

**CONSIDERACIONES EN EL
CONTROL ODONTOLÓGICO INTEGRAL DE
PERSONAS DE 20 Y MÁS AÑOS, EN EL CONTEXTO
DE LA ESTRATEGIA CUIDADO INTEGRAL
CENTRADO EN LA PERSONA**

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
2024**



2024

© MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

CONTENIDOS

PRESENTACION.....	4
OBJETIVO Y ALCANCE DEL DOCUMENTO	5
OBJETIVOS.....	5
CRITERIO DE INGRESO	6
PAUTA EVALUACIÓN DE RIESGO	7
CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO ODONTOLÓGICO.....	12
CONTINUIDAD DEL CUIDADO: SEGUIMIENTO Y PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES	13
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	14
REGISTRO REM	18
VINCULACIÓN A LA CERTIFICACIÓN DEL DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAIS).....	19
PROGRAMACIÓN.....	19
AUTORÍA.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	28
Anexo 1: Flujo Atención Odontológica Integral a Usuarios Ingresados a ECICEP con Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada	28
Anexo 2: Pauta Riesgo Odontológico en personas de 20 y más años.....	29
Anexo 4: Afiche ¿Cómo debo limpiar mis prótesis dentales?.....	30
ANEXO N°5: Díptico Autoexamen Bucal.....	31
ANEXO N° 6: Guía Para la Evaluación de Funcionalidad: Índice De Leake ..	32

PRESENTACION

En Chile, como en el mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud en aumento, tanto en magnitud como en complejidad. Ante esta situación, los sistemas de salud evidencian la fragmentación en la provisión de servicios, generada por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas o en grupos de estas. Esta manera de funcionamiento y fragmentación tensiona a todos los actores del sistema de salud, si se considera que la mayoría de la población adulta es portadora de dos o más enfermedades crónicas (1).

Las personas con multimorbilidad, comparadas con quienes presentan sólo una condición crónica, tienen una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. Todo esto, junto con incrementar el consumo de recursos sanitarios, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, su familia y sus cuidados (1)

La implementación del cuidado integral centrado en la persona y en Red implica transitar desde las construcciones teóricas hacia su ejecución y desarrollo de manera articulada entre los distintos niveles de atención. Para este proceso, los equipos cuentan con el acompañamiento y apoyo del equipo del Servicio de Salud, así como de los coordinadores de la Estrategia de Control Integral Centrada en la Persona (ECICEP) a nivel comunal y hospitalario. Asimismo, cuentan con su experiencia y aprendizajes, sobre los cuales será relevante confiar y compartir, de manera de orientar su acción (1).

En esa misma línea estratégica, el Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030 plantea, dentro de sus objetivos específicos de la línea Estratégica de Provisión de Servicios Odontológicos de Calidad, aumentar la cobertura de atención dental para personas adultas y mayores. Este objetivo incluye avanzar hacia un enfoque integrado en el manejo de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo (2).

Como foco de priorización y considerando el impacto de la diabetes mellitus, enfermedad que representa un grave problema de salud pública en Chile, con una prevalencia que alcanza el 12,3% en población mayor a 15 años y supera el 30% en personas mayores de 65 años, lo que equivale a 1.7 millones de personas afectadas por esta enfermedad en todo el país. Más de 1.000.000 personas con diabetes mellitus en Chile son tratadas en la Atención Primaria de Salud (APS) (3).

En este contexto se levanta este Marco Operativo que busca dar un lineamiento a la Red de Atención Primaria respecto al seguimiento y mantención odontológica en personas de 20 y más años, priorizando a las personas con diagnóstico de diabetes

mellitus que hayan finalizado la fase activa del tratamiento odontológico, sin embargo, considerando las características de las enfermedades bucales y su vinculación con las principales enfermedades crónicas que afectan a la población adulta y mayor, estas orientaciones también son aplicables a todas las personas de 20 y más años en el contexto de la ECICEP.

OBJETIVO Y ALCANCE DEL DOCUMENTO

El presente documento tiene por objetivo establecer el marco operativo para el control odontológico integral en personas mayores de 19 años en el contexto de la ECICEP en el sistema público de salud.

Va dirigido a los equipos en el sistema público de salud con énfasis en la Atención Primaria y en coordinación con los otros niveles de atención.

OBJETIVOS

Objetivo General

Fomentar la salud integral mediante la implementación de medidas preventivas odontológicas integradas en el Plan de Cuidado Integral, orientadas a la población mayor de 20 y más años en contextos de cronicidad.

Objetivos Específicos

1. Mantener el control odontológico de la población de 20 y más años en la ECICEP, enfocado en la gestión de riesgos específicos para mejorar la salud bucal.
2. Fomentar hábitos de vida saludables y reducir factores de riesgo en la salud bucal de la población de 20 y más años en la ECICEP.
3. Optimizar el acceso a medidas preventivas y de detección temprana de problemas bucales, ajustadas al nivel de riesgo odontológico y fundamentadas en criterios de costo-efectividad, para la población de 20 y más años en la ECICEP.
4. Realizar una evaluación integral de la salud bucal y definir, en conjunto con la persona y el equipo de salud, un plan de trabajo personalizado y consensuado.

CONTROL DE RIESGO ODONTOLÓGICO EN PERSONAS DE 20 Y MÁS AÑOS INGRESADAS A LA ECICEP.

El ingreso a la ECICEP considera la construcción del plan de cuidado integral consensuado en el que se acuerda con la persona los objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, con miras al automanejo de su situación crónica de salud y al logro de su bienestar integral (1) y para este fin, debe considerar la salud bucal dentro de la evaluación integral de la persona y según sus necesidades contemplar esta área en los objetivos y metas del plan de cuidados de la persona.

El control de riesgo odontológico en población mayor de 19 años ingresada a la ECICEP, se refiere al seguimiento realizado a través de controles odontológicos a personas mayores de 19 años que estén ingresadas a la ECICEP, con o sin patologías orales, para mantenerlos(as) sanos y compensar en forma temprana a los que están enfermos; da continuidad al Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) Adolescente.

Los controles serán realizados en forma presencial y telemática, en los centros de atención primaria de salud del país, según plan de salud consensuado con la persona.

Revisar Anexo N°1 Flujo Atención Odontológica Integral a Usuarios Ingresados a ECICEP con Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada (4)

CRITERIO DE INGRESO

Población Inscrita de 20 y más años **ingresada a la ECICEP**, priorizando a los siguientes grupos de riesgo¹:

- Personas con diabetes mellitus y que hayan sido tratadas periodontalmente por odontólogo de APS y/o especialista en periodoncia² en el nivel primario o contra referido desde el nivel secundario.
- Personas con diabetes mellitus que hayan sido tratadas mediante Atención Odontológica Integral en Hombres, Más Sonrisas para Chile, personas de GES 60 años y/o estrategia Prótesis Removible.

Según el manual REM A, el Ingreso Integral corresponde al número de personas con condiciones crónicas estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3) que ingresan a cuidados integrales, por única vez (5) En esta interacción, el equipo de salud valora las dimensiones biológicas, psicológicas,

¹ Sin ser excluyente de la población descrita

² Posterior a los 2 controles periodontales que debe realizar el especialista en periodoncia, según la orientación técnica de los PRAPS con Atención Periodontal.

sociales y espirituales de la persona en cualquier etapa del curso de vida en el que se encuentra y registra los antecedentes relevantes del estado salud-enfermedad. Además de educar a las personas en cuanto a sus factores de riesgo, sus condiciones crónicas y enfatizar la importancia de la adherencia tanto a sus controles como a sus terapias. El ingreso a la ECICEP considera la construcción del **plan de cuidado integral consensuado** en el que se acuerda con la persona objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, con miras al automanejo de su situación crónica de salud y al logro de su bienestar integral (6).

PAUTA EVALUACIÓN DE RIESGO

El control de riesgo odontológico en población de 20 y más años ingresada a la ECICEP debe realizarse con enfoque de curso de vida y con un horizonte temporal de por vida, los cuales se realizarán con una periodicidad definida según riesgo odontológico y en acuerdo con la persona, mediante la aplicación de Pauta de Tamizaje levantada reconociendo el aprendizaje del Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) e instrumentos de evaluación de riesgo odontológico utilizados a nivel internacional (7) Esta periodicidad es un estándar que debe definirse en el Plan de salud consensuado con la persona.

Los componentes del control odontológico serían.

1. Examen salud oral, examen de mucosa con énfasis en pesquisa de lesiones potencialmente maligna, funcionalidad oral y aplicación y registro del Examen periodontal básico (EPB), índice COPD y número de dientes presentes en boca, información solicitada y que debe registrarse en el REM A09, sección C.
2. Aplicación anual de Pauta de Riesgo (anexo N°2)
3. Refuerzo de medidas de prevención específicas y/o reforzadas (destartraje, aplicación de flúor barniz, etc)

El objetivo del EPB es realizar una exploración sencilla y rápida de la situación periodontal con el fin de evaluar y tomar la decisión de tratar o derivar al especialista para un diagnóstico periodontal completo, el cual es descrito detalladamente en el documento *“Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales”*³. Este examen realizado por el odontólogo debe estar incorporado en el examen de salud que se realiza a toda persona que ingresa a tratamiento odontológico integral y sus controles, quedando registro en la ficha clínica. Para su aplicación, la dentición se divide en 6 sextantes,

³ <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/848/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-para-la-prevenci%C3%B3n-y-tratamiento-de-las-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

para cada uno de los cuales se establece un solo código, el cual se determina después de examinar la profundidad al sondaje de todos los dientes del sextante, considerando el código de mayor valor observado para ese sextante (8)

Es una herramienta de screening o tamizaje que permite determinar la necesidad de la aplicación del Examen Periodontal Completo que requiere mayor tiempo para su realización (8). Al ser usuarios que ya han finalizado tratamientos integrales previos y en caso de contar con registro de EPB y/o periodontogramas anteriores, se deben revisar.

La aplicación de la pauta de riesgo debe basarse en los cambios que ocurran con respecto a los resultados obtenidos durante la fase de tratamiento y controles previos, lo que implica que se debe establecer una nueva evaluación basal tras completar el tratamiento y haber controlado la salud bucal (9).

Al igual que en el Programa CERO, el resultado de dicha pauta orientará la periodicidad y tipos de control odontológico y las recomendaciones de mantención y prevención específicas que serán propuestas a la persona.

I. ANAMNESIS

Para llevar a cabo una anamnesis adecuada, es fundamental revisar el “Plan de cuidado integral y consensuado de la persona”. Esta acción permite al odontólogo comprender los acuerdos establecidos entre el equipo de salud y la persona, y evaluar si ha logrado cumplir con sus compromisos relacionados con el automanejo y la compensación de sus condiciones crónicas, lo que contempla, por ejemplo, la compensación de la persona con diabetes revisando en ficha el historial y última hemoglobina glicosilada.

Para la evaluación de riesgo de este ámbito, se deberá evaluar:

- a. **Condición de Dependencia:** La ley 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, define en su artículo 6 a la dependencia como “El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida. Para este caso, el equipo de APS actualmente utiliza la prueba de Barthel y/o certificado médico que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador para medición de grado de dependencia (10) La relación entre nivel de dependencia y medición de riesgo es este ámbito, es la siguiente:

- Dependencia leve: se considerará de bajo riesgo en este ámbito.
 - Dependencia moderada: será considerado de Riesgo Alto.
 - Dependencia severa: será considerado de Riesgo Alto y se abordará mediante atención odontológica domiciliaria.
 - No registra evaluación de dependencia, serán catalogados como “bajo riesgo” a no ser que al examen físico se evidencie algún nivel de discapacidad, en cuyo caso se debe derivar al equipo de sector para su evaluación.
- b. Compensación de Diabetes Mellitus:** la diabetes mellitus está asociada con un mayor riesgo y severidad de la enfermedad periodontal, además de una respuesta menos favorable al tratamiento, especialmente en aquellas personas descompensadas⁴, Asimismo, la terapia periodontal ha demostrado ser costoefectiva en el manejo integral de la diabetes tipo dos, al reducir los costos asociados al manejo de esta enfermedad y la incidencia de complicaciones (11), por lo que este grupo será considerado de Riesgo Alto.

II. CONDICIÓN CLÍNICA

Durante el control odontológico de mantención, se debe revisar y actualizar el plan de cuidado integral consensuado, el cumplimiento de las metas, de indicaciones farmacológicas y terapéuticas y compensaciones de las patologías crónicas de la persona. Al examen bucal, se examinan los tejidos blandos, los dientes y los tejidos periodontales buscando cualquier signo de enfermedad, y se comprueba la oclusión para detectar signos de traumatismo oclusal. Se realiza sondaje de los tejidos periodontales y se anotan los cambios en profundidad de sondaje y nivel de inserción. También se evalúa el sangrado al sondaje y la supuración (8), una vez realizado dicho examen, se procede a la categorización del riesgo de este ámbito:

- a. Porcentaje de localizaciones con sangrado al sondaje:** El sangrado al sondaje refleja cual es el estado de inflamación de los tejidos periodontales. Se ha definido que >25% es alto riesgo (12).

⁴ Definición MINSAL de descompensación de Diabetes Mellitus: Adultos HbA1c>7%; Adultos mayores de 65 saludable >7,5%; Adultos mayores frágiles >8% y Adultos mayores en estado de salud muy complejo >8,5. (31)

b. Funcionalidad Oral: Aunque no conozcamos las razones de las pérdidas dentarias, el número de dientes refleja la funcionalidad de la dentición y parece reflejar la historia de enfermedades orales.

En esta pauta ha considerado como alto riesgo a:

- Personas que tienen menos de 20 dientes y que no presenten una rehabilitación protésica y/o esta no se encuentra en buenas condiciones ni es funcional.

c. Prevalencia de sacos residuales >4 mm o EPB código 4 o *: Se ha mostrado sacos profundos residuales están asociadas con un mayor riesgo de desarrollo de pérdida de inserción adicional. Se considerarán riesgo alto en los siguientes casos:

- EPB Código 4: se da al sextante en el que uno o más dientes tienen una profundidad de sondaje mayor a 5.5 mm (8), o
- Código *: se le da al sextante en que hay compromiso de furcación grado 2 ó 3(8), o
- Más de 8 sacos residuales mayores a 4 mm se considera en riesgo alto (12).

d. Presencia de lesiones de caries activas y/o requieran tratamiento no invasivo y/o restaurador: según definiciones del Sistema Internacional de Clasificación y Manejo de Caries, ICCMS™ según sus siglas en inglés (13).

La presencia de estas lesiones, clasifican a la pregunta como alto riesgo.

III. HIGIENE:

Este ámbito consta de tres preguntas:

- a. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes la persona? Considerándose de alto riesgo aquellas personas que declaran cepillarse los dientes “menos de 2 veces/día”.
- b. ¿La persona utiliza seda dental y/o cepillo interproximal, en alguno de los cepillados dentales que realiza al día? Definiendo como alto riesgo la respuesta de “A veces/Nunca”.
- c. ¿La persona se lava los dientes antes de ir a dormir? Definiendo como alto riesgo la respuesta de “A veces/Nunca”.

En caso de que la persona presente un nivel de dependencia, se debe evaluar cuando dirigir la consulta al cuidador o al usuario, cautelando el ejercicio de autonomía del usuario.

IV. DIETA

El ámbito dieta, debe complementarse con la evaluación de las recomendaciones nutricionales vinculada a la(s) patología(s) crónica(s) de la persona y que son entregadas por el equipo de salud.

Este ámbito consta de dos preguntas:

- a. ¿Cuántas veces al día la persona ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?, si la respuesta es 4 o más veces/día se clasifica como riesgo alto.
- b. ¿la persona ingiere líquidos y/o alimentos azucarados luego del último cepillado dental? Si la respuesta es “A veces/siempre” se categoriza como alto riesgo.

V. TABACO

El tabaco constituye uno de los factores de riesgo asociados a la enfermedad periodontal y con una mayor severidad de la enfermedad periodontal de un modo dosis-dependiente (12), la clasificación para este ámbito será:

- Riesgo alto: fumadores de más de 10 cigarrillos al día y/o definidos con consumo perjudicial de tabaco⁵ (14).

VI. FLUORURO:

¿Utiliza la persona pasta de dientes con 1000-1500 ppm de flúor?, aquellos usuarios que no utilizan pasta de más de 1000 ppm de flúor para cepillarse los dientes, se clasifican como riesgo alto.

VII. MOTIVACION:

Después de las preguntas anteriores, el odontólogo debe responder a la siguiente pregunta: ¿cuál cree que es la motivación de la persona en cuanto al cuidado oral?

Las personas con baja motivación se clasifican como de alto riesgo.

⁵ Consumo Perjudicial: Es el consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico y/o mental.

Esta pregunta evalúa la percepción del odontólogo sobre la actitud de la persona hacia el cuidado de su salud oral, incluyendo aspectos como la higiene general, cuidados personales, trato, y adherencia a los controles integrales de salud y tratamientos indicados. Para su evaluación, se pueden utilizar “Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente” u otras herramientas de la Entrevista Motivacional (15) y el automanejo de la salud integral, que puede ser entendido como la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en el estilo de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones crónicas (6)

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO ODONTOLÓGICO

Cada ámbito de la pauta presenta preguntas en las cuales existen dos alternativas de respuesta, caracterizando en alto o bajo riesgo. Estas respuestas posteriormente categorizarán el ámbito como alto o bajo riesgo odontológico.

El riesgo total de la persona se establece según el siguiente criterio:

RIESGO ALTO

- Si en la evaluación de los ámbitos de "Anamnesis" o "Condición Clínica", una de las respuestas es de alto riesgo, se considera automáticamente RIESGO ALTO, independiente del resultado del resto de los ámbitos.
- Si en relación con los ámbitos de “Higiene”, “Fluoruros”, “Dieta”, “Tabaco” o “Motivación” hay por lo menos tres ámbitos de riesgo alto se considera RIESGO ALTO, aun cuando no tengan ese nivel de riesgo en los ámbitos de “anamnesis” y “condición clínica”. Para estos cuatro ámbitos, si más de la mitad de las respuestas de cada uno califica como alto riesgo, el ámbito queda categorizado en esa condición.

RIESGO BAJO

- Si en relación con los ámbitos de anamnesis y/o condición clínica sólo hay respuestas de bajo riesgo y al menos tres de los otros ámbitos (higiene, dieta, tabaco, fluoruros, motivación) son de bajo riesgo, se considera RIESGO BAJO.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO: SEGUIMIENTO Y PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES

La frecuencia recomendada de los controles depende del nivel de riesgo, a mayor riesgo, mayor será la frecuencia de los controles, esto debe acordarse con el usuario y formar parte del plan de cuidados consensuados.

- Riesgo ALTO: Control Odontológico presencial en un período menor a 12 meses, complementando con seguimientos telefónicas bianuales de apoyo al automanejo.
- Riesgo BAJO: Control Odontológico presencial entre 12 a 18 meses, complementado con seguimiento telefónicas bianuales de apoyo al automanejo.

Considerando que todos los ámbitos a evaluar son modificables mediante la adquisición de hábitos saludables y compensaciones terapéuticas, los controles deben considerar los determinantes del comportamiento de las personas y utilizar herramientas como la Entrevista Motivacional (15)

El marco operativo de la ECICEP define conceptos transversales a los controles, que son aplicables al control odontológico:

- Luego del ingreso integral a la estrategia, la persona seguirá en controles integrales con algún profesional médico o no médico del equipo de salud para acompañar los avances del plan de cuidado integral consensuado y la evolución de sus condiciones crónicas y otras dimensiones relevantes, controles que incluye a los realizados de manera integral por el equipo odontológico del sector.
- Como una expresión del cuidado centrado en la persona se recomienda gestionar la dación de hora sin que la persona tenga que asistir exclusivamente con este objetivo al centro de salud, por ejemplo, gestionar la dación de horas para los controles por contacto telefónico o plataforma Telesalud, es una expresión del cuidado centrado en la persona.
- Durante el control integral, incluido el odontológico, se debe mantener estilo motivacional de los encuentros previos. Un control integral debe considerar los siguientes aspectos mínimos para que este tribute como tal:
 1. Revisión y actualización del plan de cuidados integral consensuado.
 2. En personas con riesgo alto (G3) y moderado (G2), evaluar si se beneficiarán de ingresar a gestión de acompañamiento.
 3. Revisión de adherencia al tratamiento.
 4. Diagnósticos nuevos y seguimiento de solicitudes de interconsultas.

5. Bienestar integral en su vida diaria e inserción comunitaria.

- El seguimiento a distancia corresponde al cuidado de la salud apoyado por el uso de tecnologías móviles. Tiene por objeto proveer apoyo, fortalecer la percepción de autoeficacia y hacer seguimiento del cumplimiento del plan de cuidado y ajustes al mismo si fuera necesario y se considera una acción complementaria a la atención presencial. El seguimiento a distancia es una actividad que debe estar presente en todas las personas ingresadas a la ECICEP, según la frecuencia acordada durante el plan de cuidado integral. Sobre aspectos administrativos, se debe programar según las orientaciones para la planificación y programación vigentes y debe estar presente en la agenda de los profesionales y TENS/TONS(16), según corresponda (6)

Los controles odontológicos presenciales deben realizarse dentro del contexto de la ECICEP y se definirá como “control integral” con la finalidad de acompañar los avances del plan de cuidado integral consensuado y la evolución de sus condiciones crónicas y otras dimensiones relevantes (1).

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La estrategia de prevención consiste en la orientación que debe entregarse a los usuarios con el fin de proporcionar herramientas de cuidado, orientadas a establecer hábitos saludables. Estas estrategias se basan en guías internacionales para la prevención y manejo de enfermedades orales, así como evidencia de hábitos saludables promovidos por el Ministerio de Salud. Es importante que todo el equipo que realiza control de salud refuerce estas estrategias.

La **prevención primaria** se aplica a *todos usuarios en control y debe ser reforzada en los controles integrales que realiza todo el equipo de salud*, según la clasificación de riesgo, se aplican estrategias de prevención específicas:

- **DIETA:** Para cuidar la salud general y bucal, se debe incentivar el consumo de frutas y verduras según las guías alimentarias basadas en alimentos, en vez de la ingesta de azúcares e hidratos de carbono simple, y aumentar el consumo de agua potable, que está fluorada en gran parte de la población urbana (5,16), En relación con las aguas embotelladas vendidas en Chile, un estudio publicado el año 2014 demostró que sólo el 10% contiene la concentración de flúor con potencial para prevenir caries (17).
- **INSTRUCCIÓN Y/O REFUERZO DE HIGIENE BUCAL:** la higiene oral autorealizada eficaz y consistente, es un componente clave de la prevención y resultados exitosos a largo plazo de la terapia periodontal, en donde la técnica de cepillado debe ser adecuada al diagnóstico y las necesidades de

la persona, utilizando siempre un cepillo suave, elementos de higiene interproximal y pasta dental fluorurada. Es recomendable incluir una rutina de cepillado a lo menos dos veces al día, con una duración 2 a 3 minutos, enfatizando la importancia del cepillado nocturno, ya que la menor secreción salival durante la noche genera una mayor actividad de las bacterias (8). En caso de que el usuario sea portador de prótesis removible, se debe reforzar el cepillado diario de la prótesis con cepillo especial para prótesis u otros como una escobilla para uñas o cepillo dental convencional, los que debe ser de uso exclusivo para limpieza de la prótesis y un limpiador no abrasivo como jabón líquido neutro, pastas o cremas especiales para limpieza de prótesis (17,18). Anexo N°3.

- **EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** Actividades preventivas de estilos de vida saludables que ayuden a mantener y/o retardar procesos crónicos, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo (19), la cual debe basarse en la andragogía o educación para adultos, en donde las personas pueden echar mano a sus experiencias previas, su historia, valores, y su propia postura frente a la vida para aprender y no sólo se refiere a la transmisión de contenidos sanitarios a la población (20)
- **FLUORUROS,** La pasta dental que debe ser recomendada debe tener como mínimo entre 1.000 y 1.500 ppm de flúor; otras pastas dentales y el uso de flúor barniz (21) serán indicadas por el odontólogo en relación con la evaluación del riesgo odontológico, presencia de lesiones de caries (22), sensibilidad, etc. La cantidad optima de pasta fluorurada a utilizar por un adulto es de 1 gramo, equivalente al tamaño de 2 arvejas (21)
- **TABAQUISMO,** es importante informar a la persona que fuma sobre las alteraciones producidas por el tabaco, ya sea en formato de cigarrillo convencional, electrónico y/o vapeadores (23), y los riesgos para la salud periodontal. Para estos efectos existe la consejería para dejar de fumar, que es aplicada en la Atención Primaria de Salud, se sugiere revisar documento “todos los funcionarios de salud pueden entregar el Breve Consejo Antitabáquico” (24).
- **CONTROL MECÁNICO DEL BIOFILM POR PARTE DEL PROFESIONAL,** Es la remoción de placa bacteriana, cálculo y tinciones de la superficie dentaria y radicular, como una medida preventiva y terapéutica para el control de los factores irritativos locales. Según el diagnóstico y la evaluación de riesgo, se puede realizar mediante el destartraje supra y subgingival, así como también mediante el pulido coronario y radicular por parte del profesional (8) Las acciones de control mecánico, en orden de complejidad son: pulido coronario, destartraje supragingival, destartraje subgingival y pulido y alisado radicular

- AUTOEXAMEN DE SALUD BUCAL, es una técnica de prevención del cáncer oral que permite detectar lesiones precancerosas o síntomas de cáncer en la cavidad oral, se sugiere orientar al usuario respecto a su autoaplicación, sobretodo en aquellas personas con factores de riesgos (25,26). Anexo N°5.

Junto a las estrategias de prevención y el plan de salud consensuado, deberemos cautelar la continuidad de la atención en aquellas personas que requieran:

- CONSULTAS DE MORBILIDAD ODONTOLÓGICA, según los resultados del ámbito “Condición Clínica”, la persona podrá requerir consultas de morbilidad odontológicas que permitan solucionar su problema de salud, ya sea con prestaciones del Plan de Salud Familiar y/o derivaciones mediante solicitud de interconsultas.
- FUNCIONALIDAD ORAL, la Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017 midió como dentición no funcional según la presencia de menos de 20 dientes en la boca (27). Otro indicador utilizado en la Estrategia Odontológico Integral para evaluar la habilidad masticatoria es el índice de Leake, donde la persona expresa el grado de dificultad con el que puede masticar algunos alimentos patrón (21), anexo N°6. El Índice de Eichner, considera no solo la cantidad de dientes, sino los pares oclusales presentes y su posición, asociado con una funcionalidad oral subjetiva disminuida (28), constructo que forma parte de la evaluación con el Índice de Leake de forma autoreportada. Para recuperar funciones orales en oportunidades es necesario, reemplazar la dentición perdida mediante la ejecución de prótesis dentales, siguiendo lo señalado en los Protocolos de Referencia y Contrareferencia de las especialidades odontológicas vinculadas a Rehabilitación Oral (22–24). Se propone realizar una “funcionalización protésica inmediata”, intervención clínica que utiliza insumos de bajo costo e instrumental de uso habitual en la clínica odontológica de APS cuyo propósito es recuperar las funciones orales de los usuarios de manera inmediata (25).

HERRAMIENTAS PARA LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN SALUD

El trabajo de la APS potencia el enfoque promocional, buscando la adquisición de nuevos hábitos o la eliminación de hábitos dañinos con el fin mejorar la calidad de vida de las personas, así como de los diversos grupos

familiares, haciéndose menester que los equipos manejen herramientas que faciliten la participación de la persona y familias en la toma de decisiones.

- HERRAMIENTAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD ⁶: Se describen diversas herramientas, las cuales se diferencian en direccionalidad de la información entre personal sanitario y persona consultante, extensión en tiempo que conlleva la acción, intención del “consejero”, momento temporal y espacio físico en el cual se encuentren
 - Consejo Breve: Se basa en la entrevista motivacional y el modelo transteórico del cambio, y se realiza en consultas de 3 a 5 minutos. Su objetivo es fomentar conductas saludables mediante recomendaciones y refuerzo de factores protectores.
 - Guía Anticipatoria: Es una educación protocolizada para orientar a las personas en distintos momentos de su ciclo vital. Se entrega información preventiva y material de apoyo, adaptado a la realidad epidemiológica, para fortalecer la salud y el autocuidado. Se estructura en un protocolo detallado y un material educativo práctico.
 - Educación para la Salud: La OMS define esta estrategia como la clave para capacitar a las personas y comunidades en su propio cuidado. Se centra en procesos educativos adaptados, como la educación de adultos, promoviendo el aprendizaje horizontal y el uso de experiencias previas para una mayor autonomía en salud.
 - Consejería en Salud: Este proceso implica una relación de ayuda en la que el profesional facilita la toma de decisiones informadas y voluntarias de los usuarios, enfocándose en la autonomía y promoviendo la reflexión sobre comportamientos que afectan su salud.
 - Toma de Decisiones Compartida en Salud (TDC): El profesional de la salud comparte evidencia para que los usuarios participen activamente en decisiones importantes sobre su salud. Esta práctica mejora resultados clínicos y satisfacción, y cuenta con herramientas específicas basadas en evidencia para estructurar la conversación y facilitar el proceso de decisión (22).

- MOTIVACIÓN Y FORMACIÓN DE HÁBITOS, La entrevista motivacional (EM) es un estilo de comunicación colaborativo y orientado a objetivos, que presta especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para reforzar

⁶ <https://redcronicas.minsal.cl/ot-herramientas-para-el-apoyo-en-la-toma-de-decisiones-en-salud-de-las-personas/>

la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmósfera de aceptación y de compasión; para su implementación se sugiere revisar las “Orientaciones técnicas sobre entrevista motivacional para la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales” (11).

REGISTRO REM

Considerando que para la implementación de la estrategia y su consolidación deberá ocurrir una transición desde la lógica programática a la centrada en la persona, que no será inmediata, deberá efectuarse, además, de este registro, el registro de controles y actividades definidas por programa, según corresponda (5).

Los registros vinculados a los controles son:

- **Controles presenciales:**
 - REM A09, Sección A, consultas y controles odontológicos realizados en APS, Control odontológico.
Es la atención que se otorga a la persona, con el objeto de evaluar y mantener la salud oral integral, fomentando acciones y hábitos que contribuyan a proteger la salud bucal, identificando factores y conductas de riesgo de enfermar a través de medidas de prevención y control en forma precoz.
Atributo: Persona con Ingreso Integral y Condición Crónica.
 - REM A09, sección B, actividades de odontología general realizados en nivel primario y secundario de salud.
El control odontológico no es excluyente de la realización de actividades de odontología general, por lo que deben registrarse la/las actividades que se realicen durante dicho control.
 - REM A09, sección C, registro del Examen periodontal básico (EPB), COPD y número de dientes presentes en boca.
Atributo: Persona con Ingreso Integral y Condición Crónica.
 - REM A01, Sección F, controles Integrales según riesgo leve (G1), moderado (G2) o alto (G3).
En esta sesión se registra el control otorgado bajo el modelo de atención integral con enfoque en la Multimorbilidad, que reciben las personas con 1 o más condiciones crónicas y, cuyas categorías de riesgo incluyen

desde G1 al G3, por sexo y grupos de edad. Estas personas están bajo control en algunos de los programas de salud (PSCV crónicos, salud mental, salud respiratoria, salud bucal u otros), por lo tanto, los controles de la Sección F están en otras secciones de la Serie A.

- **Seguimiento a distancia:**
 - REM A01, Sección F: Seguimiento a distancia con riesgo leve (G1), moderado (G2) o alto (G3).

VINCULACIÓN A LA CERTIFICACIÓN DEL DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAIS).

El 2024 se actualiza la pauta en base los tres principios básicos e irrenunciables del MAIS: Atención integral, centrada en las personas y continuidad en el cuidado; en coherencia con los procesos de cambio impulsados desde la ECICEP, los principios son abordados con parámetros de medición organizados desde tres componentes a) Comunidad b) Personas y familias y c) Equipos de Salud (29).

Algunos de los indicadores obligatorios mayormente vinculados al control de riesgo odontológico en población de 20 y más años ingresada a la ECICEP serían:

- Principio centrado en las personas, Componente Comunidad, Indicador 5.1, Planes de cuidados integrales que incorporan mínimos requeridos según Orientación Técnica del MAIS y Marco Operativo de la ECICEP.
- Principio Integralidad, Componente Equipo de Salud, indicador 5.2. Evaluación de requisitos mínimos de calidad en la implementación de la ECICEP (29)

PROGRAMACIÓN

Los criterios técnicos para la Programación de actividades odontológicas de Atención Primaria y de Especialidad, se describen el “control odontológico” con sus parámetros de cobertura, concentración y rendimiento sugeridos asociadas a Plan de Salud Familiar (30)

Actividad	Funcionario	Rendimiento	Concentración	Cobertura
Control Odontológico >19 años	Odontólogo y TONS	2-3	2	9%

Al ser una actividad cuya puesta en marcha es inicial y progresiva, estas propuestas de rendimiento y concentración son evaluables según plan de salud consensuado y realidad local.

AUTORÍA

La elaboración de este documento estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial, que fue coordinada por Yazmín Yoma Reyes, profesional en comisión de servicio en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

Se incluye el agradecimiento a los Referentes Odontológicos que participaron en Jornada Nacional Cuidados Integrales organizada por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud de Chile los días 8, 9 y 10 de mayo del 2024, quienes a través de su participación en los grupos de discusión o en base a sus observaciones, permitieron la redacción de este Marco Operativo.

Responsables Técnicos

Carmen Aravena Cerda	Médico Cirujano, Especialista en Salud Pública. Jefa de la División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Juan Ilabaca Mendoza	Nutricionista. Jefe Departamento de Gestión del Cuidado, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Alison Morales San Martín	Terapeuta Ocupacional. Jefa Departamento de Integración y Desarrollo. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Comisión de trabajo (orden alfabético según apellido paterno)

Marcelo Acuña Corte	Becado Medicina Familiar, Universidad de Chile.
Manuel Antihuala Catricura	Becado Medicina Familiar, Universidad de Chile.
Mauricio Baeza Paredes	Cirujano Dentista, Especialista en Periodoncia, Magíster en Patología y Medicina Oral, Doctor en Salud Pública, Académico Facultad de Odontología Universidad de Chile, Investigador Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO) y Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable (CIES)-CUECH

María de los Ángeles Bravo Beristein	Departamento de Integración y Desarrollo. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Samuel Brinck Muñoz	Referente Técnico del Programa Odontológico. Especialista en Periodoncia. Servicio de Salud Coquimbo.
Claudia Carvajal	Referente Técnico del Programa Odontológico. Especialista en Salud Pública. Departamento Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Constanza Cid Mayorga	Referente Técnico del Programa Odontológico. Especialista en Salud Pública. Servicio de Salud Arauco.
Paola Contreras Zúñiga	Referente Técnico del Programa Odontológico. Especialista en Salud Pública. Servicio de Salud Coquimbo.
Mariela García Frías	Referente Técnico del Programa Odontológico. Especialista en Salud Pública. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.
Nanet Gonzalez Olate	Depto. Integración y Desarrollo. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Carolina Mendoza	Jefa Departamento Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Ricardo Esteban Molina Arteaga	Referente Técnico Programa Adulto. Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Walter Müller Muñoz	Referente Técnico del Programa Odontológico. Especialista en Salud Pública. Servicio de Salud Arauco.

Paulina Núñez Venegas	Referente Técnico del Programa Odontológico. Especialista en Endodoncia. Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Marcela Rivera Medina	Referente Técnico Programa Salud Cardiovascular. Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Gonzalo Rodríguez Martínez	Cirujano Dentista, Magíster en Cariología Oral. Investigador Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO) y Docente y director del Departamento de Odontología Restauradora Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
Norman Romo Grogg	Referente Técnico del Programa Odontológico. Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
José Rosales Caniumil	Referente Técnico Odontológico. Unidad de Odontología. Especialista en Salud Pública. Depto. de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria. Ministerio de Salud.
Irma Vargas Palavicino	Referente Técnico MAIS ECICEP. Departamento Integración y Desarrollo. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Yazmín Yoma Reyes	Jefa Unidad Odontológica, Especialista en Salud Pública. Departamento de Gestión Clínica Centrada en la Persona. Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Revisaron y colaboraron a la versión final del documento (orden alfabético según apellido paterno)

Carolina del Valle Aranda	Profesional Unidad Hospital Digital, Departamento Salud Digital, Ministerio de Salud. Cirujano Dentista, Especialista en Salud Pública.
---------------------------	---

Daniel Ortuño Borroto	Cirujano Dentista, Magister y Doctor en Epidemiología. Docente e investigador de la Universidad de los Andes. Presidente de la Sociedad de Salud Pública Oral.
Gustavo Saez Ravello	Cirujano Dentista, EDF de la comuna de Camiña/PSR Moquella, Servicio de Salud Tarapacá. Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO), Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Diplomado en Salud Familiar y Ciencia de Datos CGR.
Paula Silva Concha	Referente Técnico del Programa Odontológico, Departamento de Salud Bucal, DIPRECE. Cirujano Dentista, Especialista en Salud Pública
Claudio Suazo Concha	Referente Técnico del Programa Odontológico. CESFAM Steeger de Cerro Navia. Especialista en Salud Pública

BIBLIOGRAFÍA

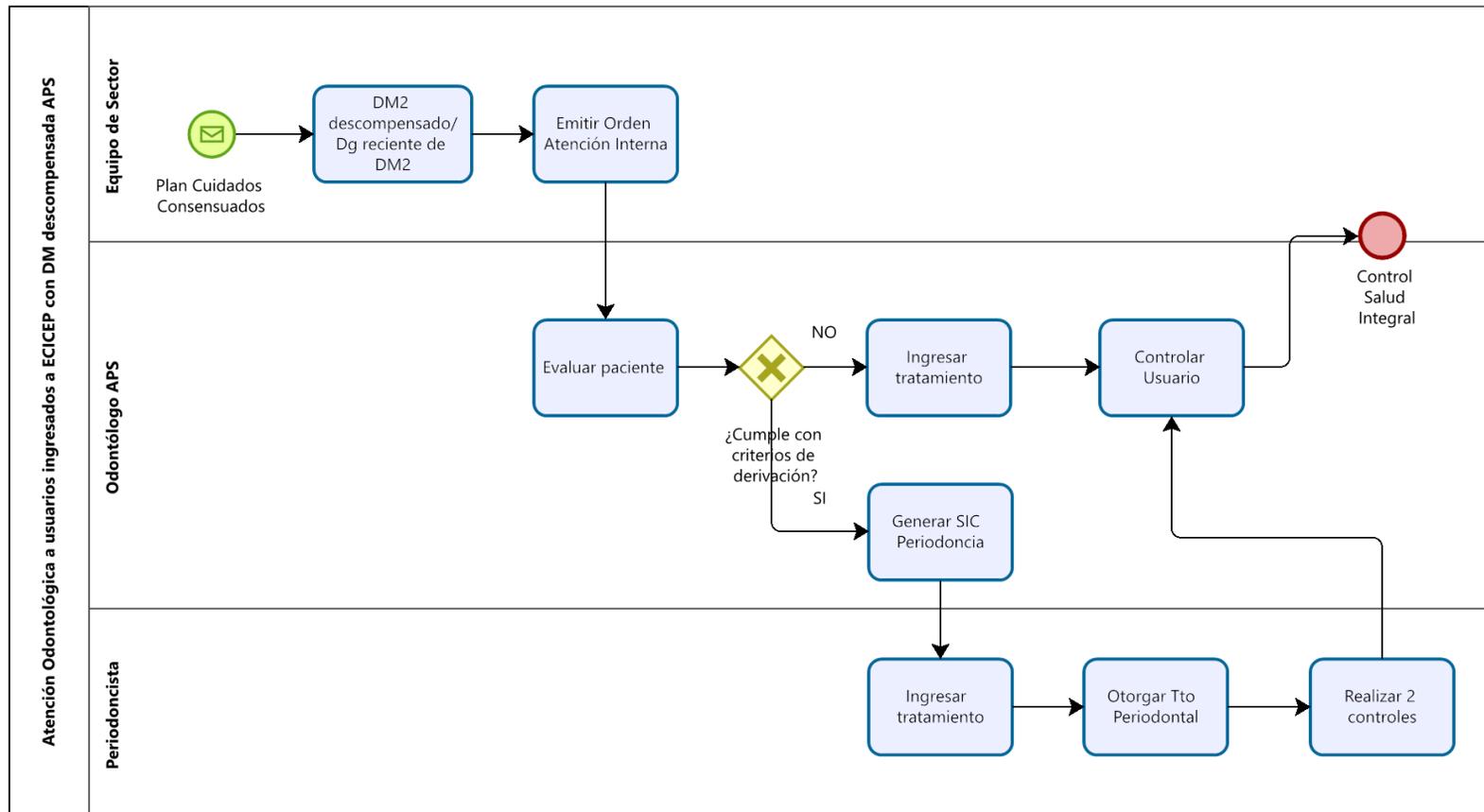
1. Ministerio de Salud de Chile D de AP. MARCO OPERATIVO ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD. 2021.
2. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030. Departamento de Salud Bucal [Internet]. 2021;80. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-Pública-20_12_2017.pdf
3. Baeza M, Cuadrado C. Evolución de la cobertura efectiva de diabetes mellitus tipo 2 en Chile: una mirada a las encuestas poblacionales y datos administrativos. Medwave. 2021;21(S2)(eSP16).
4. Ministerio de Salud de Chile. ORIENTACION TÉCNICA ATENCION PERIODONTAL PARA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA UNIVERSALIZACION DE APS 2024. 2024.
5. Ministerio de Salud de Chile. MANUAL REM 2025-2026, Series REM A, Lineamientos para el registro Estadístico. 2024.
6. Ministerio de Salud de Chile. Marco Operativo Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad. 2021.
7. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT). Vol. 1, Oral Health & Preventive Dentistry. 2003.
8. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control Enfermedades, Departamento de Salud Bucal. Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales. 2017.
9. Sanz-Sanchez I, Bascones-Martinez A. Terapéutica periodontal de mantenimiento [Internet]. 2017 [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852017000100002
10. Ministerio de Salud de Chile. “MANUAL ORIENTACIÓN TÉCNICA” PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA. 2018.

11. Sáenz-Ravello G, Castillo-Riquelme M, Cuadrado C, Gamonal J, Baeza M. Efficiency of periodontal treatment to improve type 2 diabetes mellitus outcomes: A systematic review and meta-analysis of economic evaluations. Community Dentistry and Oral Epidemiology. John Wiley and Sons Inc; 2024.
12. Sanz-Sanchez I, Boscones-Martinez A. Terapéutica periodontal de mantenimiento [Internet]. 2017. Disponible en: www.pubmed.com
13. International Caries Classification and Management System ICCMS. Guía de referencia rápida ICCMS™ para clínicos y educadores. 2014.
14. Ministerio de Salud de Chile. INTRODUCCIÓN A LA PREVENCIÓN, CONTROL Y CESACIÓN DEL TABAQUISMO PRESENTACIÓN DEL CURSO. 2020.
15. Ministerio de Salud de Chile. ORIENTACIONES TÉCNICAS SOBRE ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES. 2020 [citado 21 de septiembre de 2021]; Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/OT-Entrevista-Motivacional_v2.pdf
16. Ministerio de Salud de Chile. Ley Chile - Decreto 1704 03-DIC-1994. 1994;
17. Ministerio de Salud de Chile. Recomendaciones de higiene bucal y cuidados para personas portadoras de prótesis dentales removibles. 2019.
18. Ministerio de Salud de Chile. ¿CÓMO DEBO LIMPIAR MIS PRÓTESIS DENTALES? 2019;
19. Ministerio de Salud de Chile. Manual Resumen Estadístico Mensual (REM) 2025-2026 SERIES A-BS-BM-D Lineamientos para el registro Estadístico Versión 1.0. 2024.
20. Ministerio de Salud de Chile. ORIENTACIÓN TÉCNICA HERRAMIENTAS APOYO TOMA DE DECISIONES EN SALUD. 2024;
21. Ministerio de Salud de Chile. Norma de Uso de Fluoruros en la Prevención Odontológica. 2018 [citado 28 de febrero de 2022]; Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/norma-de-fluoruros_conResEx_V2019.pdf
22. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica GES Salud Oral Integral para adultos de 60 años: Prevención y tratamiento de caries radiculares. 2015.

23. Loayza Romero AC, Angulo Quiñonez LF, Gonzalez Benavides JM. El daño a las encías, la nueva enfermedad del vapeador. RECIAMUC. 30 de octubre de 2023;7(4):56–64.
24. Ministerio de Salud de Chile. Todos los funcionarios de salud pueden entregar el Breve Consejo Antitabáquico [Internet]. 2015. Disponible en: www.eligenofumar.cl.
25. Ministerio de Salud de Chile. Video Autoexamen Salud Bucal [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/autoexamen-bucal/>
26. Ministerio de Salud de Chile. DIPTICO: JUNTOS CONTRA EL CÁNCER, CONSEJOS QUE PUEDEN AYUDAR A PREVENIR EL CÁNCER BUCAL.
27. Morales A, Hussein N, Polanco J, Jara G, Werlinger F, Cabello R, et al. Synopsis or the Oral Health Situation in Chile - Part III: National Health Surveys. International journal of interdisciplinary dentistry [Internet]. diciembre de 2020 [citado 14 de septiembre de 2021];13(3):140–6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000300140&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Ikebe K, Matsuda K ichi, Murai S, Maeda Y, Nokubi T. Validation of the Eichner index in relation to occlusal force and masticatory performance. Int J Prosthodont. 2010;23(6):521–4.
29. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Instrumento para la Evaluación y Certificación del Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria en Establecimientos de Atención Primaria. 2024;
30. Ministerio de Salud de Chile. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2025. 2024.
31. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular. 2017.

ANEXOS

Anexo 1: Flujo Atención Odontológica Integral a Usuarios Ingresados a ECICEP con Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada



Anexo 2: Pauta Riesgo Odontológico en personas de 20 y más años

PAUTA RIESGO ODONTOLÓGICO EN PERSONAS DE 20 Y MAS AÑOS			
AMBITO	PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO	FACTOR DE RIESGO	
		BAJO (Ausente)	ALTO (Presente)
ANAMNESIS	¿la persona presenta situación de discapacidad y/o dependencia moderada o severa? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional.	NO	SI
	¿La persona presenta una diabetes mellitus descompensada?	NO	SI
CONDICIÓN CLÍNICA	¿la persona presenta sangrado al sondeo en más del 25% de los sitios sondeados?	NO	SI
	¿la persona tiene menos de 20 diente en boca y no presenta rehabilitación protésica o esta no se encuentra en buenas condiciones ni es funcional?	NO	SI
	¿la persona presenta más de 8 sacos periodontales residuales >4 mm o EPB código 4 o *?	NO	SI
	Presencia de lesiones de caries activas que requieran tratamiento no invasivo y/o restaurador.	NO	SI
HIGIENE	¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes la persona?	Al menos 2 veces/día	Menos de 2 veces/día
	¿la persona utiliza seda dental y/o cepillo interproximal en alguno de los cepillados dentales que realiza al día?	Siempre	A veces/Nunca
	¿la persona se lava los dientes antes de ir a dormir?	Siempre	A veces/Nunca
DIETA	¿Cuántas veces al día la persona ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0 – 3 veces/día	4 o más veces/día
	¿la persona ingiere líquidos y/o alimentos azucarados luego del último cepillado dental?	Nunca/rara vez	A veces/siempre
TABACO	¿La persona fuma más de 10 cigarros al día?	NO	SI
FLUORURO	¿Utiliza la persona pasta de dientes con 1000-1500 o más ppm de flúor?	SI	NO
MOTIVACIÓN	Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de la persona en el cuidado oral?	Alta Motivación	Baja Motivación

Anexo 4: Afiche ¿Cómo debo limpiar mis prótesis dentales?

¿CÓMO DEBO LIMPIAR MIS PRÓTESIS DENTALES?



- 

1 Enjuague la prótesis para eliminar restos de comida sobre un recipiente lleno de agua para evitar que se rompa si se cae.
- 

2 Sujete la prótesis superior firmemente y cepíllela con jabón líquido neutro (NO con pasta de dientes).
- 

3 Cepille la prótesis inferior por dentro y por fuera, igual que la prótesis superior.
- 

4 Utilice un cepillo especial para prótesis como el de la foto. También puede ser un cepillo suave de uso exclusivo para la limpieza de prótesis.
- 

5 Cepille con esmero el surco interno de la prótesis superior y de la inferior para eliminar la suciedad que se acumula entre la encía y la prótesis.
- 

6 Cepille la zona de la prótesis inferior que contacta con la lengua para eliminar la suciedad que se acumula entre la prótesis y la lengua.

Recomendaciones

- » Utilice jabón líquido para la limpieza de la prótesis. Nunca use pasta dental ya que puede rayar la prótesis.
- » Limpie la prótesis en la mañana y antes de dormir, junto con el cepillado de dientes.
- » Se recomienda retirar la prótesis durante algunas horas al día, de preferencia en la noche ya que existe mayor riesgo de inflamación por hongos y un mayor riesgo de neumonía.

Higiene adicional

La limpieza de la prótesis debe complementarse, cada semana, con un método químico. Puede elegir entre los siguientes:

- » Utilizar tabletas efervescentes disueltas en agua tibia para una limpieza más profunda.
- » Sumergir por 3 minutos las prótesis acrílicas en un vaso de agua fría (180 ml) con 4 cucharaditas de cloro (20 ml).
No utilizar cloro con las prótesis de base metálica.

ADULTO MEJOR
Tiempo para disfrutar



Ministerio de Salud

ANEXO N°5: Díptico Autoexamen Bucal





**DETECTE A TIEMPO
EL CÁNCER BUCAL
HACIÉNDOSE EL AUTOEXAMEN**

Si detecta algún cambio de color, aumento de volumen o herida que no desaparece en quince días, consulte a su dentista.

LLAME A SALUD RESPONDE
600-360-7777
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS CUADROS LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA



JUNTOS CONTRA EL CÁNCER



CONSEJOS QUE PUEDEN AYUDAR A PREVENIR EL CÁNCER BUCAL

SIGUE ESTAS MEDIDAS

AUTOEXAMEN BUCAL

- 1

No fume
Esta medida puede prevenir hasta el 40% de todos los cánceres. Evite los lugares con humo de cigarrillo, pues es perjudicial para su salud.
- 2

Limite la ingesta de bebidas alcohólicas
Estas son perjudiciales para la salud y predisponen a varios tipos de cáncer.
- 3

Protéjase del sol
No se esponga al sol entre las 11 y las 16 horas. Si no puede evitarlo, use gorro, anteojos y protector solar. Recuerde proteger sus orejas, cuello y labios.
- 4

Coma sano
Consuma cinco porciones diarias de frutas y verduras. Además, incorpore legumbres y abundante agua a su alimentación.
- 5

Realice actividad física
Camine 30 minutos al día o haga deporte para mejorar su energía y fortalecer su sistema inmunológico. Si lo hace al aire libre, recuerde protegerse del sol.
- 6

Lave su boca, lengua y dientes al menos 2 veces al día
Utilice cepillo suave y pasta dental fluorada. Si utiliza prótesis dentaria, manténgalas en buen estado.
- 7

Realice regularmente frente a un espejo un autoexamen de su boca
Observe sus labios, lengua, paladar, encías, cara interna de la mejilla y piso de boca levantando la lengua.
- 8

Acuda al control odontológico al menos 1 vez al año.
Si observa en su boca un bulto o una herida que no cicatriza en quince días, consulte a su dentista.



Palpe su cuello buscando bultos anormales.



Toque y observe sus labios, busque cambios de color, forma o consistencia por dentro y por fuera de ellos.



Observe sus encías, paladar y mucosas.



Observe sus encías, paladar y mucosas.



Saque la lengua y explore el dorso y bordes, buscando alteraciones que llamen su atención.



Levante su lengua y toque el paladar para observar bajo la lengua y el piso de la boca. Palpe desde atrás hacia adelante.

ANEXO N° 6: Guía Para la Evaluación de Funcionalidad: Índice De Leake

Uno de los indicadores utilizado para evaluar la habilidad masticatoria es el índice de Leake, donde el usuario expresa el grado de dificultad con el que puede masticar algunos alimentos patrón. Se realizarán la siguiente pregunta: ¿Usted habitualmente puede o podría masticar o morder los siguientes alimentos?, marque con una cruz:

Alimento	Sin dificultad	Con dificultad
Palitos de apio o zanahoria cruda		
Lechuga fresca o ensalada de espinacas		
Bistec, chuletas o carne firme		
Arvejas o porotos verdes cocidos		
Manzana fresca entera sin cortar		

Si en una o más presenta dificultad, queda categorizado como “Función Masticatoria Reducida”.