

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA**  
**AL NIÑO Y ADOLESCENTE**



# **INSTRUCTIVO**

# **PARA LLENAR**

# **LA HISTORIA**

# **CLINICA**

**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**  
**DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**  
**U.C. Odontopediatría I**

Rediseño del instructivo de la Historia clínica de 3er año a cargo de las Profs:

-Juan C., Giusti B.

-Gladys E., Orozco M.

-Sara Valado Á.

Enero 2016

## HISTORIA CLÍNICA

La Historia clínica es un documento médico-legal, donde se recopilan en forma ordenada y detallada todos los datos e información de identificación personal, familiar y semiológica anterior y actual del paciente.

### IMPORTANCIA

- Es el comienzo para establecer una adecuada relación Odontólogo – Paciente.
- Es un instrumento legal que nos permite presentar una evidencia ante cualquier acción legal.
- Nos permite establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- Nos sirve de base para exámenes posteriores.
- Es un elemento para la recolección de datos en trabajos de investigación.

### LA HISTORIA DEBE SER LLENADA EN LETRA CLARA Y DE IMPRESA.

Se marcara con una (X) azul todo lo que se encuentre normal y con una (X) roja, todo lo que se encuentre patológico.

- N° de Historia: Será llenada por la asistente
- Fecha de registro: fecha en que se realiza la historia.

### 1-. DATOS PERSONALES

Consiste en el conjunto de datos sobre la identidad, suministrados por el representante.

-Apellidos y Nombres: Deben ser escritos completos.

-Edad: a) Es importante ya que hay algunos aspectos que varían según la edad. Por ejemplo:

-Patologías

-Lactantes: Enfermedades virales

-Pre escolar: Enfermedades respiratorias, linfoides y bucofaríngeas (amigdalitis, adenoides, faringitis)

-Escolar: Traumatismo (heridas, fracturas)

b) El desarrollo dentario

c) La conducta del niño

d) Técnicas de adaptación

e) tratamientos odontológicos.

f) Requerimientos nutricionales diferentes.

g) Crecimiento y desarrollo.

h) Signos vitales.

i) Administración de medicamentos (tipo y dosis)

### 2-. MOTIVO DE CONSULTA

Aquí se anota la razón (es) por las que el paciente acude a consulta, en sus propias palabras.

### 3-. ENFERMEDAD ACTUAL

Se hace referencia, se describe el padecimiento a nivel bucal que refiere el paciente o su representante.

### 4-. ANAMNESIS

#### 4-A-ANTECEDENTES GENERALES:

-**Familiares:** todas aquellas patologías que presentan o han presentado (ya fallecidos) los familiares más cercanos del paciente, tales como abuelos, tanto maternos como paternos, padres, hermanos.

-**Obstétricos.** Características del embarazo de la madre, tales como duración, complicaciones, reposo, así como tipo de parto, edad de los padres en el embarazo.

-**Otros:** talla y peso al nacer peso al nacer

**-Peri y Neonatales:** Neonato: anoxia, ictericia, cardiopatía congénita, insuficiencias respiratorias, convulsiones, A.C.V., genética.

#### 4. B-REFERENCIAS PERSONALES DE ENFERMEDADES

Se refiere a los antecedentes personales de enfermedades o procesos padecidos por el paciente. Se indicará con un (X) roja si el paciente presenta algún tipo de indecentes.

**Tipo:** Se describirá el tipo de tratamiento a que se está sometido actualmente el niño, el medicamento que está tomando, o si estuvo hospitalizado, por qué causa.

**Trastornos:** se marcan con una (X) roja la (s) enfermedad (s) que haya padecido el paciente y se especificará en las observaciones cualquier aspecto importante.

Estos antecedentes son de vital importancia porque nos indica cambios en las técnicas de abordaje o de aplicación de tratamiento odontológico.

**Alergias:** Híper reacción del sistema inmunológico ante una sustancia llamada alérgeno o antígeno: polvo doméstico, sustancias químicas, medicamentos, alimentos, etc.

**Tipos de alergias:** respiratorias (rinitis - asma), oculares, digestivas (diarrea), dermatológicas (dermatitis de contacto, picaduras).

**Enfermedades Respiratorias:** Gripe – bronco neumonía – neumonía – TECP.

**Asma:** Alergia respiratoria – bronco espasmo - taquipnea

**Factores como:** polen, polvo casero, pelos de animales, alimentos (mariscos, cítricos, huevo, etc.), medicamentos.

**No alérgicas:** infecciones respiratorias – emociones – ejercicios – irritantes (aerosoles, humo) – smog.

#### **Fiebre Reumática o Reumatismo Articular Agudo (R.A.A.)**

Estreptococo  $\beta$ Hemolítico Grupo A.

Faringo – Amigdalitis



Anticuerpos (Autoinmunidad) Anti - Estreptolisinas



Carditis (endocarditis) (F.R. con carditis Reumatica)

Secuelas (Valvulopatias)

Valvulopatias + Bacterias = Endocarditis Bacteriana.

La F.R, acaricia (reversible) las articulaciones pero muerde (secuelas) el corazón.

**Cardiopatías:** Congénitas: valvulopatias (EA. EP) – Comunicaciones (CIA - CIV) Anomalías diversas: Persistencia conducto arterioso. Tetralogía de Fallot, Coartación aórtica.

Adquiridas: cardiopatías reumática – toda lesión previa valvular o secuela tanto congénita como adquirida es asiento fácil de bacterias circulantes en la sangre o sea valvulopatía + bacterias = Endocarditis Bacteriana.

F.R. E.B.H, "A" → Anticuerpos → Reacción

Autoimmune → Inflamación Aséptica (Articulaciones - Endocardio)

E.B.: E. virales → Bacteriemia → Inflamación → Valvular Septica.

**Diabetes Mellitus:** Hiperglicemia VN de glicemia : 70 a 110mg%

Tipo I: Infanto – Juvenil – Insulinodependiente

Complicaciones:

a. Anglopatias Tromboticas

b. Retardo Cicatrización

c. Predisposición a infecciones

d. Coma diabético

**Hepatitis:**

I: Virales: "A" Niños – Benigna – restitución completa (95%)

Virus por vía oral digestiva

"B" adultos – Crónica – cirrosis hepática – Insuficiencia hepática – déficit Vitamina K.

Virus por secreciones o sangre

II: Parasitarias: Hepatitis broncopulmonares. Diagnostico PPD

**Convulsiones:** Febriles – Lactantes > 4 años

Epilépticas – Niños > 4 años

**Trastornos sanguíneos:**

Anemias ferropénicas Hb, Hto

→ Parasito - Carenciales

→ Post – Hemorrágicas

→ Post – Exodencias

**Anemias Hemolíticas:** Drepanocítica – Rh (R.N)

Leucemia: Alteraciones serie blanca – infecciones

Purpuras: Alteraciones Plaquetarias – hemorragias

Hemofilia: Déficit factor VII (G.A.H.)

**Eruptivas:** Sarampión – Varicela – Rubeola – dengue

**Patología Renal:** EBH "A" (Piel) – Reacción autoinmune – Parálisis

glomerular – Insuficiencia Renal Aguda (IRA) – Hipertensión Arterial –

Glomérulo Nefrítico Aguda Difusa.

**Infecciones Urinarias a Repetición:**

Debidas a: Anomalías Congénitas Árbol Urinario

Estenosis Pelvis renal Hidronefrosis →

Reflujo Vesico – Uretral.

**Patología Digestiva:**

Diarreas crónicas parasitarias → Desnutrición.

**Alteraciones Sensoriales:**

Otitis Crónica – Sordomudez Congénita

Estrabismo – Vicios de refracción: Miopía.

**Alteraciones Motoras:**

Secuelas Poliomieltitis, Parálisis Facial, tétanos, Mielo Displacias, Mongolismo

**Alteraciones de Aprendizaje:**

Por: retardo mental: Secuelas de Meningitis Aguda – Secuelas de Anorexia Neonatal.

Mongolismo – Déficit Nutricional.

**Otras Infecciones:** Bronquitis – Neumonía – Herpes – Meningitis – Diarreas.

Hipertensión arterial en Niños: Glomerulonefritis Aguda Difusa, coartación aortica

**Traumatismo:** Fracturas óseas o heridas – Maltratos.

**Patologías Inmunológicas:**

Congénitas: Agammaglobulinemia congénita – SIDA

Adquiridas: Desnutrición Grave – Sida

Evolución: Tratamiento médico ambulatorio – medicamentos – hospitalización.

**4.C-REFERENTES personales DELDESARROLLO PSICOMOTOR**

Se refiere a la evolución del desarrollo motor y lenguaje del paciente.

Se debe anotar la edad en meses o años en que se inició dicho desarrollo.

**4.D-REFERENTES ALDESARROLLO DENTARIO**

Se refiere al desarrollo de la dentición en especial Se debe anotar la edad en meses o años de cuando erupciono el primer diente y a qué edad fue el primer recambio

**4.E- REFERENTES A LA LACTANCIA**

Si fue amamantado si tomó biberón, indicar cuánto tiempo.

**Lactancia Materna o Amamantamiento:** alimentación al seno materno, edad exclusiva hasta los 6 meses

**Lactancia Artificial:** Ingesta de leche de vaca

**Lactancia mixta:** lactancia materna + lactancia artificial

**Ablactación:** Introducción de alimentos no lácteos en la dieta infantil.

#### 4. F REFERENTE A LOS HÁBITOS

Se refiere a la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto. Desde el punto de vista odontológico el hábito frecuente del biberón o tetero especialmente en las noches, puede desarrollar caries rampante, así como también el uso del chupón con edulcorantes. Por otro lado, existen otros hábitos que debido a la presión que ejercen en la musculatura oral pueden desarrollar serias Maloclusiones.

Deglución atípica.

**Onicofagia:** Comerse las uñas (ingesta de bacterias y Huevos de parásitos).

**Queilofagia:** Morderse los labios

**Geofagia:** Comer tierra (ingesta de bacterias y parásitos)

**Respirador Bucal:** o Insuficiente respirador nasal IRN Hipertrofia de adenoides, resequedad bucal, gingivitis protrusión dentaria.

**Enuresis:** Emisión involuntaria de orine después de la edad del control de esfínter (4 o 5 años)

Marca con una (X) roja los hábitos del paciente.

#### 4. G-REFERENTE A LA DIETA ACTUAL

Si es Completa, Balanceada, Hidrocarbonada. Si los alimentos que consume en su dieta son Blandos, Duros o Mixtos.

Se marcará con una (X) roja su preferencia por el tipo de alimentos, tanto por su consistencia (duro - blandos), como por su calidad:

**Alimentación Hidrocarbonada:** Predominancia de harina de maíz (arepa), trigo (pan, pastas), maltas, refrescos, galletas, golosinas (dieta hipoproteica hipercalórica)

**Alimentación Balanceada:** Ingesta proporcional de los nutrientes necesarios (Dieta normal)

**Alimentación Deficiente:** Ingesta inadecuada de nutrientes, tanto en cantidad como en calidad (Dieta hipoproteica e hipercalórica)

#### 4.H-HÁBITOS DE HIGIENE Y ALIMENTACIÓN

Se indicará las veces que el niño se cepilla los dientes y en qué momento lo realiza (antes o después de cada comida). Si otra persona lo cepilla.

#### 4. I-REFERENTES AL ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN

Se refiere a las vacunas que ha recibido el niño. Se marcará con una (X) azul las vacunas recibidas.

**B.C.G.:** bacilo CalmetteGuerin (Bacilo de Koch Atenuado), Intradermica – 0,1 cc Region Deltoidea derecha.

**TRIPLE BACTERIANA:** IM – Cara Antero lateral del muslo Toxoide diftérico. Toxoide Tetánico. Fragmento Bacteriano de Bordetella Pertusis (Tos Ferina))

**ANTIPOLIOMELITICA:** Via oral Polivalente, IM, Virus Vivos Afectados (V.V.A.) Polivirus I, II, III

**TRIPLE VIRAL:** S.C Region Deltoidea Izquierda. V.V.A.- Anti rubéola – Antisarampion – Antiparotiditis

**ANTIMENINGITICA:** Antihemophilus influenzae – S.C.o I.M. Polisacarido bacteriano o Polisacarido conjugado con proteína.

**ANTIHEPATITIS A y B:** Virus Vivos Inactivados – I.M.

**ANTIAMARILICA:** V.V. Inactivados – S.C. **TOXOIDE TETANICO:** 0,5 cc I.M.

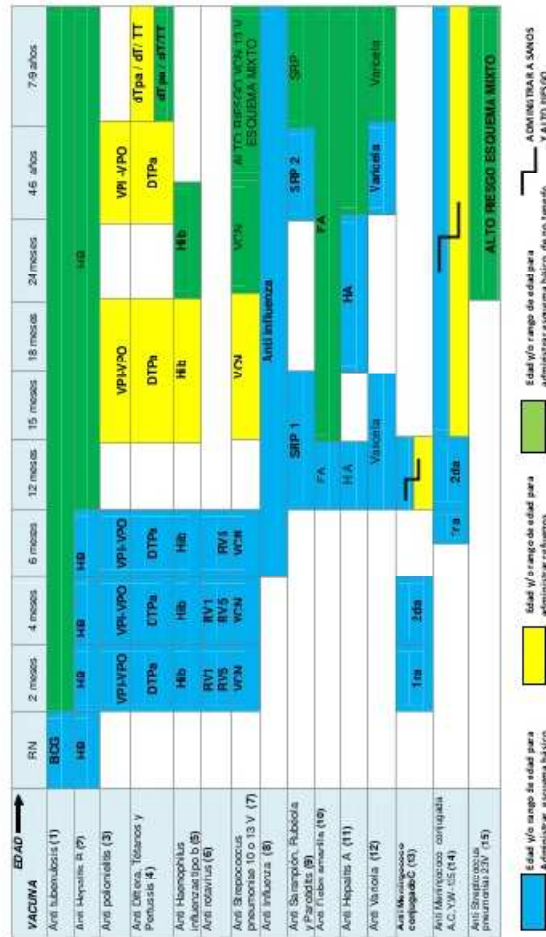
**ROTAVIRUS:** Virus del Rotavirus a nivel intestinal VO

**VARICELA (LECHINA):** Virus Vivos inactivos SC.

**PNEUMOCOCO:** Bacteria neumorreceptora: IM

**PNEUMO 23:** Bacteria Neumococcica activa. IM

Gráfica 1  
**ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS Y NIÑAS EN VENEZUELA, AÑO 2014-2015**  
 SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



Se recomienda leer Addendum en página web: [www.svpediatría.org](http://www.svpediatría.org)

## 5-ANEXARLE ANTES DEL SIGUIENTE ITEM EL CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO POR SU REPRESENTANTE

### 6. EXAMEN FISICO

Hay que recalcar que las características clínicas del paciente, se deben observar desde que este entra al consultorio.

Se debe marcar con una (X) roja si presenta alguna alteración y **EN OBSERVACIÓN**, describir con detalles cualquier anomalía. Si no hay alteraciones se marca en azul S.L.A. (Sin Lesión Aparente).

### 6.A-DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Se debe pesar y medir la Talla, así como establecer la Relación Peso/Talla, Peso/Edad. Se tomarán como referencia las tablas publicadas por FUNDACREDESA según el índice de Masa Corporal IMC y se expresarán en percentiles.

### 6.B-CABEZA, CUELLO Y EXTREMIDADES

Describir de manera corta la alteración presente en cada una de las estructuras, como por ejemplo cicatrices, lesiones elevadas, pigmentaciones, adenopatías, piojos etc.

**Cráneo:** Obsérvese tamaño, forma, tipo de pelo e implantación.

**Cara:** Obsérvese rasgos, color, tonicidad de la musculatura, simetría, escoriaciones, pigmentaciones, nariz, distancia interocular, implantación de las orejas.

**Cuello:** Obsérvese simetría, ensanchamiento, glándula tiroides, pálpense los ganglios.

**Piel:** Obsérvese simetría, escoriaciones.

**Tronco:** Obsérvese simetría, escoriaciones.

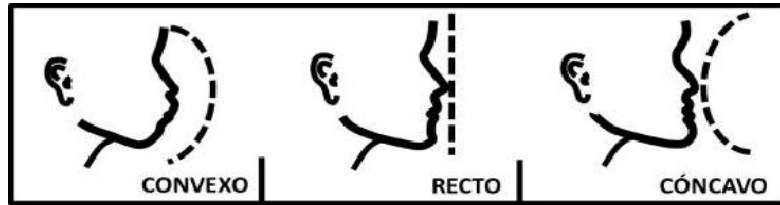
**Extremidades:** Obsérvese tamaño, simetría, forma, posición número de dedos, uñas.

Si no presenta ninguna alteración, se escribirá SLA (Sin Lesión Aparente).

## 7.- EXAMEN Y/O INSPECCION INTRA Y EXTRABUCAL

### 7. A) Tipo de perfil

Se ubica el perfil del paciente colocándolo de lado y colocando el mango del espejo bucal desde la punta de la nariz al mentón.



También, en este ítem, se observaran ambos labios en su tamaño, forma de unirlos, si es forzado el cierre o si los cierra suavemente. Obsérvese también color, grietas, hendiduras, hoyuelos, herpes, descamación

Observar los frenillos tanto labiales como linguales, su inserción, su forma, presencia de lesiones, etc.

De igual manera determinar el tipo de paladar, bien sea plano, ojival, profundo.

La cavidad oral se debe explorar de una forma sistemática para evitar la omisión de cualquier aspecto importante, se deben explorar primero los tejidos blandos y luego los tejidos duros.

Además de la observación detallada, se debe realizar palpación.

## 8. EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

### Se deben evaluar

Carrillos y Surco Yugo gingival, Encías: Piso de Boca Lengua

Faringe y Amígdalas; Alterado Paladar: Alterado

**Carrillos:** Obsérvese color, elevaciones, depresiones, úlcera.

**Lengua:** Obsérvese tamaño, movilidad, tumefacción, hendiduras, papilas.

**Encía:** Obsérvese color, inflamación, presencia de fístula, (indicando la unidad dentaria). Para señalar el grado de inflamación se utilizara la siguiente clasificación:

- Gingivitis por erupción de dientes primarios o permanentes.
- Marginal: Aguda o crónica, localizada o generalizada.
- Recesión gingival.
- Agrandamiento gingival: Hiperplasia dilatónica o fibromatosis gingival.
- Gingivoestomatitis herpética.
- Gingivitis necrosante
- Periodontitis Juvenil.

**Piso de la boca:** Obsérvese color, elevaciones, conductos salivales.

**Faringe:** Obsérvese inflamación, agrandamiento criptas amigdalinas, presencia de pus.

Si no hay alteraciones en los tejidos blandos se señalara SLA (Sin Lesión Aparente

## 9. ODONTODIAGRAMA

Al examinar los dientes, debemos seguir el siguiente orden:

1. **Cuadrante Superior Derecho:** Comenzando por el último molar presente en la boca. (Cuadrante N° 1 para dentición permanente y cuadrante N° 5 para dentición temporal)
2. **Cuadrante Superior Izquierdo:** Comenzando por el incisivo central (Cuadrante N° 2 para la dentición permanente y N° 6 para dentición temporal)
3. **Cuadrante Inferior Izquierdo:** Comenzando por el último molar presente en la boca. (Cuadrante N° 3

para la dentición permanente y N° 7 para dentición temporal)

4. **Cuadrante Inferior Derecho:** Comenzando por el incisivo central (Cuadrante N° 4 para la dentición permanente y N° 8 para dentición temporal)

**Los dientes se enumeran de la siguiente manera:**

Incisivos centrales: 1

Incisivos laterales: 2

Caninos: 3

Primeros molares temporarios y primeros premolares: 4

Segundos molares temporarios y segundos premolares: 5

Primeros molares permanentes: 6

Segundos molares permanentes: 7

Terceros molares permanentes: 8

De tal forma que se señalan de la siguiente manera: el primer número indicara el cuadrante correspondiente a dentición primaria o permanente y el segundo número le corresponderá al diente.

**Ejemplo:**

Incisivo Superior derecho permanente: 1.1

Canino inferior izquierdo temporario: 7.3

Primer molar inferior derecho permanente: 4.6

**Las primeras alteraciones se registraran de la siguiente Manera:**

**Caries:** caras pintadas de color rojo

**Obturaciones definitivas en buen estado:** caras pintadas de azul.

**Caries recidiva u obturaciones filtradas:** caras pintadas de azul con borde rojo.

**Extracción indicada:** (X) en rojo

**Extracción realizada:** (X) en azul

**Sellante aplicado:** línea horizontal en la cara oclusal en azul.

**Tratamiento endodóntico realizado:** en azul

**Diente sano:** (S) en azul.

En observación se describirá cualquier tipo de alteraciones de número (supernumerario, hipodoncia) de estructura (dentinogénesis, hipocalcificación) de tamaño (macrodoncia, microdoncia), de forma (cónico, globular) anomalía de erupción (anquilosis) pérdida de lucidez, etc.

Siempre indicando la unidad dentaria (UD) afectada

**Tipo de Dentición:** si es Primaria, mixta o permanente

**Alteraciones dentarias:** de forma, de número, de estructura y de posición. Identificar en que unidades se presentan

**Índice de Caries:** CPOD para dientes permanentes y ceo (para dientes primarios)

**-INDICE CPOD**

Promedio de dientes permanentes cariados (C), perdidos (P) y obturados (O). El factor perdidos (P) está compuesto por las exodoncias realizadas (E) y las indicadas (Ei)

n: población a estudiar

fC: total de dientes cariados

fE: total de dientes extraídos



fEi: total de dientes con exodoncia indicada

fO: total de dientes obturados

xc:  $\frac{fCxe}{nnn}$ ; fExEi:  $\frac{fEixO}{nnn}$ ; fo: \_\_\_\_\_

El índice CPOD de una Población resulta de sumar xC, xE, xEi y xO.

El índice CPOD de un individuo resulta de sumar el número de dientes cariados, perdidos y obturados.

No se consideran en el examen los terceros molares permanentes

Se debe registrar como cariado toda obturación provisional.

El resultado se presenta en un cuadro estadístico agrupando a la población según las variables en estudio.

#### -INDICE CEO

Promedio de dientes cariados. Con Extracción indicada y obturados en una población (o)

n: Población a estudiar

fc: total de dientes cariados

fe: total de dientes con extracción indicada

fo: total de dientes obturados

Se debe registrar como cariado todo diente con obturación provisional.

#### Calculo:

xc:  $\frac{fcxe}{nnn}$ ; fe: \_\_\_\_\_; xo:  $\frac{fo}{nnn}$

El índice ceo de una población resulta de sumar xc, xe, xo.

El índice ceo de un individuo resulta de sumar el número de dientes cariados, con exodoncia indicada y obturados.

El resultado se presenta en un cuadro estadístico agrupando a la población según las variables en estudio.

#### 10-ÍNDICE DE HIGIÉNE ORAL SIMPLIFICADO

Este índice permite establecer los factores presencia de materia Alba y presencia de cálculo.

Al examen observarán, con la ayuda de un explorador, las siguientes superficies: vestibular de los primeros molares permanentes superiores. Incisivo central superior derecho e incisivo central inferior izquierdo y superficies linguales de los primeros molares permanentes inferiores.

En dentición temporaria se observa los segundos molares temporarios además del incisivo central superior derecho y el incisivo central inferior izquierdo.

En ausencia de algunos de los dientes establecidos se observara un diente adyacente comparable.

Se valoran los dientes completamente erupcionados, y no se asigna calificación alguna a menos que 2 de las 6 posibles superficies o sus sustitutos hayan podido examinarse. La Materia Alba y el Cálculo se clasifican por separado.

#### Los valores a registrar serán los siguientes:

##### Materia Alba:

0= Ausencia de materia alba.

1= Materia alba cubre máximo 1/3 de la superficie.

2= materia alba cubre más de 1/3 y menos de 2/3 de superficie.

3= Materia alba cubre más de 2/3 de la superficie.

##### Cálculo:

0= Ausencia de cálculo.

1=Cálculo supragingival cubre máximo 1/3 de la superficie

2= Cálculo supragingival cubre más de 1/3 y menos de 2/3 de la superficie, o de partículas aisladas de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente.

3= Calculo supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie del diente o una gruesa banda continua de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente.

**Determinación del IHOS de un individuo:**

IHOS: Índice de materia alba (IMA) más índice de cálculo (IC)

$$\text{IMA} = \frac{\text{de los valores observados de MA}}{\text{N}^\circ \text{ de Superficies Evaluadas}}$$

$$\text{IC} = \frac{\text{de los valores observados de C}}{\text{N}^\circ \text{ de Superficies Evaluadas}}$$

El IHOS de una población (n) resulta de dividir la suma de los IHOS individuales entre la población

$$\text{IHOS } ( ) = \frac{\text{IHOS } (n)}{n}$$

**GRADOS CLÍNICOS DE HIGIENE BUCAL**

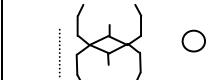
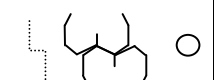
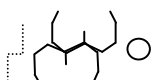
- Bueno: 0.0 – 1.2
- Regular: 1.3 – 3.0
- Malo: 3.1 – 6.0

Los resultados obtenidos se presentaran estadísticamente agrupando a la población según las variables de estudio.

**11. ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN**

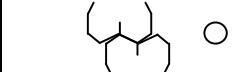
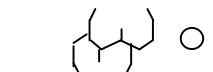
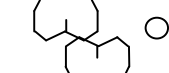
Dentición primaria: se señalara con una (X) roja la correspondiente.

- **Plano terminal recto:** se refiere cuando las superficies distales de los últimos molares forman un plano recto.
- **Escalón mesial:** cuando las superficies distales de los últimos molares forman un escalón distal.
- **Escalón distal:** cuando las superficies distales de los últimos molares forman un escalón distal.

DENTICIÓN PRIMARIA		
PLANO TERM RECTO	ESCALON MESIAL	ESCALON DISTAL
		

**Dentición permanente:**

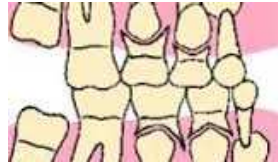
- **Clase I:** cuando la cúspide mesiovestibular o el primer molar permanente superior, ocluye en el surco mesiovestibular o el primer molar permanente inferior.
- **Clase II:** cuando la cúspide mesiovestibular o el primer molar permanente superior, ocluye mesialmente en el surco mesiovestibular o el primer molar permanente inferior.
- **Clase III:** cuando la cúspide mesiovestibular o el primer molar permanente superior, ocluye distalmente en el surco mesiovestibular o el primer molar permanente inferior.

DENTICIÓN PERMANENTE		
CLASE I	CLASE II	CLASE III
		

- En caso que las relaciones sean diferentes en el lado derecho o en el lado izquierdo, se hará una indicación en la historia, señalando cada lado.
- Línea media: es la intersección del plano medio sagital con los arcos dentarios superior e inferior. Para ubicarla se toma en cuenta la posición del frenillo labial superior, la separación de los ojos, la línea del dorso de la nariz, el filtrum y el mentón.

Se marcará con una (X) azul si es normal y una (X) roja si es alterada.

- Relación canina: la relación canina normal es cuando el canino superior está en relación con la mitad distal del canino inferior y la mitad mesial del primer molar temporario o del primer premolar inferior. Su cúspide se encuentra por labial de los inferiores



Se marcará con una (X) azul si es normal (N), si esta desviada hacia mesial (M) o si esta desviada hacia distal (D) se marcará con una (X) roja.

- **OverJet:** o sobre mordida horizontal que representa la distancia entre la cara palatina de los incisivos superiores y la cara vestibular de los incisivos inferiores, cuando los dientes se llevan a oclusión céntrica, se mide en milímetros.
  - **Over bite:** o sobre mordida vertical, es la distancia en que el margen incisal superior sobre pasa al margen incisal inferior, cuando los dientes se llevan a oclusión, se mide en milímetros.

**Tipo de mordida:** se marcará con una (X) roja la correspondiente.

- **Mordida abierta:** es cuando no hay interdigitación entre ambas arcadas en sentido vertical, quedando un espacio entre ellas. Puede ser anterior o posterior.
- **Mordida Cubierta:** es cuando los dientes superiores cubren a los inferiores sobrepasándose del tercio incisal inferior o sea cuando la relación de entrecruzamiento en sentido vertical es aumentada.
- **Mordida cruzada anterior:** se caracteriza porque uno o más dientes antero superiores se encuentra ocluyendo en la cara lingual de los inferiores.
- **Mordida cruzada posterior:** se refiere a la existencia de una linguo palato oclusión posterior. Se señala si es unilateral, izquierda o derecha o si es bilateral.

**Anomalías o Posición.** Se indicaran las unidades dentarias que presenten anomalías

- **Apiñamiento:** es cuando los dientes careciendo de espacio adecuado en el arco se desplazan y se desalinean montándose unos sobre otros.
- **Diastema:** es el espacio libre o separación entre los dientes contiguos.
- **Transposición:** anomalía de posición en la que un diente erupciona en el lugar del otro.
- **Gresiones:** se dice de aquellos dientes que no se encuentran en el lugar indicado, son traslaciones coronoradiculares. Este término significa mover.

Ej: mesiogresión, vestibulo gresión.

- **Versión:** significa que el diente se ha inclinado teniendo como eje la horizontal.
- **Rotación:** el diente ha girado sobre el eje largo y vertical

## 12. ANÁLISIS FUNCIONAL

No aplica para 3er año

### 13. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

#### 13.A-EXÁMENES RADIOGRÁFICOS

Se indicaran las radiografías solo en **AQUELLOS CASOS EN QUE SEAN INDISPENSABLES** como auxiliar de diagnóstico.

Para niños menores de 6 años, se indicaran:

2 placas oclusales anteriores (superior e inferior)

2 placas interproximales

Las placas periapicales necesarias

Para niños mayores de 6 años se indicaran:

2 placas interproximales

Las placas periapicales necesarias

Se anotaran en las casillas correspondientes, la numeración correspondiente al hallazgo patológico, según los ítems que son referidos en la hoja de informe del examen radiológico.

En observaciones se indicaran aspectos más importantes de las radiografías.

**Radiografías Especiales:** se detallaran las radiografías panorámicas, oclusales, otras.

**NOTA:** al finalizar el examen radiológico, se debe revisar de nuevo el odontodiagrama y anotar cualquier alteración encontrada (por ejemplo, caries interproximales detectadas en las radiografías pero no clínicamente).

#### 13.B-EXÁMENES DE LABORATORIO

Se señalara el examen de laboratorio indicado. Esto se hará cuando se sospeche de enfermedades sistémicas y deben ser completados con la interconsulta con el pediatra.

### 14. ANÁLISIS CONDUCTUAL:

Una vez realizada la anamnesis y el examen físico general y bucal del paciente, a través de esta primera sesión se puede obtener una impresión general de la conducta del paciente en la consulta odontológica.

Comportamiento en el área de prevención: cuando se realice la profilaxis superficial, se observara si el paciente es cooperador o no.

#### Comportamiento ante la consulta:

- **Cooperadores:** a esta categoría pertenecen la mayor parte de los niños cooperadores están razonablemente relajados, tienen un mínimo de aprehensión pero acepta y entiende los procedimientos odontológicos y participa activamente de las indicaciones que se le hacen.

- **Con capacidad potencial de coopera:** A esta categoría pertenecen los niños que teniendo capacidad cooperar, pero no lo hacen porque poseen algún problema de conducta que les impide hacerlo. Su conducta puede ser modificada y con ello convertirse en cooperadores.

De acuerdo a la conducta que exhiben en el consultorio odontológico han sido clasificados en:

- a) Tímidos
- b) Mimados – consentidos
- c) Tensos – miedosos
- d) Desafiantes – malcriados
- e) Llorosos

- **Incapaz de cooperar:** este grupo comprende a los niños muy pequeños, quienes por su inmadurez no pueden establecer comunicación, ni se puede esperar su comprensión y aquellos pacientes que tienen estados especiales que lo debilitan o discapacitan.

### **Tipos de Padres**

Las actitudes de los padres influyen en el comportamiento de los niños.

Marcar con una (X) si el padre es o no cooperador.

Podemos encontrar diferentes tipos de padres:

- a) Despreocupados
- b) Sobreprotectores
- c) Regañones
- d) Débiles

### **15. ANÁLISIS DE MODELOS**

No aplica para 3er año

### **16.- INTERPRETACIÓN DEL ESTUDIO DE LOS MODELOS**

No aplica para 3er año

### **17.- TRATAMIENTO DE MALOCCLUSIÓN**

No aplica para 3er año

### **18.- DIAGNOSTICO DE SALUD GENERAL Y CONDUCTUAL DEL PACIENTE**

Se refiere al procesamiento de los datos recogidos en el proceso de examen clínico del paciente. Se presenta un resumen de dichos datos con la finalidad que el operador al leerlo, lo exprese el tipo de paciente que va a atender en su esfera conductual y de salud enfermedad general y oral, sin necesidad de hacer una interpretación de los datos recogidos en la primera parte de la historia.

#### **-SALUD GENERAL**

Se transcribirán los datos que expresen los antecedentes nosológicos, enfermedades que padece el paciente y el resumen de los hallazgos del examen físico general del paciente siguiendo el orden percentil de peso; percentil de talla; auscultaciones; tensión; descripción de cráneo; cara; cuello; piel tronco; extremidades.

### **-CONDUCTUAL**

Se transcribirán los datos que expresen el área psicosocial del paciente en el siguiente orden: Grupo etario o edad, sexo, nivel educativo, posición en grupo familiar, antecedentes de atención odontológica, refiriendo si es positiva o no y por qué, comportamiento ante la consulta.

### **19. DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCAL**

Se transcribirán los datos que expresen el estado de los tejidos orales.

Estado de los tejidos blandos: siguiendo el mismo orden de la historia.

Encía: se describirá el tipo de alteración con el siguiente criterio. Gingivitis: por erupción, marginal (localizada o generalizada) recepción gingival, agrandamiento gingival (Hiperplasia o fibromatosis), Gingivo estomatitis herpética Gingivitis necrosante. Periodontitis.

Luego se indicara el IHOS.

**Estado de tejidos duros:** se describirá de la siguiente forma:

Tipo de dentición. Si es temporaria, mista o permanente

Tipo de caries: se señalaran de acuerdo al siguiente criterio:

- Caries simples: involucra el esmalte y/o dentina
- Caries profunda. Involucra esmalte, dentina y radiográficamente pulpa, diente asintomático.
- Caries rampante: destrucción masiva de los dientes
- Caries recidiva por infiltración o mala adaptación de restauraciones. Se debe señalar las unidades dentarias afectadas. Por EJ.: Caries simple en 53. Caries profunda en 72, 85

**Patologías pulpares:** se indicaran las unidades dentarias afectadas de acuerdo a la siguiente clasificación.

- Hiperemia, pulpitis aguda, pulpitis crónica, hiperplástica, resorción externa, resorción interna, absceso dentoalveolar agudo, absceso dentoalveolar crónico, necrosis pulpar.

Se señala el COPD (dent. Permanente)y/o el CEO (dent. Primaria)

**Anomalías dentarias:** se describirán las unidades dentarias afectadas.

**Alteraciones de maloclusión:** se sigue el siguiente esquema: Tipo de perfil, relación molar, relación canina, línea media, tipo de mordida y anomalías de posición.

## **20. PRONÓSTICO**

Basándose en la colaboración del paciente, de los padres, la condición general del paciente, higiene bucal, patologías a tratar.

Emita un juicio sobre la probable resolución del caso.

## **21. PLAN DE TRATAMIENTO**

Una vez que ha obtenido y reunido toda la información sobre el paciente y se ha confirmado un diagnóstico, se puede planear el tratamiento en forma adecuada.

En la parte conductual se indicara la terapia a seguir para la adaptación del niño a la consulta.

Se debe tomar las consideraciones médicas si son necesarias, como por ejemplo antibiòticoterapia.

Debe evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento, urgencia, secuencia y resultados probables

En caso de no existir urgencias se sugiere iniciar el tratamiento por las medidas preventivas, luego las curativas y finalmente la rehabilitación. Los dientes afectados pulparmente y los primeros molares permanentes deben tener prioridad. Para cada unidad dentaria se describirá el tratamiento específico a realizar. En la casilla correspondiente se indicara el orden o secuencia en que se realizara el tratamiento (1°, 2°, 3° sección).

## **21. A- TRATAMIENTOS PREVENTIVOS:**

- Técnicas de adaptación a la consulta
- Profilaxis
- Tratamientos con flúor
- Sellantes
- Orientación dietética

## **21. B- EN RELACIÓN A LAS LESIONES CARIOSAS**

Indicar lo observado en el odontodiagrama, en el examen radiográfico y el tratamiento a seguir

## **22- PLAN DE TRATAMIENTO DEFINITIVO POR CITAS:**

Aquí se indicarán como primera opción las emergencias que presente el paciente. Sí no las presentase se comenzaría por las de prevención, luego las restauradoras y luego las de cirugías

## **23. ACTIVIDADES REALIZADAS**

En esta hoja de control de actividades, se registraran los tratamientos o actividades realizadas por el estudiante, indicando la fecha, actividad propiamente dicha y las actividades a realizar en la siguiente sesión, el nombre y apellido del estudiante y para ser válido tiene que firmarlo el profesor. Todo esto en letra de imprenta y en tinta.

Una vez finalizado el tratamiento, se anotara la fecha de terminación, mes y año para la cita de control. En observaciones se escribirá las recomendaciones que se le dieron al paciente y/o las consideraciones a tomar en la cita de control. Debe estar firmado por el profesor para su validación correspondiente.

### **CÓDIGOS Y DESCRIPCIONES DE CRITERIOS ICDAS (International Caries Detection and Assessment System)**

#### **CÓDIGO DESCRIPCIÓN:**

**0 Sano:** No hay evidencia de caries después de secado prolongado (5 seg.). Superficies con defectos de desarrollo (hipoplasias de esmalte,

fluorosis), desgastes dentarios (atriciones, abrasiones, erosiones),

Tinciones intrínsecas o extrínsecas, deben ser consideradas como

Sanas.

**1 Primer cambio visual en esmalte:** Al estar húmedo el diente, no hay evidencia de ningún cambio de color atribuible a actividad de caries, pero después de secado prolongado el diente (5 seg.) una opacidad cariosa o tinción (lesión de mancha blanca o mancha café) se hace visible y no es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. Histológicamente corresponde a desmineralización del esmalte en su mitad externa.

**2 Cambio visual distintivo en esmalte.** El diente húmedo puede tener una opacidad cariosa (lesión de mancha blanca) y/o una tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa fisiológica natural y persiste después de secado. No es consistente con la apariencia clínica del esmalte sano. No hay destrucción de estructura. En surcos se extiende hacia las paredes y en superficies lisas abarca 1 mm. del margen gingival y no se observan sombras subyacentes. Histológicamente la profundidad se relaciona con la mitad interna del esmalte y el tercio externo de dentina.

**3 Ruptura localizada de esmalte debido a caries sin dentina ni sombras subyacentes.** En húmedo, el diente tiene una clara opacidad (lesión de mancha blanca) y/o tinción cariosa café, que es más ancha que la fosa o fisura natural. Una vez secado por 5 seg., hay una ruptura localizada del esmalte por caries, a la entrada o dentro de la fosa o fisura, sin dentina expuesta ni sombras subyacentes. Puede usarse sonda de extremo redondeado en caso de duda para confirmar microcavitación, pasándola a través de la superficie dentaria. Histológicamente la profundidad se relaciona con dentina, hasta su tercio medio. Cavitación extensa con dentina visible

**5 Cavitación con dentina visible.** Cavitación en un esmalte opaco o con tinción, exponiendo dentina subyacente. Involucra menos de la mitad de la superficie dental. Se puede usar sonda para comprobar pérdida de estructura. Histológicamente se relaciona con el tercio interno de dentina.

**6 Cavitación extensa con dentina visible, tanto en profundidad como en extensión.** Tanto piso como paredes exponen dentina y la cavitación involucra más de la mitad de la superficie dentaria, pudiendo incluso alcanzar la pulpa. Histológicamente la profundidad abarca el tercio interno de dentina.

Docentes U.C. ODONTOPEDIATRÍA I

PROF. GLADYS E. OROZCO M.  
 PROF. SARA VALADO Á.  
 PROF. BETTINA, GIMÉNEZ  
 PROF. CLAUDIA GIUNTA  
 PROF. ANDREINA ACEVEDO  
 PROF. MARENA RIVA  
 PROF. ELENA S., ZAVARCE  
 PROF. ROSSANA MACHADO  
 PROF. ERIKA, QUINTERO  
 PROF. DIANA SERRANO  
 PROF. JOELYS, ROMERO  
 PROF. ROSMERY PEÑALVER  
 PROF. MAYVETTE, GIL  
 PROF. AIXA de LEÓN  
 PROF. ADRIANA, BORJAS

**ICDAS: Los 7 códigos en dentición temporaria**

Código 0	Código 1	Código 2	Código 3	Código 4	Código 5	Código 6

**SANO**

Ekstrand et al., (1997) modified by ICDAS (Ann Arbor), 2002 and again in 2004 (Baltimore)

JUNIO 2016