



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Odontóloga

**TEMA:**

**“MODELOS DE ATENCIÓN EN TRATAMIENTOS  
ODONTOPEDIÁTRICOS, DE NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS. REVISION  
BIBLIOGRÁFICA”**

**Autora:** Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

**Tutora:** Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

**Riobamba – Ecuador**

**2020**

## PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de sustentación del proyecto de investigación de título: “Modelos de atención en tratamientos odontopediátricos, de niños de 2 a 5 años. Revisión bibliográfica”, presentado por la **Sra. Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema** y dirigida por la **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH; para constancia de lo expuesto firman:

Dra. Kathy Llori Otero



.....

**Presidente del Tribunal**

Firma

Dr. Manuel Alejandro León Velastegui



.....

**Miembro del Tribunal**

Firma

Dr. Mauro Costales Lara



.....

**Miembro del Tribunal**

Firma

## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

La suscrita docente-tutora de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón CERTIFICA, que la señorita Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema con C.I: 0605442383, se encuentra apta para la presentación del proyecto de investigación: “Modelos de atención en tratamientos odontopediátricos, de niños de 2 a 5 años. Revisión bibliográfica.” y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, en la ciudad de Riobamba en el año 2020

Atentamente,



Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

DOCENTE – TUTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

## **AUTORÍA**

Yo, Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema, portadora de la cédula de ciudadanía número 0605442383, por medio del presente documento certifico que el contenido de este proyecto de investigación es de mi autoría, por lo que eximo expresamente a la Universidad Nacional de Chimborazo y a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido de esta. De igual manera, autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo para que realice la digitalización y difusión pública de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

C.I. 0605442383

**ESTUDIANTE UNACH**

## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento muy profundo a Dios, por darme salud, conocimiento, fuerza y perseverancia, para enfrentar todos los obstáculos durante mi vida universitaria. No me queda más que agradecimiento y satisfacción a la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme las puertas, por proporcionarme la formación académica, ética y moral para obtener mi título profesional, y a cada uno de los docentes por la paciencia y los conocimientos impartidos, en especial a mí tutora de tesis la Dra. Marlene Mazón por brindarme su apoyo, conocimiento y paciencia para poder conseguir grandes logros en este proceso y poder así culminar con esta gran etapa.

Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

## **DEDICATORIA**

El presente proyecto de investigación está dedicado a mi madre quien creyó en mí más de lo que yo pude hacerlo, por sus impresionantes esfuerzos y su amor invaluable, por haberme brindado su apoyo incondicional y la oportunidad de cumplir mis metas, por hacerme fuerte ante una derrota, por ayudarme a entender de mis errores y aprender de ellos y así crecer como ser humano y como profesional.

Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. METODOLOGÍA.....	4
2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	4
2.2. Estrategia de Búsqueda.....	4
2.3. Tipos de estudio.....	5
2.3.1. Métodos, procedimientos y población.....	5
2.3.2. Instrumentos .....	6
2.3.3. Selección de palabras clave o descriptores.....	6
2.4 Valoración de la calidad de estudios. ....	9
2.4.1. Número de publicaciones por año .....	9
2.4.2. Número de publicaciones por ACC (Average Count Citation).....	10
2.4.3. Número de artículos por factor de impacto (SJR) .....	10
2.4.4. Promedio de conteo de citas (ACC) por cuartil y base de datos .....	11
2.4.5. Áreas de aplicación, ACC y bases de datos.....	12
2.4.6. Número de publicaciones por tipo de estudio, colección de datos y cuartil.....	13
2.4.7. Valoración de artículos por área.....	15
2.4.8. Frecuencia de artículos por año y bases de datos .....	15
2.4.9. Artículos científicos según la base de datos .....	16
2.4.10. Lugar de procedencia de los artículos científicos.....	17
2.4.11. Número de artículos con ACC válido por país.....	18
2.4.12 Número de artículos con SJR válido por país.....	19
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	21
3.1. Modelos de salud.....	21
3.2. Protocolos de atención.....	21
3.3. Paciente pediátrico.....	22
3.4. Modelos de atención.....	22

3.4.1.	Modelo de evaluación.....	22
3.4.2.	Modelo teórico lógico.....	23
3.4.3.	Modelo conceptual multinivel de la salud oral de los niños.....	24
3.4.4.	Programa de servicios dentales en el ámbito médico y/o comunitario.....	25
3.4.5.	Modelos de práctica integradores y/o de colaboración.....	26
3.4.6.	Modelo de prestación de servicios de salud oral.....	27
3.4.7.	Programa “Fit for School” modelo para la salud de los niños.....	28
3.4.8.	Modelo “hub and spoke”.....	29
3.4.9.	Modelo de Evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico.....	30
3.4.10.	Modelo Malmö.....	31
3.4.11.	Modelo unificador para la caries de primera infancia.....	31
3.4.12.	El modelo de asistencia preventiva oral (OPA).....	32
3.4.13.	Programa CHAT-PD.....	33
3.4.14.	Modelo de salud oral del WIC de Kellogg Ohio.....	34
3.4.15.	Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.....	35
3.4.16.	El modelo hegemónico de atención médica privada pagada.....	36
3.4.17.	Modelo de Creencias de Salud (HBM).....	37
3.4.18.	Modelo de Promoción de la Salud.....	38
3.4.19.	Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de la Acción Razonada.....	39
3.4.20.	Modelo de dinámica de sistemas.....	40
4.	DISCUSIÓN.....	49
5.	CONCLUSIONES.....	51
6.	RECOMENDACIONES.....	52
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1. Términos de búsqueda y extracción de utilización en las bases de datos. ....	7
Tabla Nro. 2. Número de publicaciones tipo de estudio, colección de datos, y tipo de .....	14
Tabla Nro. 3. Valoración de artículos por área.....	15
Tabla Nro. 4. Modelo de asistencia preventiva (OPA).....	33
Tabla Nro. 5. Modelo de atención integral de salud basado en la familia y comunidad.....	35
Tabla Nro. 6. Modelo de creencias de salud (HBM).....	38
Tabla Nro. 7. Descripción de los modelos de atención .....	42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1. Metodología con escala y algoritmo de búsqueda. ....	7
Gráfico Nro. 2. Número de publicaciones por año. ....	9
Gráfico Nro. 3. Número de publicaciones por ACC. ....	10
Gráfico Nro. 4. Número de artículos por factor de impacto. ....	11
Gráfico Nro. 5. ACC por cuartil y base de datos. ....	12
Gráfico Nro. 6. Áreas de aplicación, número de citas y bases de datos. ....	13
Gráfico Nro. 7. Frecuencia de artículos por año y bases de datos. ....	16
Gráfico Nro. 8. Artículos científicos según la base de datos. ....	17
Gráfico Nro. 9. Lugar de procedencia de los artículos científicos ....	18
Gráfico Nro. 10. Número de artículos con ACC válido por país ....	19
Gráfico Nro. 11. Número de artículos con SJR válido por país ....	20
Gráfico Nro. 12. Modelo de evaluación ....	23
Gráfico Nro. 13. Modelo teórico lógico ....	24
Gráfico Nro. 14. Modelo conceptual multinivel. ....	25
Gráfico Nro. 15. Programa de servicios dentales ....	26
Gráfico Nro. 16. Modelos de práctica integradores y/o de colaboración ....	27
Gráfico Nro. 17. Modelo de prestación de servicios de salud oral. ....	28
Gráfico Nro. 18. Programa “Fit for School” modelo para la salud de los niños ....	29
Gráfico Nro. 19. Modelo “Hub and spoke” ....	30
Gráfico Nro. 20. Modelo de evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico ....	30
Gráfico Nro. 21. Modelo Malmö. ....	31
Gráfico Nro. 22. Modelo unificador para la caries de la primera infancia. ....	32
Gráfico Nro. 23. Programa CHAT-PD. ....	33
Gráfico Nro. 24. Modelo de salud oral del WIC de Kellogg Ohio. ....	34
Gráfico Nro. 25. Modelo hegemónico de atención médica privada pagada. ....	36
Gráfico Nro. 26. Modelo de promoción de salud. ....	39

Gráfico Nro. 27. Modelo de creencias en salud y la teoría de la acción razonada .....	40
Gráfico Nro. 28. Modelo de la dinámica de los sistemas .....	41

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como fin analizar las publicaciones académicas mediante una revisión bibliográfica sobre los modelos de atención en tratamientos odontopediátricos, de niños de 2 a 5 años, cuyo objetivo fue determinar los principales modelos de salud, sus características y casos de éxito enfocados en el área de la odontopediatría, considerando sus componentes y los elementos comunes. En el aspecto metodológico la investigación es de tipo documental, de corte transversal, retrospectiva y descriptiva; inicialmente se contó con una población de 90 artículos científicos encontrados en diferentes bases de datos como Google Scholar, Elsevier, Pubmed y Scielo, de los cuales fueron elegidos 65 artículos en base al promedio de conteo de citas y el factor de impacto SJR, mismos que constituyeron la base de la presente investigación. Los modelos de atención para el tratamiento odontopediátrico tuvieron tres principales componentes: la prevención en la salud oral, la promoción, el diagnóstico y tratamiento; y los casos de éxito más emblemáticos de acuerdo a estos componentes fueron el modelo "escolar de cuidado de niños por parte de terapeutas dentales y el modelo estadounidense de dentistas que brindan atención a niños en consultorios privados"; el modelo "Many voices, one song" y el "Modelo de Evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico", modelos completos e integrales enfocados en Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. Se encontraron 20 modelos exitosos de aplicación tanto en poblaciones vulnerables, desatendidas, grupos socioeconómicos bajos o población relacionada con la extrema pobreza y generaron resultados efectivos.

**PALABRAS CLAVE:** odontopediatría, modelo integral de salud, modelo de atención

## ABSTRACT

This research aimed to analyze academic publications using a bibliographic review on the models of care in pediatric dentistry treatments of children aged 2 to 5 years old. The objective was to determine the main health models, their characteristics, and success stories focused on pediatric dentistry, considering its components and common elements. In the methodological aspect, the research is documentary, cross-sectional, retrospective, and descriptive. Initially, there was a population of 90 scientific articles found in different databases such as Google Scholar, Elsevier, Pubmed, and Scielo, of which 65 articles were chosen based on the average number of citations and the SJR impact factor, same as formed the basis of the present investigation. The care models for pediatric dentistry had three main components: prevention in oral health, promotion, diagnosis and treatment; and the most emblematic success stories according to these components were the "school model of childcare by dental therapists and the American model of dentists who provide care to children in private practices"; the "Many voices, one song" model and the "Theoretical and logical Oral Health Care Evaluation Model," complete and comprehensive models focused on Promotion, Prevention, Diagnosis, and Treatment. Twenty successful application models were found in vulnerable and underserved populations, low socioeconomic groups, or a population related to extreme poverty, and they generated effective results.

**KEYWORDS:** pediatric dentistry, comprehensive health model, care model



Translation of abstract reviewed by Dr. Narcisa Fuertes PhD.  
Professor at Linguistic Competences UNACH

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al análisis de los modelos de atención en el tratamiento odontopediátrico. Pretende ser una herramienta que oriente a los profesionales al aprendizaje de la odontopediatría, analizando los criterios de diferentes autores en una revisión de la literatura de los modelos existentes de atención en el tratamiento odontopediátrico, de manera que la información de la investigación desarrollada sea clara, completa, de fácil comprensión y que sirva de ayuda para dar un mejor y más rápido servicio odontológico con la adopción de las buenas prácticas de modelos exitosos en este ámbito de la odontología.

Varios autores para el año 2000 consideraron la conducta de los niños o de la sus padres y las experiencias anteriores en consulta como factores influyentes en la atención odontológica, que afectan en la ansiedad, debido a lo que el odontólogo tiene la necesidad de considerar factores influyentes del entorno para una mejor aproximación hacia los problemas de comportamiento en el tratamiento dental, recomendando así la evaluación de la conducta previo el tratamiento al que se lo va a someter al niño.<sup>(1)</sup>

Si bien se conoce la salud bucal es esencial, sin embargo, la falta de esclarecimiento de esta hace que no sea considerada con la importancia debida, y por lo tanto sea malentendida como de menor interés ocasionando en las personas dolor, disconfort y teniendo impacto significativo en su salud general. Actualmente se realizan campañas de cuidado, prevención y promoción de la salud oral en todo el mundo mediante modelos integrales para aumentar la concientización y preocupación de toda la población, puesto que la salud bucal significa mucho más que tan solo tener dientes sanos.<sup>(2)</sup>

En la actualidad el odontólogo busca prevención, técnicas innovadoras y materiales que disminuyan la incomodidad en los pacientes pediátricos, especialmente cuando estos se encuentran ansiosos, inquietos, o que muestren señales de desagrado ya que resulta poco beneficioso para el operador la atención hacia estos pacientes poco colaboradores, lo ideal sería lograr una remoción eficaz, generando las mínimas molestias al paciente, con técnicas fáciles de usar o que no represente mayor gasto para el profesional.<sup>(3)</sup>

El siguiente trabajo hizo énfasis en el análisis de los modelos de atención en el tratamiento odontopediátrico para conocer mediante una revisión bibliográfica la opinión de distintos autores acerca del tema, los resultados que se obtendrán de dichas investigaciones serán de artículos científicos, de distintas revistas especializadas e indexadas de tipo internacional,

publicadas en sitios como PubMed, Scielo y Google académico, en un periodo de tiempo conformado entre 2010-2020

En nuestro país, las patologías orales que se encuentran con mayor incidencia son: caries dental, gingivitis, periodontitis y anomalías dentomaxilares. Por la elevada incidencia de las mismas se orienta a grupos de poblaciones desfavorecidas y vulnerables, estrategias de promoción y prevención según las políticas de Salud Bucal, con una mayor prioridad en las personas menores de 20 años para la debida atención en salud bucal, sin embargo, debido a la ansiedad de los niños existen interrupciones y en ocasiones fracasos en el tratamiento, pues los infantes relacionan la ansiedad con el miedo y dolor, lo que interfiere durante la atención odontológica. <sup>(4)</sup>

La práctica exitosa de la odontopediatría no es simplemente el hecho de la finalización de cualquier procedimiento, sino es la garantía del resultado del tratamiento dental de manera positiva para el futuro comportamiento de salud oral del paciente pediátrico, es de suma importancia que el profesional de salud oral tenga una alta comprensión del desarrollo infantil incluyendo los cambios físicos y cognitivos del niño. El MSP explica que a los seis meses de edad debe ser realizada la primera consulta odontológica, debido a que en esa etapa se inicia la erupción dentaria decidua. <sup>(5)</sup>

En los últimos años ha aumentado en un 16,8% la educación parvularia, de manera que se representará de mejor manera los estudios de la situación de los niños de 2 a 5 años de jardines infantiles. El 83% corresponde a niños de 2 años sin historial de caries, el 51,98% a infantes de 4 años, por lo tanto el índice ceod fue de  $0,54 \pm 1,53$  de daño de piezas dentarias temporales a los 2 años. <sup>(4)</sup> En el año 2008, un 20% de los niños de 2 años fue dado de alta odontológica (educativa, preventiva o integral).

A los 4 años se produjo un total de 2,07 piezas cariadas, 0,23 piezas obturadas y 0,03 piezas extraídas por caries correspondientes al índice ceod  $2,32 \pm 3,27$  piezas dentarias. La enfermedad gingival se presentó en un 2,6 % en niños de 2 años, y en niños de 4 años un 6,2%. El 49,2% fue representativo de las anomalías dentomaxilares en los niños estudiados de 4 años. Las lesiones traumáticas que afectan a la dentición decidua prevalecen en un 11% a 30% en infantes de 0 y 6 años, sin embargo a los 18 y 30 meses cuando el niño empieza a caminar se considera un período crítico. El profesional debe tener muy en claro el punto de vista del niño en cuanto a su temor o miedo en la intervención odontológica. <sup>(4)(6)</sup>

La presente investigación tiene como propósito identificar cuáles son los modelos de atención en el tratamiento odontopediátrico, las nuevas tendencias claves para un tratamiento exitoso, además servirá como recomendaciones para los cuidados, que pueden ser modificados y adaptados de acuerdo con las necesidades individuales del paciente, con la conducta del profesional y con el cuadro clínico, y por lo tanto, promover una actitud positiva, segura y proporcionar una atención de calidad. Esta investigación está dirigida principalmente a estudiantes y odontólogos, en especial para odontopediatras que tengan interés en la temática, de igual manera está enfocado para cualquier persona que necesite información acerca del tema, debido a su fácil comprensión.

Esta investigación es pertinente porque se encuentra dentro de los temas actuales, además, es factible porque la revisión bibliográfica a partir de lo que la universidad nos ha entregado como base de datos puede recabar mucha información acorde, pertinente y de calidad para hacer la siguiente revisión, también se encamina a la parte de las líneas de investigación de la universidad con una referencia documentada.

Esta investigación se realiza para determinar los modelos de atención en el tratamiento odontopediátrico, tomando en cuenta sus componentes y casos de éxito a partir de una revisión bibliográfica, además de analizar los modelos integrales de atención y sus principales componentes; caracterizar los modelos y encontrar elementos comunes que determinan el éxito de estos. La presente revisión bibliográfica se extraerá de artículos científicos encontrados en revistas indexadas, las mismas que deben ser verificadas y poseer alto impacto para lograr los objetivos propuestos, en la investigación se encuentra el fundamento bibliográfico correspondiente, con una metodología de ecuación de búsqueda en las bases de datos científicas.

**PALABRAS CLAVE:** odontopediatria, modelo integral de salud, modelo de atención

## **2. METODOLOGÍA**

La presente investigación fue realizada con información encontrada en revistas, seleccionadas de bases de datos como Google Scholar, PubMed, Refseek, Elsevier, Scielo, SpringerLink y PMC. Costa de una revisión de la literatura a base de artículos científicos publicados desde el año 2010 hasta el año 2020, los mismos que se enfoquen en las variables independiente (modelos de atención), y dependiente (tratamiento odontopediátrico).

### **2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **Criterios de inclusión:**

Artículos científicos que contengan investigaciones válidas y destacadas sobre los modelos de atención en tratamientos odontopediátricos en niños de 2 a 5 años.

Artículos de revisión bibliográfica, revistas científicas, intervenciones con publicaciones correspondientes desde el año 2010 hasta el año 2020.

Artículos de revisión sistemática y metaanálisis gratuitas o libre de pagos requeridos por el autor.

Artículos científicos de impacto mundial en inglés y español que estén publicados en revistas.

Artículos científicos que cumplan con Average Citation Count (ACC) y el factor de impacto Scimago Journal Ranking (SJR).

#### **Criterios de exclusión:**

Artículos de bases científicas que no tengan validez alguna

Artículos con estudios realizados en adultos mayores

Artículos con estudios que tengan investigaciones de experimentos en animales

Artículos científicos antiguos o publicados en años inferiores al año 2010.

### **2.2. Estrategia de Búsqueda**

Para la búsqueda sistemática de la literatura se empleó el método de análisis y observación. Esta investigación está dada a través de una revisión bibliográfica, cuya información será recopilada mediante la comprobación sistemática de la literatura, la información se

encontrará en bases de datos científicas como Google Scholar, PubMed, Refseek, Elsevier, Scielo, SpringerLink y PMC. Los artículos científicos serán escogidos y seleccionados de acuerdo con los criterios de exclusión e inclusión, ACC y el factor impacto del artículo, siendo este último primordial para la elección del contenido del texto respectivo que concuerde con la investigación y además que cumpla con cada uno de los objetivos propuestos.

### **2.3. Tipos de estudio**

Estudio descriptivo: en esta investigación se determinó y estableció los modelos de atención en tratamientos odontopediátricos en niños de 2 a 5 años, donde fueron utilizadas las herramientas de clasificación para reunir y organizar la información obtenida de los artículos científicos, es por ello por lo que los resultados se encaminan a establecer las variables.

Estudio exploratorio: fue útil un estudio e inspección de información y valores orientados a los modelos de atención en tratamientos odontopediátricos en niños de 2 a 5 años mediante artículos científicos validados durante los años 2010 hasta el año 2020.

#### **2.3.1. Métodos, procedimientos y población**

En la investigación se utilizó información encontrada en artículos científicos, los mismos que provenían de diferentes bases de datos como Google Scholar, PubMed, Refseek, Elsevier, Scielo, SpringerLink y PMC, además los artículos estaban comprendidos entre el año 2010 hasta el año 2020. Tomando en cuenta los criterios de exclusión e inclusión, el factor impacto y el ACC del artículo fue registrada la información, el Average Count Citation es una herramienta que nos ayuda a definir el promedio entre el número de citas de cada artículo y el año de publicación, para de esa manera contar con la excelencia del artículo. En cambio para obtener el factor de impacto de cada artículo se utiliza Scimago Journal Ranking (SJR) donde es colocado el nombre de las revistas en donde han sido publicados los artículos científicos, estos son colocados cuartiles, cuatro que corresponden a Q1 el valor más alto, le sigue Q2 con el segundo valor alto, Q3 el siguiente valor alto y Q4 que señala el valor y ubicación de las revistas. Es primordial tener en cuenta la excelencia del artículo para la revisión de la literatura y el análisis.

La primera indagación presentó como resultado un conteo de 493000 artículos, luego de aplicarse los criterios de exclusión e inclusión hubo un resultado de 27600 artículos los cuales se redujeron a 6400 mediante el análisis de sus resúmenes y pertinencia al tema con

las palabras claves modelos de atención en niños, modelos de atención más utilizados, modelos en odontopediatría, servicios de cuidado dental en niños y psicología y odontopediatría. En relación con los criterios y factor de impacto de la revista en que fue publicado el artículo fueron seleccionados 90 publicaciones, para de esa forma continuar con la selección apoyada en el conteo de citas, utilizando ACC para medir el grado de impacto del artículo, de acuerdo con el número de citas verificadas en Google Scholar, para subsiguientemente dividir entre los años de validez del artículo, donde el promedio ACC es mayor o igual a 1.5.

Mediante el ACC se obtuvieron 40 artículos válidos, los mismos que se implementaron para el análisis, estudio y resultado de la investigación, además de la utilización de referencias bibliográficas para complementar del proceso investigativo.

### **2.3.2. Instrumentos**

Matriz para revisión bibliográfica

Lista de cotejo

### **2.3.3. Selección de palabras clave o descriptores**

Descriptores de búsqueda:

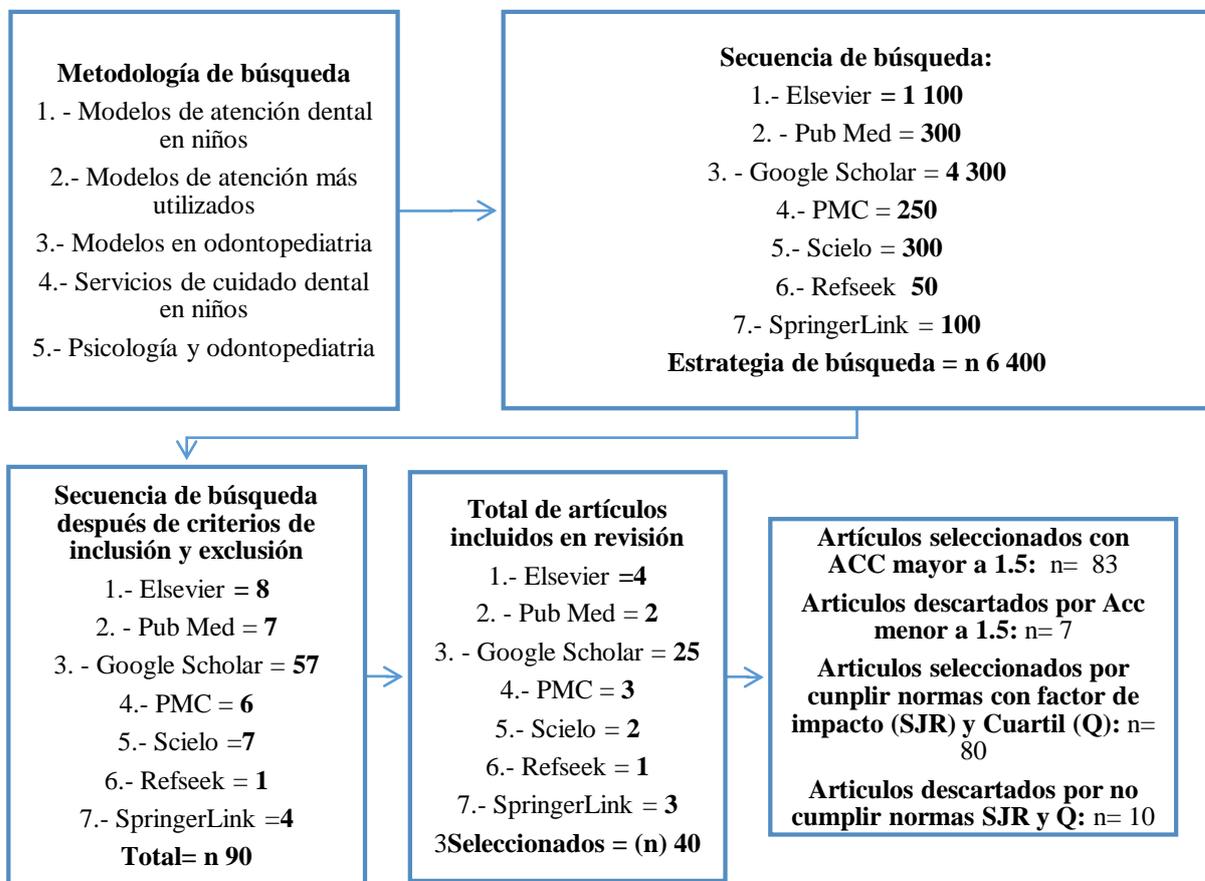
Se utilizaron los términos: modelos de atención dental en niños, modelos de atención más utilizados, modelos en odontopediatría, servicios de cuidado dental en niños y psicología y odontopediatría

**Tabla Nro. 1.** Términos de búsqueda y extracción de utilización en las bases de datos.

FUENTE	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA
Google Scholar	modelos de atención dental en niños
	servicios de cuidado dental en niños psicología y odontopediatría
Elsevier	modelos de atención más utilizados
	modelos de atención dental en niños
PubMed	modelos en odontopediatría
	modelos de atención más utilizados
Refseek	modelos de atención dental en niños
Springer Link	modelos de atención dental en niños
PMC	modelos de atención dental en niños
Scielo	modelos en odontopediatría

Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

**Gráfico Nro. 1.** Metodología con escala y algoritmo de búsqueda.



Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

En la investigación la muestra fue de tipo intencional no probabilística, y se centró en los métodos deductivo e inductivo, los mismos que fueron hallados en función de la búsqueda,

análisis, interpretación, y comprensión de los artículos científicos encontrados en las bases de datos desde los años 2010 hasta el 2020 orientados a las variables independiente (modelos de atención), y dependiente (tratamiento odontopediátrico).

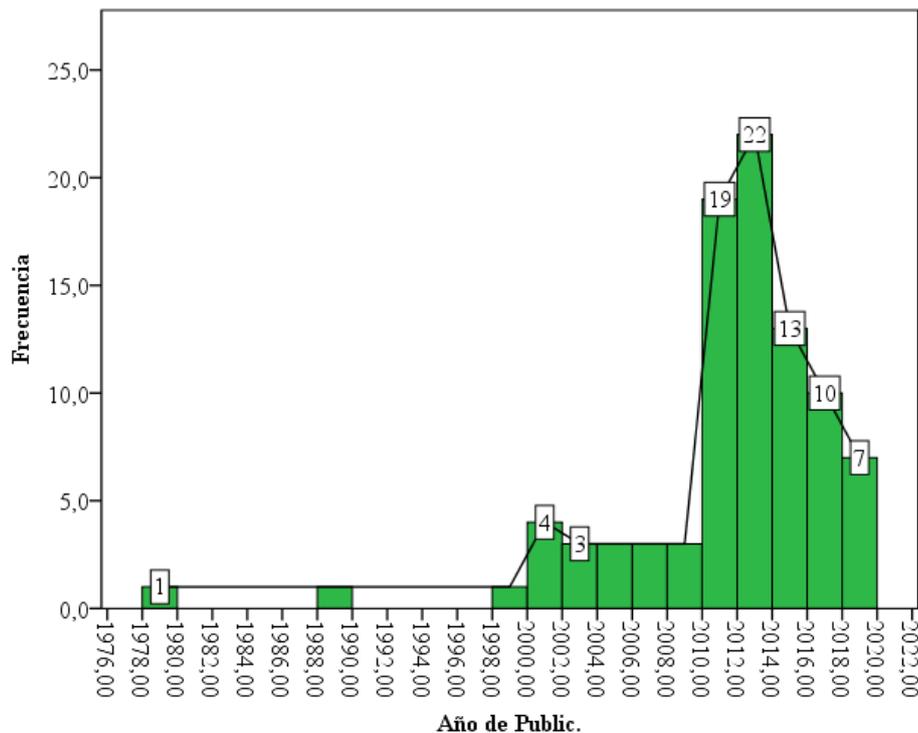
Esta investigación fue de tipo documental, por lo que se utilizó la recolección de datos e información, para así cumplir con cada uno de los objetivos propuestos, además se realizó y utilizó tablas de revisión de la información y características.

## 2.4 Valoración de la calidad de estudios.

### 2.4.1. Número de publicaciones por año

En el **Gráfico Nro. 2** observamos la suma de las publicaciones correspondientes desde los años 2010 hasta el año 2020 con respecto al tema modelos de atención en odontopediatría en niños de 2 a 5 años, para lo cual se recolecto una muestra de 90 artículos científicos encontrados en bases de datos como Google Scholar, PubMed, Elsevier, Refseek, Scielo, PMC, SpringerLink, los mismos que cuentan con un factor de impacto válido, se obtuvieron 7 artículos correspondientes al año 2019, un total de 10 artículos en los años 2017 y 2016, en el año 2015 y 2014 se obtuvieron 13 artículos científicos, en el 2012 se encontró una cantidad aproximada de 22 artículos, siendo este el año con más publicaciones correspondientes al tema, para el año 2011 se obtuvo una cantidad de 19 artículos, desde el año 2003 al año 2009 se alcanzó un total de 3 artículos por cada uno de los años, 4 artículos fueron encontrados en el año 2001, y para 1979, 1988 y 1999 se obtuvo una cantidad de 1 artículo por cada uno de los años.

**Gráfico Nro. 2.** Número de publicaciones por año.



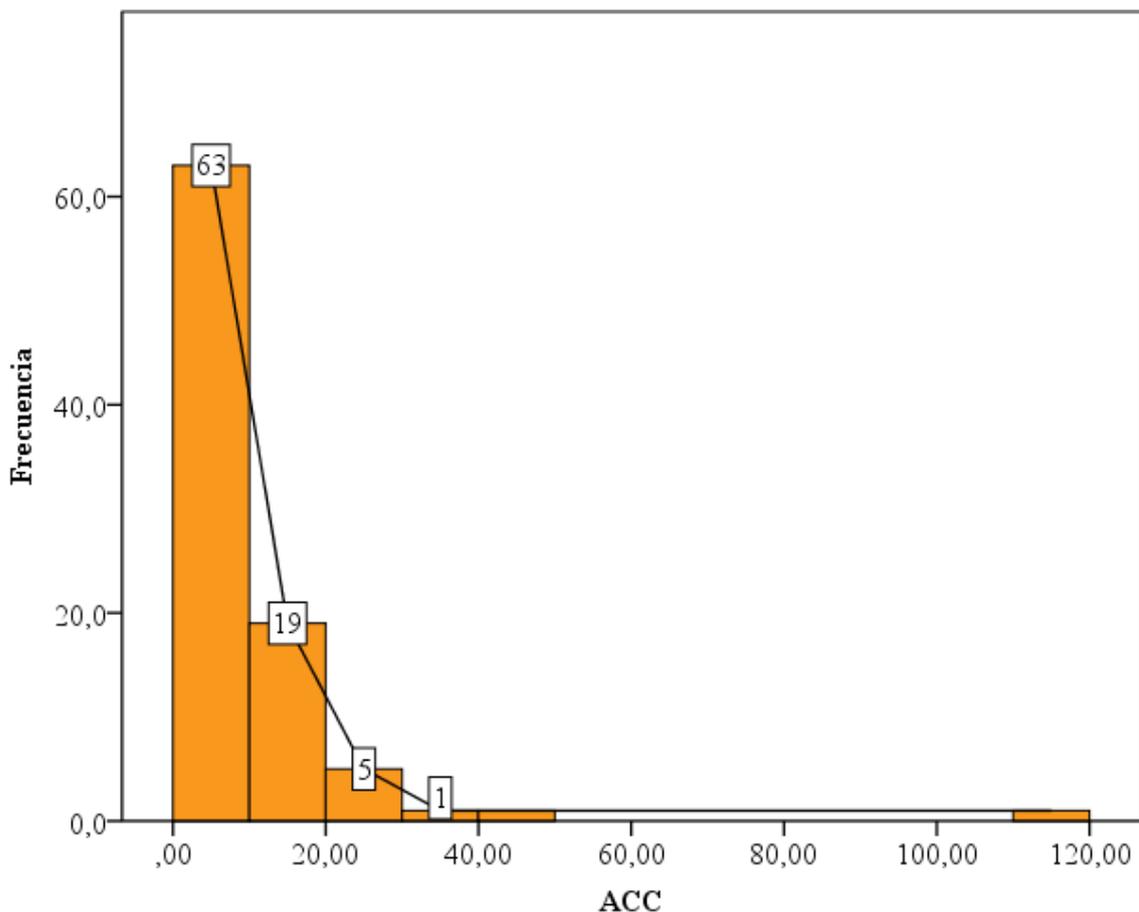
Fuente: Revisión general de artículos procesado en SPSS v25.

Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

### 2.4.2. Número de publicaciones por ACC (Average Count Citation)

En el **Gráfico Nro. 3** se observa la sumatoria total del número de las publicaciones escogidas por medio del promedio del conteo de citas (ACC), el mismo que se logró con los criterios exclusión e inclusión, alcanzando un total de 63 artículos como resultado con un valor ACC mayor a 1.5 de 0 a 10 citas, 19 artículos con 10 a 20 citas como promedio; 5 artículos con una suma total de 20 a 30 citaciones; 1 artículo que consta de 30 a 40 citas; 1 artículo con 40 a 50 citaciones; 1 registro con citaciones de 110 a 120, es decir, tenemos un alto promedio ACC.

**Gráfico Nro. 3.** Número de publicaciones por ACC.



Fuente: Revisión general de artículos procesado en SPSS v25.

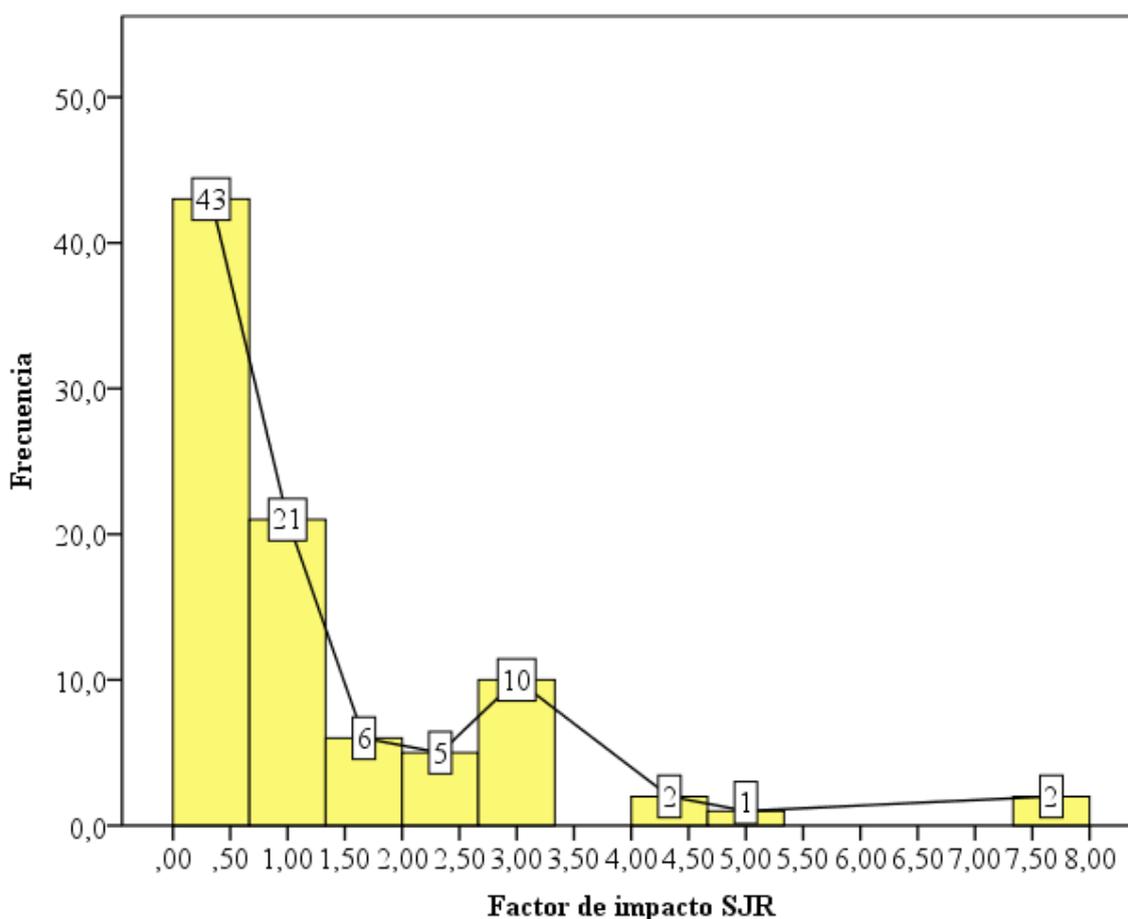
Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

### 2.4.3. Número de artículos por factor de impacto (SJR)

En el **Gráfico Nro. 4**. Fue evaluado el SJR o factor de impacto de las revistas encontradas para definir su calidad científica. Donde sobresalieron 43 artículos con un promedio de factor

de impacto de 0.43, continuando con 21 artículos con un promedio de 0.94, una cantidad de 6 artículos con un promedio de 1.77, 2.51 de promedio para 5 artículos, un promedio de 3 correspondientes a 10 publicaciones, 2 artículos con 4.38 de promedio, 1 artículo con 5.03 de promedio y por último 2 artículos con 7.48 de promedio.

**Gráfico Nro. 4.** Número de artículos por factor de impacto.



Fuente: Revisión general de artículos procesado en SPSS v25.

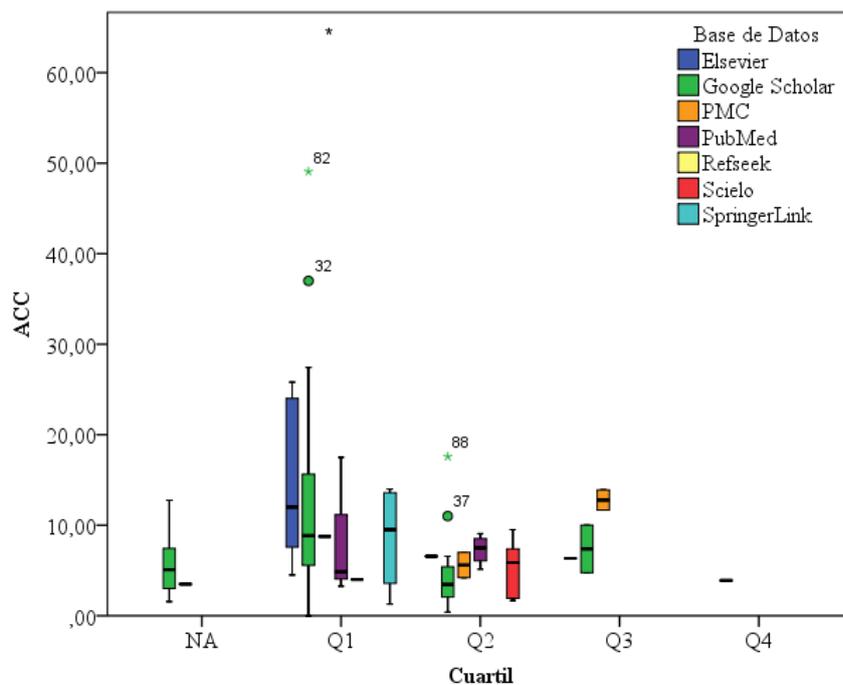
Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

#### 2.4.4. Promedio de conteo de citas (ACC) por cuartil y base de datos

En el **Gráfico Nro. 5.** Se dio a conocer el promedio más relevante del cuartil que sitúa a la revista con la publicación del artículo, en el ranking, mediante el cuartil comprendido desde Q1 hasta Q4, la base de datos y del conteo de citas ACC, para evaluar la confiabilidad y la autenticidad; con NA y un promedio ACC de 0.63 a 12.75 encontramos a la base de datos Google Scholar, con 3.50 a PMC y Scielo con 1.14; Google Scholar obtuvo la mayor relevancia en Q1, pues este tenía un ACC entre 2.86 a 114.60; continuando con Elsevier

con un ACC que varía entre 4.50 a 25.80, seguido de Pubmed con un ACC que fluctúa entre 3.26 y 17.50, PMC con un ACC de 8.75, SpringerLink con un ACC entre 1.29 a 14 y Refseek con 4; en el Q2 fue Google Scholar la base de datos que tuvo más incidencia presentando un ACC que va desde 0.40 a 17.57, continuando con Scielo con un ACC de 1.67 a 9.50, le sigue Pubmed con 5.13 a 9.06, PMC con un ACC que varía entre 4.20 a 7 y Elsevier con un ACC de 6.56; en Q3 encontramos a PMC con un ACC de 11.67 hasta 13.89, un ACC de 4.75 a 10 para Google Scholar, y por último Elsevier con 6.33; y finalmente en el cuartil Q4 se presenta Google Scholar con un ACC de 3.89

**Gráfico Nro. 5.** ACC por cuartil y base de datos.



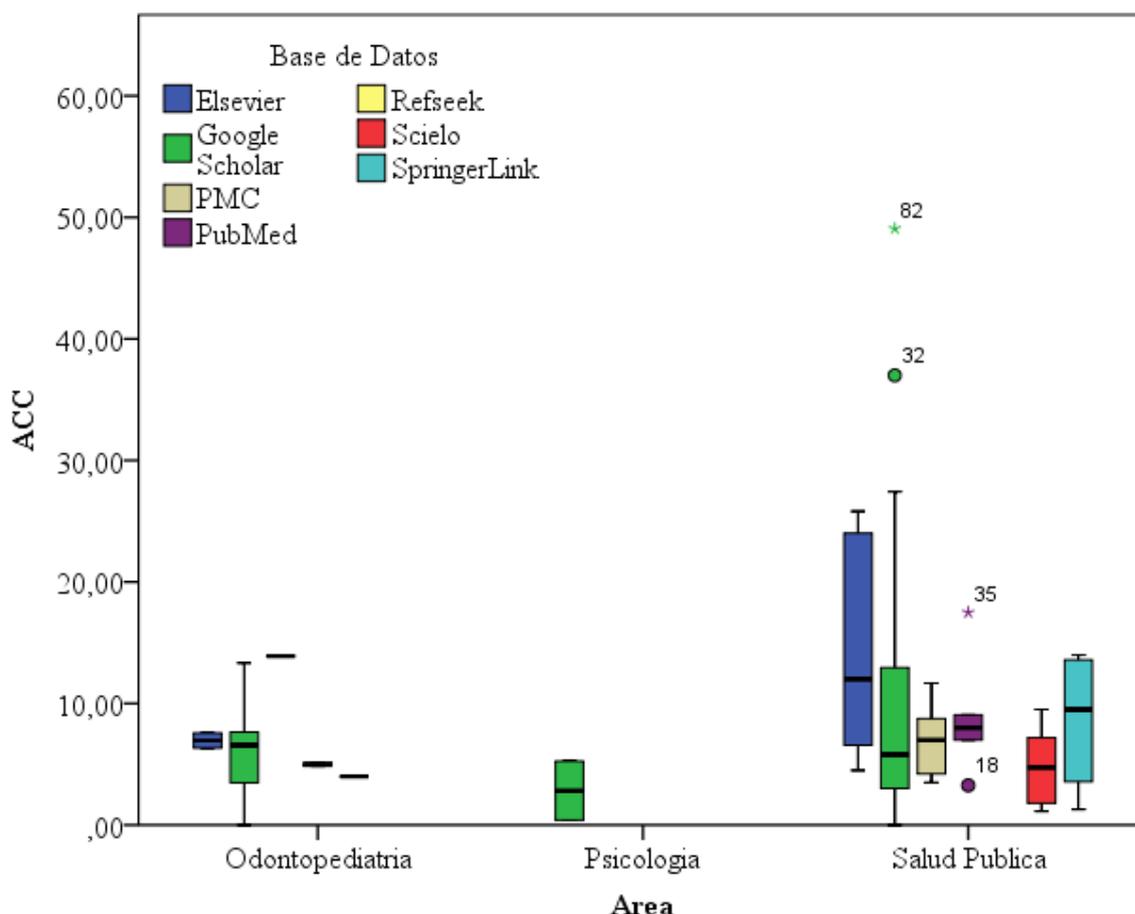
Fuente: Revisión general de artículos procesado en SPSS v25.

Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

#### 2.4.5. Áreas de aplicación, ACC y bases de datos

En el **Gráfico Nro. 6** Se observa en referencia a la investigación que la mayor publicación corresponde al área de Salud Pública, pues de acuerdo al tema se obtuvo un importante ACC de las bases de datos, donde Google Scholar y Elsevier obtuvieron la mayor presencia, mientras que de menor aparición se encontró a SpringerLink, PMC y Scielo, en el área de odontopediatría también se obtuvo un ACC importante siendo el segundo en aparecer en Google Scholar y Elsevier, dentro del área de psicología se puede verificar que sobresalen en Google Scholar.

**Gráfico Nro. 6.** Áreas de aplicación, número de citas y bases de datos.



Fuente: Revisión general de artículos procesado en SPSS v25.

Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

#### 2.4.6. Número de publicaciones por tipo de estudio, colección de datos y cuartil.

En la **Tabla Nro.2** se dio el conteo de publicaciones mediante la recolección de datos cuantitativos y cualitativos, por el tipo de estudio y entre los cuartiles correspondientes a Q1 hasta Q4, siendo más factible el cuartil Q1 para la investigación, pues se utilizó mayormente artículos de tipo cuantitativo de estudio descriptivo con un total de 34 publicaciones, continuando con 9 estudios cualitativos exploratorios y finalmente 2 estudios mixtos descriptivos con un total de 45 artículos para este cuartil. A continuación de este tenemos al cuartil Q2 con artículos de tipo cuantitativo de estudio descriptivo con un total de 19 publicaciones, seguido de 8 estudios cualitativos exploratorios y un estudio mixto descriptivos con un total de 29 artículos. Dentro de NA tenemos un total de 7 artículos publicados, siendo 3 de tipo cuantitativo de estudio descriptivo y 1 de estudio observacional descriptivo y 3 estudios cualitativos exploratorios. En el cuartil Q3 se encuentra 1 artículo

de tipo cuantitativo de estudio descriptivo, 3 estudios cualitativos exploratorios y 1 mixto con un total de 5 publicaciones. Finalmente en Q4 encontramos 1 estudio cuantitativo descriptivo.

**Tabla Nro. 2.** Número de publicaciones por tipo de estudio, colección de datos, y tipo de

Cuartil	Colección de datos	Tipo de estudio				Total
		Descriptivo	Exploratorio	Mixta	Observacional Descriptivo	
<b>NA</b>	Cualitativo	0	3	0	0	3
	Cuantitativo	3	0	0	1	4
	Total	3	3	0	1	7
<b>Q1</b>	Cualitativo	0	9	0	0	9
	Cuantitativo	34	0	0	0	34
	Mixto	2	0	0	0	2
	Total	36	9	0	0	45
<b>Q2</b>	Cualitativo	0	8	0	0	8
	Cuantitativo	19	0	1	0	20
	Mixto	1	0	0	0	1
	Total	20	8	1	0	29
<b>Q3</b>	Cualitativo	0	3	1	0	4
	Cuantitativo	1	0	0	0	1
	Total	1	3	1	0	5
<b>Q4</b>	Cuantitativo	1	0	0	0	1
	Total	1	0	0	0	1

Fuente: Revisión general de artículos procesado en SPSS v25.

Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

### 2.4.7. Valoración de artículos por área

En la **Tabla Nro.3**. Encontramos la valoración de las áreas que existieron dentro de la cantidad establecida de artículos, de 40 publicaciones destacaron tres áreas específicas, el área en donde existe un mayor número de artículos es en Salud Pública que contiene un promedio ACC de 11.47 con 51 artículos, con respecto a la Odontopediatria se encuentra un promedio de 7.96 con 13 artículos lo que evidencia que no existen muchos estudios de modelos de atención en esta área, un promedio de 5.25 con 1 artículo encontramos en el área de psicología. En la tabla también podemos evidenciar que existe un mayor número de publicaciones de intervención con un total de 44 artículos a diferencia de 21 que corresponde a las revisiones bibliográficas, y sobresalen también los estudios cuantitativos con una cantidad de 44 artículos en relación con los cualitativos con 21. En la segunda tabla los artículos validados con ACC dentro de Salud Pública corresponden a 66 siendo el número más alto en comparación con la odontopediatria de 16 artículos y una cantidad de 2 para Psicología, de la misma manera se puede evidenciar los artículos de publicación en revistas de factor de impacto, en el área de Salud Pública 63 artículos son válidos, en odontopediatria 15 artículos y 2 para el área de Psicología.

**Tabla Nro. 3.** Valoración de artículos por área

Área de Aplicación	Nro Artículos	Promedio ACC	Publicación		Diseño del Estudio		Colección de Datos	
			Artículos	Intervención	Bibliográfica	Cualitativo	Cuantitativo	
Salud Pública	51	11.47	51	34	17	17	34	
Odontopediatria	13	7.96	13	9	4	4	9	
Psicología	1	5.25	1	1	0	0	1	
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>8.23</b>	<b>65</b>	<b>44</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	

Área de Aplicación	Nro Artículos	Nro Artículos
	ACC válido	Publicacion FI -SJR
Salud Pública	51	47
Odontopediatria	13	11
Psicología	1	1
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>59</b>

Fuente: Revisión general de artículos procesado en SPSS v25.

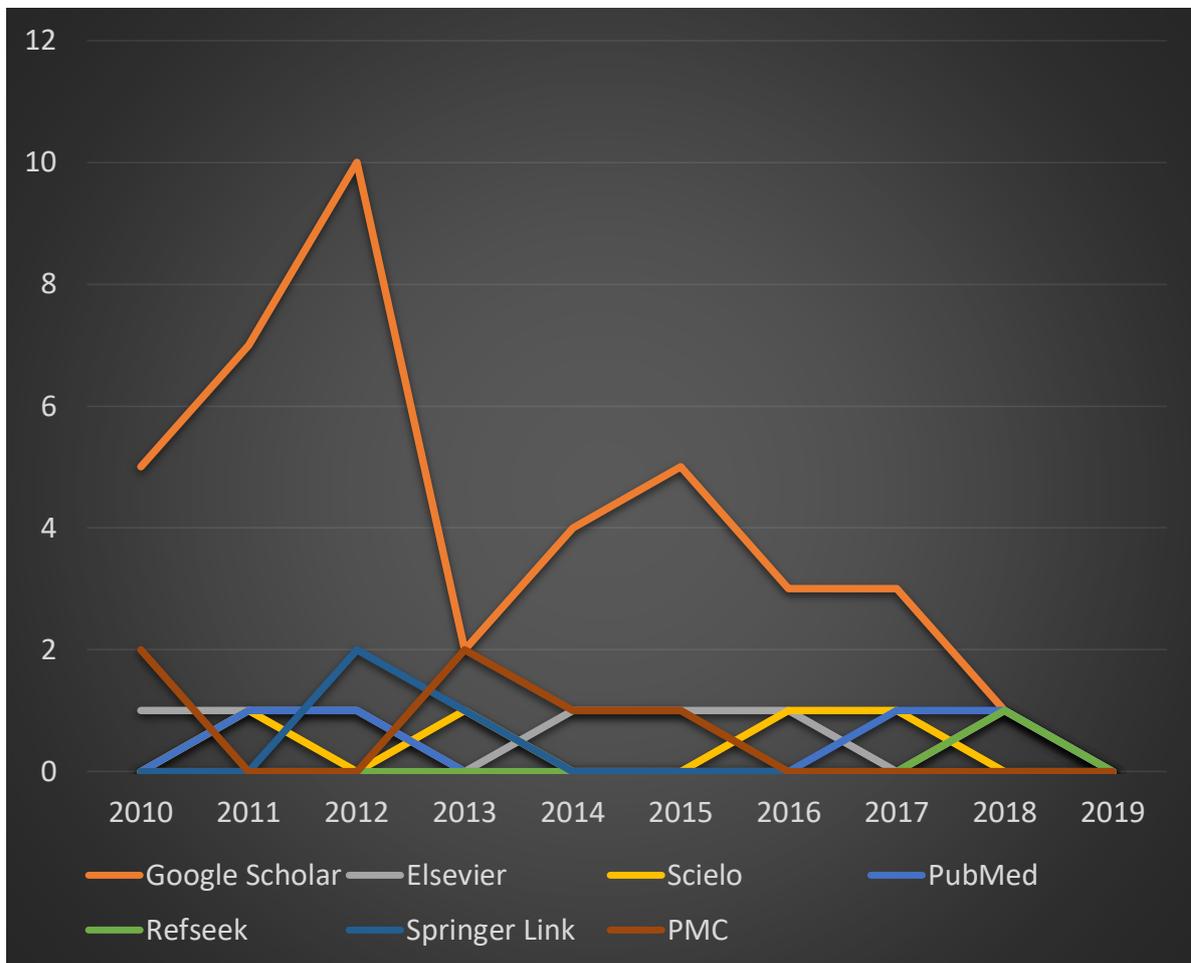
Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

### 2.4.8. Frecuencia de artículos por año y bases de datos

En el **Gráfico Nro. 7**. Se puntualizan las bases de datos de los artículos escogidos para realizar la investigación con los años en los que fueron encontrados, Google Scholar tiene el

mayor rango de publicaciones en el 2012, después de este año siguiendo con su pico más alto en el 2015, continuado del año 2017 y con un declive total en el año 2019 con respecto al interés en el tema, el rango de publicaciones de las demás bases de datos no ha sido de recurrente publicación siendo Elsevier y PMC los que han publicado sobre dicho tema en los años 2012 y 2013 respectivamente.

**Gráfico Nro. 7.** Frecuencia de artículos por año y bases de datos

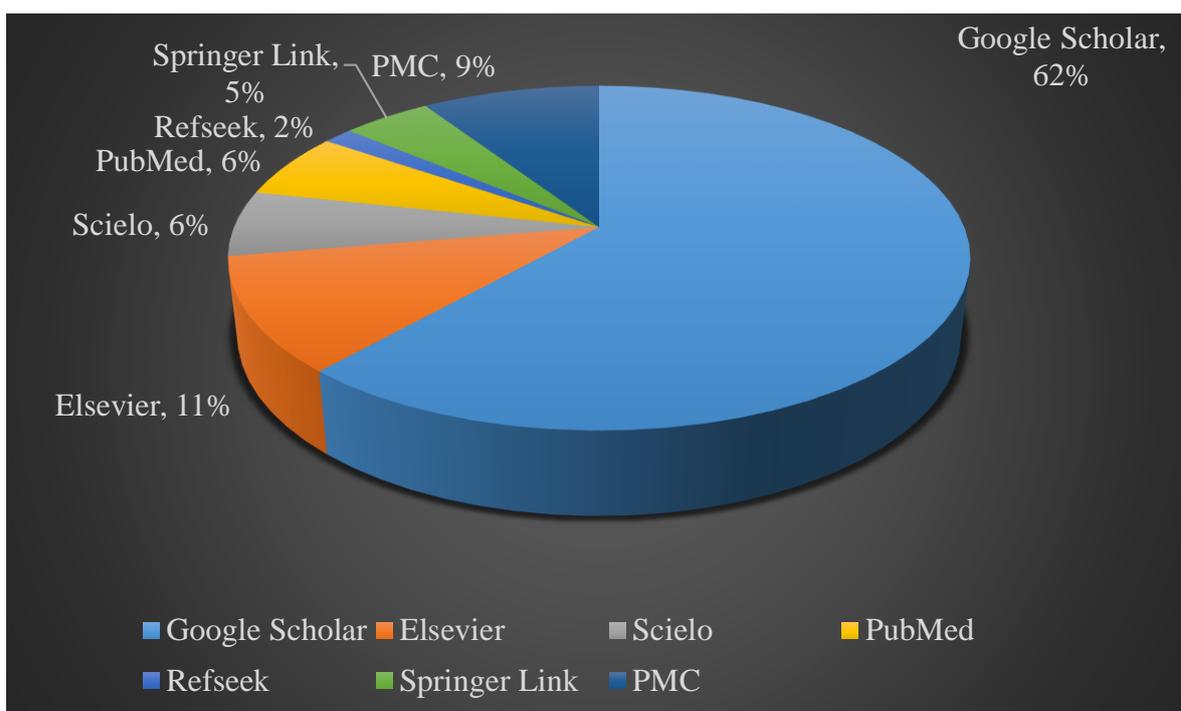


Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

#### 2.4.9. Artículos científicos según la base de datos

En el **Gráfico Nro. 8.** Se especifican cada uno de los porcentajes con respecto a los artículos encontrados en las diferentes bases de datos, en los que de los 40 artículos escogidos mediante los criterios de exclusión e inclusión el 62% correspondió a Google Scholar, seguido del 11% para Elsevier, un 9% para PMC, en Scielo y PubMed un 6% de publicaciones, el 5% corresponden a SpringerLink y con el 2% Refseek. Google Scholar fue la base de datos que presentó un porcentaje de artículos alto.

**Gráfico Nro. 8.** Artículos científicos según la base de datos

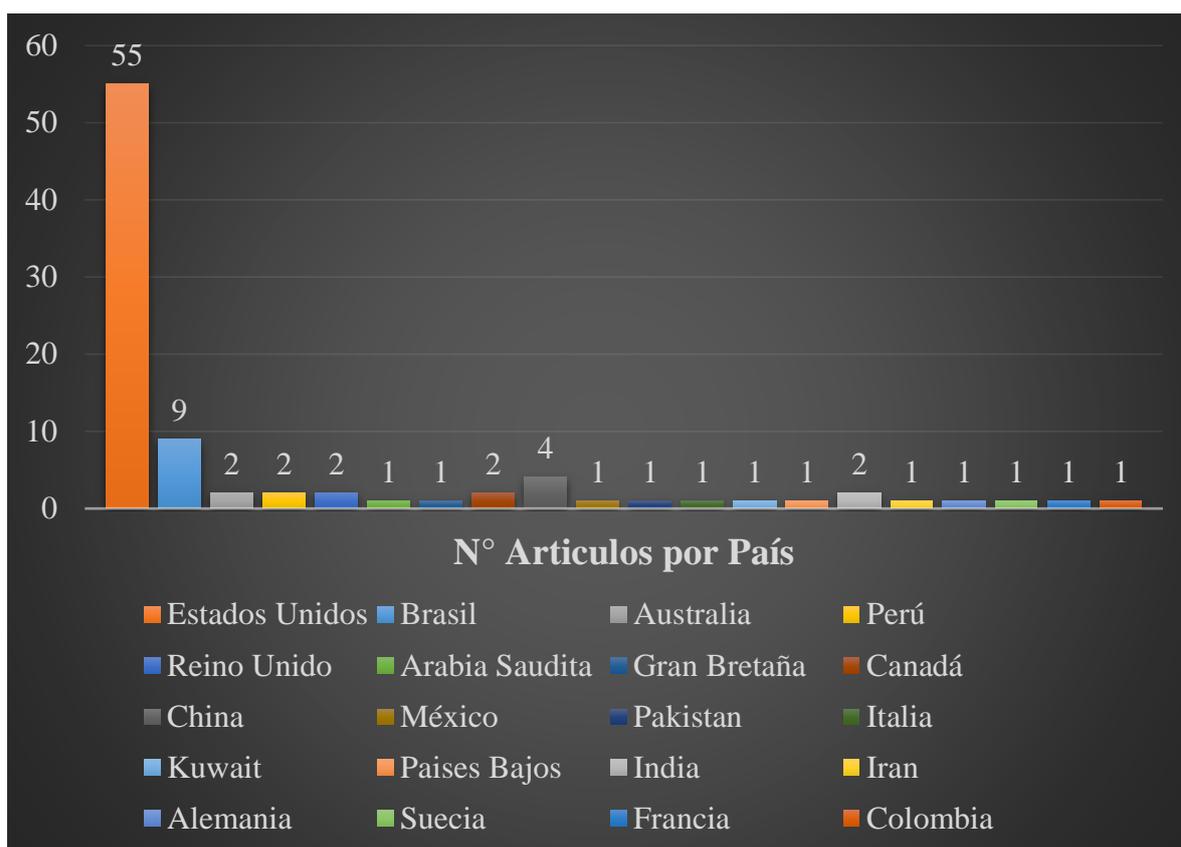


Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

#### **2.4.10. Lugar de procedencia de los artículos científicos**

En el **Gráfico Nro. 9.** Se detallan 20 países que realizaron el estudio con respecto al tema de modelos de atención en odontopediatría y la cantidad de artículos científicos escogidos, 55 artículos procedieron de Estados Unidos, siendo así este el que obtuvo más publicaciones, continuando con 9 artículos difundidos en Brasil, 4 en China, 2 artículos para cada uno de los países de Australia, Perú, Reino Unido, India y Canadá, y finalmente 1 artículo publicado por cada uno de los países de Arabia Saudita, Gran Bretaña, México, Pakistán, Italia, Kuwait, Países Bajos, Irán, Alemania, Suecia, Francia y Colombia.

**Gráfico Nro. 9.** Lugar de procedencia de los artículos científicos

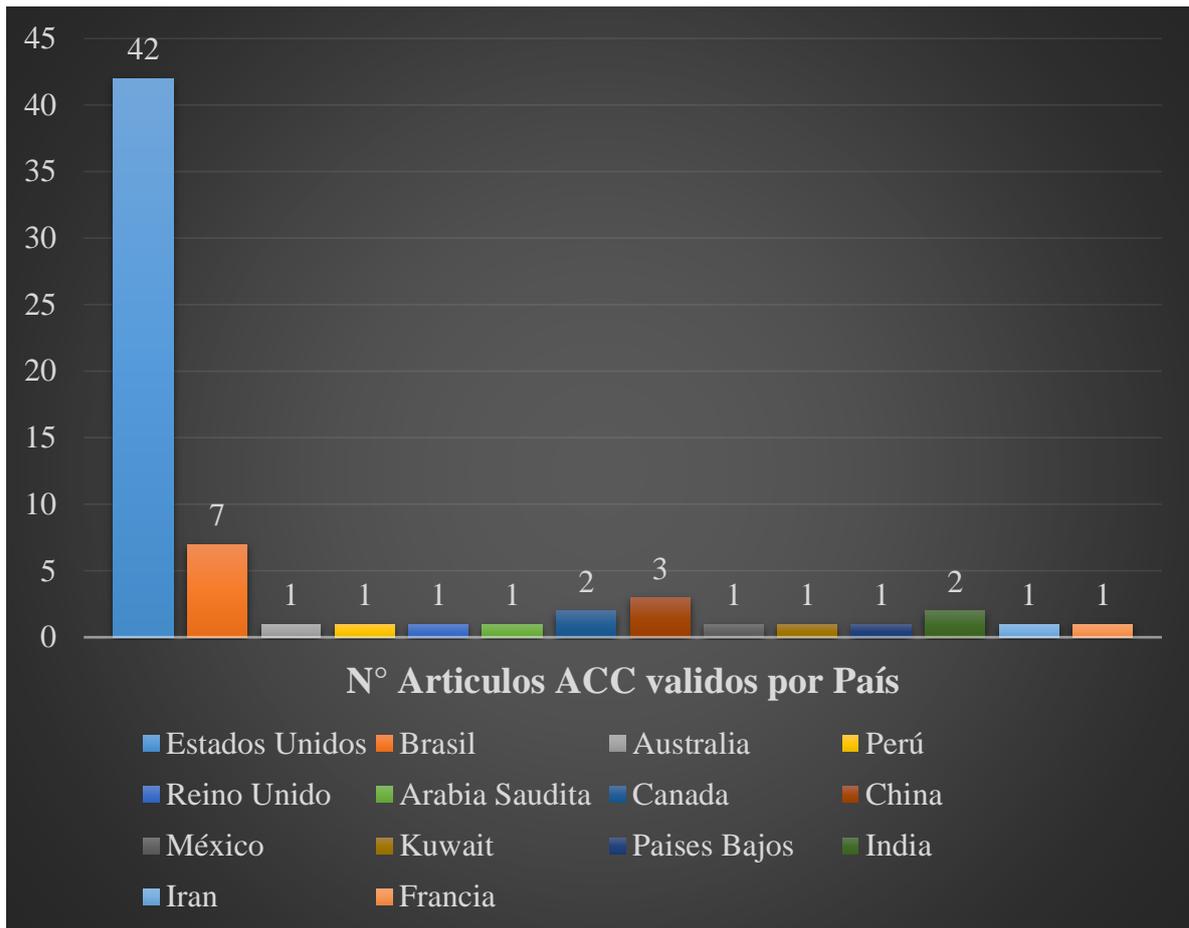


Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

#### 2.4.11. Número de artículos con ACC válido por país.

En el **Gráfico Nro. 10.** Se señala el número de artículos científicos con el promedio válido obtenido con el ACC con respecto a su país de publicación, Estados Unidos alcanzó un total de 42 artículos válidos, seguido por Brasil con 7 artículos, 3 en China, 2 artículos para cada uno de los países de India y Canadá, y finalmente un promedio de 1 artículo publicado por cada uno de los países de Australia, Perú, Reino Unido, Arabia Saudita, México, Kuwait, Países Bajos, Irán y Francia. Dando un total de 65 artículos con ACC válido cada uno de los que fueron encontrados en estos países.

**Gráfico Nro. 10.** Número de artículos con ACC válido por país

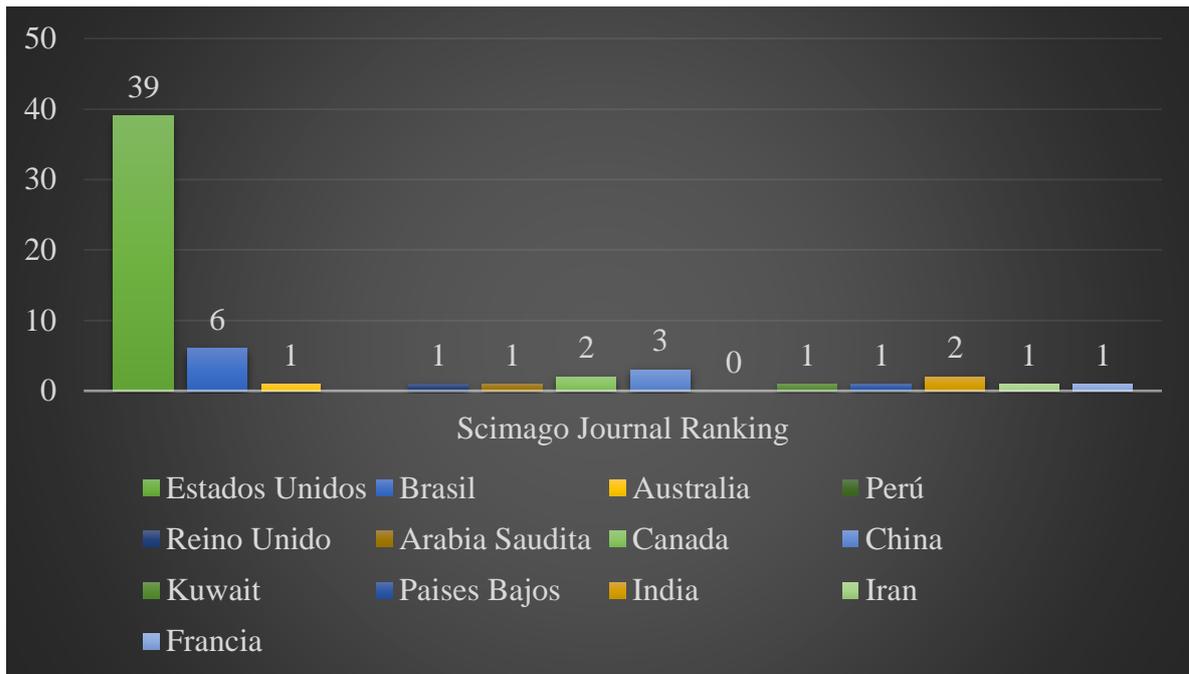


Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

#### 2.4.12 Número de artículos con SJR válido por país.

En el **Gráfico Nro. 11.** Se establecen el número de artículos científicos con SJR válido con respecto a su país de publicación, Estados Unidos presenta un promedio de 39 artículos válidos, seguido por Brasil que alcanza un total de 6 artículos, 3 en China, 2 artículos para cada uno de los países de India y Canadá, un promedio válido de SJR de 1 artículo fue publicado por cada uno de los países de Australia, Reino Unido, Arabia Saudita, Kuwait, Países Bajos, Irán y Francia. Dando un total de 59 artículos con SJR válidos.

**Gráfico Nro. 11.** Número de artículos con SJR válido por país



Elaborado por: Mishel Estefanny Jaramillo Daquilema

### **3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **3.1. Modelos de salud**

Aquel modelo que ayuda al cuidado y recuperación en todas sus dimensiones, mismas que pueden ser mentales, biológicas, sociales, psicológicas y mentales, corresponde a un modelo de salud. Además que colabore garantizando la salud a cada una de las personas, familias, comunidad y de tal manera se organice los contenidos de la prestación de servicios integrales de salud, la articulación intersectorial y la participación ciudadana.<sup>(7)</sup>

Ovalle y colaboradores indican en cambio que un modelo es aquel que enmarca la forma en que la población y el prestador de servicios interactúan para así cumplir con el derecho de la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto en instituciones como en comunidades.<sup>(8)</sup>

Es de suma importancia tener en cuenta que los modelos de salud poseen como parte de su aplicación varios componentes en ese proceso de interacción de prestación de servicios a pacientes, el mismo que a partir de su afección o característica tendrá su propio protocolo de atención.

#### **3.2. Protocolos de atención**

La rama de la odontología que se encarga principalmente en atender, diagnosticar y tratar afecciones de la salud bucal en los niños es la odontopediatría, la misma que cuenta con muchos protocolos de atención y se manejan dentro de los modelos de salud. Zeiher y colaboradores indican que un protocolo corresponde a un acuerdo acerca de un tema en donde se han clarificado actividades que van a ser realizadas ante una tarea con profesionales especializados.<sup>(9)</sup>

Según Fernandez AJJ un protocolo de atención son actividades que van a ser realizadas y aplicadas por de la misma forma a todos o a un grupo de pacientes, estas están relacionadas con determinados problemas o una actividad asistencial.<sup>(10)</sup>

Los protocolos indican el conjunto de procedimientos necesarios para la atención de una situación específica de salud, los mismos que son de suma importancia para el correcto manejo del paciente pediátrico.

### **3.3. Paciente pediátrico**

Según García y Bauzà la edad pediátrica es aquella comprendida desde el neonato pretérmino hasta el adolescente; es decir, abarca desde que el infante nace hasta sus 14 o 18 años donde presenta diferentes características. <sup>(11)</sup>

Gabriela F. indica que el paciente pediátrico va a presentar más vulnerabilidad somática, afectiva y social, lo que es propio del desarrollo humano. La madurez de los sistemas biológicos y psíquicos permanecen en desarrollo, es decir son más frágiles. Es en este momento que el niño desde el punto de vista social aprende y ejercita habilidades. <sup>(12)</sup>

Para la correcta atención a pacientes peditras existen varios modelos de atención, los cuales se presentan a continuación

### **3.4. Modelos de atención**

Existen muchos modelos de atención a partir de la revisión de la literatura, los siguientes modelos fueron ubicados:

#### **3.4.1. Modelo de evaluación**

Modelo para evaluar la calidad de la atención dental primaria y su aplicabilidad en municipios de diferentes tamaños del estado de Santa Catarina, Brasil. Los teóricos del modelo incluyen los principios y directrices del Sistema Único de Salud para ayudar a la reducción de enfermedades y otros riesgos, además de garantizar el acceso universal a las acciones y servicios (promoción, protección y recuperación de la salud). Sus componentes son: gestión de la salud bucal (práctica intersectorial, participación comunitaria, recursos humanos e infraestructura) y provisión de atención primaria de salud bucal (Promoción / Prevención - Diagnóstico / Tratamiento). <sup>(13)</sup>

**Gráfico Nro. 12. Modelo de evaluación**

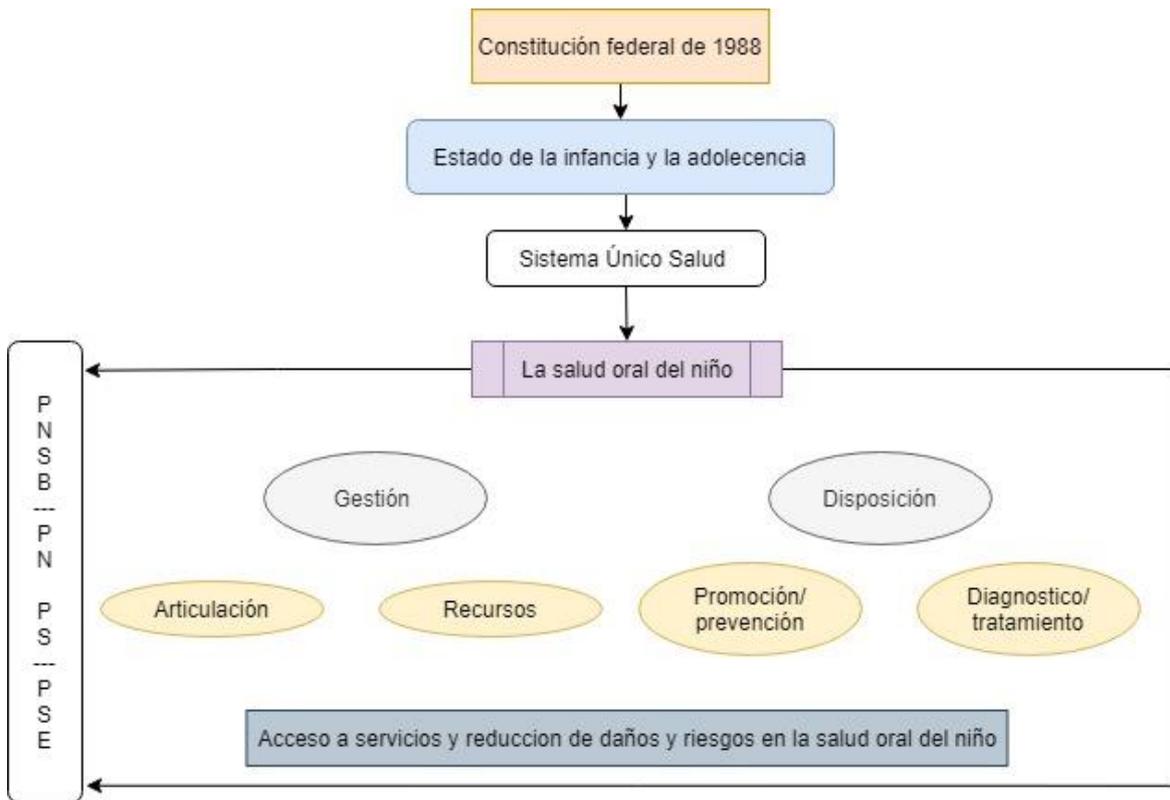


Fuente: Colussi et.al <sup>(13)</sup>

### 3.4.2. Modelo teórico lógico

Modelo diseñado para evaluar la calidad del cuidado de la salud oral del niño de 18 municipios de Brasil, se basa principalmente en la legislación actual del Sistema Único Salud (SUS) y ECA. La primera directriz, los principios fundamentales y organización de servicios de salud, de los cuales se derivan las políticas para promover la salud y reducir riesgos y daños a la salud oral del niño. La segunda directriz se refiere al tratamiento social y jurídico para protección y ciudadanía; centrada en los conocimientos actuales sobre la evidencia científica acerca de las prácticas diagnósticas, preventivas y terapéuticas en la atención de salud del niño que se puedan promover para diagnosticar y tratar las enfermedades bucales de la población. <sup>(14)</sup>

**Gráfico Nro. 13. Modelo teórico lógico**

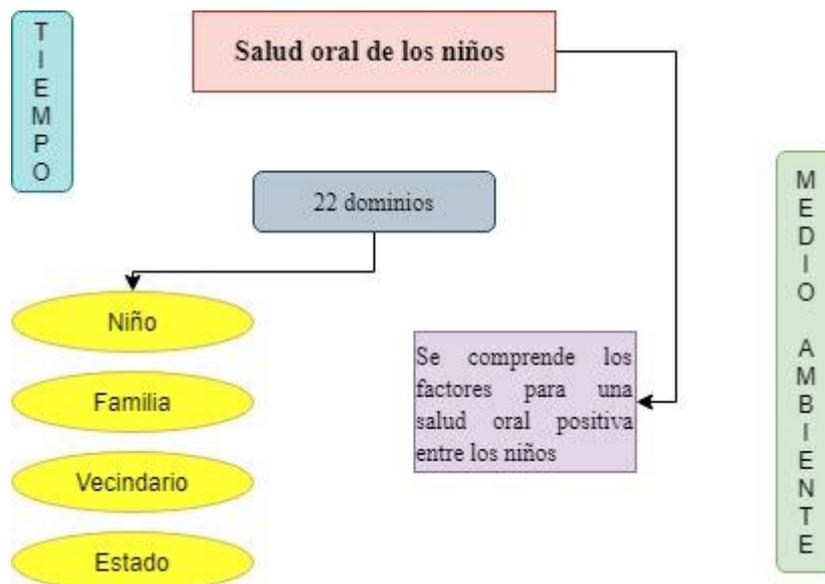


Fuente: Teixeira <sup>(14)</sup>

### 3.4.3. Modelo conceptual multinivel de la salud oral de los niños

Aprovechando la salud bucal de la población, en este modelo se da a conocer la salud oral de los niños de 1 a 5 años incorporando 22 dominios a través de cuatro niveles (niño, familia, vecindario y estado). Este proporciona investigadores, defensores y profesionales de la odontología que conocen acerca de los factores asociados con la salud oral de los niños dada por sus padres, pero sólo dos niveles estadísticos (niños dentro de los estados), utilizando datos de un gran número de datos nacionales basados en una encuesta en la población. Mediante este se puede comprender de mejor manera los factores contribuyentes a una salud oral positiva entre los niños. Este análisis proporcionará una base para el diseño de más estudios específicos de intervenciones para mejorar la salud oral de los niños. <sup>(15)</sup>

**Gráfico Nro. 14. Modelo conceptual multinivel**



Fuente: Bramlett, et.al <sup>(15)</sup>

#### **3.4.4. Programa de servicios dentales en el ámbito médico y/o comunitario**

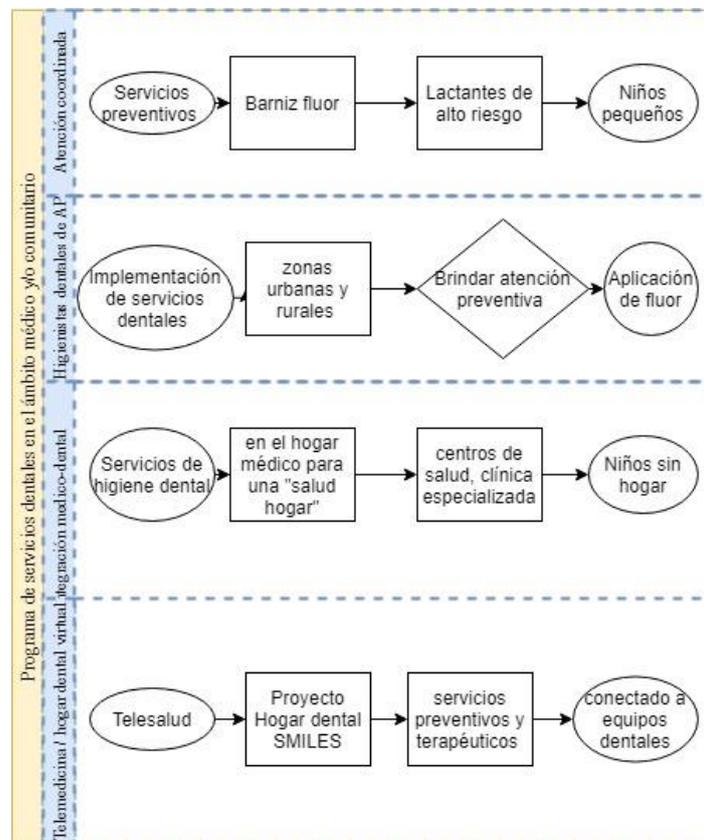
Se reconoce en Colorado la falta de estrategias innovadoras que agrupen interprofesionales y colaboraciones de diversos interesados para la ampliación del acceso a la atención y reducir la mala salud bucal de los niños de Colorado para lo que se proponen 4 modelos de la promoción de la salud oral. Atención coordinada: servicios preventivos de salud bucal prestados por profesionales médicos. Este refiere a la prestación de servicios de salud oral preventiva básica (incluido el barniz de flúor) por los proveedores médicos en el hogar médico a los lactantes de mayor riesgo y niños pequeños, el mismo que hace frente a la grave escasez de proveedores de servicios dentales que se encargan de la atención a niños vulnerables. Colocando higienistas dentales en la atención primaria. Este modelo se refiere a la implementación (tanto en las zonas rurales como en las urbanas) de la medicina y servicios dentales bajo un mismo techo o dentro de un centro de salud, con el objetivo de brindar atención oral preventiva básica, ejercidas por higienistas dentales de manera independiente, basada en evaluación de los riesgos para la salud oral, orientación anticipada sobre salud oral, aplicación de barniz de flúor, referencia dental, prescribir suplementos de flúor. <sup>(16)</sup>

Integración médico-dental. En este modelo los servicios de higiene dental son integrados directamente en el hogar médico para crear una "salud hogar", donde se aborda tanto la salud médica como la dental. Estas incluyen centros de salud, clínicas de salud en las escuelas,

clínicas que atienden a niños sin hogar, una clínica especializada en el cuidado de los refugiados y las grandes redes de proveedores. En cada una de estas clínicas se ha implementado un espacio correspondiente a un carro dental portátil equipado para colocación de barniz flúor, selladores, raspado y cepillado de raíces, y una mano unidad de rayos X. <sup>(16)</sup>

Equipos conectados a la telemedicina / hogar dental virtual. Este implica un encuentro virtual (telesalud) entre el paciente y un dentista en entornos comunitarios de Colorado. Este también llamado Proyecto Hogar Dental SMILES usa la telemedicina dental conectada a equipos dentales, los pacientes reciben servicios preventivos y terapéuticos sencillos en el lugar de la comunidad donde viven o reciben educación, servicios sociales o de salud general, para mantener a la gente sana mediante la gestión de los casos, el triaje, la educación, la atención preventiva y la terapia provisional. <sup>(16)</sup>

**Gráfico Nro. 15.** Programa de servicios dentales



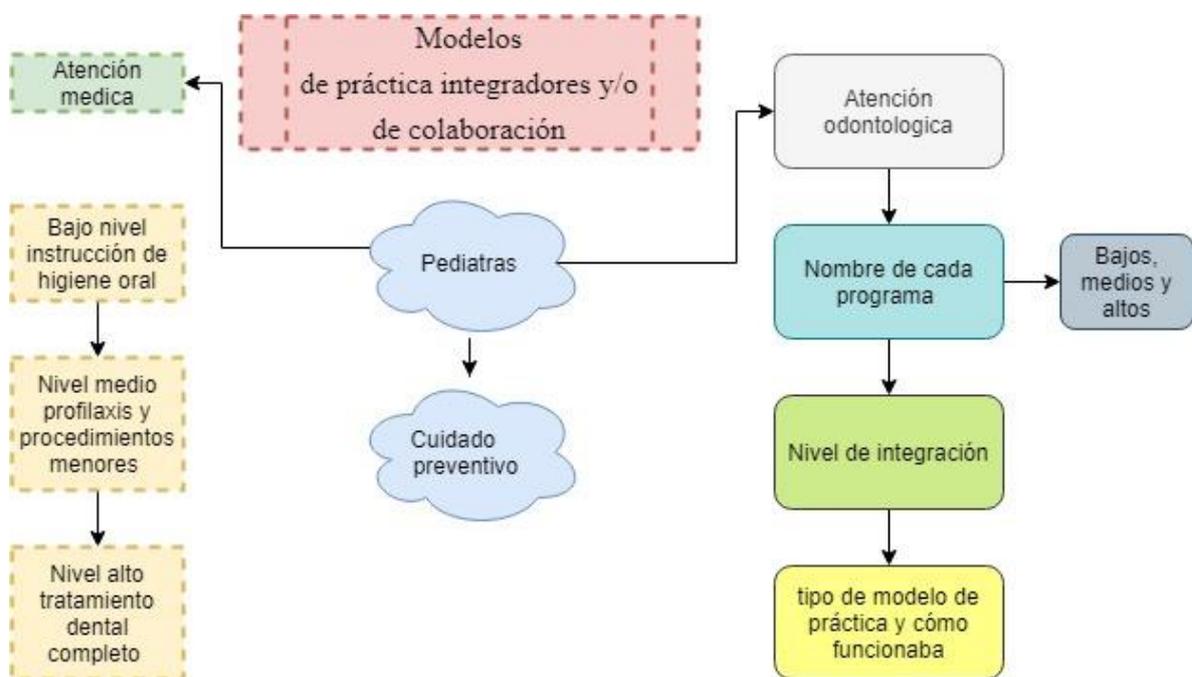
Fuente: Braun et.al <sup>(16)</sup>

### 3.4.5. Modelos de práctica integradores y/o de colaboración

Estos modelos se centran en poblaciones pediátricas, rango de edad 1-17 años; además implican a los pediatras, se incluyó la atención médica y la atención odontológica, con un

enfoque en el cuidado preventivo en el propio lugar de trabajo dental o un sistema establecido para la remisión de pacientes a centros de atención odontológica integral. Cada documento incluía el nombre de cada programa, el nivel de integración y/o colaboración de cada modelo (bajos, medios y altos), el cuidado oral proporcionado, tipo de modelo de práctica y cómo funcionaba. A bajo nivel proporciona instrucción de higiene oral, medidas preventivas en forma de barniz de flúor, remisiones a profesionales dentales para un cuidado dental completo (radiografías dentales, profilaxis, y el cuidado restaurativo). A nivel medio se definió como de bajo nivel pero con adición de radiografías, profilaxis y procedimientos menores (colocación de selladores o procedimientos operativos menores). A nivel alto se definió como el modelo de nivel medio con adición de un tratamiento dental completo, a través de una relación indirecta electrónica integrada en una clínica dental adjunta o en un centro de salud. <sup>(17)</sup>

**Gráfico Nro. 16.** Modelos de práctica integradores y/o de colaboración



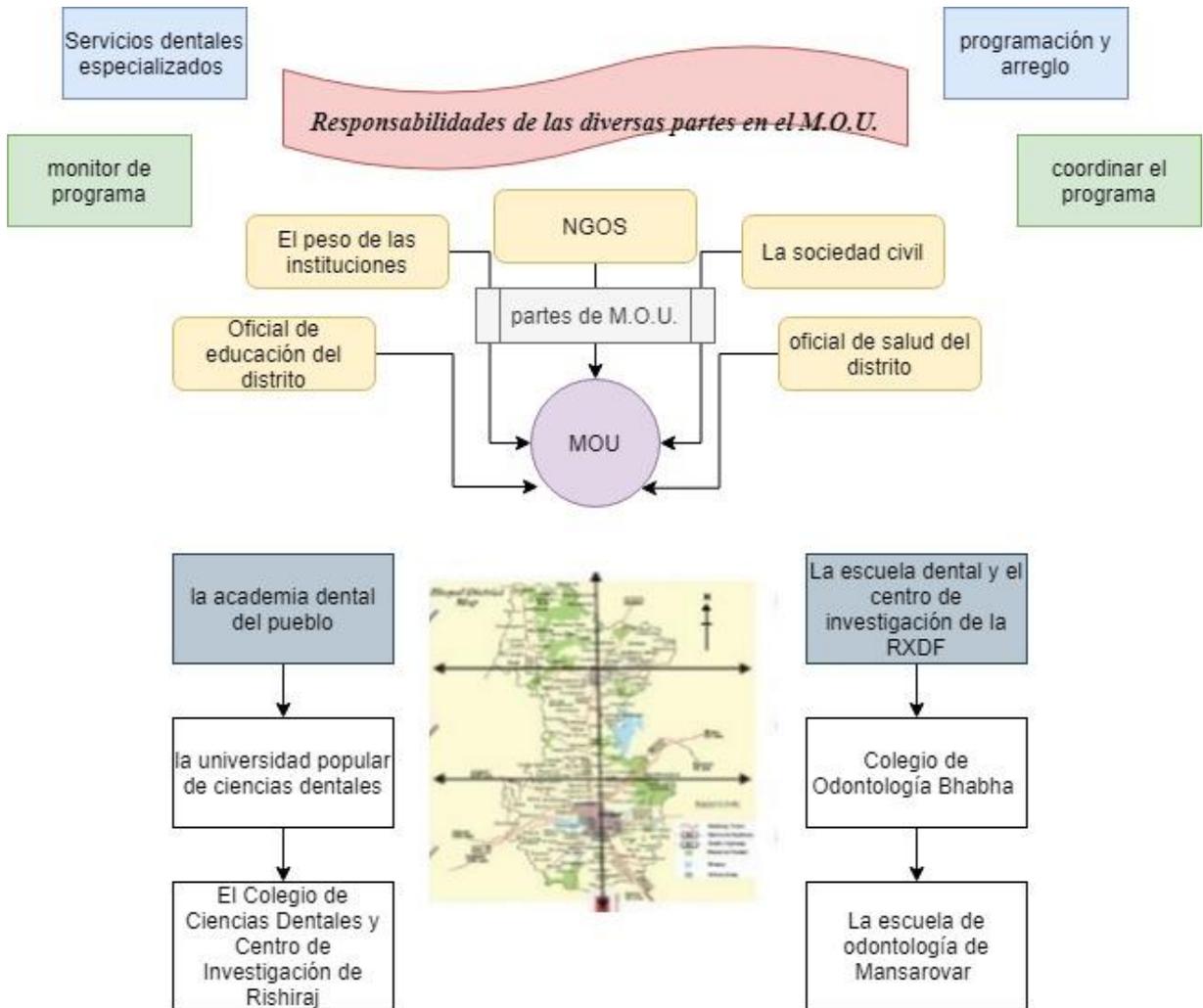
Fuente: Gauger et.al.<sup>(17)</sup>

### 3.4.6. Modelo de prestación de servicios de salud oral

Modelo propuesto que presta servicios bucodentales en el distrito en la India utilizando clínicas dentales móviles para personas a las que se les niega el acceso de servicios dentales, además ayuda a ganar la confianza de los niños aliviando aprensiones que puedan tener en los procedimientos dentales y construye una actitud positiva hacia la odontología, los

programas de salud presentan un modelo escolar que combinan programas de promoción de la salud general y oral para escolares, personal de la escuela, la familia y los miembros de la comunidad, ayuda a la detección, la prevención y servicios, mejoran la salud oral de los niños ya que abordar las cuestiones relativas al acceso y disparidades de salud oral. <sup>(18)</sup>

**Gráfico Nro. 17.** Modelo de prestación de servicios de salud oral



Fuente: Ganavadiya et.al <sup>(18)</sup>

**3.4.7. Programa “Fit for School” modelo para la salud de los niños**

Modelo que ayuda a la salud de lactantes y niños de la India y evalúa su salud oral, ha demostrado ser rentable y viable. Brinda promoción en salud oral para educación, nutrición, higiene y uso de flúor. Además evalúa el conocimiento de los trabajadores de salud de la comunidad, y la aceptabilidad y sostenibilidad de los programas preventivos (6 aplicaciones mensuales de barniz de flúor) en centros de atención primaria de salud o en una camioneta dental móvil del "Fit for School", que promociona principalmente el lavado de manos y cepillado de dientes. El modelo fortalece la acción comunitaria mediante la participación de

los padres y maestros. Además, desarrolla habilidades personales de los trabajadores de salud comunitarios, dentistas locales (liderazgo y enseñanza).<sup>(19)</sup>

**Gráfico Nro. 18.** Programa “Fit for School” modelo para la salud de los niños

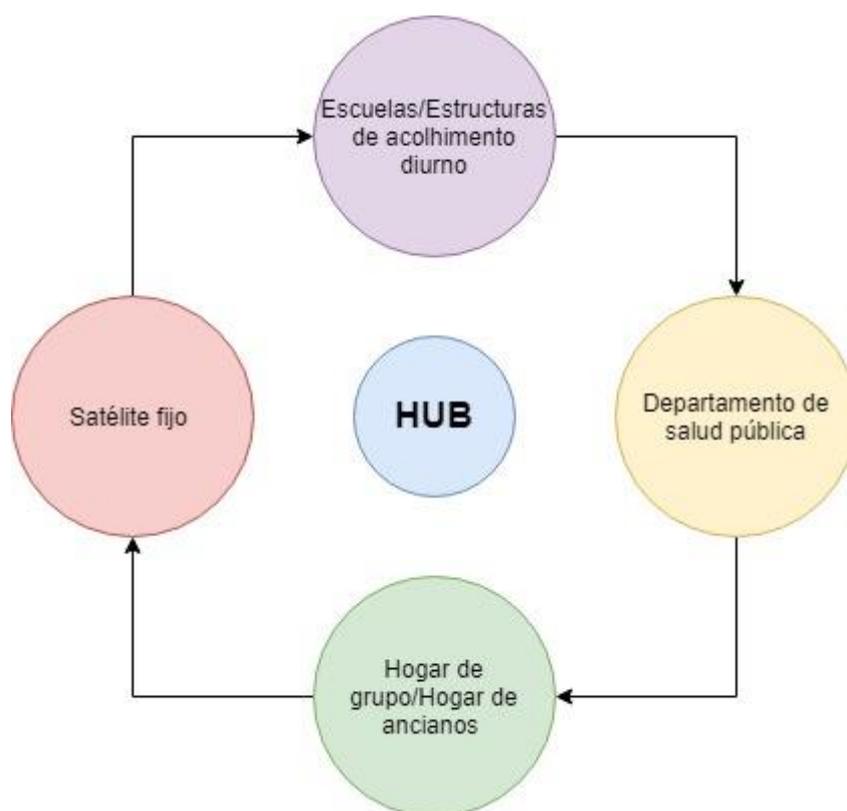
Modelo para iniciativas de promoción de la salud oral infantil y juvenil.			
Grupo de edad	Configuraciones	Personas para comprometerse con	Alcance, componentes y herramientas.
0-2 años	Centros de atención primaria de salud, sucursales de Anganwadi	Trabajadores de Anganwadi (contacto directo), padres (contacto indirecto)	Educación sobre salud bucal: para trabajadores de Anganwadi que usan un DVD sobre cuidado bucal infantil y para padres que usan folletos impresos
2-3 años	Centros de atención primaria de salud, sucursales de Anganwadi	Trabajadores y padres de Anganwadi (contacto directo)	Educación sobre salud bucal: para padres que usan folletos impresos Programa de barniz de flúor en camionetas dentales móviles o centros dentales de satélites
3-6 años	Preescolar	Maestros de preescolar y padres (asociaciones de padres y maestros)	Programa de cepillado dental con pasta dental con fluoruro en combinación con el Plan de comidas de medio día y lavado de manos
6-16 años	Escuelas	Maestros de escuela y padres (asociaciones de padres y maestros)	Programa de cepillado dental con pasta dental con fluoruro en combinación con el Plan de comidas de medio día y lavado de manos

Fuente: Valencia et.al<sup>(19)</sup>

### 3.4.8. Modelo “hub and spoke”

La elaboración del modelo de "Práctica de colaboración en la Comunidad" adecuado para Miles de Sonrisas en la Ley de Práctica Dental de Kansas aumenta la atención de la salud bucal mediante la ampliación del papel de los higienistas dentales prestando servicios preventivos, atención médica y el establecimiento de vínculos de tele-odontología con los dentistas; y una supervisión menos restrictiva usando un permiso de atención prolongada (ECP). Como resultado de este cambio en el acto de la práctica dental, “hub and spoke” modelo de prestación de servicios ha evolucionado permitiendo que el ECP-I mediante un higienista dental proporcione servicios de higiene dental a las personas en el lugar donde viven, trabajan, van a la escuela o reciben servicios sociales. También remiten a los pacientes a clínicas o dentistas de la red de seguridad dispuestos a proporcionar atención en la tradicional odontología privada.<sup>(20)</sup>

**Gráfico Nro. 19.** Modelo “Hub and spoke”



Fuente: Simmer–Beck et.al <sup>(20)</sup>

### 3.4.9. Modelo de Evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico

La referencia del modelo teórico y lógico se probó en 21 municipios de Santa Catarina, además es la descentralización de la gestión y las responsabilidades de garantizar el acceso universal y la reducción del riesgo de enfermedades y dolencias. El modelo presenta dos dimensiones: Organización de Salud Oral (OSB) y Provisión de Salud Oral (PSB). El OSB es la dimensión política de organización conjunta y demuestra el compromiso del sistema municipal de salud en la organización de la atención. El PSB tiene dos subdimensiones: Promoción, Prevención y Diagnóstico y Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación, ambas subdivididas en focos según los ciclos vitales (niño, adolescente, adulto y anciano). <sup>(21)</sup>

**Gráfico Nro. 20.** Modelo de evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico

<b>Modelo lógico de Evaluación de efectividad de la Atención de salud bucal</b>			
<b>Gestión de salud bucal</b>			
<b>Actuación intersectorial</b>	Participación popular	Recursos humanos	Infraestructura

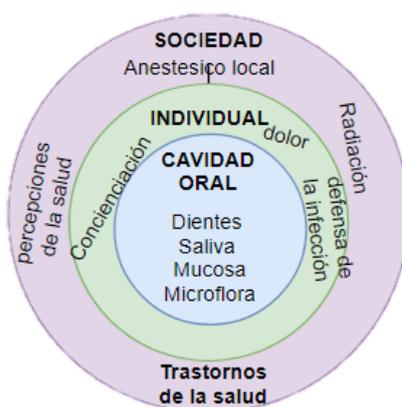
Disposición de salud bucal							
Promoción, prevención y diagnóstico				Tratamiento, recuperación y rehabilitación			
Niño	adolescent e	Adulto	Anciano	niño	adolescente	Adulto	Anciano

Fuente: NICKEL et.al (21)

### 3.4.10. Modelo Malmö

El modelo Malmö, comprende 2 cursos: "La atención de la salud bucodental en la cooperación" y "El Ecosistema Oral". El Ecosistema Oral es un modelo conceptual con cuatro piedras angulares (saliva, dientes, mucosa, microflora), incluyendo dos niveles organizativos adicionales (individuo y sociedad). Explican la relación entre las percepciones de salud en la sociedad y la conciencia de la salud oral de los pacientes individuales. Al usar un ecosistema como modelo conceptual se transmite la idea de que la prevención y el tratamiento de enfermedades periodontales y caries tienen como objetivo establecer un equilibrio de los procesos que se producen en la cavidad oral. (22)

**Gráfico Nro. 21.** Modelo Malmö



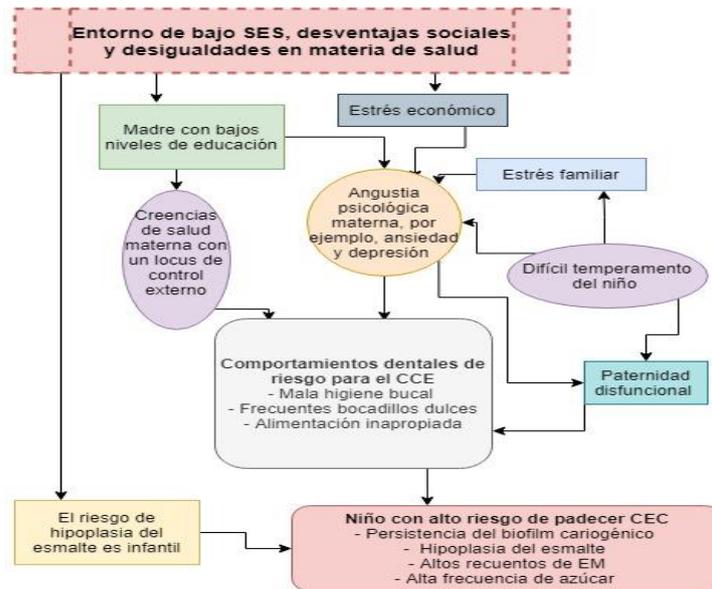
Fuente: Rohlin et.al (22)

### 3.4.11. Modelo unificador para la caries de primera infancia

Este modelo puede aplicarse para explicar los hallazgos de los informes de los EE.UU., Canadá, Gran Bretaña, y Australia, además acopla los factores ambientales, maternos e infantiles que se asocian con la caries de infancia temprana, donde el centro del modelo es una madre de origen desfavorecido, que posee un nivel de educación bajo y no cree que los dientes de los niños son importantes, ni que su hijo es susceptible a caries o que esta sea

importante. Se incorporan influencias ejercidas en el individuo, la familia, y los niveles de la comunidad.<sup>(23)</sup>

**Gráfico Nro. 22.** Modelo unificador para la caries de la primera infancia



Fuente: Kim Seow <sup>(23)</sup>

### 3.4.12. El modelo de asistencia preventiva oral (OPA)

Estos modelos desarrollan e implementan servicios de prevención de salud oral basada en la comunidad y programas de promoción OPA, este modelo está diseñado para crear un asistente dental que proporcione educación e información sobre la salud oral a los pacientes mediante la prevención y el cuidado. Proporcionan servicios para pacientes sin complicaciones, permitiendo que los higienistas dentales se centren en los pacientes más complicados, otra de las funciones de este modelo es cumplir una función en instalaciones públicas como centros de salud comunitarios y escuelas. <sup>(24)</sup>

CDHC es un nuevo modelo de equipo dental que diseña deberes que asistentes e higienistas dentales pueden realizar, este modelo mediante un programa académico ayuda a organizar programas comunitarios y presta servicios a grupos de pacientes que funcionan en lugares remotos y que están desatendidas y puede ser utilizado por centros de salud comunitarios, el Servicio de Salud de la India, el estado o clínicas de salud pública de los condados, o médicos privados que estén trabajando en zonas dentales desatendidas. <sup>(24)</sup>

**Tabla Nro. 4.** Modelo de asistencia preventiva (OPA)

<b>Categoría</b>	<b>Competencias</b>
<b>Asistente Preventivo Oral</b>	Servicios preventivos en todo tipo de pacientes, incluyendo prevención de enfermedades, instrucciones de higiene oral, aplicación de flúor y selladores, pulido coronal y raspado para pacientes del tipo de Periodontitis (gingivitis).
<b>Coordinador de Salud Dental de la Comunidad</b>	Desarrollar programas para la prevención y promoción bucal basados en la comunidad; recopilar datos de diagnóstico; realizar una variedad de tratamientos clínicos de apoyo; demostrar los conocimientos y habilidades necesarios para prestar servicios basados en planes; y realizar la provisionalización paliativa de las caries dentales en preparación para los cuidados de restauración por parte de un dentista.

Fuente: McKinnon et.al <sup>(24)</sup>

#### **3.4.13. Programa CHAT-PD**

CHAT-PD equipa residentes con las herramientas para mejorar y promover la salud dental de los niños y desarrollo, en el contexto de familia y comunidad. Además que mejora la capacidad del residente para mejorar eficacia y prestación de la salud oral servicios de atención y del paciente pediátrico, las medidas de resultado permiten una amplia evaluación de la boca y el niño como una entidad "completa", en lugar de sólo superficies o estructuras dentales. Estos programas de odontología pediátrica además están basados en la Maternidad y Teoría del curso de vida de la Oficina de Salud Infantil modelo para asegurar los servicios integrales de salud bucodental, cuidado de los bebés y los niños, y también enfatizan el individuo, familia y comunidad. El reformado CHAT-PD contiene control de enfermedades y la evaluación de riesgos; educación interprofesional y entrenamiento; además de una mejor calidad; competencia cultural; ética y profesionalidad; socios de la comunidad y la oralidad sistemas de atención sanitaria; política y promoción; y estadísticas y métodos de la investigación. <sup>(25)</sup>

#### **Gráfico Nro. 23.** Programa CHAT-PD

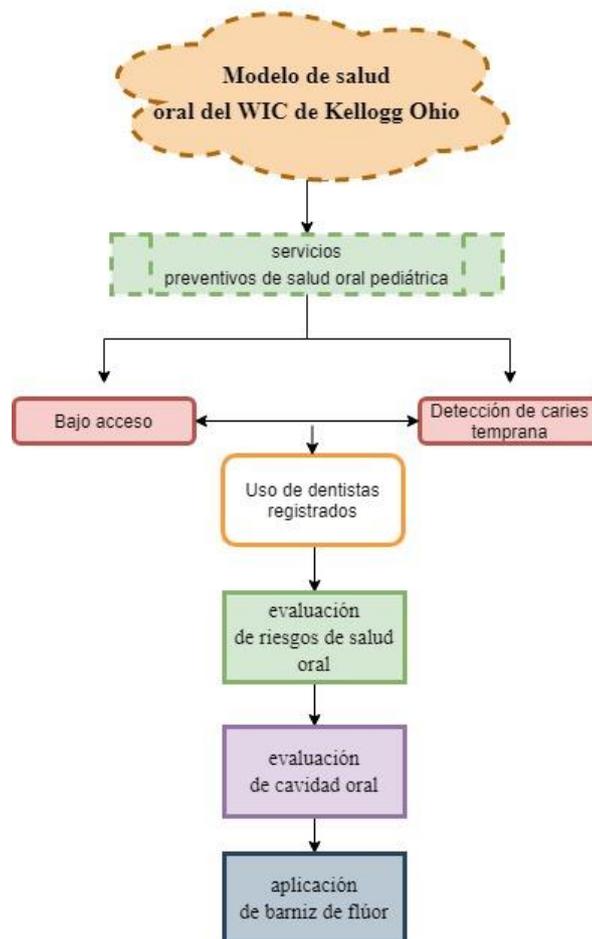


Fuente: Ramos et.al <sup>(25)</sup>

### 3.4.14. Modelo de salud oral del WIC de Kellogg Ohio

Este modelo proporciona una solución a la necesidad de servicios preventivos de salud oral pediátrica de niños desatendidos hasta los 5 años y para personas en riesgo, hace frente al bajo acceso y detección de la caries temprana. El modelo incluye: el uso de dentistas registrados como proveedores de servicios de salud oral preventiva (evaluación de riesgos de salud oral, evaluación de cavidad oral, y aplicación de barniz de flúor). WIC modelo único de práctica interprofesional, proporciona la necesaria e innovadora prevención servicios dentales. Además ayuda a expandir la fuerza de trabajo dental y define más detalladamente una emergente área de práctica de la salud aliada. Integra los servicios de salud oral en la salud dietética y para la formación de estudiantes y profesionales en competencias en salud oral muy necesarias. <sup>(26)</sup>

**Gráfico Nro. 24.** Modelo de salud oral del WIC de Kellogg Ohio



Fuente: Taylor et.al <sup>(26)</sup>

### 3.4.15. Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad

El modelo relaciona como un objeto sanitario al problema de la salud oral pero se necesita además de un modelo que incorpore las actividades promocionales y preventivas articuladas al niño, correspondientes a un paquete mínimo preventivo que servirá antes de que aparezcan caries en los niños o para prevenir su aparición. <sup>(27)</sup>

Este modelo presenta las intervenciones en promoción y prevención aplicadas en niños desde los 0 hasta los 11 años del Perú, dependiendo del riesgo de caries deberá recibir aplicación de flúor tópico cada 6 meses, instrucción de higiene oral y aplicación de sellantes en fosas y fisuras profundas del primer molar permanente. <sup>(27)</sup>

**Tabla Nro. 5.** Modelo de atención integral de salud basado en la familia y comunidad

Edad en Años	Examen Estomat.	Instrucción de higiene oral	Flúor barniz	Pasta con flúor 500 ppm	Sellantes de fisuras	Pasta con flúor 1100 ppm	Flúor fosfato acidulado
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

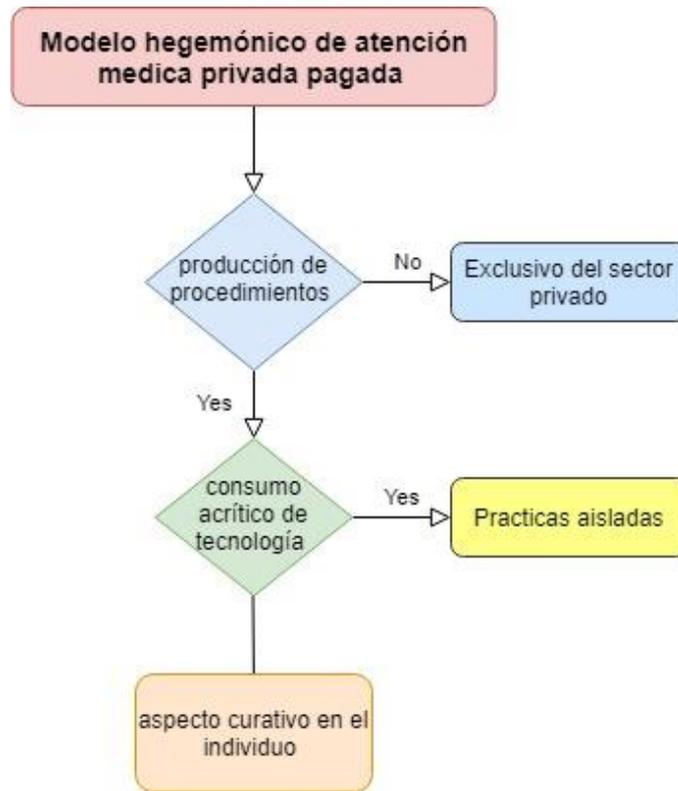
	A la cuidadora.
	Al mismo niño.

Fuente: Villavicencio <sup>(27)</sup>

### 3.4.16. El modelo hegemónico de atención médica privada pagada

Este modelo no es exclusivo del sector privado, se basa en la producción de procedimientos que implican el consumo acrítico de tecnología y un enfoque en prácticas aisladas, en el caso de la odontología, se concentra en el aspecto curativo dirigido al individuo y a los aspectos biológicos de la enfermedad. Pues así se refuerza la idea de que solo aquellos que ya tienen problemas de salud buscarán servicios, y no incluye a aquellos que no sienten la necesidad, uno de sus objetivos es recuperar los dientes enfermos a través de restauraciones definitivas. Además se caracteriza por el uso de campañas y programas de naturaleza individual, prácticas preventivas con actividades de cepillado de dientes supervisada por la comunidad. Los instrumentos de este modelo incluyen clínicas preventivas, con instrumentos de trabajo que contienen nuevos conocimientos y materiales (uso de fluoruro, control de placa bacteriana, selladores oclusales, terapia de riesgo periodontal, etc.). <sup>(28)</sup>

**Gráfico Nro. 25.** Modelo hegemónico de atención médica privada pagada



Fuente: Lima <sup>(28)</sup>

### 3.4.17. Modelo de Creencias de Salud (HBM)

Los modelos de 10 regiones de Teherán de educación y promoción son utilizados para explicar la relación entre las actitudes, las creencias y los comportamientos de salud. Este modelo aplicado en alumnas de quinto grado (10-12 años) de escuelas gubernamentales en Teherán (capital de Irán) es una teoría basada en las creencias de comportamientos de la salud que predicen y proporcionan intervenciones adecuadas de salud dental. HBM ha sido explicado como marco de referencia para las intervenciones de cambio de comportamiento de salud: construcción de modelos de investigación conductual y desarrollo de instrumentos, prevención primaria a través de la educación sanitaria en materia preventiva de enfermedades y su detección, cumplimiento del tratamiento. <sup>(29)</sup>

**Tabla Nro. 6. Modelo de creencias de salud (HBM)**

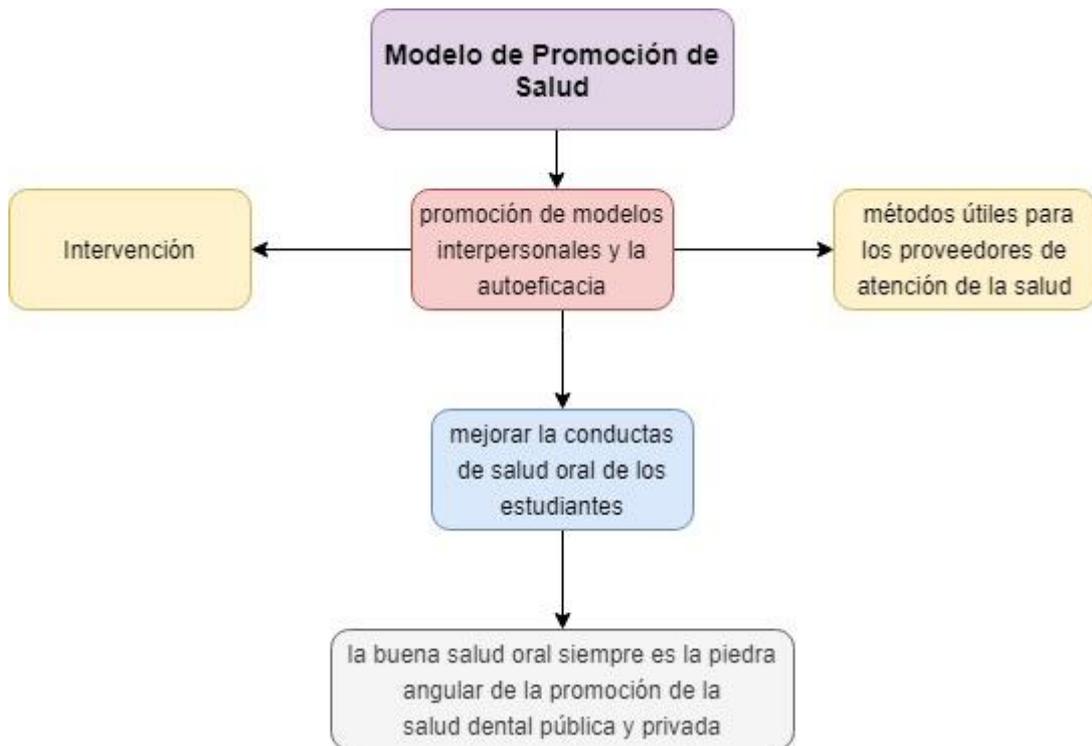
Conceptos	Definición del concepto	Estrategia de intervención para influir en el concepto.
Susceptibilidad percibida	Creencias sobre la probabilidad de contraer una enfermedad o afección.	Definición de poblaciones en riesgo y riesgo, y niveles Personalice el riesgo según las características o comportamientos individuales de la persona. Hacer que las percepciones de un individuo sean más consistentes con su riesgo real
Gravedad percibida	Creencias sobre la gravedad de contraer una enfermedad o afección, incluidas las consecuencias.	Especificar consecuencias de riesgos y condiciones. Desencadenar emociones como angustia y arrepentimiento con imágenes
Beneficios percibidos	Creencias sobre los aspectos positivos de adoptar un comportamiento de salud (por ejemplo, la eficacia del comportamiento para reducir el riesgo o consecuencias graves)	Cambiar la perspectiva del individuo al resaltar las creencias de los demás sobre el comportamiento y sus efectos. Proporcionar conocimiento y argumentos a favor del comportamiento.
Barreras percibidas	Creencias sobre los obstáculos para realizar un comportamiento, y los aspectos negativos (costos tangibles y psicológicos) de adoptar un comportamiento de salud.	Identificar y reducir las barreras percibidas a través de la seguridad, la corrección de la información errónea, los incentivos y la asistencia.
Señales de acción	Factores internos o externos que podrían desencadenar el comportamiento de salud.	Promoviendo la conciencia Uso de sistemas apropiados de recordatorio y recuperación
Autoeficacia	Crear que se puede realizar el comportamiento de salud recomendado (confianza)	Proporcionar capacitación y orientación para llevar a cabo la acción recomendada. Uso de la fijación progresiva de objetivos Dando refuerzo verbal. Demostrar o modelar el comportamiento deseado Reducir la ansiedad por tomar medidas.

Fuente: Goodarzi et.al <sup>(29)</sup>

### 3.4.18. Modelo de Promoción de la Salud

Este modelo informa sobre los predictores de la oralidad de 300 estudiantes de secundaria de 4 escuelas secundarias en la ciudad de Shahrekord, Irán, comportamientos de salud utilizando variables que pueden abordarse mediante intervención. El programa dirigido a promover comportamientos de salud oral entre los estudiantes debe tener como prioridad la promoción de modelos interpersonales y la autoeficacia. Este modelo proporciona métodos útiles para los proveedores de atención en la promoción de la eficacia individual, puede ser útil en los países en desarrollo para planificar programas de intervención y así mejorar las conductas de salud oral de los estudiantes, pues la buena salud oral siempre ha sido la piedra angular de la promoción de la salud dental pública y privada. La caries dental y la enfermedad periodontal en los niños ha disminuido en muchos países, esto es debido a los cambios en las condiciones y estilo de vida, utilización de los servicios odontológicos, programas escolares, creación de un sistema de salud bucodental y salud pública, programas de atención médica y adopción de las prácticas habituales de autocuidado de la salud. <sup>(30)</sup>

**Gráfico Nro. 26.** Modelo de promoción de salud

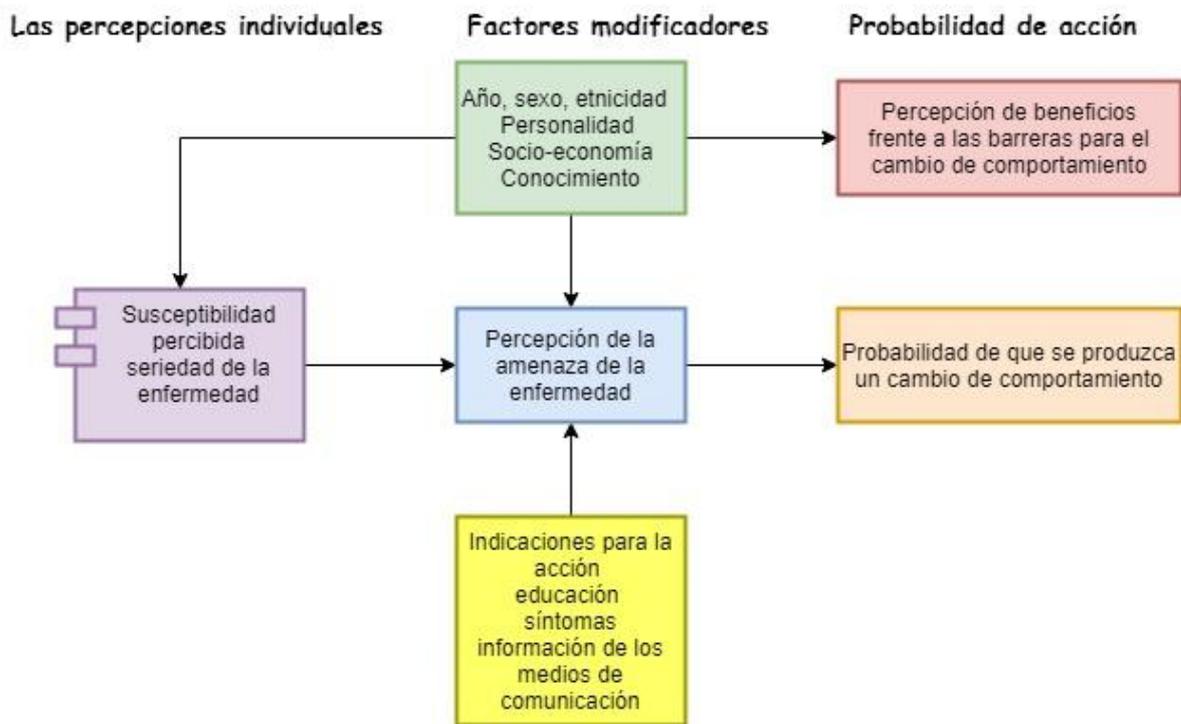


Fuente: Vakili et.al <sup>(30)</sup>

### **3.4.19. Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de la Acción Razonada**

Este es un modelo psicológico aplicado en 56 pares de madres e hijos seleccionados al azar que se refirieron a Centro de salud de Zanjan, Irán, intenta explicar y predecir los comportamientos en la salud, además evalúa la influencia de la intervención educativa basada en conocimientos y actitudes relacionadas con la salud hacia la salud dental y la disminución del Índice de placa en niños de 3 a 6 años. Este modelo se basa en los comportamientos preventivos de salud dental en los niños. <sup>(31)</sup>

**Gráfico Nro. 27.** Modelo de creencias en salud y la teoría de la acción razonada

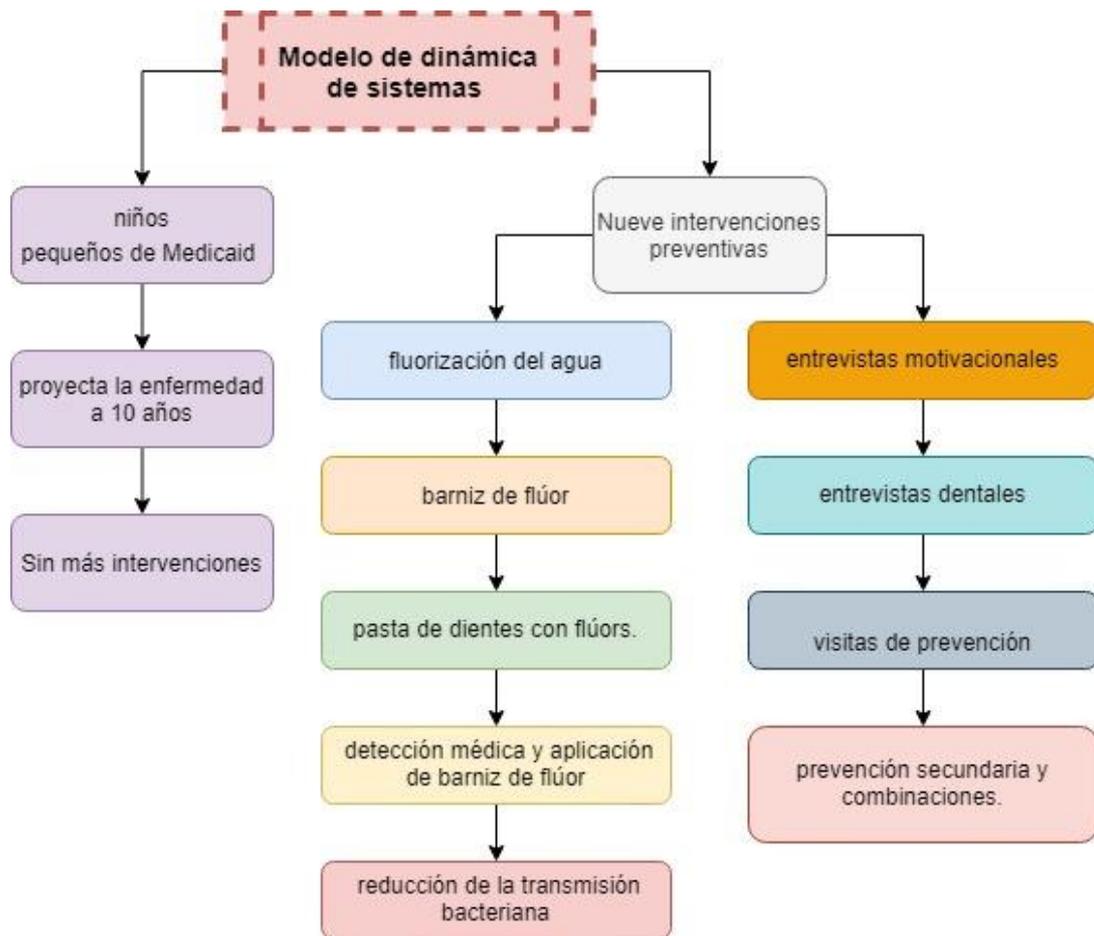


Fuente: Shahnazi et.al <sup>(31)</sup>

**3.4.20. Modelo de dinámica de sistemas**

Este se aplicó en la población de Nueva York State Medicaid de los niños pequeños para proyectar la enfermedad a 10 años, es decir sin más intervenciones, además ayudo a comparar posibles resultados de 9 intervenciones preventivas comprendidas entre fluorización del agua, barniz de flúor, pasta de dientes con flúor, detección médica y aplicación flúor barniz, disminución de transmisibilidad bacteriana, entrevistas motivacionales, entrevistas dentales, visitas de prevención, prevención secundaria y combinaciones. <sup>(32)</sup>

**Gráfico Nro. 28.** Modelo de la dinámica de los sistemas



Fuente: Edelstein et.al <sup>(32)</sup>

Además de los modelos que presentaron esquemas conceptuales se han recopilado otros modelos aplicados de forma descriptiva, por lo que en la tabla que se muestra a continuación se facilita cada modelo con el resumen explicativo del objeto de su propuesta.

**Tabla Nro. 7.** Descripción de los modelos de atención

Modelo	Autor	Descripción del modelo
<p>A model for community-based pediatric oral health: Implementation of an infant oral care program. <sup>(33)</sup></p>	<p>Ramos-Gomez, Francisco J.</p>	<p>Modelo destinado a facilitar la intervención temprana y el manejo de la enfermedad, pues establece un nuevo estándar de atención dental mínimamente invasiva centrado en la prevención, atienden a los niños vulnerables y de alto riesgo, facilitando la atención en la familia y promueve la utilización temprana de servicios dentales en entornos no tradicionales. Promueve la salud oral pediátrica destacando la necesidad de la "visita de un año" que consiste en que los niños y sus padres asistan a estas clínicas comunitarias con más regularidad. Este modelo de intervención proporciona cuidado oral perinatal e infantil culturalmente competente para niños desatendidos, de bajos ingresos y / o minoritarios de 0 a 5 años y sus cuidadores.</p>
<p>Periodontal disease as a Public Health problem: The challenge for Primary Health Care. <sup>(34)</sup></p>	<p>Carvajal, Paola</p>	<p>Dicho modelo es aplicado en niños de 2 a 4 años y que cursen el año preescolar en el centro y norte del país, se da a conocer las enfermedades de la boca y la promoción y prevención de la salud oral, principalmente se enfoca en las enfermedades propias del periodonto desde la gestación porque promocionando de manera temprana la salud bucal mejora a largo plazo en los niños. Para lo cual es importante saber el concepto que corresponde a atención primaria y se da en el período perinatal. En el nivel primario se atiende las enfermedades periodontales a edades tempranas, entre las enfermedades crónicas y orales existen factores de riesgo, entre la periodontitis y algunas enfermedades crónicas no transmisibles.</p>
<p>Bridging the dental-medical divide: Case studies integrating oral health care and primary health care. <sup>(35)</sup></p>	<p>Atchison, Kathryn A. Weintraub, Jane A. Rozier, R. Gary</p>	<p>Análisis ambiental que describía el estado de la integración de la atención médica de los servicios de salud oral y atención primaria de EE. UU. Clasificaron los servicios como servicios preventivos de salud oral (POHS) proporcionados por proveedores de atención médica demuestran la incorporación de POHS por</p>

Modelo	Autor	Descripción del modelo
		parte de profesionales de atención primaria, la incorporación de profesionales dentales en clínicas de atención primaria y la incorporación de coordinación de atención para aumentar la prestación de atención de salud bucal.
Teledentistry-Assisted, Affiliated Practice for Dental Hygienists: An Innovative Oral Health Workforce Model. <sup>(36)</sup>	Summerfelt, Fred F.	Este modelo propio de la Universidad del Norte de Arizona alberga aplicada para los niños de la zona proporciona una amplia prevención oral, servicios en atención de la salud y de diagnóstico para los pacientes desatendidos pertenecientes al sector urbano y áreas remotas. Proporciona que el profesional participe digitalmente de un equipo de atención médica. Este equipo de adquisición hará que los dentistas administren servicio a pacientes lejanos y reciban los datos para diagnosticar (datos de diagnóstico digital de los lugares remotos), triaje y podrán remitirlos para el tratamiento apropiado.
The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education. <sup>(37)</sup>	M Solhi,1, D Shojaei Zadeh, B Seraj, and S Faghieh Zadeh	Modelo de Creencias de Salud (HBM), modelo efectivo sobre la salud oral, pues provocó un comportamiento correcto del cepillado y el uso correcto del hilo dental. Adopta conductas preventivas de salud oral, educación para la salud, terapia florida, recomendaciones nutricionales y atención primaria de salud. Se utilizaron materiales educativos como el modelo de boca completa con cepillo de dientes grande, hilo dental y colección de imágenes
Integral model of oral health care in Pachacútec, Callao. <sup>(38)</sup>	Piovesan, ChaianaMadrid Chumacero, Marco Tulio Castro Rodriguez, Antonia Echeandía Arellano, Juana Chein Villacampa, Sylvia Villavicencio Gastelú, Jorge Cuentas Robles,	Este es un modelo integral de promoción, prevención y acciones asistenciales de primer nivel aplicado en Pachacútec, Ventanilla, Callao, especialmente en la población estudiantil, familias y comunidad, ayuda a aumentar la calidad de la atención odontológica, de tal manera se incrementará la población sana y disminuirá las enfermedades bucodentales, dos fases. La primera se basó en actividades de promoción y prevención de enfermedades de la boca y un estudio epidemiológico de la población

Modelo	Autor	Descripción del modelo
	Adelmo Vásquez Olivares, Ricardo	estudiantil. También se realiza intervención atraumática utilizando ionómeros de vidrio. Mientras la segunda fase comprende atención recuperativa.
Oral Health Care for Children in Countries Using Dental Therapists in Public , School-Based Programs , Contrasted with That of the United States , Using Dentists in a Private Practice Model. <sup>(39)</sup>	Mathu-Muju, Kavita R. Friedman, Jay W. Nash, David A.	Este modelo escolar de cuidado de niños se da por parte de terapeutas dentales y un modelo estadounidense de dentistas que están dispuestos a brindar atención a niños en consultorios privados. Su alcance de practica incluye examen, diagnóstico y planificación del tratamiento; exponer radiografías; educación en salud bucal; servicios preventivos como profilaxis, terapia con fluoruro, selladores de fisuras y asesoramiento dietético; preparación de caries en dientes primarios y permanentes y restauración con amalgama, composite y coronas de acero inoxidable preformadas; y extracción de dientes primarios.
Integrated Medical-Dental Delivery Systems: Models in a Changing Environment and Their Implications for Dental Education. <sup>(40)</sup>	Jones, Judith Snyder, John Gesko, David Helgeson, Michael	Proyecto "Avanzando en la educación dental en el 21St Century, modelos de prestación de atención dental, explica por qué es importante practicar en equipos médico-odontológicos integrados y define la atención centrada en la persona, en contraste con la atención centrada en el paciente. Se describen los sistemas de atención en los que los equipos actualmente practican la prestación integrada de atención en salud oral, junto con la especulación sobre el futuro de la atención centrada en la persona y el enfoque de equipo. Se consideran los pasos críticos en la educación de los odontólogos y otros profesionales de la salud y el desarrollo de modelos clínicos de atención para avanzar.
'Many voices, one song': a model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school. <sup>(41)</sup>	Andrew Macnab, Arabat Kasangaki	Este modelo se basó en una exitosa iniciativa promocional, la misma que se diseñó para comprender la mala salud bucal en niños aborígenes en comunidades rurales y remotas Canadienses, corresponde a un programa educativo en el que los maestros proponen temas en clase al plan de estudios, los conceptos clave son reforzados por los alumnos

Modelo	Autor	Descripción del modelo
		médicos y dentales, los maestros supervisan las prácticas (cepillado diario en la escuela), además se realiza una evaluación y examen de los niños participantes, promoción de la salud: incluyendo temas de salud por los maestros en las actividades regulares del aula; educación sanitaria impartida por el equipo universitario para reforzar conceptos educativos clave; y cepillarse los dientes diariamente en la escuela para desarrollar prácticas saludables
Oral health policies in Brazil. <sup>(42)</sup>	Gilberto Alfredo Pucca JuniorI; José Felipe Riani CostaII; Luciana de Deus ChagasIII; Rosa Maria Sivestre	Modelo asistencialista que presentaba el parámetro madre-bebé. El principal objetivo era llegar a grupos de población compuestos por niños y madres embarazadas, en donde el patrón dominante sea curativo, dentro del dominio de la práctica privada, junto con una intervención poco confiable del Estado que se restringió a procedimientos de baja complejidad y exclusivamente para los casos que requieren atención básica. Mediante la expansión en el despliegue de Equipos de Salud Oral dentro de la estrategia de Salud Familiar, lo que implica un aumento en la provisión de los fondos federales correspondientes a estados y municipios.
Strengthening the Oral Health Safety Net: Delivery Models That Improve Access to Oral Health Care for Uninsured and. <sup>(43)</sup>	Allan J.	Proporcionan salud oral acceso a la atención médica para los residentes de Manhattan. Modelo de atención primaria mejorada incluye lo médico, lo conductual, lo social, la salud pública, y la salud oral servicios de salud. Atención médica privada, sin fines de lucro se esfuerza por cumplir con la amplia atención médica y dental necesidades de todos los residentes de la en el centro de Carolina del Norte
Interprofessional Collaborative Care by Dental Hygienists to Foster Medical-Dental Integration. <sup>(44)</sup>	Denise M. Bowen, RDH, MS	La Integración Médico-Dental de Colorado, representa un modelo de integración médico-dental donde los servicios de higiene dental son asimilados irectamente en el hogar médico para crear un "hogar de salud", se refieren tanto a la salud general

Modelo	Autor	Descripción del modelo
		como a la oral. Este modelo tiene ventajas como una mejor comunicación, un amplio plan de atención, y recursos compartidos como programación, facturación y registros médicos. Un sistema sostenible de el plan de negocios es esencial para su éxito
Predisposing factors for traumatic dental injury in primary teeth and seeking of post-trauma care. <sup>(45)</sup>	Siqueira, Maria Betânia Lins Dantas Gomes, Monalisa Cesarino Oliveira, Ana Cristina Martins, Carolina Castro Granville-Garcia, Ana Flávia Paiva, Saul Martins	Programa del gobierno brasileño en el que profesionales de la salud y agentes de salud comunitarios visitan los hogares para ofrecer orientación a las familias de bajos ingresos sobre problemas de salud. Además, existe la necesidad de aumentar la atención en salud dental para este grupo y mejorar el acceso a servicios de atención médica. Se construyeron dos modelos: uno para la aparición de TDI basado en el examen clínico y otro para los informes de los padres / cuidadores de haber buscado atención dental después de la aparición de TDI. Solo los niños cuyos padres informaron la aparición de TDI se incluyeron en este último modelo.
Models for Delivering School-Based Dental Care. <sup>(46)</sup>	David A. Albert, Joseph M. McManus, Dennis A. Mitchell	Estos modelos proporcionan instalaciones y el espacio adecuado para las necesidades de los niños en la escuela y la comunidad circundante. Los modelos escolares utilizar un tema preventivo, los programas de salud basados en la escuela incluyen sitios fijos y furgonetas móviles, en las que la detección, el sellado y el flúor se llevan a cabo programas de enjuague.
Integrating Oral Health into the Interdisciplinary Health Sciences Curriculum. <sup>(47)</sup>	Maria C. Dolce, PhD, RN, CNEa, *, Nona Aghazadeh-Sanai, DDSb , Shan Mohammed, MD, MPHc , Terry T. Fulmer, PhD, RNd	Es un modelo innovador de IPE que prepara a la próxima generación de médicos y odontólogos con los requisitos de equipo competencias para cumplir con las necesidades en salud bucal y sistémica de las personas vulnerables e insuficientemente atendidas. Prepara profesionales de atención primaria de todas las disciplinas con competencias de equipo para integrar la salud oral en la atención sanitaria

Modelo	Autor	Descripción del modelo
		general integral, con énfasis en la salud promoción y prevención de enfermedades
Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. <sup>(48)</sup>	Daniela Alba Nickell; Fábio Garcia LimaII; Beatriz Bidigaray da Silva	Proporcionar servicios dentales de manera diferencial, programada y sistemática, en contraste con el sistema de demanda libre utilizado por la odontología en las décadas anteriores. Abordar las necesidades acumuladas de la población hasta el tratamiento completo para el control posterior en niños porque tienen una mayor incidencia de caries con lesiones en la fase inicial y porque tiene un grupo constante para la atención
MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: revisão de literatura ASSISTANCE MODELS IN ORAL HEALTH IN BRAZIL: literature review. <sup>(49)</sup>	Elza Bernardes Ferreira , Thalita Queiroz Abreu e Ana Emília Figueiredo de Oliveira	Modelos de bienestar: es la manera en la que se producen las acciones de salud y se prestan los servicios y el Estado se organiza para producirlas y distribuir las. El Sistema Incremental modelo anticuado, tanto desde su eficacia, alcance y cobertura. PIA modelo enfocado a estabilización", reduce la progresión de la enfermedad oral, con acciones preventivas no invasivas. La "rehabilitación", estética y función perdidas por las secuelas de la enfermedad. El "declive", control de la enfermedad
Financial Feasibility of a Model School-Based Dental Program in Different States. <sup>(50)</sup>	Howard Bailit, DMD, PhDa Tryfon Beazoglou, PhD Margaret Drozdowski, DMD	Los higienistas dentales y el personal de apoyo prestan servicios de detección y prevención a niños en las escuelas usando equipo portátil y generan ingresos para niños con caries y otras condiciones reciben atención en consultorios privados, clínicas comunitarias, escuelas y furgonetas móviles y las clínicas dentales se reembolsan en niveles más competitivos al complementar la norma Pagos de Medicaid.
Determinants of Dental Health Behaviors of Iranian Students Based	Fatemeh Rahmati-Najarkolaei 1 , Parvin Rahnama 2 , Mohammad Gholami	Modelo de creencias de salud (HBM) este modelo examina los factores que influyen en los comportamientos de salud dental de los estudiantes en Teherán, Irán. Teoría

Modelo	Autor	Descripción del modelo
on the Health Belief Model (HBM). <sup>(51)</sup>	Fesharaki 3 , Hamid Yahaghi 4 , Maryam Yaghoubi	basada en creencias de comportamientos que están relacionados con la salud y que se utiliza para predecir y proporcionar intervenciones adecuadas de salud dental, comprende por qué algunas personas usan pero otras no usan los servicios de salud.
Prevalence of Dental Caries and Oral Hygiene Level in Children Aged 6 Years Attended Under GES and JUNAEB Models. <sup>(52)</sup>	Jorge Fuentes N.*; Gilda Corsini M.*; Thomas Bornhardt*; Alejandro Ponce V.*. & Álvaro Ruiz F.	Este modelo es entregado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y el Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), este mejora el nivel de Salud Oral de los alumnos que asisten a establecimientos de educación básica municipalizada o particular y son elegidos para ingresan al Programa de Salud Oral (PSO) desde primero a octavo de básica y realizar intervenciones de manera precoz con medidas preventivas de autocuidado (técnica de higiene oral, dieta), prevención específica de caries (profilaxis, sellantes, flúor tópico), tratamiento de caries (obturaciones, terapias pulpares, exodoncias, tratamiento de traumatismo dentoalveolar), y seguimiento; mismas intervenciones que serán otorgadas en el primer nivel de atención sanitaria
A qualitative study exploring barriers to a model of shared care for pre-school children's oral health. <sup>(53)</sup>	M G Gussy, E Waters & N M Kilpatrick	Modelo compartido (MSC) para involucrar a una comunidad más amplia de profesionales de la salud que tienen contacto con niños en la promoción de la salud bucal

#### 4. DISCUSIÓN

En la revisión de la literatura se identificaron 65 modelos de atención en odontopediatría, 33 modelos de forma gráfica y 32 modelos de forma descriptiva, dentro de estos se definieron modelos conceptuales que se refieren a los problemas en la salud que afectan mucho más a aquellas poblaciones desatendidas y de bajos ingresos económicos, pues según las referencias revisadas estas poblaciones presentan más problemas bucales que poblaciones con una economía más alta, debido a que cuentan con todos los materiales para la higiene dental y una mayor accesibilidad a la atención odontológica, dentro de estos 24 correspondían a modelos de atención como una planificación a brindar atención a los niños que tengan capacidades especiales, de bajos ingresos, pobres o socioeconómicamente minoritarios, 15 artículos se enfocaron en poblaciones y comunidades vulnerables, desatendidas y con alta pobreza que necesitaban atención médica odontológica; además se presentaron modelos que estaban integrados directamente a la salud en medicina general, 10 tipos de modelos conceptuales presentaban enfoques integrales en medicina, psicología y odontología, de todos los artículos, 32 estuvieron enfocados a la parte pediátrica, es decir, exclusivos para niños por ser una población vulnerable, los modelos integrales de salud son 43 enfocados principalmente en promoción, prevención, tratamiento y diagnóstico, encontrándose una mayor preocupación en la prevención por la salud oral. Una pequeña parte conformada de 6 artículos estuvo dirigida a las mujeres embarazadas, madres y bebés menores a un año para lograr una prevención temprana. Se encontró además 3 modelos de atención que se orientaba a la tele-odontología para que el profesional participe digitalmente de equipos de atención médica.<sup>(36)</sup>

Los modelos integrales de atención en pacientes pediátricos tienen como componentes en común principalmente la prevención, el modelo "escolar de cuidado de niños por parte de terapeutas dentales y el modelo estadounidense de dentistas que brindan atención a niños en consultorios privados", se describieron como el más completo pues habla de la enfermedad dental con mayor incidencia entre los niños de familias económicamente desfavorecidas, vivir en la pobreza reduce la atención dental a una prioridad más baja y da importancia a la atención a niños en consulta privada garantizando examen, diagnóstico y planificación del tratamiento; radiografías; educación en salud bucal; servicios preventivos como profilaxis, terapia con fluoruro, selladores de fisuras y asesoramiento dietético; preparación de caries en dientes primarios y permanentes y restauración con amalgama, composite y coronas de acero inoxidable preformadas; y extracción de dientes primarios.<sup>(39)</sup> La promoción de la

salud es de igual manera otro componente que se menciona dentro de estos modelos, el modelo "Many voices, one song" es uno de los más completos pues se basó en una exitosa iniciativa de promoción de la salud, que aborda la mala salud bucal en niños, se refiere a un programa educativo en el que los maestros proponen temas en clase al plan de estudios, los conceptos clave son reforzados por los alumnos médicos y dentales, los maestros supervisan las prácticas saludables (cepillado diario en la escuela para desarrollar prácticas saludables), evaluación y examen, inclusión de temas de salud por parte de los maestros en las actividades regulares del aula y educación sanitaria. <sup>(41)</sup> El diagnóstico y el tratamiento también formaron parte importante de los componentes de los modelos, el "Modelo de Evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico" uno de los modelos más completos, pues habla acerca de actividades promocionales, preventivas, de diagnóstico y tratamiento, al igual que de recuperación y rehabilitación para así garantizar el completo acceso a la atención dental y la reducción del riesgo de enfermedades y dolencias. <sup>(21)</sup>

Se encontraron 20 modelos exitosos de aplicación tanto en poblaciones vulnerables, desatendidas, grupos socioeconómicos bajos o población relacionada con la extrema pobreza y generaron resultados efectivos como una disminución notable de caries en los niños y un mayor índice de higiene oral como explica en el modelo de JUNAEB aplicado en la ciudad de Temuc <sup>(52)</sup> y en el modelo de fuerza laboral sobre la salud bucal de niños, mientras que en el modelo de creencias de salud se encontró un 29% en la varianza del comportamiento dental en las escuelas de Teherán, la aplicación de este modelo de práctica privada nos explica acerca de una mejora en el acceso de la atención dental, brindando servicios de calidad a los niños <sup>(51)</sup>, y en el modelo de colaboración se eliminan las barreras para recibir estos servicios, mejorando los resultados de salud bucal de pacientes vulnerables y disminuyendo las disparidades orales <sup>(16)</sup>, en el modelo de evaluación de la atención pública a la salud bucal infantil en Brasil, en los servicios de salud bucal de los municipios se encontró un resultado satisfactorio <sup>(14)</sup>, mientras que otros modelos resultaron ser eficaces y eficientes como el modelo de Servicios dentales móviles y portátiles que atienden a las necesidades básicas de salud bucal de una amplia población desatendida de la India <sup>(18)</sup>, otros modelos son fáciles de implementar con la tecnología, como el modelo de "teledentistry" pues proporciona una población creciente de pacientes desatendidos con servicios de salud bucal muy necesaria proporcionando servicios preventivos permitidos dentro del alcance de la práctica de la higiene dental. <sup>(36)</sup>

## 5. CONCLUSIONES

Se determinó que los modelos de atención para el tratamiento odontopediátrico tienen como principales componentes a la prevención en la salud oral, promoción, diagnóstico y tratamiento; y los casos de éxito más emblemáticos son el modelo "escolar de cuidado de niños por parte de terapeutas dentales y el modelo estadounidense de dentistas que brindan atención a niños en consultorios privados"; el modelo "Many voices, one song" y el "Modelo de Evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico", modelos completos e integrales enfocados en Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.

Se identificó un total de 32 modelos de atención correspondientes a tratamientos odontopediátricos, es decir, enfocados a los niños por ser una población vulnerable, a su prevención, diagnóstico y tratamiento; 24 modelos dirigidos a brindar atención a niños con capacidades especiales, por lo tanto el modelo más completo fue el modelo "Fit for School" y el modelo de Creencias en Salud y la Teoría de la Acción Razonada.

Al analizar los modelos integrales de atención en pacientes pediátricos se ha determinado tres principales componentes que refiere a la prevención, promoción y diagnóstico y tratamiento, de ellos se encontraron alrededor de 43 modelos enfocados a estos, uno de los principales que reporta la literatura es el modelo "escolar de cuidado de niños por parte de terapeutas dentales y el modelo estadounidense de dentistas que brindan atención a niños en consultorios privados" con un enfoque en la prevención por la salud oral; el modelo "Many voices, one song" que es uno de los más completos en promoción y el "Modelo de Evaluación de la Atención de Salud Oral, teórico y lógico" enfocado en Promoción, Prevención y Diagnóstico y Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación uno de los que más llama la atención por ser tan completo e integral.

Se encontró que las principales características de los modelos de atención en salud reportaron elementos comunes de éxito que permitieron la reducción del riesgo de enfermedades mejorando los comportamientos de la salud; progreso en el acceso a la atención de los servicios; además de proporcionar una adecuada variedad de servicios preventivos, promoción, protección, prácticas saludables y recuperación dentro del alcance de la práctica de higiene dental, se documentaron 20 modelos de aplicación en poblaciones vulnerables cuyo denominador común fue la disminución notable de las caries y un mayor índice de higiene oral.

## **6. RECOMENDACIONES**

Es importante tomar en cuenta las propuestas de esta investigación para el desarrollo de nuevos modelos de atención o para la mejora de estos, pues en 3 artículos se menciona a la tele-odontología, propuesta que hará que los dentistas administren servicios a pacientes lejanos digitalmente, así como datos para su diagnóstico y remisión de estos para un tratamiento adecuado, servicios que pueden ser implementados o mejorados debido a la situación que atraviesa el país actualmente.

Para la propuesta de nuevos modelos se debe tomar en cuenta estos componentes mencionados que fueron encontrados en la revisión, puesto que presenta modelos completos acerca de la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento.

Se recomienda que para futuras investigaciones se apliquen dichos modelos para mejorar el impacto de la intervención pediátrica en el desarrollo de la odontopediatría, pues han demostrado tener un éxito notable tanto en la reducción del riesgo de las caries como en la mejora del acceso a los servicios de atención dental.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Martínez K, Alfaro Zolá LM, Tirado Amador LR, González Martínez F. Habilidades sociales y conducta en niños durante la consulta odontológica en un centro docente-asistencial, Cartagena (Colombia). Rev Fac Odontol [Internet]. 2016;27(1):86–107. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v27n1/0121-246X-rfoua-27-01-00086.pdf>
2. Bönecke M, Modesto A, Figueiredo L. Programas De Atención Odontológica Para Bebés, Niños Y Adolescentes. 2014;1–5. Available from: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-4.pdf>
3. Luna G. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL DTS, ECUADOR MEDIANTE ESTIMULACIÓN MUSICAL [Internet]. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2015. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/4083/1/T-UC-0015-146.pdf>
4. MINSAL. Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años [Internet]. Ministerio de salud de Chile; 2009. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf>
5. Cadena Vivanco N. Propuesta de protocolo de atención odontológica dirigida a pacientes de oncología pediátrica [Internet]. Universidad Nacional de Loja; 2019. Available from: [http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/22019/1/TESIS\\_NOELIA\\_DE\\_LA\\_CADENA.pdf](http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/22019/1/TESIS_NOELIA_DE_LA_CADENA.pdf)
6. Salas FH, Arredondo Velázquez IL, Karen ;, Aguilar MM, Fabiola Hernández Hernández T, Liza ;, et al. LA CONSTRUCCIÓN DEL INFANTE COMO SUJETO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA. Rev Electrónica Psicol Iztacala [Internet]. 2017;20(2):519. Available from: [www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)

7. Ministerio de Salud Publica. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]. Quito; 2012. 210 p. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
8. Ovalle, Ludwig Werner, Silvia Palma Rosales, Guillermo Echeverría P. MSPAS Modelo de atención integral en salud [Internet]. 1–62 p. Available from: [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518)
9. Zeiher AM, Goebel H, Schächinger V, Ihling C. Guía para la elaboración de protocolos. Hospital Comarcal de la Axarquía. Circulation [Internet]. 1995;91(4):941–7. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>
10. Fernandez AJJ. PROTOCOLOS CHUA. Protoc Chua [Internet]. 2010;1(1):56–68. Available from: [http://www.seeof.org/archivos/articulos/adjunto\\_22\\_2.pdf](http://www.seeof.org/archivos/articulos/adjunto_22_2.pdf)
11. García Górriz M, Bauzà FM. Peculiaridades del Paciente Pediátrico. :1–22. Available from: [http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas Asociadas/PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO - Ps. Gabriela Fernandez.pdf](http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf)
12. Gabriela F. Paciente Pediatrico Hospitalizado. DemFmedEduUy [Internet]. 2011;(5):1–14. Available from: [http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas Asociadas/PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO - Ps. Gabriela Fernandez.pdf](http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf)
13. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. Cad Saude Publica. 2011;27(9):1731–45.
14. Teixeira Martins LG, Telino de Lacerda J, Alba Nickel D, Traebert J. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. Cad Saude Publica [Internet]. 2016;32(3):1–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300701&lang=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300701&lang=es)
15. Bramlett MD, Soobader MJ, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Gansky SA, Platt LJ,

- et al. Assessing a multilevel model of young children's oral health with national survey data. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2010;38(4):287–98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3025295/>
16. Braun PA, Cusick A. Collaboration Between Medical Providers and Dental Hygienists in Pediatric Health Care. *J Evid Based Dent Pract* [Internet]. 2016;16(June):59–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2016.01.017>
  17. Gauger TL, Prosser LA, Fontana M, Polverini PJ. Integrative and collaborative care models between pediatric oral health and primary care providers: a scoping review of the literature. *J Public Health Dent* [Internet]. 2018;78(3):246–56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Integrative+and+collaborative+care+models+between+pediatric+oral+health+and+primary+care+providers%3A+a+scoping+review+of+the+literature>
  18. Ganavadiya R, Goel P, Hongal S, Jain M, Chandrashekar B. Mobile and portable dental services catering to the basic oral health needs of the underserved population in developing countries: A proposed model. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(3):293.
  19. Jawdekar AM. A proposed model for infant and child oral health promotion in India. *Int J Dent*. 2013;2013.
  20. Melanie Simmer–Beck, BSDH, MS; Cynthia C. Gadbury–Amyot, MSDH, EdD; Hayley Ferris, BSDH, RDH, ECP I; Marsha A. Voelker, CDA, RDH, MS; Nancy T. Keselyak, BSDH, MA; Harvey Eplee, DDS; Joseph Parkinson, DDS, FAGD; Bill Marse; Cynthia Galemore, MEd, BSN, RN N. Extending Oral Health Care Services to Underserved Children through a School–Based Collaboration. *Int Theory Technol Accumul*. 2012;85(3):42–50.
  21. NICKEL DA. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2010;9(3):373–9. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/637/63712843019.pdf>
  22. Rohlin M, Peterson K, Svensater G. The malmö model: A problem-based learning curriculum in undergraduate dental education. *Eur J Dent Educ* [Internet]. 2011;2(3):103–14. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0579.1998.tb00045.x>

23. Kim Seow W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: A unifying conceptual model. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2012;22(3):157–68. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-263X.2011.01186.x>
24. McKinnon M, Luke G, Bresch J, Moss M, Valachovic RW. Emerging Allied Dental Workforce Models: Considerations for Academic Dental Institutions. *J Dent Educ* [Internet]. 2010;71(11):1476–91. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.514.5224&rep=rep1&type=pdf>
25. Ramos-Gomez FJ. Changing the education paradigm in pediatric dentistry. *J Calif Dent Assoc* [Internet]. 2014;42(10):711–5. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Francisco\\_Gomez11/publication/267730104\\_Changing\\_the\\_education\\_paradigm\\_in\\_pediatric\\_dentistry/links/546646f30cf2f5eb18016b91.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Gomez11/publication/267730104_Changing_the_education_paradigm_in_pediatric_dentistry/links/546646f30cf2f5eb18016b91.pdf)
26. Taylor E, Marino D, Thacker S, DiMarco M, Huff M, Biordi D. Expanding oral health preventative services for young children: A successful interprofessional model. *J Allied Health*. 2014;43(1).
27. Villavicencio Caparó E. Propuesta del Modelo de Promoción y Prevención en Salud Oral en el Perú. *Rev Estomatológica Hered* [Internet]. 2014;22(1):65. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539367011.pdf>
28. Chaves SCL. Oral health in Brazil: The challenges for dental health care models. *Braz Oral Res* [Internet]. 2012;26(SPL. ISS.1):71–80. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/bor/v26nspe1/a11.pdf>
29. Azam Goodarzi, Alireza Heidarnia, Sedigheh Sadat Tavafian and ME. Predicting oral health behaviors among Iranian students by using health belief model. *J Educ Heal Promot* [Internet]. 2019;(January):1–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30815481/>
30. Vakili M, Rahaei Z, Nadrian H, Yarmohammadi P. Determinants of oral health behaviors among high school students in Shahrekord, Iran based on Health Promotion Model. *J Dent Hyg* [Internet]. 2011;85(1):39–48. Available from:

<https://jdh.adha.org/content/jdentyg/85/1/39.full.pdf>

31. Shahnazi H, Sharifirad G, Hajimiri K, Hassanzadeh A. Effect of mother ' s education based on Health Belief Model ( HBM ) on 3-6 years old children ' s dental plaque index. *Bull Environ Pharmacol Life Sci* [Internet]. 2014;3(9):183–8. Available from: [http://health.bums.ac.ir/dorsapax/FileManager/UserFiles/Sub\\_32/o4433200.pdf](http://health.bums.ac.ir/dorsapax/FileManager/UserFiles/Sub_32/o4433200.pdf)
32. Edelstein BL, Gary H, Frosh M, Jayanth K. Reducing early childhood caries in a Medicaid population: A systems model analysis. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2015;146(4):224–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2014.12.024>
33. Ramos-Gomez FJ. A model for community-based pediatric oral health: Implementation of an infant oral care program. *Int J Dent*. 2014;2014.
34. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública : el desafío del nivel primario de atención en salud. *Rev Clin Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral* [Internet]. 2016;9(2):177–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001>
35. Atchison KA, Weintraub JA, Rozier RG. Bridging the dental-medical divide: Case studies integrating oral health care and primary health care. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2018;149(10):850–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2018.05.030>
36. Summerfelt FF. Teledentistry-Assisted, Affiliated Practice for Dental Hygienists: An Innovative Oral Health Workforce Model. *J Dent Educ* [Internet]. 2011;75(6):733–42. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.0022-0337.2011.75.6.tb05100.x>
37. Solhi M, Zadeh DS, Seraj B, Zadeh SF. The application of the health belief model in oral health education. *Iran J Public Health* [Internet]. 2010;39(4):114–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481698/pdf/ijph-39-114.pdf>
38. Madrid Chumacero MT, Castro Rodriguez A, Echeandía Arellano J, Chein Villacampa S, Villavicencio Gastelú J, Cuentas Robles A, et al. Modelo de atención integral de salud bucal en Pachacútec, Callao. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 2014;14(1):4. Available from:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2820>

39. Mathu-Muju KR, Friedman JW, Nash DA. Oral health care for children in countries using dental therapists in public, school-based programs, contrasted with that of the united states, using dentists in a private practice model. *Am J Public Health* [Internet]. 2013;103(9):7–13. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2013.301251>
40. Jones J, Snyder J, Gesko D, Helgeson M. Integrated Medical-Dental Delivery Systems: Models in a Changing Environment and Their Implications for Dental Education. *J Dent Educ* [Internet]. 2017;81(9s):e21–9. Available from: <http://www.jdentaled.org/content/81/9/eS21.short>
41. MacNab A, Kasangaki A. “Many voices, one song”: A model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school. *Health Promot Int*. 2012;27(1):63–73.
42. Alfredo G, Junior P. Oral Health Policies in Brazil. *Pediatr Dent* [Internet]. 2010;26(7):16–61. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-83242009000500003&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-83242009000500003&script=sci_arttext)
43. Formicola AJ, Ro M, Marshall S, Derksen D, Powell W, Hartsock L, et al. Strengthening the Oral Health Safety Net: Delivery Models That Improve Access to Oral Health Care for Uninsured and Underserved Populations. *Am J Public Health* [Internet]. 2010;94(5):702–4. Available from: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51089682/Strengthening\\_the\\_oral\\_health\\_safety\\_ne20161228-4485-fmevma.pdf?1482924800=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DStrengthening\\_the\\_Oral\\_Health\\_Safety\\_Net.pdf&Expires=1593916652&Signature=CIB-0KZ](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51089682/Strengthening_the_oral_health_safety_ne20161228-4485-fmevma.pdf?1482924800=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DStrengthening_the_Oral_Health_Safety_Net.pdf&Expires=1593916652&Signature=CIB-0KZ)
44. Denise M. Bowen, RDH M. Interprofessional Collaborative Care by Dental Hygienists to Foster Medical-Dental Integration. *J Dent Hyg* [Internet]. 2016;90(2):75–8. Available from: <https://jdh.adha.org/content/90/4/217.short>
45. Siqueira MBLD, Gomes MC, Oliveira AC, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Predisposing factors for traumatic dental injury in primary teeth and seeking of post-trauma care. *Braz Dent J* [Internet]. 2013;24(6):647–54. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-64402013000600647&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-64402013000600647&script=sci_arttext)

46. Albert DA, McManus JM, Mitchell DA. Models for delivering school-based dental care. *J Sch Health* [Internet]. 2010;75(5):157–61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1746-1561.2005.00016.x>
47. Dolce MC, Aghazadeh-Sanai N, Mohammed S, Fulmer TT. Integrating oral health into the interdisciplinary health sciences curriculum. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2014;58(4):829–43. Available from: [https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532\(14\)00065-2/pdf](https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532(14)00065-2/pdf)
48. Nickel DA, Lima FG, Da Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010;24(2):241–6. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n2/241-246/pt/>
49. Ferreira EB, Queiroz Abreu T, Figueiredo AE de O. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev Pesqui em Saúde* [Internet]. 2011;12(3):37–42. Available from: <http://decs.bvs.br>
50. Bailit H, Beazoglou T, Drozdowski M. Financial feasibility of a model school-based dental program in different states. *Public Health Rep* [Internet]. 2010;123(6):761–7. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/003335490812300612>
51. Rahmati-Najarkolaei F, Rahnama P, Fesharaki MG, Yahaghi H, Yaghoubi M. Determinants of dental health behaviors of Iranian students based on the health belief model (HBM). *Shiraz E Med J* [Internet]. 2016;17(7–8). Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Fatemeh\\_Najarkolaei/publication/306347841\\_Determinants\\_of\\_Dental\\_Health\\_Behaviors\\_of\\_Iranian\\_Students\\_Based\\_on\\_the\\_Health\\_Belief\\_Model\\_HBM/links/57e6139608aed7fe4663366e/Determinants-of-Dental-Health-Behaviors-of-Irani](https://www.researchgate.net/profile/Fatemeh_Najarkolaei/publication/306347841_Determinants_of_Dental_Health_Behaviors_of_Iranian_Students_Based_on_the_Health_Belief_Model_HBM/links/57e6139608aed7fe4663366e/Determinants-of-Dental-Health-Behaviors-of-Irani)
52. Fuentes N J, Corsini M G, Bornhardt T, Ponce V A, Ruiz F Á. Prevalencia de Caries y Nivel de Higiene Oral en Niños de 6 años Atendidos Bajo la Norma GES y el Modelo JUNAEB. *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2014;8(3):385–91. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v8n3/art11.pdf>

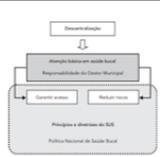
53. Gussy MG, Waters E, Kilpatrick NM. A qualitative study exploring barriers to a model of shared care for pre-school children's oral health. *Br Dent J* [Internet]. 2010;201(3):165–70. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Mark\\_Gussy/publication/223988489\\_A\\_qualitative\\_study\\_exploring\\_barriers\\_to\\_a\\_model\\_of\\_shared\\_care\\_for\\_pre-school\\_children%27s\\_oral\\_health/links/02e7e51f99007b10de000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mark_Gussy/publication/223988489_A_qualitative_study_exploring_barriers_to_a_model_of_shared_care_for_pre-school_children%27s_oral_health/links/02e7e51f99007b10de000000.pdf)

# ANEXOS

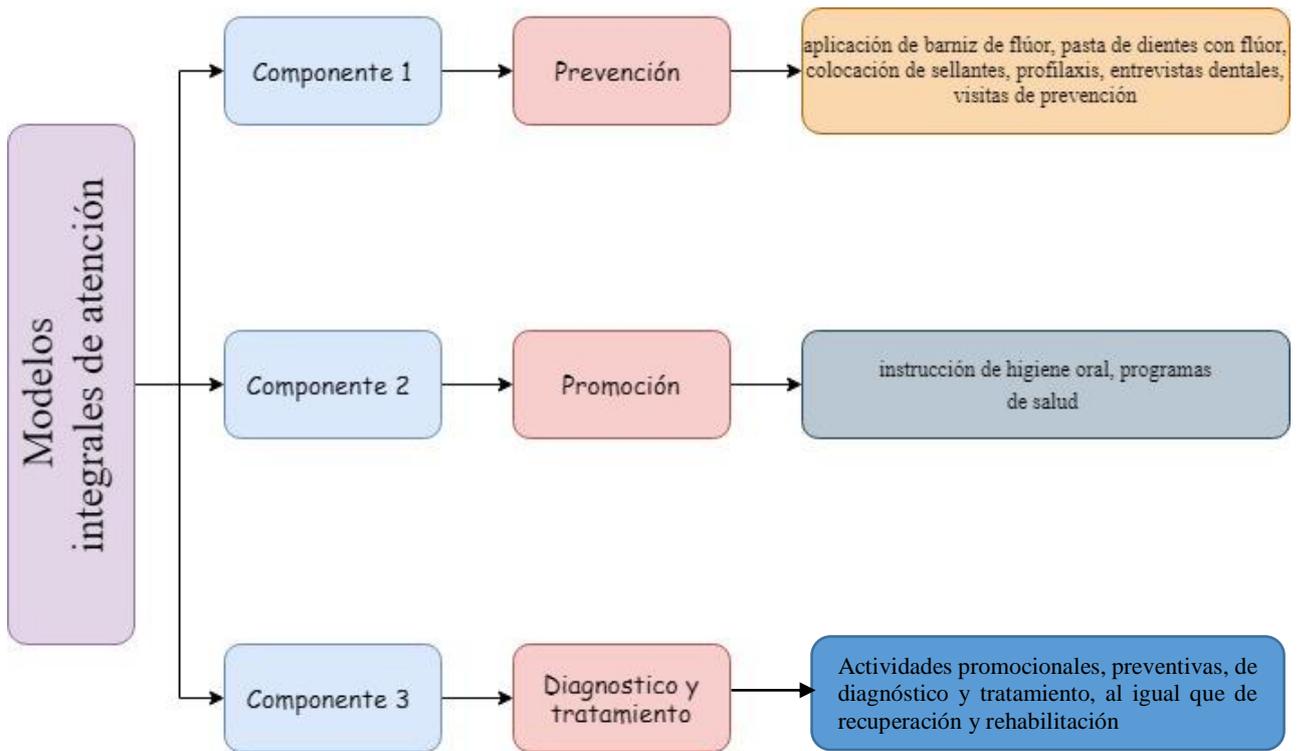
## Anexo 1.- Método

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
N	TITULO ARTICULO	N° CITACIONES	Año de Public.	Vida útil del Artículo en años	ACC	Revista	Factor de impacto SJR	Cuartil	LUGAR DE BUSQUEDA	Area
3	An evaluation model for oral health in primary care	4	2018	1	4.00	Pediatric Dentistry	0.88	Q1	Piefseek	Odontopediatria
4	Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança	5	2016	3	1.67	Cadernos de Saude Publica	0.53	Q2	Scielo	Salud Publica
6	A model for community-based pediatric oral health: Implementation of an infant oral care program	21	2014	5	4.20	International Journal of Dentistry	0.48	Q2	PMC	Salud Publica
9	Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños	52	2010	3	5.78	Revista Estomatológica Herediana	NA	NA	Google Scholar	Odontopediatria
10	Periodontal disease as a Public Health problem: The challenge for Primary Health Care	76	2012	7	10.86	American Journal of Public Health	2.51	Q1	Google Scholar	Salud Publica
11	Assessing a multilevel model of young children's oral health with national survey data	63	2010	9	7.00	Community Dentistry and Oral Epidemiology	1.04	Q2	PMC	Salud Publica
12	COLLABORATION BETWEEN MEDICAL PROVIDERS AND DENTAL HYGIENISTS IN PEDIATRIC	19	2016	3	6.33	Journal of Evidence-Based Dental Practice	0.40	Q3	Elsevier	Odontopediatria
13	Influences on children's oral health: A conceptual model	573	2014	5	114.60	Pediatrics	3.00	Q1	Google Scholar	Salud Publica
14	Integrative and collaborative care models between pediatric oral health and primary care pro	8	2018	1	8.00	Journal of Public Health Dentistry	0.60	Q2	PubMed	Salud Publica
16	Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessme	125	2010	9	13.89	Journal of the California Dental Association	0.16	Q3	PMC	Odontopediatria
21	Teledentistry-Assisted, Affiliated Practice for Dental Hygienists: An Innovative Oral Health M	51	2015	4	12.75	Teledentistry	NA	NA	Google Scholar	Salud Publica
22	Mobile and Portable Dental Services Catering to the Basic Oral Health Needs of the Unders	45	2013	6	7.50	Pediatrics	3.00	Q1	Google Scholar	Salud Publica
23	Integral model of oral health care in Pachacútec, Callao	19	2017	2	9.50	Brazilian oral research	0.58	Q2	Scielo	Salud Publica
24	BABY DENTISTRY: A MODEL FOR PUBLIC HEALTH CARE IN PERU	59	2010	9	6.56	Saudi Dental Journal	0.46	Q2	Elsevier	Salud Publica
26	A Proposed Model for Infant and Child Oral Health Promotion in India	32	2012	7	4.57	American Journal of Public Health	2.51	Q1	Google Scholar	Salud Publica
27	Oral Health Care for Children in Countries Using Dental Therapists in Public, School-Based	37	2013	6	6.17	American Journal of Public Health	2.51	Q1	Google Scholar	Salud Publica
28	The Early Childhood Oral Health Program: promoting prevention and timely intervention of ea	59	2011	8	7.38	Brazilian Oral Research	0.58	Q2	Scielo	Salud Publica
29	Bridging the dental-medical divide: Case studies integrating oral health care and primary he	14	2016	1	14.00	Journal of the American Dental Association	0.74	Q1	Elsevier	Salud Publica
30	Informing a culturally appropriate approach to oral health and dental care for pre-school refu	54	2010	9	6.00	Pediatrics	3.00	Q1	Google Scholar	Salud Publica
31	Extending Oral Health Care Services to Underserved Children through a School-Based Coll	49	2014	5	9.90	Pediatrics	3.00	Q1	Google Scholar	Odontopediatria
32	A paradigm shift in models of oral health care: An example and a call to action	37	2018	1	37.00	Dentistry Journal	1.73	Q1	Google Scholar	Salud Publica
33	The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education	37	2014	5	7.40	Pediatrics	3.00	Q1	Google Scholar	Salud Publica
35	Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: A scoping review	35	2017	2	17.50	BMJ Open	1.32	Q1	PubMed	Salud Publica
37	Integrated Medical-Dental Delivery Systems: Models in a Changing Environment and Their Im	22	2017	2	11.00	Journal of Dental Education	0.42	Q2	Google Scholar	Salud Publica
39	Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal	18	2015	4	4.50	Journal of the American Dental Association	0.74	Q1	Elsevier	Salud Publica
40	The Malmo model: a problem-based learning curriculum in undergraduate dental education	35	2015	4	8.75	Health Services Research	1.86	Q1	PMC	Salud Publica
41	"Many voices, one song": a model for an oral health programme as a first step in establishi	65	2016	3	21.67	Health Affairs	4.38	Q1	Google Scholar	Salud Publica

## Anexo 2.- Metanálisis

C	D	E	F	G	H	I
Título	Modelo de atención	Modelo Gráfico Esquema	Característica	Componentes	Elimina celdas, filas o columnas de la tabla o la hoja.	
1	An evaluation model for oral health in primary care		Los supuestos teóricos del modelo incluyen los principios y directrices del SUS, haciendo hincapié en la responsabilidad del municipio de formular y aplicar políticas sociales y económicas destinadas a la reducción de enfermedades y otros riesgos y el acceso universal e igual a las acciones y servicios, lo que resulta en promoción, protección y recuperación de la salud de población respectiva	El modelo presenta dos componentes: gestión de la salud bucal y provisión de atención primaria de salud bucal. El primero consiste en los subcomponentes Práctica intersectorial, participación comunitaria, recursos humanos e infraestructura. El segundo incluye los subcomponentes Promoción / Prevención y Diagnóstico y Tratamiento a lo largo del ciclo de vida	El modelo demostró ser aplicable y altamente beneficioso para municipios de diferentes tamaños, permitiendo la identificación de áreas en las cuales los administradores municipales necesitan mejorar sus prácticas de salud bucal.	207 municipios participaron en la evaluación
2	Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança		El marco conceptual para la preparación de la matriz de evaluación estuvo integrado por los estudios de evaluación de la atención a los servicios de salud bucal en Brasil y otros países, y la encuesta y la revisión de las políticas públicas actuales relacionadas con la salud infantil en Brasil	revisión de la literatura para los estudios de evaluación de los servicios de salud bucodental en el Brasil y encuesta y revisión de las políticas públicas actuales relacionadas con la salud infantil en el Brasil	El modelo puede aplicarse en municipios con diferentes tamaños de población, y permite identificar los puntos en los que los gestores deben mejorar sus acciones.	Una muestra no probabilística de 18 municipios, dos por macrorregión
3	A model for community-based pediatric oral health: Implementation of an infant oral care program		Este innovador modelo clínico facilita la intervención temprana y el manejo de la enfermedad. Establece un nuevo estándar de atención dental mínimamente invasiva que está ampliamente disponible y centrado en la prevención, con altas tasas de retención debido a las fuertes colaboraciones con las	atención preventiva		niños desatendidos, de bajos ingresos y / o minoritarios de 0 a 5 años del Centro de Salud y Bienestar Simms / Mann de Venice Family Clinic, UCLA Pediatría, Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y los programas Early Head Start y Head Start

### Anexo 3.- Objetivos



Modelo Propuesto	Ejecución del modelo	Éxito	Características
An evaluation model for oral health in primary care	El modelo demostró ser aplicable y altamente beneficioso para municipios de diferentes tamaños, permitiendo la identificación de áreas en las cuales los administradores municipales necesitan mejorar sus prácticas de salud bucal.	Se obtuvo una tasa de respuesta del 70,6%.	Los supuestos teóricos del modelo incluyen los principios y directrices del SUS, haciendo hincapié en la responsabilidad del municipio de formular y aplicar políticas sociales y económicas destinadas a la reducción de enfermedades y otros riesgos y el acceso universal e igual a las acciones y servicios, lo que resulta en promoción, protección y recuperación de la salud de población respectiva
Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança	El modelo puede aplicarse en municipios con diferentes tamaños de población, y permite identificar los puntos en los que los gestores deben mejorar sus acciones.	El resultado de la suma que constituyó el juicio de valor atribuido a los municipios estudiados tuvo en gran medida en el resultado satisfactorio. De los 18 municipios, 8 obtuvieron una suma mayor a 30. Florianópolis fue el único que alcanzó el valor máximo de 36. Solo 4 municipios presentaron un resultado insatisfactorio (menos de 21) y los otros 6 municipios, resultado regular (de 21 a 30). El municipio con el peor resultado fue el Presidente Castelo Branco. Los municipios con una gran población lograron mejores resultados que aquellos con un tamaño pequeño, con	El marco conceptual para la preparación de la matriz de evaluación estuvo integrado por los estudios de evaluación de la atención a los servicios de salud bucal en Brasil y otros países, y la encuesta y la revisión de las políticas públicas actuales relacionadas con la salud infantil en Brasil