

# INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SALUD ORAL (OHAT) PARA PROFESIONALES NO ODONTÓLOGOS

(León Soraya, Aguilera Karen y Gambetta-Tessini Karla)

Paciente: \_\_\_\_\_

Evaluación inicial  Repetición de evaluación  1  2  3 Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: Una estrella \*, color rosado y un subrayado indican que se requiere la derivación a un profesional Odontólogo.

Categoría	0 = Saludable	1 = Cambios	2 = Enfermo	Puntaje	Acción necesaria	Acción terminada
<b>Labios</b>	Suaves, rosados, húmedos.	Secos, agrietados o enrojecidos en las comisuras.	<u>Aumento de volumen o hinchazón, manchas blancas/ rojas/ ulceradas; sangrado / ulceraciones en las comisuras *</u>		1= Intervenir 2= Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Lengua</b>	Normal, húmeda, rosada.	Irregular, fisurada, roja, saburral.	<u>Manchas rojas y/o blancas, úlceras, hinchada o inflamada *</u>		1= Intervenir 2= Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Encías y tejidos</b>	Rosadas, húmedas, suaves, sin sangrado.	<u>Secas, brillantes, ásperas, rojas, inflamadas; úlcera o punto doloroso bajo la prótesis removable*</u>	<u>Inflamación, sangrado, úlceras, manchas blancas/rojas, enrojecimiento generalizado y/o sensibilidad *</u>		1 o 2= Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Saliva</b>	Tejidos húmedos, saliva fluye libre y acuosa (líquida).	Tejidos secos y pegajosos, poca saliva presente, la persona cree que tiene la boca seca, pero no afecta su calidad de vida.	<u>Tejidos resecos y enrojecidos, muy poca o sin presencia de saliva; saliva espesa, pegajosa, la persona se queja de boca seca *</u>		1= Intervenir 2= Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Dientes naturales</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No hay dientes cariados o fracturados	<u>1 a 3 dientes/ raíces cariados o fracturados *</u>	<u>4 o más dientes/ raíces cariados, fracturados o muy desgastados; o menos de 4 dientes y sin presencia de prótesis dental *</u>		1 o 2= Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Prótesis dental</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sin áreas o dientes de la prótesis fracturados, prótesis que se usan la mayor parte del tiempo y están etiquetadas con el nombre de la persona.	Un área o diente de la prótesis fracturado, o prótesis que solo se usa durante 1-2 horas al día, o prótesis dental que no está etiquetada con el nombre de la persona.	<u>Más de 1 área o diente fracturado de la prótesis, pérdida de prótesis removable o no se usa porque está desajustada, o solo se usa con adhesivo para prótesis dental *</u>		1= Intervenir- Identificar la prótesis. 2= Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Higiene oral</b>	Limpia y sin partículas de comida o sarro en dientes o en prótesis dental.	Partículas de comida/ sarro /biofilm en 1 o 2 áreas de la boca o en áreas pequeñas de la prótesis dental; mal aliento ocasional.	<u>Partículas de comida/ sarro/ biofilm en la mayoría de las áreas de la boca o en la mayoría de las áreas de las prótesis o halitosis severa (mal aliento) *</u>		1= Intervenir 2= Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Dolor dental</b>	No relata dolor verbalmente y no presenta signos físicos o conductuales de dolor.	<u>Presenta signos de dolor verbales y/ o conductuales como tirones de la cara, morderse los labios, no comer, agresión *</u>	<u>Presenta signos físicos de dolor como aumento de volumen en mejillas o en encías, dientes fracturados, úlceras, así como signos de dolor verbales o conductuales *</u>		1 o 2 = Derivar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Completado por: \_\_\_\_\_

DERIVAR:  Derivar a Odontólogo Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

INTERVENCIÓN:  Manejo de enfermedades crónicas  Manejo de enfermedades agudas  Revisión de medicamentos  Paciente/Cliente/Educación Familiar

Derivar a:  Odontólogo  Médico  Enfermera  Nutricionista  Terapeuta ocupacional  Trabajador social  Otro \_\_\_\_\_

NOTAS: \_\_\_\_\_