

**MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD BUCAL PARA LA PRIMERA INFANCIA:
REVISIÓN TEMÁTICA**

Laura Vanessa Pinzon Falla

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA - FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
BOGOTA DC.- MAYO -2019**

HOJA DE IDENTIFICACION

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Modelos de atención en salud bucal para la primera infancia: revisión temática
Grupo de Investigación:	Investigación en Salud Bucal Pública y Comunitaria -INVBOCA
Línea de investigación:	Gestión de servicios de salud
Tipo de investigación:	Grupo de investigación-Pregrado
Estudiantes:	Laura Vanessa Pinzon Falla
Director:	María Clara Gonzalez
Codirector/ Asesor metodológico:	Juan Camilo Tocora

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LOPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen	
Abstract	
	Pág.
1. Introducción	1
2. Marco Teorico	3
3. Antecedentes	7
3. Objetivos	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
4. Metodología para el desarrollo de la revisión	11
a. Tipo de estudio	11
b. Métodos	11
1. Pregunta(s) orientadoras	11
2. Estructura de la revisión	11
3. Búsqueda de información	11
a. Selección de palabras claves por temática	12
b. Estructuración de estrategia de búsqueda por temática	12
c. Resultados de aplicación de estrategia de búsqueda por temática en bases de datos(Pubmed -Embase)	13
d. Preselección de artículos por temática	14
4. Selección de artículos por temática	23
5. Proceso de extracción de información de artículos por temática	23
10. Consideraciones en Propiedad Intelectual	24
a. Sustento legal	24
11. Resultados	25
1. Resumen de proceso de búsqueda de información	25
2. Resultados de proceso de extracción de información	25
12. Discusión	59
13. Conclusiones	62
14. Referencias bibliográficas	63

RESUMEN

MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD BUCAL PARA LA PRIMERA INFANCIA: REVISIÓN TEMÁTICA

Antecedentes: Los modelos de atención en salud oral reportados en la literatura se consolidan bajo tres paradigmas fundamentales, el primero consiste en el trabajo interdisciplinar entre las diversas áreas de la salud y la cooperación con otros actores de la cultura, recreación y educación. El segundo consiste en la conformación de equipos de atención primaria en salud donde el odontólogo participa, priorizan la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. El tercero consiste en modelos de atención, que modifican los modelos curativos y pasan a modelos integradores centrado en la promoción de la salud pero con capacidad resolutoria a las principales causas de morbilidad. **Objetivo:** Realizar una revisión narrativa de la literatura y análisis comparativo acerca de los modelos y/o estrategias de atención en salud bucal para la primera infancia. **Metodología:** Se realizó una revisión temática mediante una matriz de búsqueda de la bibliografía relacionada con los buscadores sobre modelos de salud y primera infancia o palabras relacionadas, en los que se abordan temas asociados a políticas de salud oral, modelos de atención y estrategias en salud oral en español e inglés. **Resultados:** De acuerdo a las palabras claves, se realizó la búsqueda de la información en la base de datos Pubmed-Embase, se seleccionaron un total de 70 artículos de diferentes países como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Brasil, México, Argentina, Perú, Japón, China, Colombia, entre otros. Fueron incluidos artículos de revisión, documentos de políticas en salud gubernamentales de distintos países. De los 70 artículos, se eliminaron 20 ya que no cumplían con los criterios de edad y tipo de población. Los modelos de atención más encontrados fueron programas de salud oral nacionales y programas enfocados en la prevención. **Conclusiones:** Los modelos de atención en salud oral para la primera infancia que se hallaron, tienen un enfoque preventivo que permiten una mejora en la salud bucal y la calidad de vida de los niños. **Palabras claves:** (Estrategias, modelos, acciones, ruta de atención integral).

ABSTRACT

ORAL HEALTH ATTENTION MODELS FOR EARLY INFANCY: THEMATIC REVISION

Background: Oral health attention models are reported in literature within three fundamental paradigms: the first consists of inter-disciplinary work between diverse health areas and cooperation with others such as culture, recreation and education; the second consists in the formation of primary attention teams with participation of dentists, prioritisation of health promotion and disease prevention; the third are attention models which modify treatment protocols by their integrating structure centred on health promotion with resolving capabilities regarding main morbidity causes.

Objective: to develop a narrative revision of literature and comparative analysis regarding models and strategies of oral health for early infancy.

Methodology: a thematic revision was carried out with a search matrix of bibliography related with health, early infancy and related words on search engines which cover topics related with oral health policies, attention models and oral health strategies in Spanish and English.

Results: Data was searched in PubMed-Embase as per the key words and 70 articles were selected from The United States, New Zealand, Australia, Brazil, Mexico, Argentina, Peru, Japan, China and Colombia, including revision articles and government health policy documents; from these, 20 were eliminated for not complying with age and type of population criteria. The most common attention models were national oral health programs and those focused on prevention. **Conclusions:** Oral health attention models for early infancy have a preventive focus which allow for its improvement and quality of life for children.

Key words: strategies, models, actions, integral attention route.

INTRODUCCIÓN

La salud oral es el estado de bienestar físico, mental y social que hace posible el desarrollo integral de la población de primera infancia ya que promueve y garantiza la adecuada función masticatoria y del lenguaje además de tener una contribución en el área psicosocial del individuo, múltiples patologías orales se hacen presentes en esta población como la caries y gingivitis que son enfermedades prevenibles y relacionadas con el autocuidado de la salud oral, consecuencia de malos hábitos nutricionales o malas prácticas de higiene oral. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014)

La Organización Mundial de la Salud OMS, reconoce que en el caso de la caries dental hay desigualdades marcadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo e incluso dentro de los propios países y que esta enfermedad se constituye en un grave problema de salud pública al reconocer que tiene un impacto sobre los individuos y las comunidades en términos de dolor, sufrimiento, deterioro de la función y reducción de la calidad de vida; en todo el mundo la mayor carga de las enfermedades bucales se concentra en las poblaciones más pobres y marginadas. (Ministerio de Salud de Colombia, 2017)

La caries dental es una de las condiciones que afecta con mayor frecuencia a la salud oral. Esta se presenta alrededor del 60 y 90% de la población escolar y adultos. (World Health Organization, 2002) En estudios realizados, se encontró que los niños con difícil acceso a los servicios de salud, desde el primer año de vida presentan caries, aumentando progresivamente al 10% durante el segundo año de vida y a los 5 años, 3 de cada 4 niños tenían caries en los dientes temporales. De igual forma estudios han demostrado que en los países desarrollados como EE.UU y Suecia el porcentaje de niños de 5 y 6 años libres de caries es de 50 y 72% respectivamente. Mientras que en países europeos en desarrollo se encuentra un porcentaje entre 10 y 30% de niños libres de caries. (Infirri & Barnes, 2005)

La atención integral en salud es el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan mediante los modelos de atención dirigidos a personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Los modelos de atención en salud son la interacción de la población con los servicios, se implementa

mediante prácticas sociales y hace énfasis en la participación de la población como proceso en la generación de salud, son sistemas organizados de prácticas capaces de ser replicados y que cuentan con diferentes grados de consenso social para su implementación. (Ministerio de Salud de Colombia, 2016)

Los modelos de atención en salud oral necesitan de la introducción de 3 paradigmas fundamentales para responder a las crecientes necesidades de la población, el primero es el trabajo interdisciplinar médico-odontólogo y la cooperación de diferentes sectores como lo son la educación, alimentación, recreación y cultura. La segunda es la conformación de quipos básicos de salud donde esté involucrado de manera directa el odontólogo, de esta manera se obtendrá un aporte rico en conocimientos, sumando esfuerzos en la promoción y prevención de la salud oral y general. El último paradigma consiste en cambiar los modelos de atención pasando de un modelo curativo- individual a un modelo integrador centrado en la promoción de la salud. El primero no responde a las necesidades de la población mientras el segundo se apoya en intervenciones comunitarias, en la atención primaria de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción de exposición y riesgo. (Contreras, 2016)

En Colombia se han desarrollado estrategias de gran valor como lo es la estrategia de atención integral a la primera infancia de cero a siempre la cual es un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los niños de primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014)

El propósito de este proyecto consiste en desarrollar una revisión narrativa de la literatura y un análisis comparativo acerca de los modelos y/o estrategias de atención en salud bucal para la primera infancia.

MARCO TEÓRICO

Modelos de atención en salud: corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva. 2 son estrategias desarrolladas en diferentes países del mundo en el sector salud en los cuales se busca brindar atención médica abarcando todos los aspectos y medios posibles del servicio a la comunidad, dando especial atención a los más vulnerables y llegando hasta los lugares más remotos o lejanos del territorio nacional, cada uno lo hace conforme a los recursos disponibles y a las políticas particulares de su país, todos estos modelos varían según los sistemas de salud ya establecidos y las directrices que establece el ministerio de salud. (Ministerio de Salud de Colombia, 2016)

En la serie “The Lancet’s new Series, Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale” llevada a cabo en Estados Unidos se revela la importancia de invertir en el desarrollo en la primera infancia es esencial para que más niños, niñas y comunidades prosperen. (WHO, 2016) Colombia ha realizado grandes esfuerzos en la promoción y prevención de la salud bucal, el propósito está en el desarrollo metodológico, conceptual diseño de políticas, planes y proyectos, encaminados a cumplir retos y metas en la atención oral de la primera infancia. Por lo tanto los modelos de atención oral hablan de las necesidades de concretar los procesos de atención en la primera infancia, el estado de la salud bucal a nivel de políticas de promoción y prevención por enfermedades recurrentes como la caries y la enfermedad periodontal. Los resultados que arrojan las encuestas con el Sistema Nacional de Encuestas ENSAB IV, menciona que hay un incremento de estas patologías. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014) La Organización Mundial de la Salud OMS menciona que América Latina tiene las condiciones más desfavorables en enfermedades bucodentales.

En América Latina y el Caribe, se conocen datos de caries dental y necesidad de tratamiento periodontal, en los cuales se evidencia que en estos países existe una alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal y se encuentra con mayor prevalencia en las poblaciones con bajos ingresos y nivel de educación bajo. Además, se han identificado fallas en la atención odontológica, ya que no es organizado, no es financiado suficientemente y no hay personal. La atención de calidad solo se encuentra en las zonas urbanas y de ingresos altos. Otro de los factores importantes que complica el panorama de salud oral en América

Latina y El Caribe, es que se brindan tratamientos curativos y no preventivos. Esto se evidencia en las facultades de Odontología, las cuales ofrecen pocos programas acerca de la salud pública odontológica. (Estupiñan *et al.*, 2006)

Existe una desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios de salud, el cual está determinado desde la perspectiva económica. Esto se evidencia ante los servicios odontológicos, a los que los niños y poblaciones de las zonas urbanas tienen derecho a acudir, esto a comparación de las poblaciones de zonas rurales a quienes se les presentan diferentes barreras de acceso como económica y geográfica. En algunos países entre los que se encuentran Brasil, Colombia, México, se puede evidenciar estas desigualdades. En donde las pirámides poblacionales económicas son las que más afectan el acceso de toda la población a un servicio odontológico de calidad. Las personas que integran el ápice de esas pirámides son las que pueden recibir un servicio odontológico privado y de calidad. Esto es evidenciado en la prevalencia de caries de niños de la primera infancia en estas poblaciones donde los ingresos son bajos. En algunos países, han logrado implementar sistemas de salud nacionales que tengan una cobertura nacional, así brindando atención preventiva y tratamientos oportunos a los niños, mejorando su calidad de vida. (Sanabria *et al.*, 2015)

El Noroeste de Inglaterra tiene algunos de los niveles más altos de caries experimentados en el Reino Unido, el 47% de los niños de 5 años son los más afectados. En Escocia, aunque el nivel de caries dental ha disminuido en los últimos años, aproximadamente el 25% de los niños todavía experimentan caries en la dentición primaria. En la primera infancia la mayoría de veces la caries no es tratada, siendo el tratamiento dental más común la extracción dental. Los estudios de intervención basados en enfoques motivacionales, las intervenciones que toman en cuenta las actitudes y creencias de los padres hacia los comportamientos de salud oral de los niños han demostrado ser más eficaces, establecer comportamientos saludables en los niños pequeños puede conducir a ahorros significativos en el cuidado dental y bienestar, mejorado y calidad de vida. (Pine *et al.*, 2015)

Los investigadores estadounidenses han desarrollado intervenciones exitosas que influyen a los padres a adoptar y mantener conductas preventivas dentales para sus hijos, utilizando como herramienta entrevistas motivacionales, lo que impacta positivamente en el cambio de actitudes negativas, creencias y comportamientos. Se han implementado dos tipos

de intervenciones, en la primera entrevistas motivacionales combinado con técnicas de cambio de comportamiento (cepillado de dientes, control de azúcar y asistencia dental regular) fue diseñada para ser entregada a padres de niños que han tenido una extracción dental. La segunda intervención es una consulta de 30 minutos donde se fijarán metas, se establecerá comportamientos de riesgo dental infantil y la disposición a cambiar estos comportamientos, seguido de la motivación al padre de hacer los cambios necesarios para mejorar la salud bucal de su hijo mediante una comunicación respetuosa y colaborativa con el padre. (Duijster *et al.*, 2015)

Las extensas diferencias de salud que experimentan los indios americanos y los nativos de Alaska incluyen enfermedades bucales, como caries y enfermedad periodontal. La prevalencia de caries en la infancia temprana en los Estados Unidos es más alta en los niños de las comunidades indígenas. Un estudio reciente de la enfermedad oral en la reserva de Pine Ridge reveló que el 84% de los niños tenían caries no tratadas. las entrevistas motivacionales (IM) es un enfoque de intervención conductual que se desarrolló por primera vez para su uso con el alcohol y las poblaciones de abuso de sustancias, se trata de la intervención de la preparación para el cambio con respecto al comportamiento, las entrevistas motivacionales utilizan técnicas que suscitan declaraciones de auto-motivación y colocan la responsabilidad del cambio directamente bajo el control del cliente, el estudio fue realizado en madres indias americanas el cual evalúa la efectividad de la entrevista motivacional en reducción de la experiencia de caries en niños menores de tres años, La intervención consiste en cuatro visitas, la primera poco después del parto, y de nuevo cuando los niños alcanzan los 6, 12 y 18 meses de edad. (Batliner *et al.*, 2014)

La salud oral es parte fundamental de la salud general y la calidad de vida de los niños. Esto se define bajo las funciones que requiere tener una salud oral adecuada, tales como: hablar, masticar, sonreír y reconocer el sabor y texturas de los alimentos. Cuando se ve afectada la salud oral, se evidencian síntomas como dolor, incomodidad y alteraciones estéticas. En cuanto a la caries, esta ocasiona un impacto negativo en la calidad de vida de los niños, ya que tendrá una mayor experiencia de dolor, dificultad para alimentarse, pérdida de peso, disminución del apetito, dificultad para dormir, bajo rendimiento escolar y pérdida de motivación en la escuela. (Abanto *et al.*, 2010)

La gingivitis y la pérdida de dientes también afectan la calidad de vida de los niños. Ya que baja el autoestima de los niños, afectando sus relaciones sociales y el aspecto psicológico. Por lo que es necesario motivar a los niños a cuidarse los dientes para que se puedan alimentar adecuadamente y a la vez mejoren su apariencia personal. Las maloclusiones son después de la caries y la gingivitis, uno de los problemas que más se reportan en la consulta diaria. Ya que generan trastornos en la función y en la estética, además de ocasionar problemas funcionales y psicológicos. Esto debido a que el niño no va sonreír con tranquilidad, causando un impacto a nivel psicológico afectando su calidad de vida. (Díaz *et al.*, 2015)

La caries de la infancia temprana, es una enfermedad que resulta costosa y afecta tanto a los padres, como a la salud pública. Esto se debe a que el tratamiento es costoso debido a la poca cooperación que tienen los niños a esta edad, lo cual se debe a la presencia de síntomas que afectan al niño. En algunos casos se debe usar anestesia general, para poder realizar el tratamiento. Estos tratamientos consisten en la restauración del diente o en casos avanzados en la exodoncia y se dan las recomendaciones para el cuidado de los demás dientes. Si no se realizan estos tratamientos, se puede generar un absceso dental, celulitis facial, dolor y maloclusiones que en ocasiones terminan con la hospitalización del niño y una afectación en su calidad de vida. Se ha evidenciado que el tratamiento restaurativo es más costoso cuando el niño tiene caries, es más económico el tratamiento preventivo. Las familias de escasos recursos son las más afectadas ya que, aunque no ocurre en todos los casos, asisten a las consultas cuando el niño presenta caries avanzadas y esto termina de afectar su economía. (Torres *et al.*, 2015)

ANTECEDENTES

Iberoamérica en total alberga una población de 650 millones de personas, de los cuales 600 millones habitan en América Latina y que representan el 9% de la población mundial. Los países más grandes en extensión y población están encabezados por Brasil, con 210 millones de personas, seguido por México, con 135 millones de personas. Colombia es el tercer país en población, con 48 millones de habitantes; España es el cuarto y Argentina, en el puesto quinto, posee 41 millones de habitantes. Uno de los problemas más estructurales de América latina es la pobreza y las inequidades sociales en amplios segmentos de la población. Así, un 5% al 10% de la población tiene los mejores trabajos, la mejor educación, las mayores oportunidades de empleo y el rápido acceso a la salud, mientras que un 30% al 50% de la población posee un alto grado de necesidades básicas insatisfechas.

Estos aspectos de pobreza en amplios segmentos de la población generan barreras en el acceso a la salud, además las personas en extrema pobreza tienden a valorar más el acceso a la alimentación y agua potable que el cuidado de la salud en general, y menos importante es aún la salud oral. Los modelos de atención en salud oral necesitan de la introducción de 3 paradigmas fundamentales para responder a las crecientes necesidades de la población, el primero es el trabajo interdisciplinario médico-odontólogo y la cooperación de diferentes sectores como lo son la educación, alimentación, recreación y cultura. La segunda es la conformación de equipos básicos de salud donde esté involucrado de manera directa el odontólogo, de esta manera se obtendrá un aporte rico en conocimientos, sumando esfuerzos en la promoción y prevención de la salud oral y general.

El último paradigma consiste en cambiar los modelos de atención pasando de un modelo curativo-individual a un modelo integrador centrado en la promoción de la salud. El primero no responde a las necesidades de la población mientras el segundo se apoya en intervenciones comunitarias, en la atención primaria de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción de exposición y riesgo. Brasil es uno de los pocos países latinoamericanos que ha logrado resultados poblacionales tangibles al proponer una política nacional de promoción de la salud oral denominada Brasil sonriente-2004, y se ha integrado en el sistema único de salud SUS provisto por el Estado (se creó en 1988, es un sistema gratuito que se complementa con un enfoque de salud familiar o salud colectiva, un ejemplo

digno de imitar en el continente y en el mundo) y que posee indicadores fehacientes del avance de la atención primaria de la salud y la promoción de la salud para el control de caries, la pérdida de dientes y el control del cáncer oral a nivel poblacional, Este enfoque promocional se ha realizado con éxito en algunos países como Suecia, Dinamarca, con una reducción importante de las tasas de caries dental.

Iberoamérica comprende una heterogénea agrupación de países, personas y culturas cuyo estado de salud general y oral se encuentran directamente relacionados con: 1) el grado de desarrollo del país 2) elevados niveles de pobreza e inequidades sociales que afectan amplios sectores de la población; 3) variados tipos de sistemas de salud; 4) existen marcadas diferencias en el desarrollo entre las regiones.

Los desafíos más importantes para la salud oral en el siglo XXI para Iberoamérica se refieren a la transferencia de conocimientos y experiencias en el cuidado de la salud oral preventiva para los pobres y desfavorecidos, el fortalecimiento de los programas de salud pública mediante la implementación de medidas efectivas para prevenir las enfermedades y la promoción de la salud oral es un asunto urgente. Mejorar la salud oral es un objetivo muy difícil en los países en desarrollo, por la ausencia de políticas centrales que privilegien la salud oral agravada, porque tenemos un envejecimiento de la población y un incremento en la expectativa de vida que demanda más atención entre los adultos mayores.

En Colombia se han desarrollado estrategias de gran valor como lo es la estrategia de atención integral a la primera infancia de cero a siempre la cual es un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los niños de primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición. Esta estrategia se ha implementado básicamente en la movilización de recursos de todos los orígenes, cooperación nacional e internacional que han logrado el apoyo a acciones de atención integral, el acceso a bienes y campañas de salud y cultura en todo el territorio nacional.

Teniendo en cuenta el propósito del estudio es realizar una revisión narrativa de la literatura y análisis comparativo acerca de los modelos y/o estrategias de atención en salud bucal para la primera infancia. Este estudio ayudará a conocer cuáles son los modelos de atención en salud oral en niños de la primera infancia a nivel mundial, explorando países de los diferentes continentes y evidencia cual ha sido su impacto, para de esta forma aplicarlos en las poblaciones de nuestro país y que se aplicado en las facultades de Odontología para la mejora continua de la atención a la primera infancia. Este estudio pertenece a una línea de investigación activa de la Universidad El Bosque; se cuenta con la experticia técnica del asesor temático y también con el asesor metodológico creadores de la línea investigativa; este proyecto no requiere de financiación y tampoco involucrara sujetos como parte de la investigación, ya que corresponde a una revisión literaria; se cuenta con el tiempo suficiente por parte de los investigadores para el protocolo de investigación que incluye la fase de consulta de base de datos, bibliográfica y búsqueda de información.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Realizar una revisión narrativa de la literatura y análisis comparativo acerca de los modelos y/o estrategias de atención en salud bucal para la primera infancia.

Objetivos específicos:

- Describir los modelos y estrategias de atención en salud bucal reportados en la literatura para la primera infancia.
- Analizar los modelos y estrategias implementadas para la primera infancia que han sido exitosas.
- Evaluar los resultados y el impacto de los diferentes modelos y estrategias implementadas para la salud bucal de la primera infancia.

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA REVISIÓN

a. Tipo de estudio:

Revisión narrativa de la literatura: constituyen análisis de la literatura publicada en libros o artículos de revistas indexadas, son de tipo cualitativo.

b. Métodos

El método usado para la recolección de información corresponde a una revisión sistemática mediante una matriz de búsqueda de la bibliografía relacionada con los buscadores modelos de salud and primera infancia o palabras relacionadas, en los que se abordan temas asociados a políticas de salud oral, modelos de atención y estrategias en salud oral en español e inglés.

Técnica: matriz de búsqueda, análisis de textos; artículos científicos, libros y revistas indexadas.

1. Pregunta de la revisión

¿Qué modelos de atención en salud bucal se han implementado para la primera infancia y se han reportado en la literatura científica?

2. Estructura de la revisión

Teniendo en cuenta la pregunta, se establece la estructura la revisión de acuerdo a las temáticas que se van a desarrollar

- Introducción/objetivo
- Metodología de búsqueda de Información
- Estrategias
- Acciones
- Modelos
- Programas
- Rutas de Atención integral

3. Búsqueda de información:

a. Selección de palabras claves por temática

Tabla 1.- SELECCIÓN DE PALABRAS CLAVES		
Temática	Modelos de atención en Salud bucal para la primera infancia	
Variable	Palabras claves	
Estrategias o acciones	Palabra clave	Estrategias en la primera infancia
	Términos [MeSH] ingles	Health Promotion , Primary Prevention
	Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués	atención sanitaria, niños, prevención y promoción de la salud

	Sinónimos / Términos relacionados	Acciones
Modelos	Palabra clave	Modelos de atención
	Términos [MeSH] ingles	Quality of Health Care , Child Health Services
	Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués	Calidad de la Atención de Salud , Servicios de Salud del Niño
	Sinónimos / Términos relacionados	Sistemas de salud

Programas	Palabra clave	Programas en salud oral
	Términos [MeSH] ingles	National Health Programs, Government Programs , Public Health
	Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués	Programas Nacionales de Salud , Programas de Gobierno , Salud publica
	Sinónimos / Términos relacionados	
Rutas de atención integral	Palabra clave	Rutas de atención integral
	Términos [MeSH] ingles	Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions , Outcome Assessment (Health Care)
	Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués	Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones , Evaluación de Resultado (Atención de Salud)
	Sinónimos / Términos relacionados	Atenciones individuales

b. Estructuración de estrategia de búsqueda por temática

Tabla 2. ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	
Temática	Modelos de atención en Salud bucal para la primera infancia
#1	Health promotion OR Primary prevention
#2	Quality of Health Programs OR Child Health Services
#3	National Health Programs OR Government Programs OR Public health
#4	Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of interventions OR Outcome Assessment
#5	Health promotion OR Quality of Health Care OR National Health Programs OR Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of interventions

#6	#1 or #2 (Health promotion OR Primary prevention) OR (Quality of Health Care OR Child Health Services OR Public Health)
#7	#3 AND #4 (National Health Programs OR Government Programs) OR (Public Health Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions OR Outcome Assessment (Health Care))
#8	#1 or #3 (Health Promotion OR Primary prevention) OR (National Health Programs Or Government Programs OR Public Health)
#9	#1 or #4 (Health promotion OR Primary prevention) OR (Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions OR Outcome Assessment (Health Care))
#10	#2 or #3 (Quality of Health Care OR Child Health Services) OR (National Health Programs OR Government Programs OR Public Health)
#11	#2 or #4 (Quality of Health Care OR Child Health Services) OR (Evaluation of the Efficacy – Effectiveness of Interventions OR Outcome Assessment (Health Care))

c. Resultados de aplicación de estrategia de búsqueda por temática en bases de datos (Pubmed -Embase)

Tabla 3. Resultados aplicación de Estrategia de búsqueda por Temática Pubmed o EMBASE Sort by: Relevance Fecha:			
Temática		Modelos de atención en Salud bucal para la primera infancia	
Búsqueda	Algoritmos	Cantidad de artículos encontrados	Cantidad seleccionada por Título/ abstract
#1	Health promotion OR Primary prevencion	128.986	
#2	Quality of Health Care OR Child Health Services	<u>517.063</u>	
#3	National Health Programs OR Government Programs OR Public Health	<u>622.911</u>	
#4	valuation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions OR Outcome Assessment (Health Care)	<u>23.989</u>	
#5	Health promotion OR Quality of Health Care OR National Health Programs OR Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions	<u>526.643</u>	
#6	#1 or #2 (Health promotion OR Primary prevencion) OR (Quality of Health Care OR Child Health Services OR Public Health)	<u>671.699</u>	
#7	#3 AND #4 (National Health Programs OR Government Programs) OR (Public Health Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions OR Outcome Assessment (Health Care))	<u>22.989</u>	

#8	#1 or #3 (Health promotion OR Primary prevention) OR (National Health Programs OR Government Programs OR Public Health)	8.249	
#9	#1 or #4 (Health promotion OR Primary prevention) OR (Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions OR Outcome Assessment (Health Care))	3.156	
#10	#2 or #3 (Quality of Health Care OR Child Health Services) OR (National Health Programs OR Government Programs OR Public Health)	958	
#11	#2 or #4 (Quality of Health Care OR Child Health Services) OR (Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions OR Outcome Assessment (Health Care))	439	10

d. Preselección de artículos por temática

Tabla 4. Preselección de artículos por temática	
TEMATICA	
BASE DE DATOS	PUBMED
ALGORITMO FINAL	
artículos preseleccionados Referencia -estilo Vancouver y abstract	

Wang X, Guo G, Zheng J, Lu L. Programmes for the prevention of mother-to-child HIV infection transmission have made progress in Yunnan Province, China, from 2006 to 2015: a cost effective and cost-benefit evaluation. *BMC Infect Dis.* 2019 Jan 17; 19(1):64. Doi: 10.1186/s12879-019-3708-x.

BACKGROUND: *Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV programmes have substantially reduced HIV infections among infants in Yunnan Province, China. We conducted a macro-level economic evaluation of Yunnan's PMTCT programmes over the 10 years from 2006 to 2015 from a policymaker perspective.*

METHODS: *The study methodology was in accordance with the guidelines from the Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. We quantified the output from the Yunnan's PMTCT programmes by estimating the number of paediatric HIV infections averted and the relative savings to both the health care system and society. The return-on-investment ratio (ROI) was calculated as the output (numerator) divided by the input (denominator).*

RESULTS: *We have found that the US\$ 49 million investment in Yunnan's PMTCT programmes over the period from 2006 to 2015 averted an estimated 2725 new paediatric HIV infections and resulted in an estimated 134,008 QALY acquired. It saved an estimated US\$ 0.5 billion in treatment expenditures for Yunnan's healthcare system and nearly US\$ 3.9 billion in productivity. The ROI was 88.4, meaning every US\$ 1 invested brought about US\$ 88.4 in benefits.*

CONCLUSIONS: *Our results support the ongoing investment in PMTCT programmes in Yunnan Province. The PMTCT strategy is a cost effective and cost-benefit strategy in the periods from 2006 to 2015. Despite higher investments in the future, the overall investment in the PMTCT programmes in Yunnan province could be offset by averting more paediatric infections.*

Hilger-Kolb J et al. Identification of starting points to promote health and wellbeing at the community level - a qualitative study. *BMC Public Health.* 2019 Jan 16;19(1):75. doi: 10.1186/s12889-019-6425-x.

BACKGROUND:

As health is influenced by the social, economic and environmental conditions in which individuals live, local communities are an ideal setting to promote health and wellbeing. However, up to now various health promotion interventions at the community level have had limited success, perhaps related to an incomplete understanding of local contexts and priorities. We therefore aimed to develop a broader and deeper understanding of topics or issues that were most salient to residents of a South-West German community by exploring their perceptions of needs, challenges, barriers and existing resources related to health and wellbeing.

METHODS:

As an initial step of a multi-year community-based participatory research project, we conducted semi-structured interviews with key informants (n = 30) from various community settings (e.g., child care, elderly care, businesses, non-profit organizations, village councils, and local government). The terms "health" and "wellbeing" were included in the stem of each question in the semi-structured interview guide to enable a focus on related perceived needs, challenges, barriers and existing resources. Interviews were audiotaped, transcribed verbatim and analyzed using qualitative content analysis techniques.

RESULTS:

Themes emerging from our interviews appeared to center primarily in three distinct areas: natural resources and built environment, access to services, and social cohesion including subthemes on the importance of social engagement and volunteerism, sense of community, and shared identity.

CONCLUSIONS:

That health and wellbeing were not identified explicitly as a priority by key informants suggests that these should not be presented as the primary focus of a community-wide initiative. Instead themes with a higher priority should be addressed in ways that can lead to better health and wellbeing as a secondary goal.

BAWA S. et al. Using the polio programme to deliver primary health care in Nigeria: implementation research. Bull World Health Organ. 2019 Jan 1;97(1):24-32. doi: 10.2471/BLT.18.211565. Epub 2018 Nov 6.

Objective:

To evaluate a project that integrated essential primary health-care services into the oral polio vaccine programme in hard-to-reach, underserved communities in northern Nigeria.

Methods:

In 2013, Nigeria's polio emergency operation centre adopted a new approach to rapidly raise polio immunity and reduce newborn, child and maternal morbidity and mortality. We identified, trained and equipped eighty-four mobile health teams to provide free vaccination and primary-care services in 3176 hard-to-reach settlements. We conducted cross-sectional surveys of women of childbearing age in households with children younger than 5 years, in 317 randomly selected settlements, pre- and post-intervention (March 2014 and November 2015, respectively).

Findings:

From June 2014 to September 2015 mobile health teams delivered 2 979 408 doses of oral polio vaccine and dewormed 1 562 640 children younger than 5 years old; performed 676 678 antenatal consultations and treated 1 682 671 illnesses in women and children, including pneumonia, diarrhoea and malaria. The baseline survey found that 758 (19.6%) of 3872 children younger than 5 years had routine immunization cards and 690/3872 (17.8%) were fully immunized for their age. The endline survey found 1757/3575 children (49.1%) with routine immunization cards and 1750 (49.0%) fully immunized. Children vaccinated with 3 or more doses of oral polio vaccine increased from 2133 (55.1%) to 2666 (74.6%). Households' use of mobile health services in the previous 6 months increased from 509/1472 (34.6%) to 2060/2426(84.9%).

Conclusion:

Integrating routine primary-care services into polio eradication activities in Nigeria resulted in increased coverage for supplemental oral polio vaccine doses and essential maternal, newborn and child health interventions.

Elamin A. et al. Dental caries and their association with socioeconomic characteristics, oral hygiene practices and eating habits among preschool children in Abu Dhabi, United Arab Emirates - the NOPLAS project. BMC Oral Health. 2018 Jun 8;18(1):104. doi: 10.1186/s12903-018-0557-8.

BACKGROUND:

Dental caries are a global public health problem and influence the overall health of children. The risk factors for caries include biological, socio-behavioral and environmental factors. This cross-sectional study assessed dental caries and their associations with socioeconomic factors, oral hygiene practices and eating habits among Emirati and non-Emirati children in Abu Dhabi, United Arab Emirates (UAE).

METHODS:

The stratified sample comprised children aged 18 months to 4 years recruited from 7 nurseries. The World Health Organization (WHO) decayed, missing and filled teeth index (dmft) was used to analyze the dental status of the children. Parents completed a questionnaire regarding demographics, food consumption and oral habits. The study was approved by the Research Ethics Committee at Zayed University, UAE (ZU15_029_F).

RESULTS:

A total of 186 children with a mean age of 2.46 years, of which 46.2% were Emirati, participated. Overall, 41% of the children had dental caries. The mean dmft±SD was 1.70 ± 2.81 with a mean ± SD decayed component (dt) of 1.68 ± 2.80 and mean ± SD filled component (ft) of 0.02 ± 0.19 . Emirati children showed higher mean dmft, Plaque Index and Significant Carries Index values than non-Emirati children ($P < 0.000$). Low maternal education, rural nursery location, infrequent tooth-brushing, frequent consumption of high-sugar food items and Emirati nationality were factors significantly associated with dental caries.

CONCLUSIONS:

In this study, 4 out of 10 nursery children were found to have dental caries. Sociodemographic factors, dietary and oral health habits were associated with dental caries. Effective oral health interventions tailored to improve eating habits and the dental screening of children in this age group are imperative to mitigate these concerns.

Singh A. et al. Impact of school policies on non-communicable disease risk factors - a systematic review. BMC Public Health. 2017 Apr 4;17(1):292. doi: 10.1186/s12889-017-4201-3.

BACKGROUND:

Globally, non-communicable diseases (NCDs) are identified as one of the leading causes of mortality. NCDs have several modifiable risk factors including unhealthy diet, physical inactivity, tobacco use and alcohol abuse. Schools provide ideal settings for health promotion, but the effectiveness of school policies in the reduction of risk factors for NCD is not clear. This study reviewed the literature on the impact of school policies on major NCD risk factors.

METHODS:

A systematic review was conducted to identify, collate and synthesize evidence on the effectiveness of school policies on reduction of NCD risk factors. A search strategy was developed to identify the relevant studies on effectiveness of NCD policies in schools for children between the age of 6 to 18 years in Ovid Medline, EMBASE, and Web of Science. Data extraction was conducted using pre-piloted forms. Studies included in the review were assessed for methodological quality using the Effective Public Health Practice Project (EPHPP) quality assessment tool. A narrative synthesis according to the types of outcomes was conducted to present the evidence on the effectiveness of school policies.

RESULTS:

Overall, 27 out of 2633 identified studies were included in the review. School policies were comparatively more effective in reducing unhealthy diet, tobacco use, physical inactivity and inflammatory biomarkers as opposed to anthropometric measures, overweight/obesity, and alcohol use. In total, for 103 outcomes independently evaluated within these studies, 48 outcomes (46%) had significant desirable changes when exposed to the school policies. Based on the quality assessment, 18 studies were categorized as weak, six as moderate and three as having strong methodological quality.

CONCLUSION:

Mixed findings were observed concerning effectiveness of school policies in reducing NCD risk factors. The findings demonstrate that schools can be a good setting for initiating positive changes in reducing NCD risk factors, but more research is required with long-term follow up to study the sustainability of such changes.

Collins CC. et al. Framing Young Children's Oral Health: A Participatory Action Research Project. PLoS One. 2016 Aug 22;11(8):e0161728. doi: 10.1371/journal.pone.0161728. eCollection 2016.

BACKGROUND AND OBJECTIVES:

Despite the widespread acknowledgement of the importance of childhood oral health, little progress has been made in preventing early childhood caries. Limited information exists regarding specific daily-life and community-related factors that impede optimal oral hygiene, diet, care, and ultimately oral health for children. We sought to understand what parents of young children consider important and potentially modifiable factors and resources influencing their children's oral health, within the contexts of the family and the community.

METHODS:

This qualitative study employed Photovoice among 10 English-speaking parents of infants and toddlers who were clients of an urban WIC clinic in North Carolina. The primary research question was: "What do you consider as important behaviors, as well as family and community resources to prevent cavities among young children?" Five group sessions were conducted and they were recorded, transcribed verbatim and analyzed using qualitative research methodology. Inductive analyses were based on analytical summaries, double-coding, and summary matrices and were done using Atlas.ti.7.5.9 software.

FINDINGS:

Good oral health was associated with avoidance of problems or restorations for the participants. Financial constraints affected healthy food and beverage choices, as well as access to oral health care. Time constraints and occasional frustration related to children's oral hygiene emerged as additional barriers. Establishment of rules/routines and commitment to them was a successful strategy to promote their children's oral health, as well as modeling of older siblings, cooperation among caregivers and peer support. Community programs and organizations, social hubs including playgrounds, grocery stores and social media emerged as promising avenues for gaining support and sharing resources.

CONCLUSIONS:

Low-income parents of young children are faced with daily life struggles that interfere with oral health and care. Financial constraints are pervasive, but parents identified several strategies involving home care and community agents that can be helpful. Future interventions aimed to improve children's oral health must take into consideration the role of families and the communities in which they live.

Crall J. et al. An Innovative Project Breaks Down Barriers to Oral Health Care for Vulnerable Young Children in Los Angeles County. Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res. 2016 Jun;(PB2016-5):1-8.

Abstract

Despite the high rate of untreated tooth decay, many young children in California under six years of age have never been to a dentist. Numerous and complex barriers to access to oral health care for young children exist, and a multifaceted approach is required to improve receipt of preventive and treatment services that could improve the oral health of this population. This policy brief describes the UCLA-First 5 LA 21st Century Dental Homes Project, which was designed to improve oral health care for young children in 12 Federally Qualified Health Center (FQHC) clinic sites with co-located dental and primary care services and its accessibility in their service areas throughout Los Angeles County. The project funded infrastructure and staffing, provided technical assistance to improve operations, trained clinical personnel to provide oral health care to young children, implemented a quality improvement learning collaborative, trained parents and child care providers in oral hygiene and healthy habits, and disseminated information to promote effective policies. Early data on the

project indicated twofold increases in delivery of both diagnostics and treatment visits for young children, and a threefold increase in preventive services for young children during the program.

Bergeron A. et al. Realist evaluation of intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural Andean communities: a research protocol. *BMJ Open*. 2017 Feb 24;7(2):e014531. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014531.

BACKGROUND:

Intersectoral collaboration, known to promote more sustainable change within communities, will be examined in an oral health promotion program (OHPP). In Peru, an OHPP was implemented by the Ministry of Health, to reduce the incidence of caries in schoolchildren. In rural Andean communities, however, these initiatives achieved limited success. The objectives of this project are: (1) to understand the context and the underlying mechanisms associated with Peruvian OHPP's current effects among school children living in rural Andean communities and (2) to validate a theory explaining how and under which circumstances OHP intersectoral interventions on schoolchildren living in rural Andean communities produce their effects.

METHODS AND ANALYSIS:

Through a realist evaluation, the context, underlying mechanisms and programme outcomes will be identified. This process will involve five different steps. In the first and second steps, a logic model and an initial theory are developed. In the third step, data collection will permit measurement of the OHHP's outcomes with quantitative data, and exploration of the elements of context and the mechanisms with qualitative data. In the fourth and fifth steps, iterative data analysis and a validation process will allow the identification of Context-Mechanism-Outcome configuration, and validate or refine the initial theory.

ETHICS AND DISSEMINATION:

This research project has received approval from the Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. The initial theory and research results will be published in relevant journals in public health and oral health. They will also be presented at realist evaluation and health promotion international conferences.

Schroth R. et al. Evaluating the impact of a community developed collaborative project for the prevention of early childhood caries: the Healthy Smile Happy Child project. Rural Remote Health. 2015 Oct-Dec;15(4):3566. Epub 2015 Nov 4.

INTRODUCTION:

To determine the effectiveness of the Healthy Smile Happy Child (HSHC) project, a community-developed initiative promoting early childhood oral health in Manitoba, Canada. Specific aims were to assess improvements in caregiver knowledge, attitudes, and behaviours relating to early childhood oral health, and the burden of early childhood caries (ECC) and severe ECC (S-ECC).

METHODS:

A serial cross-sectional study design was selected to contrast findings following the Healthy Smile Happy Child (HSHC) campaign in four communities with the previous baseline data. One community was a remote First Nation in northern Manitoba and another was a rural First Nation in southern Manitoba. The other two communities were urban centres, one of which was located in northern Manitoba. A community-development approach was adopted for the project to foster community solutions to address ECC. Goals of the HSHC program were to promote the project in each community, use existing community-based programs and services to deliver the oral health promotion and ECC prevention activities, and recruit and train natural leaders to assist in program development and to deliver the ECC prevention program. The HSHC coordinator worked with communities to develop a comprehensive list of potential strategies to address ECC. Numerous activities occurred in each community to engage members and increase their knowledge of early childhood oral health and ultimately lead them to adopt preventive oral health practices for their young children. Children under 71 months of age and their primary caregivers participated in this follow-up study. A p -value ≤ 0.05 was statistically significant.

RESULTS:

319 children (mean age 38.2 ± 18.6 months) and their primary caregivers participated. Significant improvements in caregiver knowledge and attitudes were observed following the HSHC campaign, including that baby teeth are important (98.8%), that decay involving primary teeth can impact on health (94.3%), and the importance of a dental visit by the first birthday (82.4%). Significantly more respondents indicated that their child had visited the dentist (50.2%) and had started brushing their child's teeth (86.7%) when compared to baseline. Overall, 52.0% had ECC, 38.6% had S-ECC. The mean deft score was 3.85 ± 4.97 (range 0-20). There was no significant change in ECC prevalence between the follow-up and baseline investigations. However, age-adjusted logistic regression for S-ECC in this follow-up study revealed a significant reduction in prevalence compared with the baseline study ($p=0.021$). Similarly, age-adjusted Poisson regression revealed that there were significant reductions in both the decayed teeth and decayed, extracted and filled teeth scores between follow-up and baseline study periods (0.016 and .0001, respectively).

CONCLUSIONS:

Follow-up study results suggest that the HSHC initiative may have contributed to improvements in caregiver knowledge, attitudes, and behaviours towards early childhood oral health and subsequently modest yet statistically significant reductions in caries scores and the prevalence of S-ECC.

Quisell D. et al. Preventing caries in preschoolers: successful initiation of an innovative community-based clinical trial in Navajo Nation Head Start. *Contemp Clin Trials*. 2014 Mar;37(2):242-51. doi:10.1016/j.cct.2014.01.004. Epub 2014 Jan 25.

Abstract

Navajo Nation children have the greatest prevalence of early childhood caries in the United States. This protocol describes an innovative combination of community-based participatory research and clinical trial methods to rigorously test a lay native Community Oral Health Specialists-delivered oral health intervention, with the goal of reducing the progression of disease and improving family knowledge and behaviors.

METHODS/DESIGN:

This cluster-randomized trial designed by researchers at the Center for Native Oral Health Research at the University of Colorado in conjunction with members of the Navajo Nation community compares outcomes between the manualized 2-year oral health fluoride varnish-oral health promotion intervention and usual care in the community (child-caregiver dyads from 26 Head Start classrooms in each study arm; total of 1016 dyads). Outcome assessment includes annual dental screening and an annual caregiver survey of knowledge, attitudes and behaviors; collection of cost data will support cost-benefit analyses.

DISCUSSION:

The study protocol meets all standards required of randomized clinical trials. Aligned with principles of community-based participatory research, extended interaction between members of the Navajo community and researchers preceded study initiation, and collaboration between project staff and a wide variety of community members informed the study design and implementation. We believe that the benefits of adding CBPR methods to those of randomized clinical studies outweigh the barriers and constraints, especially in studies of health disparities and in challenging settings. When done well, this innovative mix of methods will increase the likelihood of valid results that communities can use.

4. Selección final de artículos por temática (criterios de selección e inclusión de artículos)

Los artículos preseleccionados se obtendrán en texto completo y se les aplicarán los siguientes criterios de selección de los artículos de acuerdo a cada temática para la revisión final.

Criterios de selección de artículos

- Se seleccionarán todos los artículos publicados sin restricción en tiempo, idioma y período de publicación.
- Se seleccionarán estudios clínicos e in vitro.
- Se aplicaron las estrategias de búsqueda en la base de datos de PubMed y EMBASE.
-
- 6. **Proceso de extracción de información de artículos por temática** A cada artículo se le extraerán los datos y la información pertinente que serán consignados en la tabla de Excel o Word de extracción de datos para cada temática. Esto con el fin de sustraer de manera organizada la información y facilitar la redacción del artículo final evitando el plagio.

CONSIDERACIONES EN PROPIEDAD INTELECTUAL

Esta es una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención en humanos.

Los derechos de autor fueron respetados teniendo como norma la ley 23 de 1982 la cual expresa que los autores de obras científicas tienen protección para las obras realizadas por ellos, bajo la presente ley y el derecho común. Todos los artículos fueron citados bajo el nombre o seudónimo del autor y el título original de los artículos. Además, se realizaron las citas correspondientes utilizando ideas importantes de los artículos, dándole un sentido razonable dando una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de los artículos que serán utilizados. En cada cita se mencionó el nombre del autor y el año, además del título original de los artículos. (Congreso de la República, 1982)

RESULTADOS

Resumen de proceso de búsqueda de información.

De acuerdo a las palabras claves, se realizó la búsqueda de la información en la base de datos Pubmed-Embase, en la cual se seleccionaron un total de 70 artículos de diferentes países como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Brasil, México, Argentina, Perú, Japón, China, Colombia, entre otros. Fueron incluidos artículos de revisión, documentos de políticas en salud gubernamentales de distintos países. De los 70 artículos, se eliminaron 20 ya que no cumplían con los criterios de edad y tipo de población. No se discrimino la búsqueda por años, por lo tanto los artículos encontrados son desde el año 2003 en adelante.

Resultados de proceso de extracción de la información.

De los 50 artículos de los cuales se extrajo información, de Colombia (10) y Estados Unidos (17) fue de donde más se encontraron reportes acerca de modelos y estrategias que se implementan en niños de la primera infancia. (Ver tabla 1) Durante la búsqueda no se hallaron resultados del continente de África. Los continentes con más estudios fueron: Sudamérica (36%), Norteamérica (36%) y Asia (12%).

Tabla 1. Número y porcentaje de artículos encontrados por continente y país.

Continente	País	N° Artículos	% total de artículos	Año del estudio	Autor	% por Continente
Suramérica	Bolivia	1	2%	2003	Ministerio de salud pública y previsión social	36%
	Brasil	1	2%	2017	Piovesan C, Ardenghi T, Mendes F, Agostini B, Michel-Crosato E	
	Chile	1	2%	2017	Gobierno de Chile, Ministerio de Salud	
	Colombia	10	20%	2009-2017	Ministerio de Salud y Protección Social. Camargo C, Tique G	

					Gallego C, Franco A Secretaria de salud de Medellin	
	Ecuador	1	2%	2018	Villavicencio E, Alvear M, Pariona M, Vintimilla R	
	Perú	2	4%	2011-2017	Flores N. Espinoza E, Pachas F	
	Trinidad y Tobago	1	2%	2015	Naidu R, Nunn J, Irwin J	
	Venezuela	1	2%	2006	Alvarez C, Navas R, Rojas T	
Norteamérica	Canadá	1	2%	2016	Mathu-Muju K, McLeod J, Walker M, Chartier M, Harrison R	36%
	Estados Unidos	17	34%	2011-2018	Ismail A, Ondersma S, Jedele J, Little R, Lepkowski J Eldstein B, Hirsch G, Frosh M, Kumar J Ricks T, Phipps K, Bruerd B American Academy of Pediatric Dentistry	
Centroamérica	El Salvador	1	2%	2016	Dabiri D, Fontana M, Kapila Y, Eckert G, Sokal-Gutierrez K	4%
	Cuba	1	2%	2009	Menguez T, Sexto N, Gonzalez Y	
Europa	España	1	2%	2012	Naidu R, Nunn J, Forde M	6%
	Holanda	1	2%	2015	Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren C	

	Finlandia	1	2%	2009	"Meurman P, Pienihakkinen K, Eriksson A, Alanen P	
Asia	Irán	1	2%	2017	Basir L, Rasteh B, Montazeri A, Araban M	12%
	China	3	6%	2003-2019	Rong W, Bian J, Wang W, Wang J Si Y, Guo Y, Yuan C, Xu T, Zheng S Chen J, Gao S, Duangthip D, Lo M, Chu H.	
	India	1	2%	2013	Jawdekar A.	
	Japón	1	2%	2016	Nakai Y, Mori Y, Tamaoka I	
Oceanía	Nueva Zelanda	1	2%	2018	Ministerio de Salud	2%
No se especifica	No se especifica	2	4%	2015-2017	Tweetman S, Dhar V Ungchusak C	4%
	Total	50	100%			

Durante la búsqueda se hallaron diferentes estrategias y/o modelos de atención para la primera infancia que se enfocan desde aplicaciones de flúor, hasta capacitación a odontólogos y padres de familia para el cuidado de la salud oral de los niños de 0 a 5 años.

En Sudamérica, se han realizado estudios y planes de salud gubernamentales para la población de la primera infancia. En Bolivia, en el programa de salud bucal nacional, plantean reactivar la fluoruración de la sal, usar de forma apropiada los tipos de flúor de aplicación tópica. Fortalecer el uso del cepillado dental en las escuelas de todo el país. El plan nacional de salud bucal de Chile, promueve los hábitos saludables de alimentación e higiene oral y similar al plan nacional de salud en Bolivia, promovieron la fluoración del agua y el uso

adecuado del fluoruro, además de empoderar a los padres en el cuidado de la salud oral. Programas de salud bucal en Colombia, han sido desarrollados por medio de actividades que promuevan una alimentación saludable, asistir por lo menos 2 veces al año al odontólogo. Además realizar taller con madres y padres de niños de la primera infancia, donde se conformen ambientes seguros, sanos y saludables. (Tabla 2)

En Brasil, se han desarrollado estrategias que consisten en conocer el entorno sociodemográfico en el que viven los niños de la primera infancia y saber la frecuencia con la que asiste al odontólogo. En Ecuador, desarrollaron un modelo de atención para niños con discapacidades, en los cuales determinaron que la comunicación entre el odontólogo, los padres y el niño es fundamental para la atención odontológica, además de educar a los padres, previo a las citas odontológicas, para que conozcan acerca de los procedimientos que se van a realizar. Un estudio realizado en Trinidad y Tobago, donde utilizaron la estrategia de dar charlas a los padres acerca del cuidado de los dientes de los niños, en los cuales se enfatizó en temas como dieta, higiene oral y uso de flúor. Técnica expositiva y dinámica grupal, para explicar los hallazgos clínicos, causas, consecuencias, tratamientos preventivos y curativos y conducta a seguir. En Venezuela, como en diferentes estudios realizados en Sudamérica, se enfocaron en realizar educación a docentes y padres por medio de talleres, charlas y técnicas de comunicación, donde analizan la importancia de conocer cuáles son las condiciones de salud general y oral de los niños de la primera infancia. (Tabla 2)

Tabla 2. Estrategias y/o modelos de atención en salud oral en Sudamérica

Sudamérica	Estrategias o modelos	Autor	Año	Población
Bolivia	Concertar y coordinar actividades de promoción con instituciones de salud educación. Capacitar a los promotores en salud oral. Reactivación del Programa de fluoruración de la sal a través de: a) La Implementación del sistema de vigilancia epidemiológica. Uso apropiado de fluoruros tópicos, a través de: a)	Ministerio de salud pública y previsión social	2003	General y primera infancia,

	Incremento el uso de cepillado dental en las escuelas del país con el apoyo de la empresa privada. b) Implementar el uso de flúor tópico (gel, barniz, etc.) en los niños de mayor riesgo. Acciones estratégicas de atención Coordinar con las instituciones odontológicas, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y empresa privada, para implementar el paquete básico de salud oral a los grupos preescolares y escolares. (8)			
Brasil	Cuestionario estructurado para obtener datos individuales, tales como variables demográficas, factores socioeconómicos y datos sobre la utilización de la atención de la salud dental. (10)	Piovesan C, Ardenghi T, Mendes F, Agostini B, Michel-Crosato E	2017	Primera infancia
Chile	Promover hábitos saludables de alimentación e higiene bucal, y el consumo de agua potable fluorurada. Instalar el uso adecuado de fluoruros. Mejorar las condiciones de salud bucal del personal a cargo del cuidado de los niños. Fomentar el autocuidado en salud bucal de las comunidades educativas mediante la participación en el diseño del programa a nivel local. Integrar a los padres y apoderados de los niños y niñas en el cuidado de sus dientes. (13)	Gobierno de Chile, Ministerio de Salud	2007	Población en general y primera infancia
Colombia	Prácticas de cuidado bucal: alimentación saludable. Identificación y acción sobre situaciones que ameritan cuidado. Higiene bucal y uso de elementos de higiene adecuados. Consulta odontológica al menos dos veces al año. Aplicaciones de barniz de flúor. (19) Talleres con madres y/o cuidadores. Ambientes sanos, seguros y saludables. Examen clínico inicial de la madre embarazada (valoración factores de	Ministerio de Salud y Protección Social. Camargo C, Tique G Gallego C, Franco A Secretaria de salud de	2011,2015, 2017,2016	Población en general y primera infancia.

	riesgo) y posteriormente también a su hijo. (27) Componente educativo dirigido a la madre embarazada. Talleres con técnicas para remoción y control de su biopelícula y posteriormente la de su hijo. (24)	Medellín		
Ecuador	Buena comunicación entre el dentista, el paciente y los padres. Los niños responden positivamente cuando sus padres están presentes en la sala de tratamiento. La intervención comienza con la educación de los padres antes de la visita al dentista del niño, los procedimientos deben discutirse con ellos y esto se llama conversación previa a la visita. Discutir un consentimiento informado con el padre de familia, informando sobre los procedimientos, riesgos y beneficios de la técnica que se utilizará con su hijo y todas las preguntas son dirigidas por el profesor de odontología pediátrica. Todos los padres en esta escuela reciben esta intervención. (38)	Villavicencio E, Alvear M, Mariona M, Veintimilla R	2018	Población infantil en condición de discapacidad
Trinidad y Tobago	Charla de 30 minutos (como grupo) sobre el cuidado dental de los dientes de niños en edad preescolar por parte de una enfermera dental. Esta charla incluyó consejos sobre dieta, higiene bucal, uso de flúor y asistencia dental. (41)	Naidu R, Nunn J, Erwin J	2015	Primera infancia
Venezuela	Técnica expositiva y dinámica grupal, para explicar los hallazgos clínicos, causas, consecuencias, tratamientos preventivos y curativos y conducta a seguir. Talleres con los padres y docentes para la reflexión y análisis crítico de las concepciones previas sobre salud general y salud bucal, a fin de que mediante discusiones guiadas, identificaran, caracterizan y relacionarán estas concepciones con las condiciones de	Álvarez C, Navas R, Rojas T	2006	Primera infancia

	<p>salud bucal de los niños de preescolar, lográndose así la re significación de los precitados conceptos. Técnicas comunicacionales de persuasión en el mensaje transmitido sobre la importancia de la higiene en la salud bucal. Talleres al personal docente sobre el enfoque de la salud bucal. Dotación de material didáctico para la unidad educativa (láminas ilustrativas, videos, cuentos y musicales). (79)</p>			
--	---	--	--	--

En Canadá, existe un programa llamado Iniciativa de Salud Bucal Infantil (COHI) en el cual se seleccionan a niños para aplicarles flúor en barniz y sellantes como método de prevención y estabilizan la caries dental activa con Ionómeros de vidrio. Quienes desarrollan este programa tienen la función de realizar métodos de prevención de caries, tanto a los niños, como a los padres y /o cuidadores y a futuros padres. En Estados Unidos, se hallaron diferentes documentos como estudios y programas a nivel regional en los cuales se enfocan en capacitar a los odontólogos pediatras y generales para mejorar la salud oral de la primera infancia. En Estados Unidos, existe un sistema llamado Medicaid en el cual se financia la salud general y oral de las poblaciones más vulnerables, en este caso específico se ha propuesto trabajar junto a la Asociación Dental Americana para conocer a profundidad cuales son las barreras no financieras al cuidado de la salud oral y para mejorar el acceso a la salud oral de los niños. Se ha propuesto que en las escuelas se aumente el acceso a servicios preventivos, como la aplicación de flúor y sellantes para niños de bajos ingresos. Como en Sudamérica, la fluorización del agua y el uso de barnices de flúor han sido medidas que se han implementado en Nueva York. (Tabla 3)

Tabla 3. Estrategias y/o modelos de atención en salud oral en Norteamérica

Norteamérica	Estrategias o modelos	Autor	Año	Población
--------------	-----------------------	-------	-----	-----------

Canadá	Los terapeutas dentales e higienistas seleccionan a los niños elegibles, aplican barniz de fluoruro y selladores a los dientes de los niños y estabilizan la caries dental activa con ionómero de vidrio. Una innovación fue el desarrollo de un trabajador comunitario de salud bucal, el asistente de COHI. El asistente de COHI es un miembro de la comunidad que se desempeña como defensor de la salud bucal preventiva en la comunidad y brinda instrucción a los niños, padres / cuidadores y futuras madres para prevenir la caries dental. (12)	Mathu-Muju K, McLeod J, Walker M, Chartier M, Harrison R	2016	Primera infancia
Estados Unidos	Mejorar la salud bucal infantil mediante la capacitación de odontólogos pediátricos y generales para que realicen exámenes de salud bucal infantil. Realizar talleres anuales que capaciten a dentistas pediátricos de todo el país para educar a los legisladores sobre estrategias para mejorar el acceso a la atención dental pediátrica. Trabajar con la ADA para identificar las barreras no financieras al cuidado de la salud oral y desarrollar recomendaciones para mejorar el acceso al cuidado para los beneficiarios de Medicaid. Estos programas sirven como modelos para mejorar el acceso a los servicios de educación, prevención y tratamiento de salud oral para niños y adolescentes con alto riesgo de enfermedad oral. Los servicios de salud bucal en las escuelas pueden aumentar el acceso a servicios preventivos, como la aplicación de fluoruro y sellador dental para niños y adolescentes de familias con bajos ingresos. -	Ismail A, Ondersma S, Jedele J, Little R, Lepkowski J Eldstein B, Hirsch G, Frosh M, Kumar J Ricks T, Phipps K, Bruerd B American Academy of Pediatric Dentistry	2011 2015 2015 2016	Primera infancia

	<p>Fluorización de agua comunitaria Barniz de fluoruro para niños en edad preescolar que reciben Medicaid en todo el estado de Nueva York -Cepillo de dientes con pasta dental fluorada en varios informes de efectividad para niños de 2 y 3 años de edad -Evaluación de niños con alto riesgo por proveedores de atención médica primaria seguidos de 4 aplicaciones de barniz de fluoruro por año -Reducción de la transmisión de bacterias cariogénicas de madres o cuidadores a preescolares que reciben Medicaid de 6 meses a 2 años -Entrevista motivacional. (42, 56, 83, 84)</p>			
--	---	--	--	--

En El Salvador, un modelo preventivo constituido por tres componentes que son la educación en salud oral en donde se capacitaba a los promotores de salud sobre temas relacionados con la alimentación y la importancia de la salud oral. Se realizó una distribución de elementos para el cuidado de la salud oral y aplicación de flúor en barniz tres veces al año. En Cuba, un programa desarrollado para madres de niños de la primera infancia, en el cual también se basó en tres etapas. En la primera etapa se realizó una encuesta de conocimiento acerca de la salud oral. En la segunda etapa, se aplicó un programa educativo con el objetivo de lograr cambios de actitud en las madres para el cuidado de la salud oral de los niños. En la tercera etapa, se evaluó la efectividad de la intervención a través de una encuesta de conocimiento. Durante todo el desarrollo del programa, se establecieron debates, sesiones de entrenamiento sobre el cepillado, discusiones acerca de la alimentación y la importancia de la lactancia materna. (Tabla 4)

Tabla 4. Estrategias y/o modelos de atención en salud oral en Centroamérica

Centroamérica	Estrategias o modelos	Autor	Año	Población
---------------	-----------------------	-------	-----	-----------

<p>El Salvador</p>	<p>La intervención preventiva de salud bucal tenía tres componentes principales: (i) educación sobre salud bucal; (ii) distribución de productos para el cuidado oral (cada niño recibió un nuevo cepillo de dientes y pasta dental tres veces al año); y (iii) aplicación de barniz fluorado. El componente educativo incluía la capacitación anual de promotores de salud sobre temas relacionados con los alimentos saludables y no saludables, la importancia de la salud oral y cuándo buscar atención dental. Los promotores de salud integraron la educación y las prácticas de salud oral en su trabajo con los padres a través de las visitas domiciliarias y en los centros preescolares. Finalmente, se aplicó barniz de fluoruro a los dientes de los niños tres veces al año. (39)</p>	<p>Dabiri D, Fontana M, Kapila Y, Eckert G, Sokal-Gutierrez K</p>	<p>2016</p>	<p>Primera infancia</p>
<p>Cuba</p>	<p>En la primera etapa se diagnosticó el nivel de conocimiento sobre salud bucal, a través de una encuesta de conocimiento; en la segunda se aplicó un programa educativo, para lograr cambios de actitud en los pacientes estudiados de acuerdo a las necesidades de aprendizaje identificadas en el diagnóstico inicial. En la tercera y última etapa, se evaluó la efectividad de la intervención a través de la misma encuesta de conocimiento, la aplicación de</p>	<p>Menguez T, Sexto N, Gonzalez Y</p>	<p>2009</p>	<p>Primera infancia</p>

	<p>un cuestionario mediante la técnica de grupos focales (dos grupos de 10 madres cada uno) y la observación. La metodología empleada para el desarrollo y aplicación del programa educativo (segunda etapa) incluyó debates, sesiones de entrenamiento sobre el cepillado, discusiones en grupos pequeños acerca de hábitos dietéticos, de la importancia de la lactancia materna. Ya en una última sesión se integraron los conocimientos a través del juego “Rompecabezas Dental”. (80)</p>			
--	--	--	--	--

En las estrategias que se hallaron de Europa, se identificaron estudios dirigidos a padres y/o cuidadores de los niños de la primera infancia. En España, se realizó un estudio en el cual por medio de una entrevista a un grupo de personas que interactúan entre sí. El objetivo de las conversaciones en grupo, consisten en la obtención de información para generar ideas que beneficien a los niños de la primera infancia en cuanto a su salud oral. En Holanda, se realizó un estudio con el objetivo de explorar las percepciones de los padres sobre las barreras y los facilitadores que influyen en los comportamientos de salud oral en los niños. Este estudio utilizó la estrategia de grupos focales homogéneos de personas con características culturales y socioeconómicas similares. En Finlandia, una estrategia de educación que fue dirigida a padres y/o cuidadores, por medio de educación en salud oral, los temas principales fueron la salud dental, las bacterias presentes en boca, alimentación, uso adecuado de fluoruros, desarrollo de los dientes y los hábitos de succión. (Tabla 5)

Tabla 5. Estrategias y/o modelos de atención en salud oral en Europa

Europa	Estrategias o modelos	Autor	Año	Población
España	Una sesión de grupo de enfoque puede considerarse una	Naidu R, Nunn J, Forde M	2012	Padres y cuidadores de

	<p>entrevista no estructurada con un grupo de personas que se animan a interactuar entre sí y con el facilitador. La sesión utiliza dinámicas de grupo para estimular el debate, obtener información y generar ideas para explorar en profundidad el tema elegido. Pueden producir una gran cantidad de información en un espacio de tiempo relativamente corto. Como técnica de recolección de datos, los grupos focales son particularmente sensibles a las variables culturales al permitir el análisis de las identidades compartidas y el conocimiento común que operan dentro del grupo, junto con el humor, el consenso y la disidencia que se utilizan en sus narrativas. (53)</p>			niños de la primera infancia
Holanda	<p>Se crearon grupos focales homogéneos de personas de características culturales y socioeconómicas similares, ya que los grupos homogéneos generalmente son más cómodos y abiertos entre sí, mientras que los grupos étnicos o socioeconómicos mixtos hacen que sea más difícil lograr un alto grado de interacción grupal. Se llevaron a cabo entrevistas de grupos focales separados con los padres que nacieron en los Países Bajos, los padres que eran inmigrantes de la primera generación de Turquía y los padres que eran</p>	Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren C	2015	Primera infancia

	inmigrantes de la primera generación de Marruecos. (45)			
Finlandia	Los cuidadores de los niños recibieron información y consejos sobre el bienestar del niño y la familia oralmente y por escrito. Durante las visitas programadas a las clínicas de salud infantil. Para evitar la transmisión de las bacterias cariogénicas, se recomendó a los cuidadores que evitaran los contactos salivales con el bebé (compartir una cuchara o darle al bebé cualquier objeto que haya estado en contacto con la boca de otra persona). Los aspectos de salud oral fueron enfatizados por la enfermera pública de salud pediátrica y por el personal dental a las edades de 6 a 8 meses, y luego a los 18 meses. En estas visitas, los temas principales fueron la salud dental; bacterias orales y vías de transmisión; comidas regulares planeadas; evitando el azúcar; elegir alimentos, bebidas y bocadillos saludables no cariogénicos; higiene oral; Uso adecuado de los fluoruros; el desarrollo de los dientes; y los hábitos de succión. Los cuidadores recibieron un cepillo de dientes para el niño. (81)	"Meurman P, Pienihakkinen K, Eriksson A, Alanen P"	2009	Primera infancia

En Asia, se identificaron estrategias en diferentes países. En Irán, se realizó una estrategia educativa a madres con niños de la primera infancia, esta consiste en conferencias, discusiones en grupo. A las mujeres se les proporcionó información básica sobre la preservación de la salud oral de los niños con base en temas como la alimentación, la lactancia y cómo realizar un cepillado adecuado. Se les indico cuales eran las complicaciones de la caries para causar un impacto positivo en las mujeres. Se les mostraron fotos de dientes sanos y cariados para que identifiquen y evalúen cual era la sonrisa más adecuada. En China, en diferentes estudios locales y regionales, se identificaron que las estrategias están basadas en realizar un examen de salud oral, educación en salud oral, aplicación de flúor tópico y realizar tratamiento dental. De igual forma, como se ha identificado en otros continentes, también se realiza la fluoración del agua por medio del suministro público. En los jardines infantiles, se proporcionaron materiales educativos con el objetivo de que los maestros se adquieran un conocimiento más amplio acerca de la salud oral, de igual manera los odontólogos realizaron educación en salud oral a los maestros durante tres meses, para que posteriormente puedan dar charlas a los padres de familia para el cuidado de sus hijos. (Tabla 6)

En la India, se creó un programa para las edades de 0 a 6 años y realizaron una división en 3 categorías para poder actuar en cada una de ellas. El primer grupo es de los 0 a los 2 años de edad, en donde se enfocan en la salud general mientras empieza la erupción de los dientes, por lo tanto se enfocan en las inmunizaciones y provisión de asistencia médica. El segundo grupo es de 2-3 años, en donde concluyen que ya tienen la dentición primaria completa, por lo tanto están en condiciones de recibir 6 aplicaciones mensuales de barniz de flúor, 2 veces al año. En el tercer grupo que son niños de 3 a 6 años, se enfocan en la alimentación, lavado de manos y cepillado de dientes. En Japón, realizan visitas pediátricas en odontología, enfocados en prevención, evaluación de riesgo de caries, limpieza, alimentación y aplicación de flúor tópico. También realizan enfoques en el tratamiento de caries, gingivitis, infecciones oro faciales, mal oclusión, trauma dental y anomalías dentales. (Tabla 6)

Tabla 6. Estrategias y/o modelos de atención en salud oral en Asia

Asia	Estrategias o modelos	Autor	Año	Población

Irán	Una intervención educativa (que consistió en una sesión individual y un grupo (4-6 personas) de mujeres que se remitieron al centro de salud para monitorear el crecimiento de sus hijos. Las sesiones se llevaron a cabo con base en preguntas y respuestas, conferencias, discusiones grupales. Se enviaron a las mujeres recordatorios del servicio de mensajes cortos (SMS) cada 6 meses a las mujeres para mantenerlas motivadas sobre la atención dental de sus hijos. Se les proporcionó información básica sobre la observancia de la salud bucal de los niños. Al proporcionar estadísticas sobre la caries y sus complicaciones, llamamos la atención de las mujeres sobre este tema. Se pidió a las mujeres que evaluaran si la prevención o el tratamiento se consideraban como una mejor forma de atención dental. (82)	Basir L, Rasteh B, Montazeri A, Araban M	2017	Primera infancia
China	Examen de salud oral, educación sobre salud oral, aplicación de fluoruro tópico y tratamiento dental, y el grupo de control solo recibió un examen de salud oral dos veces al año. Los niños del grupo de control recibieron atención de salud oral integral, como el tratamiento dental y la aplicación de fluoruro, después de que sus padres firmarán el formulario de consentimiento. Se proporcionaron a los jardines de infancia participantes materiales	Rong W, Bian J, Wang W, Wang J Si Y, Guo Y, Yuan C, Xu T, Zheng S Chen J, Gao S, Duangthip D, Lo M, Chu H.	2003 2016 2019	Primera infancia

	<p>educativos, incluidos manuales de los maestros, manuales de educación para la salud oral y carteles para los jardines de infancia participantes con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre salud oral de maestros, padres y niños. Luego, los maestros capacitados educaron a los padres de los niños en los jardines de infancia de la prueba sobre la importancia de una buena higiene oral y el mantenimiento de dientes sanos, utilizando videos y cintas de audio con fotos en cada reunión de padres y maestros que se celebra semestralmente. (17, 85, 86)</p>			
India	<p>El programa para niños de hasta 6 años se puede dividir en tres categorías de edad según los grupos de edad. Grupo de edad 0-2 años. Los trabajadores de salud están en contacto o con las familias para las inmunizaciones de rutina de los niños y la provisión de asistencia médica y ayuda gubernamental. Grupo de edad 2-3 años. La mayoría de los niños tendrían una dentición primaria completa durante este período y están en la mejor posición para beneficiarse de 6 aplicaciones mensuales de barniz de fluoruro (dos veces durante el año). Grupo de edad 3-6 años y 6-16 años. Los programas de preescolar y escolar pueden incluir una combinación de los programas discutidos anteriormente "El Plan de comidas</p>	Jawdekar A.	2013	Primera infancia y lactantes

	<p>de mediodía" que se ejecuta obligatoriamente en todas las escuelas públicas de todo el país y dos componentes (lavado de manos y cepillado de dientes) del "Ajuste para la escuela "Programa que está en marcha en Filipinas. (44)</p>			
Japón	<p>Las visitas dentales pediátricas generalmente incluyen propósitos orientados a la prevención, como la búsqueda de orientación anticipada, evaluación del riesgo de caries, limpieza dental, consulta dietética y fluoruro tópico, así como propósitos orientados al tratamiento para problemas específicos como caries, gingivitis, infecciones orofaciales, Maloclusión, trauma dental y anomalías dentales. Algunos sujetos tuvieron múltiples visitas dentales. Por lo tanto, se consideró que el primer registro durante el período de estudio representaba la inscripción. (46)</p>	<p>Nakai Y, Mori Y, Tamaoka I</p>	<p>2016</p>	<p>Primera infancia</p>

En Nueva Zelanda, las estrategias se plantean desde la prevención y el tratamiento temprano de la caries en niños de la primera infancia. Por lo tanto, realizan un examen de salud oral y evalúan el tratamiento de la caries dental. En otros casos, realizan tratamientos preventivos para evitar futuras caries, esto por medio de la aplicación de flúor en barniz a altas

concentraciones. En casos diferentes, se realizan exodoncias cuando la caries es avanzada.
(Tabla 7)

Tabla 7. Estrategias y/o modelos de atención en salud oral en Oceanía

Oceanía	Estrategias o modelos	Autor	Año	Población
Nueva Zelanda	La evidencia sobre la prevención y el tratamiento temprano de la caries de la primera infancia respalda la inscripción y evaluación de los niños y, cuando es necesario, comenzó con regímenes preventivos o de tratamiento para la caries dental, mucho antes de lo que tradicionalmente ha sido el caso. Sin embargo, no todos los niños tienen un riesgo significativo de caries en la primera infancia, y muchos niños con bajo riesgo de contraer la enfermedad recibirán un pequeño beneficio adicional de un número significativo de visitas de salud oral en la infancia temprana y preescolar. Examen de salud oral, evaluación y asesoramiento en el tratamiento de lesiones tempranas de caries dental. Asesoramiento preventivo y orientación para reducir el riesgo de futuras caries dentales. Tratamientos profesionales preventivos, incluido el uso de barniz de fluoruro de alta concentración para reducir el riesgo de caries dental en algunos niños. Servicios de tratamiento, incluidos pastas dentales y extracción de dientes para niños con caries dentales avanzadas que requieren tratamiento	Ministerio de Salud	2008	Primera infancia

	interceptivo. (48)			
--	--------------------	--	--	--

De los artículos que se encontraron durante la revisión, se utilizaron varios que consisten en políticas en salud por ejemplo en Bolivia y Chile, por lo tanto no se especifican resultados o impactos, ya que en algunos casos se evidencia a largo plazo. Del estudio realizado en Brasil, la estrategia utilizada sirvió para analizar las variables individuales de cada niño, de esta manera poder realizar una atención dental adecuada y poder desarrollar políticas de salud oral. Las diferentes políticas y programas en Colombia como Soy Generación + sonriente han logrado un desarrollo integral en los niños y niñas desde la primera infancia. También los resultados de estos programas han servido para evidenciar que se debe fortalecer para garantizar la atención integral a la primera infancia. Se identificó que los padres, odontólogos y diferentes actores que están involucrados en prestar una atención y un cuidado odontológico, también deben conocer y educarse para poder lograr un desarrollo integral del niño de la primera infancia. (Tabla 8)

En Ecuador, el estudio acerca de la atención en niños con discapacidad, logró reestablecer estos modelos que se utilizaban anteriormente y que se han recuperado debido a la investigación ya que son basados en la evidencia. En Trinidad y Tobago, las Entrevistas Motivacionales han logrado modificar los conocimientos de los participantes del estudio, en donde se evidencio que los padres sabían la cantidad correcta de crema dental que se debía usar, en qué consistía el barniz de flúor y en qué momento se les debe dar a los niños bebidas y alimentos azucarados. Además se evidenció en una población, que la caries disminuyo significativamente en la primera infancia después de implementar la Entrevista Motivacional,

ya que tenían conocimiento acerca del flúor y se enfocaron en la odontología preventiva. En Venezuela, como se ha identificado en diferentes partes de Sudamérica. La educación en salud oral no solo en niños, sino en profesores y padres, logra resultados importantes en la salud oral de los niños. Se identificó que el estado de salud oral mejoro significativamente después del aprendizaje que obtuvieron los profesores. (Tabla 8)

Tabla 8. Resultados y/o impacto de las estrategias o modelos en salud oral en Sudamérica

Sudamérica	Resultado y/o impacto	Autor	Año	Población
Brasil	Un total de 639 niños, 321 hombres (50.2%) y 318 mujeres (49.8%), participaron en este estudio (91.3% de tasa de participación. Los participantes eran predominantemente blancos y más de la mitad de los cuidadores tenían un alto nivel de educación. Se encontró una prevalencia de 21.6% para el uso regular de servicios dentales. Las variables individuales y contextuales están asociadas con la utilización de la atención de la salud dental por parte de los niños en edad preescolar. Por lo tanto, estas variables deben tomarse en consideración para la redirección de los recursos asignados a la salud pública y para la formulación de políticas de salud bucal. (10)	Piovesan C, Ardenghi T, Mendes F, Agostini B, Michel-Crosato E	2017	Primera infancia
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> - El desarrollo integral de cada niña y cada niño de nuestro país desde su primera infancia - El desarrollo del presente trabajo permitió visualizar cuáles son los aspectos en materia de promoción de la salud que los jardines infantiles de la Secretaria Distrital de Integración Social debe fortalecer e implementar mediante acciones articuladas, a fin de lograr ser un Jardín Infantil 	Ministerio de Salud y Protección Social. Camargo C, Tique G Gallego C, Franco A Secretaria de salud de Medellín	2011,2015, 2017,2016	Población en general y primera infancia.

Promotor de la Salud y de esta manera garantizar la atención integral a la primera infancia.

- El desarrollo de políticas públicas y programas sociales diferenciales para la protección de los niños, posibilitan el acceso a la atención odontológica, pero se hace necesario un mayor compromiso por parte de los actores involucrados, para llevar estas políticas a la práctica. Existen una serie de procesos de carácter general, particular y singular que favorecen el acceso de los niños a la atención odontológica durante la primera infancia pero son más aquellos que lo limitan.
- Posicionar el tema del derecho a la atención odontológica de los niños y las niñas en las madres usuarias, e inducir la demanda y reclamación del mismo. El haber sumado a los conocimientos y prácticas de las madres FAMI y comunitarias los del cuidado bucal. La elaboración y dotación con elementos didácticos a las madres FAMI, y la dotación de implementos para las prácticas de cuidado en los HC. La conformación de grupo de odontólogos e higienistas que ha comenzado a pensar y a poner en práctica otras maneras de hacer la educación para la salud.
- Estas iniciativas, como se pudo poner en evidencia en los resultados de este estudio, se traducen en mayores posibilidades de acceso a la atención odontológica, ya que

	obligan a las instituciones a priorizar a los niños y niñas dentro de sus políticas de atención. (19, 24, 27)			
Ecuador	Esta propuesta de modelo de atención dental para niños con discapacidades recupera recomendaciones basadas en la evidencia real. (38)	Villavicencio E, Alvear M, Mariona M, Veintimilla R	2018	Población infantil en condición de discapacidad
Trinidad y Tobago	Los participantes que recibieron IM mostraron un mejor conocimiento en una gama más amplia de elementos de conocimiento (cantidad correcta de pasta dental, posición de cepillado supervisado, barniz de fluoruro y el momento más seguro para dar bebidas y alimentos azucarados). La reducción en la prevalencia de caries en la niñez temprana (ECC) después de una intervención de MI reportada en familias asiáticas en Canadá, se atribuyó en gran medida a una mayor captación de barniz de fluoruro por parte de las familias, posiblemente debido a que los padres atribuyen mayor valor a la atención profesional preventiva. Sobre el tema de las prácticas de cepillado de dientes, la comprensión de la perspectiva de estos padres y cuidadores fue vital y este aspecto formó parte de la conversación de MI que utiliza la 'escucha reflexiva', donde, a lo largo de la sesión, el educador / consejero busca aumentar la fortaleza de los clientes para la motivación expresada con el fin de orientar un cambio de comportamiento. Establecer buenos hábitos y rutinas de cepillado de dientes en los niños en edad preescolar puede ser un desafío para las familias, especialmente	Naidu R, Nunn J, Irwin J	2015	Primera infancia

	cuando involucra cambios en las rutinas diarias establecidas. Estos hallazgos sugieren que un mayor desarrollo de este enfoque de orientación centrada en la persona podría ser beneficioso para mejorar la salud oral de los niños en edad preescolar en Trinidad y podría formar parte de las estrategias de promoción de la salud oral para este grupo de población. (41)			
Venezuela	El estado de salud bucal de los niños mejoró significativamente luego del aprendizaje obtenido y la resignificación de los conceptos, relacionándose directamente con las acciones mediadoras implementadas en el diseño y ejecución del programa y el compromiso asumido por los padres y docentes. Se recomienda la metodología empleada para planificar nuevas experiencias de enseñanza-aprendizaje. (79)	Alvarez C, Navas R, Rojas T	2006	Primera infancia

En Canadá, algunas poblaciones han pedido autonomía para gestionar la salud de su comunidad. Esto con el objetivo de tener un mayor control sobre los programas de salud pública. Esto ha generado que los servicios preventivos sean mejores en cuanto al acceso y a la calidad, para los niños de la primera infancia. En Estados Unidos, se han desarrollado diferentes programas nacionales de salud oral, los cuales aún no se conoce su impacto y sus resultados. Sin embargo han desarrollado otros estudios en donde se ha evidenciado resultados que mejoran la calidad de vida de los niños. En niños de uno y dos años, se evidencio una tendencia menor hacia una prevalencia de caries, esto mediante estrategias de prevención como el acceso temprano a la atención, aplicación de flúor en barniz, aplicación de sellantes y restauraciones terapéuticas provisionales. También se evidencio una mejora del estado de salud oral en niños de la primera infancia indígenas/nativos de Alaska (Tabla 9)

Tabla 9. Resultados y/o impacto de las estrategias o modelos en salud oral en Norteamérica

Norteamérica	Resultados y/o impacto	Autor	Año	Población
<p>Canadá</p>	<p>Fisto Natío e Inuit han solicitado históricamente la autonomía en la gestión de la prestación de servicios de salud para sus comunidades. El movimiento de autodeterminación nativo ha dado como resultado que los pueblos de las Primeras Naciones y los inuit asuman un mayor control sobre qué programas de salud pública se integren en sus comunidades, además de respetar la elección de los individuos para participar o no. A medida que las organizaciones FN / I asumen cada vez más la responsabilidad de la prestación de servicios de salud, es importante apoyar este proceso mediante la identificación de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades que pueden integrarse de manera fácil y rentable en el nuevo sistema de gobierno. Los modelos de prestación de atención de salud oral utilizados en las regiones urbanas no serán suficientes para superar los desafíos de la atención de salud de brindar atención dental a comunidades FN / I aisladas. La Iniciativa de salud bucal infantil ha demostrado ser un modelo de prestación que ha mejorado el acceso a los servicios preventivos de salud bucal para niños. (12)</p>	<p>Mathu-Muju K, McLeod J, Walker M, Chartier M, Harrison R</p>	<p>2016</p>	<p>Primera infancia</p>

<p>Estados Unidos</p>	<p>Este estudio encontró que después de dos años, los cuidadores que participaron en una sesión de IM que duró alrededor de 40 minutos con un breve refuerzo de teléfono dentro de los 7 meses posteriores a la intervención informaron con más frecuencia que aquellos en el grupo de comparación que revisaron a sus hijos para detectar precavida des. Otros comportamientos también se informaron con mayor frecuencia, pero no alcanzaron significación estadística, por parte de los participantes en la sesión de IM que en el otro grupo, incluido el niño que se cepilla dos veces al día, el niño se cepilla todos los días a la hora de acostarse, asegurándose de que el niño vea al dentista cada 6 meses, asegurándose de que el niño se cepille a la hora de acostarse y asegurándose de que el niño se cepille dos veces por día. El estudio no encontró diferencias clínicas ni estadísticamente significativas en el desarrollo de caries no tratadas en niños.</p> <p>Aunque es altamente prevalente, importante y costoso para Medicaid en relación con otros gastos dentales pediátricos, el ECC se puede prevenir de manera abrumadora. Los modelos de dinámica de sistemas brindan apoyo a los formuladores de políticas de salud y de Medicaid para que tomen medidas que tengan un gran potencial para reducir la aparición de enfermedades y, por lo tanto, mejorar la salud y el bienestar de los niños pobres o de bajos ingresos.</p> <p>1. Las estrategias de prevención de caries en la infancia temprana, que</p>	<p>Ismail A, Ondersma S, Jedele J, Little R, Lepkowski J</p> <p>Eldstein B, Hirsch G, Frosh M, Kumar J</p> <p>Ricks T, Phipps K, Bruerd B</p> <p>American Academy of Pediatric Dentistry</p>	<p>2011</p> <p>2015</p> <p>2015</p> <p>2016</p>	<p>Primera infancia</p>
------------------------------	---	--	---	-------------------------

	<p>incluyen el acceso temprano a la atención, los selladores en molares primarios, las aplicaciones de barniz de fluoruro múltiple y las restauraciones terapéuticas provisionales, mostraron una tendencia hacia una menor prevalencia de la experiencia de caries, especialmente en niños de uno a dos años . 2. Estas estrategias de ECC produjeron una mejora inicial en el estado de salud bucal de niños indígenas / nativos de Alaska de cero a cinco años de edad. (42, 56, 83, 84)</p>			
--	---	--	--	--

En Centroamérica, específicamente en El Salvador, el estudio realizado evidenció que las poblaciones rurales escolares presentan una prevalencia alta de caries. Por lo tanto la incorporación de educación en salud oral y suministro de suplementos de flúor en el programa de salud oral, logró una mejora significativa en los niños escolares en cuanto a su salud oral y su calidad de vida. Esto logró que los odontólogos de El Salvador en compañía del Ministerio de Salud continúen realizando estos programas de salud oral en diferentes poblaciones. En Cuba, el programa de salud oral que se implementó, logró modificar los conocimientos de las madres de los niños de la primera infancia, en cuanto a los hábitos de salud oral, selección de una alimentación adecuada y el conocimiento de los alimentos que son perjudiciales. Esto permite incorporar hábitos de vida saludables a las familias de los niños de la primera infancia. (Tabla 10)

Tabla 10. Resultados y/o impacto de las estrategias o modelos en salud oral en Centroamérica

Centroamérica	Resultados y/o impacto	Autor	Año	Población
El Salvador	Este estudio muestra que la ECC es un problema de salud pública común en las zonas rurales de El Salvador. La incorporación de educación sobre salud oral,	Dabiri D, Fontana M, Kapila Y, Eckert G, Sokal-Gutierrez K	2016	Primera infancia

	<p>suministros de higiene oral y suplementos de flúor en un programa de salud materno infantil establecido en la comunidad que comienza en la infancia parece mostrar mejoras en la salud oral y la calidad de vida de los niños a lo largo del tiempo. Los trabajadores de salud comunitarios de ASAPROSAR continúan brindando educación sobre higiene bucal y aplicación de barniz de flúor en conjunto con dentistas del Ministerio de Salud en El Salvador. (39)</p>			
Cuba	<p>El Programa Educativo aplicado demostró ser una intervención válida y exitosa, ya que modificó favorablemente los conocimientos de las madres seleccionadas, al propiciar el aprendizaje de acciones de autocuidado bucal, tales como: cepillado correcto, selección de una alimentación adecuada e identificación de hábitos perjudiciales. Ello permite incorporar conductas positivas a la familia para lograr estilos de vida saludables. El efecto de esta investigación se mantendrá por un tiempo y a su vez significará un futuro diferente para estos niños en edad preescolar, así como para los futuros hijos de estas madres. (80)</p>	<p>Menguez T, Sexto N, Gonzalez Y</p>	<p>2009</p>	<p>Primera infancia</p>

En Holanda, el estudio se enfocaba en conocer cuáles eran las barreras de acceso a los servicios odontológicos a la que estaban expuestos los niños. Los padres fueron fundamentales para conocer y exponer cuales sugerencias eran necesarias para la mejora de los servicios odontológicos. Entre ellas las sugerencias más importantes fueron la provisión de una educación en salud oral con un enfoque positivo, las regulaciones alimentarias en las escuelas y un enfoque multidisciplinario para brindar apoyo a los padres. En Finlandia, el estudio tenía un enfoque preventivo, en el cual se evidencio una mejora en la experiencia de caries de los niños y se recomienda continuar implementado estas iniciativas de promoción de la salud en las diferentes poblaciones. (Tabla 11)

Tabla 11. Resultados y/o impacto de las estrategias o modelos en salud oral en Europa

Europa	Resultados y/o impacto	Autor	Año	Población
Holanda	Este estudio cualitativo proporcionó detalles sobre las opiniones de los padres sobre las influencias en los comportamientos de salud bucal de los niños y sus opiniones sobre qué más apoyo se necesita para promover la salud dental de los niños Sus sugerencias para el apoyo profesional de la salud oral pueden guiar el desarrollo o la mejora de las intervenciones preventivas de caries. Las sugerencias importantes incluyeron la provisión de una educación clara sobre la salud oral con un enfoque positivo, la derivación temprana a una práctica dental, las regulaciones alimentarias en la escuela y un enfoque multidisciplinario para brindar apoyo a los padres, en el que profesionales dentales,	Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren C	2015	Primera infancia

	centros de salud infantil y otras instituciones colaboran estrechamente para Promover la salud bucal infantil. (45)			
Finlandia	En la población actual, con una prevalencia de caries relativamente baja, la colonización de la EM en la placa dental (biopelícula) y la ocupación del cuidador están fuertemente relacionadas con la caries dental a la edad de 5 años. El programa actual parece tener un mejor efecto preventivo sobre la caries dental en las familias. Para las familias, también se necesitan diferentes tipos de métodos para la promoción de la salud oral y el apoyo. (81)	Meurman P, Pienihakkinen K, Eriksson A, Alanen P	2009	Primera infancia

En Irán, el estudio realizado evidenció que la promoción de la salud puede mejorar el estado de salud en general y la calidad de vida de los niños. Además de proporcionar mejoras a los programas de promoción de la salud oral para las futuras intervenciones de odontología preventiva. Además de sugerir integrar la atención de la primera infancia con los programas de atención a recién nacidos. En los diferentes estudios encontrados en China, se encontraron que fueron eficaces para establecer unos hábitos de salud oral adecuados en niños de la primera infancia. Se mejoraron los conocimientos y prácticas en padres y se redujo en forma significativa la aparición de nuevas lesiones de caries. Además se concluyó que es necesario mejorar los proyectos comunitarios preventivos en la población infantil, los cuales estén basados en la evidencia y permitan mejorar el estudio de salud oral, fomentando el cepillado y la aplicación de flúor en barniz. (Tabla 12)

En India, se han creado modelos de atención que mejoren la calidad de vida de los niños, ante diferentes problemáticas como la sobrepoblación, la desnutrición, las diversidades del país, el aumento de las enfermedades de la cavidad oral en los niños. Por lo tanto el modelo que se implementó constituye un enfoque práctico, rentable, basado en la evidencia y con el objetivo de promover la salud en general. Esto se ha logrado por medio de campañas en salud y con ayuda de las facultades de Odontología de la India. En Japón, realizaron una intervención a las madres gestantes y lactantes, en el cual concluyeron que este tipo de atención contribuye a la reducción de caries hasta los tres años de edad de los niños de la primera infancia. (Tabla 12)

Tabla 12. Resultados y/o impacto de las estrategias o modelos en salud oral en Asia

Asia	Resultados y/o impacto	Autor	Año	Población
Irán	La evaluación de cuatro niveles de la promoción de la salud realizada en este trabajo tuvo un impacto deseado en la amenaza percibida, el conocimiento de la salud y los comportamientos de salud oral y redujo la incidencia de ECC en los niños. Debido a que muchos problemas de salud tienen factores de riesgo similares, la promoción de la salud oral puede mejorar el estado de salud general y la calidad de vida de muchas personas. El hallazgo de este estudio proporcionó una sugerencia para los procesos de toma de decisiones basados en la evidencia con respecto a los programas de prevención de ECC para futuras intervenciones de odontología preventiva y social. Además, se sugirió integrar la atención de salud bucal de los niños con el programa de atención del bebé	Basir L, Rasteh B, Montazeri A, Araban M	2017	Primera infancia

	sano. (82)			
China	<p>El programa basado en el jardín de infantes, que consistió en sesiones regulares de educación sobre salud bucal y un cepillado dental diario supervisado con pasta dental fluorada, fue eficaz para establecer buenos hábitos de salud bucal en los niños en edad preescolar, para mejorar los conocimientos y las actitudes sobre salud bucal de sus padres y para reducir el desarrollo de nuevas caries dentales.</p> <p>Los hallazgos de este estudio mostraron que la atención integral de la salud oral podría reducir y prevenir la caries de los niños con s-ECC. Junto con la educación sobre salud oral, los conocimientos de salud oral y la práctica de buenos hábitos alimenticios por parte de los padres mejoraron significativamente. La incidencia de caries primaria en el grupo de control y el grupo de prueba fue de 43.4% y 31.7%, respectivamente, que fue significativamente diferente.</p> <p>Aunque existen algunos programas gubernamentales y no gubernamentales de promoción de la salud oral para niños en edad preescolar, las caries dentales siguen siendo prevalentes entre los niños en edad preescolar en Hong Kong. Existe la necesidad de revisar los programas preventivos para reducir las disparidades en la salud bucal infantil. Se deben implementar proyectos</p>	<p>Rong W, Bian J, Wang W, Wang J</p> <p>Si Y, Guo Y, Yuan C, Xu T, Zheng S</p> <p>Chen J, Gao S, Duangthip D, Lo M, Chu H.</p>	<p>2003</p> <p>2016</p> <p>2019</p>	Primera infancia

	comunitarios efectivos basados en la evidencia, como el programa de cepillado de dientes y el tratamiento con flúor tópico en un entorno escolar para mejorar el estado de salud bucal de los niños en edad preescolar de manera sostenible. (17, 85, 86)			
India	Al desarrollar un modelo para la promoción de la salud oral en lactantes y niños, la población numerosa, las diversidades en el país, la alta desnutrición y las enfermedades infecciosas en los niños, la creciente preocupación por las enfermedades no transmisibles y las enfermedades dentales, y las malas inversiones en salud, constituyen un modelo para la promoción de la salud oral en bebés. El modelo que se analiza aquí es un enfoque práctico, rentable, basado en la evidencia y orientado a la población para la promoción de la salud oral en bebés y niños, cuyo objetivo es la promoción general de la salud (un enfoque integrado) que sugiere el uso de la maquinaria existente del público recientemente exitoso. Campañas de salud en la India y la mano de obra de la amplia red de colegios de odontología y sucursales de la Asociación Dental India. Aunque puede ser desafiante llevarlo a la realidad, el modelo quizás tenga un potencial para cerrar la brecha entre la enorme necesidad y el minúsculo esfuerzo en la promoción de la salud oral	Jawdekar A.	2013	Primera infancia y lactantes

	dirigida a bebés y niños. (44)			
Japón	<p>Este estudio retrospectivo demuestra la eficacia de la prevención de la ECC de la educación de salud materna durante el embarazo, una estrategia de atención médica que no requiere intervención farmacológica ni profilaxis profesional. Esta intervención mínima es particularmente efectiva desde una perspectiva de salud pública. Este informe es el primero en describir que la atención médica prenatal y los controles dentales regulares contribuyen por igual a reducir la ECC hasta los tres años de edad. Los efectos respectivos de los comportamientos para la prevención de ECC fueron más de tres veces más fuertes que la alternativa. Este resultado apoya las hipótesis examinadas en este estudio. Además, esos comportamientos no se confundieron mutuamente, como lo demuestra su falta de correlación mutua en este sentido. Población. Este estudio no comparó las condiciones socioeconómicas de las madres inscritas entre los grupos, pero se espera que los efectos de su situación financiera en esos comportamientos sean insignificantes porque no es necesario ningún pago individual para su propia atención médica</p>	Nakai Y, Mori Y, Tamaoka I	2016	Primera infancia

<p>prenatal y los controles dentales de sus hijos. En la ciudad de Okayama, no es necesario el pago individual de gastos médicos bajo el seguro de salud para niños hasta que ingresan a la escuela. (46)</p>			
---	--	--	--

DISCUSIÓN

Los modelos de atención en salud oral para la primera infancia se han reportado en diferentes partes del mundo, ya sea por medio de investigaciones, estudios o programas nacionales, que se enfocan en disminuir las enfermedades que pueden presentar los niños en la cavidad oral o para mejorar la calidad de vida de los niños de la primera infancia. En esta revisión temática, se encontraron artículos en Sudamérica, Centroamérica, Norteamérica, Europa, Asia y Oceanía. Se encontraron un total de 70 artículos, de los cuales se escogieron 50 ya que cumplía con los parámetros determinados para esta investigación. Para esta investigación se realizó un análisis por continente y por país específicamente.

De los artículos encontrados, realizando un análisis general, se encontró que los programas e intervenciones preventivas, son utilizados a nivel mundial, siendo este aspecto el punto más importante para destacar de la investigación, ya que se ha evolucionado de realizar tratamientos curativos a realizar tratamientos preventivos. Ya que como lo describió Estupiñan *et al* (2006) en América Latina y el Caribe para la década de los 2000, el tratamiento curativo era lo primordial antes de realizar tratamientos preventivos, además hacían un análisis de los pensum académicos de las facultades de Odontología, en el cual no hacían un enfoque a la salud pública, sino que la mayoría de la enseñanza se destinaba hacia lo curativo. Por lo tanto se hace una reflexión de que tanto participan los gobiernos y las entidades de salud para mejorar este problema, así como lo describe Contreras (2016) el cual recalca la labor que deben realizar los gobiernos y entidades a nivel mundial para poder disminuir las principales enfermedades orales, cambiando el enfoque curativo por un enfoque orientado hacia la promoción de la salud tanto oral como general.

Los programas de salud oral nacionales como lo hallado en Bolivia, Chile o Nueva Zelanda, no exponen resultados ni miden el impacto en la población. Sin embargo, si realizan un enfoque amplio en cómo mejorar la salud oral de niños de la primera infancia. El Ministerio de Salud de Bolivia (2003) para mejorar la salud oral de la primera infancia, determino en su Programa Nacional de Salud Bucal, que se debía realizar una capacitación a los promotores de salud oral, para poder ejecutar unas acciones de prevención que se enfocaban principalmente en el uso adecuado del flúor. Este por medio de fluorización de la sal y uso adecuado de flúor tópico ya se en gel o barniz. Similar al programa de salud nacional realizado

por el Ministerio de Salud de Chile (2007) en el cual se enfocan en promover los hábitos de salud oral y en el consumo de flúor por medio del agua y la implementación del flúor tópico como medida preventiva en niños de la primera infancia.

Las acciones preventivas que se reportaron en los estudios se enfocan en la promoción de la salud por medio de los hábitos de salud oral y por medio de la implementación de flúor. Sin embargo, para poder asegurar que los niños tengan una salud oral adecuada, se debe realizar un enfoque en los padres y en los promotores de la educación en salud, ya sean los profesores de las escuelas o los odontólogos. Así como lo realizó la Secretaria de Salud de Medellín (2015) quienes desarrollaron un programa enfocado en madres de niños de la primera infancia. En la ejecución del programa se le enseñaron hábitos saludables para los niños y las empoderaron del cuidado de la salud oral de los niños. Este método no es utilizado únicamente en Sudamérica; en Irán, Basir *et al* (2017) realizaron un estudio con diferentes madres en una población, en donde realizaron una intervención acerca de educación en salud oral. Se enfocaron en la enseñanza de cómo cuidar los dientes y como brindar una alimentación adecuada a los niños para evitar la caries. De igual forma les explicaron a las mujeres cuales eran las consecuencias de la caries dental tanto en la salud del niño como económicamente. Esta intervención permitió que las mujeres conocieran acerca de la salud oral y se identificó una mejora en la salud oral de los niños.

Para la ejecución de los diferentes programas de salud oral en niños, es necesario que los entes gubernamentales y los diferentes actores implicados en el acceso a un servicio de salud de calidad, estén comprometidos. Las problemáticas sociales en las diferentes poblaciones dificultan que los niños accedan a un servicio de salud adecuado, esto es determinado por el ingreso que tenga esa población o por las diferencias socio económicas que existen en la actualidad a nivel mundial. Como lo describe Sanabria *et al* (2015) las pirámides poblacionales no son convenientes para la sociedad, ya que quienes están en el ápice son quienes reciben un servicio de salud mejor al que en ocasiones es negado para quienes estaban debajo en esa pirámide. Esta problemática afecta a la población de la India, así lo describe Jawdekar (2015) el cual explica que se realizan malas inversiones en salud, por lo tanto se aumentan las enfermedades no transmisibles como la caries y a esto se le suman problemáticas como la desnutrición y el crecimiento de enfermedades infecciosas.

En Colombia se encontraron diferentes modelos de atención en salud oral para los niños de la primera infancia. Esto evidenció que se ha trabajado desde hace varios años en la construcción de modelos que beneficien a los niños y niñas, en especial en zonas vulnerables. El Ministerio de Salud con sus programas como ‘Soy Generación + sonriente’ y las estrategias de otorgar una salud integral a la primera infancia, han demostrado que la necesidad de mejorar las posibilidades de acceso a la odontología, es un tema que obliga a las instituciones a priorizar a los niños y niñas dentro de las políticas de atención en salud. Gallego & Franco (2018) enfatizaron seguir desarrollando políticas públicas y programas para la protección de los niños, ya que las posibilidades de acceder a la odontología tienen muchos limitantes, por lo tanto se requiere un mayor compromiso por parte de los actores involucrados.

CONCLUSIONES

- Los modelos de atención en salud oral para la primera infancia que se hallaron tienen un enfoque preventivo que permiten una mejora en la calidad de vida del paciente. Evitando intervenciones como exodoncias o pulpectomias.
- Los padres y odontólogos son importantes en la ejecución de cualquier programa o investigación destinada a la salud oral de los niños, ya que logran empoderarse en el cuidado de la salud oral de los niños.
- Es necesario seguir explorando y desarrollando modelos de atención a niños de la primera infancia, especialmente en las comunidades que no tienen acceso a servicios de salud óptimos.
- Fortalecer los enfoques en salud pública en las facultades de Odontología del país, para lograr disminuir las enfermedades como la caries o gingivitis y llegar a todas las zonas del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Colombia. Abecé sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal “Para saber como estamos y saber que hacemos”. 2014
2. Cardozo J, Sanz E. Implementación de programas preventivos de salud bucal en escuelas de Mercedes Corrientes. Revista de Extensión de la Universidad Nacional de Córdoba. (EXT) Número 6. 2015
3. World Health Organization. Global oral health data bank. Obtenido de World Health Organization 2002
4. Petersen P, Bourgeois D, Owaga H, Estupinan S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization 2005;83:661-669.
5. Lalo R, Cron J, Tute O, Cuartana S, Lamiesen L, Wallace V, Base R, Fernando S, Cadete-James Y, Scuffham P, Johnson N. Effectiveness, cost-effectiveness and cost-benefit of a single annual professional intervention for the prevention of childhood dental caries in a remote rural Indigenous community. BMC Oral Health (2015) 15:99
6. Nguyen T. Is the current model of public dental care promoting the oral health of young children in Australia? Deeble Institute Issues Brief Paper No. 20. 2017
7. Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Bogaerts K, Hoppenbrouwers K. Effect evaluation of an oral health promotion intervention in preschool children. Eur J Public Health. 2014 Dec;24(6):893-8
8. Ministerio de salud pública y previsión social. Programa regional de salud oral. OMS/OPS. 2003
9. Morales A, Moraes R, Lyn, Barros A. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. Rev Saúde Pública 2014;48(1):142-153
10. Piovesan C, Ardenghi T, Mendes F, Agostini B, Michel-Crosato E. Individual and contextual factors influencing dental health care utilization by preschool children: a multilevel analysis. Braz. Oral Res. 2017; 31:e27.
11. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Pierre C, Emami E. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. BMJ Open. 2017 Sep 25; 7(9):e016078.

12. Mathu-Muju K, McLeod J, Walker M, Chartier M, Harrison R. The Children's Oral Health Initiative: An intervention to address the challenges of dental caries in early childhood in Canada's First Nation and Inuit communities. *Can J Public Health* 2016;107(2):e188–e193
13. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares. 2007
14. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. 2017
15. Correa A. Impacto de la Estrategia Educativa 2x2x2 en Indicadores de Salud Oral. 2016. Chile. Universidad de Chile.
16. Contreras A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016; 9 (2): 193-202.
17. Si Y, Guo Y, Yuan C, Xu T, Zheng S. Comprehensive Oral Health Care to Reduce the Incidence of Severe Early Childhood Caries (s-ECC) in Urban China. *Chin J Dent Res*. 2016 Mar; 19(1):55-63.
18. Liu J, Zhang S, Zheng S, Xu T, Si Y. Oral Health Status and Oral Health Care Model in China. *Chin J Dent Res*. 2016; 19(4):207-215.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Soy generación + sonriente. Colombia. 2017
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Modelo de Atención Integral]. Colombia. 2015
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para Promoción y Mantenimiento de la Salud. Colombia. 2017
22. Balladelli P, Saboya M, Ocampo J. Liderazgo Territorial y Alianzas para la Atención Integral en Salud de la Infancia. Colombia. 2009.
23. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Guía de práctica clínica en salud oral. Higiene Oral. Colombia. 2010
24. Secretaria de salud de Medellín. Proyecto para el fortalecimiento del cuidado bucal durante la primera infancia. Colombia. 2015
25. Gobierno de Colombia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Colombia. 2014
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. Colombia. 2016

27. Camargo C, Tique G. Promoción de la Salud en la Primera Infancia: Estrategia Jardines Infantiles Promotores de la Salud de la Localidad de Santa Fe- Bogota D.C. Tesis de especialización. Bogotá. 2011
28. González G. Pautas orientadoras para la promoción de la salud bucal en la primera infancia para profesionales de salud. *Acta Odontológica Colombiana*. 2013; 3(2): 103-18.
29. Agreda M. Estrategia de Atención en Salud Bucal para Niños y Niñas Indígenas del Jardín Infantil: "Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak", Localidad Santa Fe- Bogotá D.C. Tesis de especialización. Bogotá. 2017
30. Hernández E, Parra L, Correal C. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: Perspectiva desde un estudio regional. *Salud Uninorte* 2015; 31(2): 284-94.
31. Tuesca R. Atención Primaria en Salud: Más y mejoras necesarias. *Salud Uninorte*, 2015; vol 31 (2) p. 7-8
32. González G. Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia: evaluación de un programa para la promoción de salud bucal en la primera infancia. *Univ Odontol*. 2012. Ene-Jun. 31(66) 59-74.
33. Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública *Universitas Odontológica*, 2011; 30 (60): 101-108.
34. Cámara de Representantes. Ley 069 de 2015. Colombia.
35. Cisneros G, Hernandez Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN* 2011; 15(10):1445
36. Gonzalez R, Ventura M, Valdivie J, Serraro C. Sonríe con salud. *Revista Cubana de Estomatología* 2014; 51(3):250-258.
37. Hernandez A, Espeso N, Reyes F, Rodríguez L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. *AMC* 2010 14 (6): 1-9.
38. Villavicencio E, Alvear M, Mariona M, Veintimilla R. Propasar of dental atención model for children watt deshabilitéis in Ecuador. *Interés Dent Open Ex J* 2018 1(5)
39. Dabiri D, Fontana M, Kapila Y, Eckert G, Sokal-Gutierrez K. Community-based assessment and intervention for early childhood caries in rural El Salvador. *Int Dent J*. 2016 Aug; 66(4):221-8.

40. Ausina V. Accesibilidad a los Recursos del Programa de Salud Bucodental de la Comunidad Valenciana. Tesis doctoral. 2012. España. Universidad Miguel Hernandez.
41. Naidu R, Nunn J, Forde M. Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. *BMC Oral Health* 2012, 12:27
42. Ismail A, Ondersma S, Jedele J, Little R, Lepkowski J. Evaluation of a Brief Tailored Motivational Intervention to Prevent Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 October; 39(5): 433–448.
43. Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren C. Establishing oral health promoting behaviours in children – parents’ views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC Oral Health* (2015) 15:157
44. Jawdekar A. A proposed model for infant and child oral health promotion in India. *Int J Dent.* 2013; 2013:e1–6.
45. Duijster D, Monse B, Dimaisip-Nabuab J, Djuharnoko P, Heinrich-Weltzien R, Hobdell M, Kromeyer-Hauschild K, Kuntharith Y, Mijares-Majini M, Siegmund N, Soukhanouvong P, Benzian H. ‘Fit for school’ – a school-based water, sanitation and hygiene programme to improve child health: Results from a longitudinal study in Cambodia, Indonesia and Lao PDR. *BMC Public Health* (2017) 17:302
46. Nakai Y, Mori Y, Tamaoka I. Antenatal Health Care and Postnatal Dental Check-Ups Prevent Early Childhood Caries. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2016, 240, 303-308.
47. Medina C, Maupomé G, Avila L, Pérez R, Pelcastre B, Pontigo A. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed* 2006; 17:269-286.
48. Ministry of Health. Early Childhood Oral Health: A toolkit for District Health Boards, primary health care and public health providers and for oral health services relating to infant and preschool oral health. Wellington: Ministry of Health. 2008
49. Flores N. Perfil de Atención Odontológica en Niños Menores de 5 Años de Edad Afiliados al SIS, Del Centro de Salud Materno infantil Pachacutec Peru-Corea, Ventanilla-Callao, de Enero a Diciembre del Año 2015. 2015. Lima-Peru. Universidad Cayetano Heredia

50. Madrid M, Castro A, Echeandía J, Chein S, Villavicencio J, Cuentas A, Vásquez R. Modelo de atención integral de salud bucal en Pachacútec, Callao. *Odontol. Sanmarquina* 2011; 14(1): 4-7
51. Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M, Suárez M, Villena R. Perfil de atención de salud en gestantes y niños de 0-71 meses de edad, de un Puesto de Salud del Cono Norte - Carabayllo, Lima-Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2008; 18(2):83-92.
52. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Revista Estomatológica Herediana*. 2013;23(2):101-108
53. Naidu R, Nunn J, Irwin J. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health* (2015) 15:101
54. Holt K, Barzel R. *Promoting Oral Health in Young Children: A Resource Guide* (2nd ed.). Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center. 2018
55. Fuccillo R, Sharpe B, Smith L. *Oral Health: An Essential Component of Primary Care*. 2015
56. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Workforce Issues and Delivery of Oral Health Care Services in a Dental Home. 40 (6) 18-19. 31-35
57. Holt K, Barzel R. Oral Health and Learning: When Children's Oral Health Suffers, So Does Their Ability to Learn. *J Okla Dent Assoc*. 2005 Sep; 97(1):24-5.
58. Mariani M, Velasquez L, Kattlove J. *Improving Oral Health For Young Children And Families Through Early Childhood Home Visiting*. USA. 2016
59. Bales S. *Framing Children's Oral Health for Public Attention and Support: A Frameworks MessageMemo*. 2011
60. Kumar J, Jackson R. *California Oral Health Plan 2018-2028*. USA. 2018
61. Collins C, Villa L, Sams L, Zeldin L, Divaris K. Framing Young Children's Oral Health: A Participatory Action Research Project. *PLoS One*. 2016 Aug 22;11(8):e0161728
62. Nascimento M, Mugayar L, Tomar S, Garvan C, Catalanotto F, Behar-Horenstein L. The Impact of an Infant Oral Health Program on Dental Students' Knowledge and Attitudes. *J Dent Educ*. 2016 Nov; 80(11):1328-1336.
63. Albino J, Tiwari T. Preventing Childhood Caries: A Review of Recent Behavioral Research. *J Dent Res*. 2016 Jan;95(1):35-42

64. Milgrom P, Horst J, Ludwig S, Rothen M, Chaffee B, Lyalina S, Pollard K, DeRisi J, Mancl L. Topical Silver Diamine Fluoride for Dental Caries Arrest in Preschool Children: A Randomized Controlled Trial and Microbiological Analysis of Caries Associated Microbes and Resistance Gene Expression. *J Dent.* 2018 Jan;68:72-78
65. Hoelt K, Rios S, Guzman E, Barker J. Using community participation to assess acceptability of “Contra Caries”, a theory-based, promotora-led oral health education program for rural Latino parents: a mixed methods study. *BMC Oral Health* (2015) 15:103
66. Burgette J, Lee J, Baker A, Vann J. Is Dental Utilization Associated with Oral Health Literacy? *J Dent Res.* 2016 Feb;95(2):160-6
67. Cunha-Cruz J, Huebner CE, Ludwig S, Dysert J, Mitchell M, Allen G, Shirtcliff RM, Scott JM and Milgrom P. Everybody Brush! Consumer Satisfaction with a Tooth Decay Prevention Program. *Front Public Health.* 2017 Sep 27;5:26
68. Atchinson K, Weintraub J. Integrating Oral Health and Primary Care in the Changing Health Care Landscape. *N C Med J.* 2017 Nov-Dec;78(6):406-409
69. Cruz S, Chi D, Huebner C. Oral Health Services within Community-Based Organizations for Young Children with Special Health Care Needs. *Spec Care Dentist.* 2016 Sep;36(5):243-53
70. Casamassimo P, Lee J, Marazita M, Milgrom P, Chi D, Divaris K. Improving Children’s Oral Health: An Interdisciplinary Research Framework. *J Dent Res.* 2014 Oct;93(10):938-42
71. Formicola A, Marguerite R, Marshall S, Derksen D, Powell W, Hartsock L, Treadwell H. Strengthening the Oral Health Safety Net: Delivery Models That Improve Access to Oral Health Care for Uninsured and Underserved Populations. *Am J Public Health.* 2004 May; 94(5): 702–704.
72. Garcia J, Velez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev. salud pública.* 15 (5): 731-742, 2013
73. Soto A, Sexto N, Gontan N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur* 2014 12 (1): 24-34

74. Abanto J, Bönecker M, Raggio D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20(1):38-4
75. Diaz S, Gonzalez F, Ramos K, Perez S, Malo L. Impacto de Caries dental sobre la calidad de vida de los niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas de Cartagena. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena. 2015
76. Torres G, Blanco D, Anticona C, Ricse R, Antezana V. Gastos de atención odontológica de niños con caries de la infancia temprana, ocasionados a la familia y al estado peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño. *Rev Estomatol Herediana*. 2015 Ene-Mar; 25(1):36-43.
77. Sanabria C, Suarez M, Estrada J. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2015 14 (28).
78. Estupiñan S, Milner T, Tellez M. La salud oral de los niños de bajos ingresos. Organización Panamericana de la Salud. 2006
79. Álvarez C, Navas R, Rojas T. Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. *Rev Cubana Estomatol* 2006 ; 43(2)
80. Menguez T, Sexto N, González Y. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. *Medisur*. 2009; 7(1): 4.
81. Meurman P, Pienihäkkinen K, Eriksson AL, Alanen P. Oral health programme for preschool children: a prospective, controlled study. *Int J Paediatr Dent*. 2009 Jul;19(4):263-73
82. Basir L, Rasteh B, Montazeri A, Araban M. Four-level evaluation of health promotion intervention for preventing early childhood caries: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2017; 17: 767.
83. Edelstein BL, Hirsch G, Frosh M, Kumar J. Reducing early childhood caries in a Medicaid population: a systems model analysis. *J Am Dent Assoc*. 2015 Apr; 146(4):224-32.

84. Ricks T, Phipps K, Bruerd B. The Indian Health Service Early Childhood Caries Collaborative: A Five-year Summary. *Pediatr Dent*. 2015 May-Jun;37(3):275-80
85. Rong W, Bian J, Wang W, Wang J. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Dec; 31(6):412-6.
86. Chen K, Gao S, Duangthip D, Lo E, Chu C. Early childhood caries and oral health care of Hong Kong preschool children. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2019; 11: 27–35.
87. Duijster D, de Jong M, Verrips E, van Loveren C. Establishing oral health promoting behaviours in children – parents’ views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC Oral Health*. 2015; 15: 157
88. Pine C, Adair P, Burnside G, Robinson L, Edwards R, Albadri P, Curnow M, Ghahreman M, Henderson M, Malies C, Wong F, Muirhead V, Weston S, Whitehead H. A new primary dental care service compared with standard care for child and family to reduce the re-occurrence of childhood dental caries (Dental RECUR): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015; 16: 505.
89. Gallego C, Franco A. Procesos determinantes del acceso a odontología en niños y niñas durante primera infancia. *RLCSNJ*. 2018; 17(1); 193-206