




## ANEXO 4

### Instrumentos del ENSAB IV

#### Formulario 1. Evaluación Clínica a niños(as) de 1 a 3 años

 <b>MinSalud</b> Ministerio de Salud y Protección Social	<b>CUARTO ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL (ENSAB IV)</b> <b>ENCUESTA SOBRE PROCESOS DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD BUCAL</b>	 <b>S.E.I. S.A.</b> Sistema Especializado de Información S.A. <i>En encuestas e información... Calidad por convicción</i>	 <b>Pontificia Universidad Javeriana</b> Bogotá
---	--	--	---

#### FORMULARIO 1. EVALUACIÓN CLÍNICA A NIÑOS(AS) DE 1 Y 3 AÑOS

Número identificación muestral:

\_\_\_\_\_

#### CONTROL OPERATIVO

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA						
	Día	Fecha Mes	Año	Hora Inicio	Hora Fin	Resultado
1	____	____ - ____	____	____:____	____:____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → _____
2	____	____ - ____	____	____:____	____:____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → _____
3	____	____ - ____	____	____:____	____:____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → _____

#### CÓDIGOS DE RESULTADO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

1. Completa	4. Ausente momentáneo
2. Incompleta	5. Otro: _____
3. Rechazo	
4. Nombre del odontólogo examinador: _____ Identificación: _____	
5. Nombre del odontólogo supervisor: _____ Identificación: _____	
6. ¿Realizó reexamen? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
7. ¿Revisó el formulario? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

#### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

101	ENTREVISTADOR(A): Transcriba número de orden y los nombres y apellidos del niño(a) seleccionado, de las preguntas 200 y 202 del Módulo 1. Hogar.	a. No. orden:	
		b. Nombres y apellidos:	
102	ENTREVISTADOR(A): Verifique con pregunta 203 del Módulo 1. Hogar. ¿Esta persona tiene 1 o 3 años?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → Termine
103	ENTREVISTADOR(A): Transcriba número de orden y los nombres y apellidos de la persona responsable del niño(a), de las preguntas 200 y 202 del Módulo 1. Hogar.	a. No. orden:	
		b. Nombres y apellidos:	
104	¿Nombre del niño(a) recibe ayuda de alguien de manera permanente, para el cuidado de la boca?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 201
105	¿De quién?	Padres	1 <input type="checkbox"/>
		Hermanos mayores de 12 años	2 <input type="checkbox"/>
		Cuidador mayor de 12 años	3 <input type="checkbox"/>
		Otras personas	4 <input type="checkbox"/>

## II. ANTECEDENTES MÉDICOS

201	¿ <u>Nombre del niño(a)</u> ha padecido o le han diagnosticado uno de los siguientes problemas? ☞ Puede marcar varias opciones de respuesta	a. Alergias (medicamentos, látex, polvo, urticaria)	<input type="checkbox"/>	
		b. Enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, neumonía)	<input type="checkbox"/>	
		c. Epilepsia (ataques o convulsiones)	<input type="checkbox"/>	
		d. Hemorragias o sangrados constantes (sitios diferentes a la boca)	<input type="checkbox"/>	
		e. Trastornos mentales, emocionales o de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	
		f. Cáncer	<input type="checkbox"/>	
		g. Condición de discapacidad	<input type="checkbox"/>	
		h. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	
	Ninguna	1 <input type="checkbox"/>		
202	<u>Nombre del niño(a)</u> en sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:			
	Pensar, memorizar	1 <input type="checkbox"/>	Caminar, correr, saltar	9 <input type="checkbox"/>
	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	2 <input type="checkbox"/>	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	10 <input type="checkbox"/>
	Oír, aun con aparatos especiales	3 <input type="checkbox"/>	Relacionarse con las demás personas y el entorno	11 <input type="checkbox"/>
	Distinguir sabores u olores	4 <input type="checkbox"/>	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	12 <input type="checkbox"/>
	Hablar y comunicarse	5 <input type="checkbox"/>	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	13 <input type="checkbox"/>
	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	6 <input type="checkbox"/>	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	14 <input type="checkbox"/>
	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	7 <input type="checkbox"/>	Otra	15 <input type="checkbox"/>
	Retener o expulsar la orina	8 <input type="checkbox"/>	Ninguna	16 <input type="checkbox"/>
203	¿ <u>Nombre del niño(a)</u> está asistiendo a controles de crecimiento y desarrollo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	
204	¿Está <u>Nombre del niño(a)</u> en tratamiento médico actualmente?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> ➔ 206	
205	¿En qué tratamiento(s) médico(s) está actualmente <u>Nombre del niño(a)</u> ?	a.		
		b.		
		c.		
		No sabe/ No recuerda	1 <input type="checkbox"/>	
206	¿ <u>Nombre del niño(a)</u> está tomando algún medicamento actualmente?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> ➔ 208	
207	¿Qué medicamento(s) está tomando actualmente <u>Nombre del niño(a)</u> ?	a.		
		b.		
		c.		
		No sabe/ No recuerda	1 <input type="checkbox"/>	
208	Aplicación del examen clínico (dependiendo de antecedentes médicos)	Se aplica el examen	1 <input type="checkbox"/> ➔ III	
		No se aplica el examen	2 <input type="checkbox"/>	
209	Explique la razón por la cual no se aplica el examen clínico	Cardiovascular (Endocarditis infecciosa)	1 <input type="checkbox"/> ➔ Termine	
		Hemofílico o riesgo de sangrado excesivo	2 <input type="checkbox"/> ➔ Termine	
		En estado terminal	3 <input type="checkbox"/> ➔ Termine	
		Condición severa de discapacidad	4 <input type="checkbox"/> ➔ Termine	

### III. EVALUACIÓN CLÍNICA

#### A. LABIO Y PALADAR HENDIDO

301	302	303
CONDICIÓN	PRESENCIA/TRATAMIENTO	LOCALIZACIÓN
	0. No 1. Sí, corregida 2. Sí, en tratamiento 3. Sí, sin corregir	1. Unilateral 2. Bilateral 9. No aplicable
a. Hendidura de labio	0 <input type="checkbox"/> ➔ <b>302b</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
b. Hendidura de paladar	0 <input type="checkbox"/> ➔ <b>304</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

#### B. ESTADO DE LA DENTICIÓN

##### B.1. ICDAS – OPACIDAD

<b>304</b>	Corona: 0,2,3,4,5,6,9	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<b>304A</b>	Opacidad: 1, 7, 8, 9										
<b>306</b>	Corona: 0,2,3,4,5,6,7,8,9	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
<b>306A</b>	Opacidad: 1, 7, 8, 9										

##### CRITERIOS DE CORONA

0	Diente sano	5	Cavidad detectable con dentina visible
2	Primer cambio visual en el esmalte o cambio visual definido en esmalte	6	Diente con cavidad extensa detectable con dentina visible
3	Pérdida de integridad del esmalte, dentina no visible	9	No aplica
4	Sombra subyacente de dentina		

##### CRITERIOS DE OPACIDAD

1	No hay opacidad	8	Opacidad demarcada amarillo/marrón
7	Opacidad demarcada blanca/crema	9	No aplica

##### B.2. cop

<b>305</b>	Corona: (A,B,C,D,E,F,G,H)	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<b>307</b>	Corona: (A,B,C,D,E,F,G,H)	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

**CRITERIOS DE CORONA**

A	Sano	E	Ausente por caries
B	Cariado	F	Sellante de fisura
C	Obturado con caries	G	Prótesis, corona, retenedor, carilla
D	Obturado sin caries	H	No registra

<b>308</b>	Erosión dental	a. Severidad	
		No signo de erosión	0 <input type="checkbox"/> ➔ <b>309</b>
		Lesión de esmalte	1 <input type="checkbox"/>
		Lesión de la dentina	2 <input type="checkbox"/>
		Pulpa implicada	3 <input type="checkbox"/>
		b. Número de dientes afectados	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>309</b>	Trauma dental	a. Estado	
		No signo de lesión	0 <input type="checkbox"/> ➔ <b>310</b>
		Lesión tratada	1 <input type="checkbox"/>
		Fractura de esmalte solamente	2 <input type="checkbox"/>
		Fractura de esmalte y dentina	3 <input type="checkbox"/>
		Pulpa implicada	4 <input type="checkbox"/>
		Diente ausente por trauma	5 <input type="checkbox"/>
		Otro daño	6 <input type="checkbox"/>
		Diente excluido	9 <input type="checkbox"/>
b. Número de dientes afectados		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>310</b>	¿Le indicó al sujeto las condiciones encontradas en su cavidad bucal?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
<b>311</b>	¿Le mencionó los cuidados e indicaciones generales para su salud bucal acorde con las condiciones encontradas?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
<b>312</b>	¿Lo remitió a atención odontológica por las condiciones presentes?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>