



ORIENTACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA  
POBLACIÓN INFANTIL EN CONTROL  
CON ENFOQUE DE RIESGO  
ODONTOLÓGICO

PROGRAMA CERO INFANTIL  
2022

División de Atención Primaria, Programa Odontológico

MINSAL 2022



## INDICE

---

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS DEL PROGRAMA CERO INFANTIL.....	5
ALCANCE .....	5
ATENCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME).....	6
POBLACIÓN INFANTIL EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PROGRAMA CERO INFANTIL.....	7
A. INGRESO A POBLACIÓN EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO.....	7
B. FLUJOGRAMA DE DERIVACIÓN DESDE OTROS PROGRAMAS .....	8
C. EQUIPO DE PROFESIONALES .....	8
D. GES SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS .....	8
E. INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, MEDICIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PAUTA CERO, CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	9
F. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARIOGÉNICO .....	12
G. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN .....	13
H. SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN CERO .....	16
I. RENDIMIENTOS SUGERIDOS .....	16
J. RELACIÓN CON OTROS PROGRAMAS DE SALUD INFANTIL.....	17
K. REGISTROS E INDICADORES .....	18
L. IMPLEMENTACIÓN TELECERO EN APS .....	19
ANEXO N°1: PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO .....	21
ANEXO N°2: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN .....	22
ANEXO N°3: REGISTRO DE CEPILLADO DIARIO .....	23
ANEXO N°4: REGISTRO DE DIETA .....	24
ANEXO N°5: PESQUISA DE MALOS HABITOS EN EXAMEN DE SALUD .....	25
ANEXO N°6: PAUTA CERO REMOTA Y CATEGORIZACIÓN DE RIESGO (Sólo en periodos de restricción plan Paso a Paso) .....	28

## INTRODUCCIÓN

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

Las caries dentales se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. Según estudios nacionales disponibles, a los 2 años la prevalencia de caries es de un 17,5%, de 49,6% a los 4 años y de 70,4% a los 6 años, observándose mayor daño en los niños y niñas de nivel socioeconómico bajo y de zonas rurales, demostrando que los determinantes sociales se asocian fuertemente con la caries dental<sup>2,3</sup>.

Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad, siendo la principal de éstas la pérdida de dientes, afectando de manera significativa la función y calidad de vida de las personas. Hasta el momento, hemos enfrentado la caries dental con un enfoque mayoritariamente restaurador, sin embargo, se ha demostrado que este enfoque basado en la operatoria clásica, en la lógica de las “Altas odontológicas”, como respuesta del sistema de salud, no logra controlar la enfermedad. Además, las restauraciones indicadas de forma prematura, pueden provocar daños (sobret ratamiento) y costos innecesarios. Los tratamientos restauradores en dientes primarios, cuentan con muy bajo nivel de evidencia y un efecto incierto<sup>4</sup>.

Para prevenir y controlar la caries dental es necesario cambiar el enfoque restaurador por un enfoque centrado en mantener la salud. Así, el 2017, nace el Programa CERO, **Control con Enfoque de Riesgo Odontológico**, cuyo fin es contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población infantil.

---

<sup>1</sup> Simon-Soro A, Mira A (2015). Solving the etiology of dental caries. Trends in Microbiology 23.

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

<sup>3</sup> Ministerio de Salud, Soto L, Tapia R, Jara G, Rodriguez G, Urbina T. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. 2007.

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

Junto al control realizado por el equipo odontológico, se debe reforzar el cuidado de la salud bucal por todo el equipo multidisciplinario que realiza la supervisión integral de salud de niños y niñas<sup>5</sup>.

Considerando la emergencia sanitaria, por la declaración de pandemia de SARS-CoV-2, es necesario mantener bajo control odontológico a la población infantil. En este contexto, se incluyen recomendaciones para teleconsultas odontológicas (telefónicas y/o de video llamadas), a beneficiarios del programa CERO.

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

---

<sup>5</sup> Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Actualización 2021 [Internet]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Norma-Tecnica-para-la-Supervision-de-Salud-de-Ninos-y-Ninas-de-0-a-9-anos-en-la-APS.pdf>

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA CERO INFANTIL

### Objetivo General

Aumentar la población libre de caries en niños y niñas menores de 10 años, en control con enfoque de riesgo odontológico.

### Objetivos Específicos

1. Mantener en control con enfoque de riesgo odontológico a la población infantil.
2. Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de caries en niños y niñas menores de 10 años.
3. Mejorar el acceso a medidas de prevención y control precoz según riesgo odontológico.

### ALCANCE

El documento está dirigido al equipo odontológico y equipo que realiza el control de salud infantil, involucrados en la prevención y control de las patologías orales más frecuentes en los niños y niñas. Además, servir de guía para los gestores y encargados administrativos.

## ATENCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)

En el marco de la entrada en vigencia de la Ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia, denominado “Mejor Niñez”, a partir del 01 de octubre del 2021; los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que se encuentran en alguno de los programas de esta nueva institucionalidad, requieren dar continuidad a su atención de salud, desde lo promocional preventivo hasta acciones de tratamiento y/o rehabilitación.

La evidencia disponible, señala que los NNAJ que participan en programas del servicio Mejor Niñez y la red SENAME, presentan peores condiciones de salud, debido a múltiples factores que han afectado su trayectoria de vida y desarrollo, como la vulneración de derechos, el nivel socioeconómico, la interrupción de la trayectoria educativa, ausencia de un adulto responsable de su cuidado, el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y/u otras drogas, abuso y/o maltrato, la discontinuidad de los tratamientos, entre otros.

Por ello, los niños y niñas que participan en programas del servicio “Mejor Niñez”, son un grupo específico que debe ser abordado y priorizado, a través de un trabajo sectorial e intersectorial permanente y continuo en el tiempo, para entregar atención oportuna y efectiva en todos los dispositivos de salud a nivel nacional y en contexto comunitario, que asegure la continuidad de los cuidados dentro de la red de salud.

Por lo anterior, es importante destacar que todos los niños y niñas que participan en estos programas, beneficiarios de FONASA y/o PRAIS, tienen el derecho a las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Salud Familiar, al igual que cualquier niño, niña, adolescente o joven de su edad. En consideración a la alta vulnerabilidad de esta población específica, es necesario asegurar y priorizar la atención correspondiente a los programas de salud, en particular a las atenciones odontológicas del GES atención odontológica integral de los niños y niñas de 6 años, Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) y Sembrando Sonrisas, entre otros.

Además, se deberá establecer una comunicación permanente intrasectorial, con objeto de coordinar las acciones que sean necesarias, en caso de que algún integrante del equipo de sector detecte alguna complejidad mayor que requiera ser derivado/a al nivel de especialidad; junto con la articulación intersectorial, para asegurar la continuidad de la atención en la red de salud.

## POBLACIÓN INFANTIL EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PROGRAMA CERO INFANTIL

Se refiere al seguimiento realizado a través de controles de salud oral a niños y niñas menores de 10 años, con o sin patologías orales, para mantenerlos(as) sanos y compensar en forma temprana a los que están enfermos. Este programa se continúa con el CERO ADOLESCENTE.

Los controles serán realizados en forma presencial, en los centros de atención primaria de salud del país, a población beneficiaria de FONASA y/o PRAIS. Excepcionalmente, se podrá realizar en forma remota la aplicación de la pauta CERO y determinación de riesgo del paciente, así como realizar educación en salud bucal, especialmente, el refuerzo de hábitos de alimentación saludable e higiene oral, cuando no sea posible la atención presencial, en periodos de restricción de plan “Paso a Paso”<sup>6</sup>

### A. INGRESO A POBLACIÓN EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO

Ingresan a Programa CERO Infantil los beneficiarios de FONASA y/o PRAIS a partir de los 6 meses de vida hasta los 9 años.

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

- Examen de salud.
- Aplicación de pauta con enfoque de riesgo odontológico (Anexo 1).
- Estrategias de Prevención (Anexo 2).

El ingreso se diferencia del resto de los controles, puesto que implica el primer acercamiento al núcleo familiar del menor, para lo cual se requiere un ambiente de tranquilidad que permita esta interacción. La aplicación de la pauta determinará que ámbitos requieren ser reforzados, para lo cual existen las “estrategias de prevención”.

Los controles se realizan al menos una vez al año, variando la frecuencia según el riesgo cariogénico de los niños y niñas.

El equipo de salud odontológico debe contar con un horario protegido, tanto para los ingresos a CERO como para los controles, los cuales se programan cada año.

Considerando la contingencia sanitaria COVID-19, se debe fomentar la coordinación con el equipo de salud infantil y realizar el ingreso al Programa CERO en una misma visita al CESFAM o a través de visitas domiciliarias. **Excepcionalmente**, en periodo de restricción, se podrá realizar el ingreso a través de Pauta CERO Remota.

---

<sup>6</sup> <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

## B. FLUJOGRAMA DE DERIVACIÓN DESDE OTROS PROGRAMAS

Los ingresos a control odontológico son de derivación interna por otros profesionales, técnicos o personal de SOME, del establecimiento de salud. Es importante recalcar que la derivación al programa es a todo beneficiario que cumpla con requisito de la edad y previsión, independiente de si tiene o no patologías bucales.

Se podrá generar derivación a CERO desde programa de salud infantil, Chile crece Contigo, urgencias odontológicas, consultas de morbilidad odontológica, entre otros.

## C. EQUIPO DE PROFESIONALES

El ingreso al programa lo hace un odontólogo/a, que realiza el examen bucal, aplica la pauta de riesgo, establece el riesgo y realiza la estrategia de prevención específica, registrando toda la información en la ficha clínica y cuaderno de salud del niño(a) cuando está disponible.

La salud bucal, como parte de la salud general, es evaluada por los profesionales del equipo de salud infantil en cada control de salud integral. Durante estos controles, el equipo de salud guiado por la pauta CERO, vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones que refuerzan las estrategias preventivas para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con hábitos, higiene y alimentación.

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

## D. GES SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

Aun cuando los niños y niñas de 6 años pertenecen al grupo etario del programa CERO, la garantía GES de este grupo se mantiene de la misma forma que se ha realizado en años anteriores, con la notificación legal, de acuerdo a la normativa vigente, y realización del tratamiento odontológico necesario, al cual se suma la aplicación de la Pauta CERO y Estrategia de Prevención correspondiente.

Un niño o niña de 6 años que no se encuentre ingresado al programa CERO y acuda por su garantía GES, debe ser ingresado al programa CERO (siempre con aplicación de Pauta de Riesgo) y posteriormente recibir las prestaciones que requiera, correspondiente al GES de 6 años, y la estrategia de prevención.

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

En el Programa CERO la principal herramienta consiste en la aplicación de una pauta de riesgo cariogénico, que determina las estrategias de prevención. La pauta de evaluación de riesgo es una acción de tamizaje/screening y no de diagnóstico.

La Pauta CERO es una adaptación nacional de instrumentos de evaluación de riesgo cariogénico utilizados a nivel internacional<sup>10, 11, 12,13</sup>

La aplicación de la pauta con valorización del riesgo cariogénico, se realiza **una vez al año**, no en cada control. Para la construcción del índice ceod, también se considera el **registro anual**. Las preguntas de la pauta **CERO** se responden a partir del examen clínico y la entrevista que realiza el profesional a los padres, madres y/o cuidadores. Consta de 6 ámbitos para evaluar el riesgo cariogénico del niño o niña y un ámbito para evaluar hábitos y maloclusiones

### **PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO CARIOGÉNICO (algunas de éstas difieren según la edad):**

#### **1. ANAMNESIS**

Este ámbito consta de dos preguntas:

- 1) ¿El niño(a) presenta una condición que disminuye su flujo salival (enfermedades, fármacos, etc)?
- 2) ¿El niño(a) presenta situación de discapacidad?

Consideraciones:

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

- Dentro de los fármacos que disminuyen el flujo salival en pacientes pediátricos se encuentran los enumerados en la siguiente tabla<sup>7</sup>:

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

## 2. CONDICIÓN CLÍNICA

Este ámbito consta de dos preguntas:

- 1) ¿El niño(a) presenta manchas blancas o lesiones de caries cavitadas? (1 a 6 años) o ¿El niño(a) presenta manchas blancas o COPD>0? (7 a 9 años)
- 2) ¿Cuál es el estado de las encías del niño(a)? (1 a 9 años)

Consideraciones

- La condición clínica del niño/a se debe medir a partir del año de edad.
- Considera el examen de la cavidad oral, que incluye detección de caries, construcción del índice ceod/COPD y examen de encías.
- El examen bucal y registro ceod/COPD se debe realizar y registrar a partir de los 6 meses, ya que éste corresponde a un indicador de caries. En caso de que el niño/a requiera tratamiento dental, se debe coordinar una hora de morbilidad odontológica para su atención.

## 3. HIGIENE

Este ámbito consta de tres preguntas:

- 1) Los padres y/o cuidadores, ¿le lavan los dientes al niño(a)? (0 a 6 años) o Los padres y/o cuidadores, ¿supervisan el lavado de dientes al niño(a)? (7 a 9 años)
- 2) ¿Cuántas veces al día le lava los dientes al niño(a) en la casa?
- 3) ¿El niño o niña, se lava los dientes antes de ir a dormir?

<sup>7</sup> Gentileza Dr. José Jara y Dr. Alfredo Molina, Facultad de Odontología Universidad de Chile

#### **4. DIETA**

Este ámbito consta de tres preguntas:

- 1) ¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?
- 2) ¿En qué momento el niño(a) realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?
- 3) Si el niño(a) toma líquidos azucarados en mamadera o vaso ¿se queda dormido con ella? (0 a 6 años) o ¿El niño(a) ingiere líquidos y/o alimentos azucarados después del último cepillado dental? (7 a 9 años)

Consideraciones

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

#### **5. FLUORUROS**

Este ámbito consta de una pregunta:

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

Consideraciones

- Se considera, de acuerdo a la evidencia internacional, como efectivo la utilización de pastas fluoradas de 1000 a 1500 ppm en menores de 10 años.
- En los niños menores de 1 año, esta pregunta aplica sólo en el caso que el niño(a) presente dientes erupcionados, en caso contrario se debe responder como “no aplica”.

#### **6. MOTIVACIÓN DE LOS PADRES / CUIDADORES**

Este ámbito consta de una pregunta:

- 1) Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres o adulto responsable en el cuidado oral del niño(a)? (0 a 6 años) o Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres/cuidadores y del niño(a) en el cuidado oral (7 a 9 años).

Consideraciones

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

## 7. HÁBITOS Y MAL OCLUSIONES

Este ámbito consta de tres preguntas:

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

Consideraciones

- Este ámbito se debe medir a partir de los dos años de edad del niño o niña.
- Estas preguntas no se consideran para la categorización del riesgo cariogénico.
- Como parte del examen de salud básico que se debe realizar a los usuarios que ingresan al programa CERO, es importante además tener en cuenta la pesquisa de otros malos hábitos (ver Anexo 5).

IMPORTANTE: En anexo 1 se encuentra la Pauta de Riesgo, la cual se simplifica en formato de una hoja. En esta pauta se muestran las categorías (bajo y alto riesgo) y edades en las cuales se debe responder cada pregunta: marcado con una X donde corresponda según rango etario. Deben estar bloqueadas las celdas donde no corresponde la pregunta por edad.

## F. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARIOGÉNICO

Cada ámbito de la pauta presenta preguntas en las cuales existen dos alternativas de respuesta, una que categoriza la pregunta en bajo riesgo y otra en alto riesgo. Estas respuestas posteriormente categorizarán el ámbito como alto o bajo riesgo cariogénico.

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

El riesgo total del niño(a) se establece según el siguiente criterio:

### RIESGO ALTO

- Si en la evaluación de los ámbitos de "Anamnesis" o "Condición Clínica", una de las respuestas es de Alto Riesgo, se considera automáticamente RIESGO ALTO, independiente del resultado del resto de los ámbitos.
- Si en relación a los ámbitos de "Higiene", "Dieta", "Fluoruros" o "Motivación" hay por lo menos dos ámbitos de riesgo alto se considera RIESGO ALTO, aun cuando no tengan alto riesgo en los ámbitos de "anamnesis" y "condición clínica". Para estos cuatro ámbitos, si más de la mitad de las respuestas de cada uno califica como alto riesgo, el ámbito queda categorizado como riesgo alto.

## RIESGO BAJO

- Si en relación a los ámbitos de Anamnesis y/o condición clínica sólo hay respuestas de bajo riesgo y al menos tres de los otros ámbitos (higiene, dieta, fluoruros, motivación) son de bajo riesgo, se considera RIESGO BAJO.

## G. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La estrategia de prevención consiste en la orientación que debe entregarse a los padres, madres y/o cuidadores con el fin de proporcionar herramientas de cuidado, orientadas a establecer hábitos saludables en el niño(a). Estas estrategias se basan en guías internacionales para la prevención y manejo de enfermedades orales<sup>8</sup>, así como evidencia de hábitos saludables promovidos por el Ministerio de Salud. Es importante que todo el equipo que realiza control de salud infantil refuerce estas estrategias.

La prevención básica se aplica a todos los niños y niñas y, según la clasificación de riesgo, se aplican estrategias de prevención reforzadas:

Prevención básica: Riesgo Bajo y Alto

Prevención reforzada: Riesgo Alto

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

### 1. HIGIENE BUCAL

Incentivar la higiene bucal desde el nacimiento, realizada por los adultos que cuidan al niño(a).

### 2. DIETA

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

### 3. FLUORUROS

La pasta dental que debe ser recomendada en menores de 10 años debe tener entre 1000 y 1500 ppm de flúor, resguardando la cantidad de pasta de acuerdo con la edad de cada menor:

---

<sup>8</sup> Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and Management of Dental Caries in Children: Dental clinical guidance. April 2010

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



#### 4. MEDIDAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA

##### a) APLICACIÓN BARNIZ DE FLÚOR

La aplicación de barniz de flúor está indicada desde la aparición en boca del primer diente temporal. Importante considerar que, si el niño o niña está siendo visto en el Programa Sembrando Sonrisas o Programa de Salud Oral JUNAEB, las aplicaciones de flúor barniz en cada control deben considerar las que ya se realizan en estos programas. Para asegurar el buen uso de recursos, se recomienda que el tiempo entre 2 aplicaciones de flúor sea de al menos 3 meses.

##### b) SELLANTES

La aplicación de sellantes en dientes temporales está indicada en mayores de 4 años con alto riesgo. En dentición permanente, además del riesgo de caries y la morfología dentaria, es necesario considerar el estado eruptivo del diente. El tipo de sellante dependerá de los requisitos técnicos de los materiales. La aplicación de sellante de resina requiere de mayor cooperación del paciente, estricto control de la humedad y debe ser realizado en la consulta dental. La aplicación de sellante de vidrio ionómero resulta más sencilla y puede realizarse en dientes semierupcionados y en contexto comunitario (por Ej. jardines infantiles, colegios o en visita domiciliaria).<sup>9</sup>

##### c) RADIOGRAFÍA INTRAORAL

<sup>9</sup> Guía de Práctica Clínica - No GES, Prevención y tratamiento de caries dental en niños y niñas con dentición primaria

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

## 5. MOTIVACIÓN Y FORMACIÓN DE HÁBITOS

### a) ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La Guía de Práctica Clínica Prevención y tratamiento de caries dental en niños y niñas con dentición primaria del MINSAL, sugiere realizar Entrevista Motivacional (EM) a la persona adulta responsable de su cuidado por sobre educación individual o grupal no estructurada<sup>10</sup>.

La EM es un estilo de comunicación colaborativo y orientado a objetivos, que presta especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para reforzar la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmósfera de aceptación y de compasión.<sup>11</sup> Para la implementación de la entrevista motivacional se sugiere revisar las “Orientaciones técnicas sobre entrevista motivacional para la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales” de la División de Prevención y Control de Enfermedades.<sup>12</sup>

### b) LACTANCIA MATERNA

Los beneficios de la lactancia materna son ampliamente reconocidos. La evidencia recomienda incentivar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementada hasta al menos los 2 años de edad<sup>13</sup>.

Entre las ventajas de la lactancia materna para la salud oral se destacan<sup>14 15 16</sup>:

- Disminución de maloclusiones en dientes temporales y definitivos.
- Disminución de la frecuencia, intensidad y duración del uso del chupete.

---

<sup>10</sup> <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-salud-bucal/prevencion-y-tratamiento-de-caries-dental-en-ninos-y-ninas-con-denticion-primaria/recomendaciones/>

<sup>11</sup> Miller W., Rollnick. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. 2015. 3ª Edición. Formato Kindle.

<sup>12</sup> [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/OT-Entrevista-Motivacional\\_v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/OT-Entrevista-Motivacional_v2.pdf)

<sup>13</sup> OMS. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

<sup>14</sup> Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. January 30, 2016;387(10017):475–90.

<sup>15</sup> Peres KG, Cascaes AM, Peres MA, Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, et al. Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. *Pediatrics*. July 2015;136(1):e60–67.

<sup>16</sup> Dođramacı EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. Malocclusions in young children: Does breast-feeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 1939. August 2017;148(8):566–574.e6.

- Mejora del tono muscular y adecuado desarrollo del macizo maxilofacial.

Además, la lactancia materna hasta los 12 meses de edad no está asociada con un mayor riesgo de caries dental, y ofrece cierta protección en comparación con la utilización de fórmula láctea.

#### H. SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN CERO

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

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

Edad del niño/a	Riesgo BAJO	Riesgo ALTO
<b>6 meses</b>	control único	control único
<b>1 a 2 años</b>	1 control anual	2 controles anuales
<b>3 a 9 años</b>	2 controles anuales	3 controles anuales

A diferencia del registro de la aplicación de la pauta CERO y categorización del riesgo cariogénico que se realiza en forma anual, las estrategias **de prevención** que le corresponden al niño o niña según el riesgo **se refuerzan en todos los controles, ya sean presenciales y/o a distancia. Sumado a los controles que realiza el odontólogo, el equipo de salud infantil también refuerza las distintas estrategias de prevención en cada control de salud.**

#### I. RENDIMIENTOS SUGERIDOS

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

Profesional	Tiempo*
Odontólogo/a, Ingreso CERO	30 minutos
Odontólogo/a, Control con pauta	20 minutos
TENS Odontológico/a, Control sin pauta	15 minutos

## J. RELACIÓN CON OTROS PROGRAMAS DE SALUD INFANTIL

### 1. CHILE CRECE CONTIGO

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

### 2. PROGRAMA SALUD ORAL JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS (JUNAEB)

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

Considerando que al Programa CERO ingresan niños entre 6 meses y 9 años de edad, la población común de ambos programas correspondería a los alumnos de los niveles de transición 1 y 2 y de 2°, 3° y 4° básico (4, 5, 7, 8 y 9 años de edad).

Con el objetivo de que ambos programas sean complementarios, se establecen los siguientes procesos de referencia y contrarreferencia:

- Será requisito para ingresar al Programa JUNAEB (para niños FONASA y PRAIS) estar en Programa CERO (Ingreso o Control). Si algún niño no está en el Programa CERO se elaborará un protocolo de derivación desde el Programa JUNAEB al Programa CERO.
- Los niños y niñas de Programa CERO que asistan a establecimientos con presencia de JUNAEB deben ser derivados al Programa JUNAEB (para niños FONASA y PRAIS) con el objetivo de realizar acciones educativas y promocionales involucrando a las escuelas y familias y acciones curativas a quienes lo requieran.

## K. REGISTROS E INDICADORES

Para la implementación del Programa CERO, el registro abarca un correcto y completo llenado de la ficha clínica (ya sea en formato digital o papel), además del “Cuaderno de Salud de niñas y niños entre 0 y 9 años” y el registro estadístico mensual (REM).

### 1. REGISTRO EN CUADERNO DE SALUD

En el “Cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años” existe una calendarización de todos los controles integrales que debe completar el equipo de salud. Además, el odontólogo debe registrar los controles de salud oral desde los 6 meses hasta los 9 años, los cuales contemplan información básica como: Nombre de profesional que efectúa el control, indicaciones y tipo de riesgo evaluado en la pauta, entre otros.

### 2. REGISTRO ESTADÍSTICO MENSUAL (REM)

Los registros que tributan a la población en control con pauta CERO y sus definiciones en Manual REM son los siguientes:

- **REM A03 Sección D.7: Aplicación y resultados de pauta de evaluación con enfoque de riesgo odontológico (CERO)**

Evaluación de Riesgo: Bajo riesgo/Alto Riesgo/Total. Esta evaluación se realiza una vez al año por niño(a).

La población bajo control del CERO se obtiene de esta sección.

- **REM A09**

**Sección A: Control Odontológico:** Los controles del CERO se deben registrar, por sesión, en la sección A. Estos controles son presenciales y, **excepcionalmente en cuarentena**, pueden registrarse los controles remotos.

**Sección B:** Se registran todas las acciones realizadas en los controles del CERO

**Sección C: Ingreso a Control con Enfoque de Riesgo Odontológico:** Corresponde a niños y niñas que ingresan **por primera vez** al CERO

**Egreso de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico:** Corresponde al total de niños, niñas y adolescentes que dejan de controlarse, ya sea por traslado, fallecimiento o edad (cumple 20 años).

**Índice COPD o ceod:** Se debe registrar al momento del Ingreso al Control con enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) y en forma anual para aquellos usuarios que se mantengan en control. En el caso de menores de 7 años se registra ceod. De 7 años en adelante se registra el COPD.

A los niños y niñas menores de 1 año también se les debe registrar índice ceod, ya que es un indicador de historia de caries, además de formar parte de los indicadores de la estrategia.

Es importante registrar las atenciones de NNAJ beneficiarios de programas del Servicio Nacional de Menores (SENAME) y usuarios en situación de discapacidad en las columnas específicas del REM A03, REM 09 y REM A32 y en el caso de beneficiarios de programas SENAME también se debe registrar en el REM P13 sección B en el período que corresponde. Para en el registro en el REM P13, coordinarse con referente SENAME del establecimiento de salud para evitar duplicación de registro

### 3. INDICADORES

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio de Verificación
Población menor de 3 años libre de caries	(N° de niños y niñas de 0 a 2 años con ceod=0 en año t)	(Total población de 0 a 2 años inscrita y validada FONASA en el año t) x 100	REM A09. Sección C. ----- Población Inscrita y Validada por FONASA de 0 a 2 años.
Niños y niñas de 6 años libres de caries	(N° de niños y niñas de 6 años con ceod=0 en año t)	(Total Población de 6 años inscrita y validada FONASA en el año t) x 100	REM A09. Sección C. ----- Población Inscrita y Validada por FONASA de 6 años.
N° de niños y niñas en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO)	(N° total de pautas aplicadas en niños y niñas de 0 a 9 años en el año t)	(Total Población de 0 a 9 años inscrita y validada FONASA en el año t) x 100	REM A03. Sección D.7. ----- Población Inscrita y Validada por FONASA de 0 a 9 años.
N° de niños y niñas con bajo riesgo odontológico	(N° total de niños y niñas de 0 a 9 años con bajo riesgo de caries en el año t)	(Total Población de 0 a 9 años inscrita y validada FONASA en el año t) x 100	REM A03. Sección D.7. ----- Población Inscrita y Validada por FONASA de 0 a 9 años.

#### L. IMPLEMENTACIÓN TELECERO EN APS

La Crisis Sanitaria desencadenada por el COVID\_19, ha desafiado a los equipos odontológicos a incorporar innovaciones que permitan dar continuidad en el cuidado de la salud bucal de la población, con énfasis en el Programa CERO, incorporándose la atención remota como la teleconsulta y el contacto telefónico.

Esta modalidad de atención, pasa a ser parte de las actividades de seguimiento del Programa CERO 2021, para lo cual se incluyen recomendaciones basadas en Ord 2448/24.08.2020 remitido desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los Servicios de Salud del país sobre “Uso de Tecnología de Información y comunicación en el ámbito de la Salud”.

La atención telemática dentro del programa CERO se debe realizar para la continuidad de la atención **en periodos de restricción del pla Paso a Paso, donde no sea posible la atención presencial.**

#### REGISTROS DE ESTRATEGIA TELECERO (Periodos de restricción plan Paso a Paso)

En esta modalidad de atención se podrá aplicar la pauta CERO anual, realizar el ingreso si corresponde, algunas estrategias de prevención y solo si posible, a través de fotografías, estimar el índice COPD.

En el **REM A32 sección D.1** se debe registrar la Pauta CERO Remota y la Educación, Promoción Remota en Salud Bucal que se debe realizar siempre como refuerzo en las sesiones que se realicen.

En el **REM A03 sección D.7** se puede registrar el nivel de riesgo siguiendo el algoritmo indicado en el anexo 6.

En el **REM A09 sección C** se puede registrar el Ingreso a Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) siempre que sea primera vez que el usuario ingresa al programa y el índice COPD cuando se pueda determinar mediante fotografías que deben cumplir con el criterio de calidad establecido (ANEXO 6).

**Siempre se debe priorizar el control odontológico presencial, para realizar adecuadamente el examen clínico, aplicación de pauta CERO y estrategias de prevención, como la aplicación de flúor barniz y sellantes. Sin embargo, cuando esto no es posible, se puede aplicar la Pauta Cero Remota y realizar educación en salud bucal en forma remota, reforzando hábitos de alimentación saludable e higiene bucal.**

## ANEXO N°1: PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO

Pauta CERO													
AMBITO	PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO CARIOGENICO	FACTOR DE RIESGO		EDAD DE APLICACIÓN									
		BAJO (Ausente)	ALTO (Presente)	6m	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años
ANAMNESIS	¿El niño(a) presenta una condición que disminuya su flujo salival, enfermedades <sup>1</sup> , consumo de fármacos <sup>2</sup> ?	NO	SI	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño(a) presenta situación de discapacidad? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional.	NO	SI	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CONDICIÓN CLÍNICA	¿El niño(a) presenta manchas blancas o lesiones de caries cavitadas	NO	SI		x	x	x	x	x	x			
	¿El niño(a) presenta manchas blancas o COPD>0?	NO	SI							x	x	x	x
	¿Cuál es el estado de las encías del niño(a)?	No hay placa visible, ausencia de gingivitis	Inflamación de encías y/o presencia de placa visible en los dientes anteriores		x	x	x	x	x	x	x	x	x
HIGIENE	Los padres y/o cuidadores, ¿Le lavan los dientes al niño(a)?	Siempre	A veces/Nunca	x	x	x	x	x	x	x			
	Los padres y/o cuidadores, ¿Supervisan el lavado de dientes al niño(a)?	Siempre	A veces/Nunca								x	x	x
	¿Cuántas veces al día se lava los dientes el niño(a) en la casa?	Al menos 2 veces/día	Menos de 2 veces/día	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño o niña, se lava los dientes antes de ir a dormir?	Siempre	A veces/Nunca	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DIETA	¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0 veces/día	1 o más veces/día	x	x	x							
	¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0-3 veces/día	4 o más veces/día				x	x	x	x	x	x	x
	¿En qué momento el niño(a) realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?	Con las comidas principales	Entre comidas principales	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Si el niño(a) toma líquidos azucarados en mamadera o vaso ¿Se queda dormida con ella?	Nunca	A veces/siempre	x	x	x	x	x	x	x			
	¿El niño(a) ingiere líquidos y/o alimentos azucarados después del último cepillado dental?	Nunca	A veces/siempre								x	x	x
FLUORURO	¿Utiliza el niño o niña pasta de dientes con 1000-1500 ppm de flúor?	SI	NO		* Sólo con dientes	x	x	x	x	x	x	x	x
MOTIVACIÓN DE LOS PADRES/ CUIDADORES	Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres/cuidadores en el cuidado oral del niño(a)?	Alta Motivación	Baja Motivación	x	x	x	x	x	x	x			
	Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres/cuidadores y del niño(a) en el cuidado oral.	Alta Motivación	Baja Motivación								x	x	x
OTROS: HABITOS Y MAL OCLUSIONES	¿El niño(a) se succiona el dedo de modo persistente?	NO	SI			x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño(a) ocupa chupete entretención, mamadera u otro objeto?	NO	SI			x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño(a) presenta mal oclusiones?	NO	SI		x	x	x	x	x	x	x	x	x

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

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

## ANEXO N°2: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN			
AMBITO	Prevención Básica (Para riesgo cariogénico bajo y alto)	Prevención Reforzada (Para riesgo cariogénico alto)	
<b>Higiene bucal</b>	<p>Indicar que la higiene bucal comienza desde el nacimiento, realizada por los adultos que cuidan al niño(a), y en una frecuencia de al menos 2 veces al día especialmente antes de acostar al niño(a).</p> <p>Sin dientes erupcionados, recomendar higiene de encías, paladar y lengua del niño(a) con gasa limpia y húmeda o dedal de silicona.</p> <p>Con la erupción del primer diente, comenzar cepillado con pasta, sin enjuague posterior.</p> <p>Demostrar a los padres/cuidadores la técnica de higiene a utilizar con el niño(a) según edad.</p> <p>Proponer realizar un registro de cepillado diario (anexo 3)</p>	<p>Indicar uso de seda dental en caso de que los dientes estén muy juntos y no permita cepillar entre ellos.</p>	
<b>Dieta</b>	<p>Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes y luego complementada con alimentos sólidos. Importante: La leche materna no debe ser considerada como líquido azucarado.</p> <p>Poner énfasis en evitar siempre el consumo de azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados y preferir colaciones que no contengan sellos "ALTOS EN".</p> <p>Reforzar consumo de agua a partir de los 6 meses de edad.</p> <p>Evitar completamente el uso de jugo en lactantes antes de 1 año de edad. (Baker-Smith CM, de Ferranti SD, Cochran WJ; Committee on Nutrition, Section on Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. The Use of Nonnutritive Sweeteners in Children. Pediatrics. 2019 Nov;144(5):e20192765. doi: 10.1542/peds.2019-2765.</p> <p>Proponer el uso de un diario dietario (anexo 4)</p>		
<b>Fluoruros</b>	<p>Usar pasta dental de entre 1000 y 1500 ppm de flúor.</p> <p>Indicar que la pasta debe ser siempre dispensada por un adulto.</p> <p>0 a 2 años, Cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo.</p> <p>2 años o más, Cantidad aumenta como máximo similar a una arveja.</p> <p>Luego del cepillado, indicar escupir pero no enjuagarse.</p>		
<b>Medidas de protección específica</b>	<b>Aplicación barniz de flúor</b>	<p>Indicar dos aplicaciones de flúor barniz al año desde el inicio de la dentición temporal teniendo presente el Programa Sembrando Sonrisas y Programa de Salud Oral JUNAEB.</p> <p>En caso de presencia de lesión(es) de caries, incluida la mancha blanca, aplicar flúor barniz como tratamiento de remineralización.</p>	<p>Indicar que cada niño(a) desde el inicio de la dentición temporal reciba al menos tres aplicaciones de flúor barniz al año.</p>
	<b>Sellantes (4 años o más)</b>	-----	<p>Considerar la aplicación de sellantes de resina o vidrio ionómero en molares temporales y primeros molares definitivos.</p>
	<b>Radiografías (4 años o más)</b>	<p>Se sugiere la toma de radiografías, como apoyo diagnóstico de caries interproximales en molares según indicación clínica.</p>	
<b>Motivación y Formación de Hábitos</b>	<p>Proponer un plan de acción que involucre a los padres/cuidadores para incorporar hábitos de higiene y alimentación saludable en los niños y familia.</p> <p>Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.)</p> <p>Reforzar la no succión de dedos como hábito.</p> <p>Recomendar la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad.</p> <p>Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar.</p>		

## ANEXO N°3: REGISTRO DE CEPILLADO DIARIO

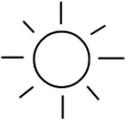
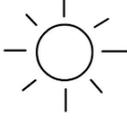
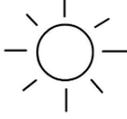
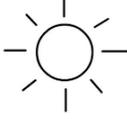
### Registro de Cepillado Diario

Este registro pertenece a \_\_\_\_\_

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

Recuerda:

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

DÍA	SEMANA 1		SEMANA 2		SEMANA 3		SEMANA 4	
								
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

## ANEXO N°4: REGISTRO DE DIETA

### Registro de Dieta

Mi nombre es \_\_\_\_\_

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

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

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

<b>Día 1 (indicar día)</b> _____						
Horario						
Que comí o bebí						
<b>Día 2 (indicar día)</b> _____						
Horario						
Que comí o bebí						
<b>Día 3 (indicar día)</b> _____						
Horario						
Que comí o bebí						
<b>Día 4 (indicar día)</b> _____						
Horario						
Que comí o bebí						
<b>Día 5 (indicar día)</b> _____						
Horario						
Que comí o bebí						

## ANEXO N°5: PESQUISA DE MALOS HABITOS EN EXAMEN DE SALUD

### EXAMEN DE SALUD

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

#### 1. MALOS HáBITOS: HABITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA (HSNN)

El crecimiento maxilofacial está determinado genéticamente, pero en su desarrollo también influyen factores como función, oclusión, articulación y postura craneal<sup>17</sup>. Entre los principales HSNN se encuentra la succión de chupete y succión digital.

- Succión de chupete: Comienza sobre los primeros 6 meses de vida. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente. Hay mucha controversia sobre la edad a la que se debe quitar el chupete. Hay estudios que sugieren que es posible disminuir el peligro de estas malposiciones pidiéndoles a los padres que reduzcan el tiempo de chupete al niño, ya que al cesar el hábito, con menos de tres años, se curan espontáneamente<sup>18</sup>.
- Succión digital: Para la mayoría de los autores la succión digital es una de las situaciones más nocivas durante el desarrollo de la oclusión normal. Comienza en la vida fetal (29 semana de gestación), aunque hasta los 2 años se considera normal. Cuando se produce la erupción de la dentición temporal sucede un cambio en el patrón deglutorio y de masticación, y es a partir de aproximadamente los cuatro años de edad cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo, originando maloclusiones. Además, a partir de los 4-5 años de edad aumenta el rechazo social ante el hábito, lo que puede alterar el desarrollo emocional del niño. La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1,7% y el 47%; estas diferencias pueden explicarse por la edad a la que se realice el estudio, pues mientras en

---

<sup>17</sup> Yamaguchi H, Sueischi H. Malocclusion associated with abnormal posture. Bull Tokyo Dent Coll 2003; 44(2): 43-54

<sup>18</sup> Pipa Vallejo, A. et al. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Avances en Odontoestomatología 2011; 27(3).

las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye<sup>151920</sup>.

Las maloclusiones más frecuentes que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, clase II, paladar ojival y mordida cruzada<sup>17</sup>.

## 2. BRUXISMO EN NIÑOS<sup>21</sup>:

El bruxismo<sup>22</sup> es una actividad repetitiva de los músculos mandibulares caracterizada por apretar o rechinar los dientes y/o por empujar la mandíbula. Podemos encontrar dos manifestaciones circadianas distintas: puede ocurrir durante el sueño (bruxismo del sueño (BS)) o durante la vigilia (bruxismo de vigilia).

El BS es de especial preocupación para los padres, porque muchas veces el ruido producido durante el rechinar de dientes es bastante intenso y sucede en repetidas ocasiones por largo tiempo. En relación a sus signos y síntomas, se asocia a desgaste dentario y síntomas como cefaleas, dolor muscular mandibular, molestias durante la masticación y sensación de limitación de la apertura mandibular. El rol del odontólogo de APS es diagnosticar, educar a los padres, prevenir sus posibles consecuencias e identificar comorbilidades asociadas.

- **Relación con trastornos respiratorios durante el sueño:** diversos estudios han evidenciado la asociación entre el síndrome de apnea e hipoapnea de sueño (SAHOS) con BS y rinitis alérgica (obstrucción nasal), y relacionado a factores anatómicos (adenoides hipertróficos, hipertrofia tonsilar).  
Las manifestaciones comunes de BS y trastornos respiratorios de sueño son ronquidos, respiración bucal, dificultad para respirar, niveles aumentados de dióxido de carbono

---

<sup>19</sup> Agurto P; Díaz R; Cádiz O.; Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría; 1999;70(6).

<sup>20</sup> Romero-Maroto M, Romero-Otero P, Pardo de Miguel A, Sáez-López M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE 2004;9(1):77-82

<sup>21</sup> Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzmanc M, Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr 2015; 86 (5): 373-379.

<sup>22</sup> Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil 2013;40(1):2-4. Esta referencia refiere a adultos. Sugiero reemplazar por: Restrepo C, Manfredini D, Lobbezoo F. Sleep behaviors in children with different frequencies of parental-reported sleep bruxism. J Dent. 2017 Nov;66:83-90. doi: 10.1016/j.jdent.2017.08.005. Epub 2017 Aug 12. PMID: 28807776.

exhalado, inquietud durante el sueño que podría manifestar somnolencia excesiva diurna, hiperactividad, problemas cognitivos o de comportamiento como agresividad, cefaleas matutinas, falta de concentración y/o atención en horario escolar, enuresis, excesiva sudoración al dormir, desórdenes metabólicos u hormonales, trastornos en el crecimiento y desarrollo corporal.

- **Relación con trastornos psicosociales:** Factores psicosociales, como el nivel de estrés y tipos de personalidad, han sido incluidos en la etiología del bruxismo, indicándose como factor de riesgo para el desarrollo de BS en niños.
- **Malos hábitos orales:** las parafunciones y malos hábitos se consideraron predictores de bruxismo de sueño, las más frecuentes son: sialorrea durante el sueño, uso de chupete, onicofagia y queilofagia, que alteran el tono de la musculatura perioral.

El abordaje del bruxismo en niños debe considerar la modificación de hábitos y el abordaje de los factores descritos (por ejemplo, una derivación oportuna a médico, psicólogo etc.). Es importante considerar que la prevalencia de bruxismo disminuye con la edad en todas las investigaciones alrededor de los 9 a 10 años lo que podría facultar a los clínicos a adoptar una conducta observacional no intervencionista. Sin embargo, se debería preguntar y evaluar en cada control CERO el reporte de rechinar dentario, factores asociados con bruxismo y señales de alerta de trastornos temporomandibulares como dolor y limitación de apertura mandibular<sup>23</sup>.

### 3. ANQUILOGLOSIA: ANOMALÍAS DEL FRENILLO CORTO

En los últimos años, se le ha dado un mayor énfasis a la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. En este sentido, se han enfocado diversas líneas de investigación en el manejo de las dificultades para alimentarse en el periodo neonatal. Una alteración que dificulta el funcionamiento adecuado de los mecanismos de succión-deglución es la anquiloglosia, la cual limita los movimientos linguales impidiendo que el recién nacido pueda alimentarse de manera correcta<sup>24</sup>. Es esencial la pesquisa por parte del odontólogo, para la pronta derivación a fin de evitar complicaciones mayores.

---

<sup>23</sup> Agradecimientos al Dr. Raúl Frugone Zambra, Especialista en Trastornos Temporomandibulares y dolor Orofacial, Director del programa Especialidad TTM DOF en la Universidad de los Andes.

<sup>24</sup> Robles-Andrade M; Guerrero-Sierra C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatol. Reprod. Hum*; 2014(28):154-158.

## ANEXO N°6: PAUTA CERO REMOTA Y CATEGORIZACIÓN DE RIESGO (Sólo en periodos de restricción plan Paso a Paso)

### ETAPAS DE LA TELECONSULTA

- **PREPARACIÓN**
  - El recurso humano necesario para la implementación de este programa considera al Odontólogo, TONS y personal administrativo (SOME).
  - Se deberá contar con la siguiente información: usuarios en control del Programa CERO por edad y riesgo y, usuarios que por edad son beneficiarios del programa, pero que no se encuentran bajo control y deben ingresarse.
  - Estos listados deberán ser revisados por el equipo a cargo de la implementación del TELECERO y remitidos al SOME para la generación de agenda de teleconsulta y citación.
  - Para la aplicación del programa se deberá contar con espacio físico adecuado, así como requerimientos informáticos como: computador, acceso a internet, acceso a plataformas de videollamadas, celulares con conexión a internet móvil, etc.
  
- **PRIMER CONTACTO**
  - El SOME y/o TONS, establece el contacto telefónico con padres o cuidadores responsables del menor, debe identificarse con nombre, apellido y profesión; mencionar el CESFAM/Establecimiento al que pertenece, con el objetivo de informar sobre esta nueva modalidad de atención y agendar una hora (según disponibilidad del usuario) para ser contactado por el Odontólogo.
  - En este mismo contacto, el SOME/TONS, solicitará en los casos que sea posible, la toma de 3 fotografías intraorales: Frontal, oclusal superior y oclusal inferior. Se enviará al adulto responsable del niño(a), el instructivo de toma de fotografías.
  - El TONS deberá disponibilizar las fotografías por paciente, para ser evaluadas posteriormente por el odontólogo previo a la teleconsulta.

**Este primer contacto deberá registrarse en la ficha clínica del paciente.**

- **ATENCIÓN TELECERO**
  - El odontólogo establece el contacto telefónico con padres o cuidadores de los niños y niñas previamente agendados y definidos para tal jornada (ya sea por llamado telefónico o videollamada).
  - Identificación: El odontólogo debe identificarse con nombre, apellido y profesión; informar el CESFAM/Establecimiento al que pertenece y finalmente describir la modalidad de atención que está ejecutando, ya sea asistencia telefónica o videollamada por programa CERO". Además, se solicitará la identificación del adulto responsable que participará en la teleconsulta.

- En base al resultado de la pauta y el riesgo cariogénico presente en el paciente, se deberán entregar las respectivas estrategias de prevención. Se sugiere utilizar “Entrevista Motivacional”.
- Posterior al contacto telefónico se hará entrega de material educativo de apoyo, vía mensajería móvil, se sugiere utilizar las cápsulas educativas preparadas por el MINSAL, según edad del niño(a):
  - 0 a 6 meses: <https://youtu.be/iuJriAKbMrU> y [https://youtu.be/w\\_glba5bCjY](https://youtu.be/w_glba5bCjY)
  - Desde la aparición del primer diente a los 2 años: <https://youtu.be/k47exNDtaiA>
  - Mayores de 2 años: <https://youtu.be/rfn1B5yroPM>

Recomendar acudir en 6 meses a control odontológico presencial en el CESFAM, independiente del riesgo cariogénico del paciente.

Además de la educación odontológica, se deberá reforzar información respecto al virus COVID-19, sobre signos y síntomas de la enfermedad, detectar posibles casos sospechosos, guiar conductas a seguir y fomentar las medidas de prevención.

Cuidados especiales en salud en Covid-19<sup>25</sup>:

- Cambiar el cepillo dental luego de una infección por COVID
- Mantener los elementos de higiene oral separados del resto de la familia y lejos de la humedad
- Guardar cepillo en posición vertical
- Sólo asistir al dentista en caso de una urgencia dental y previa coordinación con el Centro de Salud, en período de cuarentena total (paso 1).
- Lavado de manos frecuente.

---

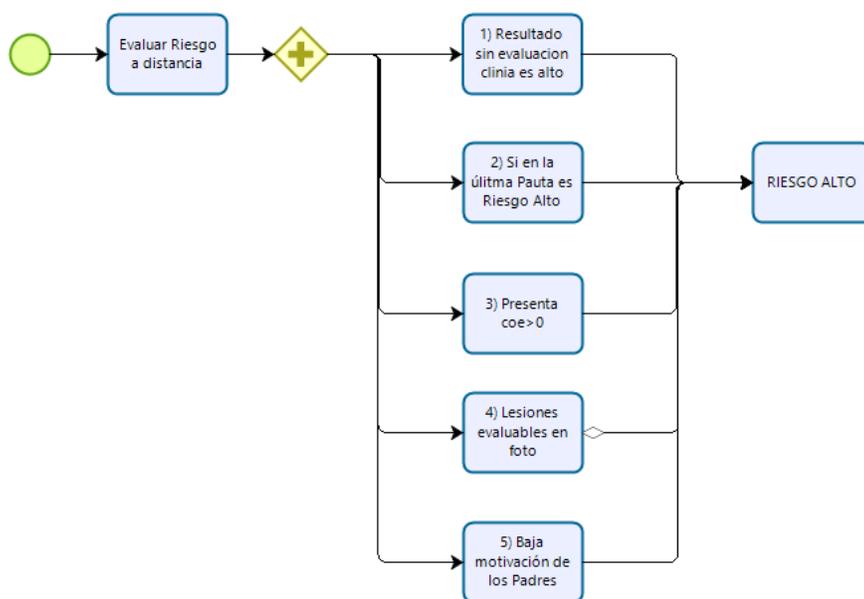
<sup>25</sup> "Orientaciones para atención odontológica en fase IV COVID-19-MINSAL" / Wetzel WE, Schaumburg C, Ansari F, Kroeger T, Sziegoleit A. Microbial contamination of toothbrushes with different principles of filament anchoring, J Am Dent Assoc. 2005; 136; 758-65.

## CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARIOGÉNICO CON PAUTA CERO REMOTA

Para categorizar el riesgo en modalidad Pauta CERO remota, debemos considerar en primera instancia la edad del menor, ya que el “ámbito de condición clínica”, se evalúa desde los 12 meses de edad en adelante, por lo que, en menores de 12 meses, el resultado de riesgo no se ve modificado en esta modalidad.

Desde los 12 meses de edad en adelante, para el resultado del ámbito de condición clínica se considerarán las siguientes características de manera secuencial:

- Si la evaluación, sin considerar la condición clínica, es riesgo alto, se mantiene riesgo alto
- Si presenta “historia de caries” (ceod>0) en las evaluaciones presenciales anteriores, se mantiene el riesgo alto.
- Si en la última “evaluación presencial” el resultado es riesgo alto, se mantiene el riesgo alto.
- Si es posible contar con buenas fotografías, según pauta de cotejo, y se evidencian “lesiones de caries”, es riesgo alto.
- Por último, y en caso de no contar con ninguno de los antecedentes previamente mencionados, se utilizará el ámbito “motivación de los padres”<sup>26</sup>. Si tiene “baja motivación” se categoriza como riesgo alto y si tiene “alta motivación” como riesgo bajo.



<sup>26</sup> Resultados preliminares del estudio “Evaluación de Proceso y Resultados en Salud Oral en Niño/As Beneficiarios del Programa de Población Bajo Control Con Enfoque De Riesgo Odontológico (CERO), entre septiembre 2017 a diciembre del 2019 Del SSMOCC” Indican que es el ámbito con mayor asociación al resultado de riesgo.

## INSTRUCTIVO PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS<sup>27</sup>.

Se sugiere que, durante el primer contacto con a la persona responsable del niño(a), el SOME y/o TONS entregue las siguientes indicaciones para la toma de fotografías del programa CERO:

### Indicaciones para la toma de radiografías

- Cepillar los dientes antes de tomar las fotografías, para eliminar restos de alimentos que impidan ver los dientes.
- Recostar al niño(a) en superficie plana (cama)
- Buscar buena iluminación e idealmente apoyo de otra persona para tomar las fotografías.

### Se deben tomar, al menos, 3 fotografías:

- Frontal: fotografía sonriendo, en oclusión, deben ver vestibular de los dientes antero superiores e inferiores.
- Oclusal superior: fotografía con boca abierta, se debe ver oclusal de dientes superiores
- Oclusal inferior: fotografía con boca abierta: Se debe ver oclusal de dientes inferiores

Luego de recibidas las fotografías, el odontólogo debe evaluar su calidad según Pauta de Cotejo adjunta. Debe marcar si en todos los criterios de las 3 fotos para que éstas sean útiles.

### PAUTAS DE COTEJO PARA EVALUAR FOTOGRAFÍAS INTRAORALES:

Criterio	SI	NO
¿Se observa con nitidez la encía del niño(a) en la fotografía? (¿Puede ud. realizar el diagnóstico de salud gingival con la fotografía?)		
¿Se observan con nitidez todos los dientes anteriores (sup e inf)? (¿Puede ud. hacer diagnóstico de lesiones de caries cavitadas vestibulares y proximales de los dientes anteriores (sup e inf)?)		

FOTO OCLUSAL Criterio	SUPERIOR		INFERIOR	
	SI	NO	SI	NO
¿Se observan todos los dientes de la arcada?				
¿Se observan las caras palatinas de todos los dientes antero superiores?			N/A	N/A
¿Se observan con nitidez las caras oclusales de los premolares y molares en boca?				

<sup>27</sup> Agradecimientos al Equipo Odontológico de la Dirección de Salud de Recoleta, Dra. Daniela Salinas, Dra. Natalia Loyola, Dr. Alexis Ahumada.