



IMPLICANCIAS ODONTOLÓGICAS EN PACIENTES PREMATUROS, 2020.

POR: MACARENA ANDREA HERNAIZ MALFANTI

Tesina presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del
Desarrollo para optar al Postítulo de Especialidad en Odontopediatría

PROFESOR GUÍA:

Prof. PhD Carmen Gloria Narváez

Noviembre 2020

CONCEPCIÓN

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

©Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

AGRADECIMIENTOS

Luego de este fuerte remezón que nos trajo la pandemia, puedo culminar este hermoso postgrado de Odontopediatría con un trabajo de investigación que, si bien no era el plan original, me llena aún más de satisfacción.

Agradezco a mis queridas tutoras por la empatía y la flexibilidad ante la adversidad, a mis compañeros por el apoyo constante en todos los obstáculos que pasamos juntos y por sobre todo a mi familia que, como siempre, ha sido un pilar fundamental para poder llevar a cabo mis sueños.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
Capítulo I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1 Marco Teórico	7
1.2 Descripción del Problema	10
Capítulo II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	11
2.1 Pregunta de Investigación	11
2.2 Objetivo General	11
2.3 Descripción de la Metodología	12
Capítulo III. RESULTADOS	14
Capítulo IV. DISCUSIÓN	22
Capítulo V. CONCLUSIONES	25
Capítulo VI. RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28

ÍNDICE DE TABLAS

		Página
TABLA 1	Condiciones que constituyen factores predisponentes para parto prematuro	9
TABLA 2	Afectación e implicancia odontológica	22

RESUMEN

Introducción: El parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Se trata de la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Dentro de las afecciones de un bebé prematuro, están las patologías respiratorias, neurológicas, alteraciones del desarrollo psicomotor y el riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. En relación a la salud oral, son muchas las consecuencias observadas clínicamente, diversos estudios evidencian un alto riesgo de lesiones estructurales de esmalte, alteraciones en su calidad y diferencias en la cronología de erupción entre otras alteraciones con respecto a niños de término. **Objetivo:** Determinar las implicancias odontológicas que tiene un paciente que nace prematuro para considerarlas en la atención dental según la evidencia encontrada a través de una revisión sistemática de la literatura con análisis narrativo. **Método:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura con análisis narrativo mediante una búsqueda exhaustiva en Scielo, EBSCO y Pubmed y una búsqueda manual, además de indagar en la biblioteca virtual de la Universidad del Desarrollo. Las palabras de búsqueda fueron parto prematuro, odontología, atención dental y alteraciones dentales con el término booleano: AND para determinar así la relación entre las palabras claves. Se excluyeron los artículos que no cumplían con estos requisitos y no hubo límites de fecha. **Resultado:** Se revisaron 46 artículos de los cuales 31 se ajustaron a la búsqueda. Se encontraron distintas afecciones en

relación al parto prematuro que van desde problemas en el desarrollo motor, cognitivo y de comportamiento, hasta problemas anatómicos propiamente tal que involucran un menor tamaño craneofacial, de las arcadas y de las mismas piezas dentarias, las cuales a su vez se ven afectadas estructuralmente aumentando la predisposición a caries. **Discusión:** Dentro de las publicaciones revisadas, se encontró que existen diferentes afecciones según el área de interés de los autores que pueden generarse a partir de un nacimiento prematuro. Las implicancias odontológicas son muchas, sin embargo, es tan amplio el espectro, que deben ser consideradas para la toma de decisiones en el plan de tratamiento. **Conclusión:** Los estudios que fueron investigados en esta revisión demuestran el impacto del parto prematuro en la salud oral, el estado dentoalveolar durante el desarrollo y la función oral y motora de estos niños, por lo que se requiere de un abordaje integral en estos pacientes. Es importante disminuir los riesgos a futuro, controlando periódicamente para derivar de manera oportuna y contribuir a una mejor calidad de vida en estos pacientes realizando desde controles, hasta consejería preventiva y acompañamiento en las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo del niño.

Palabras claves: Parto prematuro, odontología, atención dental y alteraciones dentales.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define parto prematuro como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Se trata de la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia se ha mantenido estable en el mundo alrededor del 10%, se trata de la primera causa de mortalidad en niños menores de cinco años y es la causa del 50% de los problemas neurológicos postnatales. En Chile, los partos prematuros han aumentado en la última década; según el Ministerio de salud, corresponden al 8% de los nacidos vivos en el 2014 (Guía Perinatal, 2015). Desde su inclusión como una patología priorizada en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en 2005, la prematurez y en particular la prevención del parto prematuro, posee garantías de acceso, oportunidad y protección financiera en Chile; accediendo a las garantías GES aproximadamente 19.000 casos anuales en promedio en los últimos 10 años.

Dentro de las afecciones de un prematuro, están las patologías respiratorias, neurológicas, alteraciones del desarrollo psicomotor y el riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (Marlow, Wolke, Bracewell, & Samara, 2008).

En relación a la salud oral, son muchas las consecuencias observadas clínicamente en un paciente prematuro. Múltiples estudios evidencian un alto

riesgo de lesiones estructurales de esmalte, alteraciones en su calidad y diferencias en la cronología de erupción con respecto a niños de término; sin embargo, hay que tener otro tipo de consideraciones especiales basadas en el tipo de alteraciones producidas por la prematurez que deben ser consideradas para entregar una mejor atención a estos pacientes.

Capítulo I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Marco teórico.

La mayoría de los partos prematuros ocurre entre las 34 y 37 semanas de gestación (prematuros tardíos). Alrededor de un 5% ocurre antes de las 28 semanas (prematuros extremos); un 15% entre las 28 y 31 semanas (prematuros severos), y alrededor del 20% entre las 32 y 34 semanas (Donoso & Oyarzún, 2012).

Dentro de los factores de riesgo de parto prematuro o ruptura prematura de membrana (RPM) se identifican factores: medioambientales (atención de la gestante, demográficos, nutricionales), genéticos, obstétricos, maternos y exposición a tóxicos e infecciones (Cançado & López, 2008), además de hipertensión, diabetes, edad materna (menores de 16 años y mayores de 35 años) y consumo de alcohol y drogas (Ruiz, 2013).

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, aunque muchas veces no se identifica la causa (parto idiopático) que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto. Otras de las razones es la rotura prematura de membranas y aquellas interrupciones por indicación médica o iatrogénica por patología materna y/o fetal. También se ha

detectado que hay una influencia genética (Guía clínica Prevención Parto Prematuro, 2010).

A continuación, una serie de condiciones que constituyen factores predisponentes para parto prematuro (Donoso & Oyarzún, 2012).

Factores de riesgo	Condiciones
Stress	Soltera Bajo nivel socioeconómico y/o educacional Ansiedad o depresión Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.) Cirugía abdominal durante el embarazo
Fatiga ocupacional	Trabajo de pie Uso de maquinaria industrial Agotamiento físico
Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Polihidroamnios Malformaciones uterinas o miomas Diethylstilbestrol
Factores cervicales	Historia de aborto del segundo trimestre Historia de cirugía cervical Dilatación o borramiento cervical prematuro
Infección	Enfermedades de transmisión sexual Pielonefritis Infección sistémica Bacteriuria Enfermedad periodontal
Patología placentaria	Placenta previa Abruptio placentae Sangrado vaginal
Misceláneas	Parto prematuro previo Abuso de sustancias y/o tabaquismo Edad materna (< 18 o > 40 años) Raza afroamericana Desnutrición Control prenatal inadecuado Anemia (hemoglobina < 10g/dl) Excesiva contractibilidad uterina
Factores fetales	Malformaciones congénitas Restricción del crecimiento intrauterino

Tabla 1. Condiciones que constituyen factores predisponentes para parto prematuro (Donoso & Oyarzún, 2012).

La valoración de las secuelas de la prematuridad se realiza con programas de seguimiento durante los primeros años de vida, tanto en el servicio público como privado. Esto ayuda a una detección precoz de las secuelas, que involucran especialmente al sistema nervioso central, y en algunas instituciones se brinda apoyo a las familias de estos niños que, con frecuencia, precisan un soporte especial.

La precocidad de la maduración de las funciones motrices y sensoriales, en particular las auditivas, es también un elemento fundamental a considerar (De La Osa Langreo, N.D.). El análisis de las funciones visuales durante los primeros meses de vida, tiene un excelente valor predictivo en cuanto a la integridad de la función cerebral. La maduración de las funciones mentales superiores es, en cambio, más tardía y lenta, y va en paralelo al desarrollo de las áreas asociativas. Por tanto, en el seguimiento del recién nacido prematuro es esencial saber que no es posible realizar predicciones precoces en este terreno, ya que la lesión de las zonas de integración se manifestará progresivamente en edades posteriores como una desorganización cerebral, (De La Osa Langreo, N.D.).

Se considera recién nacido de alto riesgo al que tiene mayor probabilidad de presentar problemas, fundamentalmente sensoriales y del neurodesarrollo, durante su infancia, como consecuencia de sus antecedentes. Las secuelas neurológicas pueden manifestarse en los primeros meses de vida hasta los 6-7 años de edad (Campistol, 2000).

Dada esta realidad, la odontología y en especial a la odontopediatría se enfrenta a la necesidad de trabajar en equipo, programando acciones en este grupo de población, y estar al día en los conocimientos científicos de las particularidades médicas, psicosociales y odontológicas y los riesgos que presentan los niños prematuros, integrándolos a los programas materno- infantiles de salud bucal (Cançado & López, 2008).

1.2 Descripción del Problema

Se sabe que una inmadurez en el desarrollo de un individuo causará efectos en el organismo de éste abarcando un abanico de consecuencias por el nacimiento prematuro. Si bien se conocen muchas de las alteraciones producidas por falta de desarrollo anatómico de ciertas estructuras, existe un escaso conocimiento disponible por la profesión odontológica que vincule al prematuro con ciertas características que hay que considerar a la hora de su atención dental.

Esta investigación se planteó para aportar información relevante basada en la evidencia científica tanto médica como clínica para que el odontopediatra considere a la hora de atender a un paciente que nació prematuramente.

Capítulo II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las implicancias odontológicas a considerar en la atención dental en un paciente que nace prematuramente?

2.2 Objetivo General

El objetivo de esta investigación fue determinar las implicancias odontológicas que tiene un paciente que nace prematuro para transferirlas y considerarlas en el plan de tratamiento y en la toma de decisiones en la atención dental. Se realizó una revisión sistemática de la literatura con análisis narrativo a través de una búsqueda en Scielo, EBSCO y Pubmed de las posibles alteraciones que ocurren en los diferentes sistemas del organismo de un individuo que nace prematuro para poder considerar ciertos aspectos en diferentes momentos de la vida de este paciente y así otorgarles una atención más integral con derivaciones oportunas y con las consideraciones que realmente requieren estos pacientes.

2.3 Descripción de la metodología

CRITERIOS DE SELECCIÓN Y PALABRAS CLAVES

Las palabras claves de búsqueda fueron parto prematuro, odontología, atención dental y alteraciones dentales, en inglés y en castellano; se admitieron aquellos artículos científicos que al menos tuvieran dos palabras claves con el término booleano “AND”. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron los artículos científicos cuyos objetivos y criterios de trabajo se ajustaban al objetivo por su contenido en relación a diversas implicancias odontológicas como consecuencia de un parto prematuro en un individuo. Estas implicancias son las variables estudiadas y van desde problemas de integración sensorial, que influyen en el comportamiento de un paciente en la atención dental, hasta alteraciones craneofaciales que afectan a la cavidad oral propiamente tal ya sea en sus piezas dentarias, en calidad y cantidad, el paladar o la articulación temporomandibular. Se excluyeron aquellos artículos científicos que no tenían al menos dos palabras de búsqueda en su contenido. Los artículos científicos estudiados van desde 1994 hasta el 2017. Se incluyeron guías actualizadas hasta el 2020 del Ministerio de Salud chileno para determinar el abordaje actual que se les da a estos pacientes en nuestro país.

Se realizó una búsqueda sobre Chile y el mundo con la incidencia de partos prematuros, considerando las implicancias médicas y se relacionaron estas con la atención odontológica para pesquisar y derivar a tiempo otorgándoles así una

atención mucho más integral a nuestros pacientes pediátricos. Se analizaron distintos factores como: la etiología, la incidencia, el diagnóstico y el tratamiento utilizado en los diferentes casos. El abordaje odontológico en estos pacientes debe ser más allá de la cavidad oral ya que hasta los cinco años se pueden pesquisar secuelas de un parto prematuro y es nuestra tarea hacer las derivaciones oportunas. Es por esto, que se analizaron diferentes artículos científicos con distintos enfoques en cuanto a las estructuras afectadas producto de un parto prematuro. Si bien se conocen trastornos por alteraciones en el desarrollo de las piezas dentarias, hay muchos más factores que debemos considerar a la hora de atender a un prematuro.

SÍNTESIS DE LA BÚSQUEDA

Se realizó una revisión bibliográfica mediante una búsqueda exhaustiva en Scielo, EBSCO y Pubmed además de buscar en la biblioteca virtual de la Universidad del Desarrollo y búsqueda manual. Las palabras de búsqueda fueron parto prematuro, odontología, atención dental y alteraciones dentales con el siguiente término booleano: AND para determinar así la relación entre las palabras claves. No hubo límites en la cantidad de artículos.

Capítulo III. RESULTADOS

Se revisaron 46 artículos, de los cuales 31 se ajustaron a la búsqueda. Según la bibliografía, hay una serie de parámetros que hay que considerar en estos pacientes. El peso, talla o longitud y perímetro cefálico deben valorarse en cada revisión hasta, al menos, los dos años. La mayoría de los prematuros a los 2-3 años de edad consiguen normalizar sus percentiles de peso y talla, si no, puede ser una indicación temprana de alteración del desarrollo, (De La Osa Langreo, N.D.). Hay que valorar la lactancia materna ya que es el mejor alimento disponible, especialmente los prematuros, siendo deseable mantenerla de forma exclusiva hasta aproximadamente los seis meses de edad corregida (Olivar & Gordillo, 2000).

En cuanto al desarrollo motor, hay que valorar las alteraciones del tono muscular y del patrón de adquisición de las habilidades motoras, que sirven de alarma para identificar a los niños con evolución desfavorable. Hay situaciones transitorias que se consideran variantes normales y que es importante conocerlas. De este modo puede ser normal cierto grado de hipertonía en miembros superiores. Si se resuelve antes de los 18 meses y no se acompaña de otras alteraciones neurológicas se tratará de una “hipertonía transitoria”. Con frecuencia la adquisición de habilidades motoras se ve retrasada en estos

pacientes, no obstante, la gran mayoría lograrán una sedestación estable a los 9 meses y desarrollarán marcha autónoma a los 16 meses de edad corregida.

En cuanto al desarrollo psíquico, alteraciones del comportamiento y del aprendizaje suelen ser detectadas por los psicólogos, la primera evaluación se realiza hacia los 2 años de edad corregida, incorporando en los controles test que valoran lenguaje y función cognitiva, considerándose que se puede medir el cociente de inteligencia a partir de los 5-6 años de edad (De La Osa Langreo, N.D.).

Se ha visto que los niños prematuros presentan con más frecuencia trastornos de comportamiento (inquietud, déficit atencional, etc.) y problemas de aprendizaje (Jadue, 2002). Los niños con alteraciones de la conducta deben remitirse de forma precoz para valoración y ayuda psicológica, esto mejorará su integración social y las dificultades de aprendizaje que en ocasiones provoca. Una vez escolarizados, niños incluso con adecuada capacidad intelectual pueden tener problemas de aprendizaje, debiendo efectuarse una valoración psicopedagógica que permita identificar la causa para que reciban los apoyos educativos adecuados (Aine, 2000).

Es importante considerar que la atención odontológica del paciente con discapacidad, en cualquiera de sus ámbitos, representa generalmente un desafío diferente para el odontopediatra, no por el tratamiento en sí, sino por el manejo conductual de este tipo de paciente, los cuales se presentan por lo

general ansiosos, con dificultad de cooperar, y capacidad de atención limitada. Se fatigan rápidamente, de forma que los tiempos de tratamiento pueden ser limitados (Pineda, Díaz, Zaror, & Jans, 2015).

Otros problemas a vigilar en estos niños, son las infecciones respiratorias, la anemia, la osteopenia, el reflujo gastroesofágico y las hernias inguinales, por ser más frecuentes en ellos. Alteraciones en la visión con la presencia de retinopatía del prematuro, estrabismo y en la audición, donde la hipoacusia es la más frecuente, deben ser detectadas a tiempo y controladas con pruebas en edades posteriores sobre todo en niños con retrasos del lenguaje, dificultades de aprendizaje o ciertos problemas de comportamiento (Viscardi, Romberg, Abrams, & R, 1994).

En cuanto al entorno familiar, el nacimiento de un niño de muy bajo peso puede generar importante estrés y conflictos familiares a largo plazo. Hay que identificar si existe algún problema social o si existen problemas en la dinámica familiar ya que la estabilidad y el apoyo que presta su familia a estos niños es esencial para su buen desarrollo (Melchor, 2014). Se trata en el fondo de un trabajo interdisciplinario donde participan médicos en las distintas especialidades, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, entre otros y somos nosotros como profesionales de la salud, los responsables de participar e incluir a todo profesional que aporte en un mejor desarrollo para el paciente.

Si bien la atención odontológica a los niños prematuros carece de programas específicos, al haber un aumento en la supervivencia de estos pacientes, cada vez será más probable y requerida la atención temprana por parte del odontopediatra.

Las alteraciones orales más frecuentes en estos pacientes implican un menor tamaño craneofacial y de las arcadas y por consiguiente problemas oclusales. También suelen presentar un menor tamaño de las piezas dentarias, tanto en sentido mesio-distal como vestibulo-lingual así como mayor frecuencia de anquilosis (Ruiz, 2013). En estos niños son muy frecuentes las alteraciones estructurales de los dientes y existe, por tanto, una mayor incidencia de caries. Dentro de estas alteraciones, se encuentran con más frecuencia los defectos de esmalte y problemas que incluyen retrasos en la maduración dentaria y cronología de la erupción a pesar de que no existe diferencia significativa en la edad promedio de erupción de incisivos temporales entre prematuros y niños de término si se considera la edad corregida (Morales & Villarreal, 2007). Por otro lado, las alteraciones a nivel del paladar suelen ser fisura palatina, paladar ojival, asimetría y, consecuentemente, alteraciones oclusales del tipo de mordida cruzada (Paulsson, 2004).

Cabe destacar, que la calcificación de los dientes temporales comienza en el cuarto mes de vida intrauterina (14-18 semanas de gestación) y se completa pocos meses después del nacimiento. Según la literatura, los niños prematuros

de bajo peso al nacer presentan una mayor cantidad de patología estructural del esmalte y la dentina. El mecanismo exacto y la etiología de los factores que producen dichos defectos no se conocen por completo, pero existen dos teorías al respecto, la primera atribuye los defectos a alteraciones en el metabolismo del calcio durante los primeros días de vida y a una menor acumulación de calcio y fósforo, debido a que el mayor depósito sucede en el último trimestre del embarazo y la segunda, explica estos defectos como resultado de un trauma local causado en el contorno alveolar superior anterior, por el laringoscopio al realizar la intubación orotraqueal, frecuentemente necesaria en niños prematuros con asfixia perinatal o problemas respiratorios derivados de los tejidos pulmonares subdesarrollados (Gutiérrez, 2017).

Por otro lado, los incisivos superiores empiezan su proceso de mineralización desde el borde incisal hacia la raíz, alrededor de la semana 28 de vida intrauterina y por ubicación serían los más afectados a la hora de realizar las maniobras de intubación, en contraposición a los molares en los cuales el proceso de mineralización se da posteriormente (Gutiérrez, 2017). Dentro de las afecciones en la dentición temporal la hipoplasia del esmalte es el defecto más frecuente en los niños prematuros (López & Beltri, Alteraciones de la estructura en la dentición temporal y en la dentición permanente en 153 niños nacidos en condiciones de prematuridad y/o con bajo peso, 2016). Es importante destacar que hay una fuerte asociación entre la intubación traqueal con los defectos del

esmalte, y que la restricción del crecimiento extrauterino aumenta significativamente el riesgo de defectos del esmalte en niños prematuros (Taraoka, Goulart, Kopelman, & Weiler, 2011).

Si se compara la prevalencia de defectos en el esmalte en niños prematuros y nacidos de términos, estudios realizados en Finlandia muestran que hay una afección del 78% en niños prematuros siendo las piezas más afectadas los cuatro incisivos superiores (Aine, 2000) y por otro lado, en España, se encontró una prevalencia de 59,6% de piezas temporales con hipoplasia en niños con bajo peso al nacer (Velló, 2010).

Además, los neonatos de bajo peso suelen tener carencias de vitaminas A, C y D, así como de minerales calcio y fósforo. El déficit de vitamina A produce alteraciones en la diferenciación de los odontoblastos, que se tornan atróficos, y se forma una dentina más fina e irregular. El déficit de vitamina C perjudica la mineralización de los dientes, ya que esta vitamina regula la concentración calcio-fósforo, por ende, el esmalte será poco calcificado, delgado e hipoplásico (De La Osa Langreo, N.D.). El esmalte es entonces el más afectado ya que presenta una gran concentración de calcio (33-39%) y de fósforo (16-18%), mucho mayor que la de la dentina.

En Suecia, se realizó un estudio donde examinaron la cavidad oral a 45 recién nacidos prematuros extremos y los evaluaron cuando estos tuvieron 3, 6 y 9 años de edad. El resultado mostró que la prevalencia de placa, gingivitis y la cantidad de *Streptococcus mutans* fue mayor en los pacientes prematuros extremos en comparación con un grupo control. En cuanto a la secreción salival, esta fue menor en los prematuros. Si bien en la frecuencia de caries no hubo diferencias significativas, sí hubo más alteraciones en la mineralización de la dentición primaria y alteraciones más graves en la dentición permanente de los sujetos en estudio. Por ende, los prematuros extremos son más vulnerables y tienen más riesgo de padecer problemas orales que los nacidos a término (Rithén, Niklasson, Hakerberg, & Robertson, 2012).

Otra de las afecciones que podemos encontrar a nivel maxilofacial es la disfunción temporomandibular que puede presentarse a edades tempranas con cambios articulares que dificultan la succión y la deglución, que como sabemos, son funciones indispensables para subsistir (Simbrón, Carranza, Giambartolomei, & Gómez de Ferraris, 2006). Para la correcta succión y deglución se requiere de una constitución anatómica y fisiológica adecuada, así como de movimientos musculares coordinados de labios, lengua, faringe y mandíbula, reflejos que demuestran la maduración del sistema estomatognático. La articulación temporomandibular (ATM) es la única articulación móvil de la cara que permite los movimientos mandibulares y, por lo tanto, las funciones de

alimentación (succión-masticación) tan importantes para la vida y el desarrollo normal de todo niño. Hay que destacar que una apropiada lactancia no sólo disminuye la morbilidad perinatal, sino que favorece el desarrollo normal del macizo craneofacial y dentario. Problemas como una luxación condilar pueden afectar este desarrollo y se causan principalmente por un trauma, dentro del cual se reporta el trauma perinatal por empleo de fórceps y manipulaciones inadecuadas por intubación con fines anestésicos o de asistencia respiratoria (Olivar & Gordillo, 2000). Otra de las complicaciones que pueden presentarse a nivel de la ATM son los procesos de anquilosis, secundarios a traumas, cambios degenerativos e infección que conducen a la falta de movilidad articular.

Capítulo IV. DISCUSIÓN

Para resumir las implicancias odontológicas de un paciente que nace prematuramente, se realizó una tabla según el problema o área afectada para considerar cada ítem en la atención dental según su implicancia odontológica y respaldo bibliográfico.

PROBLEMA O AFECTACIÓN	IMPLICANCIA ODONTOLÓGICA	FUENTE
Lactancia materna, dificultad en succión, deglución y respiración	Desarrollo de maxilares, apego, alimentación.	(Olivar & Gordillo, 2000), (Simbrón, Carranza, Giambartolomei, & Gómez de Ferraris, 2006), (Cançado & López, 2008)
Inmadurez neurológica, Retinopatía, Estrabismo, Hipoacusia	Integración sensorial, discapacidad intelectual	(Cançado & López, 2008), (Viscardi, Romberg, Abrams, & R, 1994), (Pineda, Díaz, Zaror, & Jans, 2015)
Desarrollo motor	Hipertonía, habilidades retrasadas, fatiga	(De La Osa Langreo, N.D.), (Cançado & López, 2008), (Pineda, Díaz, Zaror, & Jans, 2015)
Trastornos del aprendizaje y/o comportamiento, inquietud y TDAH	Problemas para recibir indicaciones, concentración, dificultad para cooperar, ansiedad, capacidades de atención limitadas, fatiga. Considerar tiempos de tratamiento.	(Jadue, 2002) (Aine, 2000) (De La Osa Langreo, N.D.) (Viscardi, Romberg, Abrams, & R, 1994), (Pineda, Díaz, Zaror, & Jans, 2015)
Infección respiratoria, Anemia, Reflujo gastroesofágico, Osteopenia	Alteraciones del desarrollo del sistema estomatognático, pH oral, respirador bucal, hiposalivación	(Viscardi, Romberg, Abrams, & R, 1994), (Rithén, Niklasson, Hakerberg, & Robertson, 2012)
Déficit de vitamina A, C, D, calcio y fósforo	Odontoblastos atróficos, alteraciones en la mineralización, defectos de esmalte, problemas en la diferenciación de odontoblastos.	(Gutiérrez, 2017), (De La Osa Langreo, N.D.), (Paulsson, 2004), (Taraoka, Goulart, Kopelman, & Weiler, 2011), (López & Beltri, Alteraciones de la estructura en la dentición temporal y en la dentición permanente en 153 niños nacidos en condiciones de prematuridad y/o con bajo peso,

		2016), (Rithén, Niklasson, Hakerberg, & Robertson, 2012), (Velló, 2010), (López A. , y otros, 2015), (Ortíz, 2014)
Dinámica familiar	Estrés, estabilidad emocional, apoyo familiar influye en el desarrollo	(Melchor, 2014)
Menor tamaño craneofacial, de las arcadas y microdoncia	Problemas oclusales y estéticos. Disminución tamaño cabeza, huesos propios de la nariz y menor tamaño en sentido transversal de arcos maxilares	(Morales & Villarreal, 2007), (Ruiz, 2013), (Ortíz, 2014)
Trauma perinatal por utilización de fórceps o necesidad de intubación	Dificultad para succión y deglución, disfunción temporomandibular, luxación condilar y anquilosis de ATM	(Olivar & Gordillo, 2000), (Simbrón, Carranza, Giambartolomei, & Gómez de Ferraris, 2006), (Cañado & López, 2008), (Ruiz, 2013)
Anquilosis	Consideraciones en dentición temporal y permanente	(Morales & Villarreal, 2007), (Ruiz, 2013)
Defectos en esmalte y dentina	Hipoplasia, hipomineralización de los tejidos dentarios, predisposición a caries, síndrome MIH.	(Morales & Villarreal, 2007), (Gutiérrez, 2017), (Taraoka, Goulart, Kopelman, & Weiler, 2011), (López & Beltri, Alteraciones de la estructura en la dentición temporal y en la dentición permanente en 153 niños nacidos en condiciones de prematuridad y/o con bajo peso, 2016), (Ruiz, 2013), (Rithén, Niklasson, Hakerberg, & Robertson, 2012), (Velló, 2010), (López A. , y otros, 2015) (Cañado & López, 2008), (Ortíz, 2014)
Retraso en la maduración y cronología de erupción	Considerar edad corregida	(Morales & Villarreal, 2007), (Cañado & López, 2008), (Ruiz, 2013), (Ortíz, 2014)
Intubación	Fisura o hendidura palatina, paladar ojival, mordida cruzada, asimetría, los incisivos superiores son los más afectados.	(Paulsson, 2004), (Gutiérrez, 2017), (Aine, 2000), (Cañado & López, 2008), (Ruiz, 2013), (López A. , y otros, 2015), (Ortíz, 2014)

Tabla 2. Afectación e Implicancia odontológica

Dentro de las publicaciones revisadas, se encontró que existen diferentes afecciones según el área de interés de los autores que pueden generarse a partir de un nacimiento prematuro. Se trata de un abanico de posibilidades a la hora de buscar factores en el momento del nacimiento que pueden generar problemas

de manera acumulativa influyendo desde lo emocional como lo es en el apego, dejando secuelas desde el punto de vista de la integración sensorial, hasta defectos propios de las estructuras del macizo cráneo facial llegando como última instancia a ver las piezas dentarias afectadas ya sea por su tamaño o calidad.

Capítulo V. CONCLUSIONES

La identificación de factores de riesgo en la etapa gestacional, perinatal y neonatal ha sido una de las principales preocupaciones en los últimos tiempos, debido a la relación que se establece entre éstos y el desarrollo nervioso, como también sobre el pronóstico a edades futuras (Foulder-Hughes & Cooke, 2003). En esta revisión, se han identificado las afecciones y los riesgos que trae consigo un parto prematuro. Es importante considerar cada una de las áreas mencionadas para saber a qué atenerse cuando nos llega este tipo de pacientes a la consulta odontológica. Su aplicabilidad incluye desde la consideración de los problemas de integración sensorial que pueden tener, como hipersensibilidad bucal, hipoacusia, los medicamentos que se le han administrado por diferentes afecciones como problemas respiratorios, déficit atencional, entre otros, hasta problemas específicos en las piezas dentarias, como hipoplasias, hipocalcificaciones, etc. Lo importante es que el odontopediatra sea capaz de integrar estos conceptos que pertenecen más al área médica que de la cavidad oral propiamente tal para así poder entender ciertas conductas y tomar decisiones o aplicar ciertas estrategias según la afección encontrada. Es importante disminuir los riesgos a futuro, controlando periódicamente para derivar de manera oportuna y contribuir a una mejor calidad de vida en estos pacientes realizando desde controles y consejería preventiva hasta un

acompañamiento efectivo en las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo del niño.

Capítulo VI. RECOMENDACIONES

Hay que considerar al paciente prematuro como un paciente de riesgo y ser responsables con lo que esto implica. Es importante integrar estos conceptos para, por ejemplo, darle un tiempo más de observación a un niño que nació prematuro y que tiene retraso en la erupción de sus dientes ya que sabemos que hay que considerar su edad corregida, revisar su articulación temporomandibular, observar el paladar, buscar alguna microdoncia, entre otros. Lo importante es que no se tratan sólo de lesiones en la cavidad oral sino también influye en la conducta del paciente pediátrico, su capacidad de aprendizaje, como respira, la relación con sus padres y su respuesta frente a estímulos del entorno que hay que considerar para brindarle una mejor atención.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias en formato APA 5ta edición

- Aine, L. e. (2000). Enamel defects in primary and permanent teeth of children born prematurely. *J Oral Pathol Med*, 29, 403-409.
- Cabañas, F., & Pellicer, A. (2008). Lesión cerebral en el niño prematuro. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*, 253-269.
- Campistol, J. &. (s.f.). Recién nacido de alto riesgo neurológico. En F. &. Fernández, *Neurología pediátrica* (Tercera edición ed., págs. 203-206). Editorial médica panamericana.
- Cançado, M., & López, M. (2008). La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de salud. *Arch. Pediatr. Urug.*, 79(2).
- Correia, S., & Da Silveira, J. (2011). Perception Regarding the Oral Health and Premature Birth among Members of Staff of FHS and Pregnant women. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 11(3), 347-355.
- Donoso, B., & Oyarzún, E. (2012). Premature delivery. *Medwave*, 12(8).
doi:10.5867//medwave.2012.08.5477
- Fernandes, Z., Querido, M., Siqueira, M., & Bertoldi, J. (January de 2014). Dental treatment during pregnancy. *Science in Health*, 5(1), 32-34.

Foulder-Hughes, L., & Cooke, R. (2003). Motor, cognitive and behavioural disorders in children born very preterm. *Dev Med Chil Neurol*, 45(2), 97-103.

Guía clínica Prevención Parto Prematuro. (2010). En MINSAL, *Serie guías clínicas Minsal*.

Guía Perinatal. (2015). En MINSAL. Chile: Primera Edición.

Gutiérrez, N. (2017). Defectos del esmalte en dentición temporal en niños prematuros con muy bajo peso al nacer: reporte de tres casos. *Rev Cient Odontol*, 13(1).

Jadue, J. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos Valdivia*, 28, 193-204.

López, A., & Beltri, P. (2016). Alteraciones de la estructura en la dentición temporal y en la dentición permanente en 153 niños nacidos en condiciones de prematuridad y/o con bajo peso. *Odontol pediátr*, 23(2).

López, A., Beltri, P., Martín, R., Adanero, A., Martínez, E., & Planells, P. (2015). Alteraciones de la estructura en la dentición temporal y en la dentición permanente en niños nacidos en condiciones de prematuridad y/o con bajo peso. *Odontol. Pedriátr*, 23(2), 150-158.

- Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, M., & Samara, M. (2008). Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *N Engl J Med*, 352(1), 195-207.
- Martinello, K., Hart, A., Yap, S., Mitra, S., & Robertson, N. (2017). Management and investigation of neonatal encephalopathy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 13.
- Melchor, M. (2014). Consecuencias socio-sanitarias del parto pretérmino. En L. Cabero, *Parto prematuro* (págs. 13-14). Editorial médica panamericana XII.
- MINSAL. (2016). Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2020. 103.
- MINSAL. (2017). Decreto 170: Aprueba garantías explícitas en salud oral del régimen general d garantías en salud. *Bibl Congr Nac Chile*, 1-39.
- Morales, C., & Villarreal, C. (2007). Erupción de incisivos temporales de niños prematuros y de término nacidos en el Hospital Regional de Talca entre los años 2006-2007. *Universidad de Talca, Chile, Escuela de Odontología*.
- Olivar, A., & Gordillo, C. (2000). Relación entre la incapacidad para la búsqueda y succión del seno y la presencia de trauma perinatal. *Rev Fed Méd Odontol Colomb*, 197, 1-4.

- Ortíz, C. (2014). *Características craneofaciales, funcionales y dentales en pacientes pretermino. Revisión de la literatura*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Osa, D. I. (s.f.). *El recién nacido de alto riesgo neurológico*. Obtenido de Aula-Salud: file:///C:/Users/Bernardota/Downloads/Neuro-M2-T7%20EI%20reci%C3%A9n%20nacido%20de%20alto%20riesgo%20neuro%C3%B3gico.pdf
- Paulsson, L. y. (2004). A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist*, 74(2), 269-279.
- Pineda, P., Díaz, J., Zaror, C., & Jans, A. (2015). Tratamiento Odontológico Ambulatorio de Pre-Escolar con Parálisis Cerebral. *Int. J. Odontostomat.*, 9(1).
- Rithén, M., Niklasson, A. H., Hakerberg, M., & Robertson, A. (2012). Risk indicators for poor oral health in adolescents born extremely preterm. *Swedish dental journal*, 36, 115-124.
- Ruiz, A. (2013). *Alteraciones dentales en niños prematuros*. Madrid.
- Simbrón, A., Carranza, M., Giambartolomei, L. M., & Gómez de Ferraris, M. (2006). Diagnóstico precoz de disfunción temporomandibular en niños prematuros. *Arch Argent Pediatr*, 104(4), 358-362.

- Taraoka, L., Goulart, A., Kopelman, B., & Weiler, R. (2011). Enamel defects in the complete primary dentition of children born at term and preterm. *Pediatr Dent*, 33(2), 171-176.
- Velló, M. e. (2010). Prenatal and neonatal risk factors for the development of enamel defects in low birth weight children. *Oral Diseases*, 16, 257-262.
- Viscardi, R., Romberg, E., Abrams, & R. (1994). Delayed primary tooth eruption in premature infants: relationship to neonatal factors. *Pediatric Dentistry*, 16(1), 23-28.