bebe

- **Funciones Neonatales:** Son aquellas presentes desde el nacimiento y vitales para la sobrevivencia del bebe.
- Son :
 - Respiración
 - Succión
 - Deglución Infantil
- Estas funciones son orientadas por el estimulo táctil local, fundamentalmente región anterior de la lengua y los labios



AVANCE DEL PROCESO DE ALIMENTACIÓN

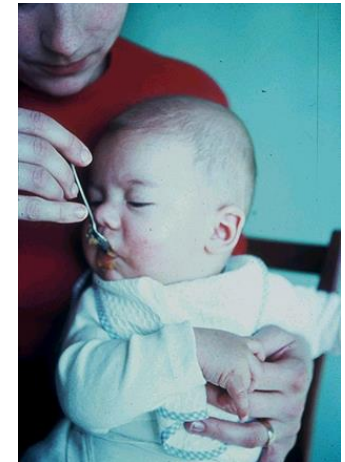
Está asociado al desarrollo general del niño, de los maxilares y de la evolución de la dentición.

inc. Inf. : papilla licuada

inc. Sup. : papilla tipo puré

1º molar : alimentos blandos

2º molar y canino : todo picado.



FACULTAD
ODONTOLÓGICA
UNIVERSIDAD DE CHILE

www.odontologia.uchile.cl / Sergio Livingstone Pohlhammer 943, Independencia, Santiago, Chile

Eliminación del biberón



- En Chile de acuerdo a la Guía de Alimentación del Niño de 2 años y Guías de Alimentación hasta la Adolescencia (Ministerio de Salud, Chile) **el momento indicado para la suspensión del biberón es a partir de los 2 años de edad e iniciar el uso de vaso o taza.**
- La Academia Americana de Pediatría (AAP) señala que el tiempo propicio para eliminar el biberón o el pecho materno es entre los 12 a 14 meses de vida.





Lactante menor de un año

Examen Bucal

Clasificación del comportamiento del niño en la consulta dental según Wright :



Paciente :

- Colaborador
- **No colaborador :** - niños pequeños
- niños con discapacidad física o mental
- **Potencialmente colaborador**

El estrés es una respuesta fisiológica ante una situación de adversidad y cuando se produce desencadena cambios químicos en nuestro cuerpo que afectan a nuestro sistema inmunológico, endócrino y neurológico.

El Centro del desarrollo del niño de la Universidad de Harvard, en Estados Unidos, cita tres tipos distintos de respuesta ante el estrés: **positiva, tolerable y tóxica**, según el efecto que esa reacción tiene sobre nuestro cuerpo.

Si bien las dos primeras forman parte del desarrollo normal del niño, la tercera es dañina.

La respuesta tóxica ante el estrés puede ocurrir cuando un niño experimenta una adversidad que es fuerte, frecuente y prolongada en el tiempo sin el apoyo adecuado de un adulto, como puede ser la negligencia, el abuso físico o emocional, la exposición a la violencia, a la adicción a las drogas y a problemas mentales o las cargas asumidas por la pobreza.



Los avances en una amplia gama de ciencias biológicas, del comportamiento y sociales están en expansión, y su comprensión de las influencias del medio ambiente (ecología) y predisposiciones genéticas (el programa biológico) afecta las capacidades de aprendizaje, los comportamientos adaptativos, la salud física y mental de por vida y la productividad adulta.

AAP se compromete a aprovechar la ciencia para informar el desarrollo de estrategias innovadoras para reducir los precipitantes del estrés tóxico en los niños pequeños y para mitigar sus efectos negativos en el curso del desarrollo y la salud a lo largo de la vida.

American Academy
of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Organizational Principles to Guide and Define the Child
Health Care System and/or Improve the Health of all Children

POLICY STATEMENT

Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of
the Pediatrician: Translating Developmental Science
Into Lifelong Health



hile



A diferencia de estrés positivo o tolerable, **el estrés tóxico se define como la activación excesiva o prolongada de los sistemas de respuesta al estrés fisiológico en ausencia de la protección amortiguadora que brindan las relaciones estables y sensibles**

un enfoque para la adversidad infantil sugiere que

- (1) las experiencias tempranas con estrés significativo son críticas, ya que pueden socavar el desarrollo de las capacidades de adaptación y las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentar los desafíos posteriores;
- (2) las raíces de los estilos de vida poco saludables, los patrones de adaptación inadaptados y las redes sociales fragmentadas se encuentran a menudo en las respuestas fisiológicas y de comportamiento a una adversidad significativa que emerge en la primera infancia;
- (3) la prevención de las consecuencias adversas a largo plazo se logra mejor con la protección amortiguadora que brindan las relaciones estables y receptivas que ayudan a los niños a desarrollar una sensación de seguridad, facilitando así la restauración de sus sistemas de respuesta al estrés a la línea de base.



Debido a que la esencia del estrés tóxico es la ausencia de amortiguadores necesarios para devolver la respuesta del estrés fisiológico a la línea de base, la prevención primaria de sus consecuencias adversas incluye aquellos aspectos de la guía preventiva de rutina que fortalecen los apoyos sociales de una familia, fomentan la adopción por parte de los padres de técnicas de crianza positivas. y facilitar las habilidades sociales, emocionales y de lenguaje emergentes de un niño.



Tipos de conducta Según Melo y Walter

1996

- Positiva
- Negativa
- Indiferente



Conducta Positiva



Conducta Positiva

- Gran reflejo de succión
- Interés por todos los objetos presentados
- Se comportan naturalmente, sin extrañar lo que es nuevo
- Reaccionan positivamente a los toques en la región del labio y mentón para el examen.

Conducta Negativa



Conducta Negativa

- Llanto cuando va a los brazos del operador.
- Llanto al acostarse en la sillón, hamaca u otro.
- No se interesan por los objetos presentados.
- No reaccionan positivamente a los toques de la región de labio y mentón.
- Mantienen los labios cerrados en el momento del examen.
- Intentan impedir los procedimientos del operador con las manos.
- Empujan los dedos del operador con la lengua.



Conducta Indiferente



Conducta Indiferente

- Apenas acompañan los objetos con la vista pero sin acompañarlos.
- No lloran cuando van a los brazos del operador.
- No lloran al ser colocados en sillón, hamaca u otro.
- Presentan sensibilidad en la región de labios y mentón.
- Lloran cuando son abordados
- Cuando se inicia la atención reaccionan con llanto franco.



➤ Técnicas de Adaptación a la atención Odontológica.

Técnicas para el control de la conducta odontológica en los niños

según La Academia Americana de Odontología Pediátrica

- **Comunicación no verbal.**
- (empatía, amabilidad, abrazo,
- gestos, contacto visual,
- señales no verbales del niño)
- **Control de la voz.**
- **Refuerzo positivo** (social-no social)
- **Distracción.**
- **Orientación Comunicativa**
- **Decir- mostrar-hacer.**
- (lenguaje apropiado a la edad)
- Presencia o ausencia de los padres
- Restricción Física.
- Sedación Consciente.
- Inhalación de óxido Nitroso/oxígeno.
- Anestesia General.



Técnicas para el control de la conducta odontológica en los niños

- **Modelaje.**
- (exposición del paciente a niños con buen comportamiento)
- **Estabilización Protectora**
- **Negociación de la presencia del acompañante.**
- **Hipnosis**
- **Flores de Bach**
- Odontopediatría
- Evidencias científicas para la conducta clínica en bebés y pre escolares. Bonecker, Abanto, Pettorossi, Nahas, Guedes Pinto.
- Quintessence 2018



Métodos de Examen Clínico

- Niño en contacto íntimo con los padres
(regazo)
- Contacto Profesional / Bebé / Padres
Técnica rodilla – rodilla.
- Contacto parcial Profesional / Bebe / Padres
Camilla bebe – hamaca.
- Contacto parcial Profesional / Bebé / Padres
En sillón dental
- Examen en otro box (interdisciplinario)



Examen Clínico

Objetivos :

- Evaluar el desarrollo del Sistema Estomatognático, (evolución de la dentición, alteraciones de la calcificación).
- Pesquisar patologías incipientes.
- Planificar acciones Preventivas o Recuperativas.
- Permitir un primer contacto no traumático del niño con el Odontólogo en un ambiente clínico (ambientación del niño a la atención odontológica)



Examen clínico entre 0 y 12 meses

Observar la cavidad bucal:

- Labios
- Mucosa
- Paladar
- Lengua
- Presencia de dientes neonatales

Con el propósito de pesquisar patologías que deban ser derivadas al Odontólogo e indicar formación de hábitos saludables en salud bucal, desde el nacimiento.

Examen clínico entre 12 a 24 meses

- Realizar una observación de la cavidad bucal y de riesgos para la Salud Bucal.
- Observar el proceso de erupción de incisivos, primeros molares y caninos.
- Buscar signos y síntomas de respiración bucal: distonía labial, labio corto, disfunción lingual en reposo, expresión facial distónica, amígdalas hipertróficas.



Examen clínico entre 2 y 3 años

- Realizar una observación de la cavidad bucal que permita dar las indicaciones necesarias.
- Identificar presencia de factores de riesgo de la Salud Bucal.
- Observar caries cavitadas.
- Evaluar hábitos de alimentación, higiene bucal, uso de pasta dental con flúor, funcionalidad de los labios.

