

SALUD ORAL EN EL CUIDADO INTEGRAL DE FISURA LABIOPALATINA

Recursos educativos para profesionales de la salud oral

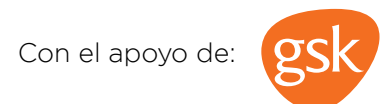


MANUAL PARA PARTICIPANTES

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	4
Introducción	4
Propósito y objetivo	4
Resultados del aprendizaje	4
Día 1	5
Colaboración interprofesional y tratamiento de las fisuras	5
Definición y causas de las fisuras orofaciales o labiopalatinas	7
Prevención de la fisura labiopalatina	9
Trastornos de salud oral comúnmente relacionados con las fisuras	11
Clasificación LAHSAL	16
Identificación de manchas blancas, cafés y caries	17
Día 2	21
Dientes faltantes, dientes extra, dientes impactados, microdoncia y raíces malformadas	21
Pérdida prematura de dientes primarios - causas, consecuencias y tratamiento clínico	23
Principios de ortodoncia mínimamente invasiva	27
Tratamiento restaurativo para las mejoras estéticas	29
Seguimiento y mantenimiento de la salud oral en las personas con fisura labiopalatina	30
Promoción de la educación sobre salud oral	34
Día 3	35
Tratamiento de las cicatrices en personas con fisura labiopalatina	35
Calidad de vida y fisuras labiopalatinas	37
Implementación del Protocolo de Seguridad y Calidad de la FDI/Smile Train	40

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.



DÍA 1

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.



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.

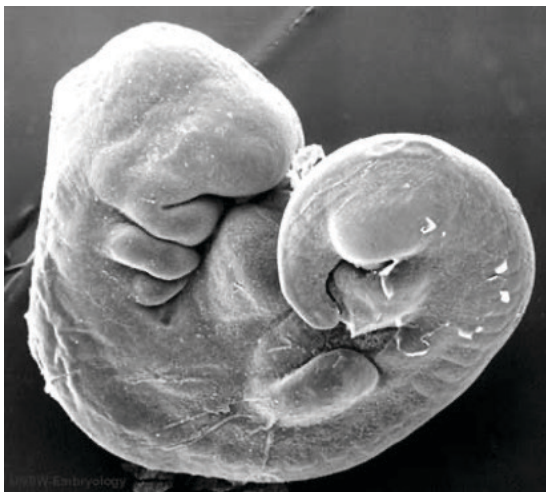
Se pueden dividir en tres categorías generales:

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

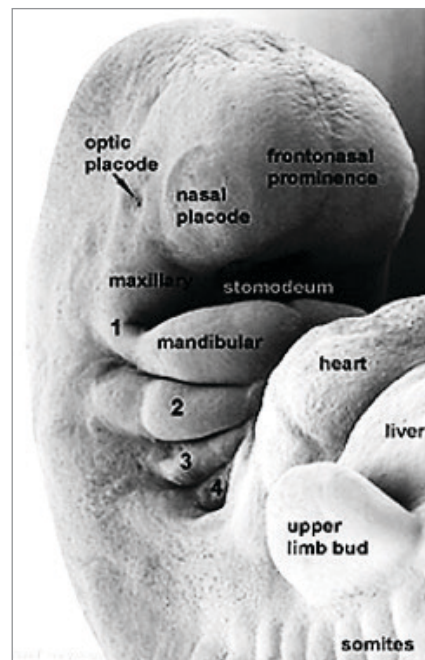
Todas se conocen también como fisuras orofaciales.

¿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.

PREVENCIÓN DE LA FISURA LABIOPALATINA

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

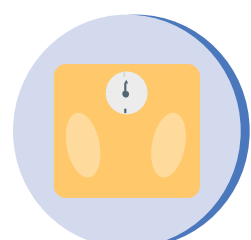
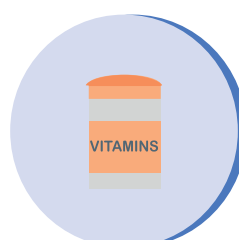
La diabetes mellitus gestacional puede aumentar el riesgo de FLP. Las madres deben buscar asesoramiento médico sobre sus hábitos alimentarios.

- 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 LA FISURA LABIOPALATINA

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

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.

Los niños con fisura labiopalatina casi nunca se libran de las complicaciones dentales. Esto puede deberse 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.

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.



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

Higiene oral

La caries severa y la pérdida prematura de los dientes afectan las funciones masticatorias, el desarrollo mandibular y la corrección de la maloclusión en los pacientes con fisura labiopalatina. 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.

Enfermedades periodontales

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

Las enfermedades periodontales son inducidas por la placa dental. Si esta no se elimina, los minerales presentes en la saliva se calcifican formando un cálculo que debe ser eliminado por un profesional de la salud oral. Si la placa dental se acumula, las bacterias patógenas y las toxinas aumentan, activando el sistema inmune del paciente para iniciar una respuesta inflamatoria. La combinación de inflamación y productos de desecho bacterianos destruye las estructuras que sostienen al diente en su lugar.

Otros factores de riesgo para las enfermedades periodontales

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?

- principalmente a través de una buena higiene bucal, en especial con la eliminación mecánica de biofilm como el cepillado y la limpieza interdental;
- mediante revisiones dentales regulares con limpieza y raspado profesionales;
- al capacitar a las personas para que se ocupen de su salud general y oral lo antes posible;
- y al promover los cambios de comportamiento necesarios para prevenir estas enfermedades.

¿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.



PLACA DENTAL

Maloclusión en la fase infantil

En pacientes con fisura labiopalatina completa, el labio superior, el paladar blando y el paladar duro están completamente rotos, lo que perjudica el equilibrio muscular dentro y fuera de la cavidad bucal del paciente. La fuerza que el maxilar ejerce hacia delante es mayor que la fuerza del músculo labial anterior, provocando cambios en el maxilar del paciente. El tabique nasal y el cartílago de la columela nasal del paciente crecen de manera.

Maloclusión en la dentición temporal y 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. Las maloclusiones comunes incluyen:

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

Maloclusión en la dentición permanente

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

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

Objetivos de aprendizaje: Los participantes entenderán la clasificación LAHSAL y su aplicación.

¿Qué es la clasificación LAHSAL para la fisura labiopalatina?

LAHSAL es un método de clasificación de FLP anatómicamente exacto. Se basa en una gráfica de codificación que registra seis áreas de la boca. Ha sido ampliamente adoptado porque es:

- simple, como para ser aceptado;
- conciso, para registrar con precisión;
- flexible, para tener en cuenta presentaciones raras;
- exacto, para facilitar el análisis estadístico;
- morfológico, para permitir la evaluación visual;
- gráfico, para representar la fisura labiopalatina de manera clara.

¿Qué significan las letras?

Las letras representan el labio (L), el alvéolo (A), el paladar duro (H, "hard" en inglés) y el paladar blando (S, "soft"). Como resultado, se puede registrar la lateralidad de cada área anatómica, además del paladar blando. Se registra primero el lado izquierdo del paciente, seguido del derecho.

¿Qué pasa con las fisuras labiopalatinas completas e incompletas?

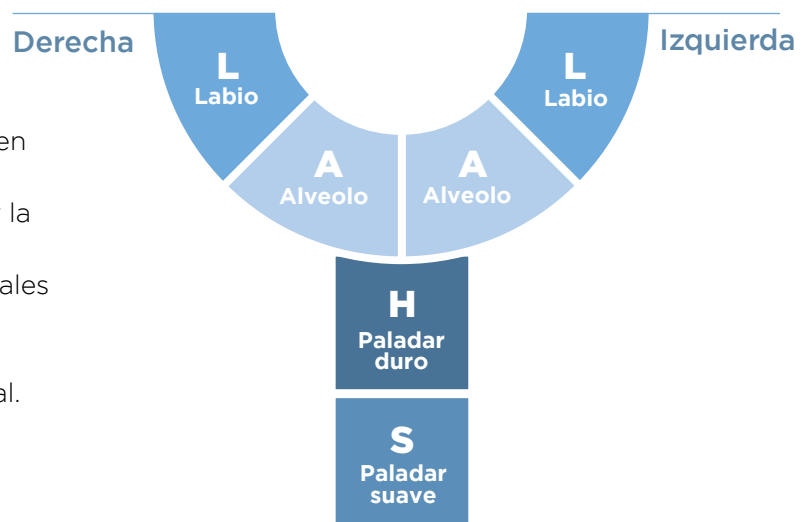
También se puede registrar la integridad de la fisura: las FLP incompletas se representan con letras minúsculas, mientras que las letras mayúsculas representan una FLP completa. Si no hay fisura, se utiliza un guión bajo (_). Para el registro de microformas, o fisuras labiales incompletas, se usa un asterisco que sustituye la letra del área anatómica en cuestión.

¿Cuáles son las ventajas de LAHSAL sobre otras clasificaciones?

La principal ventaja de la clasificación LAHSAL es que permite la precisión y concisión, la descripción y el registro de cada fisura labiopalatina típica no sindrómica. Se puede registrar el grado de completitud, así como la lateralidad y también las microformas según la banda de Simonart, un puente epitelial a través de la fisura. Esto no ocurre con la mayoría de las demás clasificaciones.

¿Cuál es la diferencia entre LAHSHAL y LAHSAL?

Son sinónimos; LAHSHAL fue desarrollada en 1989 pero luego simplificada por el Royal College of Surgeons of England para excluir la segunda "H". Esto, sin embargo, excluyó la posibilidad de clasificar a las fisuras unilaterales del paladar duro, una característica que se produce cuando solo uno de los estantes palatales está fusionado con el tabique nasal.



IDENTIFICACIÓN DE MANCHAS BLANCAS, CAFÉS Y CARIES

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

Caries de la primera infancia (CPI)

Se ha demostrado que los niños con FLP presentan niveles más altos de caries y, en particular, caries de la primera infancia. La CPI se diferencia de la caries del adulto en que causa una rápida destrucción de los tejidos y tiene un conjunto diverso de factores de riesgo. La CPI se puede prevenir en gran medida, pero la afección ha aumentado significativamente a nivel mundial. La CPI puede tener un efecto adverso considerable sobre el desarrollo y el bienestar del niño.

Entre los factores de riesgo importantes para el desarrollo de CPI en niños pequeños se incluye el uso prolongado del biberón, en especial durante la alimentación nocturna, el uso de edulcorantes cariogénicos y el consumo frecuente de azúcares libres.

Etiología de la caries

Para que ocurra la caries dental debe haber cuatro factores presentes:

- superficie del diente, que está compuesta por cristales de hidroxiapatita;
- bacterias de la placa dental;
- carbohidratos fermentables como el azúcar;
- tiempo.

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.

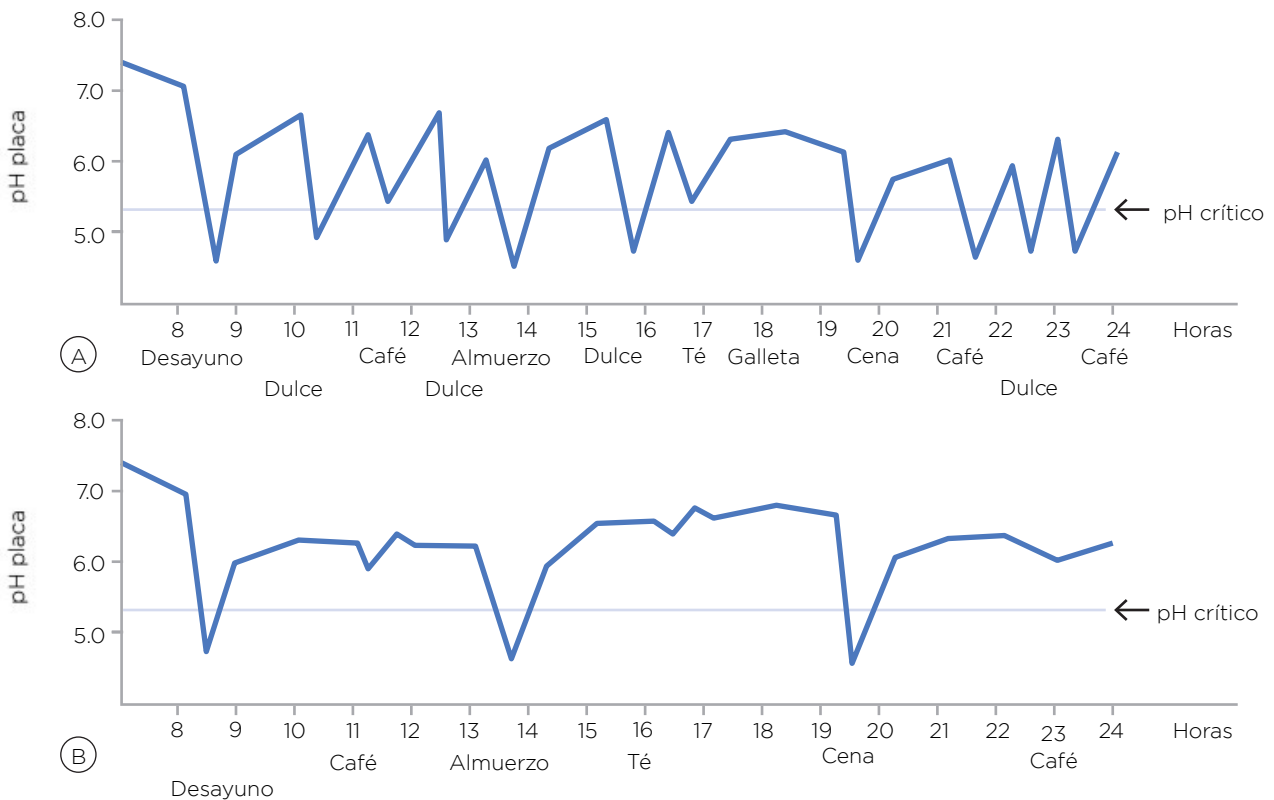
Una fina capa de proteínas salivales se deposita en la superficie del diente para formar la “película adquirida salival”. Una vez que se forma esta capa, las bacterias, los microorganismos orales, se adhieren a ella formando el biofilm.

Se caracteriza por bacterias acidogénicas como *Streptococcus mutans*. 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.

En sus etapas iniciales, la caries suele ser indolora; sin embargo, a medida que avanza la caries, el dolor y los abscesos dentales resultantes repercuten en el bienestar, los logros educativos y la calidad de vida del niño.

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.



CURVA DE STEPHAN

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.

Los cristales de hidroxiapatita son débiles y vulnerables a la descomposición. Si se altera el medio oral es posible la remineralización con eficacia y rapidez. Las manchas blancas se pueden identificar al secar el diente y examinar su superficie. La pasta de dientes con alto contenido de flúor y las mejores medidas de higiene bucal ayudarán a proteger los dientes.



MANCHAS BLANCAS/DESMINERALIZACIÓN CERVICAL

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.



**MANCHAS CAUSADAS POR
BACTERIAS CROMÓGENAS**



**CARIES CON MANCHAS CAFÉS
Y MANCHAS EXTRÍNSECAS**

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



DÍA 2

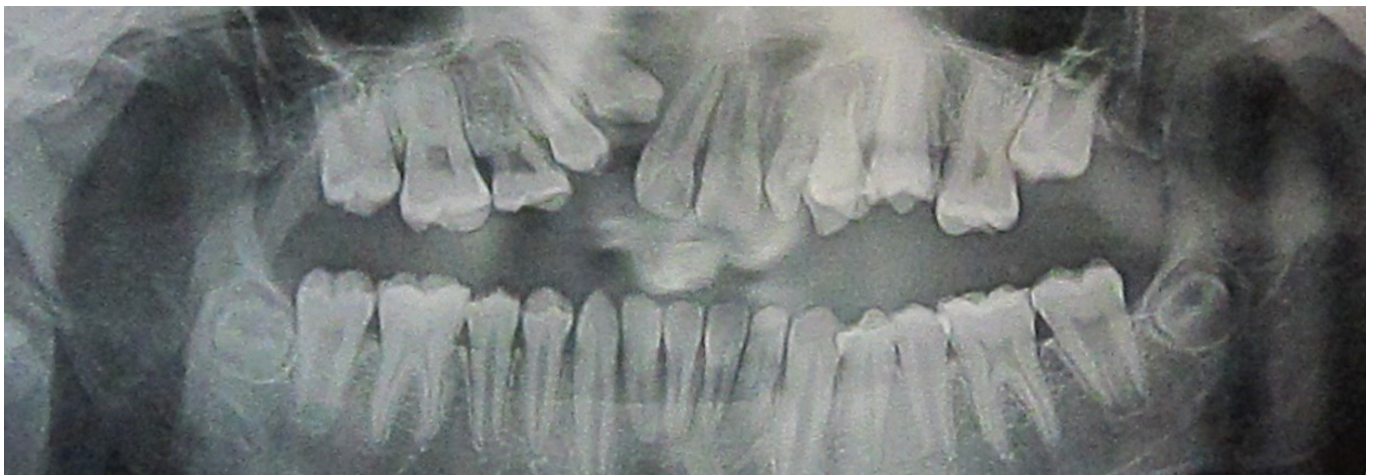
DIENTES FALTANTES, DIENTES EXTRA, DIENTES IMPACTADOS, MICRODONCIA Y RAÍCES MALFORMADAS

Objetivos de aprendizaje: Comprender e identificar los dientes faltantes, dientes extra, dientes impactados, microdoncia y raíces malformadas.

Los niños con FLP a menudo tienen dientes faltantes, adicionales o malformados, y su manejo efectivo puede ser un desafío para el profesional de la salud oral. Esto puede tener un impacto negativo en el estado psicológico y el desarrollo del niño a medida que se vuelve más social y comienza su vida escolar.

Dientes faltantes

Los dientes faltantes suelen estar ausentes de manera congénita alrededor de la zona de la fisura labiopalatina. También es posible que falten dientes en otras regiones de la boca, en el maxilar o en la mandíbula; esto ocurre de manera más común en la dentición permanente que en la dentición temporal.



DIENTES FALTANTES Y DIENTES IMPACTADOS COMO SE MUESTRAN EN UNA OPG

Dientes extra

Los dientes adicionales, también llamados dientes supernumerarios, se ven con mayor frecuencia en la región anterior del maxilar; esto ocurre con más frecuencia en la dentición permanente que en la dentición temporal.

Dientes impactados

Los dientes impactados están completamente formados y no han comenzado la erupción en la cavidad bucal. A menudo se encuentran en la región canina maxilar y en la región del tercer molar en la dentición permanente. Ocasionalmente se encuentran en la dentición temporal y de manera más común en relación con un odontoma o un diente extra.

Microdoncia

La microdoncia se refiere a los dientes de menor tamaño, que por lo general se encuentran en la zona de la fisura labiopalatina y sus alrededores.



MICRODONCIA E INCISIVO LATERAL MALFORMADO

Raíces malformadas

Las raíces malformadas se observan comúnmente en la región anterior del maxilar; esto ocurre muy a menudo en el maxilar anterior de los niños con fisura labiopalatina bilateral.

Como los niños pueden sentirse cohibidos por la falta de dientes, especialmente al comenzar la vida escolar, sería recomendable proporcionar una dentadura parcial removible a partir de los seis años de edad; esta debe revisarse periódicamente a medida que el niño crece para controlar el ajuste. Es necesario proporcionar instrucciones al paciente y a los cuidadores sobre la limpieza y el mantenimiento del aparato. Los profesionales de la salud oral deben asegurarse de que el niño y el cuidador estén recibiendo el nivel adecuado de apoyo y asesoramiento.



MALOCCLUSIÓN Y DIENTES FALTANTES

PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS - CAUSAS, CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTO CLÍNICO

Objetivos de aprendizaje: El participante entenderá las consecuencias de la pérdida prematura de los dientes y cómo tratarla a nivel clínico.

Los dientes primarios son importantes para los niños porque:

Se ha demostrado que los niños con FLP presentan niveles más altos de caries y, en particular, caries de la primera infancia. La CPI se diferencia de la caries del adulto en que causa una rápida destrucción de los tejidos y tiene un conjunto diverso de factores de riesgo. La CPI se puede prevenir en gran medida, pero la afección ha aumentado significativamente a nivel mundial. La CPI puede tener un efecto adverso considerable sobre el desarrollo y el bienestar del niño.

Entre los factores de riesgo importantes para el desarrollo de CPI en niños pequeños se incluye el uso prolongado del biberón, en especial durante la alimentación nocturna, el uso de edulcorantes cariogénicos y el consumo frecuente de azúcares libres.

Causas de la pérdida prematura de los dientes primarios

Los dientes primarios se pueden perder tempranamente como resultado de:

- anomalías en el desarrollo;
- reabsorción prematura de las raíces después de un traumatismo, es más común en los dientes anteriores;
- extracciones por caries dental.

El trauma es la causa más común de pérdida prematura de los incisivos centrales superiores primarios. Si no hay espaciamiento en la región anterior o diastema de la línea media en la dentición temporal y los caninos o incisivos primarios sufren traumatismos o se pierden prematuramente, puede haber problemas con la aparición del sucesor y/o en los dientes adyacentes permanentes. Si los incisivos primarios están intruidos, esto puede causar desplazamiento y dilaceración de los sucesores. Si se avulsionan, el efecto será la erupción tardía de sus sucesores.

La pérdida prematura de los molares temporales debido a la extracción de dientes cariados ocurre en la mandíbula con el doble de frecuencia que en el maxilar, y puede conducir a la migración de los dientes adyacentes y a una escasez de espacio para sus sucesores. La CPI severa debido a bebidas azucaradas, alimentación nocturna prolongada y mala higiene bucal afecta a los incisivos y a muchos otros dientes. La reabsorción prematura de las raíces de los incisivos y los caninos primarios es a menudo un síntoma de apiñamiento.

Consecuencias

Los efectos de la pérdida prematura de los dientes temporales son predecibles y pueden compensarse con una planificación cuidadosa. La pérdida poco antes de la erupción de un sucesor tiene un efecto acelerador. Sin embargo, si la pérdida ocurre mucho antes de la aparición del sucesor, la consecuencia puede ser una erupción tardía. En esos casos, la pérdida de los dientes temporales a una edad temprana tiene más secuelas negativas que la pérdida que se produce más tarde. La migración de los dientes adyacentes ocurre mayormente en los primeros seis meses después de la pérdida prematura. El movimiento de otros dientes, particularmente de los adyacentes al espacio tras la pérdida prematura de los dientes primarios, depende de qué diente se pierde, así como de la oclusión.

Estas migraciones tienden a ocurrir más rápido y son mayores en el maxilar que en la mandíbula. Además, las migraciones en el maxilar se limitan principalmente al movimiento mesial y la rotación del primer molar permanente. En la mandíbula, los dientes distales al espacio tienden a inclinarse mesialmente, y los mesiales al diente perdido pueden moverse distalmente. Por lo general, la pérdida prematura de dientes temporales en arcadas dentales que ya están espaciadas tiene poco o ningún efecto sobre el desarrollo de la dentición.

Con la erupción de un incisivo central superior permanente, la raíz del incisivo lateral primario adyacente se podría reabsorber y la corona podría exfoliarse, provocando un desplazamiento de la línea media si esto ocurre unilateralmente. Si un incisivo lateral primario se pierde prematuramente, puede haber una pérdida de anchura intercanina, ya que el canino primario en ese lado no se desplazará de manera distal y bucal durante la erupción del incisivo central permanente. Esto puede conducir a un desplazamiento lingual (o palatal) del incisivo lateral a medida que erupciona, debido a una falta de espacio. En la mandíbula, la pérdida prematura de un incisivo primario también puede provocar una ligera retroinclinación de los otros incisivos y una disminución de la distancia intercanina. En algunos casos, la erupción de los incisivos laterales superiores permanentes puede causar reabsorción y conducir a la pérdida prematura de los caninos primarios. Si esto sucede de manera unilateral, los incisivos migrarán en esa dirección, tendrán una inclinación distal con un desplazamiento de la línea media como consecuencia, y cuando el canino maxilar permanente erupcione más tarde, se desplazará de manera bucal. Si ambos caninos primarios se pierden prematuramente, ambos caninos permanentes quedarán fuera del arco dental.

Incisivos

La pérdida prematura de los incisivos primarios es más común en el maxilar que en la mandíbula. La pérdida de espacio suele ser mínima, a menos que el diente o los dientes se pierdan a una edad muy temprana o que haya apiñamiento, pero si el niño aún no ha desarrollado sonidos linguodentales, el habla puede verse afectada, así como la incisión de los alimentos. En la mayoría de los casos no se requiere mantenimiento del espacio, pero si se pierden varios dientes tempranamente, puede ofrecerse una dentadura postiza por razones estéticas.

Caninos

Cuando un canino se pierde prematuramente, en general se debe a un apiñamiento severo en la región de los incisivos con erupción ectópica de los incisivos laterales permanentes, lo que acelera la reabsorción de una o ambas raíces caninas. Esto suele ir acompañado de un desplazamiento de los incisivos hacia el lado afectado y de una discrepancia resultante en la línea media. Esto se puede compensar con la extracción del canino contralateral, pero tome en cuenta que esto puede provocar la inclinación lingual de los incisivos mandibulares y una disminución en la anchura intercanina, con pérdida de espacio disponible en el arco. Si esto es un problema, se puede adaptar un aparato de arco lingual inferior.

Primeros molares

Los primeros molares temporales se pierden comúnmente debido a caries o infección, tanto unilateral como bilateralmente. Tiende a haber pérdida de espacio dentro de los primeros cuatro a seis meses después de la extracción, con migración de los caninos primarios y los incisivos permanentes hacia el espacio edéntulo en ambos arcos. Esto se exagera en arcos apiñados y si hay espacio no hay que preocuparse. Se puede introducir un mantenedor de espacio, y para la pérdida unilateral es mejor un dispositivo de banda y bucle, mientras que para la pérdida bilateral es mejor un arco lingual unido a los primeros molares permanentes.

Segundos Molares

La pérdida de los segundos molares primarios da como resultado una pérdida de espacio más severa y que es mayor en el maxilar que en la mandíbula. Los efectos son más graves cuando la pérdida de dientes ocurre antes de la erupción del primer molar permanente, y siempre se debe considerar el mantenimiento del espacio. Si la pérdida de dientes ocurre después de la erupción del molar permanente, un aparato fijo bilateral es el más apropiado. Antes de la erupción del molar permanente, los aparatos fijos en el sitio o los removibles son opciones posibles para su distalización.

Tratamiento de la pérdida temprana de dientes temporales o primarios

El manejo adecuado de la pérdida temprana de los dientes temporales requiere revisiones dentales regulares y una intervención oportuna, que a su vez permita construir una relación sólida entre el odontopediatra, los padres y el niño. Se pueden establecer hábitos bucales saludables a una edad temprana y así prevenir o diagnosticar con prontitud las caries.

El mantenimiento de los dientes primarios es esencial para el desarrollo normal del arco y la oclusión. La pérdida prematura de los dientes temporales es un factor de riesgo significativo que compromete el desarrollo de la arcada. La longitud reducida del arco puede provocar apiñamiento, erupción ectópica o impactación de los dientes permanentes.

Una relación oclusal alterada entre molares y caninos, la erupción excesiva de dientes opuestos, la alteración de la sobremordida horizontal y vertical, así como los cambios de la línea media requieren tratamiento, ya sea interceptivo o con aparatos de ortodoncia.

La pérdida temprana en la dentición temporal tiene diferentes consecuencias según las piezas que se pierden, la alineación y oclusión existentes en el niño, y es por eso que se adoptan diferentes estrategias.

Protocolo para el mantenimiento del espacio

Se debe considerar el mantenimiento del espacio en pacientes que necesitan la extracción de dientes temporales, o en aquellos cuyos segundos molares deciduos están a punto de desprenderse y existe apiñamiento anterior. Se presupone una relación de Clase I en los incisivos y una buena higiene bucal.

- Si la discrepancia espacial en un cuadrante del arco inferior es de 2 mm o menos, considere el mantenimiento del espacio. La razón es que una mayor pérdida de espacio puede resultar en una extracción o en un tratamiento de ortodoncia complejo para distalizar los molares. Si la discrepancia de espacio mide 5 mm o más, considere el mantenimiento del espacio, ya que cualquier pérdida de espacio adicional puede requerir la extracción de más de una pieza en esa zona.
- Si un paciente tiene una discrepancia espacial de entre 2 y 5 mm, es probable que se requiera una extracción de premolares en cualquier caso y, por lo tanto, el mantenimiento del espacio no se justifica.
- La misma medida se puede aplicar al arco superior en los casos de Clase I. Sin embargo, para casos de Clase II o de Clase III, debe buscarse una opinión experta en ortodoncia que pueda considerar otras opciones.

Tipos de mantenedor de espacio:

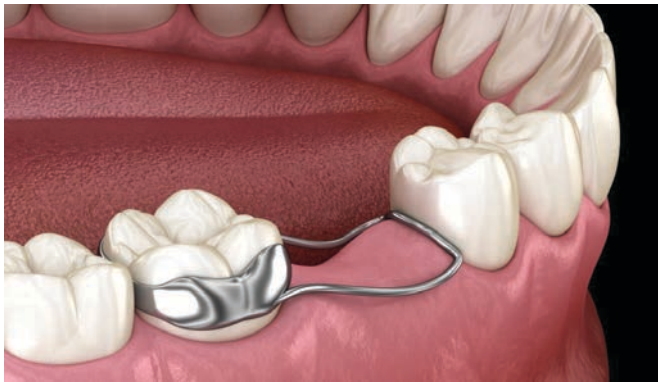
Para la pérdida bilateral, por lo general se recomienda un arco lingual en la parte inferior y un arco transpalatino en la parte superior, casi siempre desde los primeros molares permanentes. Si la pérdida es unilateral, se recomienda un aparato de banda y bucle, también desde los primeros molares permanentes.



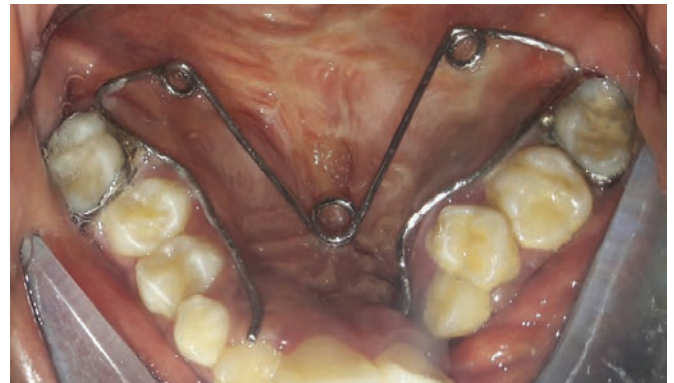
APARATO TRANSPALATINO PARA LA PÉRDIDA BILATERAL DE LOS DIENTES SUPERIORES



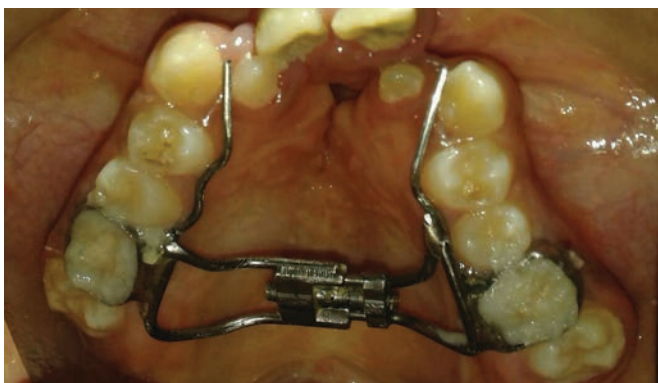
APARATO DE ARCO LINGUAL PARA LA PÉRDIDA BILATERAL DE LOS DIENTES INFERIORES



MANTENEDOR DE ESPACIO DE BANDA Y BUCLE PARA PÉRDIDA UNILATERAL DE DIENTES



APARATO TRIHÉLICE



EXPANSOR PALATINO RÁPIDO

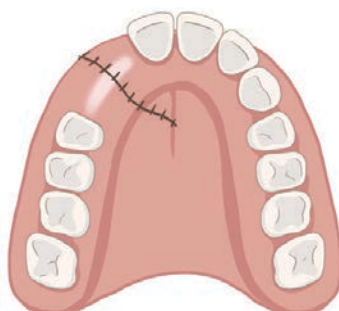
Injerto óseo alveolar (ABG)

Cuidado de ortodoncia: para un niño con una fisura completa del paladar primario, se debe realizar una radiografía entre los 6 y 7 años de edad, para determinar la necesidad de un injerto óseo alveolar y el tiempo apropiado. Es posible que se necesite ortodoncia de 6 a 9 meses antes del injerto para reposicionar los dientes superiores, particularmente los adyacentes a la fisura labiopalatina. Es posible que se necesite un dispositivo expensor de maxilar removible o fijo antes de la cirugía de ABG.

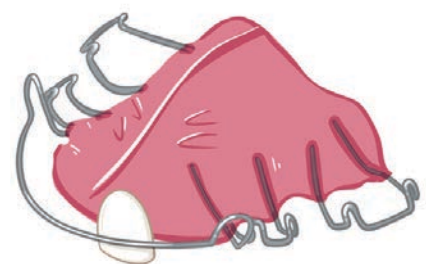
Injerto óseo alveolar (ABG): la cirugía debe realizarse en niños con una fisura labiopalatina del paladar primario si no hay suficiente hueso para la erupción y el mantenimiento del incisivo lateral (si está presente) y el canino alrededor de la fisura labiopalatina. Dependiendo del patrón de erupción del paciente, el injerto usualmente se realiza entre los 7 y 9 años de edad, antes de que salgan estos dientes. El hueso por lo general se extrae de la cresta ilíaca (cadera) y se coloca dentro de la fisura labiopalatina y debajo de la base de la nariz. Si se realizó una expansión maxilar antes, se debe usar el injerto, ya sea un aparato fijo o un retenedor hasta que se complete la cicatrización del injerto. Las radiografías deben retrasarse hasta 4 a 6 meses después de la cirugía.



INJERTO ÓSEO PREALVEOLAR



INJERTO ÓSEO POSTALVEOLAR



RETENEDOR DE ORTODONCIA CON APARATO MANTENEDOR DE ESPACIO

PRINCIPIOS DE ORTODONCIA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Objetivos de aprendizaje: Asegurar que los profesionales de la salud oral estén capacitados para comprender la ortodoncia mínimamente invasiva.

Introducción a la ortodoncia mínimamente invasiva

La ortodoncia mínimamente invasiva es una filosofía que integra prevención, remineralización y mínima intervención para la colocación y reposición de restauraciones. La ortodoncia mínimamente invasiva se refiere al tratamiento que utiliza el abordaje quirúrgico menos invasivo, con la eliminación de la mínima cantidad de tejido sano.

Cuando una lesión necesita ser restaurada, la remoción de caries con la máxima conservación de la estructura del diente sano debe de ser la prioridad. Dado que nuestras restauraciones "permanentes" rara vez duran para siempre, necesitamos minimizar el tamaño de cualquier restauración. Esto evitará o limitará el ciclo de restauración que finalmente conduce a la fractura de diente, tratamiento endodóntico y corona, y (ocasionalmente) fractura de raíz y extracción del diente.

Procedimientos dentales mínimamente invasivos

Los procedimientos más comunes que se pueden llamar mínimamente invasivos en los niños son la aplicación de fluoruro diamino de plata (FDP), técnica de restauración atraumática (TRA) y el uso de coronas de acero inoxidable para detener caries multisuperficiales en molares primarios.

Aplicación de fluoruro diamino de plata (FDP)

Se debe utilizar un 38% de FDP, si está disponible, cuando se ha producido cavitación. Es más efectivo cuando se aplica semestralmente, pero las aplicaciones anuales pueden ser suficientes. El FDP es eficaz para detener la caries y evitar su progresión a la pulpa dental. Esto puede ayudar a aumentar la longevidad de la dentición temporal.



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

Técnica restauradora atraumática (TRA)

Si se requiere la restauración de dientes temporales, TRA es una técnica mínimamente invasiva en la que, por ejemplo, las caries son removidas a mano usando una excavadora dental. Esto retiene la mayor cantidad posible de sustancia dental y tiene como objetivo prevenir la muerte de la pulpa. Debe utilizarse la restauración adhesiva con cemento de ionómero de vidrio, que de preferencia contenga flúor de liberación lenta.

Coronas de metal (técnica de Hall)

La técnica de Hall es la colocación de una corona preformada de acero inoxidable sobre un diente primario cariado usando un cemento de ionómero de vidrio. Esta técnica no requiere preparación, anestesia local ni eliminación de la caries. Debido a esto, es especialmente útil en el tratamiento de niños. Se puede enseñar fácilmente a un profesional de la salud oral y es ampliamente practicado y aceptado en todo el mundo.



CORONAS DE METAL

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

TRATAMIENTO RESTAURATIVO PARA LAS MEJORAS ESTÉTICAS

Objetivos de aprendizaje: Asegurar que los profesionales de la salud oral entiendan las distintas técnicas de restauración con las que se puedan obtener resultados estéticos.

¿Qué son las coronas desplegadas de resina y las coronas de zirconia?

Las coronas desplegadas de resina se utilizan para restaurar los dientes anteriores primarios. La corona de plástico que contiene resina compuesta se coloca sobre el diente cariado y luego se retira una vez que la resina se ha asentado. Estos son procedimientos de una sola visita con niños cooperativos. También se realiza en niños muy pequeños (menores de 3 años) para una rehabilitación bucal completa bajo anestesia general.

Las coronas de zirconia son restauraciones estéticas novedosas para dientes primarios anteriores y posteriores. Con buena adaptación del tejido a los márgenes de la corona, proporcionan restauraciones estéticas para dientes temporales. La acumulación de placa en estas superficies altamente pulidas es mínima.

CASO 1



CASO 2



Tratamiento restaurativo para las mejoras estéticas en adolescentes y adultos

Casi el 50% de los padres de niños preadolescentes con fisura labiopalatina señalaron que sus hijos han expresado preocupación por su apariencia. Un estudio realizado en India comparó las respuestas de los jóvenes en dos categorías: un grupo de preadolescentes con fisuras labiopalatinas y un grupo de adolescentes con fisuras labiopalatinas. Por medio de un "Cuestionario sobre el impacto psicosocial de la estética dental" (PIDAQ), los investigadores vieron que el segundo grupo puntuó más negativamente en términos de autoconfianza dental e impacto social. Concluyeron que las percepciones de la estética de los dientes anteriores son un factor crucial que influye en la psicología del paciente. La confianza en uno mismo, la confianza social y la necesidad de tratamiento en pacientes con y sin fisuras se vuelven más relevantes a medida que el paciente madura hacia la adolescencia y la edad adulta.

Para los pacientes con fisuras labiopalatinas, la estética dental puede verse influenciada por la hipodoncia (que comúnmente afecta a los incisivos laterales superiores), dientes apiñados e irregulares, maloclusión Clase III con mordida cruzada anterior o caries de la primera infancia (CPI). Un procedimiento de ortodoncia interceptiva puede estar indicado para función o estética, particularmente si hay una mordida traumática acompañante, y un tratamiento restaurador para mejorar la estética si el paciente expresa preocupación.

Entre los cinco y los ocho años, los niños comienzan a poder tomar decisiones informadas sobre restauraciones estéticas. Mientras que las restauraciones de ionómero de vidrio a menudo son recomendadas por dentistas pediátricos debido a su liberación de flúor y propiedades cariostáticas, las restauraciones con resina y las coronas de zirconia son también aceptables para mejorar la estética de los dientes anteriores primarios.

SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD ORAL EN LAS PERSONAS CON FISURA LABIOPALATINA

Objetivos de aprendizaje: Los participantes deberán aprender a seguir los Lineamientos de Salud Oral en el Cuidado Integral de Fisura Labiopalatina de la FDI/Smile Train, y atender el mantenimiento de la salud oral de los pacientes de todas las edades.

Intervenciones específicas para pacientes con fisuras labiopalatinas

Intervenciones específicas para el grupo de edad de hasta dos años:

- Trabaje con los cuidadores para comprender las necesidades de salud oral de un paciente con fisura labiopalatina.
- Enseñar la importancia de la limpieza bucal después de cada comida y el cepillado suave de los dientes durante la erupción dentaria.
- El uso de algodón, gasa húmeda o toallitas húmedas desechables para bebés después de cada comida es de suma importancia en la prevención de caries de la primera infancia.



- Dar un sorbo de agua después de cada comida o alimento puede ser beneficioso para eliminar los restos de comida o de leche.
- Explicar la etiología de las enfermedades dentales y el papel del cuidador en la prevención.
- Un examen por parte de un dentista, o por un dentista pediátrico cuando esté disponible, es obligatorio tan pronto como el primer diente temporal comienza a salir en la boca.



- Proporcionar instrucciones sobre el cuidado y la limpieza adecuados del obturador y el aparato para mantener una buena higiene bucal.
- Después de la cirugía de reparación de labios, que puede tener lugar en los primeros tres meses de vida, los cuidadores deben ser informados sobre el manejo de cicatrices. Esto se puede llevar a cabo después de que la herida esté completamente curada y se hayan quitado las suturas. Indique a los padres o cuidadores que masajeen la cicatriz desde el borde de la columela al bermellón, con un movimiento descendente durante 8-10 minutos, tres veces al día.
- Explique a los cuidadores la importancia de evitar la succión del dedo y el uso del chupete. Estos hábitos nocivos podrían tener un impacto negativo en el desarrollo facial y oral del bebé así como problemas con la alineación dental y la maloclusión.
- La identificación temprana de lesiones de manchas blancas y cafés, así como el tratamiento con ortodoncia mínimamente invasiva son fundamentales.

Intervenciones específicas para pacientes con fisura labiopalatina en edades comprendidas entre los dos y los seis años:

- Trabajar con los cuidadores para comprender las necesidades de salud oral de un paciente con fisura labiopalatina, demostrando la limpieza de la boca después de cada toma y el cepillado de dientes suave a medida que se desarrolla la dentición temporal. Explicar la etiología de las enfermedades dentales y el papel del cuidador en la prevención.
- Proporcionar instrucciones sobre el cuidado y la limpieza adecuados del obturador y el aparato para mantener una buena higiene bucal.
- El tratamiento de las cicatrices se puede llevar a cabo cuando el sitio quirúrgico haya cicatrizado por completo. Instruir a los padres o cuidadores para masajear desde el extremo de la columela de la cicatriz hasta el bermellón con un movimiento descendente durante 8-10 minutos, tres veces al día.
- Explique a los cuidadores la importancia de evitar la succión del dedo y el uso del chupete. Estos hábitos nocivos podrían tener un impacto negativo en el crecimiento y desarrollo facial y oral del bebé, así como problemas con la alineación y la maloclusión dentarias.
- La identificación temprana de lesiones de manchas blancas y cafés, así como el tratamiento con ortodoncia mínimamente invasiva son fundamentales.



Intervenciones específicas para pacientes con fisura labiopalatina de 6 a 12 años:

- En la dentición mixta, los dientes temporales y permanentes están presentes en la boca al mismo tiempo. Varias intervenciones dentales comienzan en esta etapa. A medida que la estructura ósea crece rápidamente y los dientes permanentes están en erupción, algunos pacientes pueden necesitar ortodoncia interceptiva para evitar maloclusión severa y crear mejores condiciones para el crecimiento facial y la función oral.
- El cuidado de la salud oral y el examen dental de rutina son muy importantes en esta etapa. Debería realizarse un examen oral completo de manera periódica con radiografías dentales, profilaxis dental y tratamiento con flúor. Se debe realizar una evaluación continua de la higiene dental y prevenir las enfermedades periodontales. El riesgo de desarrollar caries e inflamación gingival aumenta con la colocación de aparatos de ortodoncia. Los selladores de fisuras deben colocarse a medida que se desarrolla la dentición permanente.
- Aconsejar a los padres y cuidadores que visiten al dentista cada seis meses para un examen periodontal y para dar seguimiento a la dentición permanente de sus hijos.

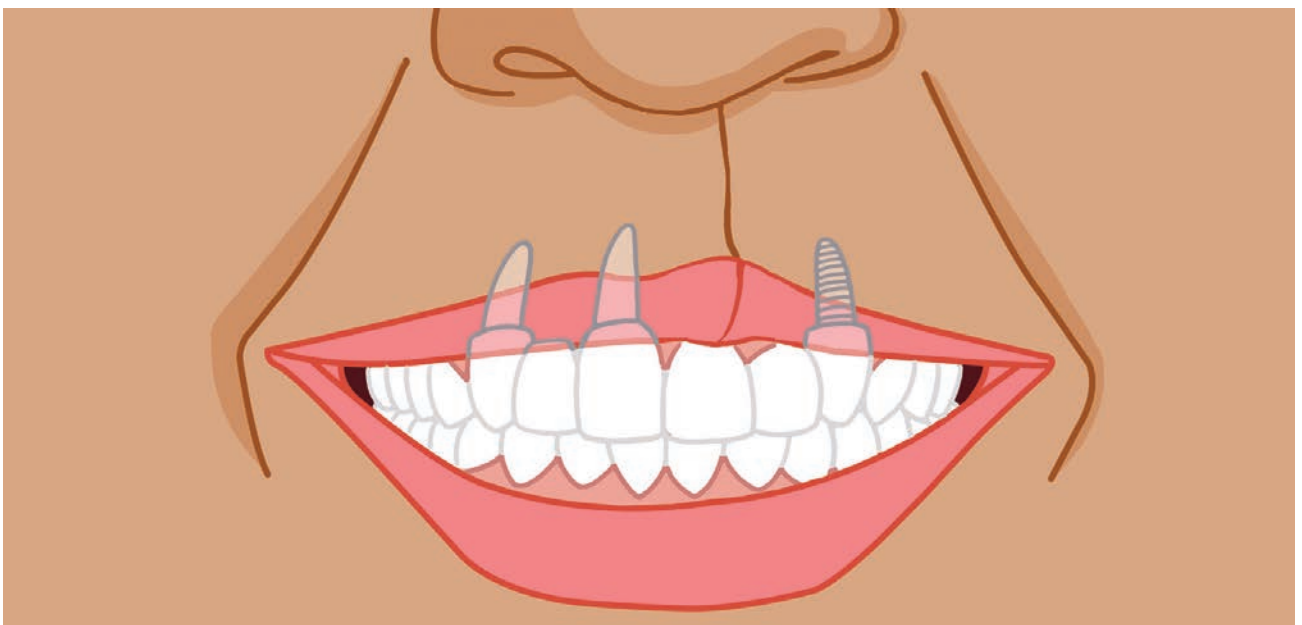
Intervenciones específicas para pacientes con fisura labiopalatina de 12 a 18 años:

- Un buen cuidado de la salud oral es fundamental durante esta etapa. Hay que realizar un examen bucal completo con radiografías, profilaxis dental y un tratamiento con flúor a intervalos regulares. Se debe proporcionar una evaluación continua de la higiene dental y las enfermedades periodontales.
- Deben entregarse instrucciones específicas de higiene bucal para pacientes con ortodoncia.
- Es esencial un consejo adaptado relacionado con la edad al paciente, por ejemplo, reducir las bebidas gaseosas y no consumir bocadillos en la escuela.



Intervenciones específicas para pacientes con fisura labiopalatina mayores de 18 años:

- Es indispensable brindar una atención personalizada sobre la salud oral y la edad del paciente, por ejemplo, sobre el cuidado de implantes o prótesis. También es necesario realizar evaluaciones sobre higiene dental y enfermedad periodontal.
- Suministrar información y herramientas para dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol si es necesario. Instruya a los pacientes sobre la prevención de lesiones y el uso de protectores bucales ajustados durante la práctica de deportes.



Instrucciones de cuidado del obturador/aparato

Los niños en los grupos de edad de 0-2 y 2-6 probablemente usarán un aparato ortopédico palatino maxilar, u obturador, para cubrir la fisura labiopalatina y poder comer y hablar correctamente. Estos aparatos deben limpiarse dos veces al día, todos los días. En las primeras 48 horas posteriores a la instalación del aparato, debe quitarse 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 hervida enfriada para retirar cualquier película o detrito que se haya formado y de esta manera evitar que los microorganismos crezcan en él. El área debajo de la fosa nasal aplanada debe limpiarse con un hisopo húmedo.
- Consulte con el profesional de la salud oral que lo esté tratando si el aparato está produciendo alguna ulceración o sangrado. En este caso, es necesario ajustarlo. Aconsejar el uso de parafina blanca suave en los labios y tejidos blandos cuando sea necesario y a la hora de comer.
- Los dispositivos obturadores deben ser insertados con cautela por el cuidador: ligeramente hacia los lados para fisura unilateral y recto para fisura bilateral.



Objetivos de aprendizaje: Los participantes deberán aprender a proporcionar educación de salud oral y a aplicar un estilo de entrevista motivacional.

Impartir educación sobre salud oral

Puede ser frustrante proporcionar a los pacientes y cuidadores múltiples mensajes de salud oral en cada cita sólo para descubrir que el comportamiento adverso a la salud oral no ha cambiado. Es importante crear un entorno donde el paciente y el cuidador se sientan apoyados y no juzgados, crear un ambiente abierto al diálogo y escuchar activamente los desafíos que enfrentan con su salud oral.

Orientación en salud/entrevistas motivacionales

Este enfoque para el cambio de comportamiento se conoce como orientación de salud o entrevista motivacional y es parte de la Declaración de Ginebra de 2015 sobre la atención primaria de salud centrada en la persona. Es un enfoque eficaz centrado en la persona que facilita, motiva y empodera a las personas para que se vuelvan conscientes de sí mismas e identifiquen barreras y facilitadores para comportamientos más saludables. Se alienta a las personas a tomar decisiones efectivas para adoptar cambios en su estilo de vida y en su entorno, y a realizar acciones sostenibles en adelante. Se centra en el empoderamiento y la participación activa de las personas en el proceso de toma de decisiones para su propia salud.

Siga los cuatro pasos para mejorar los comportamientos de salud oral a través de entrevistas motivacionales:

1. Compromiso: el primer paso es generar confianza con el paciente. Pida permiso para discutir su salud oral, hacer preguntas y hacerle saber lo que se va a discutir. Esto podría incluir cualquier preocupación que pueda tener sobre su salud oral.
2. Atención: esta es una forma de guiar al paciente hacia el cambio de comportamiento. Ayúdele a concentrarse en lo que quiere cambiar. Esto podría ser hablar sobre el azúcar en su dieta o su técnica de cepillado de dientes. Por ejemplo, después de notar las lesiones de manchas blancas alrededor de los márgenes cervicales, comente sus hallazgos con el paciente y pregúntele: “¿Quieres discutir las formas en que podemos prevenir un mayor daño?”. Esto llamará la atención sobre el hecho de que él, el paciente, está tomando esa decisión.
3. Evocar: promueve las propias razones del paciente para cambiar. Pregúntele qué sabe sobre la caries dental. ¿Cuál es su percepción de la caries dental? Ofrézcale más información sobre lo que ha observado a nivel clínico. Deje que el paciente llegue a la conclusión de que es necesario realizar un cambio. Permita que el paciente mismo diga que hace falta un cambio, y luego planee ese cambio junto con él.
4. Planificación: finalmente, pregúntele al paciente qué puede hacer para realizar ese cambio y ofrezca su ayuda. Ayúdele a identificar un momento en su rutina para implementar un nuevo comportamiento de cepillado de dientes o cómo reemplazar los bocadillos dulces con alternativas saludables.

Orientación en salud culturalmente apropiada

Hay mitos sobre los dientes que todos los profesionales de la salud oral han escuchado: Uno común es, “el bebé tomó los minerales de mis dientes mientras estaba embarazada”. Suelen ignorarse, pero es importante recordar que estos mitos pueden tener fuertes creencias familiares o culturales detrás de ellos. Trate de presentar los hechos de la manera más sensible que pueda y fomente un cambio de comportamiento positivo.

DÍA 3

TRATAMIENTO DE CICATRICES EN PERSONAS CON FISURA LABIOPALATINA

Objetivos de aprendizaje: Los participantes entenderán el impacto que las cicatrices tienen en pacientes con fisura labiopalatina, los factores que influyen en la cicatrización y el tratamiento de la 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.

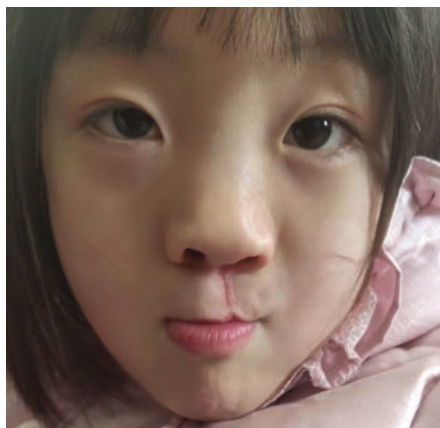
Cicatrices queloides e hipertróficas

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.

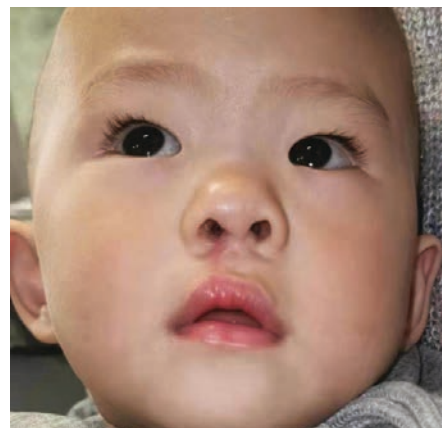
La diferenciación clínica entre cicatrices hipertróficas y queloides puede ser problemática. Una sola lesión puede producir regiones de cicatrices tanto normales como anormales que retroceden o progresan con el tiempo. La identificación errónea del tipo de cicatriz puede causar un manejo inadecuado de 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 (con 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 fundamental 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 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. Hay 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 son problemas importantes 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 entornos 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.

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.

Desafíos asociados con los efectos de las fisuras labiopalatinas

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.



IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA FDI/SMILE TRAIN

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. • Buscar una cultura libre de culpas para facilitar la mejora de calidad. • Aprender de los incidentes de seguridad para mejorar la calidad de la atención. • Promulgar estándares mínimos de seguridad.
Pertinente	<p>Para que se considere pertinente, la atención oral debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar demoras innecesarias en el acceso y uso 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.

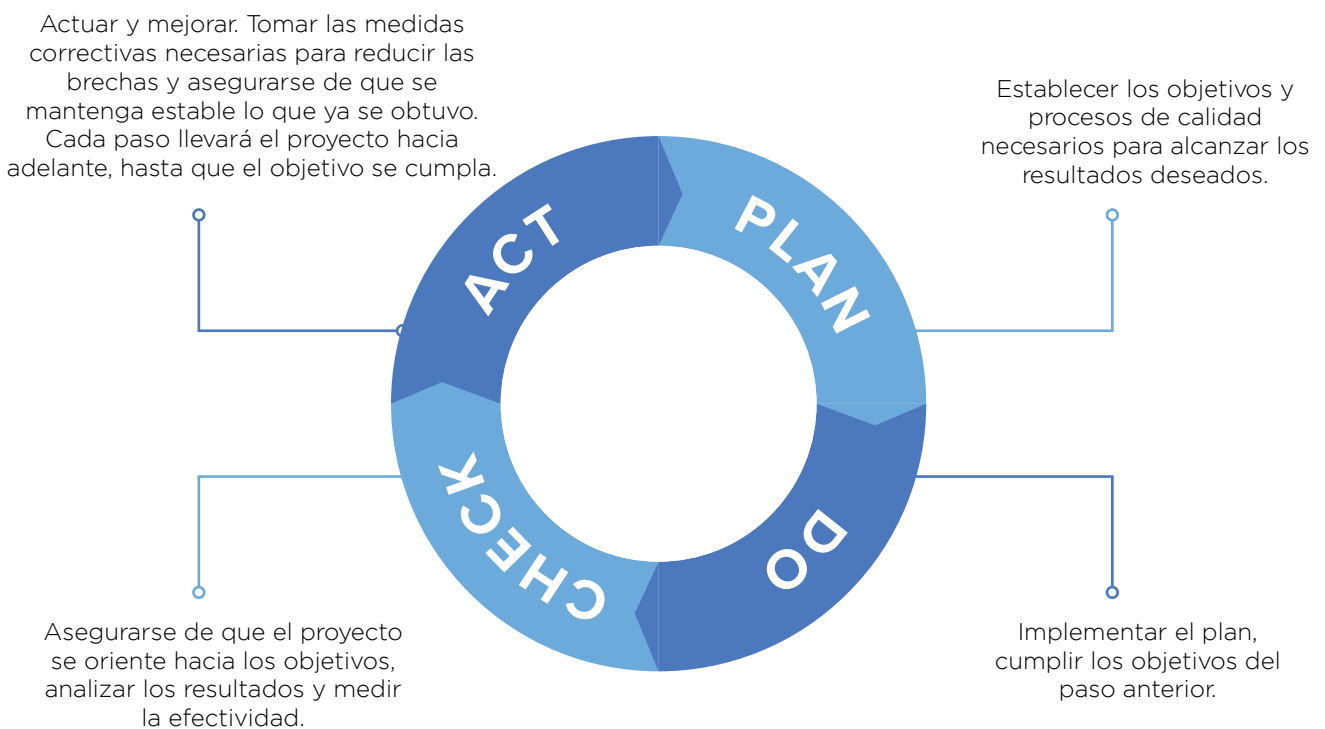
¿Por qué necesitamos un enfoque de calidad?

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:



Pasos para implementar una mejora 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 formación del personal para implementar la medida para la mejora de calidad	Capacitar a todo el personal en el nuevo método adoptado 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 de mejora debe 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 conviertan en 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 de manera abierta para mejorar la atención al paciente, los procedimientos o los sistemas. El líder de equipo debe utilizar el Protocolo de Seguridad y Calidad en 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.

