

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección General de la Salud
Unidad Coordinadora de Programas

**ORIENTACIONES PARA
EL EQUIPO DE SALUD DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LAS
GESTANTES Y NIÑOS/AS
DE 0 A 36 MESES**



**Programa Nacional
de Salud Bucal**

ORIENTACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LAS
GESTANTES Y NIÑOS/AS
DE 0 A 36 MESES

AUTORIDADES

DRA. MARÍA JULIA MUÑOZ
Ministra de Salud Pública

DR. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO
Subsecretario de Salud Pública

DR. JORGE BASSO GARRIDO
Director Nacional de la Salud

SR. ALBERTO DELLA GATTA
Director Coordinador de Programas

DR. PABLO BIANCO
Director del Programa Nacional de Salud Bucal

saludbucal@msp.gub.uy
18 de julio 1892 Piso 4 anexo B
Telefax: 402 1532
www.msp.gub.uy

EQUIPO DE TRABAJO

Director del Programa Nacional de Salud Bucal del M.S.P.
Dr. Pablo Bianco

Cátedra de Odontopediatría
Facultad de Odontología de la Universidad de la República
Prof. Dra. María del Carmen López Jordi

Delegada de la Asociación Odontológica Uruguay
Prof. Agda. Dra. Graciela González - Odontopediatra

Integrantes del Programa Nacional de Salud Bucal del M.S.P

Dra. Amneris Severino
Higienista en Odontología Ana Patricia González
Sr. Roberto Martínez Moccia

Consultante
Prof. Adj. Dr. Luis Bueno
Cátedra de Periodóncia
Facultad de Odontología de la Universidad de la República

INDICE

Presentación

1. Introducción
2. Atención a la salud bucal en la gestante
 - 2.1. Actividades específicas
 - 2.2. Protocolo de atención periodontal en la gestante
3. Atención a niños/as de 0 a 36 meses
 - 3.1. Actividades específicas
 - 3.1.1. Niños/as de 0 a 6 meses
 - 3.1.2. Niños/as de 7 a 24 meses
 - 3.1.3. Niños/as de 25 a 36 meses
 - 3.1.4. Niños/as sanos de alto riesgo
 - 3.1.5. Niños/as con caries de la niñez temprana
 - 3.1.6. Niños/as con caries severas de la niñez temprana
4. Bibliografía

**ORIENTACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LAS
GESTANTES Y NIÑOS/AS DE 0 A 36 MESES**

Presentación

El 2008 quedará en la historia de la salud pública uruguaya como el año de la implementación de la Reforma Sanitaria y el comienzo del funcionamiento de SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.

Los aspectos sustanciales de la misma, implican fuertes cambios en el modelo de atención, haciendo énfasis en la integralidad y en el énfasis en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación articulando, coordinando con todos los prestadores públicos y privados, en particular desde una red de servicios que prioricen el primer nivel de atención.

Cambios en el modelo de gestión apuntando a la profesionalización y transparencia institucional y cambios en el modelo de financiamiento a través de la creación de un Seguro de Salud, son componentes sustantivos de la Reforma en curso.

La incorporación progresiva de colectivos de habitantes a la Seguridad Social, establece que miles de uruguayos y uruguayas ya asegurados opten por la institución pública o privada donde atender su salud.

Desde la Junta Nacional de Salud, con participación de delegados del MSP, MEF, BPS, Prestadores, Usuarios y Trabajadores se administra el Seguro estableciendo los montos que desde el Fondo Nacional de Salud instalado en el BPS, se debe pagar a los prestadores. Las instituciones de salud reciben entonces cuotas de salud en función del número de usuarios o socios, ajustado a riesgo (por sexo y edad) y un componente vinculado a la performance institucional (se controla la calidad de atención y se desestimula económicamente la atención deficitaria).

Llevar estos principios a la práctica cotidiana de los efectores del SNIS implica un esfuerzo en reformar también el propio Ministerio de Salud, dotándolo de organización y cultura institucional que permita cumplir con las funciones esenciales de la autoridad sanitaria, sistematizando las acciones y desarrollándolas desde todos los ámbitos de la vida en sociedad incluyendo las más complejas estructuras asistenciales.

Estas orientaciones para el equipo de salud del primer nivel de atención que hoy nos presenta el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD BUCAL, sintetiza el esfuerzo por la integralidad de las acciones de salud, en dos de los grupos más importantes de la población: las gestantes y los menores de 36 meses.

La capacidad de las instituciones y sus equipos de salud de llevar adelante las mismas, nos asegurará la sonriente esperanza de los niños y niñas del Uruguay.

Dr Jorge Basso Garrido
Director General de la Salud
Ministerio de Salud Publica

1

Introducción

Este documento tiene como propósito presentar una serie de orientaciones acerca del abordaje de la salud bucal de las gestantes y niños/as de 0 a 36 meses, dedicando especial atención a las pautas a implementar por el equipo de salud del primer nivel de atención.

En el marco de las prioridades definidas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en cuanto a promoción de salud y fortalecimiento del primer nivel de atención, el Programa Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública define como objetivo “mejorar la situación bucal de la población incorporando este componente al enfoque integral de la salud que promueve el MSP, utilizando la estrategia de atención primaria y abordaje territorial con fuerte énfasis en el primer nivel de atención; consistente con el desarrollo de las acciones educativas, preventivas y asistenciales”¹. Se proponen dos complementos en la acción estratégica que pasan por la definición de “Grupos de población priorizados” y “Etapas de Acción”. El criterio para la priorización de grupos está dirigido a cambiar los perfiles epidemiológicos de la población. En este sentido el programa considera de especial importancia la consideración de las gestantes y niños/as de 0 a 36 meses de edad dentro de los grupos prioritarios. Las “etapas de acción”(EA) se caracterizan por procedimientos que dan respuesta a las necesidades de salud bucal de la población, cuya finalidad es reconvertir el riesgo y mantener la salud. Para el cumplimiento de este logro se definen como actividades vinculadas la integración del odontólogo/a, asistente e higienista en odontología, al equipo de salud, con la finalidad de aumentar las acciones odontológicas en el primer nivel de atención.

La información contenida en estas orientaciones deberá ser procesada por los prestadores integrales en el sentido de transformarlas en protocolos de procedimientos, adaptando las mismas a las realidades de cada institución y de cada grupo poblacional objetivo. De esta forma, se transforma una orientación sanitaria en un componente del proceso de calidad de la asistencia, sistemático y mensurable, que las personas merecen recibir. El control del cumplimiento de las mismas, incluye un momento institucional de “auditoría interna” del prestador integral y otro externo competencia de la autoridad sanitaria cristalizado por los diferentes mecanismos que hoy existen o que se podrán instrumentar en el futuro.

Este aporte al sistema de salud, nos compromete a instalar un ámbito de recepción e intercambio de información con los integrantes del equipo de salud y los usuarios de las instituciones; de manera de continuar con el proceso de mejora de las políticas públicas de salud bucal.

En el entendido de promover las formulaciones del componente salud bucal en los Programas de Mujer y Género y Niñez en las Instituciones, se proponen para los mismos las siguientes actividades de salud bucal:

1-Dar a conocer la existencia y funcionamiento del Programa de Salud Bucal a los usuarios actuales y potenciales, en cada prestador integral de salud.

2-Ingreso de las gestantes al Programa de Salud Bucal que integra:

- Información sobre los objetivos del programa.
- Diagnóstico de las condiciones de la salud bucal de la gestante.
- Diagnóstico de riesgo de la enfermedad bucal en el embarazo.
- Aplicación de un plan con nivel de resolución de Etapa 1 de acción (EA1) Programa de Salud Bucal del M.S.P.

3-Ingreso del recién nacido al Programa de Salud Bucal que integra:

- Promoción y educación para la salud a las madres para el cuidado bucal del niño/a.
- Diagnóstico de las condiciones de salud bucal del niño/a.
- Establecimiento del plan de tratamiento con énfasis en el control de los factores de riesgo identificados y control del crecimiento y desarrollo.

4- Mantenimiento y control de la salud de los niños/as hasta los 36 meses de edad.

5- Coordinación intrasectorial para la derivación de los niños/as al cumplir 3 años de edad (mantenimiento y control de la salud bucal).

Resultados esperados del componente salud bucal en los Programas de la Niñez y Mujer y Género

- Conformación en las Instituciones de equipos interdisciplinarios encargados de la organización, implementación y evaluación del componente salud bucal en los Programas de la Niñez y Mujer y Género.
- Implementación de actividades educativo-preventivo-asistenciales.
- Lograr que el 85% de los niños que ingresaron al programa se diagnostiquen con salud bucal o de riesgo controlado a los 3 años de edad.
- Disminuir el riesgo de partos prematuros asociados con la enfermedad periodontal de la madre.

2

Atención a la salud bucal en la Gestante

En Uruguay se diagnostican aproximadamente 60.000 embarazos al año, un alto porcentaje se realizan en los controles instituidos por el Sistema de Salud. Las futuras generaciones tendrán oportunidad de crecer sanos en la medida que la atención incida en el crecimiento y desarrollo del niño/a desde su gestación. Este período de la mujer se acompaña de cambios fisiológicos que pueden llegar a comprometer la salud bucal de la madre y su hijo/a si no son controlados. En este sentido es importante:

- Promover en el medio familiar: hábitos, conductas y comportamientos saludables basado en la evidencia que las enfermedades bucales más prevalentes están directamente relacionadas con los estilos de vida.
- Controlar la transmisibilidad microbiana, resaltando fundamentalmente el papel de la madre en la instalación de la flora bucal definitiva de niños/as, como uno de los factores de riesgo determinante del proceso salud-enfermedad bucal de su hijo/a.
- Promover un crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático armónico potenciando los recursos biológicos como es la lactancia materna.
- Mantenimiento de la salud bucal
- Control y tratamiento de la enfermedad periodontal en la gestante como factor de riesgo de parto prematuro.
- Tratamiento de caries y otras patologías bucales
- Rehabilitación funcional de la oclusión

Es importante que la gestante realice su control periódico con el ginecólogo/a y es fundamental la derivación de éste al odontólogo/a para el control de su salud bucal, a fin de **llegar al momento del parto con un control de su salud bucal que implica:**

- Tratamiento de la infección provocada por la presencia de placa microbiana
- Tratamiento de la enfermedad caries
- Tratamiento de la enfermedad gingivo-periodontal,
- Tratamiento de otras patologías de importancia en este período de la vida de la mujer y del niño/a.

Se entiende **por control**, el diagnóstico y la intervención sobre la situación de salud- enfermedad a fin de lograr un nivel de salud bucal adecuado. **El objetivo es llegar al término del embarazo habiendo cumplido con la EA1 (Etapa de acción 1)² que incluye los procedimientos terapéuticos mínimos.** La captación de este grupo de población a la asistencia es importante por las siguientes consideraciones:

- Es posible observar alteraciones gingivales (gingivitis del embarazo), durante el 2º trimestre alcanzando su máximo al 8º mes, disminuyendo hacia el final de la gestación. Se caracteriza por encías sangrantes y rojas por acumulación de placa microbiana. Si la gestante no realiza su higiene correctamente puede llevar a una enfermedad paradental con riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer

2- Los Procedimientos odontológicos que incluye esta etapa son los numerales: 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 11 están definidos en el Programa Nacional de Salud Bucal páginas 30 a 35. Uruguay 2007

- La enfermedad caries puede darse en este período de la mujer favorecida por: el medio ácido bucal, regurgitaciones, vómitos, aumento de ingestas y comida a deshora.
- Fortalecer el seguimiento del desarrollo del niño/a desde su gestación.

Las prestaciones que el Programa Nacional de Salud Bucal incluye en el Sistema Nacional Integrado de Salud son:

- Dos consultas de **Control de salud bucal**, se sugiere la primera dentro del segundo trimestre de gestación y la 2da sea realizado por el odontólogo/a de la Institución que certifique la condición de salud. (Algoritmo para la atención a la salud bucal de la Gestante)
- Lograr un nivel de salud según la definición de la EA 1 (Etapa de acción 1, ver esquema 1).
- Una actividad de promoción y educación para la salud, orientada a los cuidados de salud bucal del bebé y la puérpera, que deberá desarrollarse en el postparto inmediato, previo al alta de la madre y el niño/a (Esquema 2).

La Etapa de Acción 1 incluye los procedimientos de atención odontológica de un paciente que permite alcanzar un estado de salud bucal que implica lograr el control de las enfermedades más prevalentes (caries y enfermedades gingivo-periodontales) y el mantenimiento en esas condiciones. La Etapa de Acción 1 incluye acciones de:

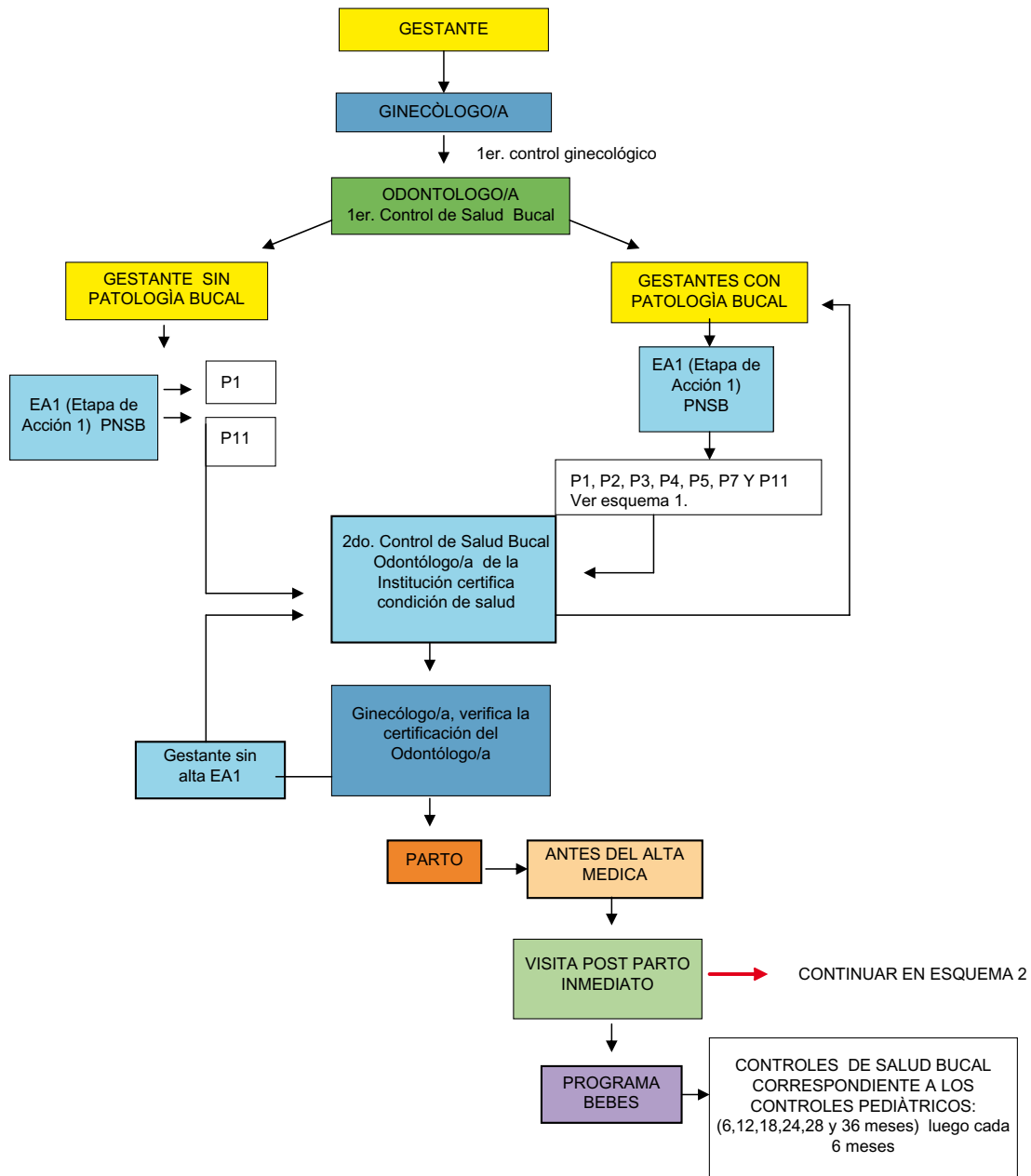
- Promoción y educación para la salud
- Resolución de urgencias
- Control de infecciones
- Refuerzo del huésped
- Control del medio
- Controles periódicos de mantenimiento

Esta concepción implica acordar que:

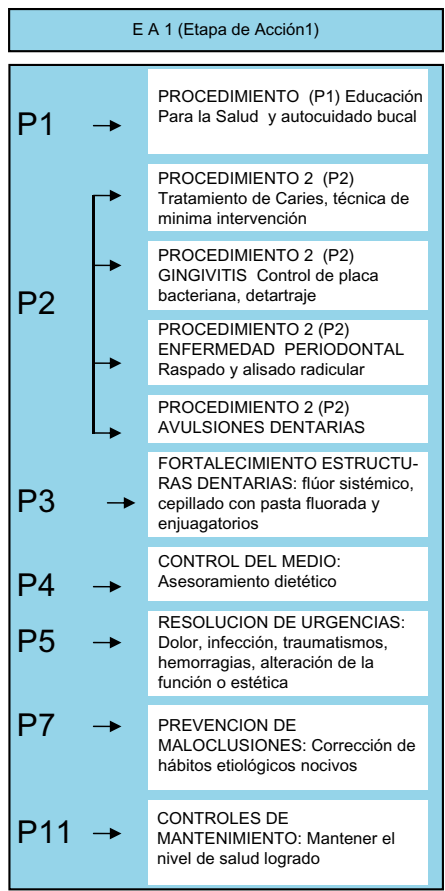
- El equipo de salud debe aplicarlo sistemáticamente a todos sus pacientes. Su obtención ocupa el primer escalón de todo plan asistencial que se elabore.
- Su objetivo fundamental es reconvertir el riesgo que el paciente presenta. En el producto evaluado debe resaltar un paciente motivado para su autocuidado y los factores de riesgo controlados.
- Se intenta alcanzar en el menor número de sesiones posibles.
- Supone la aplicación de acciones con los pacientes en forma grupal o individual.

En los Programas de Atención a la Niñez y Mujer y Género la Etapa de Acción 1 será el nivel de salud mínimo que deben garantizar los prestadores integrales de salud a las embarazadas y madres de niños/as menores de 36 meses de edad.

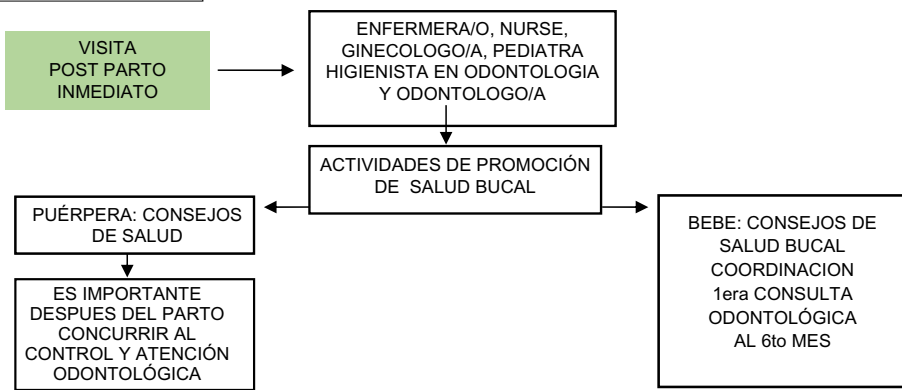
ALGORITMO PARA LA ATENCION A LA SALUD BUCAL DE LA GESTANTE



ESQUEMA 1.
Descripción de procedimientos



ESQUEMA 2.



2.1

Actividades específicas

Promoción de salud

- Hábitos de higiene bucal, (cepillado bucal e hilo dental después de cada comida y antes de acostarse, con dentífrico fluorado). Control del consumo de alimentos. El número de ingestas, la calidad de las mismas y la relación ingesta-higiene son factores que deben incluirse en las actividades de promoción.
- Valoración de la lactancia materna como factor fundamental de la salud integral de su hijo/a y su relación con el desarrollo armónico del sistema estomatognático (posición y duración del amamantamiento)

Educación para la salud

- La placa microbiana como causa de las enfermedades bucales más frecuentes.
- La caries dental como enfermedad infecciosa.
- Las patologías gingivo-periodontales como enfermedades infecciosas.
- La transmisibilidad de la flora bucal y la importancia de la madre y el medio familiar en ello.
- La relación entre enfermedad gingivo-periodontal de la gestante y el parto prematuro y o bajo peso al nacer.
- Control de hábitos disfuncionales de succión, respiración, posturales. “La lactancia materna debe ser exclusiva los 6 primeros meses de vida, necesaria y adecuadamente complementada el segundo semestre y voluntaria a partir del año de vida”.³

Preventivas

- Cepillado supervisado con el fin de desorganizar la placa bacteriana por medio del correcto cepillado (dientes, encía y lengua) después de cada comida y antes de acostarse con dentífrico fluorado 1500 ppm y utilización de hilo dental.
- Asesoramiento dietario por nuevos hábitos en la alimentación que se producen en general durante el embarazo. Si se considera derivar a Nutricionista o Endocrinólogo/a.

Asistencial

- Detección precoz de patologías bucales
- Técnica de mínima intervención (tratamiento de caries) remoción de las capas infectadas de las lesiones de caries y obturación semipermanente.
- Detartraje (Protocolo de atención periodontal en la gestante 2.2)
- Indicación de agentes químicos profilácticos de la placa bacteriana con el objetivo del control químico de la misma, en forma de enjuagatorios (por ejemplo clorhexidina), cuando sea necesario según cada paciente.
- Raspado y alisado periodontal (Protocolo de atención periodontal en la gestante 2.2)
- Avulsiones dentarias necesarias (siempre interconsulta con el ginecólogo/a, para oportunidad del tratamiento)
- Reparación de provisorios o prótesis que comprometan la estética o la función

Controles

- Mantener el nivel de salud logrado
- Utilización adecuada de fluoruros, cepillado dental con pasta fluorada 1500 ppm, mínimo 2 veces por día. Enjuagatorios, semanales o diarios en domicilio (varía la concentración) y geles fluorados (alta concentración) en consultorio.
- Control de la placa bacteriana técnica de cepillado individual con tinción.
- Control de dieta cariogénica, cartilla dietaria personalizada, frecuencia de ingestas en especial de hidratos de carbono.
- Control de los tratamientos realizados.

2.2

Protocolo de atención periodontal en la gestante⁴

Debemos tener en cuenta que la atención de la salud bucal en gestante es un trabajo interdisciplinario entre el ginecólogo/a-odontólogo/a e higienista en odontología.

La secuencia sugerida es la siguiente:

Diagnóstico

Se diferenciarán tres cuadros:

- Paciente sano
- Paciente enfermo de gingivitis
- Paciente enfermo de periodontitis

El cuadro de gingivitis es de carácter reversible ya que una vez tratado adecuadamente revierte sin dejar secuelas.

El cuadro de periodontitis es de carácter irreversible en cuanto a que una vez tratado con éxito pueden quedar secuelas como ser retracción gingival, movilidad incrementada, hipersensibilidad entre otros.

Los cuadros periodontales se clasifican en crónicos y agresivos.

Los cuadros crónicos generalmente se tratan con medidas mecánicas y los agresivos con medidas mecánicas con coadyuvancia antibiótica.

Índices sugeridos

- Índice de placa microbiana
- Índice de parodencia marginal
- Periodontograma

Índice de placa microbiana: este índice corrobora la causa infecciosa de la inflamación gingival. Nuestro objetivo será reducir los valores de placa y educar al paciente para que los mantenga en valores adecuados, lo que llevará a la resolución del cuadro gingival.

Por otra parte será uno de los pasos básicos en el tratamiento del cuadro periodontal.

4- Protocolo de atención periodontal en la gestante. Dr Luis Bueno. Profesor Adjunto Cátedra de Periodoncia. Facultad de Odontología - UDELAR Uruguay 2008

Índice de paradencio marginal: este índice valora los cambios en los tejidos gingivales en cuanto a presencia de inflamación gingival. Comienza con un valor de 0 donde la encía se ve clínicamente sana, 1 donde la encía presenta cambios de color y configuración, 2 presencia de sangrado al sondaje y 3 sangrado espontáneo. Este índice solo nos informa sobre los tejidos gingivales, su salud o enfermedad, pudiendo diferenciar paciente sano o paciente enfermo de gingivitis.

Índice de periodontograma: este índice nos da información acerca de las estructuras del paradencio profundo. De esta manera se registra el aumento de corona clínica, bolsas patológica, movilidad dentaria, furcaciones y pérdida de inserción.

Un paciente con sangrado al sondaje de sus encías confirma la presencia de enfermedad gingivo-periodontal.

Pronóstico

Es importante definir el pronóstico general del paciente como el pronóstico individual de cada pieza dentaria. Debemos recordar que existen factores de riesgo como ser hábito de fumar, diabetes y antecedentes genéticos que condicionan dicho pronóstico.

Plan de tratamiento

Todo protocolo de tratamiento periodontal se basa en tres etapas:

1. Terapia básica
2. Terapia correctiva
3. Terapia de mantenimiento

Dentro de la terapia básica periodontal figuran: educación para la salud, extracciones indicadas, detartraje y profilaxis, eliminación de retenedores de placa microbiana yatrógenos y no yatrógenos, movimientos ortodóncicos menores, ferulizaciones temporarias, desgastes oclusales primarios, raspado y alisado radicular (solamente en presencia de bolsas patológicas reales), reevaluación de los resultados.

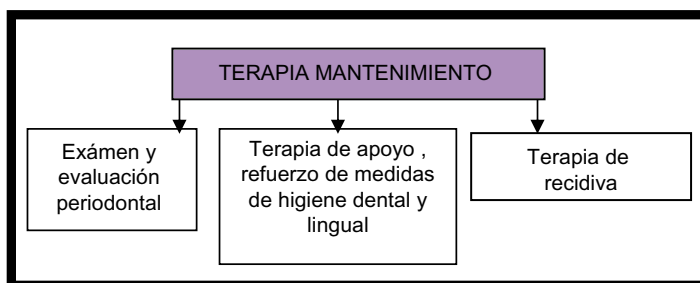
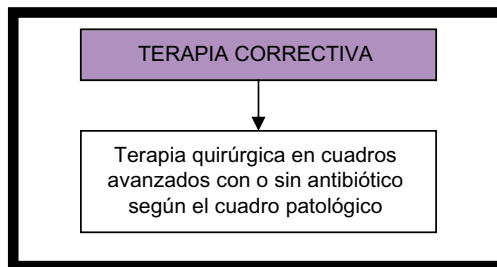
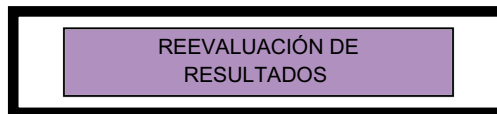
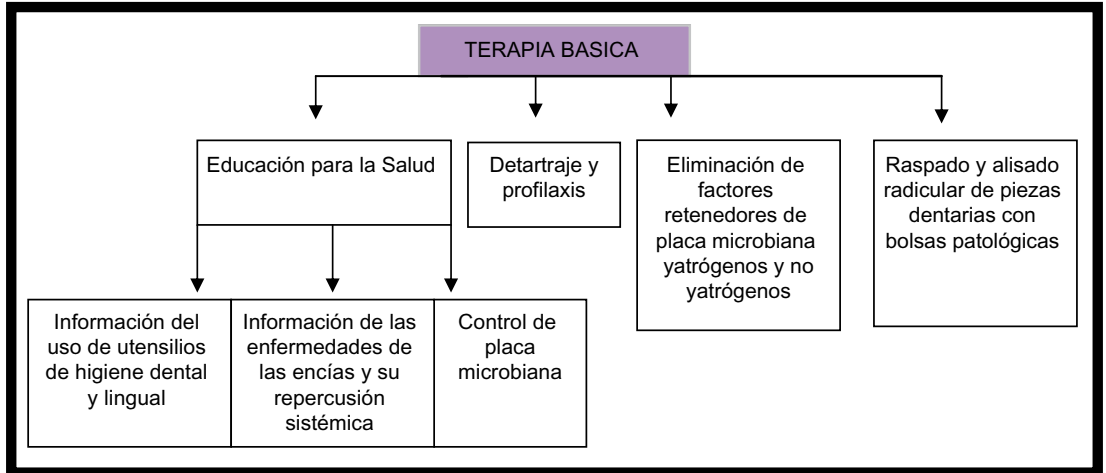
Para poder realizar la técnica de raspado y alisado radicular el paciente debe tener valores de placa microbiana por debajo del 30%, lo que llevará al éxito a largo plazo de los tratamientos periodontales realizados. Los cuadros de gingivitis como aquellos de periodontitis crónica incipiente y media son tratados por el odontólogo general, aquellos cuadros avanzados serán de atención del especialista.

En los cuadros avanzados el paciente debe pasar a una fase de terapia correctiva donde se deberán realizar colgajos periodontales con el objetivo de acceder eficientemente a la superficie contaminada.

Durante la terapia de mantenimiento, obligatoria a todo paciente con enfermedad periodontal, se realizará examen y evaluación, terapia de apoyo y terapia de recidiva si es necesario.

ESQUEMA 3

ALGORITMO PARA ATENCIÓN PERIODONTAL EN LAS GESTANTES



3

Atención a la salud bucal a niños/as de 0 a 36 meses

En Uruguay nacieron en el año 2006, 47000 niños y niñas, con una alta proporción de los mismos dentro de los controles del sistema de Salud. El adecuado control de las patologías en el nacimiento y en los primeros tres años de vida se considera una etapa crítica para la determinación de la salud y la enfermedad bucal.

Está comprobado que los niños/as cuyas madres tienen altos niveles de *Estreptococos Mutans* (bacteria cariogénica), están predispuestos a ser colonizados por niveles similares a los de sus madres, esta demostrada la transmisibilidad materno infantil de estos microorganismos siendo crítica en los tres primeros años de vida. Como consecuencia pueden tener una alta incidencia de caries, en especial en periodos de ventana de infectividad entre los 14 y 24 meses de edad.

Es posible llegar a altos porcentajes de niños/as libres de caries aplicando programas de promoción- educación y prevención dirigido a embarazadas, madres y sus respectivos hijos/as. Es necesario establecer los controles odontológicos preventivos vinculados al control pediátrico. **A estos efectos se propone que en el equipo de salud se integre el odontólogo, en una consulta única en aquellas instancias claves de la vida del niño/a.** Las consultas correspondientes serían a los **6, 12, 18, 24 28 y 36** meses de acuerdo al cronograma del Programa Nacional de Salud de la Niñez. Se entiende por control odontológico, el diagnóstico y la intervención sobre la situación de salud enfermedad a fin de lograr un nivel de salud bucal adecuado. **El objetivo es el mantenimiento de la salud, con una fuerte acción en la EA 1** (Etapa de Acción 1, ver esquema 1 en gestantes algoritmos)

Abordar al niño/a desde su nacimiento es importante debido al rol que cumple la madre en el patrón de comportamientos adquiridos por el ser humano en su primera infancia, por lo cual las acciones de promoción, educación y prevención son esenciales para la instalación de hábitos saludables en el niño/a.

En este sentido es importante realizar las siguientes actividades:

- Actuar sobre las conductas de la madre o cuidador del bebé, que afectan o afectarán la salud del niño/a.
- Promover conductas saludables en el entorno familiar, mediante la información brindada a la madre, padre o cuidadores.
- Control de las etapas de desarrollo y crecimiento de los maxilares y de la dentición
- Tratamiento de las infecciones provocadas por placa microbiana (caries y gingivitis)
- Tratamiento de otras patologías bucales de importancia en este período de vida del niño/a, que se detectan por manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas.

El Programa Nacional de Salud Bucal incluye en el Sistema Nacional Integrado de Salud las siguientes prestaciones para los niños/as de 0 a 36 meses:

- Consultas de Control de Salud Bucal (diagnóstico e intervención) integradas a la consulta pediátrica según el cronograma establecido: 6, 12, 18, 24, 28 y 36 meses.
- Lograr mantener un nivel de salud, libre de enfermedad.
- Restablecer la salud, compatible con la EA1 (Etapa de acción 1). Los Procedimientos Odontológicos que incluye esta etapa son los números: 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 11.(ver esquema 1 en algoritmos de gestantes)
- Asegurar la rehabilitación integral hasta la Etapa de Acción 3 en aquellos niños/as con diagnóstico de enfermedades congénitas.⁵
- Tenemos que tener en cuenta la frecuencia de síndromes de carácter congénitos y/o hereditarios, que alteraran el normal crecimiento y desarrollo, del sistema estomatognático del niño/a por lo que se recomienda integrar al odontólogo/a al equipo multidisciplinario de atención del recién nacido/a.

3.1

Actividades específicas

3.1.1. Niños/as de 0 a 6 meses

Actividades de promoción y educación para la salud en las consultas dirigidas a padres, madres y/o cuidadores del niño en cada consulta integrada al esquema pediátrico. Es importante destacar que el esfuerzo que realiza el niño/a en la función de amamantar, permite el crecimiento y desarrollo del maxilar inferior hacia una correcta relación de los maxilares para el momento de la erupción dentaria y prepara los músculos para la función masticatoria.

Actividades de promoción y educación para la salud:

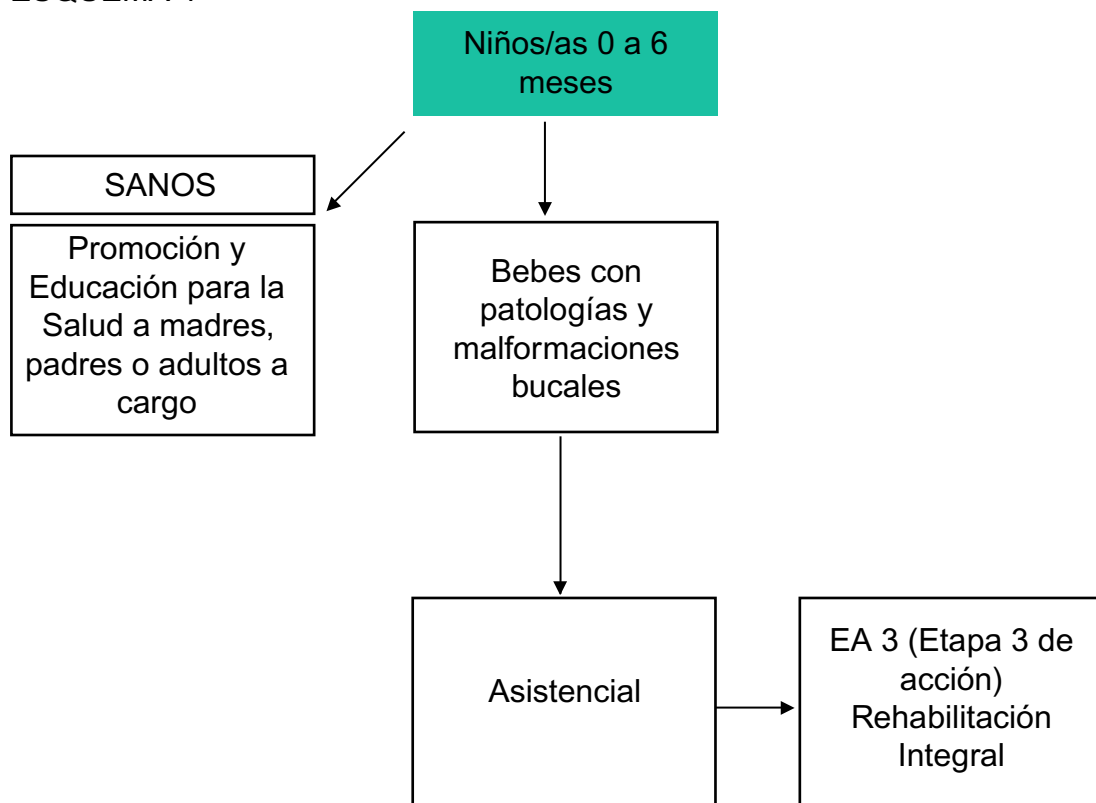
- Higiene bucal de los rebordes y mucosas (2 veces diarias luego de las mamadas). Es recomendable realizarla con gasa o dediles de silicona ideados con ese fin con agua hervida o boratada. Esta acción es importante para prevenir el control de la flora bucal del bebé y disminuir el riesgo de gingivitis, estomatitis y candidiasis.
- Utilización del chupete de entretenimiento si fuera necesario, por ejemplo si el niño/a adoptó el hábito de succión digital. El chupete debe ser anatómico con tetina achatada que se adapte a la forma del paladar y la lengua, de material resistente a la compresión, la parte exterior debe tener un diseño que se adapte a los labios para impedir la respiración bucal. Es importante no agregar ningún tipo de aditivo por ejemplo miel.⁶

5- En esta etapa los individuos según su necesidad serán rehabilitados mediante la aplicación de los procedimientos 8 y 9, además de los otros que correspondan. Programa Nacional de Salud Bucal. M.S.P pag. 30 a 35. Uruguay 2007

6- Por ejemplo los alimentos como "la miel" está contraindicado en el primer año de vida por el riesgo de contener el bacilo del botulismo". Guías Alimentarias para menores de 2 años Programa Nacional de Nutrición M.S.P 2008, página 21.

- Si el niño/a necesita complemento a través de mamadera esta debe tener tetinas anatómicas de tamaño adecuado y con pequeños orificios que en lo posible imite el pezón materno de manera que el niño/a deba realizar el esfuerzo de succión.
- Informarles a las madres y padres que aproximadamente a los 6 meses aparecen los primeros dientes temporarios o de leche. En este período el niño/a puede presentar aumento de salivación, molestias en los rebordes, fiebre e irritabilidad.
- A los 6 meses de edad se debe realizar el primer control odontológico. Las consultas de Control de Salud Bucal deben estar integradas a la consulta pediátrica según el cronograma establecido: 6, 12, 18, 24, 28 y 36 meses.
- En cada consulta se coordinará con día y hora la consulta siguiente que corresponda según este cronograma.

ESQUEMA 4



3.1.2. Niños/as de 7 a 24 meses

Secuencia de la erupción de dientes temporarios:

Insicivo central	6 - 8 meses
Insicivo lateral	7 - 9 meses
Caninos	16 -18 meses
Primer molar	12 -14 meses
Segundo molar	20 -26 meses + - 4

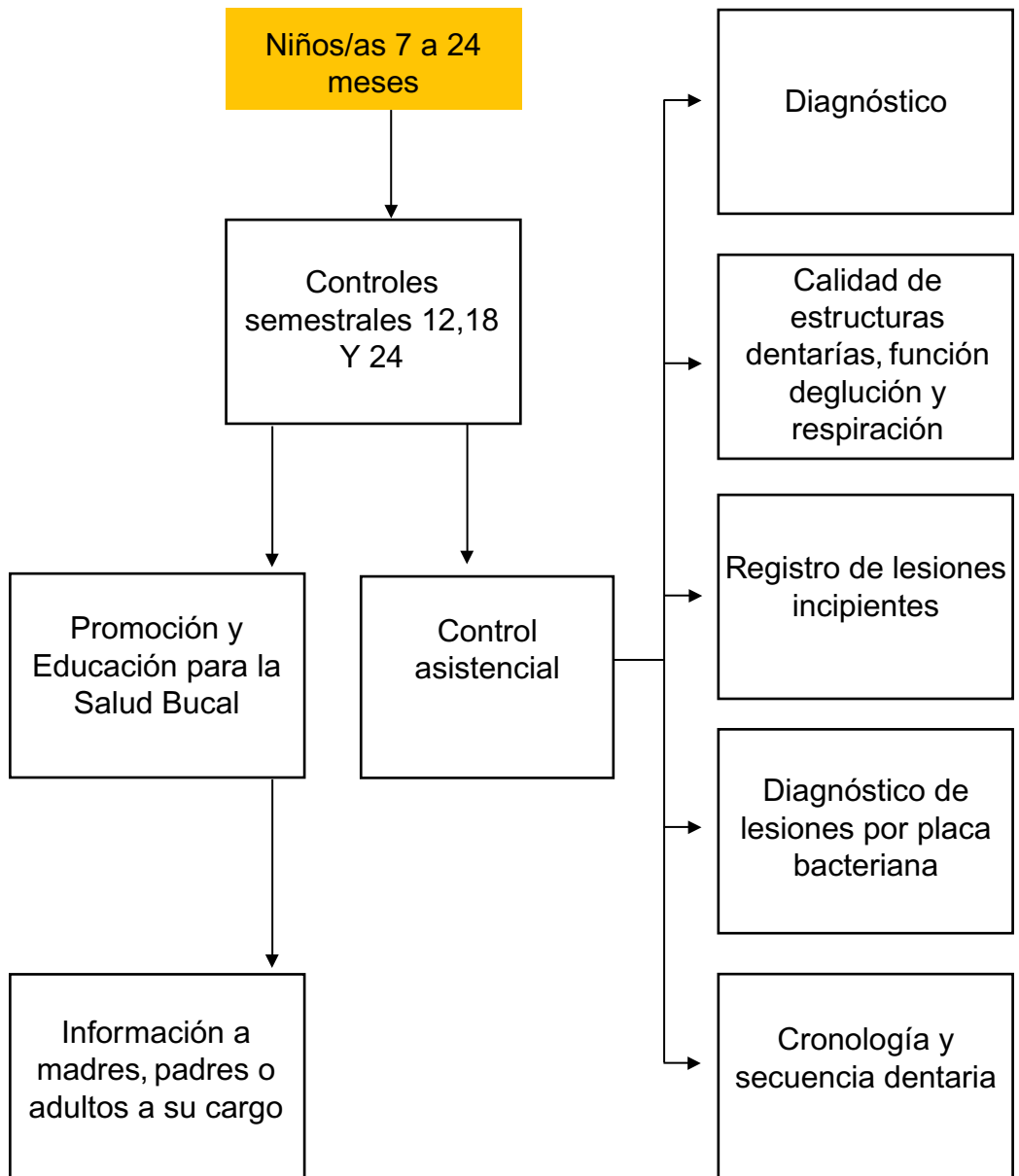
Actividades de promoción y educación para la salud:

- La higiene debe ser realizada por las madres, padres o cuidadores 3 veces diarias después de las comidas, es muy importante el cepillado nocturno. La incorporación del cepillo dental adecuado es al erupcionar los incisivos, el cual debe ser pequeño y suave. No usar dentífrico, el niño/a no controla en esta edad el reflejo de deglución. El cepillo debe ser de uso exclusivo del niño/a.
- Luego de que el niño/a comienza a cenar evitar las mamadas nocturnas para inducir el sueño con pecho o mamaderas. No permitir que el niño/a se quede dormido tomando mamadera con leche o jugo.
- Es importante el aumento progresivo de la alimentación complementaria, comidas blandas por ejemplo papilla cuando erupcionan los dientes incisivos, trozos más consistentes al erupcionar los primeros molares (temporarios) y más firmes con la erupción de los segundos molares. (temporarios)
- El uso de utensillos para administrar la comida debe ser exclusivo del niño/a, recordar siempre que las bacterias responsables de las caries se transmiten por la saliva.
- Realizar la higiene adecuada luego de la administración de jarabes que generalmente son dulces.

Control Asistencial

- Diagnóstico
- Control de las estructuras dentarias, función de deglución, fonación y respiración.
- Registro y tratamiento de lesiones incipientes
- Registro y tratamiento de enfermedades producidas por placa bacteriana
- Registro de la cronología y secuencia de la erupción dentaria

ESQUEMA 5



3.1.3 Niños/as de 25 a 36 meses

Controles a los 28 y 36 integrados al control pediátrico según pautas del Programa Nacional de la Niñez.

Actividades de promoción y educación para la salud

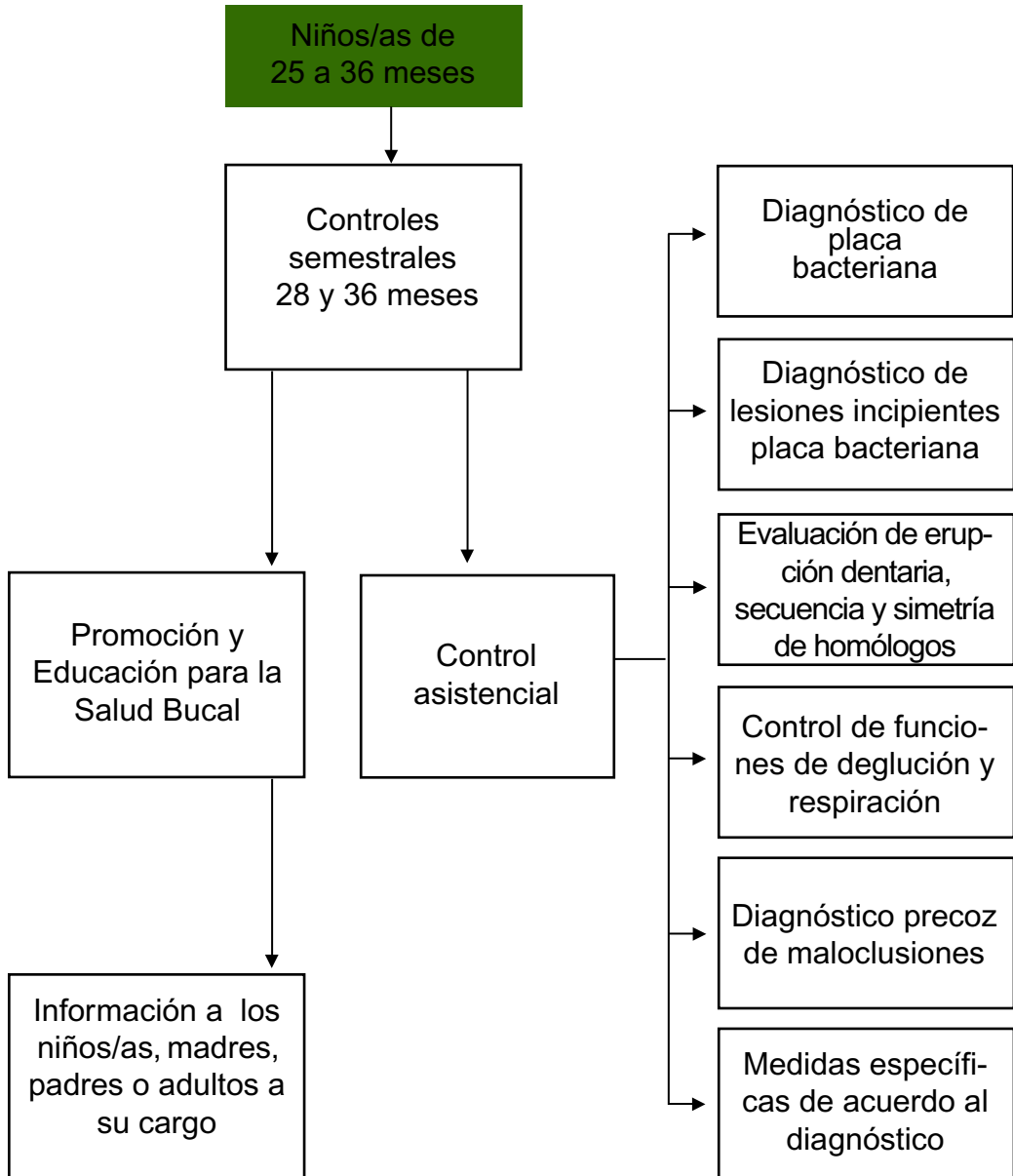
- Higiene realizada por el niño/a de acuerdo a sus destrezas 3 veces diarias. Los padres complementan el cepillado agregando dentífrico en mínima cantidad (Dispensado transversal del dentífrico)
- El dentífrico aconsejado no contendrá más de 500 ppm de fluoruro
- Suprimir las mamadas nocturnas
- Controlar y dosificar el uso del chupete de entretenimiento
- A los 2 años el niño/a está en condiciones de realizar una masticación adecuada, necesaria para el correcto desarrollo de la oclusión. Controlar el consumo de golosinas, se recomienda ofrecerlas como postre y luego higienizar la boca.
- Si el niño/a concurre a un centro de educación inicial, recomendar meriendas saludables.

Control Asistencial

- Diagnóstico de placa bacteriana.
- Diagnóstico y tratamiento de lesiones incipientes
- Registro y tratamiento de lesiones producidas por placa
- Evaluación de erupción dentaria, secuencia y simetría de homólogos
- Control de las funciones de deglución, fonación y respiración
- Diagnóstico precoz de maloclusiones (por ejemplo, mordida abierta por succión digital o chupete, enfermedades respiratorias, pérdida prematura de dientes temporarios, etc)
- Medidas específicas de acuerdo al diagnóstico

El control del desarrollo de las funciones y el tratamiento precoz, permite llegar a la etapa de la dentición mixta con un sistema estomatognático en condiciones de salud.

ESQUEMA 6



3.1.4 Niños/as Sanos de Alto Riesgo

Controles trimestrales

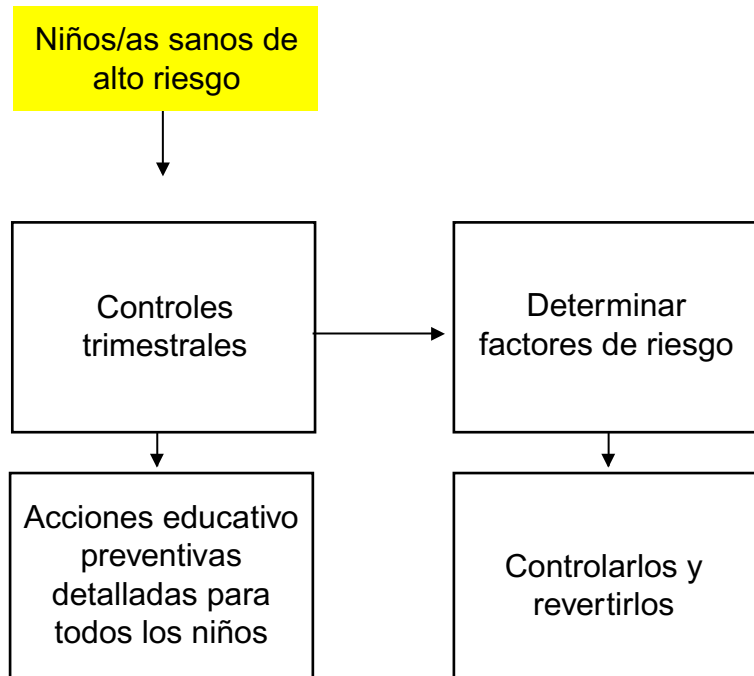
Se consideran situaciones de alto riesgo:

De la madre: enfermedades sistémicas y alta prevalencia de caries y paradencio-patías, hábitos dietéticos no saludables.

Del niño/a: alteraciones sistémicas, consumo de bebidas azucaradas y jarabes, hábito de succión digital y falta de control de higiene.

- Determinar los factores de riesgo
- Controlar los factores de riesgo local y revertirlos
- Se realizan las mismas acciones de promoción, educación y prevención detalladas para todos los niños/as.

ESQUEMA 7



3.1.5 Niños/as con caries de la niñez temprana

(1 o 2 lesiones cavitadas o no cavitadas, antes de los 72 meses)

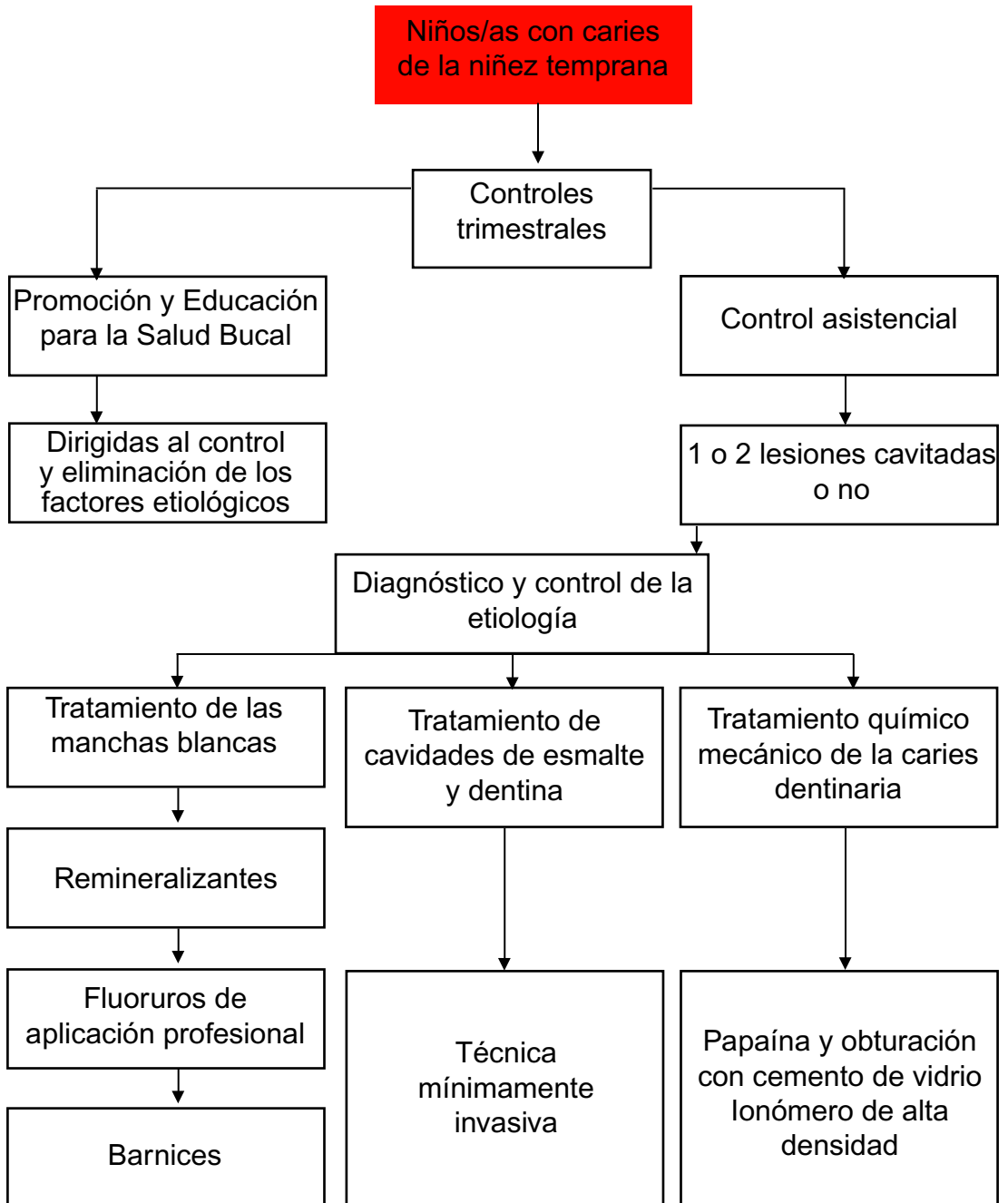
- Diagnóstico clínico y etiológico
- Educación para la salud dirigido al control y eliminación de los factores etiológicos
- Tratamiento preventivo básico cada tres meses.

Control asistencial

El odontólogo seleccionará el medio terapéutico a implementar según las características del niño/a y la lesión que presenta:

- Tratamiento de manchas blancas Remineralizantes → Fluoruros de aplicación profesional (barnices)
- Tratamiento de cavidades esmalte -dentina → Técnica mínimamente invasiva : remoción de las capas de dentina infectadas de las lesiones de caries y obturación semipermanente.
- Tratamiento químico mecánico de caries dentinaria → a base de papaína y la obturación con cementos de vidrio ionómero de alta densidad

ESQUEMA 8



3.1.6 Niños/as con caries severa de la niñez temprana

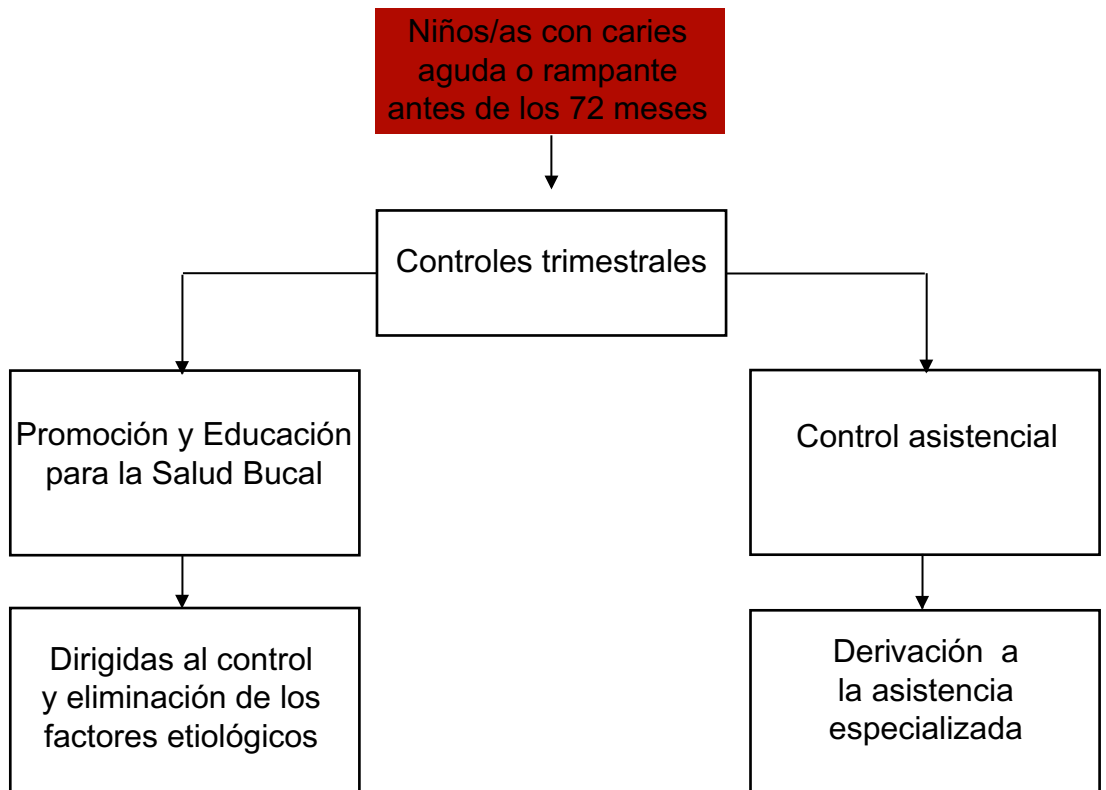
(caries agudas o rampante antes de los 72 meses.)

Control Asistencial

El odontólogo seleccionara el método terapéutico a implementar según las características del niño/a y la lesión que presente, haciendo énfasis en el diagnóstico etiológico y control de la etiología

Derivación a centros de referencia para consulta con especialista

ESQUEMA 9



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Amarilla M, Quinteros de Lucas G. (2006). Caries severa de aparición temprana: una nueva denominación para un antiguo problema. RAAO XLV (2).
2. American Academy of Pediatric Dentistry. (2003). Policy Statement. 111(5): 1113-1116.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. AAPD. (2003). Guideline on infant oral healthcare. *Pediatr. Dent.* 25 (7): 54.
4. American Dental Association. ADA. (2000). Statements Early Childhood Caries.
5. Asikainen S. y col. (1999). Oral ecology and person to person transmission of *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas Gingivalis*. *Periodontology* 2000. 20.
6. Bonecker M, Pinto AC, Walter L. (1997). Prevalência e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade, Revista da APCD, São Paulo, Vol.51, Nº 6, p. 535-540.
7. Castaño de Casaretto H. (2000). Caries de biberón: Innovaciones sobre etiología, características clínicas, prevención y tratamiento. *Bol. Asoc. Arg. Odont. Niños.* 29 (4): 7-12.
8. Caufield P.W., Cutter G.R., Dasanayake A.P. (1993). Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a discrete window of infectivity. *J.Dent. Res.* 72 (1).
9. Cerqueira LM, Alves C, BONECKER M. (1999). Estudo da prevalência de cárie e da dieta em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal- RN. *J. Brás. Odontoped. Odontol. Bebê.* Vol. 2, Nº 9.
10. Cuenca Sala E, Baca García P. (2005). Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª edición. Editorial Masson.
11. Dasanayake A.P (1998). Poor periodontal health of pregnant woman as a possible risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol*, 3. 206-212.
12. Departamento de Salud Bucal Chile (2005). Pautas de Evaluación buco dentaria. División Rectoría y Regulación Sanitaria. Programa de Salud del Niño.
13. Díaz Pizán ME, Encinas M. (2006). Caries de la Infancia Temprana Una nueva clasificación de Caries Dental en infantes. *Revista Estomat. Peruana.*
14. Frencken JE, Holmgren CJ. (1999). Atraumatic Restorative Treatment for dental caries. Nijmegen: STI book:p.99.
15. Frencken, J.E. (1997). Manual for the atraumatic restorative treatment. Approach to control dental caries. WHO Collaborating Centre for Oral Health Services Research, Groninger.
16. Gómez Soler S. (2001). Fluoterapia en Odontología, para el niño y el adulto. 3ª edición. Arancibia Hnos y Cia. Ltda. Chile.
17. Holmgren CJ, Frencken JE. (2001). Painting the future for ART. *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.27, p. 449-53.
18. Horowitz. HS. (1998) Research issues in early childhood caries. *Community Dent. Oral. Epidemiol.* 26: 67-81.
19. Ismail AI. (1998). Prevention of early childhood caries. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 26: 49-61.
20. Jeffcoat M. y col. (2001). Periodontal infection and preterm birth. Results of a

- prospective study. JADA, Vol. 132.
21. Köhler B. y col. (1992) Effect of caries preventive measures (Streptococcus Mutans and Lactobacilli) in selected mothers. J. Dent. Res. 90: 102-108.
 22. Köhler B. y col. (1983). Preventive measures in mothers influence the establishment of the bacterium Streptococcus Mutans in their infants. Archs. Oral. Biol. Vol. 28, Nº 3, 225-231.
 23. Lee Y, Straffon L.H, Welch B, Loesche W.J. (2006) The Transmission of Anaerobic Periodontopathic Organisms. J. Dent. Res. 85: 182-186.
 24. Li Y, Caufield P.W, Dasanayake A.P, Wiener H, Vermund S. (2005) Mode of Delivery and Other Maternal Factors Influence the Acquisition of Streptococcus mutans in Infants. J. Dent. Res. 84: 806-811.
 25. López N.J, Smith P, Gutierrez J. (2002). Higher Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight in Women with Periodontal Disease. J. Dent. Res. 81: 58-63.
 26. Manual de la Cátedra de Odontopediatría. (1996). Facultad de Odontología. UDELAR. Editorial Mc. Graw Hill-Interamericana. México.
 27. Manual de la Cátedra de Odontopediatría. (2002) Odontopediatría Hoy. Facultad de Odontología. UDELAR. Editorial Tradinco. Uruguay.
 28. Ministerio da Saúde. Brasília-DF. Brasil (2006). Cuaderno de Atención Básica- Nº17 Saude Bucal
 29. Ministerio de Salud Pública (2008). Guías alimentarias para menores de 2 años. Programa Nacional de Nutrición. Uruguay.
 30. Ministerio de Salud Pública. (1996). Salud Bucal Prevención y Control Niños de 0 a 6 años. Uruguay.
 31. Ministerio de Salud Pública. (2006). Programa Nacional de la Niñez. Uruguay.
 32. Ministerio de Salud Pública. (2007). Manual para la Promoción de Prácticas Saludables de Alimentación en la Población Uruguaya. Uruguay.
 33. Ministerio de Salud Pública. (2008) Programa Nacional de Salud Bucal. www.msp.gub.uy/imgnoticias/14095.ppt, www.msp.gub.uy/imgnoticias/14086.pdf
 34. Navarro MF De Lima et al. (2007). Tratamiento Restaurador Atraumático. Manual clínico. Asociación de Investigación Odontológica del Perú. Section of the IADR.
 35. Oppermann RV, Rösing CK. (1997) Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: Kriguer L. (org). ABOPREV: Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas
 36. OPS, FOLA, UNICEF. Ministerio de Salud, ESSALUD, Municipalidad de Lima (2007). Propuesta para la salud bucal del infante en América Latina y el Caribe.
 37. Petit M.D.A. y col. (1993). Epidemiology and transmission of Porphyromonas gingivalis and Actinobacillus Actinomycetemcomitans among children and their family members. J. Clin. Periodontol. 20. 641-650.
 38. Sakai V; Oliveira T; Silva T; Moretti A.B; Geller-Palti D; Biella V; Machado M.A. (2008). Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility of caries disease. Journal of Applied Oral Science. V.16, Nº.2. Bauru.
 39. Secretaria de Estado da Educação Brasil (2004) Programa e concurso de promoção de saúde bucal "A saúde bucal" Mostre o seu sorriso e o seu talento Conselho regional de odontología de San Paulo.
 40. Sepa L. (2004) Fluoride varnished in caries prevention. Medical Principles and Practice 13, p. 307-311.
 41. Sociedad Uruguaya de Pediatría – SUP. (2002). Comité de Nutrición. Uruguay.

42. Tinanoff N, Kaste LM, Corbin SB. (1998). Early childhood caries: a positive beginning, *Community Dent. Oral Epidemiol.* 26 (1), 117-119.
43. Twetman S, Axelsson S. y col. (2003). Caries-preventative effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontol Scand.* 61(6):347-55.
44. Vettore M:V, Leal M.C, Leão T, Monteiro da Silva M, Lamarca G, Sheiham A. (2008) The Relationship between Periodontitis and Preterm Low Birthweight. *J. Dent. Res.* 87: 73-78.
45. Weintraub JA, Ramos-Gomez y col. (2006). Fluoride varnish efficacy in preventing early childhood caries. *J Dent Res* 85 (2):172-176.
46. Williams C. y Offenbacher S. (2000). Mechanisms of risk in preterm low birth weight infants. *Periodontology* 2000, 23. 142-150.
47. www.ada.org/prof/resources/positions/statements/caries
48. www.revistavisiondental.com/articulocariesdeinfanciatemprana

