Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Programa CERO

ORIENTACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA POBLACIÓN EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO

PROGRAMA CERO

División de Atención Primaria, Unidad Odontológica.

MINSAL 2019

INDICE

INTRODUCCIÓN 3

OBJETIVO GENERAL 5

OBJETIVOS ESPECIFICOS 5

ALCANCE 5

CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE 5

POBLACION EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PROGRAMA CERO 6

GES SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS 8

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, MEDICIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PAUTA CERO, CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN 9

PAUTA CERO 9

CATEGORIZACION DEL RIESGO CARIOGENICO 12

ESTRATEGIAS DE PREVENCION 14

LACTANCIA MATERNA 16

CHILE CRECE CONTIGO: DESCUBRIENDO JUNTOS 17

SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN CERO 18

REGISTRO 20

ANEXO 1 PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO 23

ANEXO 2 ESTRATEGIAS DE PREVENCION 25

ANEXO 3 REGISTRO DE CEPILLO DIARIO 27

ANEXO 4 REGISTRO DE DIETA 29

ANEXO 5 PESQUISA DE MALOS HABITOS EN EXAMEN DE SALUD 31

INTRODUCCIÓN

Nuestro país presenta una gran prevalencia de patologías orales, donde la caries dental y la enfermedad periodontal son los principales problemas de salud oral. Hoy entendemos a la caries dental como una enfermedad crónica no transmisible mediada por bacterias, en la cual un desequilibrio ecológico es el responsable que bacterias comensales de nuestro biofilm se transformen en bacterias patógenas capaces de producir ácidos que van a provocar una lesión de caries. Por lo tanto, el tratamiento de la caries dental debe reestablecer este equilibrio mediante el control regular de los factores de riesgo y no en base a altas aisladas[1].

La caries dental es un problema de salud pública que presenta una alta prevalencia en la infancia. Datos publicados en el informe consolidado "Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010" muestran que los niños de 2 años de edad tienen una prevalencia de caries de alrededor de 17% y un índice ceod de 0,46 en el país. El mismo estudio muestra una prevalencia de 50% para los niños de 4 años de edad, con un índice ceod de 2,25. Los datos nacionales publicados para la población de niños de 6 años muestran una prevalencia de 70% y un índice ceod de 3,71. Si se hace el análisis por nivel socioeconómico, siempre el nivel socioeconómico medio y bajo presentan mayor enfermedad, demostrando que los determinantes sociales son muy fuertes en la expresión de la caries dental [2,3].

Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad como pérdida de dientes, afectando enormemente la calidad de vida de las personas. Hasta el momento hemos enfrentado la caries dental con un enfoque mayoritariamente restaurador, sin embargo, se ha demostrado que este enfoque basado en la operatoria clásica por sí solo, no logra controlar la enfermedad. Lo único que realmente tiene evidencia en la odontología pediátrica es el uso de cepillo y pasta fluorurada, al contrario de los tratamientos restauradores en dientes primarios, que cuentan con muy bajo nivel de evidencia y un efecto incierto[4].

La aparición de una nueva lesión de caries asociada a una restauración pre existente es una situación común y también la primera causa de fracaso de restauraciones. El tratamiento restaurador convencional indicado de forma prematura puede provocar daños (sobretratamiento) y costos innecesarios. Además, este enfoque restaurador está dentro de la lógica de "altas odontológicas" que como concepto básico corresponde a una respuesta del sistema de salud a enfermedades agudas e infectocontagiosas.

---

[1] Simon-Soro A, Mira A (2015). Solving the etiology of dental caries. Trends in Microbiology 23(2).

[2] Ministerio de Salud. Informe Consolidado "Diagnóstico nacional de Salud Bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia.2010.

[3] Ministerio de Salud, Soto L, Tapia R, Jara G, Rodriguez G, Urbina T. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. 2007.

[4] Mejàre IA, Klingberg G, Mowafi FK, Stecksén-Blicks C, Twetman SHA, Tranæus SH (2015) A Systematic Map of Systematic Reviews in Pediatric Dentistry—What Do We Really Know?. PLoS ONE 10(2): e0117537.

En la población parvularia se observa que a medida que aumenta la edad, disminuye cada vez más drásticamente el porcentaje de individuos libres de caries. Al observar estos resultados, se evidencia que el abordaje restaurador que se ha tenido hasta ahora no consigue resolver el problema de la rápida aparición de lesiones en este grupo etario, lo que trae de la mano gastos económicos y sociales de gran magnitud. Existe evidencia que en algunos países europeos no se restauran los dientes primarios, concentrando sus recursos en tratamientos preventivos, dejando el foco restaurador para los dientes permanente, debido a que la gran mayoría de ellos exfolian sin causar dolor y sin necesidad de tratamiento, cuando los factores de riesgo están en control en los niños. Además está demostrado que no existe diferencia en extracciones por dolor o infección de dientes primarios, si estos estaban restaurados o sin restaurar, lo que representa un gran fracaso del enfoque rehabilitador de dientes primarios, con el consiguiente costo económico, social y muchas veces emocional, en niños que les cuesta más adaptarse a la atención odontológica tradicional. Es por eso que el tratamiento más efectivo para prevenir el desarrollo de lesiones de caries y también para detener el avance de lesiones ya existentes, es el control de la biofilm dental. Aun cuando, una restauración puede ayudar al manejo del biofilm, este tratamiento en sí, no asegura un buen control de la misma después de la restauración, por lo que lo más importante es modificar los factores de riesgo alterados e instaurar las medidas de tratamiento no invasivas necesarias[5][6][7][8][9].

La frecuencia de los controles odontológicos se debe determinar por el riesgo que presenta cada usuario, con el objetivo de modificar los factores de riesgo alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud. Es por esto que se hace necesario modificar nuestro paradigma de atención de salud, cambiando desde un enfoque centrado en la administración de la enfermedad, fundamentalmente focalizado en la recuperación del daño, a un enfoque centrado en mantener la salud, cuyo incentivo fundamental sea aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición. De esta manera, la propuesta que presentamos de construir una población en control infantil con controles odontológicos de salud según riesgo y con metas de cobertura de población sana, responde a este nuevo desafío que nos muestra la evidencia actual y que pretende hacernos cargo de nuestros usuarios y de su salud.

---

[5] Kidd EAM (2012). Should deciduous teeth be restored? Reflections of a cariologist: Dent Update 39:159-166.

[6] Levine RS, Pitts NB, Nugent ZJ (2002). The fate of 1,587 unrestored carious deciduous teeth: a retrospective general dental practice based study from northern England. Br Dent J 193:99-103.

[7] Milsom KM, Tickle M, King D, Kearney-Mitchell P, Blinkhorn AS (2002) Outcomes associated with restored and unrestored deciduous molar teeth. Prim Dent Care 9(1):16-9.

[8] Hu X, Chen X, Fan M, Mulder J, Frencken JE (2013) What happens to cavitated primary teeth over time? A 3.5-year prospective cohort study in China.Int Dent J. 63(4):183-8.

[9] Tickle M, Blinkhorn AS, Milsom KM (2008) The occurrence of dental pain and extractions over a 3-year period in a cohort of children aged 3-6 years. J Public Health Dent.68(2):63-9.

Esta Orientación Técnica busca reunir toda la información básica (clínica y administrativa) necesaria para llevar a cabo la Población en Control Con Enfoque de Riesgo Odontológico (PROGRAMA CERO) y que logre una amplia difusión en los equipos de salud de los establecimientos de Atención Primaria del País, para así servir de referencia y guía para ellos.

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.

ALCANCE

El documento está dirigido al personal de salud involucrado en el control, diagnóstico y atención de los usuarios con patologías orales más frecuentes (caries, enfermedad periodontal y anomalías dentomaxilares). Además, servir de guía para los gestores y encargados administrativos.

CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE

Según lo establecido en la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, *"toda persona tiene derecho a recibir las prestaciones de salud de forma oportuna y sin discriminación*".

Asimismo, "*toda persona tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia*"; en consecuencia, además de respetar la vida privada y la honra de las personas durante su atención de salud, los prestadores de salud deben utilizar un lenguaje adecuado y que sea entendible para que las personas puedan recibir la información necesaria. Finalmente, todas las personas tienen derecho a que el prestador de salud le proporcione la información suficiente,

oportuna, veraz y comprensible sobre su estado de salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponible para su recuperación, de los riesgos que ello pueda representar, así como el pronóstico esperado y de esta forma tener la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre su cuidado y tratamiento, en colaboración con los profesionales del equipo de salud.

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.

Ingresan 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.

INGRESO A POBLACION EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO

El equipo de salud odontológico debe contar con un horario específico, protegido, tanto para los ingresos a CERO como para los controles, los cuales se programan cada año. Se destaca que las horas protegidas para el programa debe considerar la atención de estas personas durante las horas de apertura de los CESFAM (incluyendo atenciones posteriores a las 17 horas a través de la continuidad de la atención).

El ingreso a CERO se realiza en control odontológico a los 6 meses de edad. Se podrá ingresar al total del grupo menor de 7 años priorizando en forma incremental desde los 6 meses según gestión de agenda local. Esta debe incluir población infantil sana así como aquella que presenta patologías orales.

El ingreso al programa debe ser realizado por profesional odontológo(a) e implica:

- Ficha clínica, examen de salud.
- Aplicación de pauta con enfoque de riesgo odontológico (Anexo 1).
- Estrategias de Prevención (Anexo 2).

El ingreso se diferencia del resto de los controles, puesto que implica el primer acercamiento al núcleo familiar del menor, para lo cual se requiere un ambiente de tranquilidad que permita esta interacción. La aplicación de la pauta determinará si existe o no algún ámbito que requiera ser reforzado, para lo cual existen las "estrategias de prevención".

Flujograma de derivación desde otros programas

Los ingresos a control odontológico son de derivación interna de Establecimiento de Salud por otros profesionales, técnicos o personal de SOME en controles de programa infantil, Chile Crece Contigo o consulta espontánea. Es importante recalcar que la derivación al programa no es sólo de usuarios con patologías, sino también de aquellos que se encuentren sanos.

EQUIPO DE PROFESIONALES

La población en control con enfoque de riesgo odontológico es atendida por un equipo de profesionales multidisciplinario con un enfoque integral en la reducción del riesgo de patologías orales. Es indispensable para su correcto funcionamiento que exista una relación interdisciplinaria, es decir una estrecha colaboración entre todos los miembros del equipo de salud.

El ingreso al programa es realizado por un odontólogo/a, el cual registra la información en la ficha clínica, aplica la pauta de riesgo, establece el riesgo y realiza la estrategia de prevención específica.

El Control de Salud Integral del niño o niña considera promover su salud en forma integral y detectar, precoz y oportunamente, cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse. La salud bucal como parte de la salud general es evaluada por los profesionales del equipo de salud infantil en cada control de salud integral. Durante estos controles, el equipo de salud vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones que refuerzan las estrategias preventivas para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con hábitos, higiene y alimentación, y, en el caso de sospechar o pesquisar daño, realiza la derivación al equipo de salud bucal. Por tanto, el equipo de profesionales relacionados con CERO, considera:

- Educadora de Párvulos
- Enfermero/a
- Matron/a
- Médico
- Nutricionista
- Odontólogos/as
- SOME
- TENS/TONS (Técnico enfermería u odontología nivel superior) Odontológicos.

Pudiendo estar además integrado por otros profesionales del centro de salud que apoyen la implementación del control.

Importante: Como parte de la implementación de esta modalidad de atención, se sugiere realizar una reunión con el equipo del Centro de Salud y/ o del Sector, según realidad local, para explicar y dar a conocer la Población en Control CERO al resto del equipo no odontológico.

GES SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

Aun cuando los niños y niñas de 6 años pertenecen al grupo etario de programa CERO, la garantía GES de este grupo se mantiene de la misma forma que se ha realizado en años anteriores, sólo se suma la aplicación de la Pauta y Estrategia de Prevención correspondiente.

El GES salud oral de 6 años incluye atención odontológica integral de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente patologías orales con el fin de promover y mantener una buena salud bucal. Durante los controles, los menores deben ser evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, para lo cual se les aplica la Pauta CERO y posteriormente la estrategia de prevención en forma presencial.

Todos los eventos que sucedan en el período en el que el paciente continúa en control, en espera de la erupción de los 4 primeros molares definitivos, y que requieran atenciones incluidas en el Listado de Prestaciones Específico, tendrán acceso y cobertura de acuerdo a lo señalado en decreto GES.

Un niño o niña de 6 años que no se encuentre ingresado al programa CERO y acuda por su garantía GES, debe ser ingresado al programa CERO (siempre con aplicación de Pauta de Riesgo) y posteriormente recibir las prestaciones que requiera, correspondiente al GES de 6 años. Si ya está ingresado al Programa CERO, sólo se procede a realizar las prestaciones que se requieran.

Si el niño o niña de 6 años finaliza su tratamiento (primeros molares definitivos erupcionados y tratados según necesidad) se egresa de programa CERO (no necesariamente esperando a cumplir los 6 años, 11 meses y 29 días). Si su tratamiento no alcanza a ser terminado antes de los 7 años, ya sea por alargue de tratamiento o por no erupción de primeros molares permanentes, se realiza (al cumplir 7 años) “ingreso a tratamiento” y su consecutiva “alta integral o preventiva” según corresponda. Para ambos casos el cierre del caso GES se realiza una vez erupcionados los 4 primeros molares definitivos, los que deben haber sido evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento acorde al diagnóstico realizado.

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, MEDICIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PAUTA CERO, CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

PAUTA CERO

En el Programa CERO la principal herramienta consiste en la aplicación de una pauta de riesgo cariogénico y de hábitos que determina estrategias de prevención. La pauta de evaluación de riesgo es una acción de tamizaje/screening y no de diagnóstico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define tamizaje como: "el proceso de identificar a aquellas personas que tienen un riesgo suficientemente alto de tener una condición específica, que amerita una evaluación mayor o una acción directa."

La pauta debe ser aplicada por el odontólogo a todos los niños y niñas menores de 7 años que ingresan a la atención odontológica en el centro de salud. La Pauta CERO es una adaptación nacional de instrumentos de evaluación de riesgo cariogénico utilizados a nivel internacional[10, 11, 12,13]

Es importante recalcar que la aplicación de la pauta y valorización del riesgo cariogénico se realiza **una vez al año**, no en cada control. Para la construcción del índice ceod, también se considera el registro anual.

Las preguntas de la pauta **CERO** (**C**ontrol con **E**nfoque de **R**iesgo **O**dontológico) se responden a partir de la entrevista que realiza el profesional a los padres, madres y/o cuidadores. Consta de 6 ámbitos para evaluar el riesgo cariogénico del niño o niña y un ámbito para evaluar hábitos y mal oclusiones:

Preguntas Para Medir Riesgo Cariogénico:

1. **ANAMNESIS**

Éste ámbito consta de dos preguntas:

1) ¿El niño(a) presenta una condición que disminuye su flujo salival (enfermedades, fármacos, etc)?
2) ¿El niño(a) presenta situación de discapacidad? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional.

Consideraciones:

- Entiéndase la atención odontológica a pacientes en situación de discapacidad como la actividad odontológica realizada a pacientes con una condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional. Esta condición puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de enfermedad, traumatismo o causa medio-ambiental y puede imponer limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida. Por ejemplo la atención dental a pacientes con patologías tales como: trastornos del espectro autista, síndrome de Down, parálisis cerebral, epidermólisis bullosa u otras que impliquen un periodo de sensibilización y adaptación a la atención odontológica.

- Dentro de los fármacos que disminuyen el flujo salival en pacientes pediátricos se encuentran los enumerados en la siguiente tabla:

Fármacos	Familia
Pseudoefedrina	Agonista adrenérgico
Teofilina	Metilxantinas, inhibidores de fosfodiesterasas y agonistas de receptores de ADP (adenin- difosfato)
Aminofilina	
Fluoxetina	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
Sertralina	
Risperidona	Antipsicótico
Metilfenidato	Anfetamina psicoestimulante
Hidroxizina	Antihistamínicos
Clorfeniramina	
Desloratadina	
Antineoplásicos	Fármacos utilizados en el tratamiento de leucemia linfoblástica aguda

Gentileza Dr. José Jara y Dr. Alfredo Molina
Facultad de Odontología Universidad de Chile

CONDICION CLINICA

Éste ámbito consta de dos preguntas:

1) ¿El niño(a) presenta lesiones de caries?
2) ¿Cuál es el estado de las encías del niño(a)?

Consideraciones

- Éste ámbito se debe medir a partir del año de edad del niño o niña.
- Considera el examen de la cavidad oral, que incluye detección de caries, construcción del índice ceod y examen de encías.
- A modo de complementar y perfeccionar el diagnóstico de caries dental, a contar del año 2016 se encuentra disponible la "Capsula de Actualización en Cariología", la cual contiene material actualizado referente al diagnóstico y tratamiento de la caries dental. Esta capacitación se encuentra disponible en el link: http://minsal.uvirtual.cl/siminsal/
- Es importante destacar que aunque el rango etario menor de un año no incluye condición clínica, de todas formas se debe realizar el examen dental y registro ceod ya que éste corresponde a un indicador de historia de caries.

1. HIGIENE

Este ámbito consta de tres preguntas:

1) Los padres y/o cuidadores, ¿Le lavan los dientes al niño(a)?
2) ¿Cuántas veces al día le lava los dientes al niño(a) en la casa?
3) ¿El niño o niña, se lava los dientes antes de ir a dormir?

2. DIETA

Éste ámbito consta de tres preguntas:

1) ¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?
2) ¿En qué momento el niño(a) realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?
3) Si el niño(a) toma líquidos azucarados en mamadera o vaso ¿se queda dormido con ella?

Consideraciones

- La pregunta uno respecto a la frecuencia de ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados se repite en la pauta de riesgo ya que presenta distinto rango para evaluar el riesgo según edad.

3. FLUORUROS

Este ámbito consta de una pregunta:

1) ¿Utiliza el niño o niña pasta con 1000-1500 ppm de flúor?

Consideraciones

- Se considera, de acuerdo a la evidencia internacional, como efectivo la utilización de pastas fluoruradas de 1000 a 1500 ppm en menores de 7 años.

4. MOTIVACION DE LOS PADRES / CUIDADORES

Este ámbito consta de una pregunta:

1) Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista/profesional de la salud), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres o cuidador en el cuidado oral del niño(a)?

Consideraciones

- Ésta pregunta corresponde a la percepción del odontólogo frente a la actitud de los padres, madres o cuidadores respecto del cuidado del niño o niña. Importante considerar el cuidado integral del niño o niña (higiene general, cuidados personales, trato, preocupación del adulto en portar el cuaderno de salud, etc.)

<u>Preguntas de Hábitos y Mal Oclusiones</u>

HABITOS Y MAL OCLUSIONES

Este ámbito consta de tres preguntas:

1) ¿El niño(a) se succiona el dedo de modo persistente?
2) ¿El niño(a) ocupa chupete entretención, mamadera u otro objeto?
3) ¿El niño(a) presenta mal oclusiones?

Consideraciones

- Este ámbito se debe medir a partir de los dos años de edad del niño o niña
- Como parte del examen de salud básico que se debe realizar a los usuarios que ingresan al programa CERO, es importante además tener en cuenta la pesquisa de otros malos hábitos (ver Anexo 5).

IMPORTANTE: En anexo 1 se encuentra la Pauta de Riesgo versión 2019, la cual se simplifica en formato de una hoja. En esta pauta se muestran las categorías (bajo y alto riesgo) y edades en las cuales se debe responder cada pregunta: marcado en X donde corresponde marcar respuesta según rango etario y bloqueada la celda donde no corresponde la pregunta por edad.

También se agregan preguntas en un nuevo ámbito, de hábitos y mal oclusiones, que también se deben responder según rango etario pero estas preguntas no se consideran para la categorización del riesgo cariogénico.

CATEGORIZACION DEL RIESGO CARIOGENICO

Cada ámbito de la pauta presenta preguntas en las cuales existen dos alternativas de respuesta; una que categoriza la pregunta en bajo riesgo y otra en alto riesgo. Estas respuestas posteriormente categorizarán el ámbito como alto o bajo riesgo cariogénico y así el riesgo total del niño(a) según el siguiente criterio:

Importante: Para el cálculo de riesgo se consideran todos los ámbitos MENOS el de hábitos y mal oclusiones.

RIESGO ALTO

- Si en la evaluación de los ámbitos de "Anamnesis" o "Condición Clínica", una de las respuestas es de Alto Riesgo, se considera automáticamente RIESGO ALTO, independiente del resultado del resto de los ámbitos.
  A continuación, se presenta un ejemplo de pauta con resultado de RIESGO ALTO, al presentar uno de los dos primeros ámbitos (anamnesis) de riesgo alto:

AMBITO	PREGUNTA	RIESGO	
		BAJO	ALTO
I. ANAMNESIS			
II. CONDICIÓN CLÍNICA			
III. HIGIENE			
IV. DIETA			
V. FLUORUROS			
VI. MOTIVACION DE LOS PADRES/CUIDADORES			

- Si en relación a los ámbitos de “Higiene”, “Dieta”, “Fluoruros” o “Motivación” hay por lo menos dos ámbitos de riesgo alto se considera RIESGO ALTO. Aun cuando no tengan alto

riesgo en los ámbitos de “anamnesis” y “condición clínica”. En estos cuatro ámbitos, es importante destacar que cuando más de la mitad de las respuestas de cada uno obtengan resultado alto, se categoriza como alto riesgo.

- A continuación, se presenta un ejemplo de pauta con resultado de RIESGO ALTO, al presentar dos de los cuatro ámbitos (dieta y fluoruros) de riesgo alto:

AMBITO	PREGUNTA	RIESGO	
		BAJO	ALTO
I. ANAMNESIS			
II. CONDICIÓN CLÍNICA			
III. HIGIENE			
IV. DIETA			
V. FLUORUROS			
VI. MOTIVACION DE LOS PADRES/CUIDADORES			

RIESGO BAJO

- Si en relación a los ámbitos de Anamnesis y/o condición clínica sólo hay respuestas de bajo riesgo y al menos tres de los otros ámbitos (higiene, dieta, fluoruros, motivación) son de bajo riesgo, se considera RIESGO BAJO.
  A continuación, se entrega un ejemplo de pauta con resultado de RIESGO BAJO, al presentar los ámbitos de anamnesis y condición clínica de riesgo bajo y al menos tres de los otros ámbitos (higiene, dieta, fluoruros) de riesgo bajo:

AMBITO	PREGUNTA	RIESGO	
		BAJO	ALTO
I. ANAMNESIS			
II. CONDICIÓN CLÍNICA			
III. HIGIENE			
IV. DIETA			
V. FLUORUROS			
VI. MOTIVACION DE LOS PADRES/CUIDADORES			

ESTRATEGIAS DE PREVENCION

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 orales[10], 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

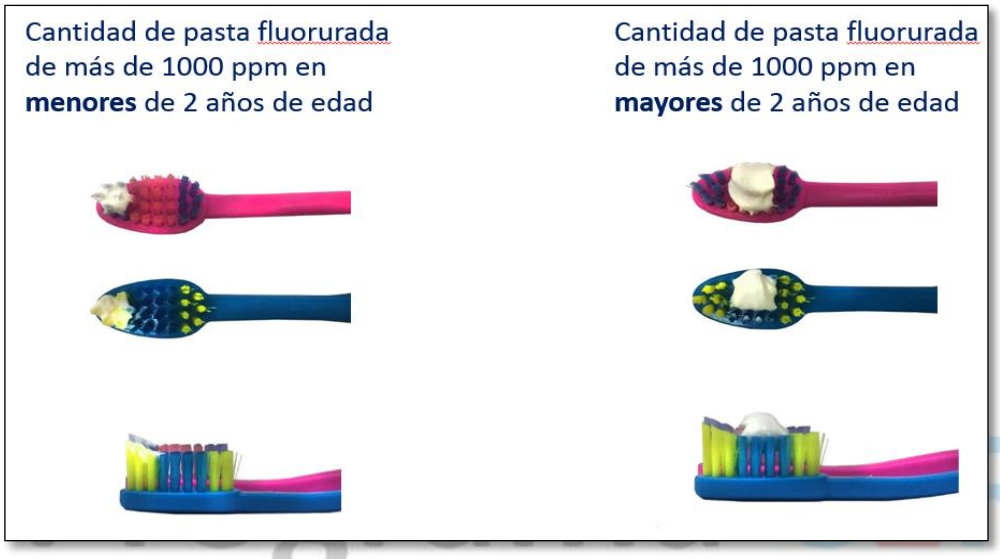
   Principales consideraciones: reforzar el consumo de agua y dieta no cariogénica, e incentivar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y luego complementada con alimentos

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).

[10] Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and Management of Dental Caries in Children*:* Dental clinical guidance. April 2010



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.

5. MOTIVACIÓN Y FORMACIÓN DE HÁBITOS

Principales Consideraciones: Sumado a las indicaciones detalladas en la estrategia de prevención, el sistema de protección integral de la infancia, Chile Crece Contigo, contiene material educativo de utilidad para esta área, el cual se encuentra en la página web: http://www.crececontigo.gob.cl

Importante: Todos los menores en control odontológico deben recibir estrategias de prevención en todos sus ámbitos (prevención básica), realizando un refuerzo (prevención reforzada) en aquellas áreas que presentan riesgo alto.

LACTANCIA MATERNA

Los beneficios de la lactancia materna son ampliamente reconocidos. La evidencia recomienda incentivar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementada hasta al menos los 2 años del menor de edad[11].

Entre las ventajas de la lactancia materna para la salud oral se destacan[12 13 14]:

- Disminución de maloclusiones en dientes temporales y definitivos.
- Disminución de la frecuencia, intensidad y duración del uso del chupete.
- Mejora del tono muscular y adecuado desarrollo del macizo maxilofacial.

Además, la lactancia materna hasta los 12 meses de edad no está asociada con un mayor riesgo de caries dental, y ofrece cierta protección en comparación con la utilización de fórmula láctea. Luego de ésta edad pudiera aumentar el riesgo de caries, lo cual se puede ver reflejado no por el hábito de lactancia, sino que por la aparición de otros factores de riesgo como alimentación nocturna durante el sueño, consumo de alimentos cariogénicos, bebidas en la dieta o a prácticas inadecuadas de higiene oral[15 16 17].

---

[11] OMS. http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/

[12] Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. January 30, 2016;387(10017):475–90.

[13] Peres KG, Cascaes AM, Peres MA, Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, et al. Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. Pediatrics. July 2015;136(1):e60–67.

[14] Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. Malocclusions in young children: Does breast-feeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. J Am Dent Assoc 1939. August 2017;148(8):566–574.e6.

[15] Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. December 2015;104(467):62–84.

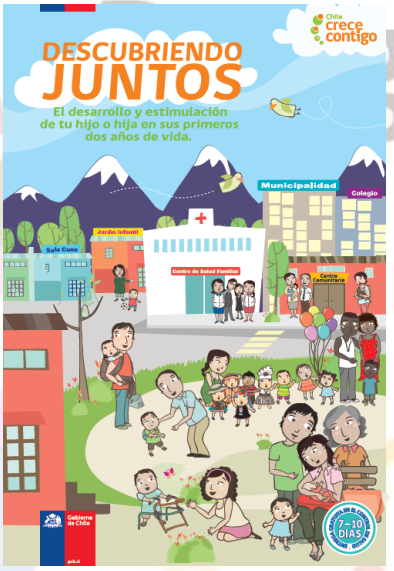
[16] Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS One. 2015;10(11):e0142922.

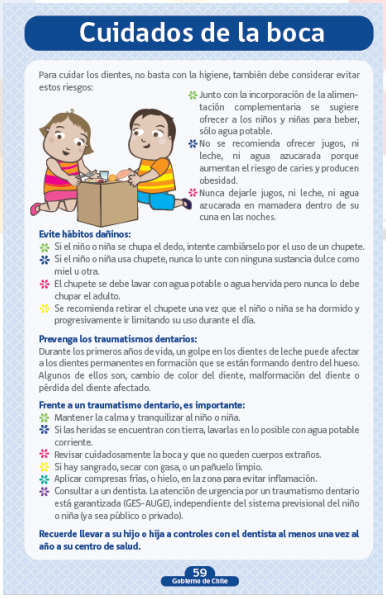
[17] Nirunsittirat A, Pitiphat W, McKinney CM, DeRouen TA, Chansamak N, Angwaravong O, et al. Breastfeeding Duration and Childhood Caries: A Cohort Study. Caries Res. 2016;50(5):498–507.

CHILE CRECE CONTIGO: DESCUBRIENDO JUNTOS

Dentro de las estrategias de prevención es importante reforzar a las madres, padres o cuidadores que el libro “Descubriendo Juntos” de Chile Crece Contigo, el cual se les entrega a los adultos responsables de los menores, otorga importantes herramientas para el desarrollo y estimulación de los primeros 2 años de vida e incluye además tópicos en salud oral.

A continuación se adjuntan imágenes de las páginas que contienen información de salud oral, recalcando que no se debe dejar de lado la salud integral de los menores, es decir, deben reforzarse todos los contenidos del libro.





SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN CERO

La frecuencia de los controles depende del riesgo del niño o niña: a mayor riesgo, mayor frecuencia de controles.

A continuación, se presenta la frecuencia de controles recomendada por cada rango etario según pauta de evaluación de riesgo cariogénico:

Edad del niño/a	Riesgo BAJO	Riesgo ALTO
6 meses	control único	control único
1 a 2 años	1 control anual	2 controles anuales
3 a 6 años	2 controles anuales	3 controles anuales

A diferencia del registro de la aplicación de la pauta CERO y categorización del riesgo cariogénico que se realiza en forma anual, las estrategias de prevención se refuerzan en todos los controles que le corresponden al niño o niña.

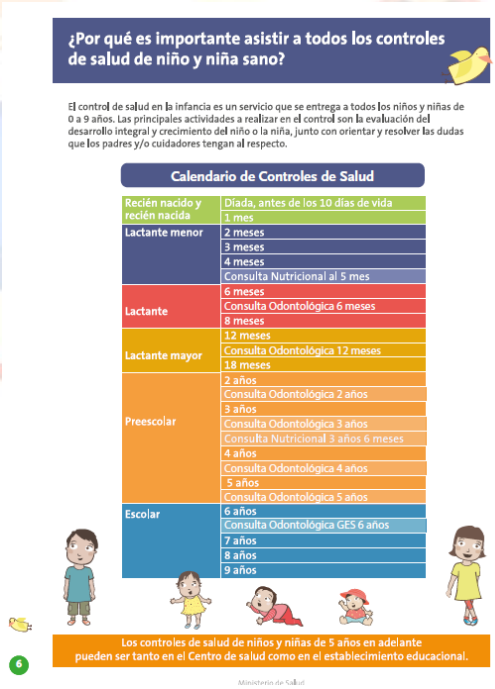
Los documentos entregados por Chile Crece Contigo (Cuaderno de Salud y Descubriendo Juntos), señalan los calendarios de controles de salud, los cuales incluyen los controles orales desde los 6 meses hasta los 6 años.

Control de salud

¿Cómo cuidar la salud de mi guagua?
Los controles periódicos en tu centro de salud le ofrecen una supervisión óptima que cuenta con derivación a vacunaciones, nutricionista, médico, trabajadora social, dentista, sala de estimulación, taller de habilidades de crianza y otras.
Estas son las fechas recomendadas para que lleven a tu hijo o hija al control de salud:

Edad del niño o niña	Profesional que realiza el control	Tipo de control
Recién nacido antes de los 10 días de vida	Matrona	Control de la díada madre - hijo o hija
1 mes	Médico	Control de salud y desarrollo
2 meses	Enfermera(o)	Control de salud
3 meses	Médico	Control de salud
4 meses	Enfermera(o)	Control de salud
5 meses	Nutricionista	Consulta nutricional
6 meses	Enfermera(o)	Control de salud
	Dentista	Consulta de salud bucal
8 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo
12 meses	Enfermera(o)	Control de salud
	Dentista	Consulta de salud bucal
18 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo
2 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Dentista	Consulta de salud bucal
3 años	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo
	Dentista	Consulta de salud bucal
3 años 6 meses	Nutricionista	Consulta nutricional
4 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Dentista	Consulta de salud bucal
5 años	Enfermera(o)	Control de salud
	Dentista	Control de salud
6 años	Enfermera(o)	Consulta de salud bucal GES
	Dentista	Control de salud
7 años	Enfermera(o)	Consulta de salud bucal
8 años	Enfermera(o)	Control de salud
9 años	Enfermera(o)	Control de salud

116 Gobierno de Chile



¿Por qué es importante asistir a todos los controles de salud de niño y niña sano?

El control de salud en la infancia es un servicio que se entrega a todos los niños y niñas de 0 a 9 años. Las principales actividades a realizar en el control son la evaluación del desarrollo integral y crecimiento del niño o la niña, junto con orientar y resolver las dudas que los padres y/o cuidadores tengan al respecto.

Calendario de Controles de Salud

Recién nacido y recién nacida	Díada, antes de los 10 días de vida
	1 mes
Lactante menor	2 meses
	3 meses
	4 meses
	Consulta Nutricional al 5 mes
Lactante	6 meses
	Consulta Odontológica 6 meses
	8 meses
Lactante mayor	12 meses
	Consulta Odontológica 12 meses
	18 meses
Preescolar	2 años
	Consulta Odontológica 2 años
	3 años
	Consulta Odontológica 3 años
	Consulta Nutricional 3 años 6 meses
	4 años
	Consulta Odontológica 4 años
	5 años
	Consulta Odontológica 5 años
Escolar	6 años
	Consulta Odontológica GES 6 años
	7 años
	8 años
	9 años

Los controles de salud de niños y niñas de 5 años en adelante pueden ser tanto en el Centro de salud como en el establecimiento educacional.

6

Ministerio de Salud

RENDIMIENTOS SUGERIDOS

La siguiente tabla presenta un esquema de rendimientos para profesionales de la población en control odontológico.

Profesional		**Tiempo**
Odontólogo/a	Ingreso PBCO	20’
	Control con pauta	15’
TENS Odontológico/a	Control sin pauta	15
Nutricionista/Enfermeras		5’ (incluido en control propio)

Programa Salud Oral Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)

El Programa de Salud Oral de JUNAEB tiene como objetivo contribuir a mejorar la Salud Bucal de estudiantes de los niveles de educación parvularia y básica, desde Pre- Kínder hasta 8° básico de los establecimientos educacionales en condición de vulnerabilidad municipales o particulares subvencionados a través de acciones de promoción, educación y prevención en Salud Oral, junto con atender las necesidades de tratamiento odontológico en el caso que los estudiantes lo requieran. Se desarrolla en 275 comunas de las 15 regiones del país.

Las acciones que se realizan en el Programa son:

- Acciones educativas y enseñanza de hábitos de higiene bucal, destinadas a controlar y modificar los factores de riesgo presentes en los escolares.
- Acciones preventivas (control de placa bacteriana, técnica de cepillado, profilaxis, aplicación de sellantes, aplicación de flúor)
- Acciones clínicas de Atención Primaria: obturaciones, recubrimiento pulpar, pulpotomía y exodoncias.

Los estudiantes ingresan al Programa en Pre- Kínder o Kínder y se controlan todos los años egresando en 8° básico (a excepción de estudiantes de 6 años que son beneficiarios del GES Odontológico, los cuales son atendidos en sus respectivos Centros de Salud. Una vez que egresan del GES, se reincorporan a la atención del Programa de Salud Oral de JUNAEB).

El Programa es universal, es decir, todos los estudiantes de los establecimientos educacionales adscritos son beneficiarios, independiente de su condición previsional

Considerando que al Programa CERO ingresan niños entre 6 meses y 6 años de edad la población común de ambos programas correspondería a los alumnos de Pre- Kínder y Kínder (4 y 5 años de edad). Con el objetivo de que ambos programas sean complementarios, se establecen los siguientes procesos de referencia y contrarreferencia:

- Será requisito para ingresar al Programa JUNAEB (para niños FONASA y PRAIS) estar en Programa CERO (Ingreso o Control). Si algún niño no está en el Programa CERO se elaborará un protocolo de derivación desde el Programa JUNAEB al Programa CERO.

- Los niños y niñas de Programa CERO que asistan a establecimientos con presencia de JUNAEB deben ser derivados al Programa JUNAEB (para niños FONASA y PRAIS) con el objetivo de realizar acciones educativas y promocionales involucrando a las escuelas y familias y acciones curativas a quienes lo requieran.

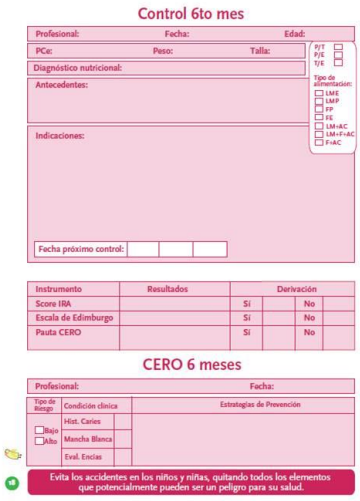
REGISTRO

Para la implementación del Programa CERO, el registro abarca información entregada a los padres, madres o cuidadores a través del "Cuaderno de Salud de niñas y niños entre 0 y 9 años" de Chile Crece Contigo y el registro estadístico mensual (REM).

REGISTRO EN CUADERNO DE SALUD

En el "Cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años" existe una calendarización de todos los controles de salud que deben completar los menores, para esto se lleva un registro por edad en el Cuaderno de Salud. Dentro de estos se deben registrar los controles de salud oral desde los 6 meses hasta los 7 años, los cuales contemplan información básica como: Nombre de profesional que efectúa el control, indicaciones y tipo de riesgo evaluado en la pauta, entre otros.

A continuación, se adjuntan imágenes referenciales de los controles contenidos en el cuaderno:



REGISTRO ESTADISTICO MENSUAL

Todos los establecimientos de salud definidos por el DFL 1 deben reportar de forma estandarizada las atenciones y población en control al Departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS) con el fin de tener una fuente de información para la producción de diversos indicadores de gestión y cumplimiento de programas, pilar fundamental para la toma de decisiones en salud.

Los registros estadístico mensuales (REM) de atenciones y/o población en control se remiten al DEIS por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos.

Los registros que tributan a la población en control con pauta CERO son los siguientes:

1- REM A03

Sección D.7: Aplicación y resultados de pauta de evaluación con enfoque de riesgo odontológico (CERO)

La pauta de evaluación con enfoque de riesgo odontológico, corresponde a una herramienta de tamizaje aplicada por el odontólogo a todos los niños y niñas menores de 7 años que se encuentran en control odontológico. Se aplica en los centros de salud primarios en forma anual, de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes la pauta arroja como resultado dos categorizaciones de riesgo: alto y bajo.

Evaluación de Riesgo:

- Bajo Riesgo: Corresponde a niños y niñas menores de 7 años que luego de aplicar la pauta obtienen una categorización correspondiente a bajo riesgo.
- Alto Riesgo: Corresponde a niños y niñas menores de 7 años que luego de aplicar la pauta obtienen una categorización correspondiente a alto riesgo.
- Total: Sumatoria de pautas con bajo y alto riesgo aplicadas.

Validador de consistencia: La aplicación de pautas de riesgo en menores de 7 años debe coincidir con los registros de ceod registrados en REM A09 Sección C (ambas se realizan de forma anual).

2- REM A09

Sección A

Control Odontológico: Es la atención que se otorga al usuario, con el objeto de registrar la evolución del tratamiento realizado, prevenir y detectar cuadros mórbidos y con un rendimiento menor a una consulta de morbilidad. Esto incluye: control posterior al alta odontológica, control posterior a la consulta de morbilidad y control con enfoque de riesgo odontológico.

Sección B

Se registran todas las acciones realizadas en promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario en los establecimientos de atención primaria y de especialidades. Es

decir, se registran las actividades que se realizan en los usuarios que se encuentran en control con enfoque de riesgo odontológico.

Sección C

Ingreso a Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): Corresponde a niños y niñas menores de 7 años que ingresan por primera vez a establecimientos del nivel primario de atención, con el fin de reforzar la promoción de la salud oral y de controlar periódicamente los factores de riesgo. Esto incluye a niños y niñas que accederán a su garantía GES de 6 años. El registro refuerza la idea que todos los niños y niñas menores de 7 años deben aplicarse una PAUTA CERO y posterior estrategia de prevención.

Egreso de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): Corresponde al total de niños y niñas que dejan de controlarse, ya sea por traslado, fallecimiento o edad (cumple 7 años).

- Egresos por Traslado: Corresponde a las personas que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento, generalmente, se produce por cambio de domicilio.
- Egresos por Abandono: Corresponde a niños y niñas menores de 7 años que, durante el mes informado, han permanecido inasistentes por más de 11 meses 29 días al control, efectuándose en dicho período a lo menos tres acciones de rescate de inasistentes documentadas.
- Egresos por Fallecimiento: corresponde a las personas que egresan por fallecimiento por cualquier circunstancia.
- Egresos por Edad: Corresponde a las personas que cumplen 7 años de edad, puesto que la población bajo control está orientada a menores de 7 años. El egreso se realiza a los 6 años SÓLO una vez que el niño o niña haya accedido a su garantía GES con las prestaciones que esta conlleva.

Índice COPD o ceod en Usuarios Ingresados a Odontología General: Se debe registrar sólo al momento del Ingreso al Control con enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) y en forma anual para aquellos usuarios que se mantengan en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico. En el caso de menores de 7 años se registra ceod.

A los niños y niñas menores de 1 año también se les debe registrar índice ceod, ya que no es solo un indicador clínico de caries en el momento del examen, también es un indicador de historia de caries.

Validador de consistencia: El índice ceod debe coincidir con las aplicaciones de pauta de riesgo odontológico registradas en el REM A03 sección D.7 (ambas se realizan de forma anual.

ANEXO 1 PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO

Pauta CERO										
AMBITO	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
CIONDICIÓN 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
	PREGUNTAS DE HABITOS Y MAL OCLUSIONES	AUSENTE	PRESENTE							
OTROS: HABITOS Y MAL OCLUSIONES	¿El niño(a) se succiona el dedo de modo persistente?	NO	SI			x	x	x	x	x
	¿El niño(a) ocupa chupete entretención, 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

ANEXO 2 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

ESTRATEGIAS DE PREVENCION			
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 liquido 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.	Indicar que cada niño(a) desde el inicio de la dentición temporal reciba al menos tres aplicaciones de flúor barniz al año.
	Sellantes (4 años o más)	----------	Considerar la aplicación de sellantes de resina o vidrio ionómero en molares temporales y primeros molares definitivos.
	Radiografías (4 años o más)	Se sugiere la toma de radiografías, como apoyo diagnóstico de caries interproximales en molares según indicación clínica.	
Motivación y Formación de Hábitos		Proponer un plan de acción que involucre a los padres/cuidadores para incorporar hábitos de higiene y alimentación saludable en los niños y familia. Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.) Reforzar la no succión de dedos como hábito. Recomendar la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad. Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar.	

ANEXO 3 REGISTRO DE CEPILLADO DIARIO

Registro de Cepillado Diario

Este registro pertenece a _____

Registra con un ticket cuando te laves los dientes en la mañana y en la noche por las siguientes 4 semanas

Recuerda:
-Cepillarte los dientes por dos minutos con pasta de más de 1000 ppm.
-Escupir sin enjuagarse

SEMANA 1

Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

SEMANA 2

Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

SEMANA 3

Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

SEMANA 4

Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

ANEXO 4 REGISTRO DE DIETA

Registro de Dieta

Mi nombre es_____

El presente registro nos ayudará a conocer lo que come y poder aconsejar respecto a que alimentos son mejores y por otro lado menos dañinos para los dientes.

Por favor registrar todo lo que coma o beba los próximos 5 días incluyendo en el registro el horario de consumo.

Si consume algún tipo de bebidas frías indicar si el light o normal y en el caso de bebidas calientes, indicar si se le agrega azúcar o endulzante.

Día 1 (indicar día) _____						
Horario						
Que comí o bebí						

Día 2 (indicar día) _____						
Horario						
Que comí o bebí						

Día 3 (indicar día) _____						
Horario						
Que comí o bebí						

Día 4 (indicar día) _____						
Horario						
Que comí o bebí						

Día 5 (indicar día) _____						
Horario						
Que comí o bebí						

ANEXO 5 PESQUISA DE MALOS HABITOS EN EXAMEN DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

Como parte del examen de salud básico que se debe realizar a los usuarios que ingresan al Programa CERO, es importante además tener en cuenta la pesquisa de malos hábitos como la succión no nutritiva y la presencia de anquiloglosia.

I. Malos Hábitos: Habito de Succión No Nutritiva (HSNN)

El crecimiento maxilofacial está determinado genéticamente, pero en su desarrollo también influyen factores como función, oclusión, articulación y postura craneal[18]. Entre los principales HSNN se encuentra la succión de chupete y succión digital.

1. Succión de chupete: Comienza sobre los primeros 6 meses de vida. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente. Hay mucha controversia sobre la edad a la que se debe quitar el chupete. Hay estudios que sugieren que es posible disminuir el peligro de estas malposiciones pidiéndoles a los padres que reduzcan el tiempo de chupete al niño, ya que al cesar el hábito, con menos de tres años, se curan espontáneamente[19].
2. Succión digital: Para la mayoría de los autores la succión digital es una de las situaciones más nocivas durante el desarrollo de la oclusión normal. Comienza en la vida fetal (29 semana de gestación), aunque desde el nacimiento hasta los 2 años se considera normal. Cuando se produce la erupción de la dentición temporal sucede un cambio en el patrón deglutorio y de masticación, y es a partir de aproximadamente los cuatro años de edad cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo originando maloclusiones. Además, a partir de los 4-5 años de edad aumenta el rechazo social ante el hábito, lo que puede alterar el desarrollo emocional del niño. La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1,7% y el 47%; estas diferencias pueden explicarse por la edad a la que se realice el estudio, pues mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye [15][20][21].

   Las maloclusiones más frecuentes que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, clase II, paladar ojival y mordida cruzada[17]. Las principales terapias que se utilizan para evitar la succión digital son:

---

[18] Yamaguchi H, Sueischi H. Malocclusion associated with anormal posture. Bull Tokyo Dent Coll 2003; 44(2): 43-54)

[19] Pipa Vallejo, A. et al. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Avances en Odontoestomatología 2011; 27(3).

[20] Agurto P; Díaz R; Cádiz O.; Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría; 1999:70(6).

[21] Romero-Maroto M, Romero-Otero P, Pardo de Miguel A, Sáez-López M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE 2004;9(1):77-82

- Tratamientos para modificar la conducta: Reforzamiento diferencial, técnicas aversivas (sustancias líquidas de sabor desagradable impregnadas en los dedos del niño, etc), técnicas de prevención de respuesta (brazaletes que impiden doblar el codo, apósitos en los dedos, uso de guantes, etc).
- Dispositivos ortodóncicos fijos/extraibles: Existen de diferentes diseños, siendo el más común la reja lingual que actúa de forma pasiva como barrera mecánica contra la succión.
- Terapia miofuncional: Incluye un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado existente (incompetencia labial, deglución infantil, alteración del funcionamiento de la musculatura perioral).

II. Anquiloglosia: Anomalías del Frenillo Corto

En los últimos años, se le ha dado un mayor énfasis a la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. En este sentido, se han enfocado diversas líneas de investigación en el manejo de las dificultades para alimentarse en el periodo neonatal. Una alteración que dificulta el funcionamiento adecuado de los mecanismos de succión-deglución es la anquiloglosia, la cual limita los movimientos linguales impidiendo que el neonato pueda alimentarse de manera correcta[22].

El frenillo lingual se clasifica en anterior o posterior en función del lugar de anclaje del mismo a la lengua. Se diferencia cuatro tipos de frenillo lingual: el tipo 1 y tipo 2 (frenillos anteriores) y el tipo 3 y 4 o submucoso (frenillos posteriores). A continuación se detalla un resumen de las características de cada tipo de frenillo[23]:

- Frenillo tipo 1: El frenillo se ancla en la punta de la lengua, que suele presentar forma de corazón, y se observa a simple vista. La movilidad de la lengua se encuentra muy restringida, no siendo posible elevarla ni extenderla.
- Frenillo tipo 2: El frenillo se inserta un poco más atrás que en el tipo 1, a una distancia de entre 2 y 4 mm de la punta de la lengua. Menos restrictivo, impide también la elevación y extensión de la lengua, aunque en menor medida.
- Frenillo tipo 3: El frenillo se inserta más atrás que en los dos tipos anteriores, la extensión de la lengua no suele verse comprometida, pero si la elevación. A simple vista la lengua parece normal. Este tipo de frenillo presenta también un componente submucoso que no es visible a simple vista.
- Frenillo tipo 4 o submucoso: El frenillo como tal no se ve a simple vista, se encuentra bajo una capa de tejido submucoso y restringe casi en su totalidad el movimiento de la lengua, que se ve anclada en el suelo de la boca, sin elevarse y con aspecto compacto. El movimiento de la lengua suele ser asimétrico. Los bebés que presentan este tipo de frenillo suelen presentar la boca y la lengua torcidas al abrirla.

El tratamiento más común de la anquiloglosia es la frenotomía. Esta debe ser realizada en forma oportuna ya que los resultados mejoran la percepción de la lactancia materna, la cantidad de leche que los lactantes toman y sobre todo mejoran la sensación de dolor de la madre, por lo que es esencial la pesquisa por parte del odontólogo, para la pronta derivación a fin de evitar complicaciones mayores.

---

[22] Robles-Andrade M; Guerrero-Sierra C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatol. Reprod. Hum*; 2014(28):154-158.

[23] Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 May; 2 (2): 21-37