

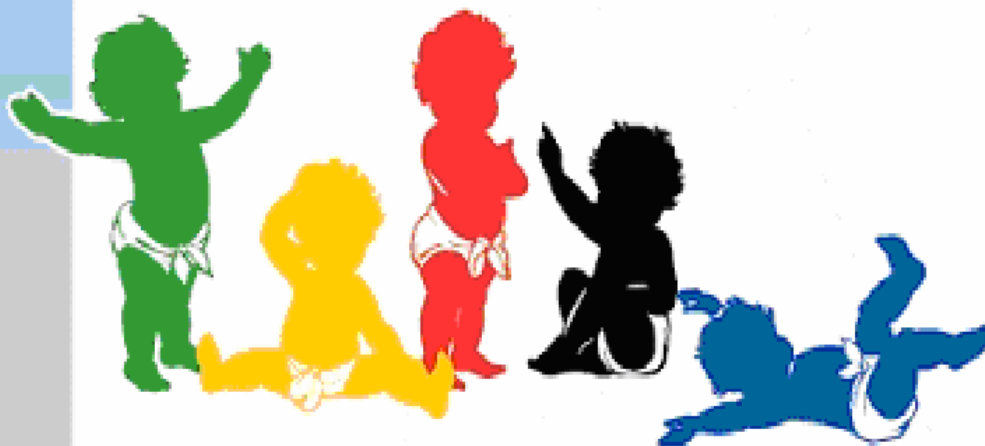
Asociación Peruana de Odontología para Bebés (ASPOB)

Propuestas para la Salud Bucal del Infante en América Latina y el Caribe

Declaración Lima - Perú 07-07-2007

**I Congreso Internacional y III Encuentro Peruano de
Odontología para Bebés**

5,6 y 7 de Julio de 2007



MESAS DE CONCERTACIÓN

“Evaluación y propuestas de protocolos para la Salud Bucal del infante en América Latina y el Caribe”

En la ciudad de Lima, siendo el día viernes 06 de Julio del 2007 en el marco del I Congreso Internacional y III Encuentro Peruano de Odontología para Bebés se instalaron a las 18:00 p.m. las mesas de concertación en los salones del Círculo Militar del Perú, sede del evento.

Mesa De Concertación N° 1

Tema: Propuestas sobre políticas de salud bucal en infantes

Presidenta:

Dra. Noemí Bordoni (Argentina)

Directora del Instituto de Investigación en Salud Publica de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora Titular consulta de la Facultad de Odontología de la UBA.

Integrantes:

C.D. Luis Arellano Lozano (Perú)

Past Decano del Colegio Odontológico del Perú y ex - Director Nacional de Salud.

C.D. Mg. Carlos Valdivieso Montoya (Perú)

Past Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Past decano del Colegio Odontológico del Perú.

C.D. Pedro Manuel Villavicencio Gallardo (Perú)

Coordinador de salud bucal del Ministerio de Salud del Perú.(MINSA) y Jefe del Departamento de Odontostomatología del Hospital Maria Auxiliadora.

C.D. Esp Odontopediatría Juan Noé Vives Contardo (Chile)

Profesor de Odontopediatría y Director del Diplomado de la Universidad de Talca.

C.D. Mg. Gorki José Maria Espinoza Ruiz (Ecuador)

Director Nacional del Instituto de capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana.

C.D. Mg. Ana Maria Díaz Soriano (Perú)

Coordinadora Docente del Departamento de Biosocial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

C.D. Edith Mercedes Falconí Salazar (Perú)

Docente del Post grado de Odontopediatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Jefa de Odontopediatría de la Institución ARIE para niños Discapacitados.

ACUERDOS

Se acuerda interpretar a las políticas públicas como guías de acción para la resolución de los problemas de interés público.

En base a ello, se acordó elevar las siguientes recomendaciones referidas al marco político y a las dimensiones técnico-políticas:

1. Otorgar identidad para el componente salud bucal dentro de las políticas de estado a través de su incorporación explícita en los lineamientos políticos, con especial énfasis en la gestante y el infante.
2. Instalar un abordaje estratégico para superar, si fuera necesario, los obstáculos para el reconocimiento de la salud bucal y sus determinantes entre las políticas de estado.
3. Fomentar la instalación de grandes acuerdos entre las universidades, el gremio odontológico y los servicios de salud para que actúen como un factor positivo conducente al reconocimiento gubernamental de la prioridad del componente salud bucal.
4. Instalar estrategias para reducir la distancia entre la producción de conocimientos y la toma de decisiones políticas.
5. Reconocer como actor político a la comunidad introduciéndola en el proceso político-administrativo a través de su participación en la gestión a nivel local atendiendo a sus necesidades y expectativas.
6. Identificar las necesidades, expectativas y demandas locales sobre salud bucal en especial las referidas a la gestante y el infante.
7. Reorientar los modelos de práctica odontológica – investigación, clínica y gestión- para focalizar las prioridades en salud bucal a partir de la gestación.
8. Aplicar la evidencia científica ligada al contexto como dispositivo para fortalecer la perspectiva de la salud bucal centrada en grupos prioritarios.
9. Introducir la multisectorialidad como estrategia para alcanzar cambios en salud bucal de gestantes e infantes.
10. Instalar y/o fortalecer las medidas masivas de prevención (fluoración de aguas, fluoración de sal o sustitutos) para controlar la caries dental en la gestante y el niño.
11. Introducir y/o fortalecer la vigilancia epidemiológica rigurosa de las medidas masivas de prevención.
12. Instalar y monitorear la obligatoriedad de la atención de salud bucal en las normas de atención de las gestantes y del infante
13. Protocolizar la atención de salud bucal de las gestantes y del niño desde el nacimiento para disponer de dispositivos que faciliten el cumplimiento de la norma garantizando su actualización sistemática de acuerdo con la evidencia científica contextualizada.

14. Estimular el desarrollo de programaciones locales por metas de servicio a nivel descentralizado, creando mecanismos para la colaboración entre las redes sectoriales y las redes sociales.
15. Reconocer como recursos humanos en salud bucal a todo actor que pueda desempeñarse en bien de la salud bucal de la gestante y del infante.
16. Recomendar la introducción y/o fortalecimiento de contenidos de gestión en la formación de recursos humanos sectoriales para estimular su capacidad de introducir innovaciones efectivas y eficientes en las diferentes formas de la práctica odontológica.
17. Estimular la formación de redes regionales tendientes al fortalecimiento de experiencias positivas referidas a la salud bucal de las comunidades.
18. Estimular el liderazgo de la profesión en la toma de decisiones políticas referidas a la salud bucal de la gestante y del infante.
19. Fijar políticas y estrategias de calidad total en la atención de salud bucal de la gestante y del infante, teniendo en cuenta la calidad de vida del binomio en su contexto familiar y social.

Mesa de Concertación N° 2

Tema: Estrategias educativas de salud bucal para el infante

Presidente:

C.D. Roberto Beltrán Neira

Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Integrantes:

C.D. Mg. PHD. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter (Brasil)

Presidente de la Sociedad de Odontopediatría del Brasil y Coordinador de la Maestría de la UNOPAR.

C.D. Carlos García Zavaleta (Perú)

Jefe del Departamento académico de Odontología Social de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

C.D. Mg. Mario Elías Podestá (Perú)

Presidente de la ASPOB y Director de la Unidad de Segunda Especialización de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

PhD. Silvio Myaki (Brasil)

Profesor de Odontopediatría de la Universidad Estadual Paulista

C.D. Mg. Flor de Maria Pachas Barrionuevo (Perú)

Docente Coordinadora de Departamento de Odontología Social y representante de la comisión de planificación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

C.D. Carlos Heredia Azerrad (Perú)

Profesor asociado de DAENA Universidad Peruana Cayetano Heredia

C.D. Marlene Seclén Núñez del Arco (Perú)

Servicio de Odontopediatría del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú

C.D. Mg. Víctor Manuel Velásquez Reyes (Perú)

Jefe de la Sección de Odontopediatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

C.D. Oswaldo Cava Arangoitia (Perú)

Jefe del Departamento Dental del Centro Ann Sullivan del Perú para personas con discapacidad y past miembro de Junta Directiva del COP.

ACUERDOS

- 1) La Universidad posee los recursos científicos, tecnológicos y humanísticos que se precisan para formular propuestas para la atención integral multidisciplinaria del infante y también de la gestante.
- 2) Las propuestas formuladas por la universidad deben ser aplicadas para su ensayo y comprobación en los servicios de salud con el objetivo de validarlas y aportar a su perfeccionamiento.
- 3) Las propuestas validadas en la práctica de los servicios de salud, con participación multidisciplinaria, deberán servir de retro alimentación a la universidad para que se investigue en diseños más avanzados la atención integral multidisciplinaria.
- 4) Es posible obtener la aceptación de las autoridades de salud para priorizar la atención de la salud bucal de la gestante y del infante, cuando se convenzan, mediante evidencia científica del potencial impacto que ejerce la educación preventivo promocional temprana en el futuro de la salud de la población.
- 5) Priorizar el trabajo multidisciplinario alrededor de la aceptación del concepto de la existencia de la "Odontología para bebés".
- 6) La justificación de carácter científico técnico y humanístico debe incluir el componente costo-beneficio para demostrar que la inversión que se hace en la atención temprana de la gestante y del infante produce un importante ahorro de recursos económicos en comparación con la forma tradicional de atención.
- 7) Realizar acciones conjuntas entre la universidad y el estado.
- 8) En cuanto al mayor alcance político que es posible lograr, se trata de que los actores de las decisiones del Estado reciban la información proveniente de la universidad y de los servicios a fin de que asignen a la atención integral de la salud bucal gestante y del infante la prioridad que le corresponde. En este sentido, se enfatiza la importancia que tiene la vinculación de la universidad con los servicios de salud.

- 9) Se debe enfatizar la información educativa a las madres en los establecimientos de salud y afines, la misma que debe ser impartida en un lenguaje simple.
- 10) Los profesores del área de odontopediatría deben asumir el reto de enseñar "Odontología para bebés".
- 11) Las facultades de odontología deberán revisar sus currículos para que sus alumnos tengan experiencias de atención tanto a la gestante, como al infante desde los primeros años de su formación profesional.
- 12) Priorizar el concepto de atención odontológica para bebés dentro de las universidades.
- 13) Promover la capacitación académica a nivel de pre y post grado en odontología para bebés.
- 14) Se debe comenzar a trabajar en la formación en pre grado con bebés, lo mas temprano posible.
- 15) El contacto del alumno con el bebé debe ser cuando el bebé acude al servicio y esto ocurre cuando el bebé tiene necesidad de atención o al cuarto mes de vida.
- 16) La formación del alumno en este campo se puede beneficiar con la vinculación de la facultad con los servicios de salud públicos y con las actividades extramurales en la misma comunidad.
- 17) Se debe propugnar a que los currículos de formación de los especialistas en pediatría, enfermería, obstetricia y otras carreras profesionales o técnicas que tengan contacto con este grupo poblacional, incluyan necesariamente los aspectos que atañen a la atención de la salud bucal tanto de la gestante como del infante.
- 18) Promover la capacitación del personal de salud, educadores u otros afines en el cuidado del infante y la madre.
- 19) Para que los programas sean estatales, hay que concienciar a las autoridades políticas, mostrando las ventajas de los aspectos económicos y el empoderamiento, teniendo en cuenta que la inversión en educación es pequeña en comparación al efecto que se consigue en prevención.
- 20) El odontólogo es capaz de motivar y capacitar por medio de estrategias educativo-preventivas a los pediatras, pero debe tener la confianza y sustento necesario en cuanto a los conocimientos que desea impartir.
- 21) El odontopediatra debe contar con conocimientos básicos de pediatría y viceversa.

Mesa de Concertación N ° 3

Tema: Dieta e Higiene bucal para el infante

Presidente:

PhD. Fabian Calixto Fraiz (Brasil)

Profesor asociado de la Universidad Federal de Paraná y Jefe de investigación de la UFPr y CNPQ.

Integrantes:

Mg. PhD. Maria Salete Nahás Pires Corrêa (Brasil)

Docente USP y Profesora de maestría en la UNICSUL

Mg. Liliana Takaoka(Brasil)

Jefe del centro de atención a niños prematuros de la Escuela Paulista de Medicina UNIFESP.

C.D. Gustavo Tello Melendez (Perú)

Docente y Coordinador de la Clínica del Bebé de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

C.D. Daniela Antonucci (Chile)

Docente de la Universidad Diego Portales

Esp. Odontopediatría Layla Yaned González Bejarano (Colombia)

Docente y Coordinadora del programa Línea de profundización integral hospitalaria del niño y adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Esp. Odontopediatría Marcia Moreira (Brasil)

Docente titular de las Universidades de Guaenlhas y Bandeirante de Sao Paulo.

Mg. Bertha Angélica Chávez González (Perú)

Coordinadora del post grado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Responsable del curso de post grado en odontopediatría de la Escuela de Perfeccionamiento Profesional del Colegio Odontológico del Perú.

Mg. María Inés Castro Hurtado (Perú)

Directora del post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

ACUERDOS

Todos los consejos alimentarios deben respetar la realidad socio cultural de la comunidad para la cual serán destinados, teniendo en cuenta las siguientes orientaciones:

- 1) Promover una alimentación saludable en el infante.

- 2) Tener en cuenta la edad del niño para considerar el tipo y los cuidados en su alimentación:
 - Después de la salida del primer diente (luego de los 6 meses) no se continuará con una alimentación totalmente líquida, se introducirá una alimentación pastosa que permita al niño ejercitar la masticación y con ello el desarrollo maxilofacial.
 - Se aumentará gradualmente la consistencia del alimento hasta llegar al año en donde deberá recibir la alimentación familiar.
 - No se recomienda el uso de azúcares antes del primer año de vida.
 - Después del primer año de vida deberá ser evitada la alimentación para dormir y durante el sueño.
- 3) Preconizar el uso de vasos desde temprana edad, si se usa biberón sólo será para el uso de leche.
- 4) De usar biberón, se recomienda utilizar la tetina odontológica u ortodóntica.
- 5) Debe evitarse la transmisión de microorganismos bucales al niño durante el acto alimentario de la siguiente manera:
 - No probar el alimento con la misma cuchara que alimentará al niño.
 - No soplar los alimentos para enfriarlos.
- 6) Capacitar a los profesionales de la salud y profesionales vinculados con la niñez, para el reconocimiento de los alimentos con potencial cariogénico.
- 7) Los productos alimentarios industrializados que sean cariogénicos o erosivos deberían tener en el rótulo: **“Este alimento puede producir daño a los dientes”**.

Higiene Bucal:

- 1) Las madres deben ser gradualmente estimuladas y motivadas para realizar la higiene bucal del bebé utilizando inicialmente un paño o gasa con agua hervida tibia o fría.
- 2) Con la erupción del primer diente se debe promover la higiene bucal del niño con cepillo dental infantil, en caso de no adaptarse o carecer del mismo, se puede mantener el uso diario de paño o gasa con agua hervida tibia o fría, sólo hasta la erupción de los molares; luego será imprescindible el uso del cepillo.
- 3) El bebé no debe dormir con la boca sucia.
- 4) Cepillar los dientes tres veces al día, después de los principales alimentos y obligatoriamente antes de dormir. Uso de dentífrico (ver mesa N°4).
- 5) Introducir después del primer año el uso de hilo dental por lo menos una vez al día, de preferencia en la noche, especialmente en niños con ausencia de espacios interdentes (diastemas) o con arco de Baume tipo II.
- 6) Se deberá entrenar y supervisar al responsable de la higiene de la boca del bebé.

Mesa de Concertación N° 4

Tema: Uso de Fluoruros en la infancia

Presidenta:

Mg. PhD. Rita Villena Sarmiento (Perú)

Profesora Principal del Departamento Académico de Odontología Social de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Integrantes:

Mg. PhD. Maria Naira Friggi (Brasil)

Profesora Titular de Odontopediatría de la Universidad de Ibirapira y Coordinadora del Curso de Especialización en Odontopediatría en APCD.

C.D. Irina Caro Rossel (Perú)

Past presidenta y Asesora de la junta directiva de la Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social, Consultora de la Asociación de APOM.

C.D. José Luis Portocarrero Pechiarovic (Perú)

Ex coordinador Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud del Perú y de la Disa IV.

Mg. PhD. Elaine Assis Boger (Brasil)

Profesora Adjunta de Odontopediatría de las Universidades de UNICID y Guarulhos.

C.D. Mercedes Valenzuela (Perú)

Coordinadora Nacional de Salud Bucal Equipo técnico DGSP-Ministerio de Salud del Perú.

Esp. Odontopediatría Gilmer Torres Ramos (Perú)

Docente de Odontopediatría del Colegio Odontológico de Lima y Odontopediatra asistente del Instituto Nacional de Salud del Niño Ministerio de Salud del Perú.

PhD. Pedro Antonio Ricart Reyes (Republica Dominicana)

Profesor de Odontopediatría de la Universidad Católica de Santo Domingo.

C.D, Mg. Lourdes Angela Benavente Lipa (Perú)

Docente Asociada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Odontopediatra asistencial ESSALUD.

Esp. Odontopediatría Vidal Antonio Pérez Valdés (Chile)

Profesor de Odontología Integral del niño de la Universidad de Talca y Jefe del Programa Odontológico de la VII región.

ACUERDOS

FLUORURO SISTÉMICO

- 1) Se deben identificar las fuentes de fluoruro sistémico a que esté expuesto el infante mediante anamnesis detallada.
- 2) Sólo se podrá utilizar un método de tipo sistémico, es decir o agua fluorada o sal fluorada o en caso se considere necesario, suplementos vitamínicos fluorados.
- 3) Los pediatras, odontopediatras u otros profesionales del área de la salud no deberían optar por recomendar el uso de suplementos vitamínicos fluorados, pero en caso lo consideren necesario, no deben indicarse en niños que residen en ciudades con agua fluorada o sal fluorada, y que ya iniciaron la adición de sal a su alimentación.
- 4) La concentración de fluoruro en el agua, dependerá de la zona geográfica, el clima o temperatura media ambiental y el Estado debe responsabilizarse del monitoreo público del mismo.
- 5) Se requiere identificar otras fuentes de ingestión de fluoruros a las que pueden estar expuestos los infantes, como: agua mineral, refrescos, comidas infantiles, leche en polvo, etc.

Es necesario:

- a) Realizar estudios basales y de control de calidad de la disponibilidad y estabilidad de los fluoruros tanto sistémicos (agua, sal o leche) como tópicos (dentífricos) en todos los países de América Latina.
- b) Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica continua con aliados estratégicos públicos y privados.
- c) Establecer una política de fluoruros de acuerdo a cada país, reglamentando la adición, prescripción y uso de fluoruros en sus diferentes presentaciones.
- d) Realizar estudios previos sobre la ingestión, metabolismo y excreción de fluoruros en niños con el objetivo de determinar la exposición a métodos sistémicos y tópicos en la población infantil, para de esta manera identificar si los niños están expuestos a dosis adecuadas y no existe riesgo de fluorosis ($>0.07 \text{ mgF} \times \text{Kg/día}$).

FLUORURO TÓPICO. Uso domiciliario (dentífricos)

- 1) Basados en las recomendaciones internacionales de la Asociación Dental Americana (ADA), Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD), Asociación Americana de Pediatría (AAP), el Centro del Control de Enfermedades (CDC), Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), así como del Forum Mundial de Fluoruros (2003), se sugiere que el inicio de su recomendación sea a partir de los 2-3 años de edad; sin embargo, el pediatra u odontopediatra podrían recomendarlo antes, teniendo en consideración las orientaciones pertinentes de dosis y frecuencia diaria.
- 2) En infantes con riesgo de caries identificado, se sugiere utilizarlo con la erupción del primer molar primario y únicamente una vez al día, en la noche. Los otros cepillados se realizarán con agua. A partir de los dos años se podrán realizar 2 cepillados con dentífrico y a partir de los 3 años se podría iniciar su recomendación 3 veces al día respetando la dosis recomendada y la habilidad para escupir.
- 3) Siempre usar una pequeña cantidad de crema dental, equivalente a una lentejita (0.10 a 0.30 g) o instruir para colocar la crema dental a lo ancho del cepillo, presionándola para que se introduzca entre las cerdas, mediante la Técnica Transversal, siempre y cuando sea un cepillo infantil correspondiente o adaptado a la edad.
- 4) Se recomienda el uso de dentífricos de 400 - 600 ppm F, especialmente en niños residentes de ciudades con métodos sistémicos de fluoruración (agua o sal fluorada).
- 5) Incentivar y enseñar desde edades tempranas a escupir y no ingerir el dentífrico.
- 6) Los dentífricos fluorados deben ser prescritos por el profesional, indicando dosis y frecuencia de uso diario.
- 7) El rotulado de los envases de dentífricos fluorados debe indicar el uso de pequeña cantidad, la concentración de fluoruros en partes por millón (ppm), advertencias sobre no dejar el dentífrico al alcance de los niños y colocar un mensaje dirigido a los padres **“niños menores de 2 años, consulte con su dentista antes de utilizarlo”**.
- 8) Propagandas que induzcan indirecta o directamente a la ingestión, o al uso excesivo de dentífrico, deberían ser prohibidas mediante resoluciones ministeriales. Diseños o fotos de cepillos cubiertos con gran cantidad de dentífrico, o frases como: “delicioso sabor que encanta a los niños” no deberían ser incluidas en los envases o en el material técnico y propagandístico de productos infantiles.

Responsables de la Coordinación de las Mesas de Concertación:

C.D. Mg. Bertha Angélica Chávez González

C.D. Mariela Ruthsana Romero Velarde

CD. Mg. PhD. RITA VILLENA SARMIENTO
PRESIDENTA
I CIOB Y III EPOB, LIMA 2007

CD. Mg. MARIO ELIAS PODESTA
PRESIDENTE
ASPOB