



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Guía Clínica

Salud Oral Integral en Niños de 6 años



*Chile está
mejor*
REFORMA DE LA SALUD

2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Salud Oral Integral en Niños de 6 años*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N°170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

ISBN

1. GRUPO DE TRABAJO

AUTORES

- **Dra. Myriam Allende S.** Cirujano-Dentista, especialista en Salud Pública Odontológica, Asesora Depto. Modelo de Atención, Subsecretaría de Redes Asistenciales Minsal.
- **Dr. José Hassi T.** Cirujano-Dentista, especialista en Odontopediatría y Ortodoncia, Docente Fac. Odontología U. de Chile, Presidente de la Sociedad de Odontopediatría de Chile.
- **Dra. María José Letelier R.** Cirujano-Dentista, Diplomada en Gestión y Administración de Organizaciones de la Salud, Asesora del Departamento de Salud Bucal, Subsecretaría Salud Pública, Ministerio de Salud.
- **Dr. Juan Eduardo Onetto C.** Cirujano-Dentista, especialista en Odontopediatría, Docente Fac. Odontología U. de Valparaíso, Miembro de la Sociedad de Odontopediatría .
- **Dra. Liliana Soto Q.** Cirujano-Dentista, Magíster en Salud Pública, Asesora del Departamento de Salud Bucal, Subsecretaría de Salud Pública del Minsal, Docente Fac. Odontología Universidad Mayor.
- **Dra. Gloria Ramírez,** *Jefe Depto. Enfermedades Crónicas, Ministerio de Salud
M.Sc. International Health Management & Development
U. Birmingham UK
Certificate Health Technology Assessment
Certificate Evidence Based Health Care University of Oxford, U. Kingdom*

REVISORES

- **Dra. Obdulia Alvarado T.** Cirujano-Dentista, Asesora Odontológica de la Unidad de Programas y prioridades del Departamento de Salud Pública de la Seremi V región.
- **Dra. Ximena Arcos R.** Odontopediatra. Jefa Servicio Dental de Centro Odontológico La Reina.
- **Dra. Erica Ballas T.** Cirujano-Dentista, Diplomada en Educación y Promoción para la Salud, y Diplomada en Evaluación y Diseño de Proyectos, Gestor Red Funcional Odontológica Servicio de Salud Sur-Oriente, Docente CEPESA.
- **Dra. Irma Berrios S.** Odontopediatra, Directora del Consultorio Santa Anselma, La Cisterna.
- **Dr. Miguel Bravo E.** Odontopediatra, Presidente de RRHH del Colegio de Cirujanos-Dentistas A.G. y Presidente de CONACEO.
- **Dra. Marcela Bustos M.** Odontopediatra, Consultorio Rosita Renard, Ñuñoa.
- **Dr. Rodrigo Cabello I.** Cirujano-Dentista, Magister en Cariología, Asesor Salud Bucal Depto de Salud Publica, Seremi Región Metropolitana.
- **Dra. Eugenia Concha T.** Cirujano-Dentista, Consultorio Carol Urzúa, San Bernardo.
- **Dr. Camilo Corral G.** Cirujano-Dentista, Jefe Sub Departamento Médico de la Superintendencia de Salud.
- **Dra. Sonia Echeverría L.** Odontopediatra. Docente Fac. de Odontología U. de Chile, Miembro de la Sociedad de Odontopediatría.
- **Dr. Fernando Escobar M.** Cirujano-Dentista, Master of Science in Pediatric Dentistry, University of Michigan, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción. Miembro Sociedad Odontológica de Concepción.
- **Dra. Olaya Fernández F.** Cirujano-Dentista, Magíster en Salud Pública, Diplomada en Gestión Pública, Jefa Departamento de Salud Bucal, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- **Dra. Maritza Fernández V.** Odontopediatra, Jefa de Centro de Salud Escolar Cerro Navia dependiente de la Clínica Alemana.
- **Dra. Marie Therese Flores B** Odontopediatra, Docente Fac. de Odontología U. Valparaíso, Presidente de IADT. Miembro de la Sociedad de Odontopediatría.

- **Dra. Carolina Galindo Z.** Cirujano-Dentista, Directora Consultorio Sol de Septiembre, Docente Fac. de Ciencias Salud U. Talca, Miembro de la Sociedad de Odontopediatría VII Región.
- **Dra. Patricia González S.** Cirujano-Dentista, Especialista Odontopediatría, Encargada del Departamento de Planificación y Gestión del Servicio de Salud Sur Oriente, Miembro de la Sociedad de Odontopediatría.
- **Dr. Marcio Isamitt D.** Cirujano-Dentista, Especialista en Radiología, Consultorio N°5 Servicio de Salud Metropolitano Central, Presidente Comisión Gremial Colegio Cirujano Dentistas A.G., Miembro de la Sociedad de Radiología Dental.
- **Dra. Gisela Jara B.** Cirujano-Dentista, Especialista Salud Pública Odontológica, Asesora del Departamento de Salud Bucal, Subsecretaría de Salud Pública del Minsal, Docente Fac. de Odontología U. Mayor.
- **Dra. Alejandra Lipari V.** Odontopediatra, Docente Fac. de Odontología U. de Chile, Vicepresidenta Sociedad de Odontopediatría de Chile.
- **Dr. Pablo Lira M.** Odontopediatra, Magíster Salud Pública, Centro de Salud de Quillota, Docente Fac. de Odontología U. de Valparaíso, Miembro de la Sociedad de Odontopediatría.
- **Dra. Margarita Moya L.** Odontopediatra, Jefe Servicio Odontológico CDT Sótero del Río, Miembro de la Sociedad de Odontología.
- **Dra. Alejandra Muñoz S.** Odontopediatra, Consultorio Rosita Renard. Miembro de la Sociedad de Odontopediatría.
- **Dr. Milton Ramos M.** Cirujano-Dentista, especialista en Radiología Dental, Segundo Vicepresidente del Colegio de Cirujanos-Dentistas de Chile A.G.
- **Dr. Gonzalo Rodríguez R.** Cirujano-Dentista, Magíster en Cariología, Coordinador Técnico Odontológico Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Metropolitano Central.
- **Dra. Sandra Rojas F.** Odontopediatra, Docente Fac. de Odontología U. de Chile, Miembro del Directorio Sociedad de Odontopediatría de Chile.
- **Dr. Rolando Schulz V.** Especialista en Ortodoncia, Presidente Colegio de Cirujanos-Dentistas A.G.
- **Dra. Rosita Tapia C.** Cirujano-Dentista, Magíster Salud Pública, Miembro Gabinete del Ministro de Salud.
- **Dr. Enrique Toledo C.** Especialista en Endodoncia, Coordinador Nacional Programa Salud Oral JUNAEB.
- **Dra. Isabel Vásquez V.** Odontopediatra, Directora Módulo Atención Odontológica Simón Bolívar, Viña del Mar.
- **Dra. Cecilia Venegas C.** Cirujano-Dentista, Diplomada en Gestión y Administración de Establecimientos de Salud, Asesora Departamento de Salud Bucal, Subsecretaría de Salud Pública.
- **Dra. Adriana Weber G.** Odontopediatra, Hospital Naval de Valparaíso, Miembro de la Sociedad de Odontopediatría V Región.
- **Dra. Gisela Zillmann G.** Esp. Odontopediatra y Salud Pública Odontológica, Docente de la Fac. de Odontología de la U. de Chile, Secretaria Sociedad de Odontopediatría de Chile.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Caries dental	La caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa que afecta el tejido calcificado del diente y se caracteriza por desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la porción orgánica del diente. La lesión cariosa es una manifestación del estado del proceso en un punto del tiempo. La progresión de la caries ocurre cuando se produce el desbalance entre la desmineralización y la remineralización, con la consiguiente pérdida de minerales.
Caries aguda o activa	Se presenta especialmente en niños y adultos jóvenes, siguiendo un curso rápido no permitiendo la formación de dentina esclerótica ni tampoco dentina reaccional, afectando en poco tiempo la pulpa. A la exploración en las zonas necróticas, el tejido está blando y se puede retirar por capas con cuchareta para caries. Generalmente la dentina se tiñe de color amarillo, a diferencia de la dentina cariada en otros tipos, que es de color pardo.
Caries crónica o detenida	Aquella en que queda su avance estacionario o suspendido. La mayoría de las veces se presenta en la cara oclusal y se caracteriza por presentar una gran abertura en la cual no hay acumulo de alimentos y se produce una buena limpieza, ocasionándose una abrasión de parte de la superficie dentaria cariada, para dejar una superficie dura y más o menos lisa pero teñida de color café o negruzca. Lógicamente el diente presentará dentinas esclerótica y reaccional, al observarlas al microscopio.
Caries Recurrente o Secundaria	Aquella que se presenta generalmente en el borde de una restauración, debido muchas veces a su extensión incompleta o inadecuada.
Inactivación de Caries	Método utilizado para el control de la infección de la cavidad bucal cuyo objetivo es disminuir la carga bacteriana y evitar una respuesta pulpar. La técnica consiste en eliminar dentina necrótica de las paredes cavitarias en forma manual con cuchareta para caries, limpiar el fondo y dejar una obturación con cemento provisorio de eugenato de zinc mejorado o de ionómero hasta la rehabilitación de las piezas afectadas. En piezas temporales, se debe tener especial cuidado con la profundidad hacia la pulpa ya que su indicación inadecuada puede acelerar un proceso o enmascarar un proceso pulpar.
Técnica de restauración preventiva de resina	Consiste en el fresado únicamente de las áreas afectadas por caries cavitadas, cuya obturación se hace mediante una combinación de composite para obturar la cavidad y un sellante en fisuras sanas adyacentes.
Técnicas Incrementales	Remoción juiciosa de caries dentales para evitar la exposición pulpar, en ausencia de signos y síntomas de pulpitis. Consiste en la remoción de caries en 2 etapas separadas aproximadamente entre 6 a 12 meses. En la 1era etapa se accede a la caries dental y dejando la periferia de la cavidad completamente libre de caries, se lava la dentina suavemente, aplicando un recubrimiento de hidróxido de calcio y restaurando con vidrio ionómero, por 6 a 12 meses. Se controla cada 2 meses. Se repite el procedimiento hasta que el diente se presente asintomático y clínicamente se aprecie dentina reparativa, momento en que se obtura definitivamente.

3. INDICE

1.	Grupo de Trabajo	3
2.	Glosario de Términos	5
3.	Índice	6
4.	Presentación	7
5.	Extracto Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud	8
6.	Antecedentes	9
7.	Magnitud del problema	9
8.	Objetivo de la Guía Clínica	10
9.	Modelo de Atención	10
10.	Criterios de Inclusión población objetivo	10
	Algoritmo 1: Evaluación de la Salud Oral Integral para niños de 6 años	11
11.	Recomendaciones según nivel de Evidencia	12
12.	Intervenciones recomendadas para Manejo Diagnóstico y Tratamiento	14
	12.1 Manejo de ansiedad	14
	12.2 Examen de salud	15
	12.3 Diagnóstico	16
	12.4 Componente educativo	22
	12.5 Profilaxis e higienización	23
	12.6 Aplicación de sellantes	24
	12.7 Indicación y Aplicación de fluoruros tópicos	27
	12.8 Manejo de caries cavitadas en dientes definitivos	28
	12.9 Manejo de caries en dientes temporales	30
	12.10 Terapias pulpares en dientes definitivos	31
	12.11 Terapias pulpares en dientes temporales	31
	12.12 Exodoncias	34
	12.13 Recuperación del daño por enfermedad gingival	34
	12.14 Fracturas dentarias y/o alveolares en la dentición temporal	34
	12.15 Exámenes de apoyo (Rx)	36
	12.16 Referencia y contrarreferencia	37
	Algoritmo 2: Criterios de Aplicación de Sellantes	26
	Criterios de alta	38
13.	Intervenciones recomendadas para Seguimiento	38

TABLAS

Tabla N°1 Factores de Riesgos de Caries Dental	19
Tabla N°2 Criterios de Aplicación de Sellantes u Obturaciones	25
Tabla N°3 Esquema de recuperación de caries dentales en dientes temporales	31
Tabla N°4 Pauta de indicación de pulpotomía	32
Tabla N°5 Indicaciones de tratamiento de endodoncia en dientes temporales	33
Tabla N°6 Diagnóstico y tratamiento de las fracturas dentarias y/o alveolares en la dentición temporal	35
Tabla N°7 Plan de seguimiento del trauma dentario agudo-dentición temporal	36

FIGURA	Figura1: Escala Facial del Dolor	15
---------------	----------------------------------	----

ANEXOS		41
---------------	--	----

Anexo 1: Distribución del COPD y ceod por región.	42
Anexo 2: Índice de Greene y Vermellon	43
Anexo 3: Ficha clínica	45

BIBLIOGRAFÍA

5. EXTRACTO DECRETO LEY GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS

Definición: La Salud Oral Integral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, para mantener una buena salud bucal. A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Caries limitada al esmalte. (caries incipiente)
- ✓ Caries de la dentina
- ✓ Caries dentaria detenida
- ✓ Otras caries dentales
- ✓ Película pigmentada
- ✓ Otros depósitos blandos densos: materia alba
- ✓ Cálculo dentario Supragingival
- ✓ Placa bacteriana
- ✓ Otros depósitos especificados sobre los dientes
- ✓ Depósitos sobre los dientes, sin especificar
- ✓ Pulpitis inicial (hiperemia)
- ✓ Pulpitis Aguda
- ✓ Pulpitis Supurativa: Absceso pulpar
- ✓ Pulpitis Crónica
- ✓ Pulpitis Crónica, ulcerosa
- ✓ Pulpitis Crónica, hiperplásica (pólipo pulpar).
- ✓ Otras pulpitis, sin especificar
- ✓ Necrosis de la pulpa. (gangrena de la pulpa)
- ✓ Dentina secundaria o irregular
- ✓ Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
- ✓ Periodontitis apical crónica, granuloma apical
- ✓ Absceso periapical con fístula.
- ✓ Absceso periapical sin fístula
- ✓ Gingivitis marginal simple
- ✓ Gingivitis hiperplásica
- ✓ Pericoronaritis aguda
- ✓ Conscrecencia de los dientes
- ✓ Hipoplasia del esmalte

a. Acceso:

Beneficiario de 6 años. El acceso al primer control debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionados los 4 molares definitivos.

b. Oportunidad

□ Tratamiento

Inicio dentro de 120 días desde solicitud.

6. ANTECEDENTES

El abordaje de la situación de Salud Bucal de la población requiere aplicar enfoques de Salud Pública: basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados sobre grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial.

Por estas razones, y luego de que en 1997 se estableciera la Salud Bucal como una prioridad país, el año 2000 se definió priorizar la atención odontológica de los menores de 20 años con el fin de lograr los Objetivos Sanitarios propuestos para la década, utilizando en esta ocasión los Compromisos de Gestión y Metas Sanitarias para direccionar la atención en los consultorios. Posteriormente en el año 2003 se realiza una modificación de los registros para posibilitar el análisis estadístico de grupos priorizados, entre ellos el niño de 6 años, y de ese modo planificar e implementar estrategias costo-efectivas basadas en datos reales de la población consultante.

Gracias a las estrategias antes mencionadas durante el año 2004 se logró recuperar la salud oral del 70% de los niños beneficiarios del S.N.S.S., esto debido también a la unión estratégica del sector Salud con la Junaeb, quien a través de convenios con las municipalidades y módulos de atención coopera localmente a recuperar y mantener la salud oral de los niños de 6 años,

El presente documento fue elaborado por una Comisión multidisciplinaria, integrada por representantes de sociedades científicas, profesionales del SNSS tanto del nivel primario como secundario, representantes de las Universidades, representantes de la JUNAEB e integrantes del Departamento de Salud Bucal perteneciente a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud (MINSAL).

7. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Los últimos estudios epidemiológicos nacionales (1996-1999), mostraron la persistencia de altos índices de caries en la población infantil, con una prevalencia nacional de caries dentales en niños(a) de 6 a 8 años de 84,67%, con una historia de caries de dientes temporales y definitivos (dentición mixta) promedio de 5.46 dientes afectados, nuestra población de 6 a 8 años presenta un índice promedio país COPD de 0,93 y un promedio país ceod de 4,32. {Urbina T , Caro JP, et al. 2001 /id}.

Sin embargo, el análisis epidemiológico muestra que existen diferencias de prevalencia y severidad de caries dentales entre las regiones del Norte y Sur del país: desde un 73,1% de niños(a) de 6 a 8 años con caries en la V Región hasta un 96,5% en la IX Región. Respecto a severidad de caries dentales el ceod presenta una dispersión desde 2,24 dientes temporales afectados en la V Región hasta 7,6 en la IX Región y el índice COPD presenta un rango de 0,42 en la V Región a 1,47 en la X Región (distribución por región en el anexo 2)(3)

Según los grados de severidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el índice COPD y ceo se considera moderado entre 2.7 a 4.4 , mientras que entre 4.5 a 6.5 se considera alto. En nuestro país se espera al 2010 lograr un nivel inferior a 2 (bajo) que es considerado como óptimo en la actualidad.

En cuanto a las alteraciones de crecimiento dento-maxilar y de enfermedades gingivales y periodontales en niños, no existe evidencia científica nacional. Existen estudios parciales que permiten estimar que alrededor de un 70% de los niños de 2 hasta 14 años presenta alguna alteración de su desarrollo dento-maxilar

Según el Departamento de Estadísticas e Información Sanitaria (DEIS), del Ministerio de Salud, en el año 2004, se realizó un total de 149.881 altas odontológicas en niños (a) de 6 años en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) del país, de las cuales un 11% fueron altas educativas, que corresponden a niños(a) sanos, un 18% fueron preventivas, que se otorgan a

niños(a) en riesgo y un 71% fueron altas integrales o recuperativas, que representan a niños con enfermedades bucales.(4)

8. OBJETIVO DE LA GUÍA CLÍNICA

Las siguientes recomendaciones están dirigidas a odontólogos generales, odontopediatras, y personal profesional y paramédico del equipo odontológico cuya misión es mantener y recuperar la salud bucal del niño(a) de 6 años, a través de un examen de salud que considera educación en medidas de autocuidado y diagnóstico del estado de salud bucal, que conducirá a un tratamiento odontológico y posterior alta integral por odontólogo general, según necesidades individuales.

9. MODELO DE ATENCIÓN

La atención del niño de 6 años considera intervenir precozmente con medidas preventivas de autocuidado (técnica de higiene bucal, dieta), prevención específica de caries (profilaxis, sellantes, fluor tópico), tratamiento de caries (obturaciones, terapias pulpares, exodoncias, tratamiento de traumatismo dentoalveolar), y seguimiento; todas estas intervenciones serán otorgadas en el primer nivel de atención sanitaria.

10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSION POBLACIÓN OBJETIVO

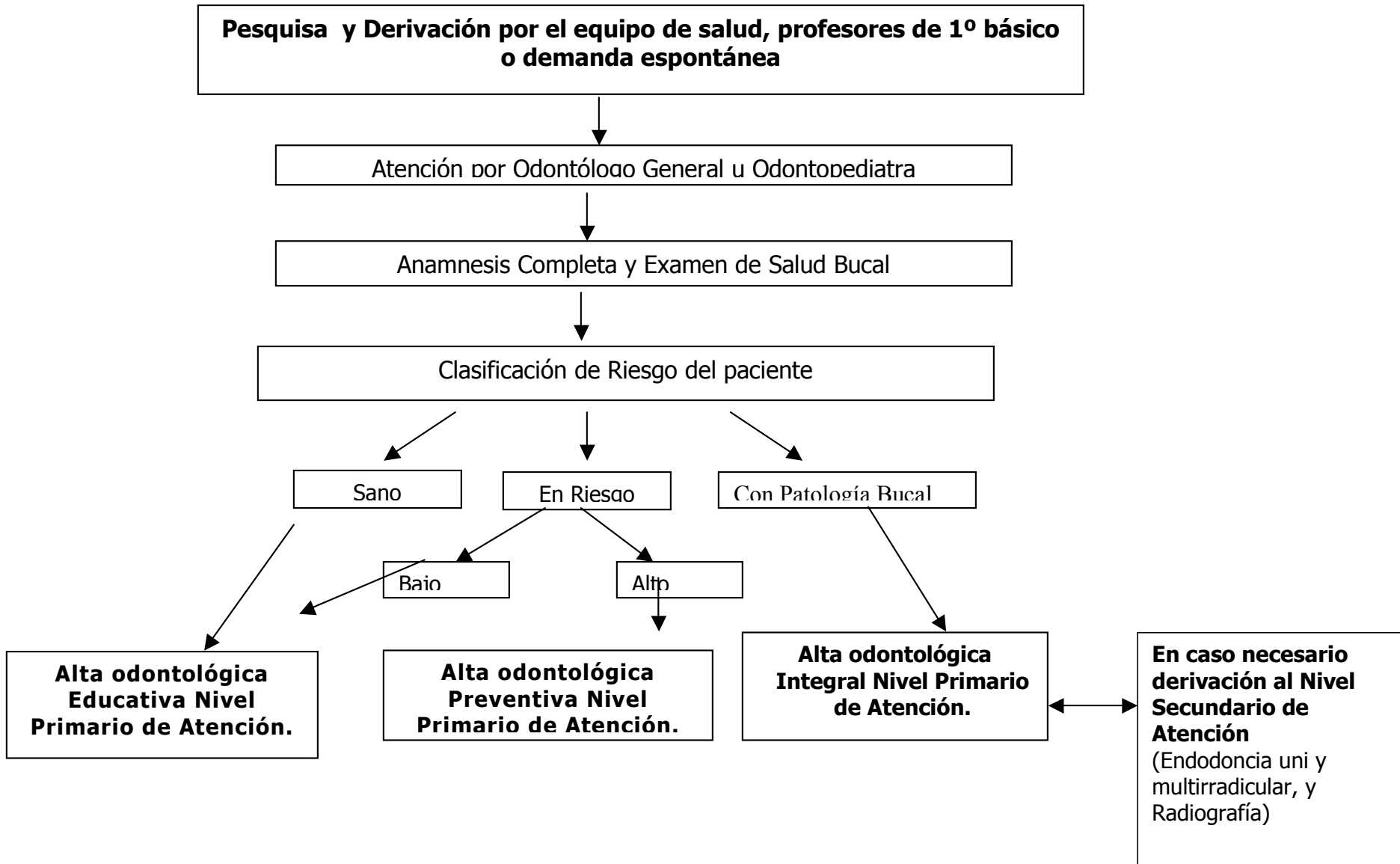
CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todo niño(a) de 6 años será derivado desde el control del niño(a) sano del equipo de salud de su establecimiento, desde su colegio, o asistirá espontáneamente, al odontólogo general o al odontopediatra de Atención Primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Todo niño(a) de 6 años que necesite atención de especialidad (nivel secundario). Ejemplo: niños(a) que deben ser atendidos bajo anestesia general, niños(a) con patologías sistémicas y/o neurológicas que hacen imposible su atención, por odontólogo general.

ALGORITMO 1: Evaluación de la Salud Oral Integral Para Niños de 6



11. RECOMENDACIONES SEGÚN DE NIVEL DE EVIDENCIA

Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación utilizados en la formulación del Protocolo.(2)

La diversidad de procedimientos y técnicas diagnósticas y terapéuticas para abordar una misma patología genera serias dificultades para comparar resultados, evaluar el servicio y planear y administrar los recursos.

Desde hace algunos años, la metodología conocida como salud basada en la evidencia ha buscado resolver esta problemática con base en la evaluación rigurosa de la evidencia científica disponible en la literatura mundial para recomendar o negar la práctica de un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

La siguiente es la categorización de niveles de evidencia adoptada, sobre la efectividad de las intervenciones recomendadas.

Nomenclatura	Tipo de Evidencia
Ia	Evidencia obtenida de meta análisis de estudios randomizados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado
Ila	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado, sin randomización.
Ilb	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado de tipo cuasi-experimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos, no-experimentales, bien diseñados, tales como estudios comparativos, y casos y controles
IV	Evidencia obtenida de opinión de expertos o experiencias clínicas de los respectivos autores

Grados de Recomendación

Nomenclatura	Recomendación	Niveles de Evidencia
A	Requiere al menos un estudio controlado randomizado como parte de la literatura de buena calidad y dirigida a recomendaciones específicas.	Ia y Ib
B	Requiere el respaldo de estudios clínicos bien conducidos no randomizados, sobre temas de recomendación	Ila, Ilb, III
C	Requiere evidencia obtenida de juicio de expertos y/o opinión de experiencias clínicas autorizadas. Indica ausencia de estudios clínicos de buena calidad	IV

Tabla 4:Revisión sistemática de Guías Clínicas con Evidencia

Salud Oral Integral en Niños de 6 años

1. Elaboración de Preguntas específicas: Paciente/ Problema/ Población-Intervención-Comparación- Indicadores de Resultados (Outcomes).
2. Fuentes de datos secundarias:
 - 2.1 National Coordination Centre for Health Technology Assessment (U.K.), <http://www.ncchta.org>
 - 2.2 Canadian Task Force on Preventive Health Care (Canada), <http://www.ctfphc.org/>.
 - 2.3 Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: www.guideline.gov
 - 2.4 Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: www.ahcpr.gov
 - 2.5 National Health Service (NHS) Centre for Reviews and Dissemination (U.K.), <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>;
 - 2.6 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (U.K.), <http://www.sign.ac.uk/>
 - 2.7 The Cochrane Collaboration (international), <http://www.cochrane.org/>
 - 2.8 International Network of Health Technology assessment (www.inahta.org)
 - 2.9 Centre for Evidence Based Medicine, Oxford University (U.K.), <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>;
3. Periodo: 1993 a la fecha
4. Criterios de Inclusión: clinical guideline, oral health, children, preventive care, dental,
5. Instrumento de evaluación: EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA {The AGREE Collaboration 2001 4 /id}

12. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El examen de salud debe estar dirigido a todo paciente que ingresa al tratamiento. Es importante destacar la necesidad de contar con buenos registros, tanto en la ficha clínica (anexo N° 4), como en el formulario de hoja diaria, que permitan medir y evaluar el desarrollo del plan de tratamiento.

En relación a la interacción con pacientes infantiles, considerando las particulares características de este grupo etáreo, es necesario lograr un adecuado soporte afectivo y un manejo cuidadoso de la comunicación, que permita ofrecer un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los logros adaptativos del paciente y su cooperación y compromiso con las metas que con él y sus padres se determinen. Particularmente en aquellas circunstancias en las cuales se observe en el paciente infantil miedo o ansiedad. Siendo el primero de naturaleza objetiva deberá lograrse una adecuación de los estímulos de esta emoción haciendo conocidas y familiares las rutinas del tratamiento.

La ansiedad, por otra parte, emoción incómoda que consiste en una respuesta psicológica anticipatoria a un peligro imaginario, dando como resultado un conflicto intrapsíquico desconocido, sensación de pérdida de poder, aprehensión y tensión. Concomitante a este malestar, se percibe un aumento de los latidos del corazón, frecuencia respiratoria, transpiración, temblores, sensación de malestar y fatiga. Estas respuestas, perfectamente normales en la infancia, pueden y deben ser manejadas adecuadamente mediante técnicas apropiadas de comunicación, de demostración (decir – mostrar – hacer) de introducción gradual según grados de complejidad y con el uso correcto de técnicas de control del dolor, cuando corresponda.

12.1. Manejo de la ansiedad

Existe consenso en la literatura que las técnicas no-farmacológicas como la distracción (ejercicios respiratorios, soplar), imaginación guiada o terapia de juego son efectivas para muchos niños(a). La técnica de “decir-mostrar-hacer” da muy buenos resultados en el manejo de la adaptación a la atención odontológica del niño(a), así como la utilización de procedimientos basados en aspectos psicológicos con razonable éxito, los que incluyen métodos indirectos como la utilización de cartillas de difusión o educativas, hasta métodos intensivos de derivación a terapia cognitiva.

Técnica Decir-Mostrar-Hacer. Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para la cual es de utilidad un espejo de cara, ayuda a transmitir seguridad y obtener la atención y colaboración del niño(a) ante el tratamiento a realizar (Evidencia nivel IV).(7)

Técnica de Control de Voz. Es recomendable usar un tono amable en todo momento, manejando la modulación oportunamente ya que sus resultados son más efectivos si se aplican al detectar los primeros síntomas de mal comportamiento.(7).

La aplicación de ejercicios continuos y rítmicos como la respiración profunda y la relajación de las extremidades logran disminuir la tensión en otras áreas del cuerpo.

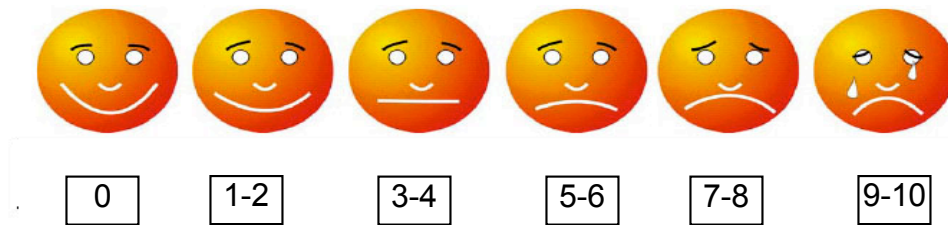
Por último es recomendable reducir el tiempo de espera antes de los procedimientos invasivos.

Para medir el nivel de dolor que presentan los niños(a) y de ese modo evitar posibles fobias a la atención odontológica se recomienda utilizar la escala del dolor facial que a continuación se detalla.

(32)

Figura 1:

ESCALA FACIAL DEL DOLOR



0	Muy Feliz, sin dolor
1 - 2	Duele sólo un poco
3 - 4	Duele un poco más
5 - 6	Duele aún más
7 - 8	Duele bastante
9 - 10	Duele tanto como puedas imaginar

12.2. Examen de Salud

Es el examen clínico realizado por el odontólogo al niño(a), de 6 años, con el objeto de evaluar y controlar el normal crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, sus condiciones actuales de salud-enfermedad, prevenir enfermedades, diseñar un plan de tratamiento de recuperación e indicar su derivación oportuna, si es necesario.(5)

Esta actividad se debe realizar con indicaciones promocionales y preventivas.

Objetivos :

Obtener los antecedentes personales y familiares del niño(a), necesarios para un correcto diagnóstico.

Realizar un completo examen físico general y bucal.

Controlar la erupción dentaria y características de la oclusión

Enseñar una correcta técnica de cepillado.

Enseñar hábitos alimentarios

Obtener indicadores odontológicos de caries y de enfermedades gingivales .

Establecer un diagnóstico integral de salud bucal.

Realizar la derivación (interconsulta), si procede.

Procedimientos: (5)

Anamnesis: El Odontólogo debe recabar antecedentes de salud del niño(a) y familiares directos, hábitos alimentarios, hábitos disfuncionales y todo antecedente de salud general relevante para realizar el diagnóstico y tratamiento integral de su salud bucal.

Examen Físico: Comienza desde que el niño(a) ingresa a la clínica, observándose su marcha, alteraciones posturales, asimetrías, etc. En el sillón dental se efectúa un examen de cuello, tiroides, ganglios, ATM, músculos periorales, piel y fanéreos, y simetría facial.

Examen Intraoral:

Evaluar funciones básicas: Deglución, respiración, masticación, lenguaje

Evaluar cronología de la erupción

Revisión acuciosa de las diferentes estructuras intraorales:

Mucosas, faringe, paladar, lengua, piso de boca, frenillos.

Encía: Color, forma, tamaño y sangramiento. Registrar diagnóstico en ficha clínica.

Dientes: Registrar diagnóstico de cada diente en odontograma y consignar índices ceod y COPD.

Evaluar crecimiento y desarrollo maxilo dentario y maxilo mandibular. Análisis y registro de oclusión: Línea media, over-bite (resalte o sobremordida), over-jet (entrecruzamiento), relación molar y relación canina.

Evaluación y registro de higiene bucal:

La evaluación de la técnica de higiene oral se debe realizar, según el Índice de Greene y Vermellon (Anexo N° 3). Esta evaluación debe realizarse previo a la profilaxis necesaria para el correcto diagnóstico las caries que presenta el paciente.

3. Diagnóstico: Según resultado de la anamnesis y examen clínico.**3.1) Diagnóstico de causas de atención diferida**

Consideraciones Generales

Durante el examen y tratamiento de los niños(a) de 6 años nos encontraremos en algunas ocasiones que estos pacientes se presentan a la atención dental con algún problema sistémico o local que hace necesario interrumpir y diferir la atención, a continuación se detallan algunos problemas que merecen especial cuidado.

3.1.1) Lesiones Ulcerativas de los tejidos blandos de la boca

Se caracterizan por una pérdida de continuidad del epitelio, variable en forma, tamaño, número y duración.

El dolor que identifica estas lesiones, se manifiesta desde una leve molestia hasta, un dolor severo, que sumado a los signos antes mencionados pueden comprometer el estado general del paciente, incapacitándolo para realizar funciones vitales como comer, hablar, deglutir y reír.

Este proceso mórbido representa una de las lesiones intrabucales de mayor prevalencia

Estomatitis Aftosa recurrente

Es una enfermedad inflamatoria no infecciosa de la mucosa oral, identificada por el desarrollo de ulceraciones necrotizantes de la mucosa no queratinizada, caracterizada por la presencia de dolor y recurrencias solitarias o múltiples; se clasifican en Aftas Menores, Mayores y Herpetiformes.

Clínicamente la lesión aparece como una ulceración dolorosa cubierta por una membrana fibrinosa amarillenta o grisácea y rodeada por una halo eritematoso. Es frecuente que haya numerosas lesiones, pero su número, tamaño y recurrencia varían de un individuo a otro.

Aftas menores

Son lesiones localizadas especialmente en la mucosa labial, surcos vestibulares, mucosa yugal y lengua, de forma oval generalmente, con un tamaño de hasta 0.5 cm, con los bordes eritematosos y nítidos. Su evolución es de 7 a 14 días, sanan sin dejar cicatriz, siendo ellas la forma más frecuente, y ocurre aproximadamente en el 80% de los pacientes.

Aftas Mayores

Este tipo ulcerado, severo o cicatrizal de las Aftas, está representado por lesiones más grandes, más dolorosas y más profundas, se encuentran en número de uno a tres, localizadas en los labios, paladar blando, mucosa yugal, pilares de las fauces. Son de forma irregular y su tamaño es mayor de 1 cm., con una evolución de 4 a 6 semanas o más. Sanan dejando cicatriz.

Tratamiento

La etiopatogenia aparentemente multifactorial dirige el tratamiento a la reducción de los síntomas, ya que no hay hasta el momento un medicamento confiable y seguro para la prevención de las recurrencias. (Recomendación A (Ia) (26).

La administración ideal de un agente terapéutico para promover la cicatrización de las úlceras aftosas recurrentes, es aplicarlo directamente sobre la lesión y mantenerlo en contacto directo el mayor tiempo posible.

Los enjuagues bucales con gluconato de clorhexidina incrementan el número de días sin úlceras y reducen la gravedad de cada episodio de ulceración.(Recomendación A(Ib) (27)

Todo paciente que presente alguna de estas patologías se debe diferir su atención después de realizar el examen de Salud Oral, evitando de ese modo crear posibles fobias al tratamiento, a menos que requiera una atención de urgencia odontológica

3.1.2) Herpes Labial

El Herpes Labial es una infección autolimitada leve causada por el virus herpes simplex tipo 1. La infección primaria ocurre generalmente en la infancia. Son varios los factores que pueden precipitar un ataque recidivante, tales como la exposición a luz solar intensa, la fatiga o el estrés psicológico. Este causa dolor y ampollas en los labios y el área perioral. Es poco frecuente la fiebre y los síntomas generales, su duración va desde los 7 a los 14 días

Estudios en niños han encontrado que el aciclovir oral reduce la duración media del dolor y el tiempo para cicatrizar. Otros estudios han demostrado que el periclovir o aciclovir tópico reducen la duración del dolor y los síntomas. (Recomendación A (1b) (27).

Los paciente que presenten Herpes Labial deben diferir su atención en caso que no presente una urgencia odontológica. Indicarles el uso de aciclovir tópico.

3.1.3) Impétigo

El impétigo es una infección bacteriana altamente contagiosa, caracterizada por lesiones cutáneas que forman una costra. Esta infección frecuente de la piel es más común en los niños(a), especialmente si se encuentran expuestos a condiciones higiénicas deficientes. El impétigo puede estar precedido por una infección reciente de las vías respiratorias superiores, como un resfriado u otra infección viral.

El impétigo comienza con una úlcera roja con picazón que se ampolla, supura y finalmente se cubre con una costra que se adhiere firmemente. Muy pocas veces forma úlceras profundas en la piel.

La evidencia actualmente disponible nos indica que estos pacientes deben ser tratados con antibióticos de uso tópico a base de mupirocina o ácido fusídico por siete días. (Recomendación A (Ia)), (31).

El impétigo es altamente contagioso por lo cual estos pacientes no deben ser atendidos y su citación debe ser diferida, a menos que el paciente presente una urgencia odontológica.

En caso que el paciente deba ser atendido el equipo profesional deberá tomar las medidas de seguridad para evitar su contagio y transmisión a pacientes posteriormente atendidos (infección cruzada):

- Utilización de elementos protectores tales como guantes y mascarilla, tanto del profesional como de la auxiliar.
- Se debe cuidar de no romper las ampollas cuando éstas existen y evitar tocar las zonas ulceradas.
- Se debe desinfectar todo el instrumental y superficies que estuvieron en contacto ya sea con el paciente o con material contaminado, previo a la llegada de otro paciente.

3.1.4) Fiebre

La temperatura normal del cuerpo varía entre las personas, según la edad, la actividad y el momento del día. La temperatura corporal normal promedio es de 37°C. En los niños de 6 años las variaciones diarias pueden ser de hasta 2 grados.

Si el paciente presenta fiebre leve y se encuentra en condiciones de recibir tratamiento se puede evaluar esta posibilidad, en cambio si el paciente se encuentra incómodo, vomitando, deshidratado, se debe diferir la atención y derivarlo al médico para que indique su tratamiento.

3.1.5) Diarrea

La diarrea se define como la presencia de heces acuosas, poco compactas y frecuentes. La causa más común es una infección viral leve que se resuelve espontáneamente en cuestión de algunos cuantos días.

En caso que los pacientes presenten diarrea la citación debe diferirse a menos que presente una urgencia odontológica, además debe referirse al médico para su diagnóstico y tratamiento.

3.1.6) Emesis

Es la sensación de tener la urgencia de vomitar y la expulsión forzada de los contenidos del estómago a través del esófago y fuera de la boca. El vómito es una acción forzada que se realiza por medio de una contracción fuerte y hacia abajo del diafragma. Al mismo tiempo, los músculos abdominales se tensan súbitamente contra un estómago superior relajado con un esfínter abierto. Los contenidos del estómago son impulsados hacia arriba y hacia fuera.

Se debe diferenciar si las náuseas se producen por una patología sistémica o por ansiedad. En el primer caso la atención debe ser diferida si el paciente así lo requiere, en el segundo caso se debe realizar un manejo de la ansiedad y una sesión de adaptación al tratamiento para evitar que este comportamiento se repita en cada sesión y sea imposible su tratamiento integral.

3.2.) Diagnóstico de factores de riesgos de caries dentales (Evidencia IIb, Nivel de recomendación B)

Dado el patrón de desarrollo de la caries dental y su alta prevalencia en la adultez, la mayoría de los niños se encuentran en riesgo. Sin embargo, para evitar las consecuencias cada vez más severas y costosas de esta enfermedad, es necesario identificar los individuos que se encuentran

en un mayor riesgo de desarrollar caries, para de ese modo realizar actividades preventivas específicas y mantenerlos sanos el mayor tiempo posible.

Existe un amplio rango de factores a considerar cuando asignamos un grado de riesgo en una enfermedad multifactorial como lo es la caries, los más frecuentes se resumen en la Tabla 1.

**TABLA N°1
FACTORES DE RIESGO DE CARIES DENTALES (6) ***

El uso de al menos 2 de las siguientes variables en la atención de un niño o niña permite clasificar el nivel de riesgo (Recomendación B)

VARIABLES DE ANALISIS	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
EXPERIENCIA DE CARIES	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones nuevas - Extracciones prematuras por caries - Múltiples restauraciones realizadas años anteriores - Sin presencia de sellantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin lesiones nuevas - Ninguna extracción por caries - Ninguna o pocas restauraciones realizadas años anteriores - Presencia de sellantes en fosas y fisuras
HÁBITOS DIETETICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuente consumo de azúcares que corresponde a un consumo de + de 1 colación entre comidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Infrecuente consumo de azúcares, que corresponde a un consumo de 1 colación o menos entre comidas.
HISTORIA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel socioeconómico bajo - Bajo conocimiento de enfermedades bucales - Controles bucales esporádicos - Bajas expectativas de salud bucal 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel socioeconómico medio o alto - Salud bucal asumida - Controles bucales regulares y periódicos - Altas expectativas de salud bucal
USO FLUORUROS	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de agua no fluorurada y sin leche fluorurada. - Sin consumo regular de pastas dentales fluoruradas 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de agua o leche fluorurada - Uso regular de pastas dentales fluoruradas
CONTROL DE PLACA	<ul style="list-style-type: none"> - Infrecuente e ineficiente higiene bucal - Índice de Higiene oral simplificado de Greene y Vermellon > 1.1 - Deficiente habilidad manual 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuente y efectiva higiene bucal - Índice de higiene oral= simplificado 0 < ó= a 1 - Buen control de habilidades manuales
SALIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Baja secreción salival - Baja capacidad buffer de la saliva* 	<ul style="list-style-type: none"> - Flujo salival normal - Alta capacidad buffers de la saliva*
HISTORIA MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> - Una o más enfermedades sistémicas - Discapacidad neurológica o mental - Uso prolongado de medicamentos cariogénicos (azucarados) - Uso prolongado de medicamentos que disminuyan el flujo salival 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de enfermedades sistémicas - Sin discapacidad neurológica o mental - Sin uso prolongado de medicamentos cariogénicos (azucarados) - Sin uso prolongado de medicamentos que disminuyan el flujo salival

* La disponibilidad de recursos no permitirá medir todos los factores de riesgos, por esta razón se priorizaron y destacaron aquellos que son más relevantes y medibles por la anamnesis y la clínica.

La presencia de 1 o más de estas variables conduce a la tipificación del niño(a) como de alto riesgo.
3.3) Diagnóstico de caries dental.

Objetivos:

- Limitar el daño por caries dental, a través de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Recuperación de dientes con lesiones de caries con tratamientos no invasivos.

Siempre se debe realizar un acuciosa limpieza de las superficies de los dientes, retirando materia alba y placa bacteriana y secando la saliva para facilitar el diagnóstico de caries y la pesquisa de dientes en riesgo. El examen debe apoyarse en:

- Profilaxis
- Uso de Seda dental
- Transiluminación
- Separación temporal de los dientes.

El examen clínico puede tener una pobre sensibilidad para detectar visualmente algunas lesiones susceptibles de tratar con tratamientos preventivos; y si bien la toma de radiografías en pacientes de alto riesgo de caries está respaldada por revisiones sistemáticas y apoyada por la opinión de expertos (Evidencia Nivel Ia, Ib y IV, Recomendación A) (6), se recomienda indicarlas sólo en casos clínicamente dudosos en niños de alto riesgo.

3.4.) Diagnóstico de surco con defecto de coalescencia del esmalte del 1er molar definitivo

Se presenta como una fosa ubicada hacia cervical del surco vestibular, del 1er molar definitivo inferior, de forma ovalada,.

Se debe realizar un examen visual y táctil (cuidadoso) para detectar la presencia de la fosa en relación a cervical del esmalte vestibular.

A pesar que el tubérculo de Caravelli se considera normal, en ocasiones la profunda invaginación del esmalte lo transforma en un factor de riesgo.

Son sitios altamente susceptibles a caries ya que retienen gran cantidad de biofilm en etapas tempranas de la erupción. (Nivel de evidencia IV)

3.5.) Diagnóstico de Hipoplasia del esmalte

Se presenta como manchas opacas, redondas u ovals, claramente diferenciadas de esmalte sano adyacente, con o sin pérdida de esmalte superficial, usualmente dolorosas al frío o al cepillado (especialmente las que presentan pérdida de esmalte).

Diagnóstico diferencial

Hipoplasia: La o las lesiones abarcan más allá de la zona de las fisuras oclusales. Frecuentemente el cambio de coloración va desde el blanco amarillento hacia el amarillo más pardo. Si se presenta en molares o premolares habitualmente puede observarse en forma bilateral.

Fig. 1: Hipoplasia del esmalte



Lesión del esmalte: sigue la línea de las fisuras, al secar se observa color blanco tiza alrededor de ellas, pero no abarca más que esta zona.

Fluorosis: Cambio de coloración, blanco con el brillo normal del esmalte, con aspecto de nubes, de rayitas blancas, o de color amarillo o café. **Se diferencia de una hipoplasia común porque siempre ocurre en forma bilateral con imagen en espejo.**

Para evaluar el grado de fluorosis que presenta un paciente se utiliza el índice de Dean (fig 2), donde el registro es hecho en base a los 2 dientes que están más afectados, o sea, el puntaje registrado debe aplicarse a 2 dientes. Si los dos dientes no están igualmente afectados, debe registrarse el menos afectado de ambos. Los siguientes códigos son usados:

- 0 normal = la superficie del esmalte es lisa, brillante y usualmente con un color blanco amarillento pálido
- 1 cuestionable = el esmalte muestra una ligera aberración en su translucidez con respecto a un esmalte normal, lo cual va desde unas cuantas rayas blancas a algunas manchas. Esta clasificación es usada cuando no se justifica la clasificación de "normal".
- 2 muy leve = se ven pequeñas áreas opacas de un color blanco papel dispersas irregularmente sobre el diente, pero afectando menos del 25% de la superficie labial del diente.
- 3 leve: la opacidad blanca del esmalte del diente es más extensa que en la categoría 2, pero cubre menos del 50% de la superficie dental.
- 4 moderada : la superficie del diente muestra un desgaste marcado con manchas marrones
- 5 severa : la superficie del esmalte está muy afectada y la hipoplasia es tan marcada que la forma general del diente puede estar afectada. Tiene la presencia de fosas o de áreas con fosas y las manchas marrones están muy dispersas en todo el diente. El diente por lo general tiene una apariencia de corroído.

Las lesiones de fluorosis ocasionadas a partir de la ingestión de altas concentraciones de fluoruro durante el desarrollo dentario, particularmente aquellas en las categorías moderadas y leve, son usualmente bilateralmente simétricas y tienden a mostrar un patrón de estriado horizontal a lo largo del diente, es decir de mesial a distal.

Como algunas formas de fluorosis son difíciles de distinguir de la opacidad idiopática, un estudio detenido del consumo de fluoruros del caso está indicado.

Fig. 2: Grado de Fluorosis (Indice de Dean)



Recurso Humano : El diagnóstico debe ser realizado por el Odontólogo General de Atención Infantil o el Odontopediatra.

A todo escolar de 6 años se le prescribirá y entregará cepillo de dientes y pasta dental al inicio del tratamiento, los cuales deberá llevar a cada una de sus citaciones. (evidencia nivel Ib, Recomendación A)(6)

El cepillo dental debe ser de cabeza pequeña, de filamentos de nylon blando y e extremos redondeados para no dañar las encías.

Las pastas dentales deben tener una concentración de Fluor entre 1000 y 1500 ppm.

4. Componente Educativo

El escolar recibirá información educativa, durante el examen de salud realizado por el odontólogo (Evidencia Nivel 1b, Nivel de recomendación A) (6), respecto a hábitos saludables de salud bucal referidos a instrucción de técnicas de cepillado y hábitos dietéticos, especialmente respecto a frecuencia de consumo de alimentos y bebidas azucaradas y uso de fluoruros. Y también recibirá educación grupal para reforzamiento periódico, ésta puede ser realizada en las escuelas o consultorios por personal paramédico de odontología, educadoras sanitarias u otro profesional capacitado. (Nivel Evidencia IIb, Recomendación B)(6).

El establecimiento de hábitos de higiene bucal requiere de un largo período de motivación. En ella lo más importante es el convencimiento de responsabilidad individual, basada en el reconocimiento de cada una de los principales formas de comportarse. (Evidencia nivel b)(6)

4.1. Educación individual, a través del examen de salud y refuerzo periódico realizado por Auxiliar Paramédico de Odontología Capacitado (a).

Para enseñar a la gente a cepillarse hay que enseñarles una rutina: en primer lugar cepillar la parte externa partiendo por la mitad superior derecha, seguida de la mitad superior izquierda, luego la mitad inferior izquierda y la mitad inferior derecha. Seguiremos otra vez el mismo orden, pero ahora por la parte interna. A continuación las caras masticatorias u oclusales de los dientes y por último cepillaremos la lengua. En total la técnica de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos

La técnica recomendada en niños de esta edad dada su menor destreza en el cepillado dental, es la técnica de cepillado circular o de Fones (Evidencia nivel IV). Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.

La técnica de higiene bucal debe ser reforzada y retroalimentada por el odontólogo o por el personal paramédico de odontología, cada vez que el niño(a) acuda a tratamiento, mientras se alcanza el alta planificada.

4. 2. Educación grupal o masiva a través de Programas Escolares o en Consultorios. (8) (9) (10)

Localmente debe existir un profesional responsable de establecer coordinaciones locales con los equipos de salud y con Instituciones Educativas, JUNAEB y Centros de Padres y Apoderados, de manera de formar una red comunitaria que permita dar soporte de colaboración y mantención de la salud bucal de los niños, reforzando hábitos y asumiendo el autocuidado del grupo familiar, alcanzando un abordaje sistémico.

Además, es necesario que los padres y/o apoderados, se comprometan a mantener hábitos saludables de salud bucal para el niño(a) en particular y en general para la familia.

5. Profilaxis o Higienización

Es la remoción de la placa bacteriana, cálculos, superficies irregulares de obturaciones y tinciones de la superficie expuesta y no expuesta del diente por medio del destartraje supragingival y pulido coronario, como una medida preventiva para el control de los factores irritativos locales. (5).

Objetivos:

- Eliminar placa bacteriana.
- Eliminar cálculos supragingivales y tinciones de la superficie del diente.
- Eliminar superficies irregulares de obturaciones, que favorecen la acumulación de placa bacteriana.
- Favorecer la remineralización del esmalte.
- Mejorar la visualización de lesiones incipientes para facilitar el diagnóstico.
- Reforzar en el paciente la participación responsable en el auto-cuidado de su salud bucal.

Recurso Humano : - Odontólogo

- Auxiliar Paramédico de Odontología capacitado(a), bajo supervisión del odontólogo. Según Decreto N° 283 del 20 de Septiembre del 2001. este personal puede realizar pulido coronario y destartraje supragingival, entre otras actividades.

6. APLICACIÓN DE SELLANTES

Los sellantes son resinas fluidas y de poca viscosidad, que se aplican sobre el esmalte dentario sano de puntos y fisuras y en lesiones activas antes de su cavitación, para reforzar el diente y proteger las superficies vulnerables de la invasión bacteriana. Su éxito se basa en la capacidad de adherirse firmemente a la superficie del esmalte y aislar puntos y fisuras dentarias del medio bucal.(5)

Para la mayoría de los niños en riesgo, sellar los puntos y fisuras de molares definitivos es suficiente. Sin embargo, en pacientes de alto riesgo se deben sellar todos los puntos y fisuras que presenten riesgo. (11) (12) (13)

Los sellantes son altamente sensibles a la técnica utilizada. Su permanencia en boca depende de su indicación, aislación y del sistema de eyección de saliva disponible. (14)

Objetivos

- Lograr una experiencia clínica odontológica no traumática, bien tolerada por el niño(a).
- Sellar mecánicamente puntos y fisuras dentarias de dientes inmaduros.
- Anular los nichos ecológicos para los micro-organismos cariogénicos.
- Eliminar zonas retentivas de los dientes, facilitando su limpieza.
- Aplicar sellantes en puntos y fisuras con fines terapéuticos.

Los sellantes deben aplicarse de acuerdo a la Norma de Actividades Promocionales y Preventivas Específicas en la atención Odontológica Infantil- MINSAL 1999, teniendo especial consideración:

- 1.- Grado de erupción de los primeros molares definitivos, compatible con la aplicación de sellantes.**
- 2.- Asegurar un correcto aislamiento de las piezas a sellar.**
- 3.- Que las caries de las piezas temporales estén inactivadas previamente.**
- 4.- En lesiones incipientes (no cavitadas) y necesiten sellantes se debe aplicar el esquema de Tabla N° 2**

TABLA N° 2

Criterios aplicación de sellantes u obturaciones, según condición de fosas y fisuras y calificación de riesgo (Evidencia nivel IV consenso de expertos)

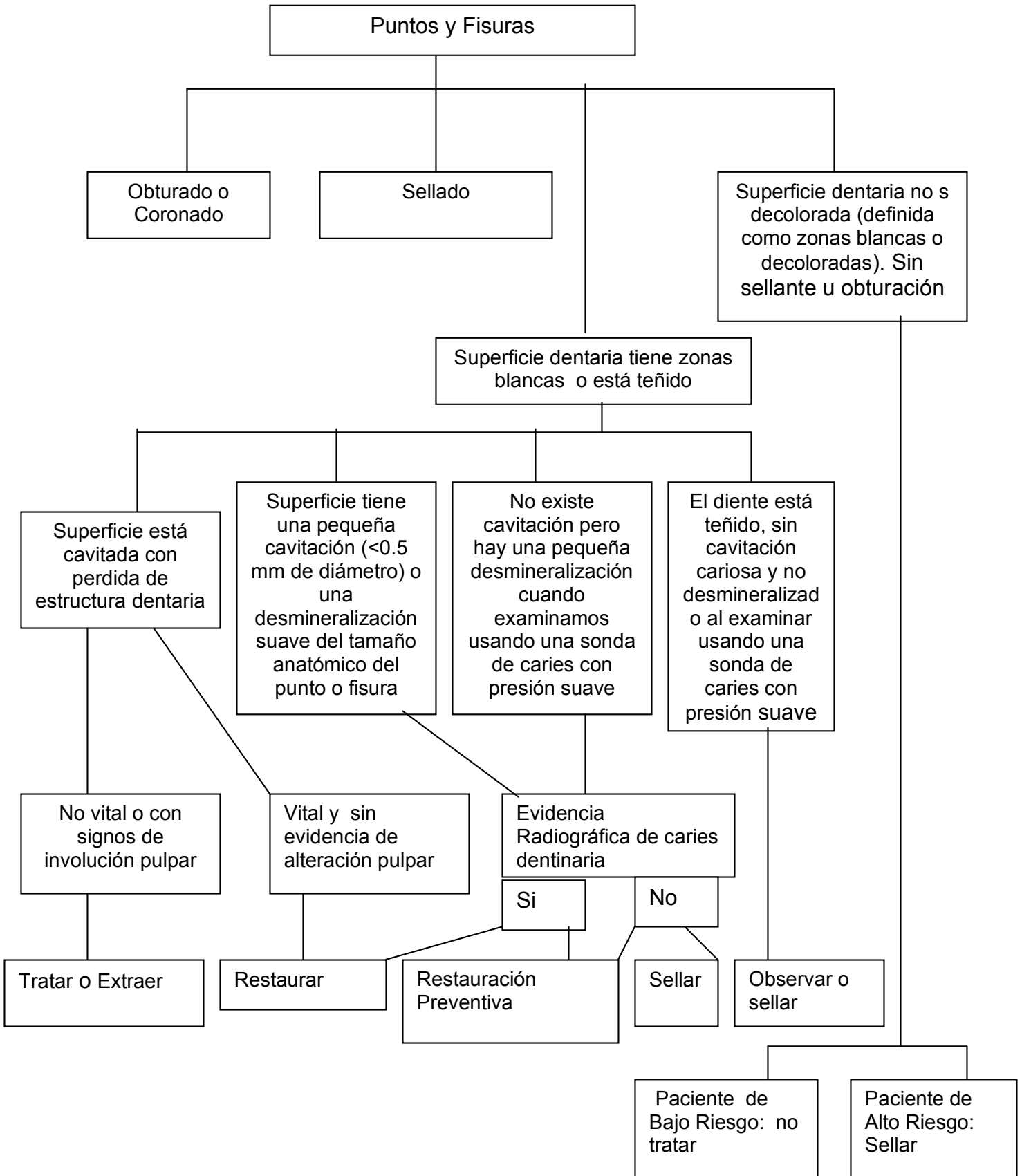
Condición	Niño con Bajo Riesgo	Niño con Alto Riesgo
Puntos y/o fisuras sanas	Observar	Sellante
Puntos y/o fisuras teñidas sin lesión	Observar	Sellante
Puntos y/o fisuras con lesiones cariosas no cavitadas	Sellante	Previa Rx: Sellar Obturar y sellar con resinas preventivas
Puntos y/o fisuras de molar hipoplásico	Vidrio-ionómero + aplicación de flúor tópico Sellante + vidrio-ionómero + aplicación de flúor tópico	Sellante + aplicación de flúor tópico
Puntos y/o fisuras con caries cavitadas	Obturar	Obturar

Los niños(a) a los que no se pudo evaluar ni aplicar sellante en los 1eros molares definitivos, por falta de erupción o erupción parcial, deberán ser dados de alta y quedar en Seguimiento, dandoles una nueva citación para control y tratamiento, en un tiempo determinado según criterio clínico, aunque sobrepase la edad garantizada (6 años 11

Recurso Humano : - Odontólogo

-Auxiliar Paramédico de Odontología capacitado(a), bajo supervisión del odontólogo (Decreto N° 283 del 20 de septiembre del 2001), este personal puede realizar pulido coronario, destartraje supragingival, aplicar sellantes previa indicación y supervisión del odontólogo, entre otras actividades.

ALGORITMO 2: CRITERIOS DE APLICACIÓN DE SELLANTES



7. INDICACION y APLICACIÓN DE FLUORUROS TOPICOS. Consiste en la utilización tópica de fluoruros aplicados según riesgos individuales.

Objetivo general:

Prevenir caries dentales o remineralizar caries incipientes, a través del uso de pastas dentales y barnices de fluoruros.

Presentación

Pastas dentales con hasta 1.500 ppm de fluoruros
Barnices con concentración de fluoruros de 5% y de 0,1%

7.1. Fluoruros en pastas dentales

Las pastas que contienen desde 1000 a 1500 ppm de fluoruros han mostrado ser efectivas en la prevención de caries en niños(a) entre 6 a 16 años de edad.(Evidencia Nivel Ib, Recomendación A) (6).(15) (16).

Los niños(a) que se cepillan dos veces al día muestran más beneficios que los que se cepillan menos frecuentemente. La dilución de la pasta reduce la eficacia de la pasta fluorurada. No se debe humedecer el cepillo con agua antes de iniciar el cepillado.

Recomendaciones:

Indicar cepillado de dientes al menos 2 veces al día con pasta fluorurada conteniendo desde 1000 a 1500 ppm de flúor.

Indicar limpieza de todas las superficies dentarias.

Después del cepillado indicar la eliminación del exceso de pasta de dientes y enjuagar ligeramente con agua.

Si el niño(a) puede ser supervisado por un adulto responsable, es recomendable que en el cepillado de la noche, el niño(a) sólo elimine restos de pasta y no se enjuague con agua, con el objetivo de mantener por más tiempo el efecto protector de caries dental de la pasta con flúor.

7.2. Indicaciones de Fluoruros en Barnices:

Barniz de fluoruro de sodio al 5% (22.600 ppm.)

Están indicados como agentes preventivos de caries, los barnices debieran aplicarse en general a todos los pacientes con alta actividad o riesgo cariogénico. (Evidencia nivel IIb, Recomendación B) (17) (18)

Técnica De Aplicación

La aplicación debe realizarse siguiendo las instrucciones del fabricante.
En general la aplicación del barniz se realiza por cuadrantes o por piezas dentales individuales, las cuáles en lo posible deben estar limpias y secas. Se aplica el barniz con un pincel cubriendo todas las superficies, especialmente las oclusales, tratando de introducir el barniz en las fosas y fisuras así como en los espacios interproximales.

Procedimientos de Aplicación

- Se recomienda hacer la aplicación una vez controlado el medio bucal.
- Limpie los dientes con escobilla blanda y agua; es preferible que previamente el paciente cepille sus dientes en forma habitual.
- Seque los dientes con aire y aisle con rollos de algodón.
- Aplique el barniz en una capa fina y homogénea, (0.3 ml por arcada).
- Es recomendable comenzar con los dientes inferiores .

Indicaciones al paciente o al acompañante

- No tocar el barniz , dejándolo sobre sus dientes de tres a cuatro horas como mínimo
- Durante este tiempo el niño(a) no debe consumir alimentos duros ni líquidos calientes
- No debe cepillar sus dientes, por los menos durante las 12 horas siguientes.
- No usar seda dental por 72 horas
- Explique a su paciente, que sólo en forma momentánea, sus dientes permanecerán coloreados y con sensación de aspereza.

Frecuencia de aplicación

La frecuencia de aplicación debe ser entre cuatro a seis meses con refuerzo en las edades críticas de erupción, especialmente en aquellos pacientes con alto riesgo cariogénico. (Evidencia nivel IIb, Recomendación B)

Ventajas

- Los barnices fluorados tienen la ventaja de permitir que los fluoruros tengan un gran tiempo de permanencia en contacto con el esmalte, en forma de fluoruro de calcio, actuando como un dispositivo de liberación lenta y permanente del ion fluoruro al medio bucal.
- El Barniz de fluoruro de sodio al 5% presenta una mayor efectividad que otros medios de aplicación tópica de fluoruros.
- La mayoría de los estudios sobre la efectividad de estos barnices han reportado una reducción de caries de un 38%. (Nivel de evidencia IIb, Recomendación B)

Recurso Humano:

- Odontólogo
- Auxiliar Paramédico de Odontología capacitado(a), bajo supervisión del odontólogo

8. MANEJO DE CARIES CAVITADAS EN DIENTES DEFINITIVOS

El manejo de caries dentales, debe ser conservador, limitándose sólo a la extensión de la caries, tanto en superficie como en profundidad, debiéndose utilizar sellantes preventivos en las fisuras no afectadas. (19)

Las caras del diente pueden ser afectadas con diferentes patrones de inicio y de progresión, por lo tanto, tienen diferente tratamiento:

- Caries en cara oclusal
- Caries en caras proximales
- Caries en caras de superficies lisas

8.1. Manejo de caries oclusales

Si sólo una parte de las fisuras de la superficie oclusal está afectada por caries dentinaria pequeña o moderada, con extensión limitada, el tratamiento de elección es una restauración preventiva: composite + sellante. (Evidencia tipo Ib Recomendación A). (6)

Si la caries se extiende clínicamente en dentina, debe ser removida y el diente restaurado. (evidencia niveles Ib. Recomendación A) (6)

Para lesiones más extensas existe evidencia que recomienda el uso de obturaciones de amalgama. (Evidencia niveles Ia,III,y IV. Recomendación C) (6) (20) (21) (22).

8.2. Manejo de caries proximales

El diagnóstico precoz de caries proximales del esmalte es importante por su progresión inexorable. Con una intervención oportuna la lesión puede avanzar lentamente o ser reversible con un tratamiento de remineralización. (Evidencia Ib y III Recomendación B).

Cuando las caries dentales proximales radiográfica o visualmente se limitan al esmalte, se deben realizar cuidados preventivos más que recuperativos (Evidencia Nivel Ib Recomendación A)

En el manejo de lesiones sólo del esmalte se deben desarrollar las siguiente estrategias:

- Cepillado 2 veces al día con pastas dentales con no menos de 1000 ppm de fluoruros
- Uso de seda dental
- Control de Dieta
- Prescripción de enjuagatorios fluorurados: diarios o semanales

El manejo de lesiones de caries proximales requiere de monitoreos clínicos y radiográficos que permitan evaluar los resultados de la intervención preventiva. Por lo tanto, este niño(a) debe ser priorizado para futuros controles, aunque éstos no se encuentren garantizados por el AUGE. (23)

8.3. Manejo de caries de superficies lisas.

Alteraciones del desarrollo del esmalte del primer molar permanente

a) Surco vestibular del 1er molar definitivo inferior, con defecto de coalescencia del esmalte y tubérculo de Caravelli del 1er molar definitivo superior, en riesgo, por invaginación profunda del esmalte.

Tratamiento

- Si hay presencia del defecto durante la erupción, sellar con ionómero, manteniendo control de la humedad tanto como sea posible.
- Si se puede controlar completamente la humedad, obturar con amalgama
- En los dos casos anteriores es indispensable esperar erupción completa para re-evaluar y decidir entre sellar o rehacer obturación.

b) Hipoplasia del esmalte

Etiología

Por infecciones agudas producidas en el tercer trimestre del embarazo, durante el parto u hospitalizaciones durante los 3 primeros meses de vida. Este elemento es casi patognomónico en el diagnóstico.

Tratamiento

TODA HIPOPLASIA DEBE SER TRATADA con ionómero o composite, especialmente aquellas que producen dolor al frío, indicando un control cuidadoso de los factores de riesgo. Es un tratamiento que debe ser analizando cuidadosamente si persiste sensibilidad al frío o al cepillado. (Nivel de evidencia IV)

Se debe realizar fluoruración tópica y/o prescribir enjuagatorios fluorurados diarios o semanales (Nivel de evidencia IV Recomendación C)

Cuando se está en presencia de una caries dentinaria profunda oclusal, proximal o vestibular, con posible compromiso de la cámara pulpar, se debe realizar una técnica incremental. Si el control y obturación se debe realizar después que el niño(a) ha cumplido los 7 años, es necesario clasificarlo en Seguimiento. (24) (25)

9. MANEJO DE CARIES EN DIENTES TEMPORALES

Comentarios

En la resolución del plan de tratamiento de los dientes temporales es necesario recordar que la caries dental es un enfermedad infecto-contagiosa, por lo tanto su control es un factor protector de los dientes definitivos. Por otro lado, entre los factores más importantes en la prevención de la maloclusiones se encuentra el control del proceso eruptivo, tales como elongaciones, pérdida de tejido de sostén, migraciones y mesio inclinaciones, las que se pueden prevenir con la conservación de los dientes temporales hasta el momento de su exfoliación normal, ya que si se extraen precozmente, se pueden producir problemas en el desarrollo del sistema estomatognático.

Al iniciar el tratamiento de recuperación es necesario realizar inactivación de caries de los dientes temporales.

El daño producido en dientes temporales debe repararse sólo cuando se pueda asegurar un buen resultado clínico.

TABLA N°3
Esquema de recuperación de caries dentales en dientes temporales
(Evidencia Nivel IV, Recomendación C)

Lesión	Anestesia Dental	Abordaje	Material de Obturación
Lesión de esmalte de superficie oclusal no cavitada	No	Profilaxis con uso de instrumento rotatorio	Sellante
Caries cavitada del esmalte.	No	Técnica manual* y/o uso instrumento rotatorio	Vidrio-ionómero Amalgama
Caries dentinaria oclusal	Evaluar según necesidad del paciente	Técnica manual* y/o uso instrumento rotatorio	Vidrio-ionómero Amalgama
Caries dentinaria proximal*	Evaluar según necesidad del paciente	Uso de instrumento rotatorio	Vidrio-ionómero Restauración resina Amalgama
Caries dentinaria profunda	Uso de Anestesia.	Uso de instrumento rotatorio y/o Técnica Manual*	Vidrio-ionómero Amalgama Restauración resina
Caries crónica o detenida	Evaluar según necesidad del paciente	Uso de instrumento rotatorio y/o Técnica Manual*	Vidrio-ionómero Amalgama Restauración Resina
Destrucción Coronaria	Evaluar según necesidad del paciente	Uso de instrumento rotatorio y/o Técnica Manual*	Vidrio-ionómero Coronas preformadas

* Se recomienda su uso, en pacientes de difícil manejo durante las sesiones de adaptación.

Si se diagnostica mancha blanca en distal del 2° molar temporal, es recomendable obturar, con el objetivo de proteger mesial del 1er molar definitivo.

10. TERAPIAS PULPARES EN DIENTES DEFINITIVOS

Si se ha producido daño pulpar se deben realizar los tratamientos pulpares necesarios para recuperar la salud del diente afectado: Inducción al cierre u otros. Tanto de piezas dentarias uniradiculares como multiradiculares.

Estos tratamientos deben ser resueltos por especialistas, para lo cual debe existir una red de atención odontológica implementada especialmente para el niño(a) de 6 años, de manera de otorgar un tratamiento integral cuando sea necesario.

11. TERAPIAS PULPARES EN DIENTES TEMPORALES

Criterios de evaluación para determinar la indicación de terapia pulpar:

Posibilidad de efectuar la técnica correcta, sin contaminación.

Remanente coronario que permita un buen sellado y restauración posterior.

Grado de reabsorción radicular de la pieza dentaria temporal (ver tabla N°4)

Los actuales avances en los programas preventivos de caries aplicados en un trabajo clínico cuidadoso del odontólogo, deben ser determinantes para una disminución significativa de este tratamiento en dientes temporales.

11.1.Pulpotomía:

La terapia pulpar utilizada para dientes temporales es un procedimiento clínico que consiste en eliminar pulpa vital cameral inflamada, fijar el remanente con un medicamento y reemplazar el tejido pulpar por un material de obturación que no interfiera con el proceso fisiológico de reabsorción .(5)

Objetivos:

Mantener el diente temporal hasta su exfoliación.
Prevenir complicaciones locales y generales como consecuencia de procesos infecciosos.
Mantener el espacio para los dientes permanentes.

Indicaciones

Perforación accidental de cámara pulpar al realizar procedimiento operatorio.
Exposición pulpar por trauma.
Necesidad de anclaje al realizar una obturación compleja (Evaluar remanente coronario).

Sintomatología :

- La duración del dolor esta directamente relacionada con la duración del estímulo.
- Dolor a estímulo dulce-ácido; calor y frío.
- Dolor al empaquetamiento de alimentos.

Técnica (5,29,30)

- Anestesia
- Eliminación de caries
- Aislación absoluta o relativa con eyector de saliva.
- Trepanación y eliminación del tejido pulpar cameral con fresa o cuchareta de caries esterilizadas.
- Control del sangramiento con motitas de algodón secas y estériles.
- Lavado con agua destilada o suero fisiológico.
- Secar con motitas estériles.
- Aplicación tópica con una motita estéril embebida en Formocresol al 4% durante 4-5 minutos. Si el sangramiento se detiene, se debe sellar la cámara pulpar con una pasta espesa de oxido de zinc-eugenol.
- Obturación

TABLA N° 4
Pauta de indicación de pulpotomías, según grado reabsorción radicular

Diente	6- 6 años 11 meses 29 días
Incisivos Centrales	Extraer
2. Incisivos laterales	Evaluar
3. Caninos sup. e inf.	Tratar
4. Primeros molares sup. e inf.	Tratar
5. Segundos molares sup. e inf.	Tratar

11.2. Endodoncias en dientes temporales.

Antiguamente se pensaba que no tenía importancia perder los dientes temporales, ya que erupcionarían los definitivos, pero en la actualidad se sabe la importancia que tiene mantenerlos en boca, ya que ellos son la guía de erupción de las piezas definitivas, además de contribuir al desarrollo de los maxilares.

En los casos que la pulpa ha sido afectada se debe realizar un tratamiento endodóntico en dientes temporales, que consiste en la eliminación de la pulpa tanto cameral como de los conductos y su posterior relleno con pasta reabsorbible para no impedir la exfoliación natural de los dientes.

**TABLA N°5:
Indicaciones de tratamientos de endodoncia en dientes temporales**

Examen Clínico	Estado Pulpa	Historia Dolor	Tratamiento Urgencia	Tratamiento Definitivo
-Caries profunda con exposición pulpar pequeña -Absceso del cuerno	-Inflamación Pulpar -Pulpitis Aguda	-Dolor Agudo Espontáneo o Provocado de larga duración Intermitente -Aumento con el calor	-Anestesia -Trepanación / medicación -Indicar Radiografía -Evaluar Remanente Coronario	-Evaluar -Análisis radiográfico -Pulpectomía -Obturación Definitiva -O Extraer
-Caries Con Exposición Pulpar -Absceso o Lesion Marginal -Polipo Pulpar	-Inflamación Pulpar -Pulpitis Crónica Total Con Necrosis Parcial -Pulpitis Crónica Hiperplásica	-Dolor Agudo Espontáneo o Provocado, aumento con el calor -Los síntomas pueden disminuir por la escasa vitalidad	-Anestesia -Trepanación / Medicación -Indicar Radiografía -Evaluar Remanente Coronario	-Evaluar - Análisis Radiográfico -Pulpectomía -Obturación Definitiva - O Extraer
Caries Penetrante a)Abierta b)Cerrada Con: -Absceso -Fístula -Movilidad -Cambio de color	Necrosis Pulpar	Dolor Puede Ser: -Espontáneo -Solo a la Percusión -Sin dolor	-Anestesia -Trepanación / Medicación -Indicar Radiografía -Evaluar Remanente Coronario	-Evaluar - Análisis Radiográfico -Necro-Pulpectomia -Obturación Definitiva -O Extraer

Los tratamientos de endodoncia de dientes temporales se deben resolver en Atención Primaria, por odontólogo general, según los siguientes criterios:

- Posibilidad de efectuar la técnica correcta, sin contaminación.
- Remanente coronario que permita un buen sellado y restauración posterior.
- Grado de reabsorción radicular de la pieza dentaria temporal (ver tabla N°4).

Cuando el tejido pulpar está totalmente comprometido se puede presentar:

1. Fístula
2. Abscesos vestibular-lingual o palatino
3. Pólipo pulpar
4. Al realizar la Pulpotomía terapéutica el tejido pulpar está anémico, disgregado o sangra profusamente.
5. Aumento movilidad que no corresponde a la edad fisiológica de la pieza dentaria
6. Cambio coloración con olor característico
7. Dolor agudo, espontáneo, o provocado y que puede aumentar con alimentos calientes y persiste más allá del estímulo

12. EXODONCIAS.

Se realizarán exodoncias en aquellos casos donde no se pueda mantener los dientes temporales ya sea porque la destrucción coronaria hace imposible su restauración, fracaso o imposibilidad de efectuar un tratamiento pulpar, fractura dentaria según indicación de tabla N°6.

Se debe recordar que aún cuando se ha empezado el proceso de reabsorción dentaria es necesario lograr una buena técnica anestésica, ya que los tejidos peridentarios mantienen su inervación normal, causando dolor a la extracción.

13. RECUPERACIÓN DEL DAÑO POR ENFERMEDAD GINGIVAL.

Se realizará a través de la profilaxis, ya descrita en el componente preventivo del tratamiento

14.FRACTURAS DENTARIAS Y/O ALVEOLARES EN LA DENTICIÓNTEMPORAL

Los estudios epidemiológicos establecen una alta prevalencia de traumatismos dentarios, siendo la fractura coronaria la lesión más frecuente, generalmente como causa de accidentes, práctica de deportes o violencia. En la mayoría de los traumatismos dentarios, un tratamiento rápido y apropiado puede disminuir su impacto, tanto desde el punto de vista de salud oral como estético.

**Tabla N° 6:
Diagnóstico y Tratamiento de las Fracturas Dentarias y/o Alveolares en la Dentición Temporal (28)**

Tipo de Traumatismo:	Diagnóstico		Tratamiento
	Hallazgos Clínicos	Hallazgos Radiográficos	
Fractura Coronaria no Complicada:	Fractura de Esmalte o Fractura Esmalte-dentina (E/D)	Tomar una radiografía(B) Evaluar tamaño de cámara pulpar, estado de desarrollo radicular y reabsorción	Suavizar ángulos filosos. Si es posible, el diente puede ser restaurado con vidrio ionómero de obturación ó composite
Fractura Coronaria Complicada:	Igual que fractura de E/D, con exposición pulpar	Tomar una radiografía(B) Evaluar tamaño de cámara pulpar y estado de desarrollo radicular	Realizar pulpotomía (formocresol + Oxido de Zinc Eugenol) ó tratamiento del conducto radicular o exodoncia
Fractura Corono-Radicular :	El fragmento coronario está adherido a la encía y móvil. La pulpa puede o no estar expuesta Mínimo a moderado desplazamiento dentario	Tomar una radiografía (B)	Exodoncia. No se debe insistir en la remoción de fragmentos radiculares
Fractura Radicular:	Diente está móvil y el fragmento coronario puede estar desplazado	Tomar una radiografía (B)	Si hay desplazamiento, extraer sólo el fragmento coronario. El fragmento apical debe dejarse para que se reabsorba fisiológicamente
Fractura Alveolar:	El segmento que contiene al diente está móvil y generalmente desplazado. Buscar un escalón o discontinuidad	Tomar una radiografía (B)	Reposicionar el segmento. Ferulizar a los dientes adyacentes por 3-4 semanas ó extraer
Instrucciones al Paciente	Dieta semisólida durante 10 – 14 días Cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida Controles de seguimiento(ver Tabla 7)		

Tabla N° 7
Plan de Seguimiento del Trauma Dentario Agudo- Dentición Temporal

Tiempo		1 sem.	2-3 sem.	3-4 sem.	6-8 sem.	6 meses	1 año	Cada año subsiguiente hasta la exfoliación
Fractura Coronaria no complicada				C				
Fractura Coronaria complicada				C		C	C	
Fractura Alveolar				S+C	C	C	C	
Fractura Radicular	Sin desplazamiento		S+C		C		C	
	Exodoncia						C	C(*)
Concusión/ Subluxación					C			
Luxación lateral Extrusión	Uso de férula		S+C		C	C	C	C
	Reposición espontánea		C		C	C	C	C(*)
Intrusión		C		C	C	C	C	C(*)
Avulsión		C						C(*)
	S=Remoción de férula C = Examen clínico y radiográfico (*)= Monitoreo radiográfico hasta la erupción del sucesor permanente							

15. EXÁMEN DE APOYO:

15.1. ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Cuando sea necesario se tomarán radiografías dentales, utilizando las medidas de seguridad definidas por Norma: uso de delantal plomado con protección tiroidea y mínimo tiempo de exposición a radiaciones ionizantes.

Recurso Humano :

- Odontólogo: toma Rx. y diagnostica
- Auxiliar Paramédico de Odontología capacitado(a): sólo toma Rx., bajo supervisión del odontólogo.

16. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Según criterio de clasificación del niño en alto o bajo riesgo y/o necesidad de confirmar criterio clínico puede ser necesario enviar referencia a toma de radiografía, ya sea a nivel primario de atención, si cuenta con equipamiento de Radiología o al Nivel Secundario, si no hay disponibilidad local ; en ambos casos el instrumento utilizado es la **Orden de Atención**.

En aquellos casos donde el paciente necesite una atención de Endodoncia el instrumento a utilizar es la **Solicitud de Interconsulta o Derivación**.

Toda Interconsulta debe registrar claramente, con letra legible, la siguiente información:

- Nombre del paciente con los dos apellidos
- Fecha de nacimiento
- RUT
- Establecimiento asistencial de origen
- Establecimiento y especialidad en la cual se solicita atención
- Diagnóstico clínico, indicando la pieza dentaria, si es pertinente, o el tiempo de evolución de la lesión
- Examen o tratamiento solicitado
- Registrar la patología AUGE por la cual se deriva, en este caso Salud Oral Integral Para niños de 6 años.
- En las Observaciones, indicar aquellas características del paciente que sea necesario considerar para el diagnóstico y tratamiento definitivos, como por ejemplo:
 - Procedimientos efectuados
 - Patologías de base
 - Medicamentos indicados
 - Intolerancia a medicamentos
 - Patologías durante el embarazo
- Fecha de emisión de la Interconsulta
- Nombre y apellidos del Odontólogo o Médico que solicita la atención.

Se deben enviar los exámenes de laboratorio que se le hayan practicado y en lo posible los estudios radiográficos de la pieza dentaria o territorio afectados.

Al emitir una Interconsulta el Odontólogo debe, además, indicar al paciente los documentos que debe presentar en el establecimiento de atención de especialidad.

Una vez que el paciente es dado de Alta en el tratamiento solicitado, el especialista deberá emitir un Informe del procedimiento efectuado, para lo cual utilizará el reverso de la hoja de Interconsulta. También deberá anotar las indicaciones que sean pertinentes para que el profesional solicitante pueda continuar controlándole.

CRITERIOS DE ALTA

Criterios de egreso:

El niño(a) egresa cuando recibe un alta educativa, preventiva o integral.

Alta educativa.

Se alcanza cuando el niño(a) está sano, por lo tanto ha recibido el componente diagnóstico y actividad educativa de refuerzo.

Alta preventiva.

Se alcanza cuando el niño(a) está en riesgo, por lo tanto ha recibido los componentes: diagnóstico, educativo y preventivo.

Alta integral.

Se alcanza cuando el niño(a) está con daño, por lo tanto ha recibido los componentes: diagnóstico, educativo, preventivo y recuperativo.

Alta por traslado de uno a otro sector de salud. (Público al privado o vice-versa)

Por cambio de previsión de los padres y/o apoderados.

Alta por abandono o disciplinaria

Si el niño(a) no acude a tratamiento dental , después de 3 meses desde la última citación, sin justificar su inasistencia.

A todo niño(a) al finalizar su tratamiento debe indicársele el tipo de egreso que corresponde, independiente de que la garantía continúe por no presentar erupción de los primeros molares definitivos.

Los pacientes para quedar en seguimiento se les debe realizar una Orden de Atención a Seguimiento, pero el alta debe ser dada.

13. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA SEGUIMIENTO

Criterio de reingreso.

El niño(a) que aún tiene 6 años y presenta un episodio de urgencia odontológica o ha perdido total o parcialmente un procedimiento realizado durante el cumplimiento de la Garantía, debe ser reingresado para resolver su problema.

Criterio de Seguimiento

Los niños(a) a los que no se pudo evaluar ni aplicar sellantes en los 1eros molares definitivos, por no erupción o erupción parcial, deberán quedar en Seguimiento y darles una nueva citación en un lapso determinado según criterio clínico, aunque sobrepase la edad garantizada.

Al finalizar el Seguimineto se debe realizar un al paciente un cierre de caso

BIBLIOGRAFÍA:

1. Decreto N° 170 de 2004 “Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud”. Publicado en el Diario Oficial el 28 de Enero 2005
2. Us Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain Management: operative or medical procedures and trauma. Rockville (MD): The agency; 1993. Clinical Practice Guideline N° 1. AHCPR Publication N° 92-0023.p.107
3. Urbina T. ; Caro J.P.; Vicent M.” Caries y Fluorosis en Niños de 6 a 8 años y 12 años”. Minsal, Chile 1996-1999.
4. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Atención Odontológica de Nivel Primario. Ministerio de Salud. 2004.
5. Norma de Actividades Promocionales y Preventivas Específicas en la Atención Odontológica Infantil. Minsal.1998.
6. A National Clinical Guideline. Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diciembre 2000.
7. López Trujillo J.M. y col. “Manejo y Técnicas en la Atención odontopediátrica, especialmente en niños maltratados”. Avances en Odontoestomatología. Vo. 15,1999,pp:297-301.
8. Arthur J Nowak, DMD, John J Warren, DDS, MS “Up to Date, Preventive Dental Care and Counseling for Infants and Young Children” Vol.11 N° 3. 2003. RS
9. Kay E, Locker D.A “Systematic Review of the Effectiveness of Health Promotion aimed at Improving Oral Health” Community Dent Health, 1998 Sep.
10. Hale KJ; American Academy of Pediatric Section on Pediatric Dentistry. Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home. [Pediatrics](#). May 2003
11. Stamm J.W.. “International Consensus Workshop on Caries Clinical Trials (ICW-CCT)- Final Consensus Statements: Agreeing Where the Evidence Leads”. Scotland, Enero 7-10-2002. Pag. C125
12. Bader JD, Shugars DA, Bonito A. “A Systematic Review of Selected Caries Prevention and Management Methods”. J. Community Dent oral Epidemiology. 2001 Dic.
13. Nunn JH, Murray JJ, Smallridge J; BSPD. British Society of Pediatric Dentistry: “A Policity Document on Fissure Sealants in Pediatric Dentistry”. Int J Pediatric Dent. 2000 Jun
14. Anusavice K. “Clinical decision making for coronal caries management in the permanent dentition”. J. Dent educ. 2001
15. Stephen KW, Creator SL, Russel JT, Burchell CK, Huntington E, Downie CF. “A 3 year oral health dose-response study of sodium monofluorophosphate dentifrices with and without zinc citrate :anticaries results”. Community Dent Oral Epidemio 1988; 16:321-5.
16. Stookey GK, DePaola PF, Featherstone JD, Fejerskov O, Moller IJ, Rotberg S, et al. “ A critical review of the relative anticaries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices”. Caries Res.1993;27:337-60.

17. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiman S. "Fluoride Varnishes for Preventing Dental Caries in Children and Adolescent". A. Cochrane Database Syst Rev. 2003
18. Strohmeier L, Brambilla E. "The Use of Fluoride Varnishes in the prevention of Dental Caries: a Short Review". Oral Dis. Mar 2001
19. McComb D. "Systematic review of conservative operative caries management strategies". J Dental Education. 2001.
20. Corbin SB, Kohn Wg. "The benefits and risks of dental amalgam: current findings reviewed". J Am Dent Assoc. 1994; 125:381-8.
21. University of York. NHS Center for Review and Dissemination. "Effective Health Care Bulletin. Dental Restoration: what type of filling?". April 1999:5 (2) ISBN:0965-0288
22. Dodes JE. "The Amalgam Controversy. An Evidence-based Analysis". J Am Dent Assoc. Sep. 2001
23. Newbrun E. "Topical Fluoride in Caries Prevention and Management: A North American Perspective". J Dental Education. 2001
24. Bjorndal L, Thylstrup A. "A practice-based study on stepwise excavation of deep carious lesions in permanent teeth: a 1-year follow-up study". Community Dent Oral Epidemiology. 1998 Apr;26(2):122-8.
25. Ricketts D. " Management of the deep carious lesion and the vital pulp dentine complex". British Dental Journal, volumen 191, N° 11-09-12-2001. Págs. 606, 608).
26. Carmona M., Jiménez M., Carbonell Z, Martínez E, Bertel O. "Lesiones Ulcerativas de los tejidos Blandos de la Boca: Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia" Seguro Social de Salud, Colombia. Editorial Gráficas JES, Primera edición 1998
27. Evidencia Clínica Concisa 2004; 3:340-341.
28. Protocolos para la Evaluación y Tratamiento de los Traumatismos dentarios IADT 2000.
29. Llewelyn D.R "UK National Clinical Guideline in Pediatric Dentistry" International Journal of Pediatric Dentistry 2000, N° 10 Pags 248-252.
30. Weyant R. "Four pulp treatments for extensive decay in primary teeth show equal effectiveness" J. Evid. Dent. Pract. 2004; 4:277-8
31. George A., Rubin G., "A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo" Br. J. Gen. Pract. 2003 Jun; 53 (491) 480-7
32. De Wong, D., y Whaley, L.: Clinical manual of pediatric nursing, 3° ed. Copyright C.V.Mosby Company, 1990

ANEXOS

**Anexo 1: Distribución del COPD y
ceod por región.**

**Anexo 2: Índice de Greene y
Vermellon**

Anexo 3: Ficha clínica

Distribución del COPD y ceod por región (3)

Indice ceod en Niños de 6 a 8 Años por Regiones

Chile 1996 - 1997 - 1999

REGION	c	e	o	ceod
I	1.84	0.90	0.58	3.32
II	2.18	0.60	0.60	3.38
III	1.87	0.88	0.35	3.10
IV	2.13	0.79	0.97	3.89
V	1.10	0.46	0.68	2.24
VI	2.26	0.93	0.83	4.02
VII	2.52	1.02	1.20	4.74
VIII	2.88	1.38	0.54	4.80
IX	3.55	1.72	0.71	5.98
X	2.88	1.48	1.22	5.58
XI	2.24	2.00	1.00	5.24
XII	1.78	1.01	1.13	3.92
RM	2.06	1.07	1.16	4.29
País	2.25	1.10	0.84	4.19

Índice COPD en Niños de 6 a 8 años, por Regiones

Chile 1996 - 1997 - 1999

Región	C	O	P	COPD
I	0.47	0.09	0.02	0.58
II	0.50	0.07	0.03	0.60
III	0.46	0.01	0.02	0.49
IV	0.63	0.10	0.04	0.77
V	0.32	0.08	0.02	0.42
VI	0.93	0.13	0.01	1.07
VII	0.79	0.24	0.08	1.11
VIII	0.92	0.13	0.06	1.11
IX	1.00	0.09	0.11	1.20
X	1.26	0.15	0.07	1.48
XI	0.99	0.13	0.11	1.23
XII	0.69	0.12	0.03	0.84
RM	0.95	0.15	0.07	1.17
País	0.76	0.11	0.05	0.93

Anexo 2

Índice de Higiene oral simplificado de Green y Vermellon:

Componentes del Índice:

- Índices de depósitos blandos** → restos de alimentos, pigmentos.
→ Placa Bacteriana.

Dientes que mide:

- 1.1 } se les mide por la cara vestibular
- 1.6 } se les mide por la cara vestibular
- 2.6 } se les mide por la cara vestibular
- 3.1 } se les mide por la cara vestibular
- 4.6 } se les mide por la cara lingual
- 3.6 } se les mide por la cara lingual

-Si no está alguno se toma el vecino. En el caso del incisivo central derecho, si no está se toma el I.C. izquierdo. Y en el caso de los molares se elige el 2 M cuando no está el 1°.

Criterios:

-**Depósitos blandos:**

- 0** → No hay depósitos ni pigmentaciones.
- 1** → Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.
- 2** → Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.
- 3** → Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.



Cálculo del índice:

$$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$$

Niveles de IHO

- 0.0-1.0 : óptimo
- 1.1-2.0 : regular
- 2.1-3.0 : malo
- más de 3 : muy malo

ANEXO 3 FICHA CLINICA

**REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD**

FICHA ODONTOLÓGICA NIÑO 6 AÑOS

N° _____
FECHA SOLICITUD HORA _____
FECHA INGRESO _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	RUT
DIRECCIÓN			CALIDAD PREVISIONAL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO	

EXAMEN INTEGRAL

1.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

ANAMNESIS: ANTECEDENTES FAMILIARES

(0) SIN ANTECEDENTES **TRASTORNOS CARDIOVASCULARES** **DIABETES**
(1) CON ANTECEDENTES **CANCER** **OTROS**

ANTECEDENTES MEDICOS

(0) NO **ESTA EN TRATAMIENTO MEDICO** **ALÉRGICO (ESPECIFICAR)**
(1) SI **DIABÉTICO** **CARDIOVASCULARES**
 ASMA **EPILEPSIA**
 OTROS **DAÑO NEUROLOGICO**

EXAMEN FISICO GENERAL (0) NORMAL (1) ALTERADO ESPECIFICAR _____

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD: **SUDORACIÓN** **TEMBLORES** **AUMENTO DE PULSO** **NAUSEAS**

MALOS HABITOS (1) DEGLUCIÓN INFANTIL (2) RESPIRACIÓN BUCAL (3) ALTERACIONES DE LENGUAJE
(4) ONICOFAGIA (5) INTERPOSICIÓN LINGUAL (6) SUCCION DEDO

EXAMEN INTRAORAL (0) NORMAL (1) ANORMAL

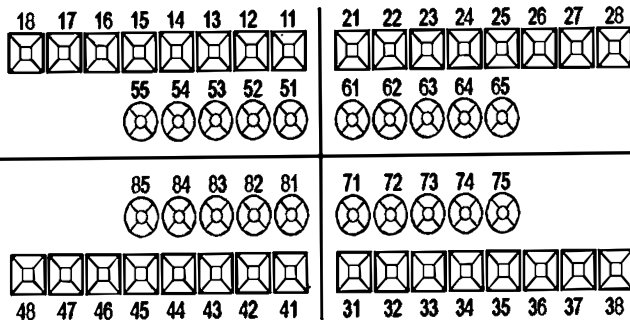
MUCOSAS: **FARINGE** **PALADAR** **PISO DE BOCA** **LENGUA** **LABIOS**

ENCIAS: **GINGIVITIS** (0) AUSENTE (1) LOCALIZADA (2) GENERALIZADA

OCLUSION (1) CLASE I (2) CLASE II (3) CLASE III

ALTERACIONES DEL ESMALTE (0) NINGUNA (1) MANCHAS BLANCAS O CAFÉ UNILATERALES
(2) MANCHAS BLANCAS O CAFÉ BILATERALES (3) PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DEL ESMALTE

CARIES DENTAL.: ODONTOGRAMA



c	ei/e	o	ceo	C	O	P	COP

CONSUMO DIETA CARIOGENICA

CANTIDAD DE VECES AL DIA QUE CONSUME ALIMENTOS
O JUGOS AZUCARADOS ENTRE LAS COMIDAS (COLACION)

(0) NINGUNA (Sin Riesgo)
(1) 1 VEZ (Bajo Riesgo)
(2) 2 O MAS VECES (Alto Riesgo)

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREEN Y VERMELLON

1.1V	1.6V	2.6V	3.6L	4.6L	4.1L	IHOS	FECHA

2.- EDUCACION EN TECNICA DE HIGIENE BUCAL

TECNICA DE CEPILLADO INDICADA
(1) TECNICA CIRCULAR FECHA
(2) TECNICA DE BARRIDO

REFUERZO AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL

(1) ODONTOLOGO FECHA
(2) PERSONAL PARAMEDICO DE ODONTOLOGIA

OBSERVACIONES

TIPIFICACION NIÑO

(1) SANO
(3) ALTO RIESGO

(2) BAJO RIESGO
(4) CON DAÑO

La tipificación del niño se realiza según el protocolo Tabla 1 midiendo :

- Historia de caries: -Consumo de Hidratos de carbono
- Discapacidad Neuromotora o Mental -Índice de Green y Vermellón

ENTREGA

CEPILLO DIENTES

FECHA

PASTA DENTAL

FECHA

TRATAMIENTO

		TRATAMIENTO	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	TRATAMIENTO		
18										28
17										27
16										26
15	55								65	25
14	54								64	24
13	53								63	23
12	52								62	22
11	51								61	21
41	81								71	31
42	82								72	32
43	83								73	33
44	84								74	34
45	85								75	35
46										36
47										37
48										38

Se: Sellante

Am: Amalgama

RSL: Restauración superficies Lisas

TI: Técnica Incremental

TPDD: Terapia Pulpar Diente Definitivo

TPDT: Terapia Pulpar Diente Temporal

FI: Fluor Tópico

Rc: Resina Compuesta

Rp: Restauración Preventiva

P: Pulpotomía

Rx: Radiografía

Pr: Profilaxis

Vi: Vidrio Ionómero

RH: Restauración Hipoplasia

Ex: Exodoncia

E: Etapa Intermedia

INTERCONSULTAS

Endodoncia

Rx

Odontopediatría

Ortodoncia

Otros

ALTAS

(1) EDUCATIVA

(2) PREVENTIVA

(3) INTEGRAL

FECHA

--	--	--

(4) POR ABANDONO
O DISCIPLINARIA

(5) POR CAMBIO PREVISIONAL

SEGUIMIENTO

Instructivo Ficha Clínica

Fecha de solicitud de hora: indicar fecha en que el paciente solicita hora en el SOME, o Consulta dental.

Fecha de ingreso a tratamiento: indicar fecha en que el paciente es ingresado a tratamiento.

Identificación y Datos generales: Auto explicativo

Examen Integral: Diagnóstico y Plan de tratamiento

Anamnesis: Antecedentes Familiares.- Indicar en las patologías establecidas (0) si no hay antecedentes familiares y (1) si tiene antecedentes; especificar la patología si no existe la opción.

Antecedentes Médicos Indicar en cada patología (0) si no la tiene y (1) si la presenta. En el caso de las Alergias se debe especificar la causa.

Examen Físico General: se debe consignar (0) si se encuentra normal y (1) si está alterado, en este caso se debe especificar cual es la alteración observada.

Evaluación de Ansiedad: Marcar los signos y síntomas que presenta el paciente en el momento del examen, para evaluar cuan ansioso se encuentra.

Malos Hábitos Indicar en el recuadro correspondiente cual o cuales malos hábitos presenta el paciente; puede ser más de uno. En caso que no presente se consigna (0).

Examen Intraoral: se indica (0) si se encuentra normales y (1) si están alterados.

Encías: evaluar si presenta gingivitis localizada o generalizada.

Oclusión: Registrar la oclusión que presenta según la clasificación de Angle.

Alteraciones del esmalte: indicar si presenta alguna alteración de las indicadas.

Odontograma: Se utiliza la nomenclatura internacional por cuadrantes, en la cual el 1.1 es el incisivo central superior definitivo (ICS) derecho, el 2.1 es el ICS izquierdo, el 3.1 es el IC inferior izquierdo y el 4.1 IC inferior derecho; en consecuencia todos los .6 son los primeros molares definitivos. Los cuadrantes temporales se inician con 5. ; 6. ; 7. y 8. siguiendo la lógica de los cuadrantes definitivos. Rellenar con rojo las caras y dientes que presentan caries y con azul las que están obturadas. Marcar con un X las que están ausentes o con indicación de extracción.

Índice ceo y COP: indicar la cantidad de dientes cariados, con indicación de exodoncia o extraídos por caries, y los obturados en dentición temporal; y los dientes Cariados, Obturados y Perdidos en dentición definitiva. Si un diente se encuentra cariado y obturado se cuenta como caries.

Índice de Higiene Oral Simplificado: llenar según anexo 2 de la Guía Clínica de Salud Oral Integral de los Niños de 6 años.

Consumo de Dieta Cariogénica : indicar según niveles dados la cantidad de veces al día que el niño consume alimentos o jugos azucarados entre las comidas.

Educación en técnica de higiene oral: indicar que técnica de cepillado se le enseñó y la fecha en la cual fue realizada la instrucción.

Refuerzo autocuidado Indicar quien realiza el refuerzo y la fecha de cada refuerzo realizado.

Tipificación Niño: utilizar los datos de la tabla 1 para la tipificación del niño.

Entrega: indicar la fecha de entrega de cepillos de dientes y pastas dentales.

Tratamiento: llenar según Nomenclatura y simbología, indicando la fecha de cada actividad.

Interconsultas: marcar el destino de las interconsultas.

Altas : indicar el tipo y la fecha del alta según intervenciones efectuadas.

Seguimiento: indicar si el paciente debe mantenerse en seguimiento según criterios dados en el protocolo, e indicar acciones en caso de reingreso.