



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

PAUTAS DE EVALUACIÓN

Buco - Dentaria

División de Rectoría Y Regulación Sanitaria
Programa de Salud del Niño - Departamento de Salud Bucal

PARTICIPANTES

Programa de Salud del Niño-Ministerio de Salud

E.U. Cecilia Reyes Acuña

DEPARTAMENTO DE SALUD BUCAL- MINISTERIO DE SALUD

Dra. Olaya Fernández Fredes

Dra. Gisela Jara Bahamontes

Dra. Liliana Soto Quina

REVISIÓN DE TEXTO

Dra. María José Letelier Ruíz

Antecedentes

Las presentes Pautas de Evaluación Bucodentaria, han sido extractadas de la Norma de Actividades Promocionales y Preventivas en la Atención Odontológica Infantil, (Minsal 1998), con el objetivo de facilitar la capacitación y la coordinación que se debe establecer entre el equipo de salud odontológico pediátrico y el equipo de salud pediátrico, que realiza el Control de Salud del Niño.

Es necesario determinar tempranamente los riesgos individuales del niño, en primer término el que puede representar la madre, para adoptar estrategias, durante los cuidados prenatales, incluyendo conductas anticipatorias, modificación de hábitos (higiene bucal y prácticas de alimentación), y establecer cuidados especiales.

Considerando que los pediatras y los otros profesionales responsables de los cuida-

dos de los niños, tienen un contacto más frecuente con las nuevas madres que los odontólogos, es necesario que ellos vigilen los factores de riesgos, que les permita realizar oportunas y efectivas indicaciones y derivaciones cuando se pesquise daño.

La Entrega del Componente de Salud Bucal, es una excelente estrategia para conseguir los objetivos planeados, estableciéndose un continuo, cuyos 2 componentes son los siguientes:

Entrega del Componente de Salud Bucal, en el Control de Salud del Niño, realizado por el Equipo de Salud.

Control Odontológico del Niño Sano de los 2 y 4 años, realizado por el odontólogo de Atención Primaria u odontopediatra.

Componente de Salud Bucal en el Control de Salud del Niño

Antecedentes:

Estudios epidemiológicos realizados entre 1996-1998, demostraron la persistencia de altos índices de caries en la población infantil, con una prevalencia nacional de caries dentales en niños de 6 a 8 años, de 87,79%, con una historia de caries de dientes temporales y definitivos (dentición mixta) promedio de 5.46 dientes afectados. Respecto a anomalías dento-maxilares y de enfermedades gingivales y periodontales en niños, no existe evidencia científica nacional. Sólo existen estudios parciales que permiten estimar que alrededor de un 50% de los niños presentan alguna alteración de su desarrollo dento-maxilar.

La mayoría de estas afecciones se inician precozmente, por causas que son evitables con simples medidas de autocuidado aplicadas desde el primer año de vida, por esta razón la educación para la salud cumple un papel fundamental en la prevención de las enfermedades bucales así como en el mantenimiento de individuos saludables.

La embarazada debe ser informada de los aspectos nutricionales, dieta sana, hábitos de higiene y tratamientos odontológicos que debe recibir. Además debe tener conocimientos acerca de la alimentación del lactante, importancia del amamantamiento y formación de hábitos saludables.

Es de fundamental relevancia promocionar la lactancia materna, primera función de la boca, destacando la importancia que tiene para el crecimiento saludable del niño, no solo por las cualidades nutritivas, inmunológicas y afectivas de la leche materna, sino que también por los estímulos que proporciona el amamantamiento para el crecimiento del sistema estomatognático, estímulos que no son posibles de establecer con ningún otro tipo de alimentación.

La caries dental es una enfermedad infecto contagiosa. El principal agente infeccioso es el *S. Mutans* y puede ser transmitido por intercambio de saliva. Una forma de prevención es evitar la infección o posponerla el mayor tiempo posible. Estudios clínicos demuestran que mientras más tarde un niño es infectado con *S. Mutans*, presentan menos riesgo de tener caries dentales.

La forma de transmisión puede ser directa o indirecta. El contacto directo se produce a través de los besos, a través de la flora oral de la saliva. El contacto indirecto ocurre por la vía de uso de objetos, tales como cepillos de dientes, chupetes, tenedores o cucharas u otros objetos que pueden estar contaminados con flora bacteriana cariogénica. La evidencia de la transmisión de estreptococos mutans, se basa en la aislación de cadenas comunes entre familiares, especialmente entre madre e hijo.

6

La transmisión ocurre sólo un tiempo después de la erupción de los dientes, ya que los *S. Mutans*, se colonizan sólo en superficies no lisas. Se define como “ventana de infectividad”, al período durante el cual el niño es más susceptible de adquirir estos microorganismos. Los rangos van desde los 19 a 31 meses, con una media de 26 meses. El rango de infección depende de varios factores, del grado de infección de los padres, de la frecuencia del contacto con el niño, de la dieta y del estado inmunológico del niño.

La aplicación de estrategias promocionales y preventivas integradas tiene numerosas ventajas para los equipos de salud y para la comunidad, entre las cuales se pueden destacar las siguientes:

1. Responde a las necesidades del personal salud de entregar una respuesta integrada de promoción y cuidados en salud desde el nacimiento, garantizando la evaluación del niño/a y educación de todos los cuidados que se les debe brindar, independiente de si ha sido o no detectado o si constituye o no un motivo de preocupación de los padres.
2. Responden a los requerimientos de la población respecto de la salud del niño, porque mejora el conocimiento respecto del cuidado y la atención del menor en el hogar.
3. Garantizan un efecto importante sobre la salud infantil, ya que contribuyen tanto a la prevención como al diagnóstico precoz y al tratamiento.

4. Ofrecen una relación favorable entre el costo y la efectividad. En la publicación del Banco Mundial, "Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud" (Oxford University Press; 1993), se comparó la relación entre el costo y la efectividad de diferentes estrategias disponibles para mejorar las condiciones de salud de la población, demostrando que la estrategia de abordaje integrado representa mayores perspectivas para lograr un efecto en la salud, con una menor inversión.
5. Permiten ahorrar recursos en recuperación y rehabilitación, por daño evitado a través de las medidas de promoción y prevención aplicadas oportunamente.
6. Mejoran la equidad, poniendo al alcance de todos los niños un estándar mínimo de calidad, reduciendo las desigualdades existentes entre la atención que reciben los niños en los distintos servicios de salud.

Definición.

El Componente de Salud Bucal en el Control de Salud del Niño es la actividad odontológica periódica, programada e incremental que realiza el equipo de salud pediátrico a todo niño que ingresa al Control de Salud del Niño, para evaluar y controlar el normal crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, promover las conductas de autocuidado de la salud bucal, prevenir las enfermedades e indicar, si es necesaria, su derivación al odontólogo general de atención infantil u odontopediatra.

Objetivo General

Evaluar en forma periódica la salud buco-dental en el Control de Salud, con el propósito de prevenir o interceptar la aparición de patologías, sus efectos y complicaciones y mantener a los niños sanos hasta los 6 años, edad de egreso del Programa.

Objetivos Específicos

Lograr que los padres o responsables del niño:

- Valoren la lactancia materna con relación al desarrollo estomatognático.

- Eviten hábitos disfuncionales de succión

- Promuevan el desarrollo dentomaxilar normal

- Incorporen a temprana edad los hábitos de higiene bucal

- Modifiquen patrones de consumo de alimentos azucarados

- Pesquisa precoz de patologías bucales, realizada por el equipo de salud pediátrico y su derivación al odontólogo.

Estrategias

- Evaluación bucodentaria en el Control de Salud del Niño.

- Promoción y fomento de conductas de autocuidado de la salud bucal

- Evaluación precoz de riesgos de enfermedades bucales prevalentes

Derivación al odontólogo en presencia de factores de riesgo o pesquisa de patología bucal

Examen clínico odontológico (Examen de Salud) en períodos claves del desarrollo: 2 y 4 años, realizado por odontólogo.

Aplicación racional de medidas de protección específicas y atención odontológica priorizada según riesgo, realizada por el odontólogo.

Programación

Cobertura: 100% de niños que ingresan al Control de Salud del Niño.

Concentración: Establecida en la actividad Control de Salud del Niño. Contenidos según pauta.

Rendimiento: A determinar según coordinación local

Registro: Carné de Salud Infantil
Ficha diseñada ad hoc.
Hoja diaria de actividades

Evaluación: Semestral, a través de auditoría de ficha de actividades de salud infantil, realizado por el encargado del programa infantil y encargado del programa odontológico

Metodología

1. El niño permanecerá en CONS, con el equipo pediátrico, desde su nacimiento hasta los 5 años 11 meses, derivándose al odontólogo tratante sólo los niños en riesgo o con patología detectada y a los niños que les corresponden sus controles establecidos. (2 y 4 años)
2. El Odontólogo tratante, recibirá a todo niño en riesgo derivado por el equipo pediátrico y realizará 2 Controles Odontológicos a los 2 y 4 años.
3. Con el fin de operacionalizar el Componente de Salud Bucal del Control del Niño Sano, se ha establecido una pauta con objetivos, consideraciones, indicaciones y factores de riesgo para los controles en edades que interesa observar el desarrollo de las estructuras y sus funciones. Evaluar factores de riesgo, pesquisar anomalías y dar recomendaciones específicas de autocuidado en salud bucal.
4. La programación anual de actividades del equipo pediátrico y odontológico, deberá considerar tiempo destinado a la coordinación de esta actividad. A su vez, en el caso específico de la programación odontológica es necesario tener presente un aumento

progresivo de horas/odontólogo tratante, considerando la característica incremental de esta estrategia promocional, especialmente con relación a los controles a realizarse a los 2 y 4 años.

Recurso Humano

Equipo Pediátrico: Médico, Enfermera, Técnico Paramédico, Odontólogo Tratante y Odontólogo Coordinador Local.

Odontólogo coordinador: Participa en determinación y asignación de recursos, planifica, coordina y evalúa actividades de promoción y fomento de la salud bucal en el nivel local. Realiza o coordina capacitación al equipo de salud. Realiza reuniones conjuntas con el equipo de salud pediátrico para unificar criterios de observación, indicaciones, registros, derivaciones y evaluación.

Actividades que realiza el Equipo de Salud Pediátrico

- Promover la salud bucal y educar a los padres en cada control
- Realizar una observación general de la boca, evaluar la erupción dentaria
- Instruir sobre técnicas de higiene bucal
- Dar indicaciones para reducir el consumo de azúcar
- Promover consumo de agua potable sin aditivos y de jugos de frutas naturales sin azúcar
- Indicar uso de flúor según normas
- Dar indicaciones para evitar hábitos disfuncionales de succión
- Dar indicaciones para prevenir traumatismos dento alveolares.
- Derivar precozmente al odontólogo en caso de riesgo calificado de patologías buco dentales
- Derivar a odontólogo para examen clínico en edades predeterminadas 2 y 4 años.
- Registrar las actividades en el carné infantil, en el tarjetón y en la hoja diaria.

Pautas por Edad

0 a 3 Meses

Objetivo:

Observar la cavidad bucal: labios, mucosas, paladar, lengua, frenillo sublingual, presencia de dientes perinatales, con el propósito de pesquisar anomalías que deban ser derivadas al odontólogo e indicar formación de hábitos saludables en salud bucal, desde el nacimiento.

Consideraciones:

La función principal de la boca, en este período, es el amamantamiento. La necesidad de succión es instintiva, refleja e imperiosa en el primer trimestre. Está relacionada con el hambre, la sed y la necesidad de contacto corporal frecuente. Si el niño no se amamanta adecuada y oportunamente, es posible que busque su dedo o algún sustituto para chupar. En este período los dientes se están formando dentro de los maxilares. Los dientes perinatales, no dañan el pecho de la madre si el niño se amamanta adecuadamente.

Indicaciones :

Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Si ha adoptado el hábito de succión digital, intentar sustituirlo por un chupete.

No untarlo con azúcar o miel. Establecer el hábito de retirar el chupete cuando el niño se ha dormido.

Evitar el uso indiscriminado del chupete. Darlo sólo para tranquilizar al niño, si es necesario.

El chupete no debe ser chupado por adultos u otros niños, así como tampoco se debe besar al niño en la boca, para evitar transmisión de flora bacteriana cariogénica desde el adulto al niño.

Si hay alergia, tratarla según normas pediátricas.

Detectar situaciones de riesgo:

- patologías y malformaciones bucales
- síndrome de reflujo gastroesofágico
- frenillo sublingual corto
- falta de lactancia materna, alimentación suplementaria con fórmula azucarada
- hábito de succión digital, uso habitual de chupete.

En situaciones de riesgo, reforzar las indicaciones correspondientes a cada uno de los riesgos pesquizados.

Registrar en tarjeta control de actividades de salud infantil los factores de riesgos pesquizados.

4 a 6 Meses

Objetivo:

Observar signos de madurez bucal: aumento de la salivación, molestias en las encías, signos de erupción dentaria, que permitan indicar recomendaciones pertinentes.

Consideraciones:

En el segundo trimestre disminuye progresivamente la avidez de succión. El niño lleva sus manos frecuentemente a la boca para morder sus dedos, no para chuparlos. Acercándose a los 6 meses, pueden aparecer los primeros dientes temporales. Al término de este período el niño tiene madurez funcional para recibir las primeras papillas con cuchara.

Indicaciones:

Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

Dar al niño objetos diseñados especialmente para que muerda o elementos naturales.

Si usa chupete, retirarlo al dormirse.

Si se alimenta con fórmula láctea, cuidar el consumo de azúcar

Detectar factores de riesgo:

Introducción de fórmula láctea con azúcar.

Succión habitual de chupete o dedo.

Registrar en la ficha y carné los factores de riesgo pesquisados.

7 a 12 Meses

Objetivo:

Realizar una observación de la boca, que permita dar indicaciones según los riesgos observados y realizar las derivaciones en caso necesario. Observar el proceso de erupción dentaria de la zona anterior: secuencia, cronología, calidad del esmalte, simetría de homólogos, observando además frenillo labial superior.

Consideraciones:

Los signos que preceden a la erupción son más evidentes. La necesidad de morder es imperiosa. El niño puede estar más irritable cuando los dientes están por salir. La sensorialidad de la boca se incrementa progresivamente a medida que erupcionan los dientes. La inserción baja del frenillo labial superior dificulta el movimiento labial y la autolimpieza del sector de incisivos.

Indicaciones :

Reforzar el concepto: los dientes de leche son tan importantes como los definitivos y es posible conservarlos sanos.
Dar al niño objetos diseñados especialmente para que muerda o elementos naturales.
Cambiar textura y consistencia de la papilla según la secuencia de la erupción dentaria. En estas edades se cambia pro-

gresivamente desde la papilla licuada hasta la papilla molida con el tenedor.
Cuidar el consumo de azúcar. Promover el consumo de agua potable pura.
Si el niño está en tratamiento con medicamentos azucarados, indicar higiene o beber agua después de la administración de éste.

Se puede iniciar el cepillado, realizado por un adulto.

El cepillo dental debe ser pequeño y suave sin pasta, o varilla con algodón húmedo (cotonito).

Recordar a la madre que debe anotar las fechas de erupción de los dientes en el carné, con el objeto que observe y tome conciencia de la aparición de un nuevo diente.

Prevención de accidentes: caídas; golpes en los dientes con objetos duros; acceso a objetos cortopunzantes o tóxicos; jugar con enchufes; moverse o caminar con objetos en la boca.

Detectar situaciones de riesgo:

De caries:

antecedentes generales (desnutrición severa de la madre en el embarazo)
bajo peso de nacimiento (prematuridad)

hipoxia perinatal, apgar menor de 6 a los 5 minutos
desmineralización de la línea neonatal en incisivos superiores
hábito de beber aguas endulzadas, uso frecuente de medicamentos:

antibióticos, jarabes para la tos y otros.

De succión:

hábito de chupete o dedo.

Registrar en la ficha erupción dentaria, factores de riesgo y derivaciones.

12 a 24 Meses

Objetivos:

Realizar una observación de la cavidad bucal, que permita dar indicaciones, según los riesgos observados. Observar el proceso de erupción de incisivos, primeros molares y caninos: secuencia, cronología y simetría de homólogos. Detectar desmineralización del esmalte (manchas blancas). Buscar signos y síntomas de respiración bucal: distonía labial, labio corto, aletas nasales gruesas, disfunción lingual en reposo, expresión facial distónica, amígdalas hipertróficas. Observar frenillo labial, función labial de cierre, mordida anterior, simetría de línea media, profundidad del paladar y oclusión.

Consideraciones:

La función básica de succión se extingue naturalmente después de la erupción de los dientes anteriores. No existe justificación clínica para el uso de biberón o chupete. Los hábitos de succión pueden producir alteraciones severas del desarrollo máxilo-dentario, de la respiración, expresión facial, lenguaje y postura corporal. La erupción de los primeros molares, indica que el niño puede masticar trozos de alimentos de consistencia más firmes. La erupción de los caninos, estabiliza y centra la posición de la mandíbula.

Indicaciones :

Al 1.1/2 años de edad, el niño no debe tomar biberón nocturno. Si esta alimentación es necesaria por prescripción médica, se debe indicar la higienización de los dientes después de este consumo. La misma indicación se recomienda a los 2 años, respecto a la eliminación del biberón diurno.

Respecto a lactancia materna nocturna después de esta edad, la evidencia científica no es concluyente acerca de la edad que se debe eliminar esta práctica, para evitar daño de caries dentales. Por lo tanto es recomendable evaluar estado nutricional y riesgo o daño bucal, para tomar decisión de indicación de suspensión o establecer un eficiente plan de higienización después del consumo nocturno.

No dar golosinas entre las comidas.

Reforzar necesidad de consumo de alimentos molidos con tenedor con trozos blandos, que le permitan la práctica de la masticación.

Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de jugos y alimentos naturales.

La higiene dentaria debe ser más acuciosa, especialmente en los molares, con movimientos de adelante para atrás.

Indicar uso de cepillo pequeño, suave, sin pasta, efectuado por un adulto.

Indicar a la madre o al adulto responsable que anote las fechas de erupción de molares y caninos en el carné, para que tome conciencia de la aparición de nuevos dientes en boca.

Reforzar el concepto: los dientes de leche son tan importantes como los definitivos

Prevención de accidentes: caída de escalones, golpes en los dientes con objetos duros, acceso a objetos cortopunzantes, enchufes, tóxicos o medicamentos. Es importante que el niño no se mueva o camine con objetos dentro de la boca.

Detectar riesgos:

De caries:

desmineralización de la línea neonatal en incisivos superiores

uso de biberón con fórmula láctea azucarada especialmente nocturno

hábito de beber aguas azucaradas
ingesta frecuente de medicamentos en jarabe

frecuencia de hábitos de higiene y dietarios

frenillo de implantación baja y poca movilidad del labio superior: derivar a evaluación del odontólogo
madre con caries activas.

De maloclusión:

asincronía en la erupción de caninos

asimetría de la línea media

hábito de succión de chupete o dedo

hábito de respiración bucal.

Registrar en la ficha erupción dentaria, factores de riesgo y derivaciones.

A los 2 años, derivar al odontólogo general de atención infantil u odontopediatra, para primer control odontológico del niño sano, en el ambiente de clínica dental.

2 a 3 años

Objetivo:

Realizar una observación de la boca que permita dar las indicaciones necesarias. Observar que la fórmula dentaria temporal esté completa, la calidad de las estructuras dentarias, la mordida y las funciones de respiración, deglución, cierre labial en reposo y en actividad.

Consideraciones:

Entre los 2,5 y 3 años se completa la fórmula dentaria temporal, con la erupción de los segundos molares. El niño está en condiciones de masticar trozos de alimentos más consistentes.

Se han implementado progresivamente las funciones de masticación bilateral; la lengua toma una posición retro- dentaria, participando en la primera fase como órgano deglutorio, es decir se establece una deglución somática o deglución adulta y el lenguaje llega a ser fluido.

Indicaciones:

A los 2 años, efectuar primer examen odontopediátrico en la clínica dental.

Alrededor de los 3 años de edad, si se mantiene el hábito, el niño debe suprimir el uso del chupete de entretención, para evitar posibles alteraciones en las estructuras craneo- faciales.

Evaluar erupción de segundos molares
Evaluar hábitos de higiene, hábitos alimentarios, ingesta de azúcar y uso de flúor sistémico.

Beber líquidos en vaso

Estimular la masticación con alimentos más duros

Dar comida entera cuando erupcionen los segundos molares

Evitar colaciones cariogénicas, golosinas y postres envasados, durante jornadas en Jardines Infantiles y Escuelas.

Acostumbrar al niño a la fruta natural, agua potable sin agregados y en lo posible consumir leche con poca azúcar.

Cepillado asistido, en rutina diaria, hecho por un adulto entrenado.

Usar cepillo pequeño, con filamentos suaves, de puntas redondeadas.

No usar pasta dental porque aún no controla el reflejo de deglución

Cepillar especialmente los molares

Enseñar a hacer enjuagatorios con agua sin agregados y escupir el líquido.

El niño debe tener un cepillo en el jardín infantil y otro en la casa.

4 a 5 años

Objetivo:

Realizar una observación de la boca que permita dar las indicaciones y derivaciones necesarias. Observar dientes: número, forma, color, calidad del esmalte, separación entre incisivos, profundidad de fisuras en los molares y riesgo de caries.

Evaluar hábitos de alimentación, higiene bucal, uso de flúor, funcionalidad de los labios, simetría de la cara y expresión facial.

Consideraciones:

Las funciones de masticación, respiración, deglución y cierre labial anterior están claramente definidas. La fórmula dentaria temporal y la mordida permanecen sin variaciones notorias en este período.

El tamaño de los dientes de leche y la separación que hay entre ellos dan una primera aproximación de la relación dentomaxilar que se espera para la dentición permanente. La profundidad y amplitud del paladar determinan la forma de la arcada dentaria y la distribución de los dientes en ella.

Indicaciones :

Reforzar el hábito de higiene bucal después de las comidas.

Usar cepillo pequeño, suave, con filamentos de puntas redondeadas, puede usar pasta dental infantil con flúor de 400 o 500 ppm.

Si usa pasta dental, debe ser en pequeña cantidad (tamaño de una lenteja).

Enseñar el cepillado en forma práctica, guiando los movimientos, tomando la mano del niño.

Si el niño se cepilla solo, debe ser supervisado por un adulto.

Controlar el consumo de alimentos azucarados.

Evitar la libre y frecuente disposición de golosinas, dulces y bebidas.

Detectar erupción precoz del molar de 6 años.

Detectar movilidad fisiológica por cambio precoz de incisivos inferiores.

Detectar disfunciones de respiración, masticación, deglución y lenguaje.

Detectar alteraciones de desarrollo dento maxilar

Controlar odontológicamente al niño a los 4 años cumplidos. Referir a niños de 4 años que acuden al control sano al odontólogo de atención infantil u odontopediatra.

Criterio para determinar la frecuencia y secuencia de los controles y/o evaluaciones.

En cada establecimiento asistencial, el Odontólogo coordinador se encargará de programar los controles de los 2 y 4 años, en conjunto con el equipo infantil que realiza el Control Sano, considerando a los niños de riesgo como casos especiales.

Criterios de derivación

Riesgo de caries

Desnutrición severa de la madre en el embarazo, caries activa de la madre o cuidadora del niño, prematuridad, bajo peso de nacimiento, hipoxia perinatal, apgar menor de 6 a los 5 minutos, desmineralización de la línea neonatal, escasa o nula lactancia materna, uso de biberón nocturno después del 1,5 año, consumo frecuente de azúcar entre comidas, enfermedades respiratorias a repetición, tratamientos frecuentes con medicamentos en jarabe, higiene bucal inadecuada, personas del entorno familiar con alto índice de caries.

Riesgo de anomalías dento-maxilares

Lesiones traumáticas en el parto, alteración neurológica central, disfunción motora oral en el recién nacido, falta de amamantamiento adecuado, persistencia de hábito de succión disfuncional, alteración de la cronología eruptiva, disfunción deglutoria, disfunción linguo-labial de reposo y cierre, alteración de la cronología eruptiva, enfermedades respiratorias frecuentes, alergias respiratorias, respiración bucal, y predisposición hereditaria.

Tratamiento preventivo y restaurador

En el caso de detectar desmineralización en dientes erupcionados el examinador debe dar lugar a una interconsulta, lo más pronta posible, al odontólogo tratante para dar inicio a un tratamiento preventivo específico de remineralización.

Criterios de indicación

Higiene Bucal, elección del cepillo y uso de pasta dental.

Las indicaciones sobre el cepillado dental deben darse periódicamente a la madre en una demostración práctica en el niño. El cepillado dental en el preescolar debe ser hecho por un adulto entrenado en la técnica. Se inicia cuando aparecen los primeros dientes (incisivos inferiores). Debe ser hecho en forma de estimulación sensorial para el niño. No forzarlo cuando rechaza la actividad. Cuando erupcionan los 4 incisivos superiores, el cepillado debe ser diario y eficiente, con clara intención de limpieza. Considerar un cepillado más cuidadoso si existe un frenillo de implantación baja, porque los niños que tienen esta condición tienen impedimentos para movilizar el labio superior, no obteniéndose la función de auto-limpieza. Cuando erupcionan los molares, el cepillado debe ser aún más eficiente.

Las indicaciones sobre las características del cepillo dental deben ser precisas en cuanto a tamaño, forma y calidad de sus fibras.

La pasta dental sólo se indicará a partir del momento en que el niño controla el reflejo de deglución, alrededor de

los 4 años. La cantidad que se usa es del tamaño de una lenteja. Se debe recomendar las pastas infantiles que tienen de 400 a 500 ppm de flúor, según Norma Ministerial sobre pastas dentales infantiles. (Circular N° 6 del Instituto de Salud Pública año 1993.), porque está comprobado que los menores tragan voluntaria o involuntariamente un porcentaje de pasta dental, que puede significar un riesgo de fluorosis dental. "Norma sobre uso de fluoruros en la Prevención Odontológica." Minsal-1998.

El uso de las pastas dentales y técnicas de higienización deben ser coordinadas con los Jardines Infantiles.

Racionalización en el consumo de azúcar

La racionalización del consumo de azúcar debe hacerse en conjunto con el resto del equipo de salud. Si desde el punto de vista energético o calórico se indica azúcar para el biberón, evitarla en el biberón nocturno.

Racionalizar el consumo de azúcar en las minutas de dietas de pre-escolar y colaciones infantiles. Evitar el consumo frecuente de golosinas y bebidas azucaradas entre las comidas.

Promover el consumo de agua.

Destete e incorporación progresiva de la alimentación complementaria

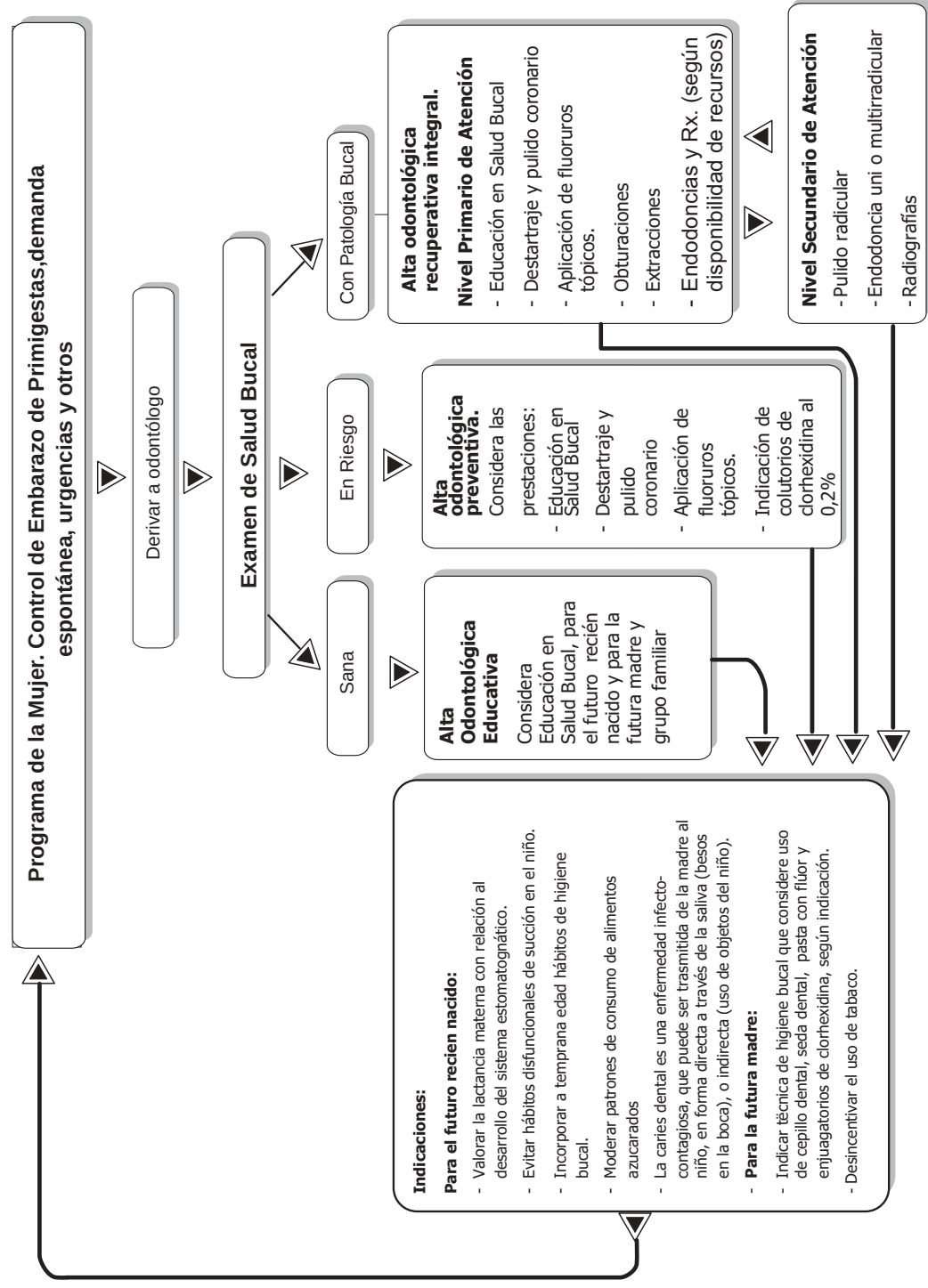
Iniciar el destete cuando el niño manifieste signos de madurez funcional: inicio de la erupción dentaria, cambio de la deglución y del cierre labial anterior.

Incorporar la alimentación complementaria progresivamente de acuerdo a la erupción dentaria: de licuado espeso hasta puré bien molido con tenedor, a medida que erupcionan los incisivos. Trozos blandos cuando erupcionan los primeros molares y más firmes y consistentes cuando erupcionan los segundos molares.

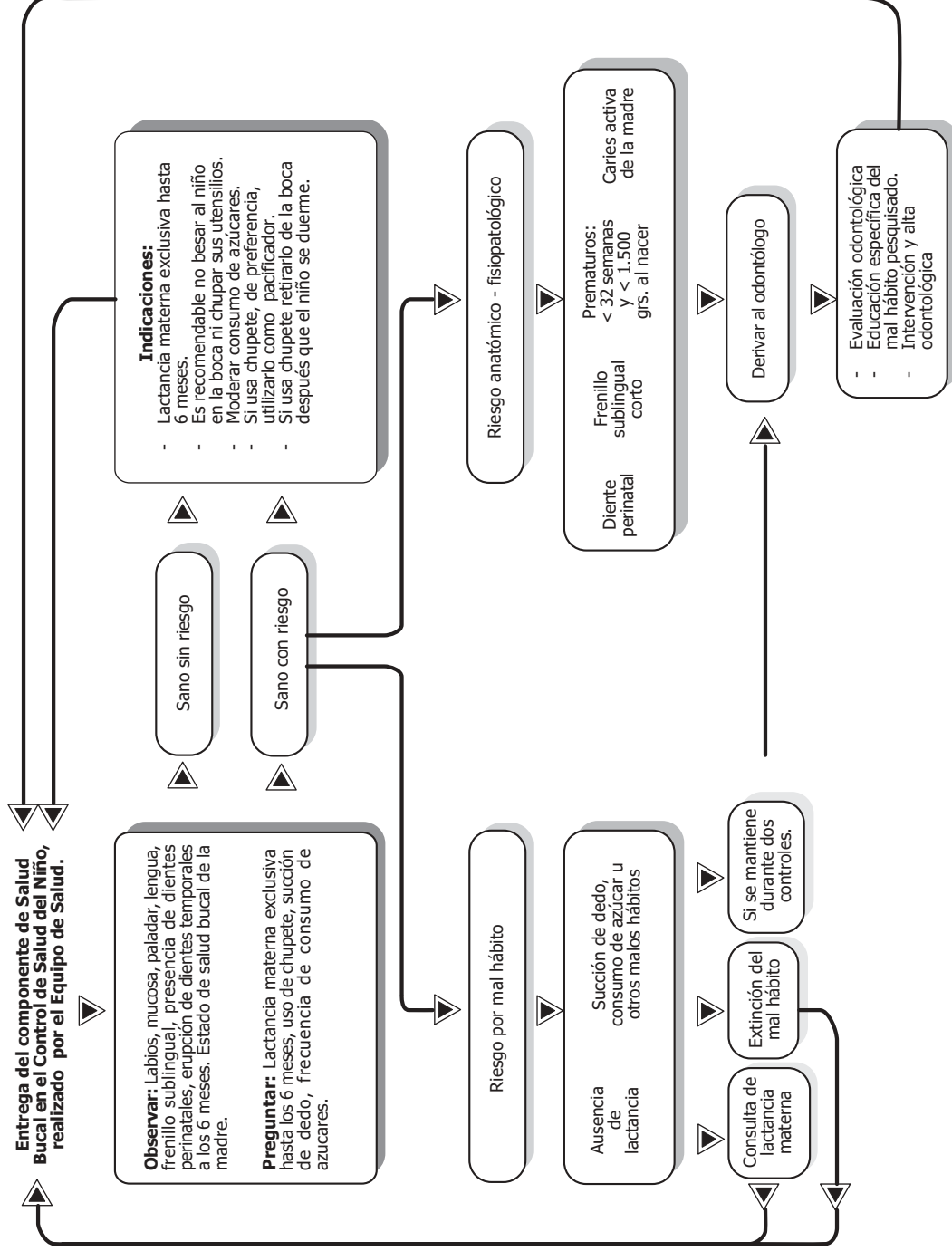
Registro

En la ficha
Hoja Diaria

ALTA ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE LA EMBARAZADA PRIMIGESTAS

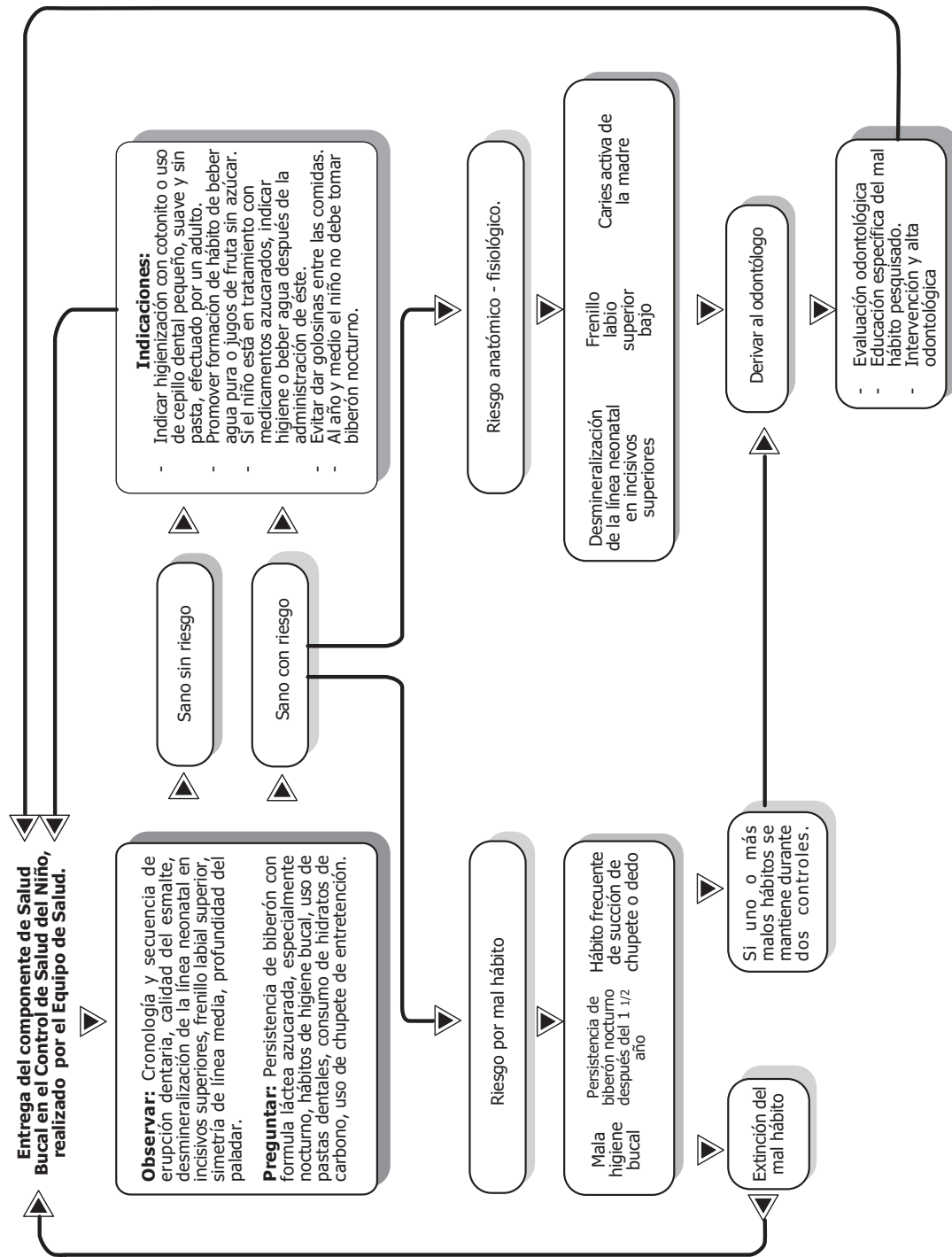


CONTROL DE SALUD DEL NIÑO: Recién nacido hasta 6 meses de edad



SERVICIO DE SALUD		ESTABLECIMIENTO																		
NOMBRE		RUT											FECHA NAC.							
FECHA CONTROLES																				
EDAD		RN 7d	RN 15d	1m	2m	3m	4m	5m	6m	8m	10m	1 año	15m	18m	21m	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años
PROFESIONAL *																				
ALIMENTACION																				
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA																				
SI=0 NO=1																				
Nº MAMADERAS NOCTURNAS NO=0 SI=1																				
Nº MOMENTOS DE AZUCAR ENTRE COMIDAS: MENOR O IGUAL A DOS VECES AL DIA=0. DE 3 A 4 VECES AL DIA=1. MAYOR DE 5 VECES AL DIA=2																				
USO DE MEDICAMENTOS EN JARABES																				
AZUCARADOS. NO=0 SI=1																				
HABITOS																				
HIGIENE O HABITO DE CEPILLADO SI=0 NO=1																				
TECNICA DE CEPILLADO SI=0 NO =1																				
CHUPETE DE ENTRETENCION NO=0 SI=1																				
SUCCION DIGITAL NO=0 SI=1																				
RESP. BUCAL NO=0 SI=1																				
EX. SALUD BUCAL																				
PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS NO=0 SI=1																				
FRENILLO DE INSERCCION CORTO NO=0 SI=1																				
PLACA BACTERIANA NO=0 SI=1																				
Nº DE DIENTES CON CARIES																				
Nº DE DIENTES PERDIDOS POR CARIES																				
Nº DE DIENTES OBTURADOS																				
ANOM. DENTOMAX. N=0 AN =1																				
PUNTAJE TOTAL																				
DERIVACIONES																				
POR RIESGO																				
POR DAÑO																				
POR CONTROL ODONT. 2 AÑOS• 4 AÑOS																				
* M: Médico; E: Enfermera; O: Odontólogo; Ma: Matrona; N: Nutricionista; AE: Auxiliares de Enfermería.																				

CONTROL DE SALUD DEL NIÑO: Desde los 7 hasta 23 meses de edad



INSTRUCTIVO

Ficha Control Odontológico del Niño Sano

Las celdas achuradas corresponden a variables analizadas en edades que no constituyen factores de riesgo en salud Bucodental.

1. Alimentación

Lactancia Materna Exclusiva:

La actividad muscular del amamantamiento es un estímulo indispensable para el crecimiento armónico de las estructuras óseas y para formar patrones funcionales normales en el sistema estomatognático.

Es recomendable la lactancia materna en forma exclusiva hasta los 6 meses. Después de esta edad se debe complementar la alimentación según indicación del equipo de Salud.

El hábito de consumo de alimentos azucarados debe moderarse desde el inicio de la alimentación complementaria.

N ° Mamaderas Nocturnas:

Las mamaderas deberán indicarse con poca azúcar o sin ella.

Al 1 _ de edad, el niño no debe tomar biberón nocturno. Si esta alimentación se mantiene por prescripción del equipo de salud, se debe recomendar la higienización de los dientes después de este consumo. Si se ha eliminado el biberón nocturno o la madre o cuidadora

del niño ha tomado las precauciones señaladas regístrese = 0
A los 2 años se debe indicar eliminar el biberón diurno.

Momentos de Azúcar (en > 6 meses):

Durante el examen se preguntará a la madre o cuidadora el número de veces que el niño consume alimentos o jugos entre las comidas habituales del día.

Registrar = 0 , cuando el niño consume 2 veces o menos alimentos o bebidas azucaradas entre comidas.

Registra = 1 , cuando el niño consume de 3 a 4 veces alimentos o bebidas azucaradas entre comidas.

Registrar = 2 , cuando el niño consume más de 5 veces alimentos o bebidas azucaradas entre las comidas.

2. USO DE MEDICAMENTOS

Tratamiento con Medicamentos en Jarabes Azucarados:

Los medicamentos en jarabe azucarados, se constituyen en una fuente más de consumo de hidratos de carbono, que deben ser controlados ya sea prescribiendo medicamentos sin azúcar o indicando el lavado de los dientes y/o enjuague de la boca , después de su ingesta. Cuando la madre o cuidadora del niño toma las precauciones señaladas regístrese = 0. Si estas medidas no son realizadas marque 1

3. HÁBITOS

3.1 Higiene o Hábito de Cepillado:

La higienización puede iniciarse con la aparición de los incisivos inferiores (cotonito). Con la erupción de los incisivos superiores la higienización o cepillado debe realizarse diariamente , con clara intención de limpieza, realizado por un adulto. Sin embargo, el niño debe formar sus hábitos, recomendándose cuando la motricidad del niño lo permita, que el pase el cepillo por los dientes (esto para formar el hábito) y luego la mamá cepillará los dientes correctamente. Sólo cuando el niño lo haga bien, la mamá puede dejar que lo haga solo. Se sugiere indicar el cepillado en forma independiente, cuando el niño logra escribir correctamente.

Anote:

0: si el niño se cepilla los dientes, supervisado por un adulto.

1: si el niño no se cepilla los dientes o lo hace solo, sin la supervisión de un adulto.

3.2. Técnica de Cepillado:

Se debe controlar la forma correcta del cepillado. Solicite a la mamá demostración de la técnica. Esto es, cepillando los molares e incisivos superiores e inferiores en forma suave,

con movimientos de rotación y limpiando todas las superficies dentarias, durante aproximadamente 3 minutos.

Los menores de 3 años no deben usar pasta dental; aproximadamente a los 4 años se puede incorporar el uso de pastas dentales infantiles, que tienen entre 400 a 500 ppm de flúor; después de los 6 años los niños pueden usar pastas dentales de adulto, es decir con hasta 1.500 ppm de flúor. La cantidad de pasta que se use debe ser del tamaño de una lenteja. De acuerdo a este esquema, anote:

Técnica correcta: 0 puntos

Técnica incorrecta: 1 punto

3.2. Chupete de Entretenimiento:

Si se usa chupete, retirarlo al dormirse. Se debe usar sólo como pacificador hasta alrededor de los 3 años, momento que se debe suprimir su uso para evitar posibles alteraciones en las estructuras craneofaciales. De acuerdo a esto, anote:

No usa chupete de entretenimiento: 0 puntos

Usa chupete de entretenimiento: 1 punto

3.3. Succión Digital y Respirador Bucal:

Si se detecta, se debe derivar al dentista. Anote:

No tiene succión digital= 0

Tiene succión digital= 1

EXAMEN DE SALUD BUCAL

Dientes supernumerarios:

En ocasiones estos dientes, cuando son perinatales, pueden causar problemas a la madre en el momento del amamantamiento o al niño, porque por su falta de desarrollo de la raíz pueden ser eliminados espontáneamente y eventualmente tragados por el niño. La existencia de un diente supernumerario debe ser derivada al odontólogo para su evaluación. Anote:

No existe diente supernumerario=0

Existe diente supernumerario= 1

El frenillo lingual es un pliegue que surge en la línea media, como unión entre la superficie ventral de la lengua y el piso de la cavidad bucal. Algunas veces se observa un frenillo lingual anormalmente corto, que dificulta los movimientos de la lengua e impide que esta se proyecte para afuera de la boca o haga contacto con el paladar duro y con la superficie lingual de los dientes antero-superiores, estando la boca abierta. La deglución y la dicción se perjudican cuando ocurre esa anomalía, lo que necesita de la intervención quirúrgica. La observación de un frenillo lingual corto debe ser derivada al odontólogo para su evaluación. Anote:

No existe frenillo lingual corto= 0

Existe frenillo labial corto=1

Placa Bacteriana:

La placa bacteriana sólo se detecta a través de reveladores. Sin embargo, a simple vista se puede observar presencia de materia alba con aspecto blanquecino, blando y de fácil remoción. Se revisa especialmente en la zona de los molares y cuellos de los dientes.

Anote:

No hay presencia de materia alba, o ésta sólo se observa en el cuello de los dientes = 0

Presencia de materia alba, se observa en el tercio inferior de los dientes = 1

N° de Dientes con Caries:

Anote el N° de caries, recuerde que en este programa sólo participan los niños sanos, por lo que si aparece una caries entre controles, se debe derivar inmediatamente al Dentista.

N° de Dientes Perdidos por Caries:

Anote el N° de piezas perdidas, considere como perdidas sólo aquellas que tengan indicación de extracción por caries.

N° de Dientes Obturados:

Anote el N° de obturaciones, no importa el tipo de material de obturación.

Anomalías Dento-Maxilares:

Alteración de la relación entre el crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales y la ubicación de los dientes en boca. Sus causas son variadas, tales como lesiones traumáticas en el parto, falta o insuficiente lactancia materna, persistencia de hábito de succión disfuncional, alteración de la cronología eruptiva, disfunción deglutoria, disfunción linguo-labial de reposo y cierre, enfermedades respiratorias frecuentes, respiración bucal y predisposición hereditaria.

Anote:

0) Normal; 1) Anormal. Derivar inmediatamente al Dentista.

Puntaje Total:

Sume toda la columna y registre el resultado. Este total debe disminuir entre controles, si esto no ocurre, derivar al odontólogo.

Derivación a Tratamiento Odontológico

Registre con una cruz en la edad correspondiente que se realiza la derivación, según referencia al odontólogo por control, por riesgo, o por daño

Por control:

A los 2 años de edad, derivar al odontólogo general u odontopediatra para 1er. Control odontológico del niño , en el ambiente de clínica dental.

A los 4 años de edad, derivar al odontólogo general u odontopediatra para 2do. Control odontológico del niño , en el ambiente de clínica dental.

Por riesgo:

Menores de 6 meses: Puntaje riesgo 3 o más puntos, mantenidos durante 3 controles. En caso de niños prematuros, el puntaje de riesgo disminuye a 2, mantenidos durante 3 controles.

Mayores de 6 meses: Puntaje riesgo 6 o más, mantenidos durante 3 controles. En caso de niños prematuros, el puntaje de riesgo disminuye a 4 , mantenidos durante 3 controles.

Por daño:

En el caso de detectar desmineralización y/o cavitación en dientes erupcionados o pesquisa de anomalías dento-maxilares, realizar interconsulta al odontólogo tratante.

Se debe derivar además niños con dientes supernumerarios o con frenillo de inserción lingual o bucal corto.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD