



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA

2024

MANUAL PARA CONFECCIÓN FICHA CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO I Y II

GUÍA PRÁCTICA PARA CONFECCIÓN FICHA CLÍNICA

CERECEDA M, ESTRADA M, VALDIVIESO M, ALVEAR P, BOBADILLA C, MOYA P,
ROBLES M, NIKLITSCHK K, SILVA A.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	2
I.ANAMNESIS.....	9
I.1. ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES.....	10
I.2. ANTECEDENTES MATERNO-INFANTILES.....	10
I.3. ANTECEDENTES PERSONALES.....	15
I.4. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:.....	17
II.EVALUACIÓN PSICOLÓGICA 18	
III.FACTORES SOCIOFAMILIARES Y ECONÓMICOS.....	28
III.1 GENOGRAMA.....	29
III.2 ÍNDICE DE GRAFFAR.....	33
IV. EXÁMEN FÍSICO GENERAL 35	
IV. 1. EVALUACIÓN NUTRICIONAL.....	35
IV. 2. DEAMBULACIÓN.....	38
IV.3. EVALUACIÓN POSTURAL.....	38
V. EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL.....	42
V.1. GENERALIDADES.....	43
V.2. EXAMEN FACIAL FRONTAL.....	47
V.3. EXAMEN FACIAL DE PERFIL.....	54
VI. EXÁMEN CLÍNICO INTRAORAL.....	66
VI.1. EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS.....	66
VI.2. EXAMEN DENTAL.....	72
VI.2.2. ARCOS EN OCLUSIÓN.....	74
VI.3. EXAMEN FUNCIONAL.....	75
VI.4. HÁBITOS DISFUNCIONALES ORALES.....	78
VII. ODONTOGRAMA MAXILAR Y MANDÍBULA.....	80
VIII. ELEMENTOS AYUDANTES AL DIAGNÓSTICO.....	83
VIII.1. EXAMEN RADIOGRÁFICO.....	83
VIII.2. ESTUDIO HIGIENE DEL PACIENTE.....	94
VIII.3. ESTUDIO DE DIETA.....	101
VIII.4 ANÁLISIS DEL RIESGO CARIOGÉNICO.....	107
VIII. 5 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.....	108
IX. FUNDAMENTOS / ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS.....	113
X. DIAGNÓSTICO CLÍNICO INTEGRAL.....	117
XII.- PLAN DE TRATAMIENTO.....	120

INTRODUCCIÓN

La ficha clínica que utilizamos en Odontopediatría es un documento legal que contiene la historia clínica de un paciente, información personal, el motivo de consulta, y constituye el registro del diagnóstico y procedimientos que recibe a lo largo del tratamiento el paciente.

Mediante la ficha clínica, el alumno podrá indagar sobre la historia médica familiar y antecedentes del niño, que le permitirá conocer como el período gestacional, el trabajo de parto, tipo de parto y posterior desarrollo. Además de conocer los aspectos psicosociales y el entorno familiar donde se desarrolla el niño.

El proceso de confección de la ficha clínica le permitirá al estudiante adquirir habilidades y destrezas para la adecuada categorización del niño en cuanto a su desarrollo físico, psicológico y evaluar el riesgo social, biológico y cariogénico.

Mediante la correcta indagación de todos los ítems expuestos, el alumno podrá realizar un correcto diagnóstico, generar un plan de tratamiento personalizado, y la derivación y/o interconsulta oportuna cuando el caso así lo requiera.

Este Manual pretende entregar al estudiante la información básica con la cuál debe ser confeccionada la Ficha Clínica de la Cátedra de Clínica Integral del Niño, Universidad San Sebastián, Sede Santiago.

Los aspectos importantes al utilizar este manual para realizar la ficha clínica son:

- *En letra cursiva al final de cada apartado encontrarán las instrucciones para los estudiantes, para llenar su documento de ficha clínica.*
- *Este manual cuenta con referencias bibliográficas que pueden ser consultadas para apoyar en la profundización del conocimiento.*
- *Utilice este manual para realizar la ficha clínica y para apoyarse en el desarrollo de la presentación de caso clínico en CIN I y II de la USS.*

LA FICHA CLÍNICA:

¿Para qué debemos confeccionar una Ficha Clínica?

La ficha clínica constituye un documento que contiene información de índole médico legal, representa un respaldo para el odontólogo tratante y otorga un precedente de las acciones clínicas que se realizan en cada sesión, es por esto que la realización de la ficha clínica responde a una necesidad y obligación dentro del tratamiento de los pacientes, ya sea en el sistema público o privado. En ella quedan registrados: los datos de nuestros pacientes, el motivo que lo llevó a consultar; se deja escrito e indicado el estado en que llega el paciente, el plan de tratamiento que se le realizará, y finalmente se va anotando el detalle de lo que se hace sesión a sesión con el paciente. De esta manera frente a cualquier eventualidad, sea ésta una complicación del tratamiento, una queja del paciente o cualquier otra situación, podemos recurrir a la ficha para determinar y respaldar nuestras acciones.

La ley N°20.584(1), sobre derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas con salud, Diario Oficial 24 de abril del 2012 en su artículo 12°, indica que “La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella”.

En el siguiente link podrán descargar el Decreto 41 que aprueba el reglamento sobre fichas clínicas en Chile: <https://bcn.cl/2gyoo>

Importancia de la ficha clínica

- Guía para efectuar el examen del paciente de manera ordenada y metódica.
- Conduce a formular un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
- Permite seguir la evolución y control de la enfermedad.
- Valor estadístico.
- Valor médico legal.

Características de la Ficha Clínica:

- **Completa:** debe reflejar todos los actos médicos relevantes realizados con el paciente, dentro de los que se encuentran: anamnesis, examen físico, examen clínico intra y extraoral, diagnóstico, tratamiento, detalles de la evolución clínica, consentimiento informado e identificación por parte del médico o médica que asiste y que efectúa las evaluaciones.
- **Ordenada y actualizada,** debe contener la evolución en el tiempo de todos los acontecimientos y actos médicos que se realizan con el paciente
- **Inteligible** Debe ser escriturado con letra legible, con frases concisas y comprensibles de manera tal que pueda ser comprendido por los médicos que accedan a ella y a los pacientes en su caso.
- **Inviolable y veraz,** No puede ser alterada, ya sea en sus elementos esenciales o bien mediante la inclusión de evoluciones, tratamientos o diagnósticos discordantes con la realidad.
- **Confidencial,** se considera un elemento que es parte del derecho de propiedad del usuario, entendiéndose con ello que estos datos deben ser velados y salvaguardados, siendo siempre utilizados con fines médicos, a menos que se cuente con el consentimiento expreso del paciente. (2)

La ficha es un instrumento de registro de información que tiene valor para la investigación, utilizando su contenido en búsqueda de resolver problemas de salud con metodología científica; valor judicial, ya que es utilizada por abogados y médicos legistas como "documento medico" de prueba ante la justicia, herramienta médico legal; valor institucional, ya que registra las acciones en el paciente dando a conocer el grado de avance en el tratamiento planificado; valor para los tratantes, por convertirse en una herramienta de comunicación entre ellos, y valor para el paciente, por concentrar la historia de sus enfermedades.

Según Godoy Olave 2018 (3) a la ficha clínica se puede agregar un valor docente, en el que el profesional y sus estudiantes comparten la información y desarrollan su aprendizaje con base en el servicio. El autor indica también que en la actualidad se le otorga también un valor en el control de calidad de la atención y de los establecimientos de salud, asociado a la gestión y administración de estos. (3)

El documento de Ficha clínica NO debe incluir calificaciones del estudiante ni comentarios académicos ya que esto no constituye información relacionada al paciente. El documento de la Ficha clínica debe ser completado en Dentalink accediendo a documentos clínicos, creando nuevo documento clínico: FICHA CLINICA INTEGRAL DEL NIÑO I Y II.

DATOS DEL PACIENTE

Esta primera etapa es estadística. Es necesaria la presencia de los padres o apoderados. Se registran datos de identificación y contacto, además del RUT del paciente. Además, se pueden anotar datos útiles para nuestra relación con el niño como apodo, por el cual él prefiere ser llamado, nombre de mascotas, actividades favoritas, música de preferencia, entre otras, que nos permitirán identificar al niño como un individuo con personalidad única, permitiéndonos mayor acercamiento con nuestro paciente.

Registrar nombres de los padres, ocupación, domicilio y comuna, es importante

para determinar el estrato socioeconómico al cual nos estamos dirigiendo. Anotar siempre más de un teléfono y así poder contactar a los apoderados, coordinar y recordar las citas y obtener una relación más fluida. Anotar además idealmente datos de contacto de un familiar distinto a los apoderados.

El Colegio y el curso al que el niño concurre son importantes porque nos indican su nivel de desarrollo intelectual. Un niño de 7 años que esté cursando Kinder debe ser por alguna situación en especial, algún retraso en el lenguaje o alguna enfermedad sistémica asociada que no le haya permitido continuar sus estudios de manera habitual.

Se debe incluir también el nombre del pediatra de cabecera, su teléfono, correo y dirección del consultorio, para poder contactarlo en caso de ser necesario o para obtener información adicional sobre la salud del niño o niña. Es particularmente importante si se presenta una enfermedad sistémica de base.

MOTIVO DE CONSULTA

Se registra en las **propias palabras del paciente** o del acompañante la razón por la cual consultan. Muchas veces es por dolor, urgencia, caries, anomalías dentomaxilares, trastornos en el desarrollo de la oclusión o solo control. Es importante consignarlo pues nos dice cuál es la motivación real que tiene la madre para llevar al niño o niña y, por lo tanto, se debe tener en consideración como un objetivo de nuestro tratamiento. Por ejemplo, se puede colocar lo que dice la madre y atribuirlo a: “Mamá lo trae porque le duelen los dientes” y entre paréntesis (Dolor).
(4)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desde la primera cita se requiere la firma del consentimiento informado (CI) por parte de los padres o responsables legales, que autorice a realizar anamnesis,

examen clínico, toma de fotografías de uso clínico pedagógico y radiográfico además de otros posibles exámenes necesarios. (5)

Según la Ley 20.584 (1), sobre los Derechos y Deberes de los Pacientes, todas las personas tienen el derecho de otorgar o denegar su voluntad para ser sometido a algún procedimiento o tratamiento, de forma libre y voluntaria, luego que el profesional le entregue toda la información relacionada.

Lo importante es hacer del Consentimiento Informado un instrumento para el cumplimiento de un principio esencial: que la persona pueda decidir efectivamente sobre su cuerpo, como corresponde a su dignidad, y que esta decisión esté basada en una información genuina, honesta y humana, como corresponde a algo tan trascendente en que pueda estar afectada la salud y la vida.

Según el protocolo de Consentimiento Informado del Centro de Salud USS versión 01 en vigencia desde 15.01.2023, disponible en el siguiente link: [Protocolo de consentimiento informado USS.pdf](#)

- El CI se aplicará a todo procedimiento de diagnóstico, terapéutico y rehabilitación realizada en el Centro de Salud Universidad San Sebastián (CSUSS).
- Será ejecutado por todo profesional o estudiante (bajo supervisión y validación de su docente guía).
- Debe ser aplicado antes de realizar los procedimientos antes descritos.
- Durante la entrevista se debe utilizar lenguaje claro y comprensible, se debe señalar objetivo del tratamiento o procedimiento con resultados esperados, los riesgos y complicaciones inherentes a la intervención o a la no aceptación del tratamiento y las alternativas de tratamiento a cargo del estudiante bajo la supervisión y validación del docente guía.

- Posterior a la explicación se debe entregar el documento al apoderado o tutor legal, dar un tiempo para que lo lea y dar respuestas ante consultas que surjan.
- En caso de que el tutor se niegue al procedimiento, se debe dejar constancia de la denegación en el mismo documento.
- Debe ser firmado por el usuario y por el profesional tratante (en caso de los estudiantes el profesional de la salud tratante es el tutor clínico).

El documento de CI para atenciones clínicas de la USS pueden descargarlo aquí: [Consentimiento informado Odontología incluye covid \(1\).pdf](#) y debe quedar archivado en la ficha del paciente (Dentalink) y entregado en la recepción para ser guardado por personal del CSUSS. Este trámite administrativo debe realizarse durante la primera cita del paciente.

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

Existe otro documento importante que debe firmarse durante la primera cita, corresponde al **Formulario de Constancia de Información al Paciente GES**, este documento es el mecanismo oficial definido por la Superintendencia de Salud para que los hospitales, clínicas, centros médicos y demás prestadores de salud informen a los afiliados a Isapre o a Fonasa, la confirmación diagnóstica de una patología incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES). Para nuestro caso, el Programa GES se llama “Salud oral integral para niños y niñas de 6 años”. Está disponible para su descarga en el siguiente link: https://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/articles-6016_form_url.pdf

I. ANAMNESIS

La anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

Para obtener una historia clínica adecuada se requiere de una guía organizada y objetiva. Solamente así se puede evitar la elaboración de historias ambiguas, superficiales, desorganizadas, artificiosas y redundantes.(6)

“La historia clínica debe ser viva, integrada, no un interrogatorio; hay que escuchar y observar. Importa no sólo lo que se dice, sino cómo se dice. Hay que tener presente que en la historia odontopediátrica se rompe la relación lineal odontólogo-paciente, por otra de naturaleza triangular constituida por el niño, sus padres y el odontólogo.” (4)

La anamnesis suele ser el primer contacto que existe con el paciente y sus padres, cuidadores o apoderados, la primera oportunidad de establecer una relación positiva y una base de mutua confianza. Ya que la odontopediatría es la especialidad que introduce al niño a la vida odontológica, es prioritario el acercamiento paciente/profesional, así como la relación con los padres, ya que pueden estar ansiosos ante la expectativa del tratamiento a sus hijos. Además, el profesional deberá ser capaz de transmitir seguridad tanto al paciente como a los padres, cuidadores o apoderados buscando adaptar al niño a la clínica odontológica e introduciéndolo al tratamiento propiamente dicho, en forma agradable. Las preguntas y observaciones del dentista deben tomar la forma de una conversación relajada en términos comprensibles, reflejando el interés profesional por el paciente y la capacidad para resolver los problemas. (5)

I.1. ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES

El registro de antecedentes debe efectuarse antes de cualquier acción, incluso frente a una urgencia. Su objetivo primordial es obtener información sobre patologías sistémicas de base hereditaria.

Si nos centramos en los aspectos dentales, en relación con el entorno familiar, debemos reflejar en la historia el estado de salud bucal de padres y hermanos.

Se debe consignar las enfermedades genéticas, congénitas y hereditarias, que se transmiten de una generación a otra. Los antecedentes hereditarios pueden explicar anomalías dentarias como amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y displasia dentinaria; osteodismorfias generales como el prognatismo mandibular genotípico, entre otras, etc.

I.2. ANTECEDENTES MATERNO-INFANTILES

La historia prenatal deberá incluir informaciones relacionadas al período de gestación y al parto, enfermedades o condiciones maternas y medicamentos administrados durante el embarazo.

Antecedentes de la madre:

Primero indagar **como fue el embarazo** (normal o con patología). Averiguar si la **madre** presentó algún tipo de **enfermedad durante el embarazo** (consignar cual fue la enfermedad, en qué periodo de gestación ocurrió, cuáles fueron las complicaciones que tuvo, que **medicamentos** tomó y por cuánto tiempo).

Estas informaciones son importantes ya que algunas alteraciones de los tejidos dentales (anomalías de color, forma y estructura) están relacionadas con utilización de ciertos medicamentos, enfermedades virales o bacterianas, y problemas

metabólicos ocurridos durante el período de gestación o niñez. Es importante también consignar si tuvo infecciones; por ejemplo, infección urinaria, pues van acompañadas de fiebres altas que pueden alterar los odontoblastos, produciéndose algún tipo de hipocalcificación/hipoplasia en las piezas que en ese momento se están formando o calcificando. (4)

Se conocen los efectos teratógenos de intoxicaciones medicamentosas; discromías como las debidas a la ingesta de tetraciclinas durante el embarazo; trastornos del desarrollo esquelético provocado por tratamiento del cáncer con radioterapia; infecciones bacterianas y víricas durante el embarazo, como la rubéola, pueden determinar alteraciones teratógenas en el sistema estomatognático del niño (*agenesias, dientes cónicos y hendiduras labiales*). (4)

Consideraciones: Existe un fenómeno llamado **Hipomineralización Incisivo Molar (HIM)** que según el autor Weerherijm el 2003(7) define como una patología de origen sistémico, de carácter cualitativo que puede afectar desde 1 a los 4 primeros molares permanentes, pudiendo o no incluir a los incisivos permanentes. La Academia Europea de Odontopediatría en su última guía clínica, 2022 (8) confirma que el HIM tiene una etiología multifactorial, considerando la duración, intensidad y momento de aparición de los factores etiológicos responsables de las características clínicas variables del defecto, también concluyen que la hipoxia perinatal, la prematuridad y otros problemas perinatales relacionados con la hipoxia, incluida la cesárea, parecen aumentar el riesgo de HIM, mientras que ciertas enfermedades infantiles y de la niñez están relacionadas con HIM. Indican que la predisposición genética y el papel de las influencias epigenéticas se están volviendo más evidentes después de estudios de gemelos y análisis de polimorfismos de genoma de un solo nucleótido en pacientes y familias. (8)

Es importante también conocer la **extensión o prolongación del embarazo**. Debe ser especificado el número de semanas de gestación ya que la cantidad de semanas de gestación clasifica al recién nacido según la OMS (febrero 2018) en:

- Menos de 36 semanas y 6 días: pre-término o prematuro.
- Prematuro extremo: < 28 semanas de gestación.
- Muy prematuro: 28 - 32 semanas de gestación.
- Prematuro moderado o tardío: 32–37 semanas de gestación.
- Desde 37 semanas hasta 42 semanas: Término.
- Desde 42 y un día: Post-término.

Si fue prematuro pueden existir alteraciones asociadas como hipoplasias de esmalte y otros defectos por hipocalcemia neonatal. La mayoría de estos pacientes son intubados y se pudo haber provocado daño a las vías respiratorias, daño a los gérmenes dentarios, y paladar hendido adquirido.

El **tipo de parto** puede ser normal por vía vaginal o cesárea programada por alguna situación específica de la madre, por ejemplo, partos anteriores por cesárea. También puede corresponder a una cesárea de urgencia (luego de un trabajo de parto prolongado, y esto puede traducirse en una línea neonatal hipocalcificada). Es importante saber si durante las maniobras del parto se utilizaron fórceps que también podrían provocar alteraciones en el sistema estomatognático.

Especificar si el niño **nació sano o con patología**. En este último caso, registrar que tipo de **patología** fue, por ejemplo, si nació con una valoración de test de Apgar bajo, si nació con ictericia, con un problema cardíaco, con una fisura labio palatina, entre muchas. Insistir en este ítem, pues muchas mamás piensan que por ejemplo porque nació con ictericia y estuvo bajo fototerapia no tuvo patología, y esta puede relacionarse con alteraciones a nivel de las piezas temporales. (9)

LACTANCIA Y BIBERÓN

Alimentación de 0-6 meses:

En el año 2002 la Asamblea Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) adoptaron la Estrategia Mundial para la

Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Esta estrategia recomienda como alimentación infantil óptima la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días) e iniciar la alimentación complementaria adecuada y segura a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más.(10)

Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe leche del pecho de su madre o leche materna extraída de su madre o de un banco de leche humana, y no recibe otro tipo de líquidos o sólidos, con excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

Beneficios: La lactancia materna (LM) brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño(a) como a la madre.

Últimas investigaciones recomiendan que los profesionales de la salud deben ser conscientes y aconsejar a los cuidadores sobre el riesgo potencial de la lactancia materna prolongada sobre el desarrollo de caries aplicando las recomendaciones actuales sobre lactancia materna, higiene bucal y frecuencia de alimentación.(11)

Alimentación entre los 6 y 11 meses:

En esta etapa debe iniciarse la Alimentación Complementaria, que corresponde a la administración de cualquier alimento distinto a la leche. Existe un desarrollo o madurez morfo funcional que se caracteriza por la erupción dentaria, el uso de la musculatura masticatoria, incremento de la percepción sensorial y la modificación en la ubicación espacial de la lengua, con el consecuente desarrollo de la deglución somática o adulta. Cuando han erupcionado los incisivos superiores, lo que ocurre en general a los 6 a 10 meses de edad, la comida en forma de papilla puede comenzar a tener consistencia más gruesa. Se debe evitar el consumo de jugo de frutas en menores de 1 año. (12)

Alimentación entre 12- 23 meses:

En esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales (con relación al peso). Un niño con un buen estado nutritivo debe contar con 4 a 5 horarios de comidas (desayuno, colación, almuerzo, onces y comida).

Solamente cuando el niño tiene todos los molares (mayores de 2 años) está en condiciones de masticar adecuadamente alimentos enteros, blandos, los que deben ser incorporados paulatinamente.

El niño debe tomar leche materna o fórmula láctea al desayuno y onces. A partir de los 12 meses se recomienda la suspensión del consumo de leche en la noche para prevenir el riesgo de caries.

Entre los líquidos a aportar es recomendable el agua pura, con un promedio de 200 ml/día. Si se dan jugos de fruta natural debe ser sin agregado de azúcar. (13)

Consideraciones: Según la AAPD el uso frecuente de mamadera con leche durante la noche y la lactancia a libre demanda están asociadas, pero no consistentemente implicadas en Caries de la Infancia Temprana. La mamadera con jugo nocturno, el uso repetido de una tacita sin derrame y una alta frecuencia de snacks o bebidas con azúcar (p. ej., jugo, fórmula, refresco) entre comidas, aumenta el riesgo de caries. Aunque la Caries de la infancia Temprana puede no surgir solo de la leche materna, se ha encontrado que la lactancia materna en combinación con otros carbohidratos es altamente cariogénica. (14)

*Se debe entonces **registrar si existió lactancia materna y su duración** (desde – hasta) recordar que la recomendación de la OMS es 6 meses de LME (lactancia materna exclusiva) pero el bebé puede seguir tomando leche materna hasta los 2 años o más. También registramos si el **bebé usó o no mamadera (biberón)** indicando fecha de inicio y de término, y si **existió lactancia complementaria/mixta** (lactancia materna + biberón), el tiempo de lactancia mixta debe incluir el tiempo de lactancia materna. En cuanto al uso de mamadera se debe*

registrar cuantas eran de día y cuantas, de noche, así como el contenido de éstas. Es importante también preguntar si existía higiene bucal posterior a su consumo.

*Se registra si existió algún **problema o dificultad de succión** que podría significar inmadurez de las funciones orales.*

*Por último, se debe constatar la fecha de inicio de la **alimentación complementaria y alimentos picados**, lo que nos va dando una idea del desarrollo neuromuscular y coordinación motora del paciente.*

I.3. ANTECEDENTES PERSONALES

Nos da una primera impresión del estado de salud general del niño y su desarrollo.

Vacunas al día: Registrar según la edad si el niño está al día con el calendario de vacunación nacional. Si no fuese así, registrar el motivo. La información completa de la vacunación al día nos permite pensar en que se pudo generar una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos. En el siguiente link podrán encontrar el calendario de vacunas que el MINSAL actualiza año a año.
<https://saludresponde.minsal.cl/calendarios-de-vacunacion/>

Controles al día: Registrar según edad si el niño posee sus controles de salud al día, donde y cuando fue la fecha del último control, y si existió alguna recomendación específica.

En el siguiente link pueden encontrar la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021, donde pueden encontrar prestaciones y programas vinculados a la supervisión integral de salud infantil.

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-3-Web.pdf>

Anomalías Congénitas y/o enfermedades: Primera infancia: Con sus afecciones triviales, trastornos gastrointestinales, rinofaringitis y fiebre, constituye un período de formación y mineralización de los dientes. Así, la perturbación del equilibrio fósforo-calcio se manifiesta por zonas de hipoplasia bien definidas. Las carencias nutritivas y vitamínicas influyen en la morfogénesis y organogénesis: la hipovitaminosis A puede determinar retraso en erupción, la hipovitaminosis C trastornos del crecimiento de las estructuras dentinarias, y la hipovitaminosis D lesiones coronarias y radiculares. Los traumatismos pueden repercutir en la dentición definitiva; provocando entre otras malformaciones y retrasos en la erupción de la fórmula permanente, además de alteraciones en la dirección de erupción del sucesor.

Antecedentes médicos: Conocer los antecedentes personales que pueden afectar a los “grandes sistemas”; cardiovascular, pulmonar, renal, endocrino, sanguíneo y neurológico, como: asma diabetes tipo I y II. Si el niño posee una enfermedad o anomalía sistémica, el odontólogo debe interconsultar al médico tratante para conocer la evolución de su estado, pronóstico, indicaciones especiales y medicamentos que el niño recibe en la actualidad. (4)

Discapacidad: condición que presenta problemas en cuanto al uso de alguna función corporal, sensorial o intelectual que significa una desventaja para su desenvolvimiento en el medio social y su relación con otras personas.

Hospitalizaciones y/o Intervenciones quirúrgicas: El hecho de que el niño haya sido hospitalizado debe investigarse no solo en lo referido a la causa médica propiamente tal, sino que además puede haber quedado algún tipo de trauma. En estos casos el ambiente clínico odontológico puede desencadenar algún tipo de reacción negativa. (5)

Antecedentes alérgicos: Alergias medicamentosas, a anestésicos, alimentos, estacional y otros.

Tratamientos actuales: Evaluar repercusiones en área bucal y precauciones en el empleo o prescripción de otras sustancias. Mencionar también si el paciente se encuentra en algún tratamiento conductual y su tratamiento asociado. (4)

*En resumen, se debe especificar y valorar la enfermedad que padece o padeció nuestro paciente, su evolución, signos y síntomas, medicamentos que ingiere o ingirió. Todos estos antecedentes determinarán si nuestro paciente presenta o no **Riesgo Biológico General**.*

Alerta médica especial y comentarios relevantes sobre el paciente

Indicar detalladamente la condición o patología sistémica del paciente y tratamiento actual de ella, indicar también si existe alguna condición psicosocial.

I.4.ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:

En la ficha debe completar si el paciente ha tenido **experiencia odontológica previa** marcando SI o NO y la **fecha** de cuando ésta se realizó si así corresponde además de especificar el **tratamiento realizado**: preventivo (sellantes, flúor, profilaxis), rehabilitación compleja (restauraciones amalgama, resina, coronas). En el apartado **Antecedentes relevantes de la atención odontológica** debe describir como fue la atención, el comportamiento del paciente y su valoración, presencia o no de padres, familiares, tutores u otro, si recibió o no anestesia, alguna reacción alérgica durante el procedimiento, etc.

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Durante las primeras visitas de un paciente pediátrico a la consulta odontológica, tenemos la responsabilidad y el deber de hacer que la experiencia del paciente sea lo más cómoda y agradable posible, ya que marcará la pauta en la relación que tendrá el paciente con la odontología por el resto de su vida, es debido a esto que el dentista que atiende niños debe conocer adecuadamente el proceso de crecimiento de la vida psicológica en los niños, que da cuenta de la conjugación entre dotación genética y ambiental que determinarán las características personales de cada niño considerando las etapas del desarrollo de los niños según las diferentes edades.(15)

Las emociones dentro de la primera infancia juegan un rol importante, dado que los niños se desarrollan a partir de sus emociones lo que da significado y sentido a sus actividades vitales. Muchas veces la falta de una adecuada verbalización de los niños les impide comunicarse llegando a influenciar el comportamiento, lo que puede volver el clima complejo y desafiante tanto para los padres como para los profesionales que atienden niños.

Existen varias diferencias entre las emociones de los niños pequeños, adolescentes y adultos, si somos capaces de entenderlas se evitará considerar que las respuestas infantiles son "inadecuadas". Algunas de las características que presentan las emociones son: la *brevedad*, la *intensidad* desproporcionada muchas veces en relación con el estímulo, *transitoriedad* pasando rápidamente de un estado a otro, de alta *frecuencia* reaccionando todas las veces que sientan una emoción y *visibilidad* ya que no las ocultan, como puede hacerlo ya un adolescente o adulto.(15)

Paul Ekman (16) estudió las distintas emociones y la expresión facial de las mismas y describe las emociones como "un conjunto complejo de respuestas psicofisiológicas a estímulos externos o internos que representan amenazas o recompensas para el bienestar del individuo". Estos procesos psicológicos que nos

prestan un valioso servicio, al hacer que nos ocupemos de lo que realmente es importante en nuestra vida.

Como si fuera un sistema de alarma, nos señalan las cosas que son peligrosas o aversivas, y que por lo tanto debemos evitar, y las cosas que son agradables o apetitivas, y a las que por lo tanto debemos acercarnos.

Las emociones básicas según Ekman son: alegría, tristeza, ira, miedo, asco y sorpresa. Estas emociones están presentes en cada uno de los pacientes que atendemos, aprender a conocerlas, descifrarlas y de esta forma entender la emoción que está viviendo nuestro paciente, nos va a llevar a generar una conexión única con él, que nos permitirá avanzar en el vínculo de la relación odontólogo paciente, tan necesaria para lograr un tratamiento exitoso en odontopediatría.(16)

A lo anterior es importante considerar que es muy distinto evaluar en una primera visita a un niño o niña de 2 años que, a uno de 8 años, así mismo con relación al procedimiento que se va a realizar, existe grandes diferencias en un procedimiento netamente preventivo comparado con uno de urgencia por traumatismo dentoalveolar o por infección odontogénica.

El psicólogo Jean Piaget observó cambios en la calidad del funcionamiento cognoscitivo, evolución de la estructura mental en diferentes edades, de esta forma concluyó que el pensamiento de los niños es cualitativamente diferente al de los adultos. Elaboró la Teoría del desarrollo cognitivo y clasificó en 5 etapas (de las cuales describiremos las 4 primeras), que se explican a continuación y nos permite entender porque por ejemplo a un niño de 4 años podemos hablarle de un mundo imaginario en comparación con un niño de 8 años, que es mucho más concreto.

Cada una de estas etapas se caracteriza por una capacidad única para organizar e interpretar la información, en cada etapa nueva se pierden competencias de una etapa anterior, pero se integran en un enfoque cualitativamente nuevo del pensamiento y el conocimiento. (17)

Teoría del desarrollo cognitivo: Etapas de Piaget

1.- Inteligencia Sensomotriz (0-2 años)

El bebé se relaciona con el mundo a través de los sentidos y la acción. El niño practica sus reflejos, repitiendo sensaciones placenteras hasta obtener coordinación mano-boca. Íntimamente unidas a sus tendencias instintivas, como la alimentación, y con éste aparecen los primeros hábitos elementales, tiene gran importancia el vínculo afectivo.

2.- Pensamiento preoperacional (2-7 años)

Etapa en la cual el niño tantea representación de símbolos unidos a los objetos, hasta tener un pensamiento preconceptual que permite usar símbolos mentales pasado y futuro. El razonamiento es egocéntrico e ilógico. Imita objetos de conducta, existen los juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y comienza el desarrollo del lenguaje hablado. A fines de esta etapa empieza a desprenderse de su “mundo de fantasía”. Algunas limitaciones de esta etapa son centración, irreversibilidad, egocentrismo, animismo, no distinguir fantasía de realidad.

3.- Operaciones Concretas (7-11 años)

El niño realiza operaciones mentales con objetos, conservando volumen, masa y el peso. Los niños comienzan a apreciar la necesidad lógica de ciertas relaciones causales. Pueden manipular categorías, sistemas de clasificación y jerarquías en grupos. Tienen más éxito resolviendo problemas que están ligados a la realidad que generando hipótesis. (17)

4.-Pensamiento lógico (12 años en adelante)

En este nivel del pensamiento de Piaget es donde permite que una persona pueda conceptualizar muchas variables que interactúan simultáneamente, permitiendo la creación de sistemas o reglas que puedan utilizarse para la resolución de problemas. (17)Período de operaciones formales, su preocupación es lo hipotético,

el futuro y lo remoto. Desarrolla sentimientos idealistas. Hay un mayor desarrollo de los conceptos morales. (15)

Teoría del desarrollo psicoemocional: Crisis de Erikson

Describe el desarrollo como un pasaje a través de etapas, cada una con trabajos, logros, desafíos y peligros. Para Erikson, el modo en que cada uno resuelve esos pasos influye en el modo de enfrentar la próxima etapa, y en general la vida.

1.- Crisis de la Infancia: Confianza vs. Desconfianza (0-1 año)

Conflicto básico del recién nacido, que describirá si puede o no confiar en el mundo que lo rodea. La proximidad y respuesta de los padres, la calidad de esta relación influirá en esta seguridad.

2.- Crisis del que empieza a caminar: Autonomía vs. Vergüenza y Duda (1-2 años)

Marca el principio de autocontrol y confianza en sí mismo. Los niños están luchando por su autonomía, y los adultos deben mantener una actitud tranquilizadora, de confianza, y estimular los esfuerzos del niño. De otra manera el niño puede avergonzarse y dudar de sus capacidades para manejar situaciones por esfuerzo propio.

3.- Crisis de la Infancia Temprana: Iniciativa vs. Culpa (2-6 años)

La iniciativa suma a la autonomía la cualidad de búsqueda y planificación de tareas, y con ellas el descubrimiento de que algunas actividades están prohibidas. Si los niños no pueden hacer nada, hay un sentimiento de culpa.

4.-Crisis de la edad Escolar Elemental Temprana: Productividad vs. Inferioridad (6-12 años)

Los niños empiezan a ver la relación entre perseverancia y el placer del trabajo terminado. Al mismo tiempo sus habilidades serán comparadas con las de otros,

con un sentido creciente de competitividad. Las dificultades ante esos desafíos pueden resultar en sentimientos de inferioridad.

5.- Crisis de la Adolescencia: Identidad vs. Confusión.

Se inicia en edades con grandes diferencias debidas al género y otros determinantes socio- culturales. El asunto central en la adolescencia es el desarrollo de una identidad que provea una base sólida para la vida adulta. Erikson comenta que la resolución saludable de los conflictos anteriores puede ahora servir como fundamento en la búsqueda de identidad. (15)

Es importante que analicen en qué etapa está su paciente pediátrico, si se corresponde la edad y la etapa que debería estar o si el paciente presenta una edad y se encuentra en una etapa anterior o posterior.

La predicción del comportamiento de un paciente es difícil de realizar de manera objetiva, existen algunas escalas propuestas, pero se utilizan principalmente para investigación más que para la práctica clínica.

Fernando Escobar en su libro del 2012 (15) clasifica la conducta de una manera simple y general, que nos da una guía para el manejo de los pacientes según sean clasificados en cooperadores, potencialmente cooperadores y no cooperadores, dándole características específicas a cada grupo:

1. **Cooperadores:** Corresponde a la mayoría de los casos. Son niños que están razonablemente relajados, con temor mínimo, entusiastas en ocasiones, estableciendo con el dentista una comunicación rápida y fácil. En general corresponden a niños pre-escolares y escolares de buena conducta, con experiencia odontológica buena. Puede ser atendido de manera expedita y eficiente.

2. **No cooperadores** (Falta de capacidad de cooperación): Pacientes con los que no puede establecerse comunicación: niños muy pequeños, niños y niñas con discapacidad intelectual, entre otros. En general corresponden a: niños menores de 4 años que no han alcanzado la madurez psicoemocional necesaria para la atención odontológica, niños con retraso de desarrollo psicomotor incompatible con la atención odontológica, o, niños mayores de 4 años con mala conducta (personalidad disruptiva) por inmadurez psicoemocional o malas experiencias odontológicas.

3. **Cooperadores Potenciales**: Su conducta no es cooperadora, pero a diferencia del grupo anterior puede ser modificada favorablemente. Algunas manifestaciones típicas son: Conducta incontrolada, Conducta desafiante, Resistencia pasiva, Timidez, Cooperador tenso. En general corresponden a niños preescolares y escolares de buena conducta, pero sin experiencia odontológica o con experiencia odontológica poco significativa. (15)

Actitudes parentales y su relación con la conducta del niño en el consultorio:

Se han descrito varias actitudes parentales, en relación con el comportamiento del niño en el consultorio, entre ellas:

1. **Sobreprotección**: Consiste en prolongar los cuidados del niño, lo cual impide el desarrollo de un comportamiento independiente y genera un exceso de control por parte de los padres. Hay cuidado excesivo en la alimentación, vestimenta, higiene, evolución escolar, actividades deportivas, actividades sociales y otras de interés. Se da en casos de niños tesoros, cuando ha habido abortos previos, larga espera para la concepción, muerte de un hermano, enfermedad seria, impedimentos del niño, ausencia de alguno de

los padres por muerte o divorcio. Demuestran excesiva aprensión ante problemas médicos y odontológicos. Las consecuencias son el retardo de la maduración psicológica normal del niño.

La conducta del niño suele ser sumisa, si la sobreprotección está asociada con dominancia. Pero puede ser agresiva, si la sobreprotección está asociada con sobreindulgencia. Los niños sumisos de padres sobreprotectores dominantes son pacientes cooperadores, aunque de difícil conexión.

Los niños de padres sobreprotectores sobreindulgentes, pueden ser agresivos, exigentes y esperan ser complacidos constantemente. A la menor contradicción pueden manifestar berrinches o ataques verbales y o físicos. Exigen atención plena del Odontólogo. En estos casos sugerencias amables acerca de la necesidad de crear independencia en el niño son apropiadas para estos padres.

2. **Sobreindulgencia:** Se expresa por pasar excesivo tiempo con el niño cediendo constantemente a sus exigencias y requerimientos, defendiéndolo o excusándolo continuamente. Los padres sobreindulgentes son muy permisivos, dejan que sus hijos hagan lo que quieran. Por ejemplo, el niño que come sólo lo que le gusta; se ducha a la hora que le provoca, se duerme a la hora que sea, se le dan todos los juguetes que pide. Tiene tanta libertad que no aprende a respetar normas ni límites. Quiere ser el centro de atención, manteniendo a los adultos a su alrededor. En el consultorio esperan hacer lo que quieren, pudiendo mostrar berrinches cuando no pueden controlar la situación de la misma manera que en su hogar. Son casos muy difíciles de manejar sobre todo cuando los padres no quieren que se les ponga límite tampoco en la consulta.
3. **Carencia afectiva:** La carencia afectiva señala la situación en que se encuentra un niño que ha sufrido o sufre la privación de la relación con su madre o de un sustituto materno. Produce un efecto de avidez afectiva y miedo de pérdida o de ser abandonado. Se manifiesta por la

despreocupación, indiferencia o el descuido de los padres hacia el niño. En el consultorio pueden comportarse bien y aparentar estar bien adaptados; también pueden llorar fácilmente, ser tímidos y no querer o poder cooperar. Tienden a ser inseguros y a mantener distancia emocional con el Odontopediatra. Requieren apoyo profesional y mucho afecto por parte del equipo profesional.

4. **Rechazo:** La conducta de rechazo se manifiesta por el descuido físico y emocional del niño, regaños, castigos frecuentes, resistencia a gastar dinero o tiempo con él. En casos extremos puede llegar al síndrome del niño maltratado. Por lo general no valoran la salud dental y deben ser educados al respecto por parte del Odontopediatra. Además de ser alertados acerca de las consecuencias del descuido de la salud.
5. **Autoritarismo** Los padres autoritarios tratan de controlar el comportamiento y las actitudes de sus hijos a través de una imposición inflexible de normas de disciplina, sin tomar en cuenta la edad del niño, sus características y circunstancias. Pueden castigar enérgicamente a sus hijos por actuar en forma contraria a sus estándares, y no dar ninguna explicación del por qué les castigan. El resultado se traduce en niños reprimidos, resentidos y con disminución de su capacidad creativa. En el consultorio pueden ser problemáticos, nerviosos. Buscan métodos evasivos para evitar procedimientos y aunque no desobedecen abiertamente una orden, retardan la respuesta. Buscan perder el tiempo con preguntas, o piden ir al baño constantemente.
6. **Actitud compensatoria** Son padres que actúan exageradamente en algunos aspectos, queriendo ser y hacer más que los demás. Tienen las mejores intenciones hacia el niño y su tratamiento, pero necesitan ser reconocidos por su labor, hacen demasiadas preguntas. Estos padres requieren ser abordados con afirmaciones de que lo están haciendo bien con sus hijos y eliminarles la culpa ante la presencia de una enfermedad dental o traumatismo.

7. **Padres ocupados** Pertenecen a un estrato medio o alto, muy ocupados, que aparentan ocuparse del niño. A pesar de reconocer la importancia de la salud bucal, no aplican las medidas preventivas por no tener el tiempo para ello. Delegan en otras personas el cuidado y hasta la asistencia a las consultas. El Odontólogo debe promover el acercamiento bien sea por llamadas o mensajes para tratar de involucrarlos en el tratamiento.
8. **Padres hostiles** Son padres que pueden llegar tarde a la consulta o no asistir sin previo aviso. Esperan ser atendidos de manera especial, mostrándose conflictivos si esto no ocurre. Posiblemente han tenido experiencias negativas con el Odontólogo. Pueden cuestionar la necesidad del tratamiento, suele ser difícil establecer rapport. El profesional debe tratar de lograr su confianza con paciencia y dedicación o remitirlo a otro especialista.
9. **Padres desconfiados** En la consulta dental están tensos, ansiosos e inseguros. Sospechan de todo y buscan significado del tratamiento. Manifiestan desconfianza con “lo que le van a hacer”, con gran temor al dolor físico, a la contaminación con instrumentos, cuestiona todos los procedimientos, revisa en internet los tratamientos posibles, no siguen las instrucciones por falta de credibilidad, consultan a otros profesionales. El Odontólogo puede sentirse incómodo, controlado, observado y juzgado. La comunicación con estos padres es fundamental, tranquilizándolos en aquellos aspectos en donde han manifestado dudas o desconfianza.
10. **Padres manipuladores** Pueden ser extremadamente exigentes acerca de cualquier solicitud que quebrante las normas del consultorio. Exigen actuaciones precisas seduciendo al profesional mediante halagos, regalos y utilizando una educación exquisita. Intentan conseguir privilegios por sobre los demás pacientes. Tratarán de dirigir el curso del tratamiento. El profesional debe estar alerta ante esta situación y demostrar firmeza.
11. **Padres ansiosos** Manifiestan un excesivo temor por todo lo que se le dice y hace al niño. Exageran síntomas y signos. Pueden no cumplir con el pago de honorarios, ser impuntuales, cambiar frecuentemente las citas, etc., como

una manera de evitar y postergar el tratamiento. Rara vez sonríen o conversan, evitan contacto visual, no siguen instrucciones. El profesional debe promover la expresión de sus temores y tranquilizarlos.

12. **Padres ausentes:** Por circunstancias variadas los padres pueden estar ausentes para el niño, bien sea por sus trabajos, por estar separados o cualquier otro motivo. Los niños acuden a la cita en compañía de un familiar o de una empleada doméstica. Si los dos padres trabajan, en el mejor de los casos suelen dejar a los niños pequeños en manos de los abuelos, y son ellos los que nos traen a consulta al pequeño. Establecer rapport con los abuelos puede llegar a ser muy reconfortante, pues son por lo general dedicados y cariñosos. La relación Odontólogo-paciente se ve afectada y resulta difícil construir el vínculo. Sin embargo, se debe intentar la comunicación y ser comprensivo con el niño, ya que suelen tener sentimientos de abandono, inseguridad y falta de madurez emocional.

13. **Padres positivos** Estos padres muestran una actitud positiva hacia el niño y hacia el tratamiento odontológico. Facilitan la interacción entre el profesional y el niño y colaboran con las medidas sugeridas. Estos niños son fácilmente manejables en la consulta. Los padres positivos facilitan la comunicación.

Texto extraído íntegramente del documento: “Estrategias psicoconductuales en la consulta Odontopediátrica” ALOP 2021(18), para complementar sus conocimientos pueden descargar el PDF directamente en el siguiente link,

<https://revistaodontopediatria.org/pdfs/estrategias-psicoconductuales-en-la-consulta-odonto.pdf>

III. FACTORES SOCIOFAMILIARES Y ECONÓMICOS

La enfermedad de caries está determinada, inevitablemente, por un contexto social en el cual se encuentra inmerso el individuo, a este contexto social en salud se le conoce como “determinantes sociales de la salud” y la OMS los define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

A partir del concepto de los determinantes sociales de la salud han surgido modelos que pretenden facilitar su entendimiento. Dahlgren y Whitehead (1991) (19) plantean el modelo socioeconómico de salud, que muestra los principales determinantes de la salud como estratos o capas de influencia. En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud de carácter no modificable. A su alrededor se encuentran en forma de capa los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa



Figura N° 1: Modelo socioeconómico de Salud (Dahlgren y Whitehead., 1991)

Es por este contexto social donde se desenvuelve el individuo que se han observado resultados diferenciales en la caries dental entre regiones y países y entre diferentes grupos de una misma población, con mayor carga de la enfermedad en minorías étnicas, aisladas geográficamente y más pobres. La gradiente social en salud bucal persiste en el tiempo y refleja una relación con los factores socioeconómicos. Los niños cuyos padres han alcanzado niveles más altos de educación son menos propensos a experimentar caries. Resultados similares se encuentran entre aquellos con mayores ingresos familiares (Petersen PE y Kwan S, 2010).

En los diagnósticos de Salud Bucal realizado en nuestro país se observa, en forma constante, un mejor estado de Salud Bucal en la población de nivel socioeconómico alto al compararla con los de niveles más bajos. La población más rica del país tiene índices de salud bucal comparables a los países desarrollados. (20)

Soto L y cols., 2007 (21) muestran que un 22.1% de niños de 6 años con un nivel socioeconómico bajo estaba libre de caries, mientras que aquellos niños de nivel socioeconómico alto un 59.7% estaba libre de caries. Además, se determinó que los niños de 6 años con un nivel socioeconómico bajo presentaban un ceod de 4.41, en cambio, los niños con un nivel socioeconómico alto presentaron un ceod de 1.35. Por lo tanto, el daño por caries es aproximadamente tres veces mayor en los niños de nivel socioeconómico bajo con respecto a los de nivel socioeconómico alto.

III.1 GENOGRAMA

Es la recopilación graficada de antecedentes de la estructura familiar y de las relaciones intrafamiliares. Debe incluir al menos tres generaciones: paciente (hijo), padres y abuelos. La entrevista debe ser bien dirigida y lograr obtener el máximo de datos necesarios del entorno familiar del niño.

Es útil como apoyo diagnóstico y terapéutico. Su estructura en forma de árbol nos entrega una rápida "mirada" de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

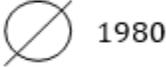
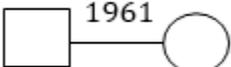
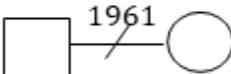
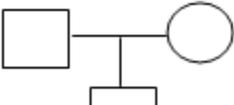
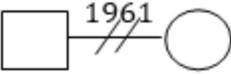
¿Cómo empezarlo?

- “Me parece que no sé mucho de su familia... ¿le parece que la dibujemos como un árbol? Usted me irá contando de su familia y yo voy dibujando. ¿Con quién vive usted?...”
- Es posible que descubramos más de lo que le pasa, si hablamos de su familia. Vamos a dibujar un genograma. Es como un árbol de la familia...

Elaboración de Genograma

1.-Trazado de la estructura familiar: La base es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

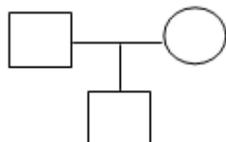
Símbolos de Genograma

- 1) Hombre 
- 2) Mujer 
- 3) No definido (Embarazo) 
- 4) Fallecimiento y Fecha 
- 5) Matrimonio y Fecha  
- 6) Separación y fecha 
- 7) Hijo adoptado 
- 8) Divorcio y Fecha 

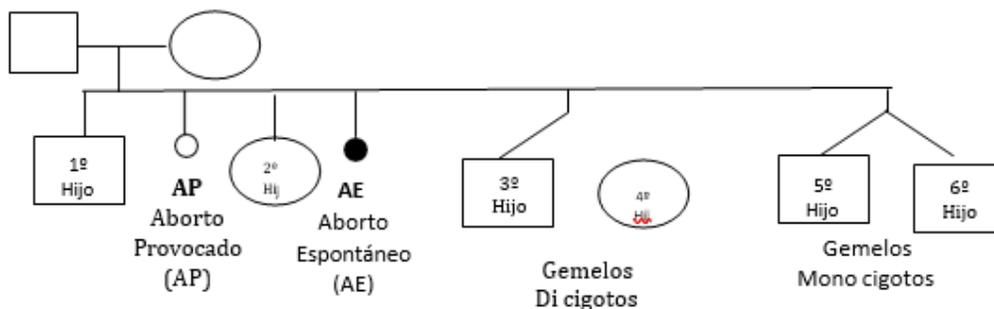
9) Son pareja (Convivientes)



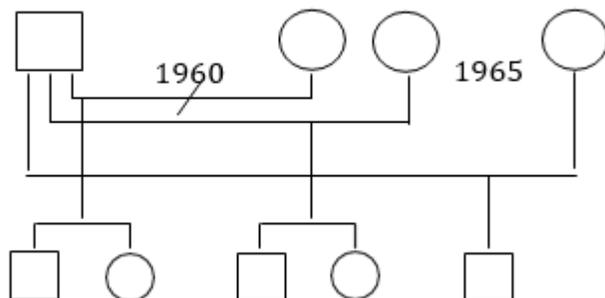
10) Hijo vive con padres



11) Otros



12) Casamientos Múltiples



13) Relación Conflictiva



Relación Pobre -----

Relación Escasa _____

Relación Buena _____

Relación Excelente _____

Relación Dominante _____>

14) Relación Conyugal Conflictiva



2.- Registro de la información sobre la familia: Registro de los datos más significativos:

- Información demográfica: edades, fechas de nacimiento y muerte
- Información funcional: datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de distintos miembros de la familia. La información recogida sobre cada persona se sitúa junto a su símbolo en el genograma.
- Sucesos familiares críticos: Incluyen cambios de relaciones, migraciones, fracasos, y éxitos. Estos dan un sentido de continuidad histórica de la familia. Los hechos críticos de la vida están registrados en el margen del genograma o, si fuera necesario, en una hoja separada.

3.- Descripción de las relaciones familiares: Símbolos para describir las pautas de relación familiar. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia.

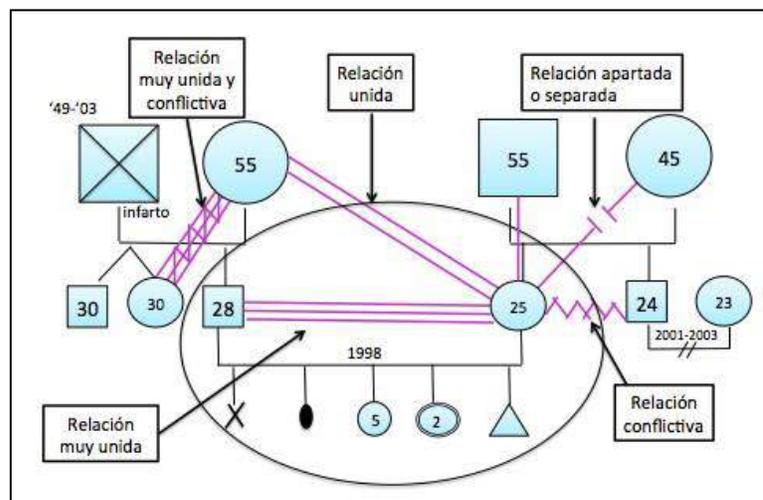


Figura N° 2: Descripción de las relaciones familiares.

III.2 ÍNDICE DE GRAFFAR

Para poder contextualizar el ambiente social en que se encuentran nuestros pacientes tenemos a la mano un esquema internacional para la agrupación de niños, niñas y adolescentes basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción de la madre, las fuentes de ingreso familiar, las condiciones de alojamiento. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar y modificado por el Dr. Méndez Castellano en Venezuela 1967 y nos permitirá evaluar si existe o no riesgo social en nuestros pacientes.

Para descargar el documento haga clic en el siguiente enlace: [GRAFFAR.pdf](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. LEY 20584 REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD [Internet]. [Cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://bcn.cl/2f7cj>
2. Bello JC. DERECHO MEDICO. FALMED [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 5]; 1. Available from: https://www.falmed.cl/falmed/site/docs/20210407/20210407160823/libro_falmed.pdf
3. Olave JG, Mesquida JB. LA FICHA CLÍNICA MIRADA DESDE LA LEGISLACIÓN CHILENA ACTUAL. Vol. 24, Acta Bioethica. 2018.
4. Boj JR. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª Edición. Boj JR, Catalá M, Ballesta García C, editores. Madrid, España: Ripano; 2011.
5. Bezerra da Silva L. Tratado de Odontopediatría. 1st ed. ALMOCA, editor. Vol. 1. Colombia; 2008. 12 p.
6. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto [Internet]. [Cited 2024 Jan 5]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400011&lng=es&nrm=iso
7. Dent KWEJP, 2003 undefined. Molar incisor hypomineralization (MIH). researchgate.net [Internet]. [Cited 2024 Jan 5]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Karin-Weerheijm/publication/5584875_Molar_Incisor_Hypomineralisation_MIH/links/0deec529d9fd77f591000000/Molar-Incisor-Hypomineralisation-MIH.pdf

8. Lygidakis NA, Garot E, Somani C, Taylor GD, Rouas P, Wong FSL. Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2022 Feb 1;23(1):3–21.
9. Giuca M, Lardani L, Ligori S, ... *ECJBIoR*, 2021 undefined. Oral manifestations in paediatric patients with hepatobiliary diseases: A review. *researchgate.net* [Internet]. [cited 2024 Jan 5]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Lisa-Lardani/publication/353413588_Oral_manifestations_in_paediatric_patients_with_hepatobiliary_diseases_A_review/links/61e9ca55c5e3103375ac6ada/Oral-manifestations-in-paediatric-patients-with-hepatobiliary-diseases-A-review.pdf
10. OMS. Lactancia Materna [Internet]. [Cited 2024 Jan 5]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
11. Van Meijeren-Van Lunteren AW, Voortman T, Elfrink MEC, Wolvius EB, Kragt L. Breastfeeding and Childhood Dental Caries: Results from a Socially Diverse Birth Cohort Study. *Caries Res*. 2021 Apr 1; 55(2):153–61.
12. Weighing in on fruit juice: AAP now says no juice before age 1 | AAP News | American Academy of Pediatrics [Internet]. [Cited 2024 Jan 7]. Available from: <https://publications.aap.org/aapnews/news/14804/Weighing-in-on-fruit-juice-AAP-now-says-no-juice?autologincheck=redirected>
13. GUIA DE ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA y NIÑO MENOR DE 2 AÑOS y GUÍA DE ALIMENTACIÓN HASTA LA ADOLESCENCIA. 2023;
14. AAPD. Latest Revision Perinatal and Infant Oral Health Care. 2021.
15. Escobar Muñoz F. *Odontología pediátrica* / Fernando Escobar Muñoz. 2012 [Cited 2024 Jan 7]; Available from: http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb2439125__Sodontologia__Orightresult__U__X6?lang=spi&suite=cobalt
16. Ekman P, Oster H. Expresiones faciales de la emoción. *Estudios de psicología*. Vol. 7. 1981. 116–144 p.
17. Koch G, Poulsen Sven. *Pediatric Dentistry* [Internet]. 2009 [cited 2024 Jan 7]. Available from: <https://drmirkarimi.ir/wp-content/uploads/2017/07/Pediatric-Dentistry-A-clinical-approach.pdf>
18. ALOP, “Estrategias psicoconductuales en la consulta Odontopediátrica”, 2021) - Buscar con Google [Internet]. [Cited 2024 Jan 7]. Available from: [https://www.google.com/search?q=ALOP%2C+%E2%80%9CEstrategias+psicoconductuales+en+la+consulta+Odontopedi%C3%A1trica%E2%80%9D%2C+2021\)&rlz=1C1CHBD_esCL1045CL1045&oq=ALOP%2C+%E2%80%9CEstrategias+psicoconductuales+en+la+consulta+Odont](https://www.google.com/search?q=ALOP%2C+%E2%80%9CEstrategias+psicoconductuales+en+la+consulta+Odontopedi%C3%A1trica%E2%80%9D%2C+2021)&rlz=1C1CHBD_esCL1045CL1045&oq=ALOP%2C+%E2%80%9CEstrategias+psicoconductuales+en+la+consulta+Odont)

opedi%C3%A1trica%E2%80%9D%2C+2021)&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIGCAEQRRg80gEHNzkxajBqN6gCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

19. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health.
20. PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2021-2030.
21. Liliana Soto Quina Investigadora Alterna D, Rosa Tapia Crispi D, Cabello Ibacache Dra Eloísa Godoy López Dra Paulina Becar Dra Cecilia Venegas Cid Responsable de la Muestra Waldo Aranda Chacón Análisis Estadísticos Sebastián Godoy Sagredo Benjamín Martínez Rondanelli R. DIAGNOSTICO NACIONAL DE SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE 6 AÑOS CHILE 2007.

IV. EXÁMEN FÍSICO GENERAL

IV. 1. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Es importante conocer el estado nutricional de los pacientes, ya que, como parte del equipo de salud, el odontólogo mantiene contacto con los pacientes pediátricos durante el período de mayor crecimiento y desarrollo, la infancia, es por este motivo que debemos estar alerta frente a cualquier alteración nutricional que podamos detectar y así derivar en el momento adecuado. (MINSAL, 2016)

Para su aplicación se requiere conocer la edad, peso y longitud (talla en posición horizontal 0-2 años) o estatura (talla en posición vertical) según corresponda.

- **¿Cómo Pesar?**

Debe pesarse sin ropa y descalzo, después de los dos años puede tener la ropa interior, hasta los 2 años o 16 kg deben pesarse en una balanza para lactantes. En mayores de dos años deben pesarse en una balanza vertical. Una estrategia en infantes con miedo excesivo a la pesa puede ser pesar en los brazos de la madre y luego descontar su peso. (1)

- **¿Cómo Medir La Talla?**

Según la OMS medimos la talla en Preescolares y escolares (3 a 10 años): debe ser medida de pie, de espaldas a un estatímetro. Los pies descalzos deben estar

paralelos, con talones, nalgas, hombros en contacto con el estatímetro.

- **¿Cómo determinar el Índice De Masa Corporal?**

El **IMC se utiliza a partir** de los 5 años para definir tanto malnutrición por déficit como por exceso. Es la razón entre el peso (expresado en Kg) y el cuadrado de la estatura (expresada en metros) (2).

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{(\text{TALLA})^2}$$

Figura N° 3: Calculo de IMC

Los indicadores que utilizaremos para la evaluación serán peso para edad (P/E), talla para la edad (T/E), peso por talla (P/T), índice de masa corporal por edad (IMC/E). Se utilizará el índice según la edad del paciente, el P/E (<1 año), P/T (>1 y <5 años 29 días) e IMC/Edad (>5 años 1mes <19 años).

Los grupos etarios están divididos de acuerdo con la clasificación OMS en: 0 a 2 años, 2 años a 5 años 29 días y 5 años 1 mes a 19 años. La evaluación se puede realizar a través de distintas tablas. Estas tablas muestran a continuación una manera simplificada de hacer una evaluación nutricional/estatura del paciente que nos sirve de guía general para derivar al pediatra, en caso de que sea necesario. (3,6)



Código QR 2: Tablas de crecimiento según la OMS

A. Calificación Nutricional

La calificación nutricional se debe realizar de acuerdo con el resultado de los siguientes indicadores y rangos etarios. (1)

Calificación Nutricional	< 1 año	Entre 1 año y 5 años 29 días	Entre 5 años 1 mes y 19 años
Desnutrición	$P/E \leq - 2DE$	$P/T \leq - 2 DE$	$IMC/E \leq - 2 DE$
Riesgo de Desnutrir	$P/E \leq - 1DE y > - 2DE$	$P/T \leq - 1 DE y > - 2DE$	$IMC/E \leq - 1 DE y > - 2DE$
Normal o eutrófico	$P/E > - 1DE y < + 1DE$	$P/T > - 1DE y < + 1DE$	$IMC/E > - 1DE y < + 1DE$
Sobrepeso	$P/T \geq + 1 DE y < + 2DE$	$P/T \geq + 1 DE y < + 2DE$	$IMC/E \geq + 1 DE y < + 2DE$
Obesidad	$P/T \geq + 2DE$	$P/T \geq + 2DE$	$IMC/E \geq + 2DE$
Obesidad Severa	-----	-----	$IMC/E \geq 3DE$

Tabla N°1: Calificación nutricional según rango etarios.

- **Calificación Estatural**

El criterio de calificación estatural según el indicador talla/edad (T/E), se encuentra descrito en la siguiente tabla:

Calificación Estatural	Rango (DE)
Talla Baja	$T/E \leq - 2 DE$
Talla Normal Baja	$T/E \leq - 1 DE y > - 2 DE$
Normal	$T/E > - 1DE y < + 1DE$
Talla Normal Alta	$T/E \geq + 1 DE y < + 2DE$
Talla Alta	$T/E \geq + 2DE$

Tabla N°2: Calificación estatura

Los índices antropométricos los debemos registrar al inicio y término del tratamiento.

En cada paciente registraremos los indicadores para calificación nutricional y para calificación estatura que correspondan según la edad.

IV. 2. DEAMBULACIÓN

La marcha es un complejo acto que permite el desplazamiento del individuo como resultado de una elaboración mental en la que participan diversos órganos, aparatos y sistemas. La alteración de cualquiera de estos elementos originará un trastorno de la marcha. (4)

En esta sección usted debe escribir como observa la marcha de su paciente, es importante recordar, que una marcha adulta la encontramos recién en niños sobre los 5 años, por lo cual, lo importante es ver a nivel del desarrollo físico de cada paciente. Un ejemplo de una alteración de la deambulaci3n es que su paciente camine con las puntas de sus pies.

IV.3. EVALUACIÓN POSTURAL

Para realizar el registro de la postura, al paciente se le da la siguiente instrucci3n: “*P3ngase de pie, sobre ambos pies, mirando al frente, de manera natural, relajado (a), como lo hace siempre, sin ponerse tieso*” el profesional que evalúa no debe corregir la postura que adopta el paciente.

Las imágenes que seleccionamos para la evaluaci3n deben ir en el siguiente orden: perfil derecho - de frente - de espalda - perfil izquierdo (4 fotos).

Realizamos una evaluaci3n frontal y lateral del paciente consignando en (5):

VISTA FRONTAL

Analizamos posici3n de:

Cabeza: si est3:

- En l3nea media
- Inclineda a la derecha
- Inclineda a la izquierda

- Rotada a la derecha
- Rotada a la izquierda

Hombros: se ven

- A la misma altura
- Derecho más alto
- Izquierdo más alto

Triángulo de la Talla: Espacio que se forma entre la cara interna del brazo y contorno del cuerpo. Se ven:

- Iguales
- Diferentes

Extremidades Inferiores

- Pies se ubican con una separación no mayor al ancho de las caderas.
- Pies se ubican más separados que el ancho de las caderas.
- Pies mantienen una angulación anterior no mayor de 30° entre ellos.
- Pies mantienen una angulación anterior mayor de 30° entre ellos.
- Pies están paralelos entre sí.
- Piernas rectas y paralelas.

Rodillas: se observa orientación espacial de las rodillas,

- Rodillas más separadas que pies, piernas arqueadas (genu varo)
- Rodillas más juntas que pies, forma de X (genu valgo)
- Rodillas mirando al frente.
- Rodillas mirando hacia adentro.

Pies:

- Pies mantienen una angulación posterior (talones más separados que puntas)

VISTA LATERAL (5)

Cabeza:

- Alineada con los hombros (línea vertical entre Tragus y Acromion)
- Anteriorizada (tragus más adelante que Acromion)
- Plano de Frankfort paralelo al piso (línea horizontal entre Tragus e Infraorbitario)
- Plano de Frankfort con angulación anterior (extensión de cabeza)

Hombros:

- Alineados con línea vertical (línea vertical que parte desde el centro de la pelvis y pasa por el acromion).
- Adelantados (acromion por delante de línea) Pelvis y Región Lumbar:
- Pelvis en la línea media
- Lordosis lumbar moderada
- Pelvis en anteversión
- Lordosis lumbar aumentada
- Pelvis en retroversión
- Lordosis lumbar disminuida

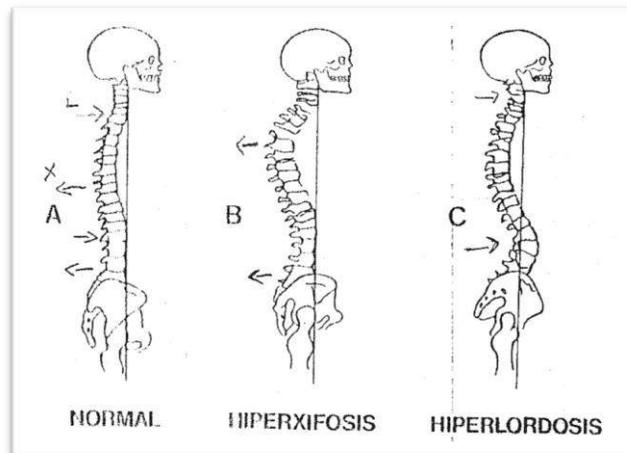


Figura N°4: Evaluación de lordosis lumbar.

Pelvis y región Lumbar:

- Pelvis en la línea media/ anteversión/ retroversión
- Lordosis lumbar moderada/ aumentada/ disminuida

Rodillas:

- En extensión de 180°
- En flexión (genufluxum)
- En extensión mayor a 180° (genurecurvatum)

Resultados Evaluación postural: cuerpo simétrico y proporcionado. Crecimiento y desarrollo acorde a la edad.

Bibliografía UNIDAD IV

- 1.- Referencia OMS para la evaluación antropométrica niñas y niños menores de 6 años, MINSAL 2013.
- 2.- Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años- MINSAL 2016.
- 3.- Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad, MINSAL 2018)
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil. Salud 2022.)4
- 5.- Assed, Sada, Bezerra Da Silva, L. Tratado De Odontopediatria. Tomos I. S/i ed. Amolca. Web. 2018.
- 6.- Mei Z, Grummer-Strawn LM, Pietrobelli A, Goulding A, Goran MI, Dietz WH. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. American Journal of Clinical Nutrition 2002;7597–985.

V. EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Corresponde al examen clínico segmentario de cabeza y cuello. Deben examinarse en forma exhaustiva todas las estructuras y órganos que se encuentran en esta región anatómica y realizar un registro clínico y fotográfico de frente y perfil.

Debe realizarse buscando evidencias que, junto a los síntomas relatados en la anamnesis, definirán el cuadro clínico para el diagnóstico correcto. Deben examinarse las estructuras pertinentes mediante inspección, palpación, olfacción y auscultación. (1)

Las manos del paciente pueden revelar información pertinente; podemos detectar una temperatura elevada, hábitos como onicofagia, succión digital (dedos callosos). (2)

a) Para tomar foto de frente se debe:

- Cámara a la altura del plano bipupilar
- Plano bipupilar paralelo al piso
- Tomar foto desde hombros hacia arriba
- Pelo detrás de las orejas
- Frente despejada
- Pedirle al paciente que no sonría y esté relajado.

b) Para tomar la fotografía de perfil se debe coloca la cámara paralela a la línea media del cuerpo. La cabeza del paciente orientada según el Plano (la horizontal) de Frankfurt (tragus -suborbitario) debe estar paralelo al piso. Los ojos deben mirar hacia delante, sin forzar la vista, y las orejas y la frente del paciente no deben estar tapadas. (3)

V.1. GENERALIDADES

- **Estructuras extracraneales (Piel, ojos y fanéreos):**

La piel, fanéreos y todos los órganos situados en esta región anatómica como ojos, oídos, nariz, boca, cadenas ganglionares, etc., debe registrarse cualquier alteración de la normalidad.

Diversas alteraciones en piel en cuanto a coloración, resequedad, descamaciones, ampollas o lesiones pigmentadas sugieren problemas sistémicos metabólicos o genéticos. La inspección de la piel también es importante para detectar inflamaciones, escaras, erupciones y ulceraciones, una vez que los procesos patológicos se exteriorizan. La coloración de la piel es de gran significado, palidez sugiere anemia, coloración cianótica se relaciona con problemas cardíacos y/o respiratorios, rubor puede deberse a cuadros febriles, tonos amarillentos pueden apuntar hiperbilirrubinemia o hepatitis, tonos verdosos se vinculan con entidades vesicales, hepáticas y de conductos biliares.

(1)

- **Ganglios Palpables:**

Después debe deslizarse por las cadenas ganglionares submandibular y submentoniana. Los ganglios linfáticos aumentados de tamaño sugieren procesos infecciosos. Los ganglios en la región clavicular y áreas occipitales son raros y sugieren enfermedades sistémicas graves. (1)

- **Estructuras faciales:**

- Cuero cabelludo: parásitos, infecciones, seborrea
- Pelo: cantidad, textura indican problemas sistémicos
- Orejas: tamaño, forma, posición
- Movimientos oculares: estrabismo, exoftalmia, hipo-hipertelorismo, conjuntivitis
- Nariz: obstrucciones de la vía aéreas, desviación septal, capacidad y patrón respiratorio
- Labios: tipo de color rojizo, comisuras, resequedad, vesículas, úlceras, costras, hipo o hipertonicidad

- Ganglios: cadenas ganglionares submandibular y submentoniana

Forma: Se determinarán las formas del cráneo y la cara a través de la estimulación del Índice Craneal (IC) e Índice Facial (IF) respectivamente. (4)

a) Índice Craneal (IC)

Medición antropométrica del cráneo, su importancia radica en que nos permite clasificar el tipo de cráneo. Compara el diámetro transversal máximo del cráneo, con el diámetro anteroposterior máximo.

Diámetro transversal máximo: Distancia lineal entre los puntos Euryon. (Euryon (Eu): Puntos más prominentes del cráneo, ubicados lateralmente a nivel de los parietales)

Diámetro anteroposterior máximo: Distancia lineal entre los puntos Glabella y Opistocráneo. Glabella (G): Prominencia ósea entre las crestas superciliares. Opistocráneo (Op): Punto óseo más saliente del occipital.

$\text{Índice craneal I.C} = \frac{\text{Diámetro transversal máximo}}{\text{Diámetro anteroposterior máximo}} \times 100$
--

Figura N°5: Cálculo de diámetro anteroposterior.

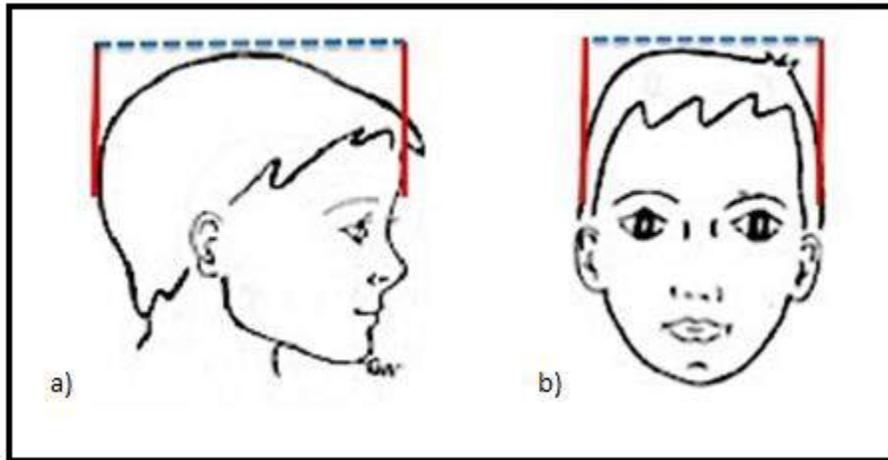


Figura N°6: a) Diámetro anteroposterior máximo, b) Diámetro transversal máximo

De acuerdo al **Índice Craneal**, el tipo de cráneo se clasifica según su forma en (3, 4,6):

- ❖ **Dolicocéfalo:** Menor a 76%. Cráneo más largo que ancho.
- ❖ **Mesocéfalo:** Entre 76% a 81%. Cráneo con una relación equilibrada entre largo y ancho.
- ❖ **Braquicéfalo:** Mayor a 81%. Cráneo más ancho que largo.

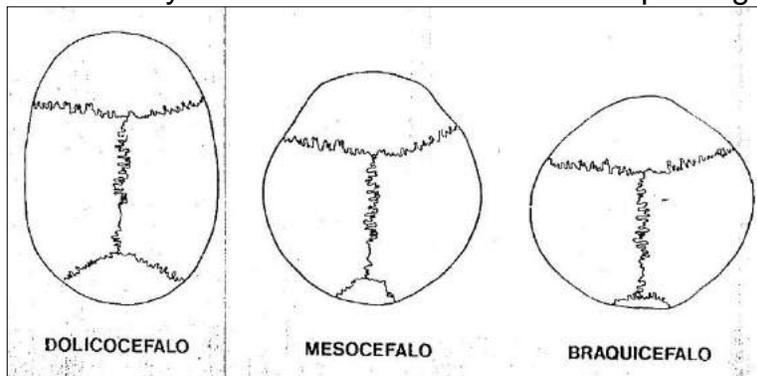


Figura N°7: Clasificación de tipo cráneo.

b) Índice Facial (IF)

Medición antropométrica que nos permite hacer una clasificación del tipo de cara, dentro de las dimensiones faciales en proyección frontal. Relaciona la altura facial y el ancho facial. (7,8)

- **Altura Facial:** distancia entre Ofrión y Gnation piel.

Ofrión (On): Punto en que se intercepta una tangente al borde superior de las cejas y el plano medio sagital.

Gnacion piel (Gn'): Punto más anterior e inferior del mentón óseo proyectado en tejidoblando. (6,7,8)

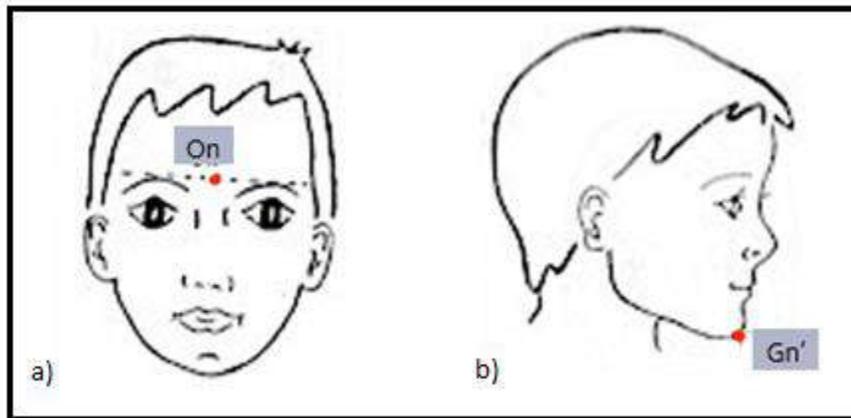


Figura N° 8: a) Ubicación de Ofrión y b) ubicación de Gnacion

- **Ancho Facial:** distancia lineal entre los puntos más prominentes de las apófisis cigomáticas (ancho bicigomático)

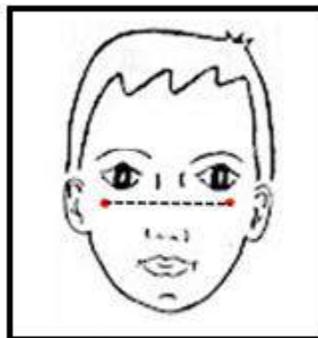


Figura N° 9: Ancho facial.

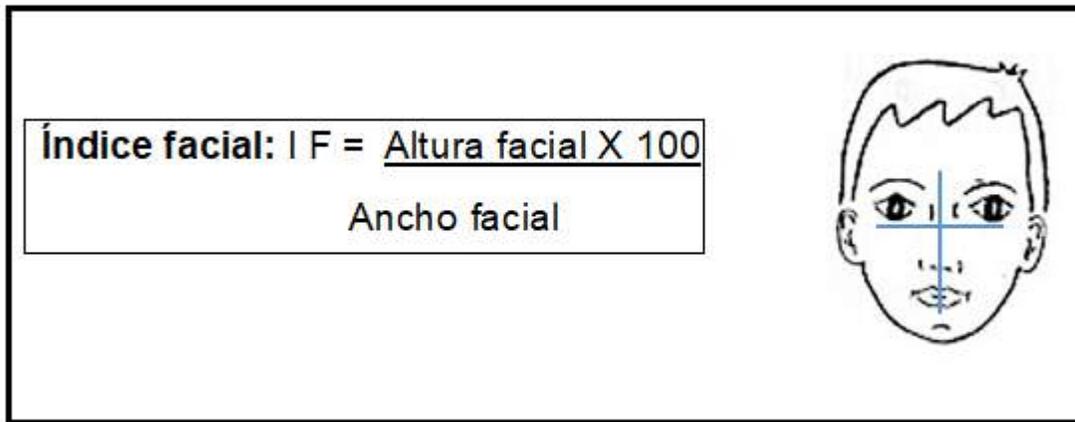


Figura N°10: Cálculo de índice facial.

De acuerdo con el índice facial, el tipo de cara se clasifica según su forma en:
(Rakosi, 1992)

- **Leptoprosopo** mayor que 104%
- **Mesoprosopo** 104% y 97%
- **Euriprosopo** menor que 97%

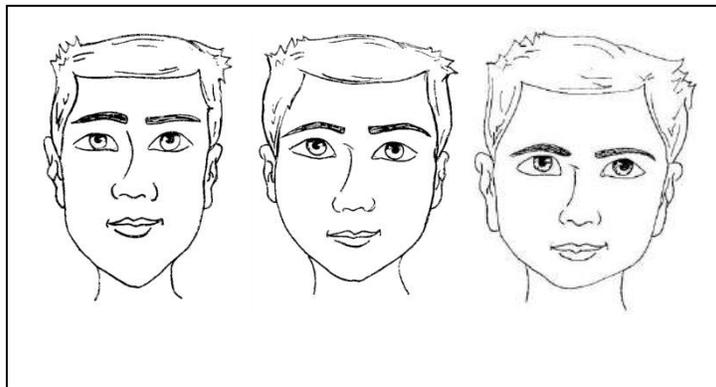


Figura N°11: clasificación de tipo cara.

V.2. EXAMEN FACIAL FRONTAL

Se refiere a la evaluación, realizada en forma discreta, de la apariencia general del niño, que se inicia en la sala de espera. Durante esta etapa el profesional se

formará una primera impresión del niño con relación a su estatura, peso, proporciones corporales, postura, modo de caminar, hablar, comportamientos, estado nutricional, movimientos involuntarios y aspecto de la piel, entre otros. (3,4)

Esta breve evaluación proporciona indicios sobre problemas de crecimiento, disturbios neurológicos y neuromusculares, problemas ortopédicos y otras alteraciones que necesitan algún examen adicional. (5)

Estudio de Simetría y proporciones: A través del Análisis facial Frontalx

a) Simetrías

- Simetría de rostro:

Se estudia en fotografías en proporción 1:1, debe constatar que, al momento de tomar la fotografía, el plano de Frankfort y el bipupilar estén paralelos al piso. No debe existir rotación ni inclinación de la cabeza. Se comienza dividiendo la cara en dos mitades, trazando la línea media (Plano Medio Sagital), que va desde el centro de la Glabella y pasa equidistante a ambos cantos oculares internos, perpendicular al plano bipupilar y se compara la simetría de las estructuras faciales bilaterales del lado derecho y el izquierdo en el plano horizontal (Simetría Horizontal). En caso de observar una asimetría horizontal evidente se procederá a realizar un estudio más exhaustivo a través del estudio de los Quintos Faciales, que se explica más adelante.(6,7)

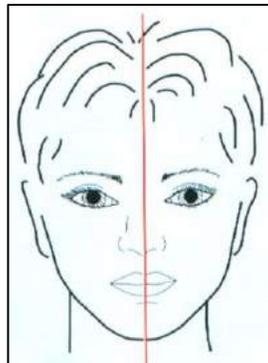


Figura N°12: Simetría de Rostro.

b) Proporciones

- Cara y Rostro:

Proporción rostro: se divide en tres tercios Tr y M´

- Superior: trichion - ofrion
- Medio: ofrion - subnasal
- Inferior: subnasal-mentoniano

Estos tercios deben ser prácticamente iguales.

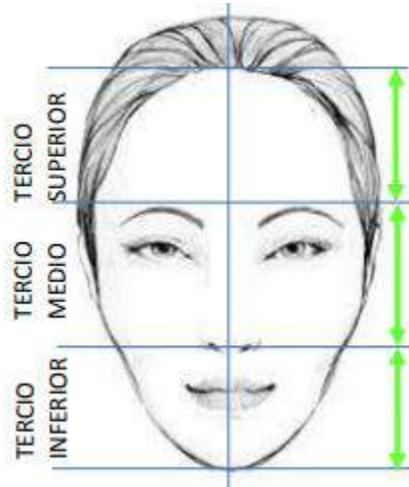


Figura N°13: Imagen de los tres tercios de rostro.

Proporción cara: corresponde entre puntos On y M´

- Superior: ofrion - subnasal
- Inferior subnasal – mentoniano

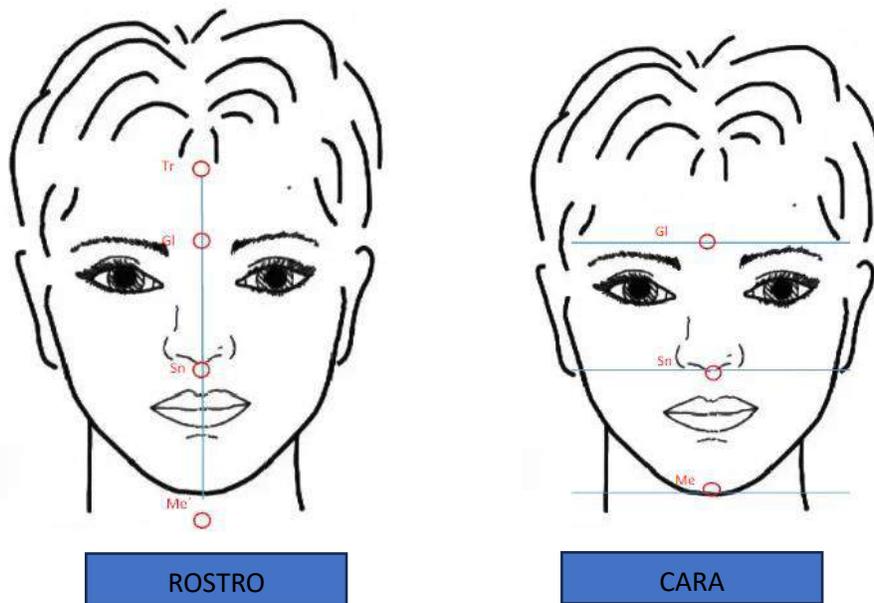


Figura N° 14: Imagen de ubicación de puntos en rostro y cara.

Estos tercios son equivalentes, cuando se cumple son estéticos y armónicos.

Inconveniente: tr muy variable. Sin chasquillas.

La mitad superior e inferior de la cara conservan igual proporción en individuos normales cuando el paciente está en posición de reposo mandibular, ya que cuando se encuentra en máxima intercuspidad (MIC), se presenta una disminución del tercio inferior en 2 mm. (4,5,6)

Mitad inferior de la cara	
Proporción Labial superior	1/3
Proporción Labial inferior	2/3
Competencia labial	Competentes incompetentes
	o

Tabla N° 3: Ejemplo de tabla resumen que se presenta en presentación de caso clínico.

Longitud Labial vertical: El labio superior se mide desde Subnasal (Sn) a Stomion superior y el labio inferior desde Stomion inferior hasta mentoniano (M').

- Borde incisal de incisivo superior deben sobrepasar aproximadamente en 2 mm la línea del labio superior en jóvenes.
- Niños: Exposición dental es levemente mayor.
- Adultos mayores: Menor exposición de incisivo superior, más evidente exposición de los inferiores.
- Longitud del labio superior: tercera parte de altura inferior de la cara.
- Longitud del labio inferior: junto con el mentón, ocupa los dos tercios restantes.

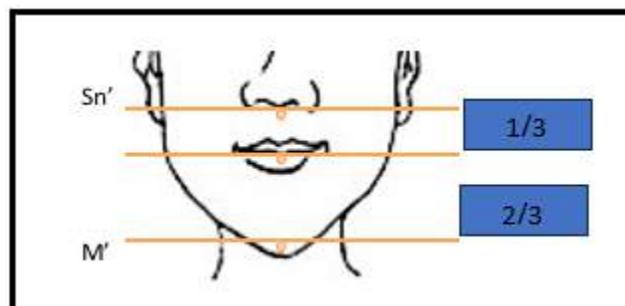


Figura N°15: Imagen de longitud labial vertical.

Competencia Labial: El contorno labial, en posición de sellado oral, debe ser suave y armónico.

- En contacto: Sin esfuerzo de musculatura peri oral.
- En cierre labial: Contorno suave y armónico.

En reposo: Juntos o levemente separados (se ve aprox. 2 mm del borde incisal del incisivo central superior en un adulto joven). (6)

Los labios competentes: En reposo presentan contacto suave, musculatura relajada, armónicos y estéticos.

Labios incompetentes: No logran contacto, para cerrar deben contraer activamente el músculo orbicular de los labios.

SIMETRÍA HORIZONTAL (QUINTOS FACIALES):

Para profundizar en el estudio de la simetría se divide la cara en quintos, trazando líneas paralelas a la línea media que pasen por los cantos internos de los ojos y externos del cráneo, a la altura de los parietales. Existe una regla llamada “regla de los quintos” que consiste en que el ancho total de la cara equivale a 5 anchos oculares. (6)

Análisis que se realiza en la fotografía de frente en posición natural de la cabeza.

Conclusión: *Simetría presente o no.*

Regla de proporción donde la totalidad de la cara es igual a la suma de cinco anchos oculares. Las distancias se toman entre las líneas paralelas, perpendiculares a la horizontal verdadera.

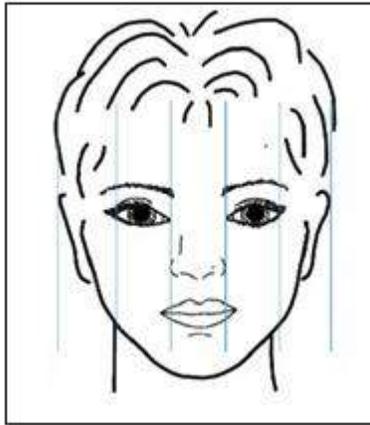


Figura N°16: Simetría quinto faciales

- **Ancho Labial:**

Corresponde a un análisis de los labios en sentido transversal, que nos permite valorar si estos son anchos o estrechos en relación con el resto de las estructuras faciales, y si guarda armonía con ellas.

Se compara la distancia interpupilar, con el ancho de la base de la nariz, y el ancho entre ambas comisuras.

En condiciones de armonía, el ancho intercomisural debe ser más pequeño que la distancia interpupilar, y más grande que el ancho de la base nasal. (3)

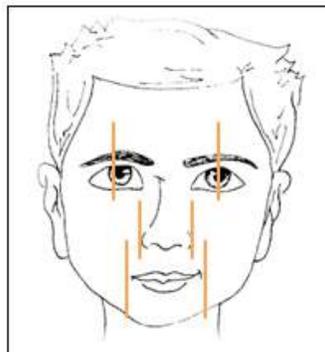


Figura N°17: Imagen de referencia para evaluar simetría de ancho labial

V.3. EXAMEN FACIAL DE PERFIL

Se realiza una Análisis Facial Lateral en la fotografía de perfil y debe representar lo observado en el estudio clínico realizado en el paciente, con el objetivo de estimar las tendencias de crecimiento de las estructuras cráneo-faciales. (6)

- **Plano Estético Ricketts Labio Superior con Labio Inferior:**

Se mide trazando una tangente al punto Pronasal (punto más prominente de la nariz) y el Pogonion blando, relacionando ambos labios con esta línea E o también llamada Plano Estético de Ricketts.

Ricketts concluye que ambos labios se sitúan a una distancia variable de la línea E, que depende de la edad del paciente. (3)

-Ambos labios al avanzar la edad, se van retruyendo en relación con la línea E.

-El labio superior se encuentra ligeramente por detrás del labio inferior cuando ambos se relacionan con la línea E.

-El labio inferior se encuentra a una distancia relativa de la línea E según diferentes edades.

- **Conclusión:** *Normal, protruido (y) o retruído.*

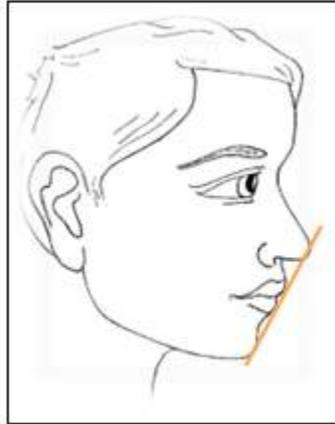


Figura N°18: Línea E de Ricketts.

Edad	Distancia Línea E a Labio Inferior
3 a 6 años.	+0,9 mm
7 a 10 años	+0,7 mm
11 a 14 años	0 mm
15 a 18 años	-1,9 mm
Adulto	-4 mm

Tabla N°4: Valores de la distancia E con el labio inferior acorde a sus edades.

- **Surco Mentolabial (SML)**

Clínicamente se analiza en una vista de perfil el surco mentolabial, que es la depresión de tejido blando ubicado entre el límite del labio inferior y el mentón. De este modo podemos encontrar los siguientes tipos de surco; armónico, marcado y poco marcado, como se muestran en las figuras a continuación. (3,6)

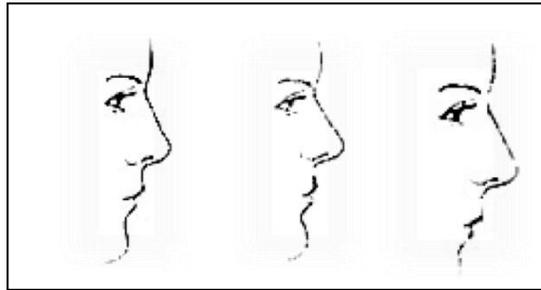


Figura N°19: Tipos de surcos mento labial.

- **Mentón**

El mentón influye sobre el perfil, es decir, en el equilibrio y armonía del rostro. Puede ser armónico, prominente y poco prominente.

- **Perfil**

Otro análisis que se practica en la fotografía de perfil es la curvatura de la cara. Puede hacerse en forma directa o en fotografía; lo básico es tener la cabeza debidamente orientada; el plano de Frankfurt (tragus a punto suborbitario) debe ser paralelo al suelo y perpendicular al eje corporal, con la cabeza erguida mirando al frente. Todos los análisis del tercio inferior facial tienen en cuenta tres estructuras que son las que determinan la armonía facial en proyección lateral: nariz, boca y mentón. El perfil puede ser recto, cóncavo o convexo en función de la prominencia relativa de estas estructuras. La convexidad puede estar dada por la protrusión labial o por falta de relieve del mentón; la nariz grande puede dar la sensación de una boca retraída o hundida. Para ello se analiza la relación entre dos líneas rectas: la que une la frente con el borde del labio superior y la que une este con el Pogonion blando. La disposición de estas dos líneas da origen a tres perfiles diferentes: (8)

- Perfil recto: las dos líneas se unen, formando casi una recta
- Perfil convexo: se produce una angulación entre las dos líneas de referencia por la retroposición relativa del punto mentoniano (divergencia posterior).
- Perfil cóncavo: se produce una angulación entre las dos líneas de referencia,

debido al relativo desplazamiento anterior del punto mentoniano (divergencia anterior).

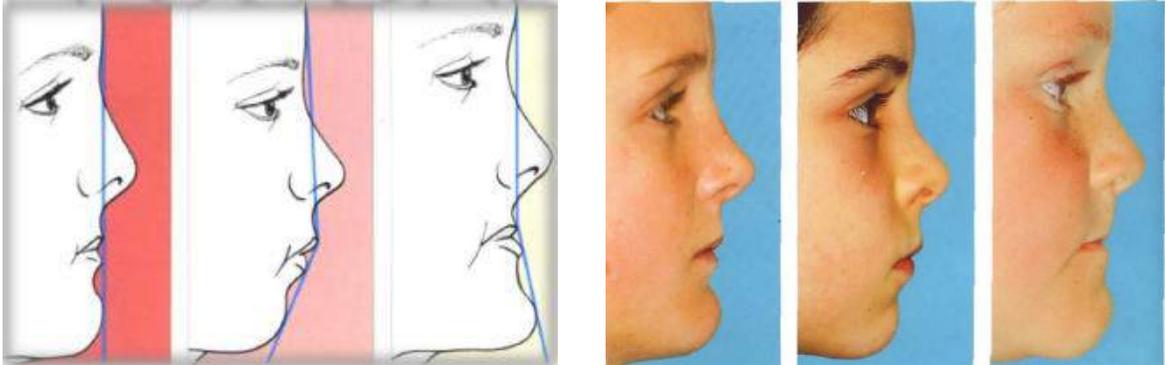


Figura N°20: Tipos de perfil: recto, convexo y cóncavo.

- **Ángulo de Legan y Burstone:** ángulo de la convexidad facial GI – Sn – Pg´

Se traza una línea que pasa por el punto Glabella y subnasal y otra línea desde subnasal a Pogonion blando.

Para el análisis del tipo de perfil según Legan y Burstone se usa el ángulo de la convexidad facial o ángulo del contorno facial. Este ángulo es el formado por plano Glabella-Subnasal (GI-Sn) y el plano Subnasal-Pogonion de tejidos blandos (Sn-Pg´). Se considera un ángulo positivo cuando el plano Sn-Pg´ se encuentra por detrás del plano GI-Sn. (3,6,7)

Norma 12° (+4) > 16° convexo, <8° cóncavo y 8°-16° recto. (medición con transportador en foto perfil)

Si la medida del ángulo de la convexidad facial está dentro de la norma, el paciente presenta perfil recto, si es mayor que la norma es perfil convexo y si el ángulo es menor a la norma presenta perfil cóncavo. (3)

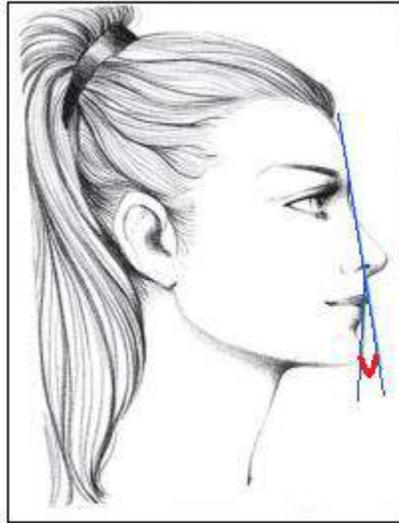


Figura N°21: Trazo de líneas para análisis de ángulo Legan y Burston.

POSICIÓN DEL MAXILAR RESPECTO AL CRÁNEO:

Madsen y Paniagua, basados en estudios en individuos chilenos, idearon y publicaron un método clínico de análisis de perfil, en el cual utilizan una escuadra de medir y estructuras faciales fáciles de visualizar.

Para determinar la posición del maxilar superior respecto del cráneo se coloca la escuadra apoyada sobre el pómulo, de modo que el borde horizontal coincida con los puntos Tragion y Suborbitario y el borde vertical con el punto subnasal. Luego proyectamos imaginariamente este borde anterior en forma vertical hacia arriba, observando su relación con el punto Glabella. (6)

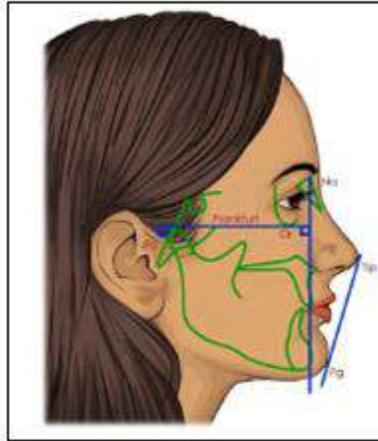


Figura N°22: Imagen donde se muestran los puntos para el análisis maxilar respecto al cráneo.

- Perfil Anterior: cuando el punto G se encuentra a más de 2 mm detrás de la vertical imaginaria.

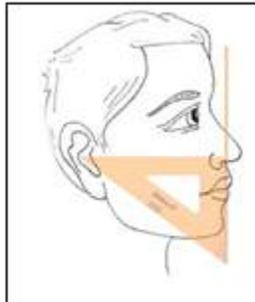


Figura N°23: Perfil Anterior.

- Perfil Medio: cuando el punto G se encuentra a 2 mm por detrás de la vertical.

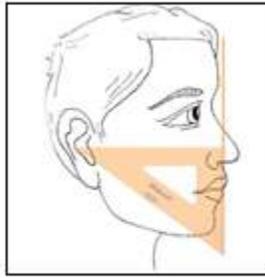


Figura N°24: Perfil Medio.

- Perfil Posterior: cuando el punto G se encuentra por delante de la vertical imaginaria.

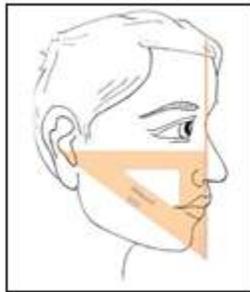


Figura N°25: Perfil Posterior.

POSICIÓN MANDIBULAR RESPECTO A MAXILAR SUPERIOR

Para determinar la posición de la mandíbula respecto al maxilar superior se coloca la escuadra apoyada sobre el pómulo, de modo que su borde horizontal coincida con el punto Tragion y su vértice con el punto Subnasal. Luego observamos la relación del SML con el borde anterior de la escuadra, debiendo coincidir el SML con el borde perpendicular de la escuadra en una situación de normalidad. (4)

- Perfil Recto: cuando el SML coincide con el borde perpendicular anterior de la escuadra

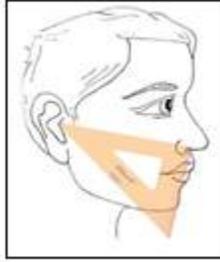


Figura N°26: Perfil Recto.

- Perfil Anteinclinado: cuando el SML se encuentra por delante del borde perpendicular anterior de la escuadra. Indica una posición adelantada de la mandíbula respecto al maxilar superior.

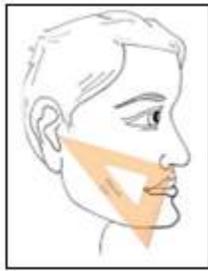


Figura N°27: Perfil Anteinclinado.

- Perfil Retroinclinado: cuando el SML se encuentra por detrás del borde perpendicular anterior de la escuadra. Indica una posición retruída de la mandíbula respecto al maxilar superior.

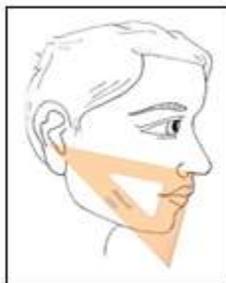


Figura N°28: Perfil Retroinclinado.

ROTACIÓN MANDIBULAR

Durante el crecimiento y desarrollo de la mandíbula, ésta se aleja de la base de cráneo, mientras aumenta su tamaño y modifica su morfología.

Madsen y Martinez, publicaron un estudio basado en individuos chilenos, que propone un método clínico de evaluación de la rotación mandibular. Utilizan dos reglas de medir, y toman en cuenta estructuras faciales fáciles de visualizar como el borde inferior de la mandíbula, base de la nariz y pabellón auricular. (4)

Para realizar la medición:

El paciente debe estar con sus arcos dentarios en oclusión.

El odontólogo se ubica a la derecha del paciente, coloca una de las reglas de medir en el borde inferior de la mandíbula de modo que coincida con él.

La otra regla de medir se coloca apoyada sobre la mejilla, de modo que coincida el borde inferior de esta con la base de la nariz y además debe ubicarse paralela a la regla que se apoya en el borde inferior de la mandíbula.

En este estudio se determinó que:

Cuando el borde inferior de la regla que se apoya sobre la mejilla coincide con el hélix, es un individuo con rotación mandibular *media*.

La rotación que sufre depende del crecimiento de la zona craneofacial posterior y la zona craneofacial anterior. Björk, estudió que la mandíbula en su desplazamiento presenta una rotación que puede ser anterior, media o posterior. (2,3)

- Rotación mandibular anterior: Predomina una dirección de crecimiento mandibular hacia abajo y más hacia adelante. En este tipo de rotación el tercio inferior del rostro puede presentar una disminución en su altura. Cuando el borde inferior de la regla que se apoya sobre la mejilla pasa

por **debajo del hélix**, es un individuo con rotación mandibular *anterior*.

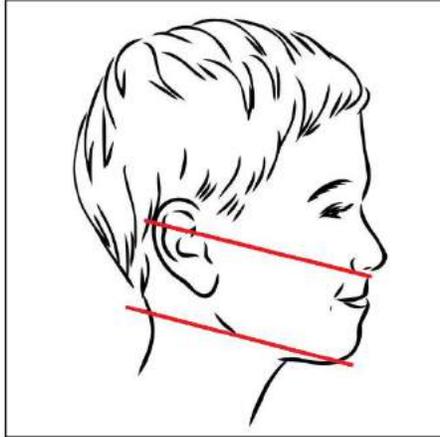


Figura N°29: Rotación Mandibular anterior.

- Rotación mandibular media: Existe un equilibrio en la dirección de crecimiento mandibular, que sigue el patrón general de la cara, hacia delante y abajo, resultando un desarrollo armónico y equilibrado. **Coincide con el hélix.**

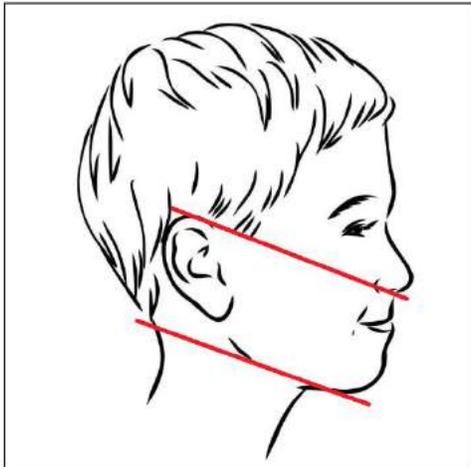


Figura N°30: Rotación Mandibular media.

- Rotación mandibular posterior: Predomina una dirección de crecimiento

mandibular hacia abajo y atrás. En este tipo de rotación el tercio inferior del rostro puede presentarse aumentado. Cuando el borde inferior de la regla que se apoya en la mejilla **pasa sobre el hélix**, es un individuo con rotación mandibular *posterior*.

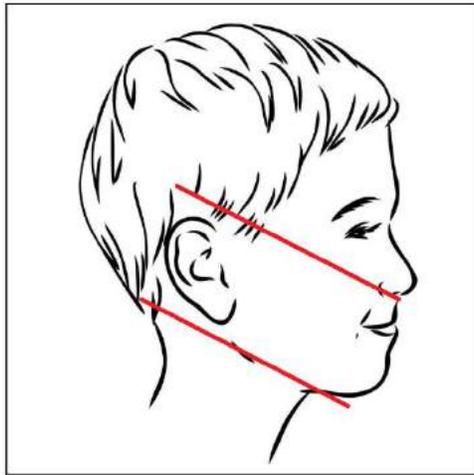


Figura N°31: Rotación Mandibular posterior.

- **Clase Esqueletal:**

Para determinar la clase esquelética del paciente es necesaria una teleradiografía de perfil y analizar base de cráneo, la posición del maxilar, la mandíbula y realizar un estudio **a través de mediciones cefalométricas**. **Sin embargo**, clínicamente **se puede** evaluar **sólo** la tendencia a una clase esquelética. (4,8)

CONSIDERACIÓN: Ej. se puede determinar una tendencia a una clase I esquelética con una clase II molar (distoclusión) por migración de segmentos. SON 2 COSAS DISTINTAS.

Se debe analizar los puntos del Análisis Facial Lateral en su conjunto, para poder

concluir, si las características del perfil son armónicas y son concordantes con el perfil de un paciente con Clase Esqueletal I o si por el contrario se observan desarmonías que nos puedan hacer sospechar una tendencia de crecimiento hacia una clase II o III, en cuyos casos correspondería a una evaluación ortodóncica realizada por un especialista.

Bibliografía UNIDAD V:

- 1.- Bezerra da Silva L. (2008) Tratado de Odontopediatría, Edición, Brasil, Ed. AMOLCA; Tomo 1)
- 2.- Boj J. (2004) Odontopediatría, 1º Edición, España, Ed. Masson)
- 3.- Rakosi, Thomas y Irmtrud Jonas. At las de Ortopedia Maxilar. Diagnóstico. Barcelona, Ed. Masson-Salvat, 1992.
- 4.- Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnostico, Thomas Rakosi Irmtrud Jonas, Edición, Barcelona, Ed. Científica y Técnicas. S.A. 1992)
- 5.- Escobar F. (2004) Odontología Pediátrica. 2º Edición, Colombia, Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.)
- 6.- Gregoret J. (1997) Ortodoncia y Cirugía Ortognática, Diagnóstico y Planificación. 1º Edición España, Ed. ESPAXS)
- 7.-Espinoza Angélica, Silva Ana Luisa: Estudio Facial Frontal. Facultad de odontología Universidad de Chile.
- 8.- Escobar Muñoz, Fernando. Odontología Pediátrica. Primera Edición. ed. Madrid, España: Ripano, 2012. Print

VI. EXÁMEN CLÍNICO INTRAORAL

Corresponde al primer contacto del niño con los instrumentos odontológicos. Por esto el odontólogo debe presentárselos mediante la técnica de “decir-mostrar-hacer”. Debe iniciarse con evaluación general de aspectos anatómicos y funcionales, seguido de examen cuidadoso y sistemático, primero de tejidos blandos, y luego de tejidos mineralizados (1).

VI.1. EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS

Comenzar por la porción interna de labios, continuando por porción interna de mejilla o mucosa yugal, inserciones musculares, mucosa alveolar, lengua, piso bucal, paladar duro, paladar blando, amígdalas, faringe, encía y finalmente los dientes.

La presencia de halitosis debe investigarse; puede provenir de infecciones endodónticas y de la garganta, estomatitis, inflamaciones gingivales, sinusitis crónica, enfermedades de tracto respiratorio, uso de determinados medicamentos, dietas, ayunos, hambre y problemas gastrointestinales. (1)

Estructuras:	<i>En salud o alteración</i>
Lengua y frenillo lingual	
Amígdalas	
Frenillo labial superior	
Frenillo labial inferior	
Piso de boca	
Paladar duro	
Mucosas	
Encías	

Tabla N°5: Tabla de examen de tejidos blandos del caso clínico.

¿QUÉ DEBEMOS OBSERVAR? (2 y 3)

Lengua y frenillo lingual:

- Examen de lengua y piso bucal: se examina en reposo y en movimientos; se evalúa alteraciones a patrones normales respecto a sus aspectos morfológicos. La región del piso bucal, base y porción dorsal deben inspeccionarse y palpase con cuidado, visualizándose el frenillo lingual. Hay que diferenciar tipos de lengua como fisurada, geográfica, saburral, bífida y micro o macroglosia.
- La base y porción ventral de la lengua deben inspeccionarse y palpase con cuidado, visualizándose el frenillo lingual. La inserción del frenillo debe examinarse, si es corto ocasionará problemas en deglución, habla y retracciones gingivales.

Amígdalas:

- Se examina mediante espejo bucal y palpación. Se evalúa color, consistencia y adherencia de la mucosa. Para evaluación de amígdalas utilizar escala de Brodsky, en grados que van del 0 al 4, siendo:
 - Grado 0: amígdalas cubiertas por el pilar anterior
 - Grado 1: < 25% del espacio entre pilares ocupado por las amígdalas
 - Grado 2: entre 25 y 50% del espacio descrito es ocupado por las amígdalas
 - Grado 3: entre 50 y 75% del espacio descrito es ocupado por las amígdalas
 - Grado 4: el espacio ocupado es mayor que el 75%.

Los grados 2,3 y 4 corresponden a amígdalas hiperplásicas.

Frenillo labial superior:

- En edades tempranas, el frenillo se extiende desde la encía a la parte central del paladar. Debido al desarrollo progresivo de los huesos maxilares y al proceso eruptivo, se va desplazando y se pierde su conexión con el paladar. Sin embargo, en algunas ocasiones se observa un frenillo labial hipertrófico y de inserción baja. Esto significa, por una parte, que tiene un grosor superior al habitual y que, además, se posiciona entre los dos incisivos centrales. Debido a esta posición incorrecta, forma un espacio interdental mayor al que se considera como normal, que suele ser de 1 milímetro como máximo, pudiendo generar un diastema.
- Si el frenillo labial superior es muy corto, afecta la correcta movilidad del labio, provocando que al paciente le dificulten pronunciar ciertas palabras o letras. Además, impide que los labios se cierren correctamente, facilitando el desarrollo de la espiración bucal.

Frenillo labial inferior:

- En el caso de problemas de desarrollo del frenillo labial inferior, las consecuencias son menores en comparación con el frenillo labial superior. Puede generar retracción gingival o causar enfermedades periodontales por una mayor dificultad de acceso a la higiene bucodental.

Piso de boca:

- La región del piso bucal debe inspeccionarse y palparse con cuidado, visualizándose el frenillo lingual. Se palpa con los dedos índices, uno intra y otro extraoralmente, desde atrás hacia la línea media. Esta maniobra además

de verificar la normalidad de las glándulas sublinguales, que no se palpan, permite observar ubicación y funcionamiento de los conductos de Wharton. La coloración en esta zona es rosada intensa, debido a la gran vascularización.

Paladar duro:

- Examen paladar duro, paladar blando y porción visible de la orofaringe: se examina mediante espejo bucal y palpación. Se evalúa color, consistencia y adherencia de la mucosa.

Mucosas:

- Labios porción interna: observación y palpación digital bilateral, para evaluar morfología, textura, color, estructura y humedad de los labios. Entre los posibles hallazgos están la estomatitis aftosa, úlceras traumáticas, manifestaciones sistémicas de enfermedad infectocontagiosas, mucocelos, entre otras. Debe examinarse la región correspondiente a surco alveolar e inserción de frenillos.
- Mucosa yugal porción interna: palpación de manera bilateral y digital con dedo pulgar e índice. Debe ser rosada blanquecina, con aspecto liso y brillante. Algo superior al segundo molar primario superior se localiza el conducto parotídeo. Al realizar un suave masaje en el ángulo mandibular se estimula la secreción parotídea y se puede entonces observar la salida salival del conducto de Stenon. Se observa en la mucosa yugal la llamada línea alba, blanquecina hacia la línea de la oclusión. En el surco alveolar hay inserciones musculares o bridas laterales.

Encías:

- Examen de la región gingival: Se debe considerar color, forma, superficie, consistencia, tamaño y posición. La coloración de una encía sana es rosa pálido, con terminación en filo de cuchillo, puntiforme, de consistencia firme, sin signos de inflamación ni sangrado; en individuos de piel oscura es normal la presencia de áreas pigmentadas (pigmentación melánica fisiológica).
- Cuando se realiza el examen periodontal en niños se debe observar las características clínicas de la encía. Estas características varían según el tipo de dentición que tenga nuestro paciente. Se debe evaluar: presencia de exudado, hemorragia o signos de destrucción tisular (movilidad, recesiones, etc.), factores locales de retención de placa bacteriana (malposiciones, restauraciones defectuosas).

PERIODONCIA EN LA DENTICIÓN PRIMARIA:

Las características normales del periodonto infantil deben ser adecuadamente conocidas para un diagnóstico oportuno y precoz de las desviaciones de normalidad.

Los conceptos de salud y enfermedad periodontal del adulto no son aplicables al paciente infantil, ya que debemos considerar los cambios biológicos que ocurren durante la infancia y adolescencia, como son los cambios funcionales, estructurales y anatómicos de los tejidos periodontales durante la erupción y exfoliación dentaria, cambio y maduración de la microflora y el desarrollo gradual del sistema inmunológico.

El límite de la encía marginal no tiene el contorno filoso típico del adulto, ya que es más grueso y redondo. Se sugiere que este aspecto es debido a la hiperemia y edema que acompañan la erupción. En cuanto al volumen, la encía marginal está más cerca de la superficie oclusal de los dientes, es aplanada y voluminosa, llenando por completo el espacio proximal.

En la encía adherida se considera normal un cierto grado de punteado. El punteado no existe durante el período de lactancia, apareciendo como adaptación alrededor de los 5 años. A los 10 años, ya presentan una banda punteada. De igual manera es importante recalcar que hay una relación positiva entre inflamación gingival y ausencia de punteado.

La encía libre es más gruesa en dientes primarios, lo cual puede enmascarar signos clínicos tempranos de inflamación. El mayor ancho se observa a nivel de los incisivos sobre todo en los incisivos laterales, disminuyendo hacia la zona posterior.

En cuanto a la encía interdientaria, es más plana y con forma de silla de montar en sector anterior, presenta regiones de paraqueratinización. La encía interdientaria en molares, llena completamente el espacio interdentario llegando muy cerca de la superficie oclusal o borde incisal. Una característica de la dentición primaria es que su encía interdientaria posee la col. La col está ubicada en la región proximal de la papila donde hay áreas de contacto dentario, es una depresión o concavidad. (4 y 5)

Características	Niños	Adultos
Color	Rojizo	Rosa coral
Aspecto	Liso y brillante	Mate u opaca
Textura	Punteado naranja menos pronunciada	Punteado de naranja
Consistencia	Flácida y retráctil	Firme ante presión con instrumentos romos
Margen gingival	Redondeado	Terminación en filo de cuchillo
Profundidad de surco	Depende del proceso fisiológico de erupción y exfoliación dental	No debe exceder 2 a 3 mm
Papilas	Achatadas y redondeadas	Piramidales

Tabla N°6: Diferencias clínicas en periodonto de niños y adultos.

Cambios fisiológicos de la Encía relacionados a la erupción dentaria:

- Abultamiento previo a la erupción: antes de que aparezca la corona, la encía presenta un abultamiento firme, ligeramente blanqueado y confirma el contorno de la corona subyacente.
- Formación del margen gingival: la encía y el surco marginales se desarrollan a medida que la corona penetra en la mucosa oral. En el curso de la erupción, el margen gingival está edematoso, redondeado y ligeramente enrojecido.
- Prominencia normal del margen gingival: durante el período de dentición mixta, es normal que la encía marginal alrededor de los dientes permanentes sea prominente, particularmente la región anterior del maxilar. En esta etapa de la erupción del diente, la encía todavía está adherida a la corona y parece prominente cuando se superpone a la mayor parte del esmalte subyacente (4 y 5)

VI.2. EXAMEN DENTAL

Tipo de dentición	
Forma del arco	
Trastorno del desarrollo dentario	
Trastorno de la erupción	
Otros	

Tabla N°7: Tabla del examen dentario del caso clínico.

Tipo de dentición:

- Dentición primaria
- Dentición mixta primera fase
- Dentición mixta segunda fase
- Dentición permanente

En el caso de la dentición primaria se debe constatar el tipo de Arco de Baume, tanto para maxilar como para mandíbula (6).

- Tipos:
 - Arco Tipo I: Arco que posee diastemas entre los dientes anteriores y es más favorable para un buen posicionamiento de los permanentes anteriores en el momento de su erupción.
 - Arco Tipo II: Arco que no posee diastemas entre los dientes anteriores. Puede presentar mayor tendencia para el apiñamiento en región anterior.
 - Arco Mixto: Presencia de arcos con diastemas en el maxilar (tipo I) y sin diastemas en la mandíbula (tipo II) o viceversa.

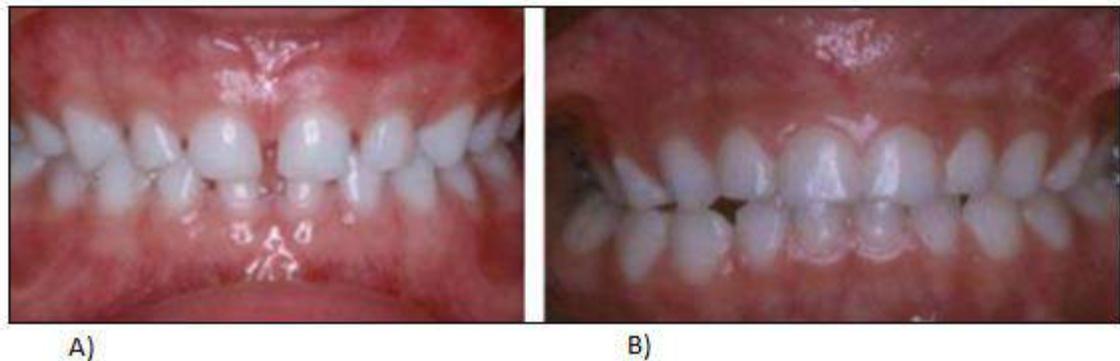


Figura N°31: A) Arco Tipo I y B) Arco Tipo II

Forma del arco:

- Triangular
- Cuadrangular

Trastornos del desarrollo dentario:

- Anomalías numéricas y morfológicas ya sean de forma (dientes conoideos, cúspides accesorias, dens in dente, fusiones o geminaciones), tamaño (macro o microdoncia), posición (versiones), color (hipomineralizaciones, hipoplasias),

TRASTORNOS DE LA ERUPCIÓN:

- Se chequean las posibles alteraciones cronológicas en la secuencia de erupción dental y se evalúan sus posibles causas.
- Ejemplo: erupción ectópica con reabsorción de las raíces de los dientes primarios (ataque anterior y posterior a la zona de sostén de Korkhaus), alteración de la erupción dentaria por obstaculización de la reabsorción, erupción ectópica y persistencia de los dientes temporales, anquilosis en la dentición primaria (fusión del cemento radicular y de la dentina con el hueso alveolar).

Otros: como desgastes erosivos, fracturas, etc. (6 y 7)

VI.2.2. ARCOS EN OCLUSIÓN

	ZONA LATERAL DERECHA	ZONA ANTERIOR	ZONA LATERAL IZQUIERDA
SAGITAL	Relación molar: _____ Relación canina: _____ Primario o permanente	Resalte: _____	Relación molar: _____ Relación canina: _____
VERTICAL		Escalón: _____	
TRANSVERSAL	Normal: _____ Cruzada: _____ Via a vis: _____	Líneas medias maxilar: _____ Mandibular: _____ Intermaxilar: _____	Normal: _____ Cruzada: _____ Via a vis: _____

Tabla N°8: Tabla de análisis de arcos en oclusión del caso clínico.

Sentido sagital:

- Zona anterior: se medirá y registrará el resalte (overjet).
- Zona lateral en dentición primaria: se registra en molares plano post-lácteo recto, escalón mesial o escalón distal, mientras que en caninos es neutro, mesio y distoclusión.
- Zona lateral en dentición permanentes: se registra relación canina y relación primeros molares permanentes con neutro, mesio y distoclusión.

Sentido vertical:

- Zona anterior: se medirá y registrará el escalón (overbite).
- Zonas laterales: mordida normal, intruído o extruído.

Sentido transversal:

- Zona anterior: se evaluará línea media maxilar, línea media mandibular y relación de ambas.
- Zonas laterales: las relaciones de oclusión derecha e izquierda pueden ser normales, vis a vis, cruzadas, tijera o vestibuloclusión. (2 y 7)

VI.3. EXAMEN FUNCIONAL

Respiración	
Ronca	
Deglución	
Fonoarticulación	
Posición de la lengua en reposo y funciones	
ATM derecha	
ATM izquierda	

Tabla N°9: Tabla de examen funcional del caso clínico.

Respiración:

- La evaluación del patrón respiratorio puede efectuarse de diversas formas:
 - a) Con el paciente sentado en el sillón se introduce agua en su boca, lo suficiente para llenarla. Enseguida el paciente cierra la boca e intenta mantenerla el mayor tiempo posible.
 - b) Una mecha de algodón es colocada sobre la fosa nasal; si el paciente es respirador
 - c) Se coloca un espejo de
- Cuando se sospeche obstrucción de las vías aéreas superiores se deberá referir el paciente al otorrinolaringólogo.

Deglución:

- El patrón de deglución se evalúa con el paciente sentado, colocando una pequeña cantidad de agua en su boca. El paciente debe deglutir y el profesional observa las señales de normalidad.
- Deglución normal: el aprendizaje de la deglución madura o adulta comienza con la erupción de los incisivos primarios, los cuales orientan los movimientos de apertura y cierre del maxilar inferior y obliga a la lengua paulatinamente a adoptar una nueva posición más alta y retraída, con lo que se inicia el aprendizaje de la masticación. En la deglución madura, los dientes están juntos, el maxilar inferior estabilizado, la punta de la lengua se sostiene contra el paladar por detrás de los incisivos superiores, y la contracción de labios y músculos faciales son mínimos, quedando el sistema en equilibrio para llevar a cabo el acto de deglutir.
- En casos de alteración del patrón de deglución hay que derivar al niño a evaluación kinésica y fonaudiológica.

Fono articulación:

- El lenguaje a los dos años se inicia la formación de frases, y a los tres construyen oraciones completas. Entre las posibles causas de déficit en el lenguaje, se incluyen las deficiencias auditivas e intelectuales, lesiones neurológicas, falta de motivación y ausencia de estimulación ambiental adecuada.
- Es necesario desde el comienzo del interrogatorio al paciente, percatarse de alteraciones en su ónse puede identificar defectos en la pronunciación del fonema /rr/ según la edad.
- En casos de alteración en la fonoarticulación hay que derivar al niño a evaluación fonoaudiológica.

Articulación Temporo Mandibular (ATM):

- Se debe evaluar el grado de movilidad de la mandíbula, limitación de sus movimientos, ruidos articulares y sintomatología dolorosa.
- Se palpa bilateralmente, colocando las yemas de los dedos en la región de la cabeza del cóndilo y con los índices insinuados en el conducto auricular externo, mientras el paciente realiza movimientos de apertura, cierre y lateralidades. (1, 2 y 8)

VI.4. HÁBITOS DISFUNCIONALES ORALES

Succión no nutritiva (dedo, chupete, mamadera)	
Relato de Rechinamiento diurno o nocturno	
Onicofagia	
Otros hábitos:	

Tabla N°10: Tabla de hábitos disfuncionales orales del caso clínico.

Succión no nutritiva:

- Registrar cualquier hábito de succión que no tenga fines nutritivos, ya sea uso de chupete de entretenimiento, succión de dedo, succión de labios, entre otros.
- Los hábitos de succión no nutritiva están asociados con una alta prevalencia de maloclusiones en la dentición primaria, incluyendo condiciones como Mordida Abierta Anterior, aumento en el overjet, compresión maxilar,

Relato de rechinamiento diurno o nocturno:

- Acto de apretar y rechinar los dientes, lo que puede realizarse durante el día, cuando se hace de manera silenciosa e inconsciente o voluntaria, o en la noche, cuando es involuntario, más fuerte y con sonido.
- Entre las causas que lo producen están, además de los trastornos emocionales, algunas deficiencias nutricionales, desequilibrio oclusal malformaciones maxilofaciales y una incorrecta postura al dormir (trastornos del sueño).

Onicofagia:

- La onicofagia se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes.
- Es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos alcanzando su peak entre los 11 y 13 años de edad.

- Se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora y suele ir acompañada de algún grado de tensión, estrés, soledad, imitación, ansiedad o transferencia desde otro mal hábito como la succión digital.
- Casi siempre los afectados muerden en el mismo sitio, por lo tanto, la onicofagia produce maloclusiones localizadas, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento y mal posición.

Otro hábito: Registrar cualquier otro hábito que presente el niño. (1, 2 y 8)

Referencias bibliográficas:

1. Escobar F. Odontología Pediátrica. 2nd ed. Colombia: Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.; 2004.
2. Bezerra da Silva L. Tratado de Odontopediatría. Brazil: Ed. AMOLCA; 2008; Tomo 1.
3. Boj J. Odontopediatría. 1st ed. España: Ed. Masson; 2004.
4. Escobar F. Odontología Pediátrica. 1st ed. Madrid: Ripano S.A.; 2012. Capítulo 4.
5. Pari A, Ilango P, Subbareddy V, Katamreddy V, Parthasarthy H. Gingival diseases in childhood - a review. J Clin Diagn Res JCDR. 2014;8(10): 1-4.
6. Escobar F. Odontología Pediátrica. 1st ed. Madrid: Ripano S.A.; 2012. Capítulo 5.
7. Hubertus J.M. Van Waes, Paul. W. Stockli. Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial Masson; 2002.
8. Normas en la prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares, MINSAL 1998.

VII. ODONTOGRAMA MAXILAR Y MANDÍBULA

El odontograma es resultado del análisis clínico y radiográfico. La descripción de cada lesión según código ICDAS y estado de las restauraciones. Además, se debe consignar COPD y ceod por arcada.

El examen dental se realizará luego de la profilaxis con piedra pómez y agua, para que las caries incipientes sean detectadas. No se debe realizar revelado de placa bacteriana en la misma sesión, para que las pequeñas alteraciones de color del esmalte, o lesiones incipientes no sean encubiertas por colorante. Luego del secado de los dientes y con el eyector en posición, se inicia el examen bajo luz artificial. El instrumental de examen consiste en un espejo y sonda exploradora de punta roma. Las caries proximales se investigan con ayuda de hilo dental, elásticos separadores, transiluminación

El examen se realiza por cuadrante, iniciándose en el último diente superior del lado derecho, se registran lesiones cariosas (ICDAS, activas o inactivas, cavitadas o no, extensión), se evalúan las restauraciones en cuanto a sus puntos de contacto, fracturas marginales y lesiones cariosas recurrentes. Se registra los índices ceod (C: dientes primarios cariadas, E: extraídos por caries o con indicación de extracción y O: obturadas. La sumatoria de C+E+O dará el resultado del ceod) y el COPD (C: dientes permanentes cariados, O: obturados, P: perdidos por caries. La sumatoria de C+O+P dará el resultado del COPD). (1, 2, 3 y 4)



Diente		diente	
5.5		6.1	
5.4		6.2	
5.3		6.3	
5.2		6.4	
5.1		6.5	

Figura N°32: Imagen del maxilar y tabla para registro de odontograma en caso clínico.

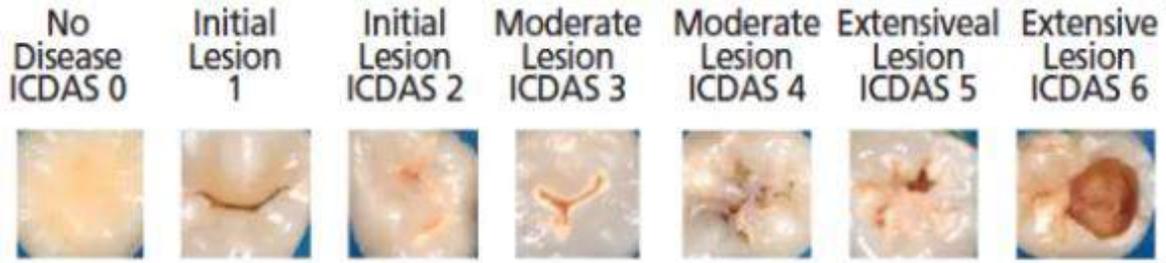


Figura N°33: Imagen de la mandíbula y tabla para registro de odontograma en caso clínico.

El examen dental sistemático evalúa aspectos relativos al color, forma, estructura, tamaño y número. Las alteraciones estructurales son variables, desde una leve alteración de color como la hipomineralización o fluorosis leve, hasta hipoplasias severas. Las alteraciones de color pueden ser pigmentaciones intrínsecas, originadas por problemas endodónticos y traumatismos dentales, o pigmentaciones extrínsecas, ocasionadas por bacterias cromogénicas o ingesta de complementos ferrosos. Además de lesiones cariosas, se deben buscar erosiones, abrasiones, fracturas, condiciones de las restauraciones presentes, movilidad dental y relaciones de espacio (1).

Las lesiones de caries deben registrarse con ICDAS (5) y clasificarse en lesiones activas o inactivas. Si están cavitadas se evalúa su coloración, extensión y profundidad aparente. La localización de lesiones incipientes (manchas blancas) deben anotarse.

Se evaluarán las restauraciones en cuanto a sus puntos de contacto, fracturas marginales y lesiones cariosas recurrentes, señalando si se encuentran en buen o mal estado.



Código	0	1	2	3	4	5	6
Definiciones	Superficie dentaria sana, sin cambios después de secar con aire, o hipoplasia, desgaste, erosión, u otros fenómenos no cariosos.	Primer cambio visible en esmalte, visible solo después de secar con aire, o ligero cambio de coloración confinado al área de fosas y fisuras.	Cambio distintivo en esmalte, visible estando húmedo, blanco o coloreado, más amplio que la fosa o fisura.	Destrucción localizada de esmalte sin dentina visible, discontinuidad de la superficie del esmalte, ensanchamiento de la fisura.	Sombra oscura en dentina subyacente, con o sin destrucción localizada de esmalte.	Cavidad evidente con dentina visible, franca cavitación que involucra menos de la mitad de la superficie dentaria.	Extensa cavidad evidente en dentina, cavidad profunda y amplia, abarcar más de la mitad del diente.
Profundidad histológica		90% de fosas y fisuras ubicadas en esmalte externo, solo un 10% en dentina.	50% de fosas y fisuras ubicadas en esmalte externo, solo un 50% en dentina.	77% de la profundidad de la lesión en dentina.	88% de la profundidad de la lesión en dentina.	Lesión se encuentra al 100% en dentina.	Lesión alcanza tercio interno de la dentina.

Referencias bibliográficas

1. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res* [Internet]. 2004;38(3):182–91.
2. Zero DT, Fontana M, Martínez-Mier EA, Ferreira-Zandoná A, Ando M, González-Cabezas C, et al. The biology, prevention, diagnosis and treatment of dental caries. *J Am Dent Assoc*. 2009; 140: 25S-34S.
3. Pitts NB. Modern concepts of caries measurement. *J Dent Res*. 2004; 83:C43-7.
4. Pitts N, Melo P, Martignon S, Ekstrand K, Ismail A. Caries risk assessment, diagnosis and synthesis in the context of a European Core Curriculum in Cariology: Dental caries: risk assessment, diagnosis and synthesis. *Eur J Dent Educ*. 2011; 15:23–31.

5. Ormond C, Douglas G, Pitts N. The use of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) in a National Health Service general dental practice as part of an oral health assessment. *Prim Dent Care*. 2010;17(4):153–9.

VIII. ELEMENTOS AYUDANTES AL DIAGNÓSTICO

VIII.1. EXAMEN RADIOGRÁFICO

¿Cuándo debes solicitar una radiografía?

Las radiografías son elementos ayudantes al diagnóstico valioso para el cuidado de la salud bucal de bebés, niños, adolescentes y personas con necesidades de cuidados especiales. En general, las radiografías son utilizadas para **diagnosticar y monitorear**: enfermedades bucales; evaluar traumatismos dentoalveolares; monitorear desarrollo dentofacial; y el progreso/seguimiento de la terapia pulpar. (1,2)

El examen clínico puede tener una baja sensibilidad para detectar visualmente algunas lesiones de caries iniciales susceptibles de tratar con tratamientos preventivos, es por ello que el examen radiográfico resulta esencial para aportar con información que nos oriente a un diagnóstico más preciso y un plan de tratamiento acorde a las necesidades del paciente. Y tal como se menciona, la radiografía es un complemento al examen clínico no una herramienta diagnóstica por sí sola, es por ello que la *American Dental Association*, 2012 contraindica realizar un examen radiográfico con el propósito de detectar la enfermedad antes de realizar el examen clínico (3).

Cuando nos preguntamos por el momento más adecuado para solicitar un examen radiográfico inicial, la respuesta **no debe basarse en la edad del paciente**, sino en base a las circunstancias individuales de cada niño.

Para ello debemos considerar algunos parámetros como:

- Antecedentes médicos del paciente
- Antecedentes odontológicos clínico y radiográficos
- Examen clínico intraoral y extraoral completo
- Evaluación de la vulnerabilidad del paciente de acuerdo a los factores ambientales que afectan la salud bucal
- Estimación del riesgo cariogénico a través del **análisis del riesgo cariogénico.**

Por lo tanto, la radiografía debe utilizarse solo cuando existe la posibilidad de un beneficio al paciente.

La *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) ha generado recomendaciones con base a las pautas de la *American Dental Association* (ADA) y *Food and Drug Administration* (FDA) que ayudan a los profesionales a tomar decisiones clínicas relacionadas con la selección adecuada de radiografías dentales como parte de una evaluación oral en bebés, niños, adolescentes y personas con necesidades de cuidados especiales. Estas recomendaciones se pueden utilizar para optimizar la atención del paciente, **minimizar la carga de radiación** y asignar los recursos de atención médica de manera responsable (Tabla 13) (1-3).

Edad del paciente y etapa de desarrollo dental			
Tipo de paciente	Niños (as) con Dentición primaria (Antes de la erupción del primer diente permanente)	Niños (as) con dentición mixta (Después de la erupción del primer diente permanente)	Adolescente con Dentición Permanente
Paciente nuevo* Siendo evaluado por enfermedades orales	Examen radiográfico individualizado que consiste en vistas periapicales/oclusal y/o radiografía bitewing posteriores si las superficies proximales no se pueden visualizar o sondear. Es posible que los pacientes sin evidencia de enfermedad y con contactos proximales abiertos no requieran un examen radiográfico en este momento.	Examen radiográfico individualizado que consiste en radiografías bitewing bilateral con radiografía panorámica o radiografías bitewing bilateral y periapicales seleccionadas.	Examen radiográfico individualizado que consiste en radiografías bitewing bilateral con radiografía panorámica o radiografías bitewing bilateral y radiografías periapicales seleccionadas. Se prefiere un examen radiográfico intraoral de boca completa cuando el paciente tiene evidencia clínica de enfermedad oral generalizada o antecedentes de tratamiento dental extenso.
Control de Paciente* clínicamente con caries o con alto riesgo de caries. **	Radiografía bitewing bilateral a intervalos de 6 a 12 meses si las superficies proximales no se pueden examinar visualmente o con una sonda.		
Paciente en control* Sin caries clínicas y sin riesgo de caries. **	Radiografías bitewing a intervalos de 12 a 24 meses si las superficies proximales no se pueden examinar visualmente o con una sonda.	Radiografía bitewing a intervalos de 18 a 36 meses.	
Paciente (nuevo y control) para monitorear el crecimiento y desarrollo dentofacial y/o evaluar las relaciones dentales/esqueléticas.	Juicio clínico en cuanto a la necesidad y tipo de radiografías para la evaluación y/o seguimiento del crecimiento y desarrollo dentofacial o evaluación de las relaciones dentales y esqueléticas.	Juicio clínico en cuanto a la necesidad y el tipo radiografía para la evaluación y/o seguimiento del crecimiento y desarrollo dentofacial, o evaluación de las relaciones dentales y esqueléticas. Examen panorámico o periapical para evaluar los terceros molares en desarrollo.	
Paciente con otras circunstancias que incluyen, entre otras, implantes, otras patologías dentales y craneofaciales, necesidades de restauración/endodoncia, enfermedad periodontal tratada y remineralización de caries.	Juicio clínico en cuanto a la necesidad y tipo de imágenes radiográficas para evaluación y/o seguimiento en estas condiciones.		
** Los factores que aumentan el riesgo de caries pueden evaluarse utilizando Cariescare			
Esta tabla es una traducción a partir de las recomendaciones realizadas por la AAPD con los derechos reservados a la Asociación Dental Americana.			

Tabla N°13: Recomendaciones para prescribir radiografías dentales.

<p>A. Hallazgos históricos positivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento periodontal o endodóntico previo 2. Historia de dolor o trauma 3. Antecedentes familiares de anomalías dentales 4. Evaluación postoperatoria de la cicatrización 5. Seguimiento de la remineralización 6. Presencia de implantes, patología previa relacionada con el implante o evaluación para la colocación del implante 	<p>B. Signos/síntomas clínicos positivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidencia clínica de enfermedad periodontal 2. Restauraciones extensas o profundas 3. Lesiones cariosas profundas 4. Mal posición dentaria o dientes clínicamente impactados 5. Edema 6. Evidencia de trauma dental/facial 7. Movilidad de los dientes 8. Tracto sinusal ("fístula") 9. Sospecha clínica de patología sinusal 10. Anormalidades del crecimiento 11. Compromiso oral en enfermedad sistémica conocida o sospechada 12. Hallazgos neurológicos positivos en cabeza y cuello 13. Evidencia de objetos extraños 14. Dolor y/o disfunción de la articulación temporomandibular 15. Asimetría facial 16. Dientes pilares para prótesis parcial fija o removible 17. Sangrado inexplicable 18. Sensibilidad inexplicable de los dientes. 19. Erupción, espaciamiento o migración inusual de los dientes 20. Morfología, calcificación o color dental inusual 21. Ausencia inexplicable de dientes 22. Erosión dental clínica 23. Periimplantitis
<p>** Los factores que aumentan el riesgo de caries pueden evaluarse utilizando Cariescare</p>	
<p>Esta tabla es una traducción a partir de las recomendaciones realizadas por la AAPD con los derechos reservados a la Asociación Dental Americana.</p>	

Tabla N°14: Las situaciones clínicas para las que pueden estar indicadas las radiografías.

“Estas recomendaciones están sujetas al **juicio clínico** y es posible que no se apliquen a todos los pacientes. Deben ser utilizados solo después de revisar el historial de salud del paciente y completar un examen clínico. Aunque la exposición a la radiación de las radiografías dentales es baja, una vez que se toma la decisión de obtener radiografías, es responsabilidad del dentista minimizar la exposición del paciente”.

Como se observa en la tabla N°13 y de acuerdo con estas recomendaciones, la **periodicidad de la radiografía** dependerá de la condición clínica y el riesgo cariogénico del paciente. Es decir, en pacientes con alto riesgo cariogénico y presencia de caries, se recomienda realizar la radiografía bitewing entre 6 y 12 meses. Sin embargo, en aquellos pacientes con bajo riesgo cariogénico y sin presencia de caries, se recomienda radiografía bitewing entre 12 a 24 meses cuando no sea posible visualizar/sondear las superficies proximales. Además de la **periodicidad de la radiografía**, otro factor importante a considerar es la **indicación de radiografía según condición/enfermedad** que va a diagnosticar. La European Archives of Paediatric Dentistry (EAPD) propone una guía de mejores prácticas clínicas para ayudar a los profesionales a decidir cuándo y cómo prescribir radiografías dentales en niños y adolescentes (EAPD, 2019). De acuerdo con la tabla a seguir, se puede observar el resumen de indicaciones de radiografía según la condición/enfermedad.

Resumen de posibles indicaciones clínicas de radiografías dentales en niños y adolescentes (+ indicado, ± puede tener alguna indicación, - ninguna indicación)				
	BITE WING	PERIAPICAL	PANORAMICA	CBCT
Detección de caries y diagnóstico	1ª opción	+	2ª opción	-
Infección dental (Aguda)	-	+	+	-
Trauma dental				
Fractura y luxación dentaria	-	1ª opción	-	-
Trauma dental severo: múltiples dientes fracturados, fractura corono-radicular, fragmentos móviles	-	1ª opción	-	±
Complicación: reabsorción dentaria	-	1ª opción	-	±
Anomalías dentarias				
Hipoponcia	-	1ª opción, cuando es localizado	1ª opción, cuando es generalizado	-
Diente supernumerario	-			-
Sospecha diente impactado	-			-
Anomalías del desarrollo				
MIH	-	1ª opción, cuando afecta severamente un molar	1ª opción, cuando afecta > 1 molar	-
Amelo/dentino/osteogenesis imperfecta	-	+	1ª opción	±
Pacientes con Fisura labio palatina	-	+ o rx oclusal maxilar	+	±
Hallazgos patológicos				
Enfermedad periodontal	±	1ª opción, cuando es localizado	1ª opción, cuando es generalizado	-
Morfología condilar en pacientes con TTM	-	-	+	-
Quistes y tumores benignos	-	-	+	±
Reabsorción cervical invasiva	-	+	-	±

Tabla N°15: Tabla de las recomendaciones realizadas por la AAPD para indicaciones de radiografías en niños.

¿Y CUÁNDO SE DEBE INDICAR LA RADIOGRAFÍA PANORÁMICA (RP)?

La EAPD es mucho más restrictiva/conservadora con respecto a la indicación de radiografías. Con respecto a la radiografía panorámica esta es utilizada para problemas dentales que afectan áreas más grandes de los maxilares (4).

Al momento de solicitar la radiografía panorámica se debe considerar algunos requisitos mínimos para establecer la indicación. Los siguientes indicadores que pueden justificarla son:

Cooperación y edad del paciente

- Edad del paciente: Se recomienda considerar alrededor de 4 años como mínimo para solicitar la radiografía panorámica. Sin embargo, es importante considerar que la indicación de la radiografía panorámica dependerá de la necesidad y criterios que justifique la solicitud, independiente de la edad. En el próximo apartado se puede observar los indicadores clínicos a los cuales justifica la radiografía panorámica.
- Cooperación del paciente: Es necesario buena cooperación del paciente, incluida la capacidad de seguir instrucciones y permanecer quieto durante el tiempo de exposición requerido para garantizar una calidad de imagen adecuada. Esto puede esperarse en pacientes alrededor de 4 años.

Indicadores clínicos:

Los siguientes indicadores clínicos pueden justificar la solicitud de RP:

1. En pacientes que no toleran las radiografías intraorales. En este caso la RP podría considerarse una técnica alternativa. Sin embargo, hay que tener en cuenta la distorsión de imagen y la presencia de imágenes fantasma.

2. En pacientes con traumatismo dentomaxilofacial para la detección de fracturas mandibulares o condilares. Sin embargo, no se recomienda la RP para evaluar el traumatismo dental.
3. Para identificar anomalías dentales generalizadas, por ejemplo, hipo o hiperdoncia.
4. En trastornos del desarrollo genéticamente relacionados, por ejemplo, amelogénesis/dentinogénesis/osteogénesis imperfecta y pacientes (sindrómicos) con condición patológica generalizada, generalmente se necesita una evaluación radiográfica completa del estado dental que puede realizar radiografía panorámica.
5. Los hallazgos patológicos, por ejemplo, quistes o tumores. Si una radiografía intraoral revela estructuras o hallazgos poco comunes, por ejemplo, áreas radiolúcidas o radiodensas que no pueden explicarse por la anatomía, la RP permitirá visualizar.
6. En pacientes sometidos a tratamiento médico extenso, p. ej., trasplante de médula ósea/órganos, un examen dental incluida la RP podría utilizarse para identificar posibles focos de infección. Sin embargo, es posible que aún se requieran radiografías intraorales específicas.

MANEJO DEL PACIENTE Y RADIOGRAFÍA

“La AAPD reconoce que pueden haber circunstancias clínicas para las cuales esté indicada una radiografía, pero no se puede obtener una imagen de diagnóstico. Cuando no se pueden obtener radiografías de diagnóstico debido a falta de cooperación, el profesional debe informar al paciente o cuidador (a) sobre estas limitaciones y documentar estas discusiones en la ficha clínica del paciente. La decisión de tratar al paciente sin radiografías dependerá de la urgencia de las necesidades de tratamiento, la disponibilidad y adecuación de entornos de tratamiento alternativos y los riesgos y beneficios relativos de las diversas opciones de tratamiento para el paciente.” (1,2)

FACTORES QUE CONSIDERAR EN EL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

1. La calidad del examen radiográfico para la representación visual de la extensión de la lesión cariosa
2. Los estadios tempranos de las lesiones cariosas no son revelados. Revisión de radiografías anteriores, cuando estén disponibles dentro de la misma ficha clínica o mediante transferencia de registro, también contribuye a la decisión de necesidad radiográfica.
3. La radiografía no distingue inequívocamente entre superficies proximales que están sanas, presentan lesiones subsuperficiales o están cavitadas.
4. Las radiografías subestiman, hasta un cierto grado, la extensión de la desmineralización, pero debido a errores de proyección, pueden ocurrir sobreestimaciones.
5. La radiografía provee solo una parte de la información para la decisión terapéutica.

EXPOSICIÓN A LA RADIOACCIÓN IONIZANTE

Debido a que los efectos de la exposición a la radiación se acumulan con el tiempo se debe minimizar la exposición del paciente. Por lo tanto, se debe considerar algunos criterios para minimizar o eliminar la radiación innecesaria en el diagnóstico a través de radiografías dentarias. Ejemplos de buenas prácticas radiológicas incluyen minimizar la exposición a radiación ionizante indicando solo el número necesario de radiografías para obtener información diagnóstica esencial y aquellas en que el tiempo de exposición sea menor. También se recomienda utilizar un delantal plomado y protector tiroideo en niños y niñas, mujeres en edad fértil y embarazada, como práctica general. (5)

Sopesar siempre los beneficios de obtener radiografías frente al riesgo de exposición a la radiación del paciente (5).

CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY (CBCT)

Otro tipo de examen por imágenes complementario al diagnóstico incluye el uso de tomografía computadorizada (*Cone Beam Computed Tomography [CBCT]*). La tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) es una modalidad de imagen avanzada que tiene altas aplicaciones clínicas en el campo de la odontología. La dosis de exposición a la radiación de la CBCT es 10 veces menor que la de las tomografías computarizadas convencionales durante la exposición maxilofacial. Además, la CBCT es muy precisa y puede proporcionar datos volumétricos tridimensionales en los planos axial, sagital y coronal. El CBCT ha demostrado ser una herramienta exitosa para el estudio de imágenes dentales y maxilofaciales (6).

Este tipo de examen es una herramienta diagnóstica que permite evaluar patología periapical en endodoncia, patología oral, anomalías en la dentición en desarrollo (p. ej., dientes impactados, ectópicos o supernumerarios), cirugía oral maxilofacial (p. ej., paladar hendido), cirugía y trauma facial, ortodoncia y preparación quirúrgica para cirugía ortognática. Para todos los procedimientos que utilizan CBCT, los beneficios clínicos deben sopesarse frente a los riesgos potenciales. Por el efecto acumulativo de la radiación y que los niños/niñas son más propensos a la carcinogénesis inducida por radiación que los adultos el profesional debe conocer los riesgos inherentes asociados a la tomografía y solicitarla solo en los casos de pacientes seleccionados (6).

- **Consideraciones**

Las imágenes intraorales y la radiografía panorámica deben mantenerse como la herramienta de diagnóstico estándar. Se debe considerar el uso de CBCT cuando las radiografías convencionales son insuficientes para completar el diagnóstico y la planificación del tratamiento y los beneficios potenciales superan el riesgo de una dosis de radiación adicional. No debe prescribirse como examen de rutina con fines diagnósticos o en ausencia de indicación clínica.

En la ficha clínica deben agregar el tipo de radiografía solicitada y el informe radiográfico.

ESTADIO NOLLA

Nolla, 1960, presenta sus tablas y divide arbitrariamente el proceso del desarrollo del diente en 10 estadios, indicadores del tiempo promedio de calcificación alcanzado en cada edad, que van desde la cripta (estadio 0) hasta -el cierre apical de la raíz (estadio 10) (7).

De acuerdo con los resultados del estudio de Nolla, se observó que las niñas son más adelantadas que los niños en la calcificación de los dientes permanentes, especialmente hacia el final de la formación radicular, como se observa en la Figura 34.

Aplicación del método:

Para aplicar este método, se efectúa la valoración radiográfica del grado de calcificación de cada uno de los dientes maxilares y mandibulares permanentes de un cuadrante, con o sin el tercer molar, asignándose un estadio.



Figura N°34: Estadios de Nolla.

Tomando los valores para cada uno de los estadios observados se debe evaluar la concordancia entre la edad dentaria y cronológica. De acuerdo con la Tabla N°16

se puede observar las etapas de calcificación de los dientes permanentes de acuerdo a la edad.

B.-Masculino														
EDAD (AÑOS)	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Maxilares														
Sdo. molar	6+	7					8				9	9	10	
Prim. molar							9		10					
Sdo. premolar	6+				7			8		9	9	9		
Prim. premolar	6+			7			8			9	10			
Canino	6+		7				8				10			
Mandibulares														
Sdo. molar	6						7+		8+			10		
Prim. molar		7		8						9		9	10	
Sdo. premolar	6						7+		8					
Prim. premolar	6		7					8			9	10		
Canino	6+		7+				8				9		10	
Fuente: Nolla C. M. The development of the permanent teeth. J Dental Child. 1960, 27, 254.														

Tabla N°16: Etapas de calcificación de los dientes permanentes Nolla

B.-Femenino													
EDAD (AÑOS)	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Maxilares													
Sdo. molar			7				8			9	10		
Prim. molar			8+				9	10					
Sdo. premolar					7			8		9	10		
Prim. premolar				7			8		9	10			
Canino				7-			8+			9	10		
Mandibulares													
Sdo. molar		6				7		8			9	10	
Prim. molar		7		8+					9	10			
Sdo. premolar	6					7			8+			9	10
Prim. premolar	6				7	8+					9	10	
Canino	6+		7			8+		9		10	0		
Fuente: Nolla C. M. The development of the permanent teeth. J Dental Child. 1960, 27, 254.													

Tabla N°17: Etapas de calcificación de los dientes permanentes Nolla.

VIII.2. ESTUDIO HIGIENE DEL PACIENTE

La asociación entre la caries dental, una dieta rica en azúcar y una mala higiene bucal está bien establecida en la literatura. Con el objetivo de mejorar la higiene bucal de los niños y niñas que asisten a la CIN, se interrogará a los padres o responsables del niño (según edad) sobre los siguientes ítems:

1. Frecuencia y momento del cepillado diario;
2. Supervisión
3. Tipo de cepillo

4. Tipo de dentífrico (ppm) (especificar se es con o sin flúor (especificar también la cantidad de flúor))
5. Otros elementos (ej. uso de seda dental, enjagüe, cepillo interproximal etc.)

1. Frecuencia y momento del cepillado

El cepillado de dientes es el proceso utilizado para eliminar y controlar **mecánicamente** el biofilm dental para ayudar a prevenir la caries y enfermedades orales. Las recomendaciones sobre el cepillado de dientes y el uso de dentífrico con flúor, incluidas la elección de la concentración, la frecuencia del cepillado y la cantidad de dentífrico, pueden variar de acuerdo a la edad del paciente.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la higiene bucal debe comenzar desde el nacimiento, es decir, antes de la erupción dentaria. Esta recomendación tiene como fin desarrollar tempranamente el hábito de higiene bucal. Por lo tanto, en niños/as que aún no tienen dientes porque no ha comenzado el proceso de erupción, la higiene puede realizarse limpiando las encías, paladar y lengua con una gasa limpia y húmeda o con un dedal de silicona (8).

A partir de la erupción del primer diente, se inicia el uso del cepillo de dientes y pasta dental con flúor. Esta es una oportunidad de instalar el hábito de cepillado de dientes de manera temprana, de modo que, a futuro, la higiene bucal sea una práctica habitual.

Consideraciones

Mecanismos de control mecánico:

- *El cepillado dental se debe realizar con un cepillo de dientes manual o eléctrico y un dentífrico con flúor, durante 2 minutos, entre dos a tres veces al día, con pastas dentales fluoradas de 1,100 a 1,500 ppm (9). Se*

debe resaltar a los padres o responsables la importancia de la priorización del cepillado dental en la noche. Se debe recomendar la utilización de seda dental, 1 vez al día, de preferencia en la noche (realizado por adulto en casos de niños pequeños). El uso de seda dental debe empezar a partir del momento que los dientes primarios erupcionen y tengan contactos proximales.

2. Supervisión

Con respecto a los hábitos del cepillado, es muy importante la supervisión del padre/madre o responsable. Para que la higiene bucal sea efectiva esta debe ser realizada utilizando la técnica adecuada. Debido a la capacidad motora y el riesgo de fluorosis **se recomienda que los niños entre 0 a 6 años sean supervisados cuando se cepillan los dientes con pasta dental con fluoruro.** Por lo tanto, la supervisión por un adulto/a debe realizarse hasta que el niño o la niña tenga un desarrollo psicomotor y alcance la motricidad fina óptima que le permita realizar correctamente la técnica (supervisión por padre o responsable hasta los 6 años). A partir de los 7 años, se podría considerar que los niños/as son capaces de cepillarse solos, siendo necesaria una supervisión diaria, ya sea en la mañana o idealmente en la noche, para corroborar que lo realizan bien y estimular el hábito de higiene. Se puede recomendar a la persona adulta que se cepille junto al niño/a para que el asocie como algo rutinario dentro de las actividades diarias.

El método educativo efectivo para el desarrollo de habilidades y destrezas en la ejecución de la higiene bucal en escolares de 6 años es la enseñanza de la técnica de cepillado incorporado a la instrucción individual de cada niño.

En la ficha clínica deben consignar si el cepillado dental es supervisado por padre/madre o responsable. Si no se supervisa, esta información debe agregarse a la ficha clínica.

3. Tipo de cepillo y técnica de higiene oral

Los materiales necesarios para efectuar el cepillado dental en los niños/as son:

- Se debe recomendar cepillo manual o eléctrico que presente como características: cabeza pequeña, filamentos de nylon suave (verificable en el envase del cepillo), de extremos redondeados, corte y mango rectos.
- En caso de pacientes que utilizan aparato de ortodoncia se debe recomendar cepillo ortodóntico que presenta como característica: cerdas en forma de “V”. Además de cepillos interproximales o unipenacho en caso de accesos más difíciles.

RECOMENDACIÓN DE TÉCNICAS DE CEPILLADO DE ACUERDO CON LA EDAD DEL PACIENTE:

Bebés, preescolares y escolares:

- Técnica de Starkey (0-7 años): Realizado por persona adulta (padre/madre o cuidador(a)).
- Técnica de Fones (4-7 años): Indicado para niño(a)
- Técnica de Barrido (8-14 años): Indicado para niño (a) con motricidad fina, comprobada por escritura.

Adolescentes:

En adolescentes, la técnica indicada va a depender de la motricidad y la necesidad/condición de salud que presente. Por lo tanto, se puede recomendar las siguientes técnicas:

- Técnica de Bass Modificada (15 años y más): combinación de la técnica de Bass y de la modificada de Stillman.
- Charters: pacientes sanos o con enfermedad periodontal, recesión gingival, erosión cervical, pérdida de tejido interproximal, diastemas o puntos de contacto amplios, portadores de ortodoncia.

- Técnica Barrido: técnica relativamente simple y eficaz, pacientes con poca habilidad motora y en general en pacientes con tejidos gingivales anatómicamente normales.
- Vibratoria o Stillman: se indica en pacientes con motricidad suficiente.
- Bass: pacientes sanos o con enfermedad periodontal, malposición dentaria, surco gingival dentario aumentado de profundidad.

4. Tipo de dentífrico

El uso de la pasta dental con flúor es considerado la forma más racional de utilizarlo, ya que, combina el uso tópico de flúor con la higiene bucal. El cepillado con pasta de dientes con flúor comienza cuando erupciona el primer diente primario. La concentración habitual de fluoruro en la pasta de dientes oscila entre 1000 y 1500 partes por millón (ppm), similar a la concentración que tienen las pastas de dientes de adultos. No hay restricciones sobre la concentración mínima de fluoruro, pero la **concentración máxima de fluoruro** permisible para una pasta de dientes **varía según la edad**.

De acuerdo con la evidencia actual, cuanto; a los riesgos y beneficios con relación al uso de pasta dental con flúor, se puede concluir su comprobada efectividad en el control de caries cuando se usa una concentración de al menos 1,000 ppm. Por lo tanto, se recomienda a los niños cepillarse los dientes 2 veces al día con pastas dentales fluoradas de 1,000 a 1,500 ppm (9).

Aunque se conoce la relación directa entre la exposición sistémica al flúor y el desarrollo de la fluorosis, todavía no hay suficiente evidencia de que el uso precoz se relaciona con el aumento de la fluorosis dental. Las pastas dentales que contienen concentraciones más altas de flúor pueden conferir una mayor protección contra la caries, pero aumentan el riesgo de fluorosis. La ingestión crónica de flúor de la pasta de dientes en niños/niñas pequeñas es común y, a pesar de la gran variación en la cantidad ingerida, cuanto más pequeños son los niños, mayor es la

probabilidad de que traguen cantidades más grandes, lo que podría ser suficiente para causar fluorosis dental (10).

*La cantidad de pasta de dientes a utilizar dependerá del control que tengan los niños/as de escupir los restos de saliva y pasta (11). Por lo tanto, se debe considerar la **edad** del niño/niña con respecto a la cantidad de pasta dental que se recomendará. Por tanto, la cantidad de pasta fluorada en niños/niñas según la EAPD es:*

- *En niños/niñas entre 0 a 2 años se limita a pequeñas cantidades (de 0.125 gramos, que corresponde al tamaño de un grano de arroz crudo)*
- *En niños/niñas de 2 años a 6 años se usa una cantidad de pasta dental que corresponde al "tamaño de una arveja" esto equivale a 0.25 gramos*
- *En niños/niñas mayores a 6 años se utiliza una cantidad suficiente para cubrir la longitud del cabezal del cepillo esto equivale a 0.5 a 1 gramo (11).*

La frecuencia de uso de la pasta de dientes junto con el método de enjagüe son otros factores que influyen en la eficacia y seguridad de la pasta de dientes con flúor. De acuerdo con la evidencia, cepillarse dos veces al día o más, enjuagarse menos o no enjuagarse en absoluto confiere mayor reducción de caries que cepillarse una vez al día o menos, o enjuagarse con mayores volúmenes de agua después del cepillado de dientes. *Por lo tanto, se recomienda NO enjuagar luego de realizar el cepillado dental con pasta de dientes con flúor.*

Debida a la toxicidad aguda que se puede ocurrir debido a la ingesta de dosis tóxicas de fluoruro se recomienda a los padres o responsables que la pasta dental con flúor se mantenga fuera del alcance de los niños pequeños.

Por lo tanto, sobre los beneficios/riesgos, la recomendación es: cepillado con dentífrico que contiene al menos 1,100 ppm F soluble dos veces al día,

preferiblemente después de las comidas y priorizar el cepillado nocturno. Restringir el uso en pequeñas cantidades en niños menores de 3 años.

5. Otros elementos

Universalmente se recomienda la combinación de agua fluorada y pastas dentales con flúor. Los enjuagues bucales, geles y barnices con flúor son un beneficio adicional, pero deben indicarse según el riesgo o actividad de caries.

Otros elementos auxiliares complementan la higiene oral y contribuyen para la prevención de la enfermedad de caries. Entre estos están reveladores de placa bacteriana (para motivar y guiar la técnica de higiene oral), colutorios de Clorhexidina al 0,12% (para el tratamiento de enfermedades periodontales, como la gingivitis y periodontitis), Colutorios con flúor 0,05-0,2% (indicados para pacientes con alto riesgo cariogénico).

EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL

La evaluación de la condición periodontal es fundamental en el diagnóstico de la condición de salud bucal del paciente. Los signos clínicos de un periodonto saludable incluyen la ausencia de signos inflamatorios de enfermedad como enrojecimiento, edema, supuración y sangrado al sondaje. Además, debe considerarse la ausencia de recesión gingival o recesión mínima asociada a la ausencia de pérdida ósea interproximal.

Además de evaluar la condición periodontal, considerando los aspectos de un periodonto sano, se debe evaluar la calidad de remoción mecánica de la placa. Se ha propuesto índices para evaluar la condición periodontal en niños/as. *Los índices más frecuentemente utilizados para evaluar gingivitis en niños/as son índice de sangrado gingival asociado al índice de placa.*

Evaluación de la higiene bucal:

Para la evaluación de higiene mediremos el índice de placa de O'Leary, utilizando una pastilla reveladora que pigmentará las zonas donde el cepillado no fue adecuado. Cada diente representa cuatro superficies (mesial-distal-vestibular-lingual/palatino), se contabilizarán todas las superficies teñidas, y luego ese valor se divide por el total de superficies presentes y se multiplica por 100. Se considera bajo riesgo cuando el paciente presenta un índice igual o menor al 20% de las superficies teñidas.

<p>FÓRMULA:</p> $\text{O'Leary} = \frac{\text{SUPERFICIES TEÑIDAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
--

Figura N°35: Fórmula para calcular O'Leary.

Luego de evaluar la higiene oral, se debe tomar una foto y junto al paciente realizar la instrucción de higiene con técnicas de cepillado de acuerdo con el desarrollo motor de cada paciente.

VIII.3. ESTUDIO DE DIETA

De manera general, la dieta se define como un conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento. Se define dieta cariogénica a aquella de consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente **azúcares fermentables como la sacarosa, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias retentivas.**

Los factores principales para considerar para determinar las propiedades cariogénicas, cariostáticas y anticariogénicas de la dieta son: la **forma del alimento**

bien sea **sólido**, **líquido** o **pegajoso**, la **frecuencia** en la ingesta de azúcares y otros carbohidratos fermentables, la **composición de los nutrientes**, el **potencial de saliva estimulada**, la **secuencia en la ingesta de las comidas** y la **combinación de los alimentos**.

¿POR QUÉ EVALUAMOS LA DIETA?

El estudio de la dieta en la práctica odontológica pretende estimar los cambios cariogénicos causados por los carbohidratos y estudiar el valor nutritivo de la dieta. Por este motivo, la información acerca de los hábitos alimenticios y la ingesta de carbohidratos fermentables y otros nutrientes, debe obtenerse y evaluarse; el odontólogo debe presentar a los apoderados un diario alimenticio, que facilite anotar la ingestión rutinaria de alimentos del niño.

Al realizar la historia clínica, es importante interrogar acerca de los hábitos dietéticos y alimentación del niño, tomando en consideración lo siguiente:

1. Frecuencia de las comidas.
2. Cantidad y concentración de sacarosa en los alimentos.
3. Eliminación de azúcares y consistencia de los alimentos.
4. Cantidad de carbohidratos fermentables.
5. Uso de sustitutos del azúcar.
6. Elementos protectores y favorables de la dieta.

El diario dietético es prospectivo, y consiste en pedir al entrevistado que anote diariamente durante 3 ó 7 días, los alimentos y bebidas que va ingiriendo; el método requiere previamente que el entrevistado sea instruido con la ayuda de modelos y/o medidas caseras. Esta etapa es conocida como asesoramiento dietético.

ASESORAMIENTO DIETÉTICO

El asesoramiento dietético es un proceso, que ordenamos en 3 etapas:

1. Registro de la dieta.
2. Análisis de la Dieta.
3. Consejo y motivación.

1. Registro de dieta

*El registro de la dieta se realizará a través de un **diario dietético**. El diario dietético es un método prospectivo en el cual los padres (puede en conjunto con sus hijos si es que son más grandes) van anotando diariamente durante al menos tres días, idealmente una semana todos los alimentos y bebidas que ingiere al día. Si se realiza registro de solo tres días debe incluir un día de fin de semana. Es un método que nos entrega mucha información, pero depende mucho del compromiso de los padres.*

Hay dos métodos por lo que se puede registrar la dieta: **Recordatorio 24 horas**; **2. Método prospectivo**. *En la ficha clínica utilizaremos el método prospectivo. **Método prospectivo**: Pacientes van anotando diariamente lo que comen al menos por tres días. Idealmente una semana completa (7 días). Ventaja: Entrega mucha información. Desventajas: Depende del compromiso del padre/madre y del paciente.*

	Desayuno	Colación	Almuerzo	Colación	Once	Cena
Lunes	1 vaso de leche con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con mantequilla	1 barra de cereal bar y 1 lata de bebida regular	1 plato de lentejas y 1 vaso de jugo de naranja	-	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con mermelada	-

Martes	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con mantequilla	1 súper 8 y 1 lata de bebida regular	1 plato de charquicán y 1 vaso de jugo néctar durazno	Helado	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pedazo de torta	1 vaso de leche con Nesquik
Miércoles	1 vaso de leche con 2 cucharaditas de azúcar y 4 galletas tritón	1 barra de cereal bar y 1 lata de bebida regular	1 plato de papas fritas con pollo y 1 vaso de bebida regular	1 mini morocha	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con mantequilla	-
Jueves	1 vaso de leche con 2 cucharaditas de Nesquik y 4 galletas oreo	1 lata de bebida regular (Coca-Cola) y 1 barra de cereal	1 plato de tallarines con pollo y 1 vaso de bebida regular	-	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con manjar	1 vaso de jugo néctar de durazno
Viernes	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con mantequilla	1 yogurt con cereal chocapic	1 plato de arroz con pollo y 1 vaso jugo néctar de fruta	1 yogurt	1 vaso de jugo con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con mantequilla	-
Sábado	1 vaso de jugo con 2 cucharaditas de azúcar y 4 galletas tritón	1 yogurt con 1 naranja	1 plato de papas fritas con pollo y 1 vaso de bebida regular	-	1 bebida regular con 2 y 1 pan blanco con jalea de frutilla	1 yogurt

Domingo	1 vaso de leche con 2 cucharaditas de Nesquik y pan blanco con mantequilla	1 lata de bebida regular y 1 súper 8	1 plato de papas fritas con carne y 1 vaso de bebida regular	1 naranja	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pan blanco con mantequilla	-
<p>Observen que se anota todos los alimentos consumidos a diario, de manera detallada. Es decir, especificando azúcar libre en jugos o bebidas, la cantidad (ejemplo: 2 cucharaditas) y la marca del alimento consumido (ejemplo: jugo de frutilla del valle). También se especifica lo que se agrega al pan y el tipo de galleta que se consume. Estas informaciones son necesarias para realizar el análisis de dieta, ya que, a partir de estos si realizará la suma de gramos de azúcar. Siempre cuando se pueda, pedir al paciente que anote la marca del alimento que está consumiendo, esto permitirá realizar un análisis mucho más fiable.</p>						

Tabla N° 18: Ejemplo de diario dietético.

2. Análisis de dieta

A partir del asesoramiento dietético, luego de obtener el registro de dieta del paciente a través del método prospectivo se debe realizar el próximo paso, conocido como **análisis de dieta**. En el análisis de dieta se evaluará: **tipo, cantidad y frecuencia** del consumo de alimentos cariogénicos (**azúcares libres y azúcares naturales**).

Azúcares libres: Las **fuentes principales** de azúcar libre son: Bebidas endulzadas con azúcares; Bebidas endulzadas a base de fruta y leche; Jugos 100% de fruta. Las **fuentes comunes** son los dulces, pasteles, galletas, cereales endulzados, postres dulces, sacarosa, conservas.

Azúcares Naturales: Son los azúcares naturalmente presentes en la miel, jarabes, zumos de frutas y concentrados de zumos de frutas.

Se debe cuantificar anotando los gramos de azúcar por cada alimento y sumar la cantidad de azúcares libres y naturales consumida de acuerdo con el ejemplo que se observa en la tabla 19.

El consumo mayor a 50 gramos diario de azúcar es considerado como alto riesgo cariogénico.

	Desayuno	Colación	Almuerzo	Colación	Once	Cena	
Jueves	1 vaso de leche con 2 cucharaditas de azúcar y 1 marraqueta con mantequilla 7 grs	1 barra de cereal bar (chocobar) y 1 lata de bebida regular (coca cola) 4 grs 22 grs	1 plato de lentejas y 1 vaso de jugo de naranja (Watts) 10 grs	1 mini morocha 19 grs	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 marraqueta con mermelada (Watts) 7 grs 16 grs	-	85 grs
Viernes	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 marraqueta con mantequilla 7 grs	1 super 8 y 1 lata de bebida regular (coca cola) 16 grs 22 grs	1 plato de charquicán y 1 vaso de jugo néctar naranja (Watts) 10 grs	-	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 pedazo de torta 7 grs	-	62 grs
Sábado	1 vaso de leche con 2 cucharaditas de azúcar y 3 galletas tritón 7 grs 10 grs	1 yogurt batido damasco soprole 11 grs	1 plato de papas fritas con pollo y 1 vaso de bebida regular (coca cola) 22 grs	1 helado de chocolate mini mega 15 grs	1 taza de té con 2 cucharaditas de azúcar y 1 marraqueta con mantequilla 7 grs	-	72 grs

Tabla N°19: Ejemplo de análisis de dieta.

Para obtener puntaje de riesgo deben considerar:

> 50 gramos de azúcar: Alto riesgo cariogénico

< 50 gramos de azúcar: Bajo riesgo cariogénico

3.- Asesoramiento:

Luego de obtener el riesgo cariogénico asociado a la dieta es importante realizar un asesoramiento dietético basado en el consumo de alimentos cariogénicos y en las pautas nutricionales establecidas para cada edad (13).

En el siguiente código QR N° se presentan las guías de alimentación vigentes para el Niño (a) de 0-6 meses de edad, de 6-11 meses de edad, de 12-23 meses edad, mayor de 2 años hasta la adolescencia. (Guía de alimentación hasta la adolescencia, Quinta edición, 2016)



Código QR 3: Guía de alimentación para niños y niñas. MINSAL, 2016.

VIII.4 ANÁLISIS DEL RIESGO CARIOGÉNICO

¿Qué es?

La valoración del riesgo de caries es un paso esencial para el manejo eficaz y personalizado del paciente. El objetivo de este paso es valorar la **probabilidad** de que un paciente desarrolle lesiones de caries en un futuro próximo y la **probabilidad** de que las lesiones progresen si ya están presentes. La valoración del riesgo de caries también ayuda comprender por qué el paciente tiene actividad de la enfermedad y, en consecuencia, informa sobre los ajustes que podrían realizarse para mejorar su estado de riesgo. Conocer el riesgo de caries de un paciente ayudará a la toma de decisiones clínicas y permitirá desarrollar un plan de manejo de caries personalizado (12).

¿Cómo valorar el riesgo cariogénico del paciente?

Existen muchas herramientas que ayudan a valorar sistemáticamente el riesgo de caries. Las herramientas comunes son Cariogram, ADA, CAMBRA e ICCMS; muchos de ellas utilizan tres o más categorías de riesgo de caries. *En la ficha clínica de CIN utilizaremos la herramienta desarrollada por Cariescare.*

CariesCare:

El CariesCare es una herramienta que identifica a los pacientes en los extremos del espectro de riesgo en aquellos con: "riesgo bajo" de caries y aquellos con "riesgo alto" de caries a través de la evaluación de los **factores de riesgo y factores protectores** (12).

VIII. 5 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

El nivel de riesgo de un paciente se deriva de los **antecedentes sociales, médicos, comportamentales (higiene oral, dieta, etc.) y dentales**, junto con un examen oral. El clínico debe sopesar los factores de riesgo y de protección del paciente entre sí para valorar la probabilidad de riesgo de caries en el futuro. El riesgo bajo es fácil de identificar como la ausencia, tanto de factores de riesgo de caries, como de lesiones activas. La información más importante para considerar se muestra en la siguiente tabla N°20.

FACTORES PROTECTORES DE CARIES		BAJO	ALTO
Crema dental fluorada	¿Se cepilla el niño al menos 2 veces al día con crema dental de al menos 1000 ppmF?	SI	
Atención odontológica	¿Lleva al niño regularmente al odontólogo (1/año) por prevención/control?	SI	
Fluoruro sistémico	En la zona de residencia del niño ¿Se administra fluoruro sistémico en agua/sal/leche?	SI	

FACTORES DE RIESGO DE CARIES			
Factores de riesgo social/médico/comportamental			
Hiposalivación	¿Tiene el niño diagnóstico de hiposalivación? (medicación/enfermedad/radiación)?		SI
Alta ingesta de azúcares libres	¿Ingiere el niño >50g de azúcar libre/día incluyendo biberón/otros nocturno?		SI
Bajo nivel socioeconómico/bajo conocimiento salud oral/barreras de acceso	¿Tiene dificultades de acceso (económicas, etc) para que el niño acuda al odontólogo?		SI
Necesidades especiales de atención en salud, discapacidad físicas	¿Tiene el niño necesidades especiales relacionadas con la higiene oral/recibe ayuda?		SI
Consulta odontológica sintomática	¿Tenía el niño dolor la última vez que asistió al odontólogo (o tiene dolor ahora)?		SI
Madre/cuidador con lesiones de caries activas	¿Sospecha que USTED tiene caries dental o dolor en sus dientes?		SI

Factores de riesgo clínico			
Experiencia reciente de caries/lesion(es) activa(s)	¿Presenta el niño >1 lesión activa, o inactiva, o una obturación por caries en menos de dos años?		SI
PRS (sepsis dental)	¿Presenta el niño sepsis dental (PRS: pulpitis/resto radicular/colección purulenta)?		SI
Higiene oral deficiente, acúmulo de placa gruesa	¿Presenta el niño un alto índice de placa bacteriana?		SI
Áreas de retención de placa	¿Tiene el niño áreas de retención de placa incluyendo molares en erupción?		SI
Tasa baja de flujo salivar	¿Tiene el niño una tasa baja de flujo salivar (confirmado por historia clínica)?		SI

Tabla N°20: Adaptación de tabla para factores de riesgo de caries según CariesCare (12).

Nota: Los factores de riesgo en rojo SIEMPRE clasificarán al individuo en riesgo alto de caries. Independiente de ser solo uno factor.

Por tanto, la clasificación se hace de la siguiente manera:

Riesgo bajo	Riesgo alto
<ul style="list-style-type: none"> Los factores protectores están presentes Ninguno de los factores de riesgo marcados en rojo está presentes Cualquier otro factor de riesgo está dentro los rangos de “seguridad” (ej.: meriendas con azúcar adicionada, práctica de higiene oral, exposición a fluoruro) 	<ul style="list-style-type: none"> Uno o más factores de riesgo marcados en rojo están presentes El nivel o la combinación de otros factores de riesgo sugiere un riesgo alto Con factores protectores ausentes

Tabla N°21: Tabla de indicaciones de riesgo cariogénico según CariesCare 2019 (12).

Consideraciones importantes según CariesCare:

- El riesgo de caries de los pacientes debe valorarse con regularidad, ya que su categoría de riesgo puede cambiar con el tiempo y debe documentarse en la historia clínica.
- La valoración del riesgo debe informar la frecuencia con la que el paciente se reevalúa. Los pacientes con riesgo alto de caries deben tener un período de reevaluación más corto que los pacientes con riesgo bajo, para el seguimiento, la reevaluación y la provisión de intervenciones preventivas.
- El nivel de riesgo debe comunicarse claramente al paciente e influir en la toma de decisiones clínicas con respecto a las necesidades de tratamiento y alternativas, así como la prestación de otros servicios.
- El azúcar es un factor de riesgo importante para el inicio y la progresión de la caries, pero también es un factor de riesgo común para la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, reducir el consumo de azúcar es importante, tanto para la salud oral, como para la salud general.

Valoración de la actividad de caries:

Además de la categorización de riesgo, la literatura se menciona indicadores de actividad de caries, que corresponden a signos clínicos que evidencian la presencia de la enfermedad.

Para cada lesión de caries coronal, debes valorar el estado de actividad, utilizando parámetros clínicos, para informar si es probablemente activa o probablemente inactiva.

Estado de actividad de lesiones de caries coronal ICDAS combinado			
Estado de actividad de las lesiones de caries coronal ICDAS-combinado		Características de la lesión	
		Signos de lesiones activas	Signos de lesiones inactivas
Categorías de caries ICDAS-combinado	Lesiones iniciales y moderadas	<ul style="list-style-type: none"> • La superficie del esmalte es blanquecina/ amarillenta. •Opaca con pérdida de brillo; se siente rugosa al sondaje suave a través de la superficie. • La lesión se encuentra en un área de retención de la placa, es decir, en la entrada de fosas y fisuras, cerca del margen gingival o, para superficies proximales - debajo o arriba del punto de contacto (la lesión puede estar cubierta con placa gruesa antes de la limpieza). 	<ul style="list-style-type: none"> • La superficie del esmalte es blanquecina, café o negra. • El esmalte puede ser brillante y se siente duro y liso al sondaje suave a través de la superficie. • Para superficies lisas, la lesión de caries se localiza típicamente a cierta distancia del margen gingival (la lesión puede no estar cubierta por una placa gruesa antes de la limpieza)
	Lesiones severas	La dentina se siente suave o con apariencia de cuero al sondaje suave.	La dentina está brillante y dura al sondaje suave.

Adaptado de Martignon, S., Pitts, N., Goffin, G. *et al.* CariesCare practice guide: consensus on evidence into practice. *Br Dent J* **227**, 353–362 (2019).

Tabla N°22: Estado de actividad de lesiones de caries coronal.

En la ficha clínica debes consignar la actividad cariogénica y el riesgo cariogénico que presenta el paciente *considerando los criterios de valoración de actividad cariogénica según ICDAS (Tabla N°22) y los criterios de valoración del riesgo cariogénico según Cariescare (Tabla N°20).*

Actividad cariogénica	<i>Con actividad o sin actividad de caries.</i>
Riesgo cariogénico	<i>Alto o bajo Riesgo Cariogénico.</i>

Tabla N°23: Tabla de Análisis de riesgo cariogénico según caso clínico.

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:253-65.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:273-6.
3. American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology. Clinical recommendations regarding use of cone beam computed tomography in orthodontics. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013; 116(2):238-57. Erratum in Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013; 116(5):661.
4. Kühnisch J, Anttonen V, Duggal MS, Spyridonos ML, Rajasekharan S, Sobczak M, Stratigaki E, Van Acker JW, Aps JKM, Horner K, Tsiklakis K. Best clinical practice guidance for prescribing dental radiographs in children and adolescents: an EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2020;21(4):375–386. DOI: 10.1007/s40368-019-00493-x.
5. Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral integral para niños y niñas de 6 años. Santiago: Minsal; 2013
6. Kumar M, Shanavas M, Sidappa A, Kiran M. Cone beam computed tomography - know its secrets. J Int Oral Health. 2015;7(2):64–68.
7. Nolla CM. The development of the permanent teeth. J Dent Child. 1960;27:254
8. Ministerio de salud. ORIENTACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA POBLACIÓN EN CONTROL. Santiago: Minsal; 2020.
9. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeroncic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD007868. DOI: 10.1002/14651858.CD007868.pub3. Accessed 16 August 2023.
10. Wong MC, Glenny AM, Tsang BW, Lo EC, Worthington HV, Marinho VC. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. Cochrane Database

Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD007693.

11. Toumba K, Twetman S, Splieth C, et al. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2019;20(6):507-516.
12. Martignon S, Pitts N, Goffin G, et al. CariesCare practice guide: consensus on evidence into practice. Br Dent J. 2019; 227:353–362. DOI: 10.1038/s41415-019-0678-8.
13. Ministerio de Salud. Guías alimentación del niño(a) menor de 2 años. Guía de alimentación hasta la adolescencia. Santiago: Minsal, Quinta Edición 2016.

IX. FUNDAMENTOS / ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

En esta etapa, al haber recabado todos los aspectos anteriores realizamos un resumen de los hallazgos principales que determinan si nuestro paciente está en riesgo o no y qué tipo de riesgo.

- **Riesgo Social:**

Evaluable según Índice Social de Graffar. El puntaje final se interpreta en una tabla, que clasifica a la familia en 5 tipos de estratos: Alto, Medio alto, Medio bajo, Obrero y Marginal.

- **Riesgo Biológico General:**

Evaluable según la presencia de alguna condición sistémica que implique que el paciente presenta vulnerabilidades adicionales.

El cual debe evaluar según el Sistema de clasificación del estado físico ASA actualizado el 2020. El cual puede encontrar en el siguiente código QR:



Código QR 4: Clasificación ASA

- **Riesgo Biológico Específico:**

Probabilidad que tiene un paciente de que adquiera enfermedades bucales de mayor prevalencia.

- **Anomalía Dentomaxilar:**

- Anomalías numéricas y morfológicas ya sean de forma (dientes conoideos, cúspides accesorias, dens in dente, fusiones o geminaciones), tamaño (macro o microdoncia), posición (versiones), color, entre otras.
- Posibles alteraciones cronológicas en la secuencia de erupción dental y se evalúan sus posibles causas.
- Trastornos de la erupción: erupción ectópica, con reabsorción de las raíces de los dientes primarios, alteración de la erupción dentaria por obstaculización de la reabsorción, erupción ectópica y persistencia de los dientes temporales, anquilosis en la dentición primaria

Arcadas individuales: Forma de la arcada, presencia o ausencia de espacios primates (entre el canino y primer molar primario en mandíbula y entre el incisivo lateral y canino en el maxilar), alteraciones de posición, falta, exceso o pérdida prematura de espacio, ataque anterior y/o posterior de la zona de sostén de Korkhaus.

Arcadas en oclusión

- Sentido transversal: zona anterior: se evaluará línea media maxilar, línea media mandibular y relación de ambas. En zonas laterales: las relaciones de oclusión derecha e izquierda pueden ser normales, vis a vis o cruzadas.
- Sentido sagital: zona anterior: se medirá y registrará el resalte (overjet). Zona Lateral: en dentición primaria se registra plano post-lácteo recto, escalón mesial o escalón distal, mientras que en dentición permanentes se registra relación canina y relación primeros molares permanentes (neutro, mesio y distocclusión).
- Sentido vertical: se medirá y registrará el escalón (overbite).

- **Funcional:**

Se debe evaluar respiración (evaluar patrón respiratorio). En deglución existen 2 tipos; la infantil y la adulta, fono articulación y ATM (se debe evaluar el grado de movilidad de la mandíbula, limitación de sus movimientos, ruidos articulares y sintomatología dolorosa).

Estos aspectos deben considerarse en el contexto del lenguaje espontáneo. (Bosch, 1984)

Nasales: M, N, Ñ: a los 3 años - P, T, K, B: a los 3 años.

Oclusivas: J: a los 3 años D, G: a los 4 años.

Fricativas: F: a los 4 años – S, Z: a los 6 años.

Africativas: L: a los 3 años - CH: a los 4 años.

Laterales: LL: a los 4 años.

Vibrantes: R, RR: a los 7 años.

- **Periodontal:**

Se debe considerar color, forma, superficie, consistencia, tamaño y posición. La coloración de una encía sana es rosa pálido, con terminación en filo de cuchillo, puntiforme, de consistencia firme, sin signos de inflamación ni sangrado; en individuos de piel oscura es normal la presencia de áreas pigmentadas (pigmentación melánica fisiológica).

- **Cariogénico:**

El nivel de riesgo del individuo debe utilizarse para determinar la necesidad de una intervención terapéutica, siendo una parte integral del plan de tratamiento. Determinar también si el paciente está o no en actividad de caries.

Indicadores análisis de riesgo cariogénico:

- CariesCare: Según en el siguiente código QR puede encontrar el manual de análisis de riesgo.



Código QR 4: Manual CariesCare en español.

X. DIAGNÓSTICO CLÍNICO INTEGRAL

- Diagnóstico general/enfermedad
- Diagnóstico:
 - Anomalía Dentomaxilar
 - Funcional
 - Tejidos Blandos
 - Tejidos duros

Diagnóstico tejidos blandos: Gingivitis

- La Asociación Americana de Periodoncia y Federación Europea de Periodoncia desarrollaron un nuevo sistema de clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales (2018).
 1. Asociado solo con biofilm dental
 2. Posibles factores modificadores de la gingivitis inducida por biofilm
 3. Agrandamientos gingivales influenciados por fármacos
- Gingivitis inducida por biofilm dental:
 - Signos inflamatorios: cambios de color, contorno, y consistencia de la encía.
 - Edema, eritema, sangrado, sensibilidad, dolor, agrandamiento.
 - Menor intensidad de la inflamación que un adulto: diferencias morfológicas del periodonto (epitelio de unión más grueso, aumento de vascularización del tejido conectivo gingival), y sistema inmune en desarrollo.
 - Presencia de cálculo: raro.
 - Cambios histológicos: proliferación del epitelio, migración celular apical y lateral, vasculitis, destrucción de fibras colágeno, alteración en fibroblastos residentes, infiltrado inflamatorio.

Diagnostico tejidos duros: Caries temprana de la infancia

- La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) adoptó el término de “Caries de la Temprana Infancia” para denominar a una modalidad de caries específica de la dentición primaria, que afecta a infantes y niños en edad preescolar y se desarrolla inmediatamente después de erupcionados los primeros dientes.
- Reconoce la CIT (caries temprana infancia) como una enfermedad crónica significativa, resultado de un desequilibrio de múltiples factores de riesgo y de factores de protección a través del tiempo.
- Existen cuatro etapas en el desarrollo de la CTI:
 - Etapa 1: La etapa inicial se caracteriza por la aparición de lesiones blanquecinas opacas, con aspecto de tiza, en las superficies lisas de los incisivos primarios superiores. En esta etapa, las lesiones son reversibles. El diagnóstico se realiza tras un prolijo secado de las superficies afectadas.
 - Etapa 2: Se ve afectada la dentina, luego de la rápida progresión de las lesiones blancas de los incisivos superiores. Se observa la dentina expuesta de consistencia blanda y de color amarillo. En esta etapa, el cambio de coloración es evidente y el niño comienza a quejarse por la gran sensibilidad al frío
 - Etapa 3: Gran extensión y profundidad de las lesiones de los incisivos. La pulpa está frecuentemente afectada, por lo cual el niño sufre dolor espontáneo durante la noche. En este punto, los molares primarios superiores presentan lesiones en etapa 2 y los caninos y molares inferiores pueden ser diagnosticados con lesiones en etapas iniciales.
 - Etapa 4: Se caracteriza por la fractura coronaria de los incisivos superiores debido a la gran destrucción amelodentinaria. En esta etapa los molares superiores se encuentran en etapa 3 y los 2º molares en etapa 2. Debido al gran daño generalizado, los niños

pueden presentar alteraciones en su alimentación y privación del sueño.

- Caries de la infancia temprana severa:
 - 0-3 años: Cualquier signo de caries de superficie lisa
 - 3- 5 años: 1 o más dientes con lesiones cavitadas, perdidos (debido a caries), o superficies obturadas en incisivos maxilares. Ceod mayor o igual a cuatro (3 años), mayor o igual a cinco (4 años), o mayor o igual a seis (5 años)

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:253-65.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). *Pediatr Dent*. 2007;29.
3. Alonso M, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Perinatol Reprod Hum*. 2009;23(2):90–7.
4. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. Periodoncia clínica, Diagnóstico y tratamiento periodontal: La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Revista científica Sociedad Española de Periodoncia*. 2018; 11: 7-22.
5. Sánchez Z, Toledo P, Cáceres O. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años. *Int J Odontostomat*. 2011;5(2):171–7.

XII.- PLAN DE TRATAMIENTO

Para que el tratamiento odontológico en niños tenga éxito es importante valorar sus condiciones de vida y estructura del núcleo familiar. Esto es importante para conocer el proceso psicológico del niño y permite valorar y prever el nivel de seguimiento de las instrucciones que se dan al paciente y el grado de aceptación de las intervenciones terapéuticas. Al planificar el tratamiento debe tomarse en consideración la posibilidad que haya que llevar a cabo más de una sesión y la predisposición de la familia, así como también, su situación económica. Las medidas profilácticas deben diseñarse de manera que puedan ser asumidas tanto por el niño como por sus padres. (Hubertus J.M. Van Waes. Paul. W. Stockli (2002) Atlas de Odontología Pediátrica, Editorial Masson) El punto de partida para planificar un tratamiento es realizar un diagnóstico correcto. Implica una organización y racionalización de los procedimientos, siendo la base para restablecer la salud oral y su mantenimiento. Para obtener una planificación adecuada es importante tener el firme compromiso de beneficiar al niño desde un punto de vista integral, no sólo a su dentición, y conseguir modificar actitudes hacia la odontología, además de efectuar el tratamiento necesario. Así, por ejemplo, una terapéutica con éxito al terminar un tratamiento operatorio, pero que falla en el establecimiento de actitudes positivas, sólo puede tener beneficio de corta duración para el niño. El objetivo de la odontopediatría es planificar y continuar el tratamiento de forma que el niño se beneficie a corto y largo plazo. Para iniciar el tratamiento odontopediátrico, debemos tener en cuenta una serie de consideraciones importantes: - Siempre debe localizarse y tratarse la molestia principal (motivo de consulta). - Debe eliminarse y tratarse la enfermedad existente y prevenir una nueva enfermedad. - Debe considerarse el efecto de un tratamiento anterior. - Siempre deberemos tener en cuenta los antecedentes sociales del paciente. El plan de tratamiento debe realizarse por escrito, de modo que en todo momento esté al alcance del odontólogo y del personal auxiliar. La elaboración de un plan de tratamiento tiene varias

ventajas: - Establecer y obedecer una cierta secuencia, evitando improvisaciones, aportando, por tanto, al odontólogo una guía de los actos operatorios a realizar en cada cita. - Hace posible una previsión del tiempo requerido para la realización completa del tratamiento, así como el número probable de citas.

Antes de iniciar el tratamiento que hemos planificado debemos presentar el plan de tratamiento a los pacientes, padres y/o apoderado, ya que tienen derecho a conocer y opinar sobre el tratamiento que van a recibir. Se debe informar a padres /apoderado responsable sobre las ventajas y los riesgos del tratamiento, complicaciones que pueden surgir y cómo podrían corregirse o aliviarse. Exponer también el número aproximado de sesiones, la necesidad de puntualidad y el cumplimiento de las citas concertadas, así como el plan de mantenimiento. (Bordoni N. (2010), Odontología Pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, 1° Edición, Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana)

EN PLAN DE TRATAMIENTO DEBE REALIZARSE EN FASES:

1.- Resolución de Urgencia.

2.- Plan de tratamiento Preventivo:

a) Adaptar paciente a la atención dental.

b) Adecuar el medio bucal:

- Control del Biofilm Dental: Instrucción de Higiene Oral, Indicé de higiene oral, Limpieza dental profesional y aplicación de agentes antimicrobiano.

- Control el medio Biológico: Asesoramiento dietético y Inactivación de lesiones de caries activas.

c) Refuerzo del huésped:

- Remineralización tejidos duros y modificación morfológica (sellantes preventivos)

d) Modificar nichos ecológicos: remoción de iatrogenias (Ej: restauraciones desbordantes)

e) Educación para eliminación de hábitos nocivos

f) Tratamiento no restaurador: Sellante terapéutico – Terapia fluor – Terapia fluoruro diamino de plata.

3.- Tratamiento Rehabilitador.

4.- Mantención.

5.- Interconsultas/Derivaciones.

6.- Pronostico.

INTERCONSULTAS:

Solicitud de antecedentes que sirvan para completar el diagnóstico o enfocar el plan de tratamiento. Se envía formulario de interconsulta por escrito con todos los antecedentes solicitando información necesaria y se solicita que el informe sea devuelto por escrito.

Ejemplo de interconsulta

A: Nombre del profesional y/o especialidad: Nombre del Paciente: Diagnóstico:..... Agradecería informar por escrito, si a quien usted atiende por Es posible efectuar tratamiento odontopediátrico con anestesia local. Necesidad de profilaxis antibiótica y/u otro medicamento. Le saluda muy atentamente, Fecha:
--

Un profesional solicita a otro su opinión sobre el diagnóstico y el tratamiento de un paciente. Corresponde a una retroalimentación y ayuda a complementar el diagnóstico. Debe incluir: - Especificar claramente el motivo de la interconsulta. - Establecer, claramente, la urgencia de la atención: emergencia, urgencia o rutina. - Referir precozmente, en cuanto se detecte la necesidad. - Identificarse claramente para poder devolver información o planificar tratamiento. - Registrar en la ficha clínica lo registrado en la hoja de interconsulta.

DERIVACIONES: Acto de remitir a un paciente a otro profesional del área de la salud, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. Reconocer las alteraciones que presenta el paciente y que no son de nuestra especialidad, se envía para el diagnóstico y tratamiento por el especialista correspondiente (ortodoncia, odontopediatra, cirujano maxilofacial, fonoaudiólogo, kinesiólogo, etc.). Se debe hacer por escrito y con todos los antecedentes que sean necesarios al caso.

Ejemplo derivaciones

<p>Derivaciones Nombre del profesional y/o especialidad: Nombre del Paciente: Diagnóstico:..... Solicito evaluación y posibilidad de atención en su especialidad. Le saluda muy atentamente, Fecha:</p>
--

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:253-65.
2. Zou, Jing et al. "Expert consensus on early childhood caries management." *International journal of oral science* vol. 14,1 35. 14 Jul. 2022, doi:10.1038/s41368-022-00186-0
3. Escobar F. *Odontología Pediátrica*. 2nd ed. Colombia: Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.; 2004.