



ORIENTACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS POBLACION ADOLESCENTE EN CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO

PROGRAMA CERO ADOLESCENTE 2022

División de Atención Primaria, Programa Odontológico

MINSAL 2022



Contenido

ANTECEDENTES	4
OBJETIVOS DEL PROGRAMA CERO ADOLESCENTE	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
ALCANCE	5
POBLACIÓN ADOLESCENTE CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO	6
ESTRATEGIA	6
DEFINICIÓN DE PRODUCTOS ESPERADOS	6
INGRESO A CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.....	6
CONTROL ODONTOLÓGICO EN EL PROGRAMA CERO ADOLESCENTE.....	6
ATENCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)	7
ATENCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD	8
EGRESOS DEL PROGRAMA CERO.....	8
DEFINICIONES OPERATIVAS	9
REGISTROS ESTADÍSTICOS E INDICADORES	9
REGISTROS DE ESTRATEGIA TELECERO.....	9
INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, MEDICIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PAUTA CERO, CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	11
PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO CARIOGÉNICO	11
CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARIOGÉNICO.....	13
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	14
MEDIDAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA	14
MOTIVACIÓN Y FORMACIÓN DE HÁBITOS	15

SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN CERO.....	15
ANEXO N° 1: PAUTA CERO ADOLESCENTE.....	1
ANEXO ° 2: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	2
ANEXO N°3: PAUTA CERO REMOTA Y CATEGORIZACIÓN DE RIESGO.....	3
ANEXO N°4: INSTRUCTIVO Y EVALUACIÓN DE FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS.....	4
ANEXO N° 5: INFORMACIÓN SOBRE INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	5

ANTECEDENTES

Las enfermedades bucales representan un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia, alto costo de su tratamiento y el impacto que pueden tener en la calidad de vida de los individuos. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada el año 2016, un 7,9% de los adolescentes de 15 a 19 años siente que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre.

Entre las enfermedades que afectan la cavidad bucal, la caries dental es la patología bucal más prevalente en la población y una de las principales causas de pérdida de dientes, junto a la enfermedad periodontal, siendo más relevante la primera de ellas, especialmente en la población joven.

Durante la adolescencia se pueden instaurar estilos de vida poco saludables, lo que aumentaría la posibilidad de presentar factores de riesgo de enfermedades crónicas, como por ejemplo las enfermedades bucales, determinando una alta prevalencia de dichas enfermedades en la edad adulta, impactando en su salud y calidad de vida.

El diagnóstico nacional de salud bucal del adolescente de 12 años, realizado el 2007, evaluó las enfermedades bucales más prevalentes. Los resultados muestran que el 62,5% de los adolescentes de 12 años tiene caries (índice COPD > 0), con una gran desigualdad en la distribución de la enfermedad. La prevalencia de caries en la población adolescente de nivel socioeconómico (NSE) bajo fue de 70,5%, mientras que en adolescentes de NSE alto fue de solo 31,8%; la prevalencia en adolescentes de zonas rurales fue de 77,7% y en las zonas urbanas fue solo 59,7%; la prevalencia en las mujeres fue 64,9%, mientras que en los hombres fue 59,8%¹. Si tenemos adolescentes con alta carga de enfermedad o en alto riesgo de enfermar, es probable tener una población adulta que sufrirá el resultado de esto, la pérdida de dientes.

La adolescencia representa, desde el punto de vista sanitario, un período crítico de enormes oportunidades para la promoción en salud y consolidación de formas de vida saludable. Si se logran instaurar estas prácticas, el beneficio puede persistir durante la edad adulta. En este contexto, a partir del 2021 se instaura el programa CERO en población adolescente, con el fin de contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población adolescente.

Esta Orientación Técnica busca reunir toda la información básica (clínica y administrativa) necesaria para mantener la Población en Control Con Enfoque de Riesgo Odontológico (PROGRAMA CERO) y que logre una amplia difusión en los equipos de salud de los establecimientos de Atención Primaria del País, para así servir de referencia y guía para ellos.

¹ <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCSaludoralenadolescentesEnero2014.pdf>

OBJETIVOS DEL PROGRAMA CERO ADOLESCENTE

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la prevalencia y severidad del daño por caries en población adolescente bajo control con enfoque de riesgo odontológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mantener en control con enfoque riesgo odontológico a la población adolescente.
Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de caries en adolescentes.
Detectar tempranamente patologías bucales y establecer las derivaciones que correspondan.

ALCANCE

Este documento está dirigido al equipo de salud involucrado en el control, diagnóstico y atención de adolescentes con patologías orales. Además de servir de guía para gestores y encargados administrativos.

POBLACIÓN ADOLESCENTE CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO

ESTRATEGIA

Se refiere al seguimiento realizado a través de controles a población de 10 a 19 años, con o sin patologías orales, para mantenerlas(os) sana (os) o de detectar y/o compensar en forma temprana a los que están enfermos. Este programa es la continuidad del CERO Infantil.

Los controles serán realizados en el nivel de atención primaria de salud, a población beneficiaria de FONASA o PRAIS. Los controles, aplicación de pautas y estrategias de prevención pueden ser realizados en forma presencial o remota (en periodos de restricción del plan “Paso a Paso”²), priorizando la atención presencial. Cuando la modalidad de atención es presencial, las actividades pueden realizarse en los centros de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

DEFINICIÓN DE PRODUCTOS ESPERADOS

INGRESO A CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Ingresan a Programa CERO los beneficiarios de FONASA y/o PRAIS, por única vez, a partir de los 6 meses de vida hasta los 19 años 11 meses y 29 días. Los adolescentes deben asistir al menos dos veces al año a control con odontólogo (según riesgo cariogénico presentado), y se debe considerar el acceso a sus garantías GES Urgencias Odontológica y en el caso de las mujeres, GES Salud Oral de la embarazada.

El ingreso al programa debe ser realizado por profesional odontólogo(a) e implica:

- Examen de salud.
- Aplicación de pauta con enfoque de riesgo odontológico (ANEXO 1)
- Estrategias de Prevención (ANEXO 2)

La aplicación de la pauta determinará si existe o no algún ámbito que requiera ser reforzado, para lo cual existen las “estrategias de prevención”

CONTROL ODONTOLÓGICO EN EL PROGRAMA CERO ADOLESCENTE

El Control Odontológico es la atención que se otorga al paciente, con el objeto de proteger la salud oral integral, fomentando los factores protectores e identificando factores y conductas de riesgo de enfermar, aplicando medidas de prevención y control en forma precoz.

Los controles incluyen:

- Examen de salud bucal.

² <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

- Aplicación de pauta de riesgo odontológico una vez al año.
- Promoción de estilos de vida saludable y prevención de conductas de riesgo centradas en la persona adolescente.
- Educación sobre cuidado de la salud oral.
- Aplicación de medidas preventivas y de control precoz.

El equipo de salud odontológico debe contar con un horario protegido, tanto para los ingresos a CERO como para los controles, los cuales se programan cada año.

La salud bucal, como parte de la salud general, debe ser evaluada por los profesionales del equipo de salud adolescente en cada control de salud integral. Durante estos controles, el equipo de salud, guiado por la pauta CERO previamente aplicada por un odontólogo, vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones que refuerzan las estrategias preventivas para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con hábitos, higiene y alimentación. De la misma manera, el equipo odontológico debe revisar si el/la adolescente tiene su control de salud integral al día, de no ser así, se debe derivar al profesional correspondiente.

Importante: Como parte de la implementación de esta modalidad de atención, se sugiere realizar una reunión con el equipo del Centro de Salud y/ o del Sector, según realidad local, para explicar y dar a conocer la Población en Control CERO al resto del equipo no odontológico.

ATENCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)

Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que se encuentran en programas de la Red del Servicio Nacional de Menores (SENAME), enfrentan múltiples barreras para acceder y mantener actualizados sus controles de salud, carecen de evaluaciones médicas periódicas y tratamientos oportunos. En el caso de los adolescentes y jóvenes que se encuentran privados de libertad en Centros de Internación Provisoria (CIP) y Centros de Reclusión Cerrada (CRC), son estigmatizados, ya que para acceder a la atención deben ir esposados al centro de salud y además, requieren de la autorización de Gendarmería y disponibilidad de traslado. Lo anterior, implica que estos adolescentes tienen mayores problemas de salud que la población general, ya sea por la discontinuidad de la atención o por sus condiciones personales y/o familiares (Informe Jeldres, 2013).

Los NNAJ que participan en programas de la Red SENAME, son un grupo específico que debe ser considerado y priorizado, a través de un trabajo coordinado con el equipo de salud y el intersector, para entregar atención oportuna y efectiva en todos los dispositivos de salud a nivel nacional, que asegure la continuidad de los cuidados dentro de la red de salud y también en los contextos cotidianos donde participan estos adolescentes y jóvenes (familia, escuela, residencias y CIP-CRC³ según corresponda).

Por lo anterior, es importante destacar que todos los NNAJ con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, que participan en programas de la Red SENAME, beneficiarios de FONASA o PRAIS, tienen el derecho de asistir a las prestaciones de salud que le corresponden como cualquier niño, niña, adolescente o joven de su edad, para lo cual se recomiendan las siguientes estrategias:

³ CIP = Centro de Internación Provisoria, adolescentes y jóvenes se encuentran en calidad de imputados.
CRC = Centro de Reclusión Cerrado, adolescentes y jóvenes se encuentran en calidad de condenados.

- 1) NNAJ que viven en un Centro de Cuidado Alternativo Residencial⁴ vinculado a un centro de salud que corresponde por domicilio, se atenderán en el establecimiento de APS, previa coordinación entre ambos equipos (APS y residencia). En casos de contingencias, pertinencia del programa y realidad local, el equipo de APS se trasladará a entregar prestaciones a la residencia o a otro espacio del territorio, como por ejemplo jardín infantil.
- 2) NNAJ que vive con su familia (participa en programas ambulatorios de protección o en programas de justicia juvenil en medio libre), se atenderá en el establecimiento de APS donde se encuentra inscrito.
- 3) Adolescentes y jóvenes en centros privativos de libertad (CIP-CRC, se les garantizará el acceso a controles de salud integral, atenciones de morbilidad que resuelve la APS, inmunizaciones, atenciones odontológicas, evaluación y tratamiento de salud mental de nivel primario u otras, otorgando prestaciones directamente en estos centros, a fin de evitar estigmas y mejorar la oportunidad de la atención, de acuerdo al financiamiento entregado para este efecto, a través del Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de NNAJ vinculados a la red de programas SENAME. La atención en el CIP-CRC considera financiamiento para profesional Odontólogo y TENS, compra de unidad odontológica portátil y traslado desde el centro de salud al CIP-CRC.

Se deberá establecer una comunicación permanente intrasectorial, con objeto de coordinar acciones necesarias, en caso de que algún integrante del equipo de salud, detecte alguna complejidad mayor del NNAJ que requiera ser derivado/a al nivel de especialidad; junto con la articulación intersectorial, para asegurar la continuidad de la atención en la red de salud.

ATENCION DE PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD

Aquellos usuarios que se encuentren en situación de discapacidad y requieran cuidados especiales en salud están incluidos en esta estrategia según corresponda a su tramo etario y/o patología oral presente. Las prestaciones odontológicas pueden ser realizadas en la red de atención primaria de salud con odontólogos y técnicos que estén capacitados.

En caso de no contar con los recursos humanos capacitados para abordar esta atención, se debe dar prioridad a la derivación al nivel secundario.

EGRESOS DEL PROGRAMA CERO

El egreso del programa CERO se realizará exclusivamente por edad, traslado o fallecimiento.

- Por edad: usuario cumple 20 años.
- Traslado: traslado a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud u otro.
- Fallecimiento: fallecimiento por cualquier circunstancia.

⁴ Los Centros de Cuidado Alternativo Residencial pueden ser de administración directa de SENAME, como los CREAD y las nuevas Residencias Familiares, o pueden ser administrados por un Organismo Colaborador Acreditado, como las residencias OCA (residencias de fundaciones).

DEFINICIONES OPERATIVAS

El Programa CERO Adolescente corresponde a la continuidad del Programa CERO infantil, por lo cual a los 10 años el usuario no debe ser egresado del Programa Cero infantil.

Los usuarios de 10 a 19 años que no han ingresado al Programa CERO infantil, deben ser ingresados al CERO adolescente.

Los ingresos a control odontológico son de derivación interna de Establecimiento de Salud por otros profesionales, técnicos o personal de SOME. Es importante recalcar que la derivación al programa es a todo beneficiario que cumpla con requisito de la edad y previsión, independiente de si tiene o no patologías bucales.

Se podrá generar derivación a CERO adolescente a partir de controles de salud integral en adolescentes de 10 a 19 años, espacios amigables, urgencias odontológicas, consultas de morbilidad odontológica, programas de reforzamiento en APS, entre otros.

En el caso de usuarios que al momento de control presenten necesidad de tratamientos recuperativos, rehabilitadores o periodontales deberán ser derivados para atención en consultas de morbilidad.

REGISTROS ESTADÍSTICOS E INDICADORES

El programa CERO tiene registros en REM A03 sección D7 y REM A09 secciones A, B y C y REM A32 sección D.1.

En el REM A03 sección D.7, se ingresará el resultado de pauta de evaluación con enfoque de riesgo aplicada por el odontólogo de forma anual, con la categorización de bajo o alto riesgo.

En el REM A09 sección A, se debe registrar el control odontológico, es decir, la atención que se otorga al paciente, con el objeto de proteger la salud oral integral fomentando los factores protectores e identificando factores y conductas de riesgo de enfermar, aplicando medidas de prevención y control en forma precoz.

En el REM A09 sección B, se ingresan las actividades y prestaciones realizadas durante el ingreso o los controles, como por ejemplo educación individual con instrucción de técnica de cepillado, consejería breve en tabaco, examen de salud, etc.

En el REM A09 sección C, se debe registrar el ingreso al programa CERO que corresponde a niños, niñas y adolescentes que ingresan por primera y única vez al control con enfoque de riesgo odontológico a nivel primario de atención, independiente si es realizado en el establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello. Además en esta sección se debe registrar el egreso del programa CERO que corresponde a los adolescentes que dejan de controlarse, ya sea por traslado, fallecimiento o edad, el índice COPD y el número de dientes en boca que se registran una vez al año.

REGISTROS DE ESTRATEGIA TELECERO (Periodos de restricción plan Paso a Paso)

Durante el 2021, con el objetivo de dar continuidad en los cuidados de la salud bucal a los usuarios, se incorpora la atención remota dando origen a la estrategia TELECERO. La atención telemática dentro del programa CERO se debe realizar exclusivamente cuando no sea posible la atención presencial y en periodo de restricción plan Paso a Paso.

En este tipo de atención se podrá aplicar la pauta CERO anual, realizar el ingreso si corresponde, algunas estrategias de prevención y solo si posible, a través de fotografías, estimar el índice COPD.

En el REM A32 sección D.1 se debe registrar la Pauta CERO Remota y la Educación, Promoción Remota en Salud Bucal que se debe realizar siempre como refuerzo en todas las sesiones que se realicen.

En el REM A03 sección D.7 se puede registrar el nivel de riesgo siguiendo el algoritmo indicado en el anexo 3.

En el REM A09 sección C se puede registrar el Ingreso a Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) siempre que sea primera vez que el usuario ingresa al programa y el índice COPD cuando se pueda determinar mediante fotografías que deben cumplir con el criterio de calidad establecido en el anexo 4.

Es importante registrar las atenciones de NNAJ beneficiarios de programas del Servicio Nacional de Menores (SENAME) y usuarios en situación de discapacidad en las columnas específicas del REM A03, REM 09 y REM A32 y en el caso de beneficiarios de programas SENAME también se debe registrar en el REM P13 sección B en el período que corresponde. Para en el registro en el REM P13, coordinarse con referente SENAME del establecimiento de salud para evitar duplicación de registro.

La información que se monitorea, y de donde es extraída, se resume en la siguiente tabla:

Tabla N° 1: Indicador y medio de verificación

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
Población adolescente en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	(N° total de pautas aplicadas en adolescentes de 10 a 19 años en el año t)	(Total Población de 10 a 19 años inscrita y validada FONASA en el año t) x 100	REM A03. Sección D.7. ----- Población Inscrita y Validada por FONASA de 10 a 19 años.
Población adolescente libre de caries	(N° total de adolescentes de 12 años con COPD=0 en el año t)	(Total Población de 12 años inscrita y validada FONASA en el año t) x 100	REM A09. Sección C. ----- Población Inscrita y Validada por FONASA de 12 años.
Población adolescente con bajo riesgo de caries	(N° total de adolescentes de 10 a 19 años bajo riesgo de caries en el año t)	(Total Población de 10 a 19 años inscrita y validada FONASA en el año t) x 100	REM A03. Sección D.7. ----- Población Inscrita y Validada por FONASA de 10 a 19 años.

Según indica las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2022, el 20% de los adolescentes de 10 a 19 años deberían estar en control odontológico⁵, la frecuencia y cantidad de los controles varía en función del riesgo.

Se estima para el primer control o ingreso un rendimiento de 2 por hora y para los siguientes controles del año 3 por hora.

Siempre se debe priorizar el control odontológico presencial, para realizar adecuadamente el examen clínico, aplicación de pauta CERO y estrategias de prevención, como la aplicación de flúor barniz y sellantes. Sin embargo, cuando esto no es posible, se puede aplicar la Pauta Cero Remota y realizar educación en salud bucal en forma remota, reforzando hábitos de alimentación saludable e higiene bucal.

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE, MEDICIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO ODONTOLÓGICO: PAUTA CERO, CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

En el Programa CERO la principal herramienta consiste en la aplicación de una pauta de riesgo cariogénico y de hábitos, que determina el riesgo individual y propone estrategias de prevención.

La pauta de evaluación de riesgo es una acción de tamizaje/screening y no de diagnóstico. Las preguntas de la pauta CERO se responden a partir del examen clínico y la entrevista que realiza el profesional a los padres, madres o cuidadores y/o los mismos adolescentes. Consta de 6 ámbitos para evaluar el riesgo cariogénico del adolescente y un ámbito para evaluar hábitos y maloclusiones.

PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO CARIOGÉNICO

Dependiendo de la edad y las características de los (as) adolescentes estas preguntas pueden ser realizadas a padres/madres, cuidadores o a los mismos adolescentes.

1. ANAMNESIS

Este ámbito consta de dos preguntas:

- 1) ¿El/la adolescente presenta una condición que disminuye su flujo salival (enfermedades, fármacos, etc.)?
- 2) ¿El/la adolescente presenta situación de discapacidad? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional.

Dentro de los fármacos que disminuyen el flujo salival en pacientes adolescentes se encuentran los enumerados en la siguiente tabla⁶

Fármacos*	Familia
Pseudoefedrina	Agonista adrenérgico
Teofilina	

⁵ https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificaci%C3%B3n-y-programaci%C3%B3n-de-la-red-2022.pdf

⁶ Gentileza Dr. José Jara y Dr. Alfredo Molina, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Complementado por profesionales del Departamento de Gestión de los cuidados, DIVAP.

Aminofilina	Metilxantinas, inhibidores de fosfodiesterasas y agonistas de receptores de ADP (adenin- difosfato)
Fluoxetina	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
Sertralina	
Risperidona	Antipsicótico
Metilfenidato	Anfetamina psicoestimulante
Hidroxizina	Antihistamínicos
Clorfeniramina	
Desloratadina	
Antineoplásicos	Fármacos utilizados en el tratamiento de leucemia linfoblástica aguda.
Isotretinoína	Retinoide que se utiliza para el tratamiento del acné y otras enfermedades dermatológicas
Salbutamol	Agonista selectivo β_2 -adrenérgico
Antihipertensivos	Como metildopa, nifedipino y otros.
Tramadol	Derivados opiáceos
Diazepam	benzodiacepinas

* Se debe conocer en profundidad cada medicamento prescrito y en tratamiento, evaluando sus efectos clínicos y reacciones adversas potenciales.

Entiéndase la atención odontológica a pacientes en situación de discapacidad como la actividad odontológica realizada a pacientes con una condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional. Esta condición puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de enfermedad, traumatismo o causa medio-ambiental y puede imponer limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida. Por ejemplo, la atención dental a pacientes con patologías tales como: trastornos del espectro autista, síndrome de Down, parálisis cerebral, epidermólisis bullosa u otras que impliquen un periodo de sensibilización y adaptación a la atención odontológica.

2. CONDICIÓN CLÍNICA

Este ámbito consta de dos preguntas:

- 1) ¿El/la adolescente presenta manchas blancas o COPD>0?
- 2) ¿Cuál es el estado de las encías del/la adolescente?

En el caso de aquellos adolescentes que presenten necesidad de tratamiento dental se debe coordinar una hora de morbilidad odontológica para la atención.

3. HIGIENE

Este ámbito consta de dos preguntas:

- 1) ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el/la adolescente en la casa?
- 2) ¿El/la adolescente se lava los dientes antes de ir a dormir?

4. DIETA

Este ámbito consta de tres preguntas:

- 1) ¿Cuántas veces al día el/la adolescente ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?

- 2) ¿En qué momento el/la adolescente realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?
- 3) ¿El/la adolescente ingiere líquidos y/o alimentos azucarados luego del último cepillado dental?

5. FLUORUROS

Este ámbito consta de una pregunta:

- 1) ¿Utiliza el/la adolescente pasta de dientes con 1000-1500 ppm de flúor?

6. MOTIVACIÓN

Este ámbito consta de una pregunta:

- 1) Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres o cuidadores y del/la adolescente en el cuidado oral?

Esta pregunta corresponde a la percepción del odontólogo frente a la actitud de padres/madres, cuidadores y/o adolescente respecto del cuidado de salud oral.

7. HÁBITOS Y MAL OCLUSIONES

Este ámbito consta de tres preguntas:

- 1) ¿El/la adolescente presenta malos hábitos como onicofagia, interposición de objetos, etc?
- 2) ¿El adolescente presenta mal oclusiones?
- 3) ¿El/la adolescente manifiesta consumo de tabaco, alcohol u otras drogas?

Estas preguntas no se consideran para la categorización del riesgo cariogénico.

Como parte del examen de salud básico que se debe realizar a los usuarios del programa CERO, es importante tener en cuenta la pesquisa de otros malos hábitos.

Otro aspecto importante de revisar es si el usuario presenta su control de salud integral del adolescente de 10 a 19 años, de no presentarlo derivar para su realización.

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO CARIOGÉNICO

Cada ámbito de la pauta contiene preguntas en las cuales existen dos alternativas de respuesta, una que categoriza la pregunta en bajo riesgo y otra en alto riesgo. Estas respuestas posteriormente definirán el ámbito como alto o bajo riesgo cariogénico.

Importante: Para el cálculo de riesgo se consideran todos los ámbitos MENOS el de hábitos y mal oclusiones.

El riesgo total del adolescente 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 a los ámbitos de "Higiene", "Dieta", "Fluoruros" o "Motivación" hay por lo menos dos ámbitos de riesgo alto se considera RIESGO ALTO, aun cuando no tengan alto 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 como riesgo alto.

RIESGO BAJO

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

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La estrategia de prevención consiste en la orientación que se deben entregar a los(as) adolescentes con el fin de proporcionar herramientas de cuidado, orientadas a establecer hábitos saludables en ellos. Es importante que todo el equipo que realiza control de salud del adolescente refuerce estas estrategias.

La prevención básica se realiza a todos los adolescentes y, según la clasificación de riesgo, se aplican estrategias de prevención reforzadas:

Prevención básica: Riesgo Bajo y Alto

Prevención reforzada: Riesgo Alto

A continuación, se describe un resumen de las principales consideraciones de cada ámbito:

1) HIGIENE BUCAL

Incentivar la higiene bucal después de cada comida con énfasis en el cepillado nocturno y con una frecuencia de al menos 2 veces al día.

2) DIETA

Reforzar el consumo de agua y dieta no cariogénica.

3) FLUORUROS

La pasta dental que debe ser recomendada en mayores de 10 años debe tener entre 1000 a 1500 ppm. Idealmente entre 1400-1500 ppm de flúor.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA

1) APLICACIÓN BARNIZ DE FLÚOR

Para asegurar el buen uso de los recursos, se recomienda que el tiempo entre 2 aplicaciones de flúor sea de al menos 3 meses y en coordinación con programas de tratamiento odontológicos, por ejemplo “tratamiento integral para usuarios que cursen enseñanza media” del Programa de reforzamiento Odontológico Integral y programa de JUNAEB.

2) SELLANTES

Según las indicaciones del fabricante, la aplicación de sellante de resina requiere de mayor cooperación del paciente, estricto control de la humedad y debe ser realizado en la consulta dental. La aplicación de sellante de vidrio ionómero resulta más sencilla y puede realizarse en contexto comunitario.

3) RADIOGRAFÍA INTRAORAL

De acuerdo con la indicación clínica, se puede solicitar radiografía intraoral para adolescentes. Para más detalles sobre las estrategias de prevención revisar el anexo 2.

MOTIVACIÓN Y FORMACIÓN DE HÁBITOS

1) ENTREVISTA MOTIVACIONAL

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 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.⁷

Para la implementación de la entrevista motivacional se sugiere revisar las “Orientaciones técnicas sobre entrevista motivacional para la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales” de la División de Prevención y Control de Enfermedades.⁸

2) INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

El anexo 3 se entrega información sobre intervenciones preventivas en alcohol, tabaco y otras drogas y equipos de salud a los que derivar en caso de pesquisar patrón de consumo.

SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN CERO

La frecuencia de los controles depende del riesgo de cada adolescente: a mayor riesgo, mayor frecuencia de controles.

- 1) Adolescente que presente bajo riesgo: 2 controles al año.
- 2) Adolescente que presente alto riesgo: 3 controles al año.

A diferencia del registro de la aplicación de la pauta CERO y categorización del riesgo cariogénico que se realiza en forma anual, las estrategias de prevención que le corresponden a el/la adolescente según el riesgo, se refuerzan en todos los controles.

⁷ Miller W., Rollnick. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. 2015. 3ª Edición. Formato Kindle.

⁸ https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/OT-Entrevista-Motivacional_v2.pdf

ANEXO N° 1: PAUTA CERO ADOLESCENTE

AMBITO	PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO CARIOGENICO	FACTOR DE RIESGO		EDAD DE APLICACIÓN
		BAJO (Ausente)	ALTO (Presente)	10 a 19 años
ANAMNESIS	¿El/la adolescente presenta una condición que disminuya su flujo salival (enfermedades ¹ , consumo de fármacos ²)?	NO	SI	X
	¿El/la adolescente presenta situación de discapacidad? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional.	NO	SI	X
CONDICIÓN CLÍNICA	¿El/la adolescente presenta manchas blancas o COPD>0?	NO	SI	X
	¿Cuál es el estado de las encías del/la adolescente?	No hay placa visible, ausencia de gingivitis	Inflamación de encías y/o presencia de placa visible en los dientes anteriores	X
HIGIENE	¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes el/la adolescente en la casa?	Al menos 2 veces/día	Menos de 2 veces/día	X
	¿El/la adolescente se lava los dientes antes de ir a dormir?	Siempre	A veces/Nunca	X
DIETA	¿Cuántas veces al día el/la adolescente ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0 – 3 veces/día	4 o más veces/día	X
	¿En qué momento el/la adolescente realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?	Con las comidas principales	Entre comidas principales	X
	¿El/la adolescente ingiere líquidos y/o alimentos azucarados luego del último cepillado dental?	Nunca/rara vez	A veces/siempre	X
FLUORURO	¿Utiliza el/la adolescente pasta de dientes con 1000-1500 ppm de flúor?	SI	NO	X
MOTIVACIÓN	Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres o cuidadores y del/la adolescente en el cuidado oral?	Alta Motivación	Baja Motivación	X
OTROS: HABITOS Y MAL OCLUSIONES	¿El/la adolescente presenta malos hábitos como onicofagia, interposición de objetos, etc.?	NO	SI	X
	¿El/la adolescente presenta mal oclusiones?	NO	SI	X
	¿El/la adolescente manifiesta consumo de tabaco, alcohol u otras drogas?	NO	SI	X

ANEXO ° 2: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN			
AMBITO		Prevención Básica (Para riesgo cariogénico bajo y alto)	Prevención Reforzada (Para riesgo cariogénico alto)
Higiene bucal		Indicar que la higiene bucal debe tener una frecuencia de al menos 2 veces al día especialmente antes de acostarse, incluyendo la lengua. Demostrar a el/la adolescente la técnica de higiene a utilizar. Proponer realizar un registro de cepillado diario.	Indicar uso de seda dental.
Dieta		Poner énfasis en evitar siempre el consumo de azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados y preferir alimentos que no contengan sellos "ALTOS EN". Reforzar consumo de agua.	
Fluoruros		Usar pasta dental de entre 1000 y 1500 ppm de flúor. Luego del cepillado, indicar escupir pero no enjuagarse.	
Medidas de protección específica	Aplicación de flúor barniz	Indicar dos aplicaciones de flúor barniz al año. En caso de presencia de lesión(es) de caries, incluida la mancha blanca, aplicar flúor barniz como tratamiento de remineralización.	Indicar que cada adolescente reciba al menos tres aplicaciones de flúor barniz al año.
	Sellantes	-----	Considerar la aplicación de sellantes de resina o vidrio ionómero
	Radiografías	Se sugiere la toma de radiografías, como apoyo diagnóstico de caries interproximales en molares según indicación clínica.	
Motivación y Formación de Hábitos		Proponer un plan de acción que involucre a los adolescentes para incorporar hábitos de higiene y alimentación saludable. Considerar derivar a consultas de morbilidad cuando el caso lo requiera. Derivar a ortodoncia a usuarios con maloclusión según criterios de inclusión y exclusión locales y recomendados, resguardando el proceso de referencia y contrarreferencia ⁹ . Derivar a control de salud integral del adolescente cuando este no lo presente ¹⁰ . Derivar a equipo de salud mental en casos en que el adolescente manifieste el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.	

⁹ Resolución exenta N° 694, 3 de noviembre 2020, aprueba protocolo de referencia y contrarreferencia ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial.

¹⁰ En orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes, se desarrolla en extenso este tema.

ANEXO N°3: PAUTA CERO REMOTA Y CATEGORIZACIÓN DE RIESGO

El odontólogo establece el contacto telefónico con padres o cuidadores o el adolescente previamente agendado y definidos para la jornada.

Para este tipo de atención se debe tomar en consideración las “Recomendaciones Atención de Salud Remota para Adolescentes” emanadas de la División de Atención Primaria, que entre otros aspectos entrega lineamientos sobre cuándo se debe solicitar autorización al adulto responsable para atención de salud *“En los casos de adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable. Sin embargo, se debe tener presente la circular N° A15/11¹¹ sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de un adulto responsable, por lo que, si se contactan de manera remota a uno de los números difundidos para atención, no se puede negar la atención en ese momento... y en el caso de que la acción diagnóstica arroje la necesidad de practicar un examen o realizar algún tratamiento, con posterioridad, se deberá informar de este hecho a alguno de los señalados, para una próxima atención”*

El odontólogo debe identificarse con nombre, apellido y profesión; informar el CESFAM/Establecimiento al que pertenece y finalmente describir la modalidad de atención que está ejecutando.

Aplicación de la Pauta y en base al resultado y el riesgo cariogénico presente en el paciente, se deberán entregar las respectivas estrategias de prevención. **Recomendar acudir en 6 meses a control odontológico presencial en el CESFAM, independiente del riesgo cariogénico del paciente.**

Para categorizar el riesgo en modalidad Pauta CERO remota, se debe considerar los siguientes aspectos de manera secuencial:

- 1) Si la evaluación, sin considerar la condición clínica, es riesgo alto, se mantiene riesgo alto
- 2) Si presenta “historia de caries” (COPD>0) en las evaluaciones presenciales anteriores, se mantiene el riesgo alto.
- 3) Si en la última “evaluación presencial” el resultado es riesgo alto, se mantiene el riesgo alto.
- 4) Si es posible contar con buenas fotografías, según pauta de cotejo, y se evidencian “lesiones de caries”, es riesgo alto.
- 5) Por último, y en caso de no contar con ninguno de los antecedentes previamente mencionados, se utilizará el ámbito “motivación de los padres/cuidadores o adolescente”¹². Si tiene “baja motivación” se categoriza como riesgo alto y si tiene “alta motivación” como riesgo bajo.

¹¹ https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/Circular-Atenci%C3%B3n-Adolescente-2016.pdf

¹² Resultados preliminares del estudio “Evaluación de Proceso y Resultados en Salud Oral en Niño/As Beneficiarios del Programa de Población Bajo Control Con Enfoque De Riesgo Odontológico (CERO), entre septiembre 2017 a diciembre del 2019 Del SSMOCC” Indican que es el ámbito con mayor asociación al resultado de riesgo.

ANEXO N°4: INSTRUCTIVO Y EVALUACIÓN DE FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS¹³

Se sugiere que, durante el primer contacto con padre, madre, cuidador o adolescente, el SOME y/o TONS entregue las siguientes indicaciones para la toma de fotografías del programa CERO:

Indicaciones para la toma de radiografías

- 1) Cepillar los dientes antes de tomar las fotografías, para eliminar restos de alimentos que impidan ver los dientes.
- 2) Recostarse en superficie plana (cama)
- 3) Buscar buena iluminación e idealmente apoyo de otra persona para tomar las fotografías.

Se deben tomar, al menos, 3 fotografías:

- 4) Frontal: fotografía sonriendo, en oclusión, deben ver vestibular de los dientes antero-superiores e inferiores.
- 5) Oclusal superior: fotografía con boca abierta, se debe ver oclusal de dientes superiores
- 6) Oclusal inferior: fotografía con boca abierta: Se debe ver oclusal de dientes inferiores

Luego de recibidas las fotografías, el odontólogo debe evaluar su calidad según Pauta de Cotejo adjunta. Debe marcar si en todos los criterios de las 3 fotos para que éstas sean útiles.

PAUTAS DE COTEJO PARA EVALUAR FOTOGRAFÍAS INTRAORALES:

Criterio	SI	NO
¿Se observa con nitidez la encía en la fotografía? (¿Puede Ud. realizar el diagnóstico de salud gingival con la fotografía?)		
¿Se observan con nitidez todos los dientes anteriores (sup. e inf.)? (¿Puede Ud. hacer diagnóstico de lesiones de caries cavitadas vestibulares y proximales de los dientes anteriores (sup? e inf.)?)		

FOTO OCLUSAL	SUPERIOR		INFERIOR	
	SI	NO	SI	NO
¿Se observan todos los dientes de la arcada?				
¿Se observan las caras palatinas de todos los dientes antero-superiores?			N/A	N/A
¿Se observan con nitidez las caras oclusales de los premolares y molares en boca?				

¹³ Agradecimientos al Equipo Odontológico de la Dirección de Salud de Recoleta, Dra. Daniela Salinas, Dra. Natalia Loyola, Dr. Alexis Ahumada.

ANEXO Nº 5: INFORMACIÓN SOBRE INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

Intervenciones preventivas en Alcohol, tabaco y otras drogas¹⁴:

En coherencia con el modelo de atención integral en salud familiar, la Atención Primaria de Salud implementa estrategias destinadas a pesquisar, intervenir y referir a tratamiento a usuarios con problemáticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Paso 1: El primer paso es el **tamizaje**, el cual es el primer filtro en la detección de personas con consumo de sustancias.

Para determinar el instrumento a utilizar y evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adultos, se aplica la PRIMERA PREGUNTA del instrumento ASSIST: ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida? La respuesta determinará la aplicación de AUDIT o ASSIST. Para población adolescente guíese por las preguntas de CRAFFT.

En resumen:

- CRAFFT para población adolescente.
- ASSIST para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, desde los 20 años.
- AUDIT sólo para consumo de alcohol, desde los 20 años.

Estos instrumentos arrojan una puntuación que identifica el nivel de riesgo: bajo, de riesgo o alto. Esta información se utilizará para proporcionar, en el paso 2, retroalimentación personalizada a los usuarios/as.

Paso 2: A partir de lo anterior, se realiza la **intervención según el patrón de consumo** de alcohol, tabaco y otras drogas, que indica el puntaje del instrumento:

- **Bajo riesgo: “Intervenciones mínimas”.** Consejo educativo y preventivo para reforzar la conducta actual.
- **Consumo de riesgo en adultos: “Intervenciones breves”.** Conjunto de procedimientos simples, breves y estructurados, para dar ayuda oportuna y eficaz a las personas respecto su consumo de sustancias.
- **Consumo de riesgo en adolescentes: “Intervención motivacional”.** Estrategia que permite incrementar en el usuario/a su disposición al cambio y compromiso para cambiar su conducta.
-

Paso 3: Para aquellos usuarios que puntúen con consumo de “alto riesgo”, corresponde realizar una **Referencia Asistida** a una confirmación diagnóstica con el equipo de salud mental, y realizar una Intervención Breve o Intervención Motivacional con el objetivo de motivarlos a seguir con el proceso de atención.

¹⁴ En Orientaciones Técnico Administrativas para la Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida para el consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Atención Primaria (2017), se desarrolla en extenso este tema.