

SALUD ORAL EN EL CUIDADO INTEGRAL DE FISURA LABIOPALATINA

Recursos educativos para profesionales de la salud no oral



MANUAL PARA PARTICIPANTES

Contenido desarrollado por el Equipo de Salud Oral para el Cuidado Integral de Fisura Labiopalatina: P. Mossey, Muthu MS, S. Yan, M. Campodonico, L. Orenuga

Directoras editoriales: P. Sheeran y R. England

Este recurso educativo fue producido como parte de una asociación entre la Federación Dental Internacional (FDI) y Smile Train, con apoyo de GlaxoSmithKline Consumer Healthcare (GSK CH). Ningún control editorial, aparte de la garantía del cumplimiento legal y de las normas reguladoras/requisitos, ha sido ejercido por GSK CH. El financiamiento para el desarrollo de este recurso educativo fue proporcionado por GSK CH.



Contenido

Salud oral en el cuidado integral de fisura labiopalatina	3
Introducción	3
Propósito y objetivo	3
Resultados del aprendizaje	3
Día 1	4
Colaboración interprofesional y tratamiento de las fisuras	4
Conocimiento sobre anatomía oral	7
Definición y causas de las fisuras orofaciales o labiopalatinas	12
Prevención de la fisura labiopalatina	14
Trastornos de salud oral comúnmente relacionados con las fisuras	16
Conocimiento sobre la caries dental	20
Día 2	23
Identificación de manchas blancas, cafés y caries	23
Trastornos orales comunes y no tan comunes	28
Intervenciones de salud oral	32
Procedimiento para realizar una intervención breve de salud oral	36
Levantar el labio (LEL)	37
Pautas para Levantar el labio (LEL)	46
Día 3	40
Procedimiento para la evaluación de riesgos de la salud oral	40
Tratamiento de cicatrices en personas con fisura labiopalatina	41
Calidad de vida y fisuras labiopalatinas	43
Implementación del Protocolo de Seguridad y Calidad de la FDI/Smile Train	46

Salud oral en el cuidado integral de fisura labiopalatina (FLP)

Introducción

Las fisuras en el labio y paladar, o labiopalatinas, son el defecto congénito más común en la cara y la boca. Las fisuras ocurren cuando partes del labio, paladar (en ocasiones, ambos) o la nariz, no se fusionan durante el desarrollo embrionario. Esta condición se puede asociar con dientes faltantes o dientes extra, y con estructuras faciales o dientes malformados. Los niños que se realizan cirugía de fisura labiopalatina suelen tener mayor riesgo de caries, enfermedades periodontales y otros problemas de salud oral y bienestar durante su crecimiento y desarrollo. Estos niños necesitan atención de salud dental constante para asegurar que haya un buen monitoreo, educación, apoyo y tratamiento, para prevenir enfermedades orales y darles la mejor calidad de vida posible.

Propósito y objetivo

El propósito de este curso de tres días es mejorar la salud oral y el bienestar a largo plazo de los niños que se someten a una cirugía de fisura labiopalatina. Está diseñado para garantizar que todos los miembros del equipo de atención a la fisura labiopalatina sean conscientes de la importancia de la salud oral y puedan desempeñar un papel activo en la prevención de enfermedades orales.

Resultados del aprendizaje

Al final de este curso, los participantes podrán:

- Estar conscientes de la importancia de la salud oral.
- Saber cómo prevenir e identificar las enfermedades orales.
- Saber cuándo deben derivar a un especialista.
- Estar listos para difundir lo que han aprendido en su trabajo.



COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL Y TRATAMIENTO DE LAS FISURAS

Objetivos de aprendizaje: Comprender la importancia de la colaboración interprofesional en la atención de personas con fisura labiopalatina.

¿Qué es la colaboración interprofesional?

La colaboración interprofesional se define como dos o más profesionales de la salud que trabajan junto con el paciente para asegurar que se tomen decisiones informadas y empoderadas. La toma de decisiones en equipo mejora las relaciones con el paciente y entre profesionales, así como los resultados de salud.

Profesiones y proveedores de atención médica involucrados en la atención a personas con fisura labiopalatina:

- **Cirujano craneofacial:** cirujano plástico con formación especializada en el diagnóstico y tratamiento de condiciones del cráneo, huesos faciales y tejidos blandos que trabajará en estrecha colaboración con otros especialistas para coordinar un plan quirúrgico.
- **Pediatra:** es un médico especializado en el cuidado de niños, quien les da seguimiento mientras crecen y ayuda a coordinar a los múltiples especialistas involucrados.
- **Ortodoncista:** es un especialista dental que se ocupa del desarrollo de la cara, mandíbula y dientes; también evalúa la posición y alineación de los dientes de los niños y coordina un plan de tratamiento con el cirujano y otros especialistas.
- **Dentista pediátrico:** es un especialista dental que evalúa y cuida los dientes de los niños.
- **Higienista dental:** es un profesional de la salud oral que tiene experiencia en la limpieza de dientes y ayuda en la prevención de enfermedades orales.
- **Patólogo del habla y el lenguaje:** profesional que realiza una evaluación integral del habla para evaluar las habilidades comunicativas; apoya y monitorea de cerca a los niños con fisura labiopalatina.
- **Otorrinolaringólogo:** especialista en oído, nariz y garganta que trata las infecciones del oído o la pérdida auditiva, las cuales pueden ser afecciones secundarias a la fisura labiopalatina en un niño.
- **Audiólogo:** es un profesional que ayudará en la evaluación y manejo de los problemas auditivos.
- **Consejero genético:** es un profesional que asiste en el diagnóstico de enfermedades genéticas y asesora a familias con respecto al pronóstico de futuros embarazos.
- **Coordinador del equipo de enfermería:** es una enfermera titulada que tiene experiencia en enfermería pediátrica y actúa como enlace entre la familia y el equipo de atención a la FLP.
- **Trabajador social:** un profesional que brinda orientación y asesoramiento a un niño y su familia, así como asistencia en recursos comunitarios y referencias, es decir, grupos de apoyo.

La importancia de la colaboración interprofesional entre proveedores de atención a la salud oral y el equipo general de atención a la fisura labiopalatina

Los bebés que nacen con FLP tienen necesidades importantes de una amplia gama de especialidades médicas y la atención que reciben depende de muchos factores, incluidos la distancia a la clínica, el costo del tratamiento y los conocimientos y creencias de los padres. Puede haber un efecto adverso en la calidad de vida de los niños si no tienen acceso a toda la gama de servicios, especialmente terapia del habla y atención de la salud oral. Por lo tanto, es esencial que todos los proveedores de atención médica se comuniquen de manera efectiva con la familia, el niño y sus cuidadores, y que deriven a otros servicios para asegurarse de que el niño reciba el tratamiento y apoyo adecuados.

Debido a que la atención de la salud oral a menudo no está disponible para niños con fisura labiopalatina, es importante que el equipo de atención de FLP comprenda las enfermedades orales y cómo prevenirlas. La habilidad y la confianza de todos los miembros del equipo para "levantar el labio" y comprobar la salud de la cavidad oral es un factor importante en el mantenimiento de la salud y el bienestar de los pacientes con fisura labiopalatina.



CONOCIMIENTO SOBRE ANATOMÍA ORAL

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE: Comprender e identificar la anatomía oral, la anatomía gingival, los tipos de dientes, las fechas de erupción dentaria y la anatomía de los dientes.

Anatomía oral

Tejidos y estructuras orales

Es importante que pueda reconocer la anatomía oral general al realizar un examen intraoral de Levantar el Labio al paciente. Las estructuras más comunes que se observan son:

Labios: dos pliegues musculares flexibles que se extienden desde las comisuras de la boca, de la parte superior a la base de la columela nasal y de la inferior al surco mentolabial (pliegue por encima del mentón).

Frenillo: pliegues elevados de tejido que se extienden desde la mucosa alveolar, bucal y labial.

Tejido gingival (encías): tejido mucoso que rodea parte de los dientes y huesos maxilares y mandibulares.

Paladar duro: porción anterior del paladar que está formada por las apófisis del maxilar.

Papila incisiva: proyección de tejido que recubre el foramen incisivo en la parte anterior del paladar duro, justo detrás de los incisivos centrales superiores, por donde pasan la arteria y la vena palatinas mayores, y el nervio nasopalatino.

Mucosa: membrana que recubre la cavidad bucal; puede estar muy queratinizada, como en el paladar duro, o ligeramente queratinizada como en el piso de la boca y los procesos alveolares, o finamente queratinizada, como alrededor de las mejillas y las superficies internas de los labios.

Ruga palatina: crestas firmes de tejidos en el paladar duro.

Papila parotídea: pliegue ligero de tejido que cubre la abertura de la glándula parótida en la mucosa bucal, adyacente a los primeros molares superiores.

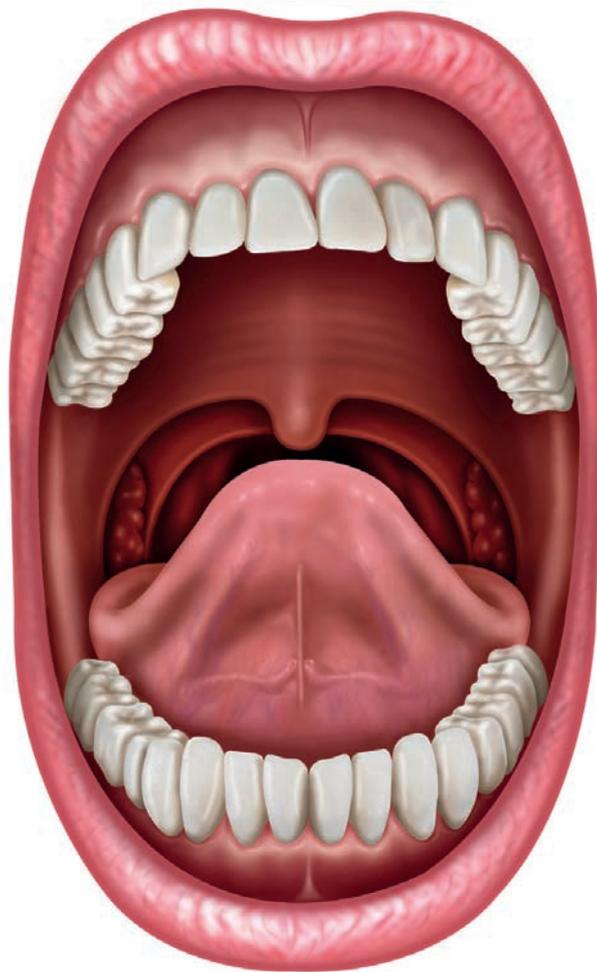
Pilares del paladar: dos arcos de tejido muscular que definen las fauces (istmo), vistos bilateralmente en la parte posterior de la boca.

Paladar blando: porción posterior del paladar; no es óseo y se compone de músculo y mucosa.

Pliegues sublinguales: pequeños pliegues de tejido en el piso de la boca, que cubren las aberturas de los conductos más pequeños de la glándula salival sublingual.

Amígdalas: tejido linfóide ubicado en la orofaringe.

Úvula: una proyección muscular no ósea que cuelga de la línea media en la parte posterior del paladar blando.



Ejercicio: Llenar el diagrama

La mayor parte del tejido de la boca debe ser rosado y suave, excepto la lengua, que naturalmente tiene pequeñas papilas gustativas por todas partes. Cualquier bulto, protuberancia o úlcera, manchas rojas o blancas inusuales que no cicatricen deben ser derivados al equipo de salud oral para un examen más detallado.

Anatomía de la lengua

Las características de la lengua incluyen:

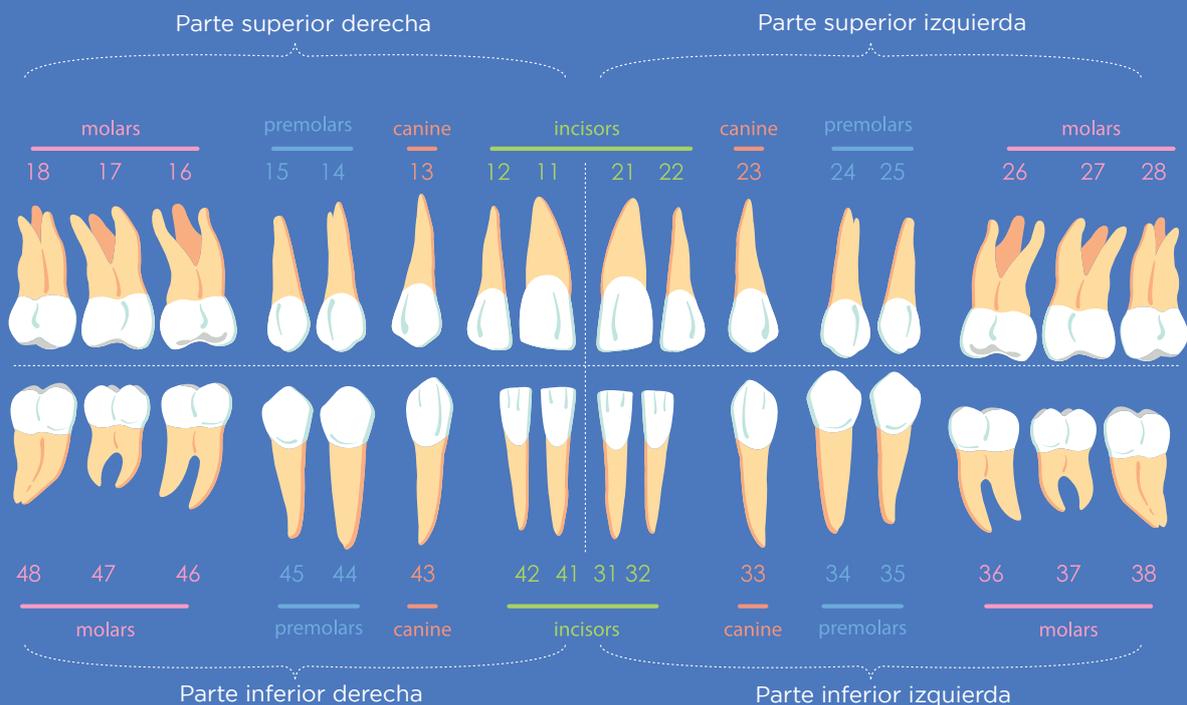
- **Papilas circunvaladas:** dos filas en forma de V de papilas más grandes, planas y en forma de copa en el dorso posterior de la lengua, cada una de las cuales contiene papilas gustativas.
- **Superficie dorsal:** la superficie superior de la lengua.
- **Papilas filiformes:** papilas finas, pequeñas, en forma de cono que cubren la mayor parte del dorso de la lengua, responsable de su textura y de la sensación de tacto.
- **Papilas foliadas:** estas papilas son grandes, rojas y con forma de hoja, ubicadas en las superficies laterales posteriores de la lengua; contienen algunas papilas gustativas.
- **Papilas fungiformes:** de color rojo intenso y distribuidas por el dorso de la lengua. Cada una de estas papilas en forma de hongo contienen una papila gustativa.
- **Superficie ventral:** la parte inferior de la lengua.
- **Conducto de Wharton:** conducto salival que se abre a ambos lados del frenillo lingual, en la superficie ventral de la lengua.

Tipos de dientes, estructura, ubicación y funciones

La cavidad bucal es esencial para la masticación, la digestión, la nutrición y el habla; por lo tanto, está fuertemente ligada a la calidad de vida.

Los dientes están dispuestos en dos arcos y luego divididos en cuadrantes, cada uno con ocho dientes en la dentición permanente, lo que da un total de 32 dientes. El arco superior se llama arco maxilar y se fija a la parte inferior del cráneo. El arco inferior, o quijada inferior, se llama mandíbula y está conectado al hueso temporal por la articulación temporomandibular (ATM).

Dentición permanente humana



Anatomía del diente

A nivel estructural los dientes son iguales y abarcan la corona, la parte que se puede ver por encima de la encía, y las raíces debajo de la encía. Las fibras conocidas como ligamentos periodontales conectan el diente al hueso alveolar.

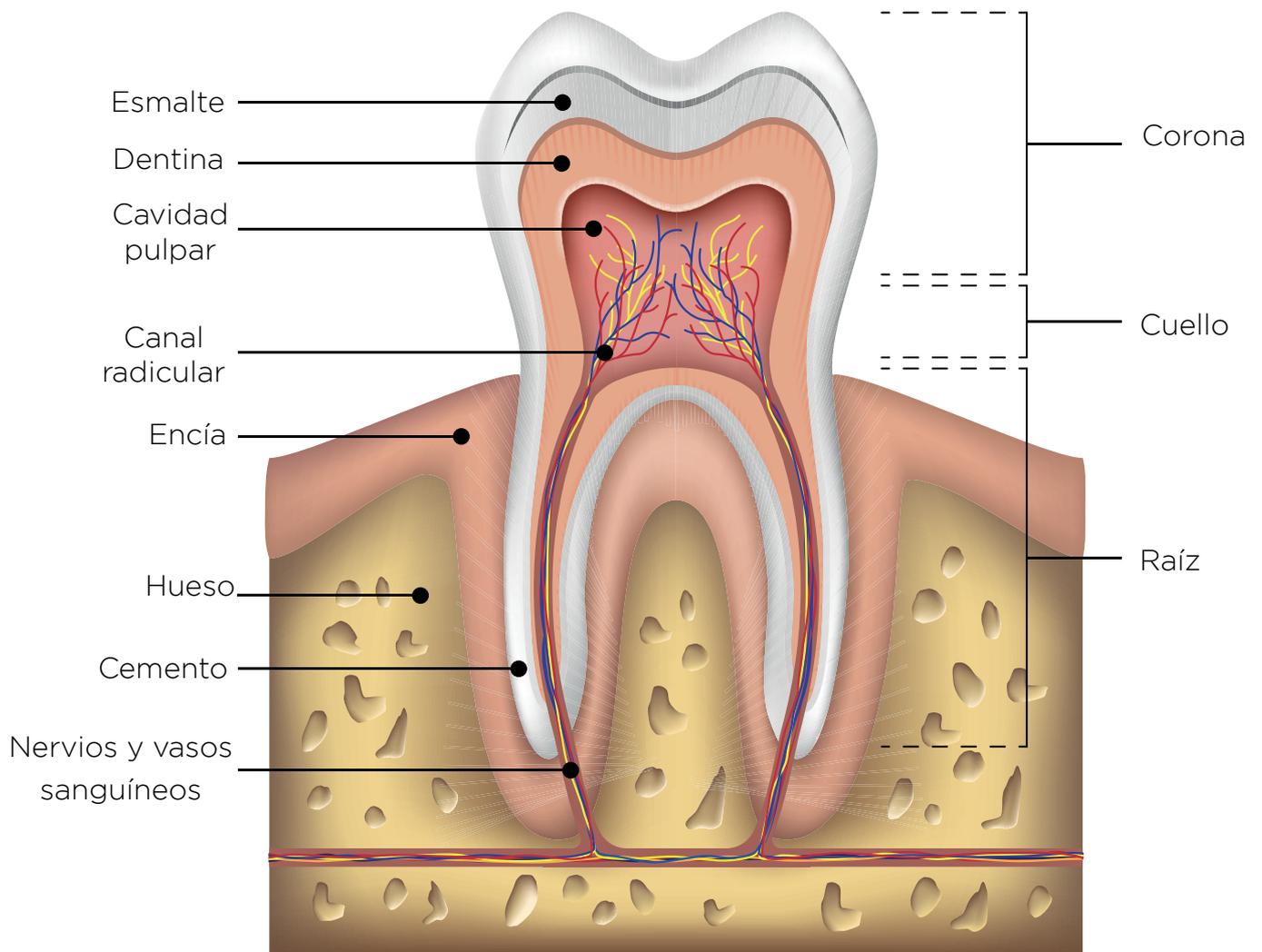
Cada diente tiene las mismas partes: esmalte, dentina, cemento y pulpa.

El esmalte cubre la corona del diente y es la sustancia más dura del cuerpo. A pesar de su fuerza, es susceptible a los ácidos producidos por las bacterias en la boca y a los alimentos y bebidas que contienen ácido.

La capa debajo del esmalte es la dentina. Es más suave que el esmalte y se compone de tubos microscópicos conocidos como túbulos dentinarios. Si se estimulan, transmiten dolor. Como la dentina es más blanda que el esmalte, cuando la caries pasa a través del esmalte (el proceso de desmineralización) y penetra la dentina, puede extenderse muy rápidamente y provocar dolor de dientes o muelas.

El cemento es la sustancia que recubre la raíz del diente, tiene una dureza similar a la del hueso y está formado por una capa fina. Los ligamentos periodontales conectan el cemento con el hueso, sosteniendo al diente en su lugar. Si esta capa está expuesta, puede volverse muy sensible.

La pulpa se encuentra en el centro del diente y contiene todos los nervios y vasos sanguíneos que irrigan al diente. Si el área de la pulpa queda expuesta a la caries, puede producir dolor, provocar una infección bacteriana y requerir tratamiento del conducto radicular (endodoncia) o una extracción.



ANATOMÍA DEL DIENTE

Tipos de dientes y sus funciones

Hay 4 tipos de dientes en la cavidad bucal:

- Incisivos: son los dientes frontales, sirven para cortar y morder alimentos. Hay ocho incisivos, dos incisivos centrales y dos laterales tanto en la mandíbula como en el maxilar.
- Caninos o colmillos: el papel de los cuatro caninos, uno en cada cuadrante, es desgarrar la comida.
- Premolares: ubicados detrás de los caninos, hay ocho premolares, dos en cada cuadrante de la boca, y están diseñados para masticar.
- Molares: generalmente hay 12 molares en la dentición permanente con tres en cada cuadrante de la boca. Los terceros molares a menudo se denominan muelas del juicio y no están presentes en todas las personas.

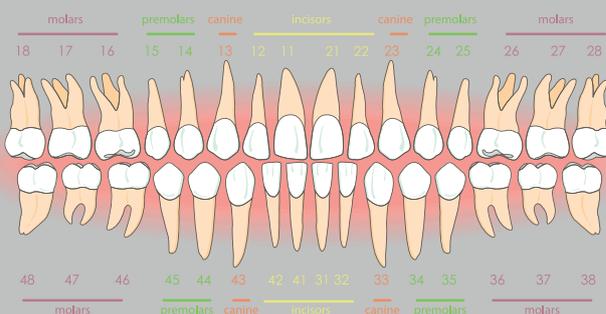
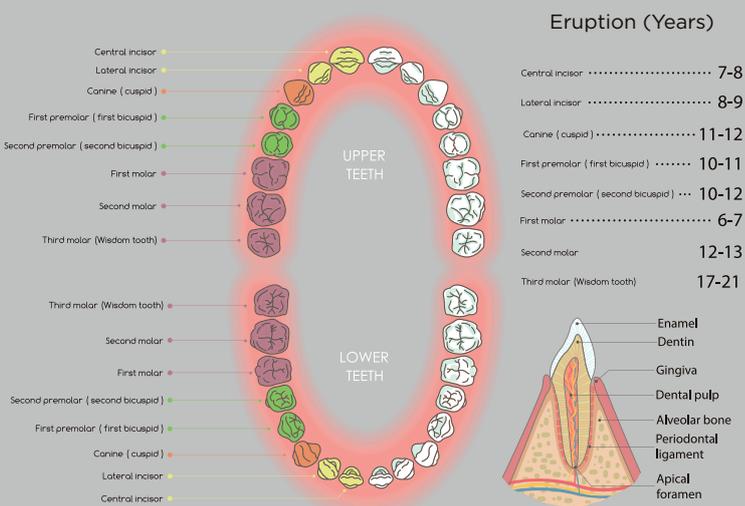
Dentición primaria o temporal

Estos son los primeros dientes en erupcionar en la cavidad bucal. Aunque son temporales, estos dientes también son importantes y necesitan ser atendidos tan pronto como salgan a través del tejido de las encías. La caries o la pérdida temprana pueden llevar a la infección y afectar el desarrollo de los dientes permanentes. La dentición temporal consta de 20 dientes. No hay premolares en esta dentición.

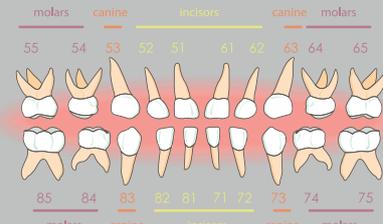
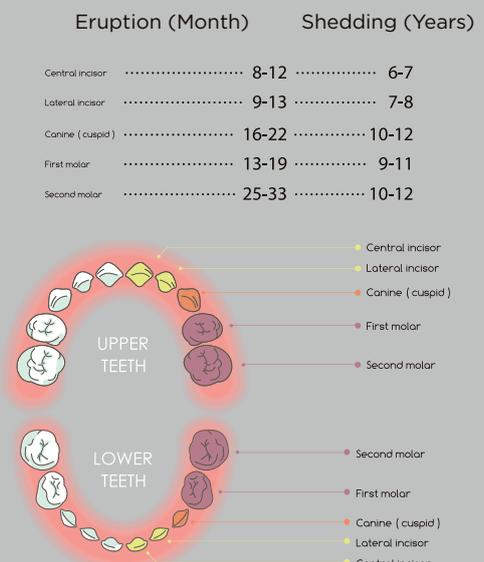
Dentición secundaria o permanente

A medida que se exfolian los dientes temporales, los dientes permanentes los reemplazan. En cada arco de la boca hay dos incisivos centrales, dos incisivos laterales, dos caninos, cuatro premolares y seis molares. Estos dientes necesitan estar bien cuidados para que duren toda la vida.

Permanent Teeth Development



Primary (Deciduous) Teeth Development



DEFINICIÓN Y CAUSAS DE LAS FISURAS OROFACIALES O LABIOPALATINAS

Objetivos de aprendizaje: Comprender la definición y las causas de la fisura labiopalatina.

Definición de fisura labiopalatina

Las fisuras labiopalatinas son el defecto de nacimiento más común que afecta la estructura de la cara y la cavidad bucal. Las afecciones de este tipo ocurren cuando partes del labio y/o paladar y nariz no se fusionan durante el desarrollo embrionario.

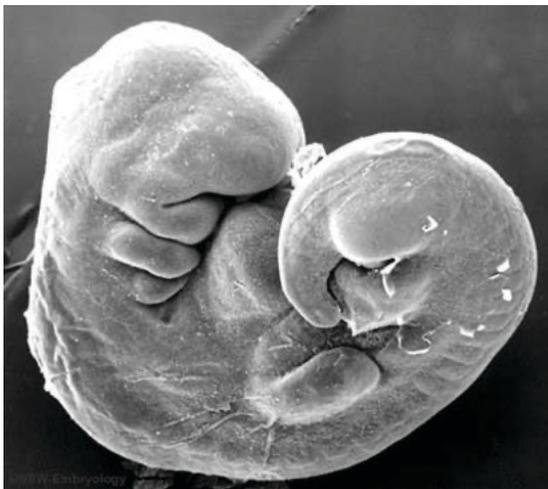
Se pueden dividir en tres categorías generales:

- (1) fisura labiopalatina aislada;
- (2) fisura labial unilateral o bilateral, con o sin fisura alveolar;
- (3) fisura labiopalatina unilateral o bilateral.

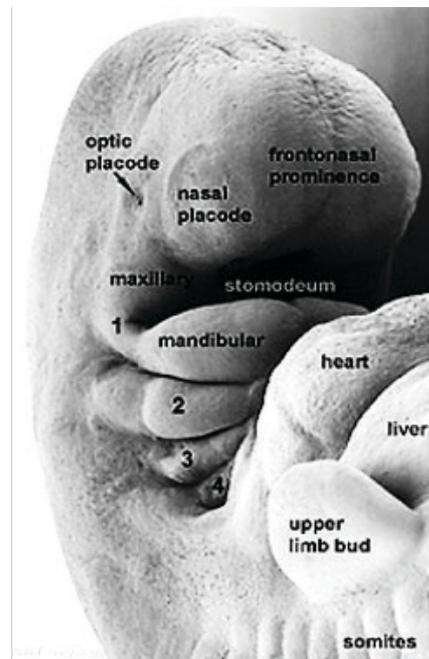
Todas se conocen también como fisuras orofaciales.

¿Cómo se desarrollan las fisuras labiopalatinas?

En el momento de la primera ecografía, en la que ya se pueden identificar las estructuras faciales del feto, ya habrá ocurrido una fisura del labio o del paladar. El desarrollo de las estructuras faciales y su forma ocurre al principio de la gestación del bebé, entre la cuarta y la octava semana.

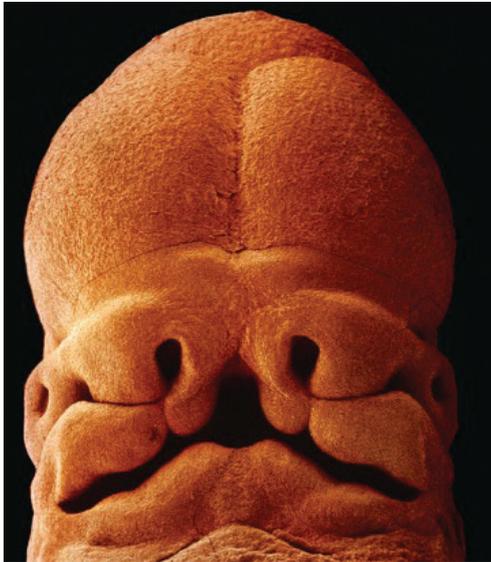


Arriba: **EMBRIÓN A LOS 28 DÍAS**
Derecha: **EMBRIÓN A LOS 32 DÍAS**



Durante la cuarta semana de desarrollo se forma una serie de seis abultamientos emparejados a la derecha e izquierda, cerca del extremo craneal o cabeza del feto. Estas formaciones se llaman arcos branquiales. Estos se convierten en estructuras importantes en la cabeza y el cuello, así como en las arterias principales en el pecho. En el primer arco branquial se desarrollan unas estructuras llamadas prominencias maxilar y mandibular, que finalmente forman esqueleto, piel, músculos y otras partes de la mandíbula superior e inferior, respectivamente el maxilar y la mandíbula. En el centro superior de la cara, una estructura llamada prominencia frontonasal, que está separada de los arcos branquiales, forma, entre otras cosas, las fosas nasales y el surco nasolabial. Las prominencias maxilares mediales se fusionan con la prominencia frontonasal durante este tiempo. El fracaso de este proceso da como resultado una fisura labiopalatina.

El paladar también está formado por la fusión de la prominencia frontonasal y las prominencias maxilares. Aunque el paladar parece ser una estructura completa, consta de un paladar primario detrás de los dientes frontales y del paladar secundario, que incluye la mayor parte del paladar duro y del blando. Estos están separados por un agujero en el hueso palatino llamado foramen incisivo. Los dos lados del paladar secundario comienzan a fusionarse durante la octava semana de desarrollo. La falla de la fusión da como resultado una fisura palatina.



EMBRIÓN A LOS 49 DÍAS



DESARROLLO EMBRIONARIO DEL ROSTRO

Genética de las fisuras labiopalatinas

Entre el 30% y el 50% de las FLP están relacionadas con factores genéticos. Según las condiciones de las fisuras, estas se pueden clasificar como sindrómicas o no sindrómicas.

Las causas de una fisura sindrómica pueden estar asociadas con mutaciones genéticas, aberraciones cromosómicas, teratógenos o factores ambientales. La mayoría de las fisuras son no sindrómicas, lo que significa que surgen sin otras condiciones asociadas. Estas fisuras suelen ocurrir cuando existe susceptibilidad genética o ciertos factores ambientales.

La fisura no sindrómica es más común en los hombres, con una proporción hombres/mujeres de aproximadamente 2:1.

Las características genéticas de la fisura no sindrómica también se ajustan al umbral multifactorial (MFT), pero la incidencia es menor y el riesgo de recurrencia es diferente. Hay más de 600 síndromes con fisura labiopalatina como característica asociada, pero no todos son hereditarios.

Epidemiología de la fisura labiopalatina

A nivel mundial, los trastornos por fisura labiopalatina afectan aproximadamente a 1 de cada 700 personas que nacen vivas.

La incidencia varía ampliamente según el origen geográfico, el grupo racial y étnico, las exposiciones en el entorno y el nivel socioeconómico. Las poblaciones asiáticas y nativas americanas han informado tasas de prevalencia de hasta 1 en 500. Las poblaciones europeas y estadounidenses en promedio tienen una prevalencia de aproximadamente 1 en 1000, mientras que las poblaciones africanas tienen una prevalencia reportada cercana a 1 en 2500.

Objetivos de aprendizaje: Comprender la prevención de la fisura labiopalatina.

Examen prenatal y asesoramiento genético

En familias con antecedentes de fisura orofacial se debe realizar un examen prenatal y contar con asesoramiento genético. El diagnóstico de FLP en el examen de ultrasonido de rutina prenatal podría ayudar a preparar a la familia.

Nutrición materna y fisura labiopalatina

Es un buen consejo de salud pública recomendar que antes de la concepción y al comienzo del embarazo las mujeres tengan una dieta sana y variada, así como suplementos vitamínicos, de ser necesario. Muchos estudios han indicado una relación entre el uso materno de suplementos multivitamínicos al comienzo del embarazo y una disminución del riesgo de FLP.

Suplemento de ácido fólico

El ácido fólico es una vitamina B que puede tener un efecto protector contra ciertas condiciones para las FLP cuando se toma antes de la concepción. Ya se recomienda ampliamente por su papel en la protección contra los defectos de nacimiento como espina bífida y anencefalia. Que todas las mujeres que planean el embarazo tomen un suplemento diario es la recomendación del Servicio de Salud Pública de EE.UU., respaldada por la Academia Americana de Pediatría (AAP). Un suplemento de 400 microgramos de ácido fólico al día reduce la incidencia de defectos del tubo neural hasta en un 70%.

- Existe incertidumbre en torno al papel de otras vitaminas en la prevención de la FLP.

Medicación durante el embarazo

Se ha demostrado que ciertos medicamentos tienen un efecto sobre el desarrollo fetal, entre ellos:

- fármacos anticancerígenos y anticonvulsivos;
- fármacos antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos;
- antibióticos como oxitetraciclina, tetraciclina y amoxicilina;
- esteroides como glucocorticoides o cortisona.

El riesgo de que un niño nazca con una FLP puede ser casi tres veces mayor si la madre toma medicamentos durante el primer trimestre. Se debe tener mucho cuidado si en las primeras etapas del embarazo se necesitan medicamentos, y siempre hay que consultar con un médico.

Alcohol y tabaco

Fumar y beber al principio del embarazo aumenta el riesgo de fisura labiopalatina.

El tabaquismo pasivo conlleva un riesgo similar, por lo que las parejas y otros contactos cercanos a las mujeres embarazadas deben evitar o reducir el tabaquismo. La contaminación ambiental y la polución también contribuyen al riesgo.

Prevención de la diabetes mellitus gestacional y la obesidad materna

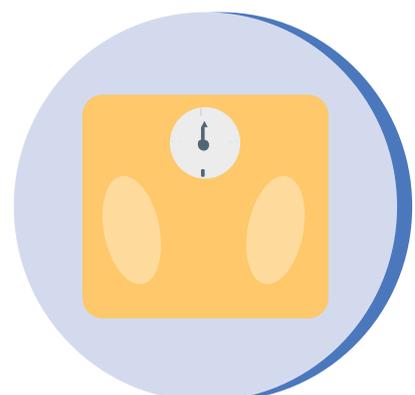
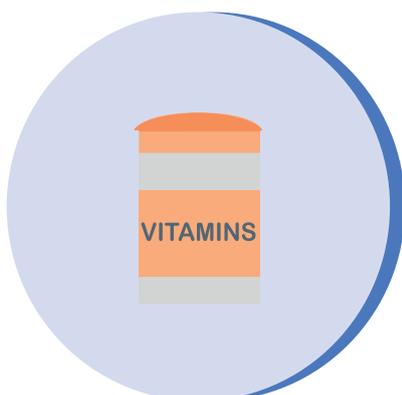
La diabetes mellitus gestacional puede aumentar el riesgo de FLP. Las madres deben buscar asesoramiento médico sobre sus hábitos alimentarios.

- En pacientes con diabetes mellitus previa al embarazo, la glucemia se debe controlar y monitorear de cerca por el equipo médico durante toda la gestación.
- En las mujeres embarazadas con diabetes mellitus gestacional se deben monitorear de cerca la presión arterial, la glucosa en sangre, las funciones hepáticas y renales, así como la salud fetal.
- Varios estudios también han implicado a la obesidad materna como un factor que eleva el riesgo de tener un hijo con fisura labiopalatina.

Control de estrés

- El estrés físico y/o emocional puede estar implicado en la aparición de FLP.
- La ansiedad, la depresión y otros estados psicológicos negativos durante el embarazo pueden contribuir a la aparición de fisuras labiopalatinas por desregulación hormonal.
- Es importante tener una actitud positiva durante el embarazo.

EMBARAZO Y UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE



TRASTORNOS DE SALUD ORAL COMÚNMENTE RELACIONADOS CON LAS FISURAS

Objetivos de aprendizaje: Comprender las enfermedades y trastornos que suelen relacionarse con la fisura labiopalatina, como caries y maloclusión.

Salud pública y fisuras labiopalatinas

Las FLP son un gran desafío para la salud pública. Los niños con fisura labiopalatina rara vez escapan de las complicaciones dentales. La corrección quirúrgica es el foco de atención, además de las preocupaciones médicas habituales respecto a los niños con esta afección. Como resultado, tienden a presentar más caries, dientes faltantes y peor salud oral en comparación con sus compañeros.

Estas diferencias se pueden atribuir a:

- sequedad en la boca causada por hábitos de respiración bucal;
- limpieza menos natural de los dientes debido a la morfología;
- dieta o hábitos alimentarios variables;
- anomalías dentales;
- mayor consumo de medicamentos endulzados;
- retraso en el tiempo de eliminación oral de los alimentos.

Todo lo anterior contribuye a que haya más bacterias cariogénicas en la cavidad bucal de los niños con FLP. Los padres y cuidadores suelen estar más preocupados por otros aspectos del cuidado de la salud de sus hijos como cirugía, nutrición, salud mental y desarrollo del habla, y prestan poca atención al cuidado dental preventivo. Todos estos factores ponen al niño en mayor riesgo de desarrollar CPI.

A medida que se desarrollan, el aumento en la prevalencia de la mala higiene bucal en niños con FLP podría estar asociado con:

- (a) la presencia de tejido cicatricial residual, como resultado de los múltiples procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en la región de la fisura labiopalatina, que a su vez dificulta la limpieza de los dientes;
- (b) la falta de interés en la higiene bucal debido a muchos otros problemas de salud como la otitis media y la dificultad para hablar;
- (c) la ansiedad que suelen experimentar los niños cuando se cepillan los dientes en la zona afectada.

Otras barreras para el cuidado de la salud oral en estos niños incluyen el bajo nivel de alfabetización de los padres, el comportamiento inducido por el miedo y la ansiedad, el estatus socioeconómico, las prioridades contrapuestas, el escaso conocimiento sobre los servicios médicos y dentales disponibles, las relaciones paciente-dentista, así como las creencias y los mitos socioculturales.

Todos estos factores resaltan la importancia de los programas individualizados de salud oral preventiva en pacientes con fisuras labiopalatinas.

Importancia de tener unos dientes primarios sanos

Los dientes primarios son importantes para los niños porque:

- Permiten que los niños mastiquen y coman adecuadamente.
- Ayudan a su hijo a hablar con más claridad.
- Mantienen el espacio para la erupción de los dientes permanentes.
- Guían a los dientes permanentes hacia su lugar.
- Ayudan a moldear el rostro del bebé.
- Previenen las caries de la primera infancia.
- Mantienen los costos dentales futuros al mínimo.
- Compensan la necesidad de un tratamiento de ortodoncia más adelante.
- Reducen el riesgo de caries en los dientes permanentes.

Las revisiones dentales son importantes porque los bebés con FLP se acostumbran a que los cuidadores manipulen el interior de su boca.

Caries de la primera infancia

La caries de la primera infancia (CPI) se define como la presencia de uno o más dientes temporales en deterioro, faltantes (debido a la caries) o con la superficie dental empastada. La CPI severa se caracteriza por un patrón distintivo de caries en bebés y niños pequeños, que a menudo comienza en los dientes anteriores superiores y progresa rápidamente a los otros dientes temporales luego de la erupción. La CPI puede comenzar a desarrollarse a medida que los dientes salen entre los 6-10 meses de edad, por lo que una evaluación temprana de la salud oral y los tratamientos con barniz de flúor son muy importantes.

El papel del profesional de la salud oral es esencial para el manejo de la CPI y las enfermedades orales en toda la vida del paciente. La prevención, la detección temprana y el manejo son claves.



Pedo Planet - Centro Dental Infantil,
(Chennai, Nueva Delhi), India.

Centro de Investigación de Caries de la Primera
Infancia (CECCRe),
Instituto de Educación Superior e Investigación
Sri Ramachandra, Chennai, India



CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA



PLACA DENTAL



Maloclusión

Se le llama maloclusión a la forma en que los dientes se tocan y literalmente significa “mala mordida”. En una oclusión ideal, los dientes se juntan de manera cómoda, con los dientes frontales superiores adelantados a los dientes inferiores. Las maloclusiones se dividen en tres categorías que cubren una variedad de diferentes problemas de ortodoncia.

Maloclusión e higiene oral

A los pacientes con FLP les cuesta trabajo mantener una buena higiene bucal debido a la maloclusión. El desconocimiento de las medidas de cuidado bucal infantil, en particular, es común entre la población; por ejemplo, cómo limpiar los dientes primarios, cuándo empezar a limpiarlos, qué técnicas de higiene bucal emplear y cómo elegir la pasta y el cepillo de dientes.

Maloclusión en la dentición primaria y en la fase de dentición mixta

Debido al impacto de la cirugía de reparación de la FLP, el desarrollo del hueso maxilar de los pacientes es a menudo insuficiente. En circunstancias normales, la maloclusión de pacientes en el periodo deciduo a menudo no es grave. Gradualmente, con el crecimiento y desarrollo de los dientes comienza a notarse la maloclusión.

Todos los pacientes con fisura labiopalatina completa tienen maloclusión en los dientes permanentes. Los estudios muestran que después de la reparación de la fisura labiopalatina, la prevalencia de maloclusión es del 97%.

Entre las maloclusiones asociadas con la fisura labiopalatina, las más comunes son la mordida cruzada y el apiñamiento de los dientes superiores. En pacientes con FLP, los dientes cerca de la fisura a menudo aparecen deformados y faltantes, y lejos de la fisura pueden faltar o ser supernumerarios. La desviación de la línea media maxilar es común en pacientes con fisura labiopalatina unilateral.

Entre las maloclusiones más comunes se incluyen:

- mordida cruzada anterior;
- mordida cruzada posterior;
- hipodoncia anterior maxilar o dientes supernumerarios;
- dientes frontales superiores desalineados o rotados;
- relación molar anormal.

Anormalidades en la erupción dentaria y el número de dientes

Los pacientes con FLP suelen presentar tamaño y posición anormales de los dientes. Los pacientes con fisura labiopalatina completa unilateral presentan displasia y torsión de los incisivos centrales superiores adyacentes a la fisura. En pacientes con fisura labiopalatina completa bilateral, los dos incisivos centrales superiores a menudo tienen displasia y torsión. Otras características pueden incluir:

- retraso en el tiempo de erupción de los dientes permanentes y una secuencia de erupción anormal;
- hipodoncia: la forma más común de dientes faltantes es la ausencia congénita del incisivo lateral afectado por la fisura del paladar maxilar;
- dientes supernumerarios: a menudo aparecen dientes adicionales cerca de las fisuras;
- anomalía de la estructura del diente: a menudo hay hipocalcificación y displasia del segundo premolar.

Forma y simetría del arco dentario

Después de reparar la FLP, el espacio disminuye gradualmente y el segmento maxilar se reforma y se acerca bajo la acción del músculo labial. Alrededor del 50% de los pacientes con fisura labiopalatina completa unilateral y bilateral tienen grados variables de asimetría en el arco dentario maxilar, y los pacientes con fisura palatina aislada no presentan asimetría del arco dentario maxilar.



MALOCCLUSIÓN Y DIENTES FALTANTES

CONOCIMIENTO SOBRE LA CARIES DENTAL

Objetivos de aprendizaje: Entender la placa dental, su papel en la caries y el papel de la dieta en la formación de la placa dental. Identificar la caries y su apariencia en los estados iniciales.

Caries dental

- La caries dental es una enfermedad multifactorial, mediada por ciertos aspectos como la acción de las bacterias, la ingesta de azúcar, la higiene bucal, factores socioeconómicos, entre otros. Es el resultado de una interacción compleja entre bacterias productoras de ácido y carbohidratos fermentables que se encuentran en la placa dental o biofilm (se explica más adelante en este capítulo).

Esta interacción inicia el proceso de desmineralización de la superficie del diente, debido a la acción de ácidos resultantes de la metabolización de carbohidratos por bacterias orales. Posteriormente, la acción de la saliva y los minerales presentes en ella, junto con una higiene bucal apropiada, darán lugar a la remineralización de la superficie, lo que detiene la desmineralización. Cuando este ciclo se interrumpe y la desmineralización continúa, se produce una cavidad.

- Las cavidades pueden ocurrir en diferentes niveles de la estructura dental, con diferentes niveles de gravedad. Pueden aparecer en la superficie del esmalte o ser más profundas, exponiendo la dentina. Cuando la dentina está expuesta, el dolor y la sensibilidad pueden ocurrir por el contacto más directo con las terminaciones nerviosas dentales en la cavidad bucal. La etapa más grave de la caries dental ocurre cuando la pulpa dental se ve afectada, lo que provoca un dolor intenso.

- Cuando hay caries en uno o más dientes primarios, o los dientes se han perdido debido a la caries, entre el momento en que aparece el primer diente y los 6 años de edad, se trata de caries de la primera infancia, descrita en la lección anterior. Este es un problema de salud bucal que los niños con fisura labiopalatina tienen mayor riesgo de sufrir.



CARIES DENTAL/DETERIORO DENTAL

Pedo Planet - Centro Dental Infantil,
(Chennai, Nueva Delhi), India.

Centro de Investigación de Caries de la
Primera Infancia (CECCRe),
Instituto de Educación Superior e
Investigación Sri Ramachandra, Chennai,
India

¿Qué es la placa dental?

La placa dental, también conocida como biofilm, es una capa blanda y pegajosa que se adhiere a la superficie del diente. El biofilm está compuesto principalmente por microorganismos orales junto con proteínas presentes en la saliva.

Cuando el niño consume azúcares libres, las bacterias metabolizan los carbohidratos en productos de desecho ácidos, causando que el pH de la boca baje. Los minerales esenciales se lixivian de la estructura del diente, lo que lleva a la desmineralización.

En un ambiente bucal saludable, la producción de saliva elimina este ambiente ácido durante un periodo de aproximadamente 30-40 minutos, y se produce la remineralización. Esto se demuestra en la curva de Stephan. No obstante, si el niño tiene una higiene bucal deficiente y consume azúcares libres con frecuencia o carbohidratos fermentables, la boca permanece en un pH ácido, lo que conduce a la caries dental.

La eliminación mecánica de la placa por medio del cepillado o con hilo dental es indispensable para evitar la acumulación de placa, la cual se endurece hasta formar cálculos. Los niños con FLP tienen problemas para mantener una higiene oral buena, y esto aumenta el riesgo de enfermedades orales como la caries dental y la enfermedad periodontal.

La caries severa y la pérdida prematura de dientes afectan la capacidad del niño para comer y masticar, así como el desarrollo de la mandíbula.



PLACA DENTAL

El papel de la placa dental en la caries

Algunas bacterias dentro de la placa dental pueden producir ácidos al metabolizar los carbohidratos que se encuentran en la boca. La acción de estos ácidos conduce a la disolución de los minerales que componen la estructura del tejido dental, y son los responsables del inicio de la caries dental. Este proceso se conoce como desmineralización.

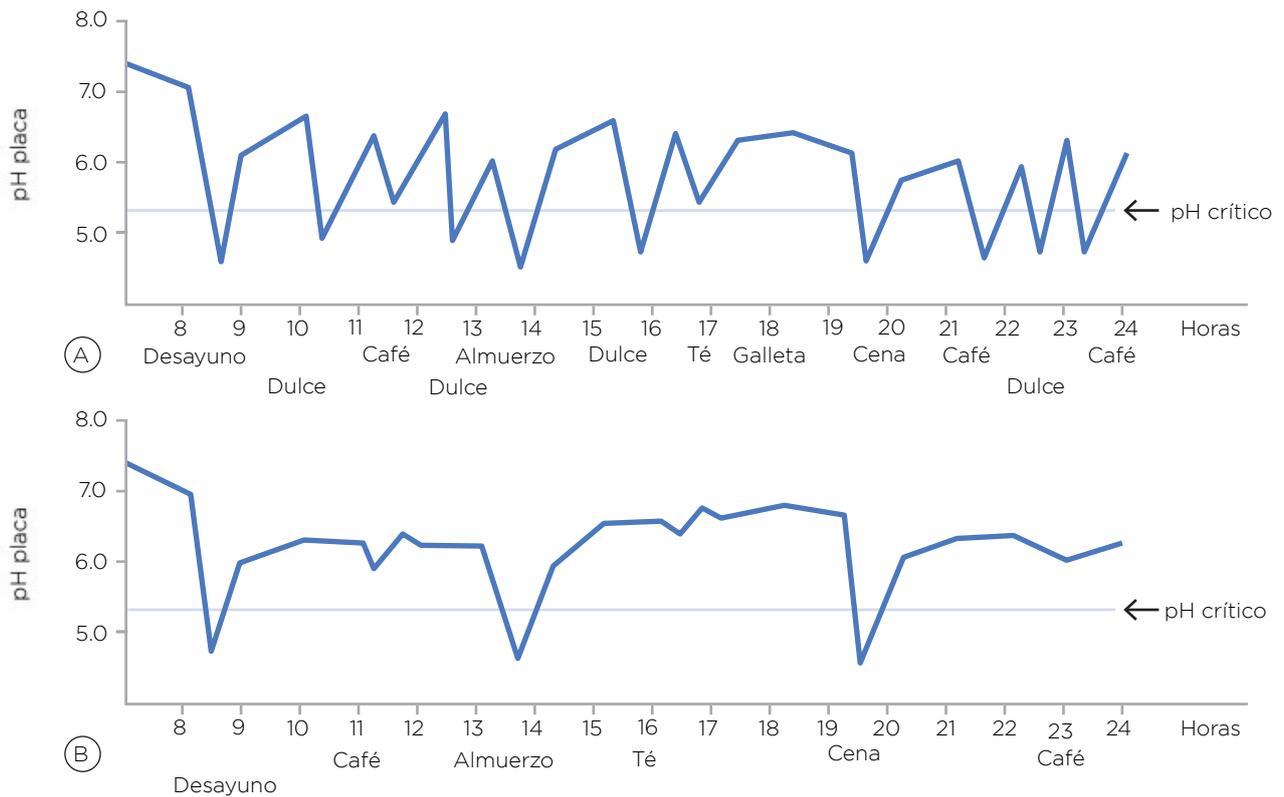
La saliva también es un factor clave en este proceso al actuar como un amortiguador que neutraliza los ácidos e incrementa el pH en la cavidad oral. Después de comer, la saliva tarda aproximadamente entre 30 y 40 minutos en neutralizar la boca. El pH fluctuante de la boca se conoce como curva de Stephan, como se muestra en el diagrama.

La higiene bucal con productos fluorados ayudará con la *remineralización*, un proceso en el que el fluoruro, junto con otros minerales presentes en la saliva, se adhiere a la superficie previamente desmineralizada, deteniendo así el proceso de la caries dental.

¿Cómo eliminar la placa dental?

- ✓ el cepillado eficaz y la limpieza interdental son la clave para eliminar la placa dental;
- ✓ con un tratamiento profesional, como la profilaxis bucal;
- ✓ mediante la educación en salud oral, esencial para una higiene bucal adecuada, y la comprensión de las enfermedades periodontales.





CURVA DE STEPHAN

El papel de la dieta

Los alimentos que consumimos contienen cantidades variables de carbohidratos. Los alimentos ricos en azúcar siempre se han asociado con caries. Los alimentos con un alto potencial para producir caries debido a una cantidad elevada de carbohidratos fermentables y azúcar se describen como cariogénicos.

Algunos ejemplos de alimentos cariogénicos son los pasteles y las galletas dulces, las galletas saladas, el pan blanco y los cereales, la repostería, las barras de muesli endulzadas, frutos secos, helados, leche saborizada, yogur dulce y bebidas gaseosas azucaradas.

El azúcar puede incrementar la viscosidad del biofilm, lo que facilita la adherencia a la superficie de los dientes durante más tiempo y los hace más susceptibles de ser invadidos por bacterias.

Cuando se consume con frecuencia, el azúcar está más disponible como sustrato para las bacterias, reduciendo el pH de la cavidad oral. Un consejo clave para los padres y cuidadores es evitar las bebidas azucaradas y los alimentos con azúcares añadidos entre comidas.

Hay alimentos no cariogénicos disponibles. Estos pueden tener un papel protector porque no contribuyen a la producción de ácido. Algunos ejemplos son el queso, la leche y el yogur natural, así como productos que contienen xilitol.

Es importante mencionar que al cambiar a una dieta más saludable con menos contenido de azúcar, el riesgo de sufrir caries se reduce.

DÍA 2

IDENTIFICACIÓN DE MANCHAS BLANCAS, CAFÉS Y CARIES

Objetivos de aprendizaje: Los participantes aprenderán a identificar lesiones que sean indicios de caries.

Manchas blancas/hipomineralización

Las manchas blancas son áreas desmineralizadas en la superficie del diente, donde una cantidad significativa de minerales como el calcio se han perdido, generalmente debido a la placa bacteriana y una higiene bucal subóptima.

Las manchas blancas también pueden ser causadas por:

- fluorosis dental: el resultado del consumo excesivo de flúor a medida que se desarrollan los dientes, por ejemplo, comer pasta de dientes cuando era niño, o altos niveles de fluoruro natural en los suministros de agua;
- traumatismo dental en la yema dentaria en desarrollo, que provoca irregularidades en la estructura de la hidroxiapatita;
- hipomineralización de los incisivos molares: falta de desarrollo del esmalte durante su etapa de maduración, lo que afecta a los molares e incisivos;
- descalcificación del esmalte después de haber usado frenos: higiene bucal inadecuada alrededor de los frenos dentales.



LESIONES CON MANCHAS BLANCAS

Pedo Planet - Centro Dental Infantil,
(Chennai, Nueva Delhi), India.

Centro de Investigación de Caries de la Primera Infancia (CECCRe),
Instituto de Educación Superior e Investigación Sri Ramachandra, Chennai, India

Manchas cafés

La decoloración en la superficie del diente puede ser extrínseca (en la estructura externa del diente) o intrínseca (en el interior) a la estructura del diente.

La decoloración extrínseca puede ser causada por bacterias cromógenas, factores dietéticos como fumar, consumir té, café, bayas o incluso suplementos de hierro. Ciertos enjuagues bucales pueden causar decoloración, especialmente los utilizados después de la cirugía oral.

Las manchas cafés en la superficie también pueden ser cariogénicas; es importante evaluarlas y diagnosticarlas correctamente.



LESIONES CON MANCHAS CAFÉS

Pedo Planet - Centro Dental Infantil, (Chennai, Nueva Delhi), India.

Centro de Investigación de Caries de la Primera Infancia (CECCRe),
Instituto de Educación Superior e Investigación Sri Ramachandra, Chennai, India

La decoloración intrínseca puede ser causada por:

- fluorosis dental;
- tetraciclina;
- caries dental;
- caries detenida: esto ocurre si la caries dental se inicia pero se detiene debido a la mejora de los hábitos alimentarios o de higiene bucal;
- necrosis pulpar;
- trastornos del desarrollo, como amelogénesis imperfecta y dentinogénesis imperfecta.



FLUOROSIS DENTAL



MANCHAS DE TETRACICLINA



NECROSIS PULPAR



CARIES DENTAL



Objetivos de aprendizaje: Entender las causas, signos y síntomas de las enfermedades periodontales, y cómo prevenirlos.

Enfermedad periodontal

Los padres y cuidadores de pacientes con fisura labiopalatina posiblemente tendrán problemas para ayudarles a mantener una buena higiene oral. No obstante, si la higiene oral no se mantiene, se puede desarrollar gingivitis y caries dental.

Hay dos tipos de enfermedad periodontal: gingivitis y periodontitis. La etapa inicial de la enfermedad periodontal es la gingivitis:

- La gingivitis ocurre cuando las encías alrededor de los dientes se enrojecen, se hinchan y sangran durante el cepillado; es reversible cuando se trata rápidamente.
- La primera señal puede ser que vea sangre en el cepillo de dientes o después de escupir.
- En muchos casos, las personas sufrirán halitosis (mal aliento).



GINGIVITIS

La etapa avanzada de una enfermedad periodontal es la periodontitis:

- La periodontitis se observa principalmente en adultos. A medida que avanza la enfermedad periodontal, el biofilm se mueve debajo del margen gingival y destruye las fibras periodontales y el hueso que sostiene los dientes, y a causa de esto se aflojan.
- La prevención de la enfermedad de las encías es fundamental, ya que la periodontitis es irreversible y puede provocar la pérdida de dientes. Con el tratamiento adecuado, se puede detener.

Los dientes con daño periodontal pueden causar numerosos problemas, como ser fuente de infecciones locales y sistémicas, y afectar la alimentación, el habla y la calidad de vida en general. Los dientes se pueden salir de sus cuencas y ser inhalados o ingeridos, provocando una posible emergencia médica, además de dañar su autoestima.

Es fundamental prevenir y tratar las enfermedades periodontales a una edad temprana.

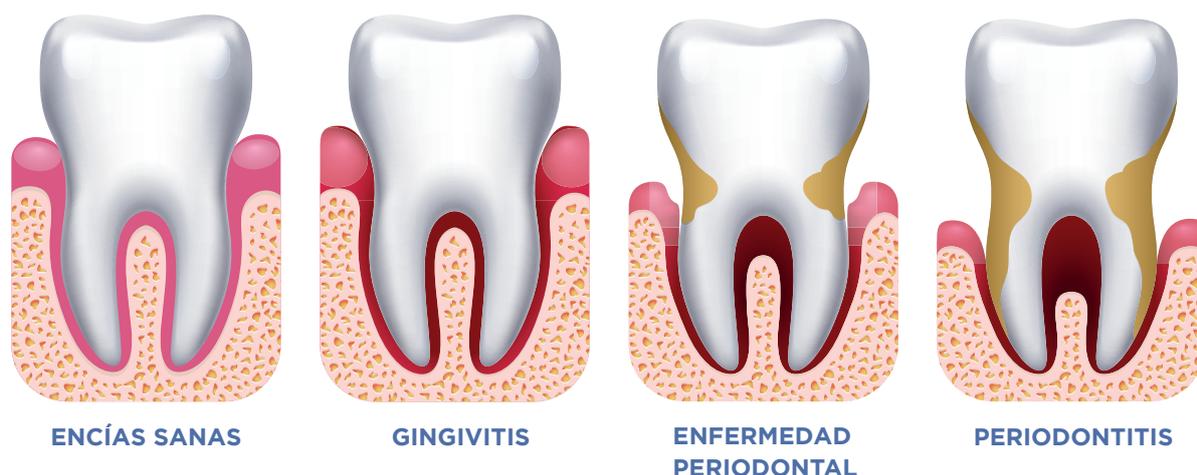


PERIODONTITIS

Otros factores de riesgo de la enfermedad periodontal

Además del biofilm oral, otros factores de riesgo locales y sistémicos aceleran la aparición de las enfermedades periodontales.

- Los factores locales son los que influyen directamente en el estado de salud periodontal, incluida una mala higiene bucal, cálculos dentales, factores anatómicos, apiñamiento y maloclusión dentaria, oclusión traumática, una dieta rica en carbohidratos, tabaquismo e impactación alimentaria.
- Los factores sistémicos reducen la resistencia del cuerpo o aumentan la sensibilidad del cuerpo a la placa dental, tales como la reacción inmune del paciente, la diabetes mellitus, factores hormonales, desnutrición, enfermedades hematológicas, estrés y factores genéticos.



¿Cómo se pueden prevenir las enfermedades periodontales?

Como ocurre con la placa dental, las enfermedades periodontales se pueden prevenir. Una óptima prevención se puede lograr con una higiene bucal adecuada, principalmente mediante la remoción mecánica del biofilm, como lo son el cepillado de dientes y la limpieza interdental. Asimismo, se recomienda lo siguiente:

- Realizar revisiones dentales regulares con limpieza y raspado profesionales.
- Capacitar a las personas para que se ocupen de su salud general y oral lo antes posible.
- Promover los cambios de comportamiento necesarios para prevenir estas enfermedades.

TRASTORNOS ORALES COMUNES Y NO TAN COMUNES

Objetivos de aprendizaje: Comprender otros trastornos orales en pacientes con fisura labiopalatina como por ejemplo: candidiasis oral, úlceras aftosas, quistes eruptivos, abscesos, cáncer oral, lesiones, manifestaciones de VIH y noma.

Como se mencionó en el apartado de Anatomía Oral, los tejidos bucales por lo general deberían de ser suaves, con excepción de la lengua. Cualquier mancha roja o blanca, bulto, hinchazón o úlcera que no sane en menos de dos semanas debería ser derivado con el equipo de salud oral.

Trastornos orales comunes

Candidiasis oral

También conocida como muguet, es una infección por hongos de la mucosa oral, causada por una acumulación excesiva del hongo *Candida albicans*. Suele estar presente en los diferentes tejidos mucosos del cuerpo humano como parte normal del microbioma humano. El riesgo de candidiasis oral aumenta por uno o más factores de resistencia comprometida del huésped. Entre los factores se encuentran la disminución de la resistencia local, la función inmunológica comprometida, enfermedad sistémica descontrolada, como diabetes mellitus mal controlada, mala higiene bucal, xerostomía (sequedad de boca), uso de dentaduras postizas o aparatos orales, SIDA, terapia con corticosteroides y anemia severa.

Las lesiones de candidiasis oral pueden tener diferentes aspectos. Algunos ejemplos son:

- Una de las presentaciones más comunes de candidiasis oral, la pseudomembranosa, que se limpia con una gasa de algodón dejando una superficie delgada y una mucosa dolorida y eritematosa (roja) con apariencia irregular.
- La formación de fisuras que suelen estar en las comisuras de la boca y se conocen como queilitis angular.
- Engrosamiento blanco del epitelio superficial que no desaparece al tratar de limpiarlo.

Los pacientes con fisura labiopalatina tienen mayor riesgo de sufrir candidiasis oral, posiblemente debido a una salud oral deficiente, de manera posterior a la cirugía y otros tratamientos para fisura labiopalatina como el uso prolongado de un obturador. En muchos casos, la candidiasis oral se puede eliminar con un tratamiento antifúngico.



INFECCIÓN DE CANDIDIASIS EN LA LENGUA



ÚLCERA AFTOSA

Úlceras aftosas

Se desconoce la etiología específica de las úlceras aftosas, pero es posible que entre los factores que las propician se incluyan los traumatismos, el estrés, la luz solar, alteraciones endocrinas, trastornos hematológicos, factores inmunitarios y alergias.

Las úlceras aftosas pueden ocurrir donde se ubican los aparatos dentales, al rozar tejidos y causar lesiones en la boca. Son extremadamente dolorosas, están formadas por una pseudomembrana y una aureola eritematosa. Pueden variar en tamaño, número y distribución. Las lesiones tardan en sanar una o dos semanas sin dejar cicatrices.

El tratamiento suele ser:

- una preparación tópica anestésica/antiséptica;
- asesoramiento dietético: evitar los ácidos, como los cítricos y algunos condimentos, para mitigar las molestias al comer;
- enjuague bucal de agua tibia con sal para ayudar a la curación.

Abscesos dentales o forúnculos en las encías

Lesión oral que puede presentarse como una infección localizada debido a caries dental o un problema relacionado con la periodontitis.

De forma más grave, si la caries se extiende a la pulpa, se infecta y sobreviene la necrosis pulpar, preparando el escenario para la formación de un absceso periapical, que es una acumulación de pus asociada con el ápice de la raíz de un diente. Se puede advertir como hinchazón en el área y, en ocasiones, puede aparecer como una erupción redonda y blanca en las encías (fístula). Los pacientes pueden quejarse de dolor de muelas o de cabeza a medida que el absceso aumenta de tamaño y la presión se acumula.

Si no se trata, el absceso periapical de un diente primario puede dañar la yema dentaria en desarrollo, así como causar otras infecciones graves que podrían extenderse a otros tejidos de la cara y el cuello.

Los abscesos dentales requieren tratamiento dental profesional urgente.



ABSCESO DENTAL



TRAUMATISMO DENTAL

Ref: smile-mag.com
Tratamiento de dientes
permanentemente avulsionados

Traumatismo oral

Ocurre con mayor frecuencia en la niñez temprana. El examen físico se enfoca primero en determinar la suficiencia y estabilidad de las vías respiratorias, la respiración y la circulación, seguido de una evaluación de la cabeza y el cuello por posibles lesiones.

En la evaluación de pacientes con traumatismos orofaciales y dentales, el historial clínico debe indicar cuándo, dónde y cómo ocurrió la lesión; el comportamiento posterior del niño; cualquier tratamiento previo; salud general y estado de la vacunación contra el tétanos.

Cáncer oral

Como se puede observar, el cáncer oral puede parecerse a algunas de las afecciones más comunes enumeradas anteriormente. Es extremadamente importante remitir cualquier bulto, protuberancia y úlcera al equipo dental en la primera oportunidad.

Alrededor del 14% de todos los cánceres de cabeza y cuello se encuentran en la cavidad oral.

El labio es el sitio más común de cáncer de cabeza y cuello, excluyendo a las neoplasias malignas cutáneas. El cáncer de labio se relaciona con una exposición frecuente al sol, y suele ocurrir en el labio inferior.

La lengua es el sitio intraoral más común y, con mayor frecuencia, los cánceres se presentan a lo largo del borde del tercio medio de la lengua.

El cáncer oral generalmente requiere tratamiento quirúrgico y es un desafío porque puede afectar funciones fisiológicas que incluyen el habla, la masticación y la deglución. El cáncer oral y las lesiones precancerosas pueden ser muy diversas. Sin embargo, algunos signos comunes pueden ser bultos inexplicables en la boca o alrededor del cuello, incluyen úlceras dolorosas que no cicatrizan en varias semanas y lesiones que crecen muy rápido.



LESIÓN ULCERATIVA



CARCINOMA CON BROTE ULCEROSO



CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Trastornos orales menos comunes

Quistes eruptivos

Es una inflamación llena de líquido, no dolorosa en la mayoría de los casos, que se asienta sobre la corona de un diente en erupción. Cuando el folículo se dilata con sangre, la lesión adquiere un color azulado y se denomina hematoma eruptivo. La lesión se resolverá sin tratamiento cuando salga el diente. Si hay dolor, se debe derivar al paciente a un dentista.

Manifestaciones del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Las lesiones orales pueden ser uno de los primeros signos de la infección por VIH y ocurren comúnmente en pacientes infectados (30% -80%) para quienes existe un riesgo de progresión al SIDA. Las manifestaciones orales comunes incluyen:

- Enfermedad periodontal
- Candidiasis (eritematosa o pseudomembranosa) de la mucosa oral
- Virus del papiloma humano
- Herpes simplex primario
- Sarcoma de Kaposi, que puede variar en apariencia, y ser desde asintomático con máculas planas, moradas o rojas, hasta mostrar nódulos agrandados
- Leucoplasia pilosa de los bordes laterales de la lengua
- Eritema gingival lineal

Los pacientes con VIH pueden recibir la atención dental que necesitan después de haber descartado inmunosupresión, neutropenia o trombocitopenia.

Noma

El primer signo de noma son las encías dolorosas y sangrantes. Una lesión inicial en las encías se puede convertir en una gingivitis ulcerosa necrotizante que avanza rápidamente, destruyendo los tejidos blandos y los huesos de la boca, y progresando aún más para perforar los tejidos duros y la piel de la cara. Afecta principalmente a niños pequeños en África subsahariana, entre los 2 y 6 años, que padecen desnutrición al vivir en extrema pobreza y con sistemas inmunitarios debilitados.

Debido a la alta tasa de mortalidad (90%) se necesita una rápida identificación y tratamiento.



Objetivos de aprendizaje Comprender las intervenciones de salud oral para pacientes con FLP.

Prevención e intervención de salud oral

Se necesita una mayor difusión de las medidas de cuidado bucodental infantil, por ejemplo, cómo y cuándo comenzar a limpiar los dientes primarios, o qué recursos utilizar. Todos los niños deberían empezar a aprender a cepillarse los dientes desde una edad temprana.

Cepillo de dientes: El adecuado para un niño debe tener las siguientes características:

- ✓ Cabeza pequeña
- ✓ Cerdas suaves
- ✓ Un mango de fácil agarre
- ✓ Tamaño adecuado
- ✓ Apropiado para el niño en cada etapa de su crecimiento.

Cómo cepillarse los dientes:

- ✓ Antes de la erupción dentaria, hay que limpiar las encías del bebé después de cada toma, por la mañana y por la noche, y cambiar a un cepillo pequeño y suave luego de la erupción.
- ✓ Los niños deben recibir ayuda hasta los ocho años y ser supervisados posteriormente.
- ✓ El cepillo debe colocarse en un ángulo de 45 grados con respecto al diente y la encía para moverlo en círculos pequeños que limpien los márgenes de los dientes y las encías. Las superficies de masticación de los dientes se cepillan con las puntas de las cerdas.
- ✓ El cepillado debería durar dos minutos; se recomienda usar un temporizador, una aplicación o una canción en la radio al hacerlo.
- ✓ Se debe usar hilo dental o un cepillo interdental para limpiar entre los dientes y se debe prestar especial atención en la zona de la fisura labiopalatina.



El flúor en la prevención de la caries

Los minerales son una parte importante de la estructura dental, en especial del esmalte. Como se describió anteriormente en la sección sobre caries dental, la desmineralización se produce cuando el pH oral desciende por debajo de 5,5.

El flúor puede ayudar a reducir y prevenir la caries dental, principalmente de las siguientes formas: Ralentiza la desmineralización en una acción conjunta con otros minerales presentes en los dientes y la saliva, como el calcio y el fosfato.

Junto con la saliva, participa en la remineralización de los tejidos dentales que se disolvieron por los ácidos en las primeras etapas del proceso de la caries.

Cuando se aplica tópicamente en altas concentraciones, el flúor se deposita en el esmalte dental en forma de fluoruro de calcio, que después se recubre con una capa de proteína y fosfato, lo que permite que se libere el fluoruro lentamente hacia la saliva.

Pasta dental con flúor:

- Se debe introducir el cepillado dental con un poco de pasta fluorada en la higiene bucal desde la erupción del primer diente, asegurándose de que el bebé no se trague la pasta dental.
- Los niños de entre dos y seis años deben usar una cantidad de pasta del tamaño de un guisante en el cepillo dental (500 - 1100 ppm de fluoruro según las políticas de salud locales). A los niños se les debe enseñar a escupir pero no a enjuagarse.
- Para los niños de seis a doce años, la cantidad de pasta dental con flúor es aproximadamente del tamaño de un guisante (0.5 g) cada vez, y debe usarse bajo la supervisión de un cuidador. (1400 ppm de fluoruro en función de las políticas sanitarias locales). Se les debe enseñar a escupir, y no a enjuagarse.
- Entre 12 y 18 años, y mayores, se debe usar una cantidad de pasta dental fluorada del tamaño de un frijol. Se debe alentar a los jóvenes a escupir, no a enjuagarse (1400 ppm de flúor según las políticas sanitarias locales).

Exceso de flúor

La ingesta excesiva de flúor durante el periodo de desarrollo dental puede provocar fluorosis. Se caracteriza por la aparición de zonas blancas o cafés, o incluso picaduras en el esmalte, lo cual es perjudicial para la estética y, en los casos más graves, puede debilitar la estructura dentaria.



FLUOROSIS DENTAL



Mitigación del riesgo de fluorosis del esmalte: investigar los esquemas comunitarios de fluoración y los niveles de fluoruro en el agua; monitorear los niveles de fluoruro en el medio ambiente, especialmente en áreas donde hay exposición a niveles elevados de fluoruro debido a actividades humanas, y determinar la exposición general al fluoruro.

Siempre que sea posible, controle la prevalencia de la fluorosis del esmalte utilizando sistemas de guía de puntuación como los desarrollados por la OMS. En caso de alta prevalencia, el objetivo es proporcionar agua potable con niveles de flúor que no produzcan efectos adversos para la salud. Se deben buscar fuentes de agua alternativas en áreas con aguas freáticas ricas en flúor, particularmente donde el consumo de agua es alto debido a las temperaturas elevadas; alentar a las madres a amamantar, incluso en áreas con alto consumo de flúor, ya que la leche materna es óptima para la salud infantil y generalmente baja en flúor.

Si no cuentan con la opción de una fuente alternativa, hay que recurrir a la desfluorización del agua para beber y cocinar, con métodos tales como adsorción de carbón óseo, precipitación por contacto, coagulación-floculación/sedimentación mediante sulfato de aluminio (proceso Nalgonda), adsorción de alúmina activada y arcilla.

Fluoruro subóptimo: promover una higiene bucal óptima basada en el uso de pasta dental fluorada y la orientación sobre la cantidad de pasta a utilizar y la concentración del fluoruro presente, teniendo en cuenta la edad del usuario (especialmente para niños) y la exposición a otras fuentes de fluoruro en la comunidad.

Dieta saludable

De acuerdo con la OMS, una nutrición adecuada es clave para un crecimiento saludable y el desarrollo cognitivo. Se recomienda una dieta sana y equilibrada con no más de cinco cucharaditas de azúcar al día para niños; para adultos, no más de 10 cucharaditas.

Se deben evitar los bocadillos y bebidas azucaradas entre comidas. Si es necesario, elija fruta fresca o alimentos y bebidas no cariogénicos, como queso, yogur, agua o leche, para reducir el riesgo de desarrollar caries dental.



Medicamentos

Los proveedores de atención médica deben recetar medicamentos sin azúcar siempre que sea posible.

Hábitos de comportamiento

No permita que los bebés y los niños se vayan a dormir con un biberón con leche o bebidas azucaradas.

Hay que evitar que se chupen el dedo o que usen chupete, ya que permitir que estos hábitos continúen conducirá a maloclusiones como dientes superiores prominentes, mordida abierta anterior o mordida cruzada posterior debido al maxilar estrecho, que son difíciles de corregir.

Instrucciones de cuidado del obturador/aparato

Los niños en los grupos de edad de 0-2 y 2-6 años probablemente usarán un aparato ortopédico palatino maxilar, u obturador, para cubrir la fisura palatina y así poder comer y hablar correctamente. Este aparato debe limpiarse dos veces al día, todos los días. En las primeras 48 horas posteriores a la instalación del aparato, debe retirarse y limpiarse después de cada alimentación. Los puntos importantes para recordar son:

- Después de retirar el aparato bucal maxilar, límpielo con un cepillo y agua fría previamente hervida, para eliminar cualquier película o detritus que se haya formado y evitar que los microorganismos crezcan en él. El área debajo de la fosa nasal aplanada debe limpiarse con un hisopo húmedo.
- Refiera con el profesional a cargo si el aparato produce alguna ulceración o sangrado. En este caso, será necesario ajustarlo. Aconseje el uso de parafina blanca suave en los labios y tejidos blandos cuando sea necesario y a la hora de comer.
- El cuidador debe insertar con delicadeza los aparatos obturadores: ligeramente hacia los lados para FLP unilateral y de forma recta para FLP bilateral.

DÍA 2 - PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR UNA INTERVENCIÓN BREVE DE SALUD ORAL

Objetivos de aprendizaje: Comprender cómo se realiza una intervención breve de salud oral.

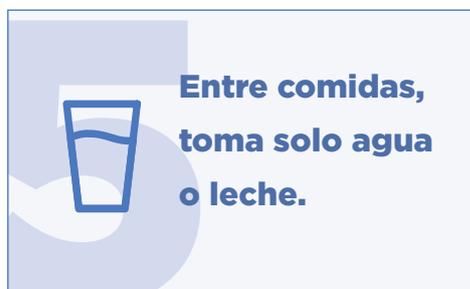
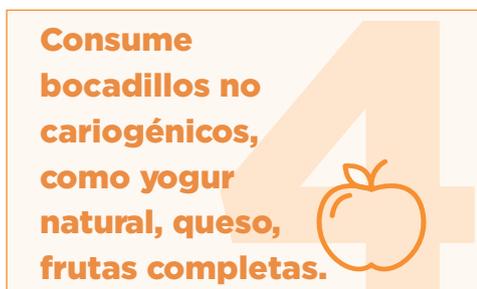
Cómo realizar una intervención breve para prevenir enfermedades orales

Cada cita con el paciente es una oportunidad para recordarle al paciente y al cuidador cómo prevenir enfermedades bucales. Los miembros del equipo general de atención a FLP probablemente vean a sus pacientes con regularidad, una situación ideal para compartir una intervención breve que conducirá a una mejora de la salud oral con el tiempo.

Esto debería tomar pocos minutos y comenzar con un procedimiento del tipo “levantar el labio”, que cubriremos en la siguiente lección, para revisar rápidamente el estado de salud oral del paciente.

Como aprendimos en una lección anterior, las enfermedades dentales como la caries y la enfermedad periodontal son producto de una mala higiene bucal y un exceso de azúcar en la dieta.

1. Recuerde al paciente o al cuidador cepillar los dientes dos veces al día durante dos minutos.
2. Recuerde al paciente o al cuidador que se debe usar pasta dental fluorada y escupir, pero no enjuagar el residuo de pasta.
3. Aconseje al paciente o cuidador que evite comer entre comidas; si es necesario un refrigerio, cambie los productos dulces o azucarados por alimentos que no causen caries, como frutas naturales, yogur natural, queso o galletas saladas.
4. Aconseje al paciente o al cuidador que evite las bebidas dulces o azucaradas entre comidas y que tome agua o leche.
5. Pregunte al paciente o al cuidador si han visitado al equipo de salud bucodental recientemente y recomiéndeles que agenden una cita.



LEVANTAR EL LABIO (LEL)

Objetivos de aprendizaje: Comprender lo que significa “levantar el labio” y por qué es importante.

Importancia de la salud oral y detección oportuna de patologías

Los pacientes que nacen con FLP pueden tener una calidad de vida y un bienestar reducidos como consecuencia de su condición de salud oral. Además del riesgo alto de caries en la primera infancia, existe un mayor riesgo de otros problemas orales como dientes supernumerarios o ausentes de manera congénita, y otras anomalías.

Las investigaciones han demostrado que la prevención y la detección oportuna de patologías bucodentales pueden ayudar a mantener la salud y evitar tratamientos complejos a una edad temprana, incluidos los procedimientos con anestesia general en bebés.

La promoción y la prevención en la salud oral son importantes. Por ello, es necesario que los profesionales de la salud no oral apliquen la técnica de “Levantar el labio”, como les corresponde también a los padres y cuidadores que son responsables de los niños en la edad en que debe comenzar la prevención.

Estos profesionales deben estar preparados para identificar los factores de riesgo de caries en la primera infancia y otros problemas de salud oral, así como para realizar intervenciones oportunas y eficaces y, de ser necesario, derivar con especialistas.

Levantar el labio (LEL)

La intervención de LEL es rápida y sencilla, promueve un enfoque familiar de la salud oral y la atención preventiva. Por lo regular se utiliza con niños menores de cinco años, pero también se puede utilizar con adolescentes.

El objetivo es evaluar los dientes frontales e identificar cualquier indicio de caries, debido a que en estos dientes es más común que haya caries de la primera infancia, y para identificar enfermedades gingivales o cualquier otra anomalía.

Esta intervención puede ser realizada por profesionales de la salud no oral, así como por cuidadores que deberían de ser alentados a hacerlo en casa cada mes.

Por medio de esta técnica, los profesionales de la salud no oral deberían de derivar al paciente con el equipo de atención de la salud oral siempre que sea necesario, y utilizando un formulario de referencia simple.



PAUTAS PARA “LEVANTAR EL LABIO” (LEL)

Objetivos de aprendizaje: Comprender cómo aplicar el procedimiento de LEL en cada grupo de edad y cuándo derivar pacientes.

Pautas

El procedimiento LEL es sencillo y no invasivo, se puede realizar en cualquier entorno. No se trata de un examen clínico o una prueba de diagnóstico, debe tomar solo unos minutos.

Se recomienda durante las visitas como parte de la evaluación general de salud a partir de los seis meses de edad.

Coloque al bebé acostado boca arriba (se recomienda la posición de rodilla a rodilla, con el cuidador o familiar y el profesional de la salud sentados cara a cara, muy cerca, pero sin resultar invasivo).

Para los niños pequeños, el niño puede ser examinado sentado en el regazo de sus cuidadores en una silla opuesta y mirando hacia el profesional de la salud. Para los niños en edad preescolar, el niño puede recostarse sobre una mesa de exploración o sentarse en las piernas del cuidador, de frente al profesional de la salud.

Se recomienda el uso de guantes médicos a los profesionales de la salud. El examen debe realizarse en conjunto con una breve intervención de salud oral dentro de la visita de salud general. El LEL debe ser un elemento dentro de la evaluación general de los factores de riesgo de caries dental.

Es importante proporcionar a las familias información sobre LEL que puedan llevarse a casa.

Aconseje a los cuidadores que:

- Levanten el labio del niño con regularidad para detectar indicios de caries.
- Cepillen dos veces al día durante 2 minutos con pasta dental fluorada desde la erupción del primer diente, y enseñen a escupir la pasta pero sin enjuagar los residuos.
- Fomenten la elección de alimentos y bebidas saludables, sin azúcares añadidos.
- Elijan el agua fluorada del grifo para preparar alimentos y como la bebida principal.
- Visiten a su profesional de la salud oral con regularidad.



¿Qué se puede detectar?

- Cambios de color en la superficie del diente, como manchas blancas o marrones
- Caries
- Dientes rotos
- Encías inflamadas o sangrantes
- Forma, superficie o estructura anormal del diente
- Placa dental
- Movimiento anormal del labio (cicatriz)

Vías de derivación

Un elemento crucial para el éxito de LEL es establecer una vía de derivación eficaz. En pacientes nacidos con FLP recomendamos referir si se observa alguna anomalía.

Las imágenes a continuación ilustran ejemplos donde es necesario derivar al paciente:



1) Líneas blancas a lo largo de la línea de las encías:

Este indicio de caries puede ser reversible si se trata de inmediato. Se necesita una derivación temprana, así como una intervención breve de higiene bucal.



2) Caries establecida:

Manchas café que no desaparecen y con una cavidad notoria; se necesita derivar y brindar una intervención breve sobre higiene bucal.



3) Caries avanzada:

La estructura del diente se puede perder o se puede advertir un absceso dental. Requiere derivación inmediata a su profesional de la salud oral. Si la salud general se ve comprometida, considere primero la derivación médica.

Referencia: Pedo Planet - Centro Dental Infantil (Chennai, Nueva Delhi), India.

Centro de Investigación de Caries de la Primera Infancia (CECCRe),
Instituto de Educación Superior e Investigación Sri Ramachandra, Chennai, India

DÍA 3

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS DE LA SALUD ORAL

Objetivos de aprendizaje: Aprender a utilizar la guía de evaluación de riesgos para determinar rápidamente si el paciente tiene riesgo de padecer enfermedades orales.

Cómo realizar una evaluación de riesgos

La evaluación de riesgos es una herramienta desarrollada para evaluar el nivel de riesgo de enfermedad bucodental en pacientes con FLP. Debe ser realizada por profesionales de la salud en el equipo de atención, debe aplicarse en todas las edades y debe ser archivada con el resto de la historia clínica del paciente.

Abarca una serie de factores de riesgo que, cuando están presentes, por sí solos o en combinación con otros factores, aumentan la probabilidad de enfermedad bucodental.

Consta de dos partes, la primera es una entrevista para comprender los factores de riesgo de enfermedad y la segunda sección es una evaluación del estado de salud bucodental del niño (LEL). Los factores a tomar en cuenta en la evaluación rápida de riesgos son los siguientes:

- **Situación socioeconómica baja:** Evalúe la situación socioeconómica durante la entrevista con los padres o cuidadores.
- **Consumo frecuente de azúcares en la dieta:** Los cuidadores también deben ser entrevistados sobre el estado nutricional del niño. Preguntar sobre las comidas y los refrigerios que tomó el niño el día anterior, es una herramienta útil para obtener información sobre su consumo de azúcar. Este factor es crucial ya que está directamente relacionado con el desarrollo de caries.
- **Factores de riesgo familiares:** El nivel educativo de los padres puede ser un indicador del estado de salud oral del niño y es probable que los padres de los niños con bajo nivel educativo tengan mayor riesgo de sufrir alguna enfermedad bucal. Si es posible, evalúe el estado de salud oral de los hermanos que también pueden estar en mayor riesgo de desarrollar enfermedades bucales.
- **Exposición inadecuada al flúor:** Pregunte a los padres sobre las prácticas de salud bucodental del niño y evalúe el uso de pasta dental fluorada, idealmente 1000-1450 ppm de flúor. Una exposición subóptima se da cuando el niño no usa ningún producto con flúor o no tiene acceso al agua de grifo óptimamente fluorada.
- **Lesión de caries activa o previa:** Si al utilizar la técnica LEL se observan manchas blancas o marrones en los dientes frontales, observe cualquier signo de sangrado o inflamación en las encías.
- **Mala higiene bucal:** Utilice LEL para evaluar la presencia de restos de comida, biofilm o placa dental en los dientes frontales del niño.
- **Reducción del flujo o del pH salival:** Como se mencionó en capítulos anteriores, la saliva es un factor importante para la remineralización de la superficie dentaria. Una forma sencilla de evaluar el flujo salival es mediante la inspección visual de la mucosa. Retraiga el labio inferior y seque la zona con una gasa, el área debe estar húmeda nuevamente dentro de un minuto. Los niños con desnutrición pueden estar deshidratados y presentar flujo salival reducido.

TRATAMIENTO DE CICATRICES EN PERSONAS CON FISURA LABIOPALATINA

Objetivos de aprendizaje: Los participantes comprenderán el impacto que tienen las cicatrices en los pacientes con fisura labiopalatina, qué factores influyen en la cicatrización y el manejo diario de una cicatriz después de la cirugía.

Cicatrices en pacientes con fisura labiopalatina

La curación de la reparación de fisura labiopalatina da como resultado zonas fibróticas tanto en el labio como en el paladar. Las cicatrices en esta situación pueden tener una serie de consecuencias estéticas y funcionales. Las cicatrices hipertróficas pueden ser comunes después de la reparación de la fisura labiopalatina.

La cicatrización de la reparación de la fisura labiopalatina puede causar asimetría del labio ya que la cicatriz se contrae y produce un labio más corto y deformidad nasal en el lado afectado. Dichas cicatrices pueden requerir una revisión quirúrgica adicional para restaurar la estética y las funciones normales, lo que causa estrés psicológico, riesgo asociado con cirugías y exposición a la anestesia, y un costo de tratamiento significativamente mayor.

Factores que influyen en las cicatrices

- La profundidad de la lesión, el grado de destrucción del tejido y la introducción de patógenos: para que haya cicatrización, la lesión debe involucrar a la dermis, y es más probable que las formas patológicas de cicatrización de heridas ocurran si la lesión afecta el tercio inferior de la dermis o está asociada con una infección.
- La ubicación de la herida afecta a las variaciones en las fuerzas mecánicas a través de la piel en diferentes sitios anatómicos, como: en la cara, las líneas de tensión surgen de interacciones entre la piel y los músculos subyacentes de la expresión facial; las lesiones que pasan por una línea de tensión experimentan una mayor fuerza perpendicular, y la respuesta es una mayor deposición de colágeno para sujetar la piel, lo que da como resultado una cicatriz más grande.
- Datos demográficos de los pacientes: se ha observado que los individuos más jóvenes y de piel más oscura se encuentran en mayor riesgo de una curación patológica, con cicatrices hipertróficas y queloides, aunque los mecanismos que ocasionan estos riesgos no están muy claros.



Cicatrices queloides e hipertróficas

En la piel, las cicatrices patológicas como las cicatrices hipertróficas y queloides pueden ser antiestéticas, pueden causar comezón y dolor. Por definición, ambos tipos de cicatrices se elevan por encima del nivel de la piel y son el resultado de heridas con fibrosis excesiva. Si bien las cicatrices hipertróficas no se extienden más allá del sitio inicial de la lesión, las queloides suelen proyectarse más allá de los márgenes originales de la herida.

La diferenciación clínica entre cicatrices hipertróficas y queloides puede ser problemática. Una sola lesión puede producir regiones de cicatrices tanto normales como anormales que retroceden o progresan con el tiempo. La identificación errónea del tipo de cicatriz puede causar un manejo inadecuado de la formación de cicatrices patológicas y, en ocasiones, puede contribuir a la toma de decisiones inapropiadas relacionadas con la cirugía electiva o estética. Por desgracia, estas cirugías representan una segunda lesión que podría sanar con procesos patológicos repetidos en algunas personas.



CICATRIZ QUELOIDE



CICATRIZ HIPERTRÓFICA



CICATRIZACIÓN NORMAL

Cuidado postoperatorio y manejo de cicatrices

Los primeros tres meses después de la cirugía es el momento en que la remodelación está en su punto máximo durante un periodo normal del proceso de cicatrización de heridas. Aunque la mayoría de las incisiones operativas diseñadas y ejecutadas correctamente continuarán para curar sin mayor problema, esas incisiones destinadas a la respuesta hipertrófica comenzarán a revelarse durante este periodo. Por lo tanto, se recomienda realizar un examen clínico mensual de la cicatriz.

Se debe alentar a los pacientes a que continúen vendando la herida con cinta microporosa (de triple capa, una sobre la otra). Además, se debe aconsejar a cada paciente que regrese a la clínica antes de la visita programada si la herida comienza a verse hinchada o irregular, por ejemplo, si comienza a elevarse por encima del nivel de la piel o si provoca demasiada comezón. Durante este periodo, la cicatriz puede sufrir una respuesta hipertrófica, ya sea leve o severa.

Terapias actuales para las cicatrices

Se han desarrollado muchos enfoques terapéuticos diferentes para minimizar la apariencia y el impacto funcional de las cicatrices. Las terapias administradas al momento de la herida incluyen vendajes, cintas y láminas de silicona diseñadas para reducir la tensión en la herida y las líneas de sutura. Además, si hay un aumento de tejido por encima del nivel normal de la piel, se recomienda la terapia de compresión. Esto disminuye la vascularidad de la cicatriz y ayuda a controlar la hipertrofia.

Es de crucial importancia no olvidar que además de la hipertrofia de la cicatriz, debemos de cuidar el grado de retracción. Se recomienda masajear la cicatriz regularmente desde el borde de la columela al bermellón de tres a cinco veces al día. La frecuencia debe disminuir a medida que la cicatriz adquiera flexibilidad.

Objetivos de aprendizaje: Los participantes también comprenderán el impacto de la fisura labiopalatina en la calidad de vida, así como los factores económicos.

Definición de calidad de vida:

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e inquietudes. Es un concepto de amplio alcance que se ve afectado de manera compleja por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y su relación con las características más destacadas de su entorno. Lo que dificulta la medición es que, aunque el término "calidad de vida" se entiende ampliamente, los individuos y los grupos pueden definirlo de manera diferente. Aunque la salud es uno de los dominios importantes de la calidad de vida en general, también hay otros dominios; por ejemplo, trabajo, vivienda, escuela y vecindario. Los aspectos de la cultura, los valores y la espiritualidad también son dominios clave de la calidad de vida en general que se suman a la complejidad de su medición.

Definición de salud

La salud es definida por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia. Una mejor salud es fundamental para la felicidad y el bienestar humanos, mientras la mala salud tiene efectos perjudiciales tanto a nivel individual como social.

Dado que las poblaciones saludables viven más tiempo, son más productivas y ahorran más, la buena salud también es una contribución importante al progreso económico. Muchos factores influyen en el estado de salud y en la capacidad para brindar un servicio de salud de buena calidad a su población. Existen cinco aspectos principales de la salud personal: físico, emocional, social, espiritual e intelectual.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son el modelo de las Naciones Unidas para un futuro mejor y más sostenible para todos. Abordan los desafíos globales que enfrentamos, incluidas la pobreza, la desigualdad, la degradación ambiental, la paz, la justicia y el cambio climático. Uno de sus objetivos es garantizar la salud, la calidad de vida y promover el bienestar para todos, en todas las edades. La labor de UNICEF, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se estructura en cinco esferas generales de bienestar para todos los niños, que se basan en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Estas cinco áreas son las siguientes:

- todos los niños sobreviven y prosperan;
- todos los niños aprenden;
- todos los niños están protegidos contra la violencia y la explotación;
- todos los niños viven en un entorno limpio y seguro;
- todos los niños tienen una oportunidad justa en la vida.

Este enfoque basado en los derechos humanos tiene una visión del cumplimiento de los derechos de todos los niños, especialmente los más desfavorecidos, y responde al llamado de "no dejar a ningún niño atrás", para que los derechos de todos los niños, en todas partes, se cumplan.

Salud oral

La Federación Dental Internacional (FDI) define la salud oral como:

La salud oral es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar ni enfermedad del complejo craneofacial.

Las enfermedades orales son la enfermedad crónica más común y un problema importante de salud pública debido a su prevalencia, su impacto en las personas y la sociedad, y el costo de su tratamiento. El estudio sobre la carga mundial de enfermedades orales de 2013 estimó que estas enfermedades afectan a 3,500 millones de personas en todo el mundo, siendo la caries dental no tratada una de las enfermedades no transmisibles (ENT) más prevalentes. Un estudio de seguimiento examinó el costo global. La mayoría de las enfermedades y afecciones bucales comparten factores de riesgo modificables con las cuatro ENT más importantes, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad respiratoria crónica y la diabetes. Estos factores de riesgo incluyen el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y dietas poco saludables con alto contenido de azúcares libres. Todos están aumentando a nivel mundial.

Costos del tratamiento quirúrgico de la fisura labiopalatina

Un estudio de Galloway et al. (2017) estimó el costo comparativo del tratamiento de la fisura labiopalatina incorporando intervención quirúrgica, terapia del habla y lenguaje (SLT), ortodoncia y cirugía ortognática. En países de ingresos altos, donde la provisión estatal o el seguro médico estatal es la fuente más común de financiación, el costo directo total promedio del tratamiento de la fisura labiopalatina es de \$10,000 a \$13,000 dólares, mientras que en personas de bajos ingresos, donde las organizaciones de pacientes y de beneficencia financian el tratamiento, el costo es de \$3,000 a \$5,000 dólares. Se necesitan investigaciones y datos más completos para estudiar las diferencias de costos para que los pacientes y sus familias comprendan las implicaciones financieras de por vida que conlleva la fisura labiopalatina donde los costos no están cubiertos por el estado o el seguro.

Factores de riesgo

Las diferencias en el estado de la salud oral son multifactoriales y van desde lo social, lo ambiental, biológico, desde factores de comportamiento y culturales hasta factores económicos y políticos, acceso limitado a la atención de la salud oral, servicios de salud oral complicados, la falta de material informativo sobre salud oral y la alfabetización en salud, todo esto juega un papel importante.

Estas diferencias surgen como consecuencia de factores que están en gran medida fuera del control de la población, como el acceso a los servicios dentales y la exposición diferencial a los aspectos nocivos de los entornos de salud social.

Un factor común que subyace a estas desigualdades es la jerarquía social. La posición socioeconómica influye en la exposición y respuesta a prácticamente todos los factores de riesgo ambientales, conductuales y psicosociales. Cuanto más pronunciada es la jerarquía social, mayor es la magnitud de las desigualdades en salud.

La principal prioridad de las intervenciones de salud oral debe ser la colaboración, posibilitando políticas respaldadas por investigación que aborde los principales determinantes de las enfermedades orales y los factores de riesgo modificables mencionados.

Un estudio entre adultos de 18 a 64 años informó que la seguridad social y el seguro médico, los bajos niveles de alfabetización, el autocuidado dental, o su ausencia, y otros aspectos del comportamiento, como el alto consumo de tabaco, son los principales factores de riesgo de enfermedades periodontales y otras enfermedades orales entre grupos de nivel socioeconómico equivalente.

Desafíos asociados con los efectos de las fisuras labiopalatinas

La estética puede ser una preocupación para los niños con FLP. Casi el 50% de los padres de niños preadolescentes con FLP indicaron que sus hijos expresaron preocupaciones sobre su apariencia. Un estudio llevado a cabo en la India comparó las respuestas de los jóvenes en dos categorías: un grupo de preadolescentes con FLP y un grupo de adolescentes con FLP. Con el Cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental (PIDAQ), los investigadores encontraron que este último grupo puntuaba negativamente en términos de autoconfianza e impacto social. Concluyeron que las percepciones de la estética de los dientes superiores son un factor crucial que influye en la confianza en uno mismo, la confianza social y la necesidad de tratamiento para los pacientes con y sin FLP. Estas percepciones se vuelven más relevantes a medida que el paciente madura hacia la adolescencia y la adultez.

Para los pacientes con FLP, la estética dental puede verse influenciada por la hipodoncia (dientes faltantes) que afecta comúnmente a los incisivos laterales superiores, los dientes apiñados e irregulares, la maloclusión o la caries de la primera infancia (CPI).

Los pacientes con fisura labiopalatina tienen problemas múltiples y complejos en sus sistemas anatómicos, fisiológicos, patológicos y psicosociales. Estos problemas pueden ser estéticos, de alimentación, del habla y del lenguaje, anomalías dentales, infecciones de oído, problemas psicosociales, como la estigmatización y la reducción de la calidad de vida.



Objetivos de aprendizaje:

Comprender:

- Cómo utilizar el Protocolo de Seguridad y Calidad en Procedimientos Dentales de FDI/ST.
- La importancia de la garantía de calidad.
- Estrategias para implementar la garantía de calidad.
- Cómo realizar una evaluación periódica de la calidad de la atención.

¿Por qué la calidad es importante en la salud oral?

- Al mantener la calidad de la atención médica proporcionada y realizar los exámenes de detección recomendados, el equipo de atención a la FLP puede mejorar la salud del paciente y lograr mejores resultados de salud; por ejemplo, perder menos horas de escuela debido al dolor dental.
- Al mejorar la eficiencia de los procesos administrativos y clínicos, las organizaciones reducen los costos asociados a errores, desperdicio de materiales y redundancia.
- Los procesos proactivos que reconocen y resuelven problemas antes de que ocurran garantizan que la atención médica sea confiable y predecible.

Una cultura de mejora se desarrolla con frecuencia en una organización comprometida con la calidad, porque los errores se informan y se atienden.

- Un compromiso con la calidad arroja una luz positiva en una organización, lo que puede resultar en un aumento de oportunidades de asociación y financiamiento.

El enfoque de calidad

La OMS define el enfoque de la calidad como:



Un abordaje que permita garantizar a cada paciente la combinación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que puedan asegurar el mejor resultado de salud posible para ellos, de acuerdo con el estado actual de la ciencia médica.

Esto significa que todos los proveedores de atención médica deben implementar programas recurrentes, reproducibles e incluso procesos “medibles” que garanticen la calidad y seguridad de sus intervenciones: esto es garantía de calidad.

Garantía de calidad (QA) frente a mejora de la calidad (QI)

La garantía de la calidad (QA) implica el desarrollo de un conjunto de estándares y el proceso de comparación de los estándares actuales con los estándares recomendados.

Si se cumplen los estándares, se considera que los servicios son de una calidad adecuada. Si se identifican brechas, hay que planear y desarrollar estrategias de corrección para abordar el problema. La mejora de la calidad consiste en acciones sistemáticas y continuas que conducen a la mejora de los servicios de atención de la salud y del estado de salud de los grupos de pacientes seleccionados.

¿Cómo definimos la calidad en la atención a la salud oral?

Una de las definiciones más utilizadas para la calidad en la atención a la salud es la del Instituto de Medicina de EE.UU. (IOM) y consta de seis campos: seguridad del paciente, pertinencia, enfoque en el paciente, equidad, eficiencia y efectividad.



Seguridad del paciente	<p>Para que se considere segura, la atención a la salud oral debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar, mitigar o minimizar los eventos adversos. • Abogar por una cultura libre de culpas para facilitar la mejora de la calidad. • Aprender de los incidentes de seguridad para mejorar la calidad de la seguridad. • Promulgar estándares mínimos de seguridad.
Pertinencia	<p>Para que se considere pertinente, la atención oral debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar demoras innecesarias en el acceso y la utilización de los servicios. • Implementar la coordinación de la atención entre los proveedores y las instituciones. • Priorizar la prevención. Evitar el uso prematuro de tratamientos restauradores y de otro tipo.
Enfoque en el paciente	<p>Para que se considere centrada en el paciente, la atención oral debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores, miedos, preocupaciones y/o culturas. • Seguir un modelo de toma compartida de decisiones clínicas. Para ganarse la confianza del paciente, el profesional de la salud oral debe comunicarse con el paciente y escucharlo; después, informar, educar y orientar al paciente para asegurarse de que los valores del paciente moldeen todas las decisiones clínicas.
Equidad	<p>Para que se considere equitativa, la atención oral debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerse sin diferencias en cuanto a calidad y disponibilidad debido a género, etnia, origen cultural, religión y creencias, ubicación geográfica y/o nivel socioeconómico. • Abordar las inequidades en el diseño, la planificación y la comisión de los servicios de salud oral. • Incorporar la equidad en el diseño de políticas y pautas para la práctica clínica.
Eficiencia	<p>Para que se considere eficiente, la atención oral debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la prevención. • Centrarse en las necesidades de salud oral de los pacientes como base para la planeación de recursos y fuerza laboral. • Formar parte integral de la medicina y desalentar la división médico-dental.
Efectividad	<p>Para que se considere efectiva, la atención oral debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar informada por la evidencia científica y las pautas más recientes disponibles. • Beneficiar a los pacientes que la buscan. • Aspirar a minimizar el daño.

¿Por qué necesitamos un enfoque de calidad?

Un enfoque de calidad en la atención médica es imperativo y se refleja en diversas legislaciones:

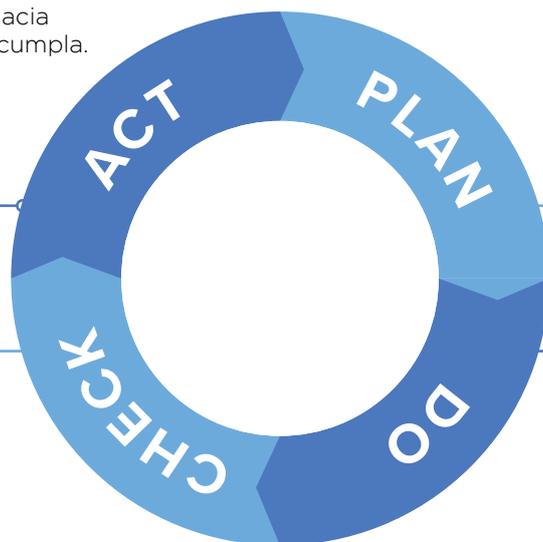
- Contexto legal y regulatorio: la calidad en la atención médica se rige por un conjunto de leyes y regulaciones vigentes en cada país.
- Regulaciones administrativas: todos los médicos tienen que estar debidamente capacitados y registrados para la práctica en el país elegido, y permanecer dentro del "ámbito de práctica" definido por la legislación o regulación. Hay muchas otras regulaciones administrativas, es decir, la obligación de contratar seguro de responsabilidad civil u otros tipos de seguros.
- Normativa sanitaria y recomendaciones de buenas prácticas: medidas específicas para la seguridad del paciente, definida por la ley y los reglamentos bajo el control de las autoridades sanitarias del país, es decir, regulaciones sobre radiación ionizante.
- Regulaciones éticas: a diferencia de las empresas, los consultorios dentales y los centros de salud tienen una responsabilidad para el bienestar del paciente. Esto está respaldado por un código de ética que especifica lo que puede y no se puede hacer. Un organismo oficial, la mayoría de las veces el consejo médico o dental, es responsable de garantizar que se respeten estas normas éticas de confidencialidad y seguridad del paciente.
- Legislación laboral: las reglas de la legislación laboral establecidas en la legislación nacional se aplican a los miembros del personal, por lo que los profesionales deben estar familiarizados con ellas.

Implementación de la mejora de calidad

La implementación de nuevos procedimientos para cumplir con la calidad en los estándares de salud, como en la Organización de Niveles Estructurales de la FDI/ST, debe probarse y validarse, por lo general a través de un ciclo de cuatro fases: planificar, hacer, verificar y actuar, el ciclo PHVA:

Actuar y mejorar. Tomar las medidas correctivas necesarias para reducir las brechas y asegurarse de que se mantenga estable lo que ya se obtuvo. Cada paso llevará el proyecto hacia adelante, hasta que el objetivo se cumpla.

Establecer los objetivos y procesos de calidad necesarios para alcanzar los resultados deseados.



Asegurarse de que el proyecto se oriente hacia los objetivos, analizar los resultados y medir la efectividad.

Implementar el plan, cumplir los objetivos del paso anterior.

Pasos para implementar las mejoras de calidad

Pasos	Preguntas y recomendaciones
Identificar y evaluar el problema Identificar objetivos específicos	¿Qué problema quiere abordar? ¿Qué resultados podrían demostrar que el problema se resolvió?
Realizar un texto descriptivo de las funciones y responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo dental para alcanzar el objetivo	¿Quién está mejor posicionado para ser el impulsor y líder del proyecto? ¿Quién tiene el conocimiento clínico y las habilidades de liderazgo para fungir como líder de proyecto? ¿Qué miembros del personal participarán en las iniciativas centrales de colaboración y de trabajo proactivo para mejorar la calidad?
Educación y capacitación del personal para implementar la medida para la mejora de calidad	Capacitar al personal en el nuevo método para resolver el problema o mejorar el sistema.
Establecer un grupo de prueba que implemente la medida para la mejora de calidad	El grupo de prueba lleva a cabo una evaluación del nuevo sistema con todos los miembros del equipo dental.
Implementación de la medida para la mejora de calidad	Implementar cambios en pequeños pasos manejables para permitir una continua valoración y revisión. Reducir el riesgo de fallas y respuestas negativas del personal.
Verificación y evaluación del resultado	Revisión del primer ciclo de implementación para analizar el proceso y hacer los ajustes necesarios.
Repetición del proceso de mejora de calidad e identificación de nuevos objetivos, de ser necesario	El proceso deberá contar con el tiempo adecuado para tener éxito. Es importante la revisión a largo plazo para asegurarse de que el nuevo hábito y el proceso se vuelvan parte de la rutina diaria.

Monitoreo y evaluación

La mejora de la calidad es un proceso continuo y es importante crear una cultura en su clínica donde el personal pueda hacer sugerencias abiertamente para mejorar la atención al paciente, los procedimientos o los sistemas. El líder de equipo debe utilizar el Protocolo de Seguridad y Calidad de los Procedimientos Dentales de la FDI/ST como base para garantizar estándares mínimos de seguridad, cuidado e higiene, y seguir desarrollando este recurso para mejorar los estándares que proporciona.

El seguimiento y la evaluación deben llevarse a cabo de forma rutinaria, ya que se están implementando nuevas medidas de mejora de la calidad. Se debe asignar esta responsabilidad a una persona, generalmente el administrador de la clínica.

