

<https://doi.org/10.35954/SM2003.25.1.3>

Artículos Originales

2° PREMIO – AÑO 2002
Área Odontología

PROGRAMA DE SALUD BUCAL MATERNO - INFANTIL DEL C.A.P. N° 3

Eq.Tte.Cnel.(O) Maria del Carmen Lopez

Cap.(O) Ana Maria Lledios

KEY WORDS

Program
Oral Health
Mother-Infant
Transmissible

PALABRAS CLAVES

Programa
Salud bucal
Materno Infantil
Transmisibilidad

SUMMARY

The mother-infant oral health program proposed herewith for implementation at the CAP N° 3. which has been assigned as a pilot center by the General Direction of Peripheral Attention of the Armed Forces National Health Direction.

It represents an educational-preventive-therapeutic program with complete coverage for the reference user population, with the objective of integral care.

It is based on five fundamental principles:

- 1) Oral health is a reachable goal and its maintenance a priority objective.
- 2) Recognition that infectious and transmissible diseases are the most prevalent oral pathologies.
- 3) Primary health care is the chosen strategy allowing maximum coverage and integral treatment.
- 4) Risk assessment provides categorization of individuals and rationalize services with an equity criterion.
- 5) The obtention of high quality care is obtained through optimizing management of the center.

Antecedents, objectives, activities, resources and program evaluation are presented in this document.

RESUMEN

Se presenta el programa materno-infantil de salud bucal propuesto para implementar en el CAP N° 3, asignado como centro piloto por la Dirección General de Atención Periférica de la D.N.S.FF.AA.

Representa un programa educativo-preventivo-asistencial con cobertura plena de la población usuaria de referencia, con el objetivo de la atención integral.

Se basa en cinco principios fundamentales:

1. La salud bucal es una meta alcanzable y el mantenimiento de la misma el objetivo a priorizar.
2. El reconocimiento de que las patologías bucales más prevalentes representan enfermedades infecciosas y transmisibles.
3. La Atención Primaria de Salud es la estrategia de elección que permite alcanzar máxima cobertura y atención integral.
4. El Enfoque de Riesgo permite la categorización de los individuos y la racionalización de las prestaciones con criterio de equidad.
5. El logro de calidad en la atención a través de la optimización en la gestión del servicio.

Se presentan antecedentes, objetivos, actividades, recursos y evaluación del programa.

1. MARCO TEÓRICO

En los últimos años, más precisamente en la última década, en los países de América Latina están ocurriendo modificaciones en los Servicios de Salud, dedicándole al sector salud mayor atención, ya sea en sus aspectos estructurales, humanos y financieros.

El cambio de actitud se volcó hacia una propuesta transformadora basada en:

- La promoción de salud tomando conciencia de la realidad que se quiere cambiar y promoviendo la capacidad potencial de cambio que los sujetos poseen, es decir sobre la cual se puede ejercer control real.
- Una preocupación mayor en los métodos masivos de prevención a través de la implementación de programas nacionales de amplia cobertura.
- Una mayor atención de la utilización del personal auxiliar a través de una óptima gestión y de la búsqueda de recursos humanos de calidad.

Este proceso se gestó en oportunidad de la Trigésima Asamblea Mundial de la Salud en 1977 donde se estableció la meta de *Salud para Todos en el año 2000*. En 1978 se propone para los países de la región la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia recomendada con el fin de lograr dicha meta alcanzando a toda la población usuaria (máxima cobertura) e integrando a todas las prestaciones (atención integral de la salud).

El avance en los últimos 20 años, con un nuevo paradigma médico apoyado en promoción y prevención, superando el "asistencialismo dominante", permite asegurar que un modelo preventivo de atención es de elección, ya que representa una resignificación de la práctica que mantiene y controla la salud, reduce los costos por la disminución en las necesidades de tratamiento y da más satisfacción a todos los actores. Asimismo,

la identificación de grupos e individuos de riesgo como estrategia operacional ha sustentado la búsqueda de la equidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud y ha generado la necesidad de reorientar los recursos y racionalizar las medidas, integrándose como indicadores reales de calidad.

En relación a la Odontología muchos son los avances en este campo:

- Se han ampliado los programas de salud bucal en todo el mundo. El objetivo de la OMS (1980) de alcanzar las poblaciones en el año 2000 un valor del índice CPOD (total de dientes permanentes cariados, perdidos u obturados) igual o menor de tres a los 12 años, fue utilizado como indicador de calidad de programas nacionales y clave para el análisis y comparación con las tendencias mundiales.
- El individuo sano o de bajo riesgo surge como un nuevo componente observable y su cuantificación realza un programa de calidad. Hoy, el niño sano o de bajo riesgo ya no es una utopía como hace algunos años.
- En 1991 la profesión en Uruguay se compromete a apoyar una estrategia de máxima cobertura como es el programa nacional de fluoración de sal doméstica impulsado por el Ministerio de Salud Pública,
- Se implementa el programa nacional de promoción de la lactancia materna, que es de gran importancia en el control del crecimiento y desarrollo integral de los individuos y en particular del sistema estomatognático.
- Se enfatiza el rol activo del paciente como agente de salud, fomentando el autocuidado y valorándolo como promotor de la misma.
- Se pospuso la aparición de las manifestaciones clínicas de las enfermedades más prevalentes, caries, enfermedades gingivo-periodontales y maloclusiones y se observa una disminución en la pérdida de órganos dentarios en todos los grupos etarios.

- El tamaño de las obturaciones operatorias es menor, ya que la Odontología restauradora adopta procedimientos más conservadores y adhesivos, aunque este dato no se refleje en los valores de CPOD.
- El énfasis en favorecer y potencializar los recursos biológicos y ambientales de los individuos, define la nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad,

APS como estrategia propone resolver problemas mediante una manera determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector. Los problemas de salud de menor complejidad tienen una mayor frecuencia relativa, lo que plantea *niveles progresivos de atención*. A mayor grado de enfermedad corresponde un mayor nivel de complejidad técnica de los servicios.

APS se basa en principios de impacto que supone orientar las decisiones hacia lo prioritario para tener un efecto positivo en la salud y de equidad, que permite reconocer la existencia de necesidades diferentes debiendo dar respuesta a cada una de ellas para poner a todos en condiciones de alcanzar los mismos resultados.

Los componentes de esta estrategia son:

- Integración de equipos de salud que potencian el trabajo y mejoran la calidad de la atención.
- Coordinación intersectorial.
- Tecnología apropiada.
- Recursos humanos adecuados.

Estos componentes son la base fundamental de una estructura que destaca tres elementos principales: niveles de atención, escalones de complejidad y articulación de unidades productoras de salud con diferente capacidad de resolución y distinto grado de organización, normatización, programación y control.

El concepto de *regionalización* permite establecer una táctica operativa de organización con unidades básicas responsables del desarrollo de salud de una población definida en un área geográfica determinada, pero articuladas en una unidad global que asegure la atención integral. Esto implica la implementación de dos sistemas:

- a) uno de referencia y contra-referencia de pacientes y de información, que debe funcionar con la mayor fluidez posible y
- b) otro de vigilancia que permita la constante evaluación y la asignación de ajustes.

Los niveles de atención definidos por la OPS como estrategia de organización flexible de los recursos para afrontar las necesidades de atención, dan una óptica funcional, en una interrelación dinámica que implica movimientos de personal y de pacientes.

Supone un abordaje escalonado de los problemas de salud de acuerdo a un criterio de cobertura plena y predeterminación de niveles de complejidad creciente.

Los niveles de atención establecen una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de atención de la salud de una población. Estos niveles se establecen basándose en los procedimientos de atención requeridos y organizando, en forma racionalizada, los recursos humanos y materiales en escalones de complejidad creciente, centralizando los de mayor complejidad que generalmente tienen un uso menos frecuente y distribuyendo aquellos que son utilizados por una mayor proporción de usuarios o son requeridos con más frecuencia, con el propósito de facilitar el acceso a los mismos.

Con estos antecedentes se definen las acciones odontológicas correspondientes a cada nivel.

Acciones del 1er. nivel de atención:

- ✓ promoción de salud
- ✓ prevención de enfermedades bucales

- ✓ estabilización de lesiones activas
- ✓ eliminación de focos
- ✓ detartraje
- ✓ urgencias
- ✓ control, prevención e intercepción del crecimiento y desarrollo cráneo-facial.

Acciones del 2do. nivel de atención:

- ✓ terapéutica restauradora
- ✓ terapéutica endodóntica
- ✓ prostodoncia removible
- ✓ terapéutica periodontal sin incluir cirugía
- ✓ tratamiento quirúrgico alvéolo-dentario
- ✓ tratamiento ortopédico de mediana complejidad

Acciones de 3er. nivel:

- ✓ tratamiento periodontal en base a cirugía
- ✓ tratamiento restaurador complejo
- ✓ cirugía maxilo-facial
- ✓ tratamiento protésico complejo
- ✓ ortopedia y ortodoncia
- ✓ pacientes especiales

La definición en consenso de indicadores claves, la informatización y los sistemas en redes son elementos vitalizadores de una estructura basada en un esquema de descentralización de la atención.

En la actualidad la Odontología tiene el compromiso, cada vez mayor de realizar una práctica centrada en el diagnóstico de salud y en la atención con énfasis preventivo y mantenimiento de la misma.

Es fundamental en la etapa diagnóstica el análisis de la presencia o ausencia de: conductas dirigidas a la salud, patrones de alimentación y la actitud hacia la higiene personal, ya que se considera a la caries y a las enfermedades gingivo-periodontales directamente relacionadas con el estilo de vida de las personas.

El conocimiento científico apoya el hecho de que las intervenciones médicas adecuadas para el control de las enfermedades bucales más prevalentes permite prevenirlas, mitigarlas o revertirlas mediante una práctica profesional con énfasis en el diagnóstico, en la identificación de aspectos conductuales y comportamentales y en la

racionalización de procedimientos preventivos y rehabilitadores adecuados.

A modo de ejemplo, en el caso específico de la enfermedad caries dental, un modelo de atención a la salud educativo-preventivo-asistencial puede:

- Demorar y controlar la adquisición inicial de la flora cariogénica durante los primeros años de vida.
- Disminuir la intensidad de la actividad de la enfermedad una vez que se establece el proceso patológico.
- Revertir las lesiones iniciales mediante el favorecimiento de fuerzas remineralizantes.
- Interrumpir la progresión de la caries una vez que ha dejado secuelas cavitadas.
- Minimizar el grado de restauraciones necesarias a través de una operatoria dental conservadora.
- Fomentar los procedimientos de alta calidad de restauración, con criterio preventivo integral y adecuados al medio socio-económico .
- Establecer un control y seguimiento de la salud a intervalos acordes al riesgo del paciente.

Los parámetros antedichos son la base del *MODELO MEDICO* (Maxwell H. Anderson, JADA, Vol. 124, June 1993) aprobado como protocolo de atención por la Facultad de Odontología en sus Planes de Estudio 1993 y 2001 y que integra:

Educación para la Salud

- ▶ Diagnóstico con valoración del riesgo.
 - ▶ Tratamiento de la infección que supone el control de placa microbiana, de lesiones activas, de nichos ecológicos y avulsiones necesarias.
 - ▶ Control del medio a través del consejo dietario.
 - ▶ Refuerzo del huésped por medio de la flúor terapia adecuada y los selladores de fosas y fisuras.
 - ▶ Procedimientos rehabilitadores con criterio preventivo integral, de buena calidad y adecuados.
 - ▶ Controles según el riesgo que permitan un nuevo diagnóstico del mismo y la inclusión de los pacientes en instancias programadas de mantenimiento.
-

La calidad de la atención de la salud se basa en la implementación de programas como el propuesto que aseguren:

- a) La eficacia que supone el logro de los objetivos planteados por el servicio sobre cada uno de los usuarios en condiciones ideales.
- b) La efectividad que mide el logro del resultado, en condiciones reales o habituales sobre la población objetivo.
- c) La eficiencia que determina una buena relación entre los resultados y los recursos. En este sentido un modelo de atención educativo-preventivo-asistencial es sin lugar a dudas el de mejor saldo positivo en la relación costo-beneficio.

De acuerdo al marco planteado el Servicio Odontológico del CAP N° 3 establecerá una estructura organizacional que apoye el desarrollo de cuatro programas interrelacionados, estableciéndose la necesaria coordinación intersectorial que asegure la unidad operativa:

1. Programa Materno-infantil que da cobertura a embarazadas, madres de niños menores de 2 años y niños hasta 2 años de edad.
2. Programa Atención de Niños de 2 a 12 años
3. Programa Atención Adolescentes de 13 a 20 años
4. Programa Atención Adultos y Adulto mayor

Cada uno de estos programas definirán las prestaciones que incluyen los niveles de atención pero el CAP asegurará las incluidas en el primero con una cobertura universal.

2. ANTECEDENTES

2.1 Antecedentes a nivel internacional

Existen múltiples antecedentes a nivel internacional de implementación en servicios de salud de programas aplicados sobre el binomio madre-niño.

Sus objetivos fundamentales son:

- a) promoción de salud en el medio ambiente íntimo (núcleo familiar) de hábitos, conductas y comportamientos saludables ya que se reconoce que las enfermedades bucales más prevalentes están directamente relacionadas al estilo de vida y
- b) controlar la transmisibilidad microbiana resaltando fundamentalmente el papel de la madre en la instalación de la flora bucal definitiva del niño y un factor de riesgo determinante del proceso salud-enfermedad bucal de su hijo.

En 1983 se publica un trabajo científico resultado de la implementación de un programa de salud bucal planificado y ejecutado por investigadores de la Universidad de Gotemburgo (Suecia), destacándose los trabajos de la Dra. Brignitta Kohler. Esta investigadora sueca ha desarrollado estudios en binomios madre-hijo y concluye que la madre es la principal fuente de infección del niño pequeño en referencia al Streptococo Mutans (SM) reconocido como el microorganismo responsable del desarrollo inicial de la enfermedad caries dental.

Asimismo, se demuestra que el control de la infección por SM en las madres incluyéndolas en programas educativo-preventivo-asistenciales, tiene un efecto positivo en la composición de la flora bucal de sus hijos (limitando la transmisibilidad microbiana) y un importante efecto en la salud bucal de los mismos reduciendo el desarrollo de caries).

En el estudio sueco se trabajó con madres que poseían altos niveles de SM (mayores de 10^6 UFC/ml). A la mitad de las madres se les incluyó en un programa preventivo integrado por:

- Información de los objetivos del programa
- Consejo dietario
- Profilaxis profesional e instrucciones de higiene
- Terapia fluorada
- Tratamiento de lesiones activas
- Tratamiento quimioproláctico con gel de clorhexidina en madres con recuento microbiológico igual o mayor de 3×10^5 UFC/ml

De los resultados obtenidos se destaca:

- a) 28 madres fueron tratadas exitosamente hasta que sus hijos cumplieron veintitrés meses de edad y sólo 3 de ellos (11%) mostraron niveles de infección con SM. Este dato se compara con 17 de 38 niños (45%) en el grupo control.
- b) A los treinta y seis meses de edad, sólo el 19% de los hijos cuyas madres fueron tratadas mostraron niveles de infección con SM, comparado con el 63% de los niños en el grupo control.
- c) Se continuaron realizando controles y en 1997 se informa que la evaluación de los mismos niños a los 15 años expresa:
 - 12 libres de caries en niños que estaban colonizados a los tres años de edad
 - 46 libres de caries en niños que no presentaban niveles de colonización a los tres años de edad

Estudios posteriores de múltiples investigadores avalaron los hallazgos anteriores y generaron al mundo científico nuevos argumentos: los tratamientos rehabilitadores (Wright) como procedimientos aislados, así como el uso de sustancias antimicrobianas (Kohler, Tenovuo, Dasanayake), no dieron resultados positivos en la salud bucal del binomio madre-niño si no se integraba a los pacientes en programas educativo-preventivo- asistenciales. En todos estos estudios

se constataron niveles de reinfección de SM en períodos variados pero ciertos.

En 1993 Caufield y col. publican un estudio científico demostrando que existen períodos claves en la vida del niño que representan momentos de mayor susceptibilidad para la adquisición del SM denominados *ventanas de infectividad*. Se identifica claramente una *primer ventana entre los 16 y 29 meses de vida* (promedio 24 meses), relacionada a la erupción de la dentición temporaria y correspondiendo el momento de mayor riesgo a la erupción del primer molar caduco. Los autores consideran que si no se identifican niveles de colonización de SM a los 2 años de vida existen pocas posibilidades de que la misma se produzca hasta los 6 años de vida aproximadamente en que se produce la erupción del primer molar permanente correspondiéndose con la *segunda ventana de infectividad*.

Todo este avance científico tuvo un impacto muy importante en la salud bucal ya que promovieron a nivel mundial el desarrollo de programas materno-infantiles y establecieron ciertas pautas para su planificación e implementación desde el punto de vista de su costo-beneficio:

1. La justificación científica de la importancia de tratar a las madres ya que son la principal fuente de infección de sus hijos.
2. La observación en la disminución de los niveles salivales de SM, obtenida con la implementación de programas de salud bucal.
3. El control y mantenimiento a través de la remotivación del binomio madre-hijo que debe programarse hasta los 24 meses de vida del niño (1er. ventana de infectividad).

En 1986, en Paraná, Brasil, se oficializó el proyecto de un grupo de profesores del Departamento de Odontopediatría de la Universidad Estatal de Londrina dirigido a la salud bucal en los primeros años de vida (clínica del bebé = clínica para lactantes) y en 1993 se acepta la Odontología para niños de corta edad como un derecho para todo ciudadano brasileiro.

La prevención temprana de caries dental se basa en la educación y el tratamiento. Los profesionales de la salud, sobre todo los pediatras y odontopediatras son los responsables de impartir programas educativos a los padres sobre los cuidados bucales durante la lactancia, asegurando programas subsiguientes y adicionales dirigidos a los niños a medida que crecen y maduran.

La Clínica del Bebé utiliza un proceso de tres pasos. El primero comienza con el *Programa Educativo*, la presentación dirigida a los padres. En esta etapa se explican todos los aspectos relacionados con la salud bucal: patrones de erupción dentaria, higiene bucal, lactancia, succión nutritiva y no nutritiva, procesos de caries, flúor terapia, dieta y conductas alimentarias. También se describen los tipos de tratamiento que se ofrece con énfasis en el papel y responsabilidad de los padres para prevenir enfermedades bucales.

El segundo paso del proceso es el *Programa Preventivo* en el cual se realiza una valoración general y bucal (diagnóstico de riesgo) con base en el análisis de su dieta actual, hábito de higiene bucal y ambiente familiar y social. De acuerdo al diagnóstico de riesgo identificado en cada niño, se proporcionan más recomendaciones específicas a los padres sobre método y momentos para administrar cuidados bucales. La segunda consulta se establece conforme al grado de riesgo determinado (de una semana a seis meses).

El tercer paso en el proceso es el *Programa de Asistencia* que consta de procedimientos rehabilitadores.

El éxito de la Clínica ha comprobado el valor de un proyecto multidisciplinario en el que participan diferentes prestadores de atención a la salud, la capacidad de trabajar en equipo mediante la integración de odontopediatras, pediatras y ginecólogos, evaluando los siguientes datos:

- a los cuatro años de edad sanos, el 85% de los niños

- a los 5 y 6 años de edad sanos, el 65% de los niños

A raíz de este trabajo precursor realizado en Londrina, se han establecido otras clínicas para lactantes en Brasil, 27 Universidades del país cuentan con programas para la atención de la salud bucal en lactantes y las Fuerzas Armadas brasileñas se han unido al movimiento e instaurado programas de esta naturaleza en cinco bases militares.

En la actualidad se encuentra en avance un proyecto muy ambicioso que involucra al Departamento Estatal de Salud Pública y a la Universidad Estatal de Londrina.

La pauta que orienta la filosofía de la Clínica del Bebé es que la preservación de la higiene bucal en niños constituye un antecedente necesario para la prevención de enfermedades bucales, ya que conservar la salud adecuada representa un enfoque práctico, sencillo, eficaz y de bajo costo.

2.2 Antecedentes a nivel nacional

Los antecedentes y resultados obtenidos en la implementación de programas materno-infantiles a nivel nacional no han sido publicados. Tal es así que no se encuentra en la bibliografía evaluación de programas que hayan incluido embarazadas, madres de niños de 2 años y niños de hasta los 2 años de edad. A nivel nacional existen muy pocos estudios epidemiológicos en poblaciones de niños pequeños:

- a) Cátedra de Microbiología de 1987 a 1989 en una población de niños de 2 a 5 años:

AÑO	Nº DE NIÑOS	LIBRE DE CARIES	CEOD PROMEDIO*
1987	45	62.2 %	1,71
1988	55	75.9 %	1,80
1989	65	71.0 %	1,15

* ceod = total de dientes temporario con caries, extracción indicada y obturados.

En todos los casos se certificó:

- un aumento del ceod promedio relacionado al incremento de la edad.
- una correlación entre el conteo de SM en saliva y el número de caries.

b) Relevamiento sanitario del programa Materno-infantil del MSP en zonas rurales del Dpto. de Río Negro (1996).

El Programa de Salud Bucal integró el estudio de 45 niños de los cuales:

- ▶ libre de caries: 31.11
- ceod promedio: 3.26

c) Estudio en Montevideo, de prevalencia de caries en niños de 4 años con riesgo social. En una muestra de 102 niños se observó:

- ▶ libre de caries: 43.14%
- ceod promedio: 2.33

En los estudios analizados los valores de prevalencia de caries presentados son considerados de *moderada prevalencia* para esta enfermedad.

2.3 Antecedentes a nivel del CAP N° 3

El CAP N° 3 está ubicado en Bulevar Artigas 2555, en el predio que pertenece al Comando General del Ejército, dentro de la zona urbana de la ciudad de Montevideo. Dicho centro depende de la Dirección General de Atención Periférica (DGAP) de acuerdo al organigrama de la DNSFFAA.

Según Decreto 259/000 del Ministerio de Defensa Nacional del 6 de setiembre de 2000, se crea la Dirección General de Atención Periférica (DGAP) dependiente de la DNSFFAA. En este Decreto se establece como misión de la DGAP. "Conformar un sistema integrado por Centros de Atención a la Salud de primer nivel de complejidad (CAP), distribuidos en todo el territorio nacional, con la finalidad de proporcionar atención médico-odontológica integral, a todos los usuarios de Sanidad de las FF.AA."

PLANTA FÍSICA DONDE FUNCIONA EL CENTRO

Se trata de una construcción con un área prefabricada y otra de material. La sala de espera y el área de admisión de usuarios divide las dos construcciones antes mencionadas.

En el área prefabricada se distinguen las siguientes salas:

- Pediatría:_____ 1
- Ginecología:_____ 1
- Medicina General:_____ 1
- Odontología:_____ 2
- Area de Enfermería:_____ 2
- Area de Farmacia:_____ 2
- Psico.- Cardio. y Oftalmo.:_____ 1 (compartido)
- Tisanería:_____ 1
- Area Educación para la Salud:_____ 1
- Area Archivo Médico:_____ 1

RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN EL CAP N° 3 EN EL MOMENTO ACTUAL:

- Coordinador del Cap N° 3:_____ 1
- Area administrativa y registros médicos:_____ 4

Area de Farmacia

- Química Farmacéutica:_____ 1
- Auxiliares:_____ 3

Area de Enfermería

- Licenciado en Enfermería:_____ 1
- Auxiliares de Enfermería:_____ 6

Area de Policlínicas

- Médicos generalistas:_____ 5
- Pediatras:_____ 2
- Ginecólogos:_____ 3
- Obstetra:_____ 1
- Cardiólogo:_____ 1 (compartido HCFFAA)
- Oftalmólogo:_____ 1 (compartido CAP 1)
- Psicólogo:_____ 1
- Odontólogos:_____ 11
- Higienistas dentales:_____ 3
- Asistentes dentales:_____ 4

- ✓ No se encuentra oficializado el organigrama de los RRHH a nivel de Sanidad Militar de acuerdo a lo que establece la Reforma del Estado.

- ✓ No existen antecedentes de implementación de programas de atención odontológica organizada.
- ✓ No hay datos estadísticos sobre las características de la población. Se puede observar una población cambiante y heterogénea en su status socio-económico y su nivel cultural.
- ✓ No hay estadísticas históricas de las demandas y las prestaciones.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud bucal de la población infantil perteneciente al CAP N° 3, a través de medidas educativas, preventivas y asistenciales dirigidas a la embarazada y al binomio madre-niño estableciendo coordinaciones con otros programas médico-odontológicos valorando la salud integral.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS O METAS

- 3.2.1 Incrementar el número de ingresos de niños menores de 2 años al Servicio Odontológico en más de un 100% en un período de un año, estimándose llegar a una población de 70 niños.
- 3.2.2 Incluir al 100% de las embarazadas que se controlen en el CAP N° 3 en un programa de salud bucal con una capacidad resolutive de alta básica.
- 3.2.3 Implementar en el 100% de las madres de los niños menores de 2 años que ingresen al CAP N° 3, medidas tendientes a controlar la transmisibilidad microbiana por vía vertical, estimándose llegar a una población de 70 madres en un período de un año..
- 3.2.4 Incluir el 100 % de los niños de 0 a 2 años que ingresen al CAP N° 3 en un programa de atención odontológica con capacidad resolutive de alta integral.

- 3.2.5 Cumplimiento de las instancias de control y mantenimiento de la salud bucal programadas por el 90% de la población objetivo.
- 3.2.6 A los 3 años de edad, el 85% de los niños incluidos en el programa se encuentren sanos o con una evaluación de riesgo controlado.

4. ACTIVIDADES

4.1 ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA META 2.2.1

- 4.1.1 Coordinación intersectorial con Pediatría del CAP N° 3 para hacer efectiva la derivación del 100% de los niños de 0 a 2 años que se asisten en el centro.
- 4.1.2 Difusión de los contenidos y objetivos del programa de salud bucal materno infantil en ámbitos a los cuales concurren niños menores de 2 años y/o sus padres.
- 4.1.3 Dar a conocer la existencia y funcionamiento del programa de salud bucal materno-infantil a los usuarios del CAP N°. 3.

4.2 ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA META 2.2.2

- 4.2.1 Coordinación intersectorial con Ginecología del CAP N° 3 para hacer efectivo el ingreso en forma conjunta con el programa odontológico materno-infantil de las gestantes que se asisten en el centro.
- 4.2.2 Ingreso de las gestantes al Servicio Odontológico que integra:
 - ✓ Información sobre los objetivos del programa y desarrollo del mismo
 - ✓ Relevamiento del estado bucal de las gestantes registrando los datos en la historia clínica (anexo 1)
 - ✓ Diagnóstico de riesgo de la embarazada en relación a salud bucal
 - ✓ Aplicación de plan preventivo básico de acuerdo al modelo médico con nivel de resolución de alta básica (anexo 2)

- ✓ Coordinación intrasectorial con higienista dental

- ✓ Coordinación intrasectorial con el programa de salud bucal de adultos.

4.3 ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA META 2.2.3

4.3.1 Coordinación intersectorial con Pediatría del CAP N° 3 para hacer efectiva la derivación de madres de niños menores de 2 años.

4.3.2 Dar a conocer la existencia y funcionamiento del programa de salud bucal materno-infantil a los usuarios actuales y potenciales del CAP N° 3.

4.3.3 Ingreso de las madres de niños menores de 2 años que integra:

- ✓ Información sobre los objetivos del programa y desarrollo del mismo
- ✓ Relevamiento del estado bucal de las madres de niños menores de 2 años registrando los datos en la historia clínica (anexo 1)
- ✓ Diagnóstico de riesgo de las madres de niños de 2 años en relación a salud bucal.
- ✓ Aplicación de plan preventivo básico de acuerdo al modelo médico con nivel de resolución de alta básica (anexo 2).
- ✓ Aplicación de gel fluorado con clorhexidina a las madres diagnosticadas de alto riesgo en períodos cercanos a la primer ventana de infectividad de sus hijos y de acuerdo a protocolo (anexo 3)
- ✓ Coordinación intrasectorial con higienista dental
- ✓ Coordinación intrasectorial con el programa de salud bucal de Adultos

4.4 ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA META 2.2.4

4.4.1 Ingreso de niños de 0 a 2 años al Servicio odontológico en conjunto con sus madres que integra:

- ✓ educación para la salud para el cuidado de su boca.
- ✓ relevamiento del estado bucal de los niños menores de 2 años registrando los datos en la historia clínica (anexo 1)
- ✓ síntesis diagnóstica dando especial importancia al diagnóstico etiológico.
- ✓ establecimiento del plan de tratamiento con énfasis en el control de los factores de riesgo identificados: caries, enfermedades gingivo-periodontales y control del crecimiento y desarrollo
- ✓ mantenimiento y control de los niños hasta los 3 años de edad
- ✓ relevamiento epidemiológico previo a la derivación.
- ✓ coordinación intrasectorial con el programa de salud bucal correspondiente a niños de 2 a 12 años para la derivación del paciente al cumplir 3 años de edad.

4.5 ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA META 2.2.5

4.5.1 Planificación y ejecución del control y mantenimiento de las gestantes y madres de niños menores de dos años que integran el programa.

4.5.2 Planificación y ejecución del control y mantenimiento de niños de 0 a 3 años que integran el programa.

4.5.3 Coordinación intrasectorial con la higienista dental para hacer efectivas las consultas de remotivación y mantenimiento en las gestantes, en las madres de niños menores de 2 años y a los niños de 0 a 3 años que integran el programa.

4.6 ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA META 2.2.6

4.6.1 Evaluación anual del programa controlando el cumplimiento de cada etapa.

4.6.2 Relevamiento epidemiológico de los niños del programa a los 3 años de edad, para evaluar el estado de salud y el diagnóstico de su riesgo actual.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES DE EJECUCIÓN	PREVIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diseño de protocolo	x												
Constitución de equipo técnico	x												
Acuerdos de coordinación intra e intersectorial		x											
Análisis y discusión de contenido		x											
Difusión del programa			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Instancias de capacitación		x		x			x						
Ingresos		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atención		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro de datos		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Control de niños				x			x			x			x
Control de madres y gestantes con evaluación de bajo riesgo							x						x
Control de madres y gestantes con evaluación de alto riesgo				x			x			x			x
Procesamiento de resultados							x						x
Elaboración del informe													x

5. RECURSOS

5.1 Recursos humanos

- 1 Odontopediatra
(niños 0 a 2 años)
- 1 Odontólogo adultos
(embarazadas y madres de niños < 2 años)
- 1 Higienista dental
- 2 Asistentes dentales
- 1 Ortopedista
(compartida con Servicio Odontológico CAP N° 3)
- Profesionales de la salud de apoyo estableciendo las coordinaciones correspondientes: Pediatra, Ginecólogo, Psicólogo, Asistente social.
- Técnico para el mantenimiento del equipamiento
(compartido con el resto del Serv. Odontol. CAP).
- Administrativos
(funcionarios compartidos con el resto del CAP).
- Personal de Farmacia
(funcionarios compartidos con el resto del CAP).
- Personal para servicio de limpieza
(compartidos con el resto del CAP).
- Personal de mantenimiento de la planta física
(compartido con el resto del CAP).

5.2 Recursos materiales

PLANTA FÍSICA:

- Sala de educación para la salud
- Consultorio dental:
 - Equipo y sillón dental
 - Compresor de aire
 - Esterilizador
 - Turbina
 - Micromotor

- Para actividades educativo-preventivas que apoyen las diferentes técnicas seleccionados (propaganda gráfica y audio visual).

- Para actividades asistenciales. Instrumental y materiales de uso odontológico, productos farmacéuticos e insumos fungibles.

⇒ Los recursos descriptos deberán ser ajustados cuando existan definiciones claras del área de influencia y de la población usuaria real del CAP N°3.

5.3 Recursos financieros:

Establecidos por la DGAP para asegurar las necesidades globales y las imprevistas.

6. EVALUACION

6.1 Evaluación de la estructura

- ◆ Accesibilidad cultural: Encuesta
 - conocimiento del programa por los usuarios
 - satisfacción de los usuarios y familiares atendidos
- ◆ Grado de inserción del programa en la dinámica de la Institución: Encuesta:
 - conocimiento y satisfacción con el programa de profesionales de la salud del CAP
- ◆ Accesibilidad económicas. Tasa de ausentismo a fin de mes (pago de ticket y boleto).
- ◆ Disponibilidad (relación entre los recursos existentes y la población objetivo):

Nº de trabajadores

Población estimada (6.000 usuarios)

6.2 Evaluación del proceso

- ◆ Actividades: Nº de coordinaciones realizadas (relación del número ingresos a Ginecología y Pediatría del CAP y al programa de salud bucal materno-infantil).

- ◆ Utilización:

$$\frac{\text{Nº de horas de ocupación de planta física}}{\text{Nº de horas disponibles}}$$

- ◆ Uso y extensión de uso:

$$\frac{\text{Nº de personas atendidas}}{\text{Nº de usuarios}}$$

6.3 Evaluación de los resultados:

- ◆ Cobertura:
 Número de ingresos por año al programa

$$\frac{\text{niños menores de 2 años} + \text{embarazadas} + \text{madres niños menores 2 años}}{\text{común población específica que se atiende en el CAP}}$$

- ◆ Efectividad:
 Número de altas por año

$$\frac{\text{niños menores de 2 años} + \text{embarazadas} + \text{madres niños menores 2 años}}{\text{común población específica que se atiende en el programa}}$$

- ◆ Efectividad:
 Número de controles por año

$$\frac{\text{niños menores de 2 años} + \text{madres}}{\text{común población específica que se atiende en el programa}}$$

- ◆ Efectividad:

$$\frac{\text{Nº de niños sanos o de riesgo controlado en un año}}{\text{población específica que se atiende en el programa}}$$

- ◆ Eficiencia:

$$\frac{\text{Nº de niños sanos o de riesgo controlado en un año}}{\text{(recursos financieros)}}$$

6.4 Evaluación del Impacto:

- ◆ Número de niños sanos o de riesgo controlado a los 3 años de edad.
- ◆ Satisfacción de los funcionarios
- ◆ Satisfacción de los usuarios
- ◆ Satisfacción de las autoridades

6.5 Indicadores adicionales:

(útiles en primer nivel de atención)

- ◆ Participación del personal en instancias de capacitación

$$\frac{\text{Nº de trabajadores de salud que participaron en instancias de discusión}}{\text{Nº de trabajadores de la salud del CAP involucrados}}$$

7. BIBLIOGRAFIA

BORDONI N, SQUASSI A. Prevención y tratamiento de caries dental. Protocolos clínicos. Boletín A.O.A. Niños, Vol.25 N° 3 Setiembre/Diciembre 1996.

DE FIGUEREDO L, FERELLE A, MYAKI I. Odontología para el bebé. Primera edición, 2000.

FRIAS OSUNA A. Salud Pública y educación para la salud. Masson, Barcelona, España 2000.

NITHILA A. y col. Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS. 1986 –1996. Revista Panam. Salud Pública/ Pan. Am. J. Public Health, 4 (6), 1998

M.S.P.- Atención Primaria de la Salud - Ministerio de Salud Pública, R.O.U. Año XI N° 30.

M.S.P. Encuesta de salud bucal, Sector público.
R.O.U.1999.

M.S.P. Modelo de Atención. Normas. Servicios de
atención odontológica colectiva. ROU 1998.

O.M.S. Proceso de gestión para el desarrollo
nacional de la salud. Normas fundamentales.
Organización Mundial de la Salud, Serie “Salud
para Todos”, N° 5, Ginebra 1981 .

O.P.S. La salud oral como componente de la
Atención Primaria. San José de Costa Rica 1983.

PIEDROLA GIL. Medicina preventiva y salud pública.
Primera edición, Masson, España 2000.

PINEAULT R, DAVELUY C. La planificación sanitaria.
Conceptos, Métodos, Estrategias. Segunda
Edición. Masson. España 1994.

PINKHAM J. Odontología pediátrica. Mc. Graw Hill.
Tercera edición., México, Mayo 2001.

www.whocollab.od.mah.se/index.html

www.whocllab.od.mah.se/expl/orhmt.html

ANEXO 1

**DGAP
HISTORIA CLINICA
PROGRAMA ODONTOLOGICO MATERNO INFANTIL**

Hoja 1

NUMERO DE IDENTIFICACION

FECHA DE INGRESO

DATOS PATRONIMICOS

NOMBRE			
APELLIDOS			
SEXO	FECH.NAC.	EDAD	C.I
DIRECCION			TELEFONO

ANTECEDENTES PERSONALES

ETAPA GESTACIONAL Y PARTO NORMAL SI NO

MEDICACION SI NO Cual ?

MEDICOS

Enfermedades Anteriores

Enfermedades Actuales

Asistencia Previa SI NO

ODONTOLOGICOS

Habitos Chupete

 Mamadera

 Suc.Dig.

 Otros Cual ?

Estudio de Dieta, Cepillado y Fluoruros ver hoja 2

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAMENES CLINICOS

General

Regional Extraoral	Funciones	Respiración	Nasal	<input type="checkbox"/>	Bucal	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>
		Fonación	Normal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Regional Intraoral		Deglución	Normal	<input type="checkbox"/>	Atipica	<input type="checkbox"/>		
		Masticación	Temporal	<input type="checkbox"/>	Maseterina	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>

Indice de Higiene Oral
Grenn y Vermillot

RELEVAMIENTO INICIAL		RELEVAMIENTO FINAL	
FECHA	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
IHOS	<input type="text"/>	IHOS	<input type="text"/>
	16/55 11/51 26/65		16/55 11/51 26/65
V	<input type="text"/>	V	<input type="text"/>
L	<input type="text"/>	L	<input type="text"/>
	46/85 31/71 36/75		46/85 31/71 36/75

Indice Periodontal Comunitario
OMS Menores de 20 años

RELEVAMIENTO INICIAL		RELEVAMIENTO FINAL	
FECHA	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
IPC	<input type="text"/>	IPC	<input type="text"/>
	16/55 11/51 26/65		16/55 11/51 26/65
V	<input type="text"/>	V	<input type="text"/>
L	<input type="text"/>	L	<input type="text"/>
	46/85 31/71 36/75		46/85 31/71 36/75

OCCLUSION Alteraciones en plano

transversal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sagital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	si	no

ESTUDIO DE DIETA

Consumo de alimentos con alto potencial inductor de caries

CONSUMO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FRECUENCIA	Mayor de 4/día	<input type="checkbox"/>	Menor o igual a 4/día	<input type="checkbox"/>
OPORTUNIDAD	Luego de las comidas principales	<input type="checkbox"/>	Entre horas	<input type="checkbox"/>
Alimentación en Lactantes	Pecho	SI	<input type="checkbox"/>	
		NO	<input type="checkbox"/>	
	Mamadera	Cuantas por día	<input type="checkbox"/>	
		Con cuantas cuch.de azucar	<input type="checkbox"/>	
		Nocturna sin posthigiene	<input type="checkbox"/>	

CEPILLADO

El Niño Solo	<input type="checkbox"/>	Supervisado por Adulto	<input type="checkbox"/>			
Técnica Adecuada	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>			
		NO	<input type="checkbox"/>			
Elementos Adecuados	Cepillo	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Usa
	Dentífrico	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Usa
	Hilo Dental	<input type="checkbox"/>	Usa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Usa
Relación Ingesta/Higiene	Adecuada	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	

FLUORUROS

De Uso Profesional	Geles	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	Barnices	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
De Uso Domiciliario	Sal Fluorada	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO
	Flouretas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO
	Dentífricos	No Usa	<input type="checkbox"/>			
		1000 ppm F-	<input type="checkbox"/>			
		1500 ppm F-	<input type="checkbox"/>			
Otros		<input type="checkbox"/>				
Enjuagatorios	Diarias	<input type="checkbox"/>				
	Semanales	<input type="checkbox"/>				
	Quincenales	<input type="checkbox"/>				
	No Usa	<input type="checkbox"/>				

RELEVAMIENTO INICIAL FECHA / /

3

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
ESTADO							SUPERIOR							
PLAN TRATAM														
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
ESTADO							INFERIOR							
PLAN TRATAM														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Fecha de inicio

Horas utilizadas

Fecha de finalización

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
TRATAMIENTOS REALIZADOS							SUPERIOR							
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

TEMPORARIOS	CODIGOS	ESTADO
A	0	Sano
B	1	Cariado
C	2	Obturado y Cariado
D	3	Obturado sin Caries
F	4	Perdido por Caries
G	5	Perdido por otra razón
H	6	Sellante
I	7	Pilar o Corona especial
J	8	No erupcionado
K	9	Excluido
L	10	Mancha Blanca
M	11	Enganche de surco
N	12	Traumatismo

RESUMEN RELEVAMIENTO INICIAL											
Cd	Pd	Od	CPOD	cd	ed	od	ceod				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cs	Ps	Os	CPOS	cs	es	os	ceos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MBs	<input type="checkbox"/>	ESs	<input type="checkbox"/>	mbs	<input type="checkbox"/>	ess	<input type="checkbox"/>				
TRAU	<input type="checkbox"/>			Ea	<input type="checkbox"/>	trau	<input type="checkbox"/>				

RESUMEN RELEVAMIENTO FINAL											
Cd	Pd	Od	CPOD	cd	ed	od	ceod				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cs	Ps	Os	CPOS	cs	es	os	ceos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MBs	<input type="checkbox"/>	ESs	<input type="checkbox"/>	mbs	<input type="checkbox"/>	ess	<input type="checkbox"/>				
TRAU	<input type="checkbox"/>			Ea	<input type="checkbox"/>	trau	<input type="checkbox"/>				

PLAN DE TRATAMIENTO CODIGOS	OBTURACION	TRATAMIENTO CODIGOS
20	NIGUNA	40
21	BARNIZ F	41
22	GEL FLUORADO	42
23	SELLANTE	43
24	EUGENATO	44
25	AMALGAMA	45
26	V.IOMERO	46
27	R.COMPUESTA	47
28	PULPOT+RC	48
29	PULPECT+RC	49
30	T.PI+EUGENATO	50
31	CORONITA ACERO	51
32	AVULSION	52
33	DISKING	53
34	MANTENEDOR	54
35	DIAMINO FLUORURO	55

RELEVAMIENTO FINAL FECHA / /

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
							SUPERIOR							
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

EXAMENES PARACLINICOS

RADIOGRAFICO

MICROBIOLOGICO

DIAGNOSTICO

SALUD

- SANO
- SANO CON RIESGO
- ENFERMO
- ENFERMO CON SECUELAS

PATOLOGIAS PRESENTES

- CARIES
- MALOCCLUSIONES
- PARANDENCIOPATIAS
- OTRAS

ETIOLOGICO

RIESGO

ALTO

BAJO

INTERCONSULTAS

- MEDICO
- PSICOLOGICO
- HIGIENISTA
- ORTOPEDISTA
- CIRUJANO
- OTROS

PLAN DE TRATAMIENTO

TERAPIA PREVENTIVA BASICA

- CONTROL INFECCION
- REFUERZO HUESPED
- CONTROL MEDIO

CONTROL DE ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

RESTAURACIONES

MANTENEDORES DE ESPACIO

CONTROLES

FICHA DIETARIA

ESTUDIO INDIVIDUAL DE LA DIETA

HORA	1er DIA	HORA	2do DIA	HORA	3er DIA

Favor anotar todo elemento líquido o sólido que ingiera durante 3 días consecutivos

ANEXO 2

ALTA BASICA

Siguiendo la definición publicada por la Dra. Noemí Bordoni, se entiende por *alta básica*, los procedimientos incluidos en la atención odontológica de un paciente que permite alcanzar un estado de salud bucodental que implica lograr un control de las enfermedades más prevalentes (caries y enfermedades gingivo-periodontales) y el mantenimiento en esas condiciones, (Bordoni, Noemí y col. Modelo alternativo para la atención de la salud bucal. Odontología Preventiva Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. 1996)

El alta básica incluye acciones de:

1. Educación para la salud
2. Resolución de urgencias
3. Control de infecciones
4. Refuerzo del huésped
5. Control del medio
6. Controles periódicos de mantenimiento

En el documento del Programa Docencia-Servicio-Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República, cuando describe el *Modelo Asistencial en el Niño*; considera el alta básica como un nivel de atención de alta total para los pacientes sanos y con dentición temporaria. Para los pacientes afectados por caries en sus dientes permanentes, se la considera la primer etapa en el plan de tratamiento.

Esta concepción de alta básica implica acordar que:

- a) El profesional debe aplicarlo sistemáticamente a todos sus pacientes. Su obtención ocupa el primer escalón de todo plan asistencial que se elabore.
- b) 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.
- c) Es considerada como una *terapia de choque* ya que se intenta alcanzar en el menor número de sesiones posibles.
- d) Supone la aplicación de acciones con los pacientes de tipo grupal e individual.

En el programa materno-infantil del CAP N°. 3 el alta básica será la capacidad resolutoria a que se llevará a las embarazadas y a las madres de niños menores de 2 años de edad.

A los niños de 0 a 2 años se los llevará a un alta integral que para este grupo etario, podría considerarse coincidente con el alta básica. No obstante, se propone utilizar como material restaurador cementos intermedios (ionómeros de vidrio) o materiales plásticos.

Esta variación en el procedimiento correspondiente a la modalidad de alta básica modificada para la dentición permanente, se evalúa como posible, altamente conveniente y de calidad incluyéndola en el programa materno-infantil dentro del alta básica.

ANEXO 3

PROTOCOLOS DE ATENCION

Meta 2.2.2 El ginecólogo en la prescripción de exámenes integrará como rutina el odontológico. El odontólogo luego de realizar dicho examen enviará resultado por escrito al ginecólogo. Se realizarán las actividades descriptas para esta meta. Los indicadores de riesgo que permiten una agrupación según riesgo a las enfermedades por placa microbiana que se considerarán, serán las siguientes:

- a) Presencia de factores generales (socio-económicos, biológicos, ambientales, culturales) relacionados.
 - Pobre motivación al autocuidado y al control.

- b) Presencia de factores locales:
 - HIOS mayor de 1
 - lesiones y/o cavitaciones dentarias
 - lesiones gíngivo-periodontales
 - más de cuatro momentos de ingesta de alimentos diarios
 - inadecuada relación ingesta-higiene
 - características bucales y dentarias que favorezcan la retención de placa microbiana (surcos oclusales profundos, restauraciones inadecuadas, malposiciones dentarias)
 - características salivales (cantidad y calidad)
 - medicaciones relacionadas (contenido de sacarosa o alteración del flujo salival y tejidos periodontales)
 - aparatología ortodóncica o protésica)

Se establece:

1. Considerar de alto riesgo a los pacientes en que se identifiquen 2 o más de los factores descriptos.
2. Los controles en los pacientes de alto riesgo se realizarán cada 3 meses para reevaluación del riesgo. Si continúa siendo de alto riesgo se le remotivará y controlará en 3 meses.
3. Los controles en los pacientes de bajo riesgo se realizarán cada 6 meses indicando medidas preventivas en forma racionalizada.

Las actividades descriptas para esta meta serán competencia del odontólogo de adultos que brinda la atención del primer nivel y de la higienista dental. Las prestaciones correspondientes a 2º y 3º nivel serán derivadas retornando el paciente al programa para control y mantenimiento (referencia y contrarreferencia).

Todas las actividades serán realizadas en coordinación con el Odontopediatra responsable del programa materno-infantil.

Meta 2.2.3 El Pediatra en la primer consulta de niños menores de 2 años lo derivará como rutina al odontopediatra. El odontólogo luego de realizar dicho examen enviará resultado por escrito al pediatra. Este mecanismo permite captar también a la madre y efectivizar ambos ingresos en el programa de salud bucal materno-infantil.

Se realizarán las actividades descriptas para esta meta. Los indicadores de riesgo que permiten una agrupación según riesgo a las enfermedades por placa microbiana se describieron anteriormente.

A las madres evaluadas como de alto riesgo se les indicará además enjuagatorios bucales con solución de digluconato de clorhexidina al 0.11%, dos veces al día y por un período de 20 días. Se controlarán a los tres meses y se reevaluará el riesgo. Si el mismo continúa alto se las incluirá nuevamente en el plan preventivo básico.

Las madres diagnosticadas sanas o de bajo riesgo se controlarán cada 6 meses indicando medidas preventivas en forma racionalizada

Meta 2.2.4 Como se cita anteriormente el Pediatra en la primer consulta de niños menores de 2 años lo deriva como rutina al Odontopediatra. El odontólogo luego de realizar dicho examen envía resultado por escrito al pediatra. Se realizan las actividades descriptas para esta meta.

Los indicadores de riesgo que permiten una agrupación según riesgo a las enfermedades por placa microbiana que se considerarán serán los siguientes:

- a) Presencia de factores generales (socio-económicos, biológicos, ambientales, culturales) relacionados y madre con diagnóstico de alto riesgo a enfermedades por placa microbiana con pobre motivación al autocuidado y al control.
- b) Presencia de factores regionales (fenómenos disfuncionales, enfatizando el control de la función respiratoria)
- c) Presencia de factores locales:
 - higiene bucal inadecuada o ausente
 - dientes en erupción (ventana de infectividad)
 - experiencia de caries, ceod igual o superior a 2
 - múltiples momentos de ingesta diarios
 - chupete con edulcorantes
 - mamaderas con leche azucarada, con jugos, con bebidas colas
 - consumo indiscriminado de alimentos inductores de caries
 - inadecuada relación ingesta-higiene
 - características bucales y dentarias que favorezcan la retención de placa microbiana (surcos oclusales profundos, malposiciones dentarias)
 - características salivales (cantidad y calidad)
 - medicaciones relacionadas (contenido de sacarosa o alteración del flujo salival y tejidos periodontales)

Se establece:

1. Considerar de alto riesgo a los pacientes que se identifiquen con 2 o más de los factores descriptos.
2. Los controles en los pacientes de alto riesgo se realizarán cada 3 meses para reevaluación del riesgo. Si continúa de alto riesgo se les incluirá nuevamente en un plan preventivo básico.
3. Los controles en los pacientes de bajo riesgo se realizarán también cada 3 meses indicando medidas preventivas en forma racionalizada.

Las actividades descriptas para esta meta serán competencia del Odontopediatra responsable del programa materno-infantil.

