

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

"Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas"

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



"HISTORIA CLINICA"

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ODONTOPEDIATRIA**

AUTOR:

CD. QUINTO ROJAS, SUSANA ANGELA

ASESOR:

Mg CD OLIVARES ESPINOZA, JIMMY

LIMA – PERU

2019

Este trabajo se lo dedico a Dios quien siempre me acompaña y guía mis pasos. A mi amado esposo por su apoyo y amor, a mis hijos por entender mis ausencias y a mi asesor por su tiempo e interés.

“HISTORIA CLINICA”

ÍNDICE (TABLAS Y FIGURAS)

| | Pág. |
|---|-----------|
| 1.0. INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| 2.0. ESTRUCTURA..... | 10 |
| 2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION..... | 10 |
| 2.1.1. Marco histórico..... | 10 |
| 2.1.1.1. Antecedentes..... | 10 |
| 2.1.2. Marco Teórico..... | 10 |
| 2.1.2.1. Definición..... | 10 |
| 2.1.2.2. Importancia..... | 10 |
| 2.1.2.3. Funciones..... | 10 |
| 2.1.2.4. Características Principales..... | 10 |
| 2.1.2.5. Norma Técnica de Salud..... | 11 |
| 3.0. HISTORIA CLINICA (DESARROLLO)..... | 11 |
| 3.1. ANAMNESIS..... | 11 |
| 3.1.1. Filiación..... | 11 |
| 3.1.1.1. Nombre del paciente..... | 11 |
| 3.1.1.2. Edad..... | 11 |
| 3.1.1.3. Sexo..... | 12 |
| 3.1.1.4. Domicilio..... | 12 |
| 3.1.1.5. Teléfono..... | 12 |
| 3.1.1.6. Fecha/ lugar de nacimiento..... | 12 |
| 3.1.1.7. Colegio y grado..... | 12 |
| 3.1.1.8. Número de hermanos y orden que ocupa..... | 13 |
| 3.1.1.9. Nombre del padre , madre e informante..... | 13 |
| 3.1.1.10. Relación con el paciente..... | 14 |
| 3.1.1.11. Motivo de la consulta..... | 14 |
| 3.1.1.12. Lugar de procedencia..... | 14 |
| 3.1.2. ANTECEDENTES..... | 14 |
| 3.1.2.1. Antecedentes Prenatales..... | 14 |
| 3.1.2.2. Antecedentes Natales..... | 16 |
| 3.1.2.3. Antecedentes Post Natales..... | 18 |
| 3.1.3. Enfermedad Actual..... | 21 |
| 3.2. EXAMEN CLÍNICO..... | 22 |
| 3.2.1. EXAMEN CLINICO GENERAL..... | 23 |
| 3.2.2. EXAMEN PSIQUICO ELEMENTAL..... | 24 |
| 3.2.3. EXAMEN CLINICO REGIONAL..... | 24 |

| | | |
|-------------|---|--------------------------------------|
| 3.2.3.1. | Extraoral..... | 24 |
| 3.2.3.2. | INTRAORAL..... | 29 |
| 3.2.3.3. | ODONTOGRAMA | 33 |
| 3.3. | DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO | 34 |
| 3.4. | EXÁMENES COMPLEMENTARIOS..... | 34 |
| 3.4.1. | Radiografía Bitewing..... | 34 |
| 3.4.2. | Radiografía periapical para evaluar las Rx periapical (50)..... | 35 |
| 3.4.3. | Radiografía Panorámica..... | 35 |
| 3.4.4. | Interconsulta..... | 37 |
| 3.4.5. | Set Fotográfico | 37 |
| 3.5. | DIAGNOSTICO DEFINITIVO..... | 37 |
| 3.5.1. | De la Salud General | 37 |
| 3.5.2. | De la Salud Estomatológico..... | 37 |
| 3.6. | PLAN DE TRATAMIENTO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3.6.1. | FASE EDUCATIVA..... | 37 |
| 3.6.2. | Fase Preventiva..... | 38 |
| 3.6.3. | Fase Curativa | 38 |
| 3.6.4. | Fase Rehabilitadora | 39 |
| 3.6.5. | Fase de Mantenimiento | 39 |
| 3.7. | PROGRAMACION..... | 40 |
| 3.8. | EVOLUCION | 40 |
| 3.9. | CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 40 |
| 4.0. | CONCLUSIONES | 41 |
| 5.0. | REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS | 42 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|------------|---|
| Tabla N°1 | Periodo de crecimiento |
| Tabla N°2 | Principales características del comportamiento del niño en sus diferentes etapas de desarrollo. |
| Tabla N°3 | Inicio de calcificación en los dientes deciduos. |
| Tabla N°4 | Inicio de calcificaciones en dientes permanentes |
| Tabla N°5 | Categorización de los fármacos de los fármacos más usados en el embarazo |
| Tabla N°6 | Intervalos de tiempo entre la aplicación de diferentes vacunas según tipo antígenos |
| Tabla N°7 | Intervención de flúor para los profesionales |
| Tabla N°8 | Valores Normales de la frecuencia respiratoria |
| Tabla N°9 | Valores normales del pulso |
| Tabla N°10 | Valores normales de la presión arterial |
| Tabla N°11 | Desarrollo de los sonidos con la edad |
| Tabla N°12 | Recomendaciones de la FDA para la prescripción de imágenes de rayos X dentales |
| Tabla N°13 | Consejos de salud oral |

LISTA DE FIGURAS

- Figura N°1 Percentiles de Estatura por Edad y peso en niños y niñas de 2 a 20 años
- Figura N°2 Cantidad de pasta para niños y niñas de 0 – 3 años (“granito de arroz”)
- Figura N°3 Cantidad de pasta para niños y niñas de > 3 años (“alverjita”)
- Figura N°4 Formas de cráneos
- Figura N°5 Formas de caras
- Figura N°6 Simetría Facial
- Figura N°7 Perfil Antero Posterior
- Figura N°8 Perfil Vertical
- Figura N°9 Tipos de deglución
- Figura N°10 Frenillo Labial Patológico
- Figura N°11 Frenillo Lingual Patológico
- Figura N°12 Odontograma.
- Figura N°13 Nomenclatura para el relleno del odontograma
- Figura N°14 Radiografía bitewing o de aleta de mordida
- Figura N°15 Radiografía periapical
- Figura N°16 Radiografía Panorámica
- Figura N°17 Flujiograma del tratamiento restaurador de caries en niños de 0 – 11 años
- Figura N°18 Consentimiento Informado

RESUMEN

La historia clínica es un documento que registra el procedimiento médico en que las características están involucradas en su relleno que intervienen el profesional, objetivo y el paciente, que refleja de naturaleza especialmente sensible la información adquirida.

El propósito de la historia clínica es de suma importancia porque nos permite obtener información para tener un buen diagnóstico, siendo una herramienta en cualquier acto legal.

Palabras claves: Historia clínica, signos, síntomas, enfermedad, diagnóstico.

ABSTRACT

The medical history is a document that records the medical procedure in which the characteristics are involved in filling it out, involving the professional, the objective and the patient, which reflects the acquired information of a particularly sensitive nature.

The purpose of the medical history is of utmost importance because it allows us to obtain information to have a good diagnosis, being a tool in any legal act.

Keys words: medical history, signs, symptoms, disease, diagnosis.

1.0. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo trata sobre la historia clínica, que según Resolución Ministerial No 214-2018/ Minsa refiere que “la historia clínica es el documento médico legal , en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por la IPRESS. (1)

La historia clínica médica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. Los problemas en su confección, pueden ser atribuidos al desconocimiento, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto. (2)

La importancia de La Historia Clínica de acuerdo con las normas generales de la ciencia de la salud, es considerada un documento básico en todas las etapas del modelo de atención médica, este documento tiene un carácter privado, personal donde vamos a encontrar evidencia del paciente. (1)

En Perú existe la Norma Técnica de Salud que regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica, tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de la salud. (3)

Entre las funciones de la historia clínica figuran: docencia e investigación, epidemiología, mejora continua de la calidad de vida, gestión y administración, así como elementos médico-legales, de donde se infiere que existen diferentes modelos para ser llenados. (4)

Este expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos; además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación; también incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma, basados en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad y en su participación en las tomas de decisiones. (5)

2.0. ESTRUCTURA.

2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1. Marco histórico

2.1.1.1. Antecedentes

Desde 1969, cuando el Dr. Lawrence Weed introdujo la historia clínica orientada hacia problemas de salud (HCOP), motivado por encontrar una forma más eficiente de evaluarlos, se produjo un cambio sustancial en el modo de recolectar y valorar la información consignada, pues a partir de ahí se admitieron la visión integral y el concepto de «paciente contextualizado»; enfoque que ha permitido abordar de manera más completa los síntomas y situaciones que afectan a las personas. (6)

Inicialmente la historia clínica fue diseñada para que la información se obtuviera y orientara hacia el diagnóstico odontológico correcto, sin considerar los antecedentes sistémicos y locales, actualmente se sabe que esos factores nos podrían evitar importantes complicaciones al momento del tratamiento.

2.1.2. Marco Teórico

2.1.2.1. Definición

Según Resolución Ministerial No 214-2018/ Minsa refiere que “la historia clínica es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por la IPRESS”. (1)

2.1.2.2. Importancia.

La Historia Clínica, de acuerdo con las normas generales de la ciencia de la salud, es considerada un documento básico en todas las etapas del modelo de atención médica, este documento tiene un carácter privado, personal donde se evidencia el resultado del trabajo del médico como estomatólogo, lo cual posibilita una recolección ordenada de datos de identidad, que permitan plantear un diagnóstico clínico. (1)

2.1.2.3. Funciones.

Planificación de los recursos asistenciales tanto el docente, investigación, gestión clínica y planificación. (4)

2.1.2.4. Características Principales.

Es de carácter: Obligatoria, irremplazable, legal, objetiva, veraz, privada (la información clínica contenida en la historia clínica es propiedad del paciente o usuario de salud, establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud). (1)

2.1.2.5. Norma Técnica de Salud

En Perú existe una Norma que regula los procesos de la historia clínica contribuyendo a mejorar la atención y calidad de los servicios de salud hacia los usuarios, estableciendo los procesos técnicos y mejorando el contenido básico en el manejo de la historia clínica.

3.0. HISTORIA CLINICA (DESARROLLO)

3.1. ANAMNESIS

Es la recopilación de los datos en la historia clínica a través del interrogatorio al paciente.

3.1.1. Filiación

Se solicitará al paciente el nombre, la dirección, el teléfono de contacto disponible, fecha de nacimiento para determinar su edad, sexo del paciente, así como su lugar de origen o procedencia.

3.1.1.1. Nombre del paciente

Su importancia radica en la identificación única del paciente o usuario, mediante el número de su DNI, carnet de extranjería, o pasaporte según corresponda, y los datos de la IPRESS. Dicha información corresponde a los datos personales regulados por la ley N° 29733, ley de Protección de Datos personales el cual nos permite llamarlo por su nombre, e influye en el desarrollo emocional del niño.(1)

3.1.1.2. Edad

De acuerdo a su crecimiento se identifica el desarrollo físico.

- **Caries de primera infancia:** En menores de tres años.

La caries de la primera infancia se define como la presencia de una o más superficies de dientes cariados, perdidos o rellenos en cualquier diente primario de un niño de 71 meses o menos. (7) con una prevalencia que puede llegar hasta 90% en poblaciones altamente vulnerables (8)

- Los defectos de desarrollo del esmalte (DDE): En infantes.

Representan una de las afecciones orales más prevalentes en la infancia y consisten en anomalías resultantes de trastornos en la formación de la matriz o en el proceso de mineralización del esmalte. Estos defectos se clasifican clínicamente como defectos cuantitativos (hipoplasia del esmalte) u opacidades demarcadas o difusas cualitativas). (9)

- Gingivoestomatitis herpética primaria

La infección primaria generalmente se presenta asintómicamente en niños entre las edades de 1 y 5 años (10) percibidas por la formación de vesículas (11). En la fase de ulceración presenta intenso dolor de boca con odinofagia, disfagia, rechazo del alimento (12).

- Periodontitis de inicio precoz: En adolescentes.

Los datos obtenidos en China muestran que el porcentaje alto con inflamación gingival, indicando que los adolescentes presentan una condición asociada a inflamación.

Tabla N°1 Periodos de crecimiento

| PERIODOS DE CRECIMIENTO | |
|-------------------------|----------------------|
| EMBRIONARIO | Hasta 8 – 12 semanas |
| FETAL | 12 – 42 semanas |
| RECIENTE NACIDO | Hasta 28 días |
| INFANTE | Hasta 3 años |
| PRE – ESCOLAR | Hasta 6 años |
| ESCOLAR | Hasta 12 años |
| ADOLESCENTE | Hasta 18 años |

Fuente: Figueroa, 2017.

3.1.1.3. Sexo

Existen determinadas afecciones que son exclusivas en un determinado sexo.

HEMANGIOMA

Los hemangiomas de la infancia (HI) son los tumores benignos más comunes de la infancia ocurriendo del 1 al 3% en los lactantes y del 5 al 10% en los niños de 1 año de edad; es más frecuente en mujeres. En la boca puede ocurrir en los labios, lengua, mucosa yugal y paladar. De color rojo intenso que sufre isquemia cuando se somete a presión local, consistencia blanda, raramente circunscrito. (11)

3.1.1.4. Domicilio

Estas características de los lugares donde viven las personas pueden tener una influencia relevante en la incidencia de la violencia, la evidencia científica ha demostrado que los niños abusados físicamente tienen más probabilidades de experimentar una mayor incidencia de caries dentales, más dientes perdidos, más dientes llenos y una mayor aparición de mordida abierta anterior. (14)

3.1.1.5. Teléfono

Está bien documentado que los registros de pacientes, incluidas las comunicaciones telefónicas o la correspondencia relacionada con la atención de un paciente, deben ser claros, contemporáneos y de fácil acceso por el cual comunicar, organizar y registrar. El número del pediatra debería estar registrado en la historia clínica para poder tener contacto.

3.1.1.6. Fecha/ lugar de nacimiento

La fecha de nacimiento es importante para saber la edad exacta en días y meses del paciente y el lugar de nacimiento para tener en cuenta enfermedades características de la zona.

3.1.1.7. Colegio y grado

Es importante porque nos indica su nivel de desarrollo intelectual y el grado nos permite evaluar el desarrollo académico con la edad mental y edad biológica (15)

Tabla N°2 Principales características del comportamiento del niño en sus diferentes etapas de desarrollo.

| ETAPA | EDAD | CARACTERISTICAS DE ACUERDO A LA ETAPA DE DESARROLLO |
|-------------------------|-----------------------------|---|
| INFANCIA | Del nacimiento a los 2 años | Es una etapa de total dependencia a su madre. Al año empieza a caminar. Se convierte en un explorador. Se vuelve rebelde y quiere hacer su voluntad. Empieza a utilizar más de su mente. Imitan acciones de los adultos. |
| NIÑEZ TEMPRANA | De los 2 a los 4 años | Es un periodo de transición aunque no alcanza la independencia. En esta etapa empieza la individualidad. Un paso enorme es el juego con la imaginación. Desarrollan su lenguaje. |
| PREESCOLAR | De los 4 a los 6 años | El niño cambia a un ser independiente y autónomo; es la edad de la independencia. Comienza a interesarse por los juegos de reglas. Es la edad en que la relación con sus padres influye mucho en el comportamiento futuro del niño. Revelan sus sentimientos actuando. |
| ESCOLAR | De los 6 a los 9 años | Es el periodo de socialización y aprendizaje. El niño aprende a comportarse fuera de la casa y aceptar las cosas que no le gustan; aprende aceptar la autoridad. Crece su curiosidad acerca de la gente y cómo funciona el mundo. Usan palabras para expresar sus sentimientos y afrontar las cosas. Se vuelven más abiertos, juegan cooperativamente. |
| PREPUBERAL | De 9 a los 12 años | El niño está en un periodo de latencia preparándose para la pubertad. Tranquilos y les molesta que sus padres se inmiscuyan en sus asuntos. Se va configurando su personalidad y se van viendo con claridad sus cualidades y actitudes. Es capaz de razonar, analizar y extraer conclusiones, pero sobre hechos o cosas concretas, aun no puede hacerlo en abstracto. |
| PUBERTAD Y ADOLESCENCIA | De los 12 a los 18 años | Llevar importante y dramáticos cambios como resultado del desarrollo acelerado, ya sea físico, mental y emocional. |

Fuente: Hernández, 2012

3.1.1.8. Número de hermanos

Según Adler, clasifica de acuerdo a su posición social en el núcleo familiar, determinando la posición del niño.

3.1.1.9. Nombre del padre , madre e informante

Es importante que los padres nos brinden información que debe ser exacta y veraz durante el llenado de la historia clínica.

3.1.1.10. Relación con el paciente

Qué grado de familiaridad existe entre el paciente y la persona quien lo trae al consultorio.

3.1.1.11. Motivo de la consulta

Se identifica el motivo de consulta, es necesario atender a las necesidades del paciente para establecer un tratamiento satisfactorio, es importante consignarlo pues nos dice cuál es la motivación real que tiene la madre para llevar al niño 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). Se registra en las propias palabras del paciente o de la madre la razón por la cual consulta:(17)

3.1.1.12. Lugar de procedencia

Por la existencia de enfermedades propias de cada región, ejemplo:

- Leishmaniasis

La leishmaniasis es una enfermedad tropical y subtropical causada por un parásito intracelular que se transmite por la picadura de mosca. (18)

3.1.2. Antecedentes

3.1.2.1. Antecedentes Prenatales

Las alteraciones que se puedan presentar en la etapa prenatal repercuten en el desarrollo y estadios de cada pieza dentaria motivo por el cual es importante saber la formación y desarrollo de la cavidad bucal.

Es importante saber si el paciente fue:

Menor de las 37 semanas

Menor de 42 semanas

Los pacientes del pre termino son más vulnerables a enfermedades periodontales.

Tabla N°3 Proceso de inicio de calcificación en los dientes deciduos

Maxilar

| | Inicia Calcificación | Corona completa | Raíz completa |
|----|----------------------|-----------------|---------------|
| IC | 4 m.i.u | 4m | 1 ½ - 2ª |
| IL | 4 ½ m.i.u | 5m | 1 ½ - 2ª |
| C | 5 ½ m.i.u. | 9m | 2 ½ - 3ª |
| 1M | 5 | 6m | 2- 21/2 a |
| 2M | 6 | 10 -12 m | 3ª |

Mandíbula

| | Inicia Calcificación | Corona completa | Raíz completa |
|----|----------------------|-----------------|---------------|
| IC | 4 ½ m.i.u | 4m | 1 ½ - 2ª |
| IL | 4 ½ m.i.u | 4 ½ m | 1 ½ - 2ª |
| C | 5 ½ m.i.u. | 9m | 2 ½ - 3ª |
| 1M | 5 | 6m | 2- 21/2 a |
| 2M | 6 | 10 -12 m | 3ª |

Fuente: Torres, 2004.

Tabla N°4 Inicio de Calcificación en dientes permanentes

| MAXILAR | | | |
|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Diente permanente | Comienzo de la Calcificación | Calcificación Completa de la corona | Calcificación Completa de la raíz |
| IC | 3 a 4 m | 4 - 5 a | 10 a |
| IL | 10 m | 4 - 5 a | 11 a |
| C | 4 a 5m | 6 - 7 a | 13 - 15 a |
| 1PM | 1 ½ a | 5 - 6 a | 12 - 13 a |
| 2PM | 2 – 2 ½ a | 6 - 7 a | 12 - 14 a |
| 1M | Al nacer | 2 ½ - 3 a | 9 - 10 a |
| 2M | 2 ½ – 3 a | 7 - 8 a | 14 - 16 a |
| 3M | 7 – 9 a | 12 -16 a | 13 - 25 a |
| MANDIBULAR | | | |
| Diente permanente | Comienzo de la calcificación | Calcificación completa de la corona | Calcificación completa de la raíz |
| IC | 3 – 4 m | 4 – 5 a | 9 a |
| IL | 3 – 4 m | 4 – 5 a | 10 a |
| C | 4 – 5 m | 6 – 7 a | 12- 14 a |
| 1PM | 1 ½ a | 5 - 6 a | 12- 13ª |
| 2PM | 2 - 2 ½ a | 6 – 7 a | 13 – 14ª |
| 1M | Al nacer | 2 ½ - 3 a | 9 - 10 a |
| 2M | 2 ½ - 3 a | 7 - 8 a | 14 - 15 a |
| 3M | 8 - 10 a | 12 a 16 a | 18 - 25 a |

Fuente: Torres, 2004.

- **Enfermedades Maternas**

Preguntar a la madre si presentó durante el embarazo sífilis congénita tardía, infección urinaria, otras enfermedades, si tomó algún medicamento por qué motivo, durante cuánto tiempo si esto fue recetado

- **Medicamentos**

Los medicamentos que la madre podría recibir durante el embarazo están clasificados por categorías según el riesgo. (19)

3.1.2.2. Antecedentes Natales

Vacunas:

Según el calendario registra la edad del niño en el motivo de la vacunación que nos permite pensar las defensas que genera la vacunación ante microorganismos (20).

Tabla N°6 Intervalos de tiempo entre la aplicación de diferentes vacunas según tipo de antígenos

| POBLACION Objetivo | EDAD | VACUNA |
|--------------------|--|--|
| | Recién nacido | 1 dosis de vacuna BCG 1 dosis de vacuna HVG |
| | 2 meses | 1ra dosis Vacuna Pentavalente 1ra dosis Vacuna Antipolio inactivada inyectable (IPV) 1ra dosis Vacuna contra Rotavirus 1ra dosis vacuna Neumococo |
| Menor De 1 Año | 4 meses | 2da dosis Vacuna Pentavalente 2da dosis Vacuna Antipolio inactivada inyectable (IPV) 2da dosis Vacuna contra Rotavirus 2da dosis Vacuna Neumococo |
| | 6 meses | 3ra dosis Vacuna Pentavalente 1ra dosis Vacuna Antipolio Oral (APO) 1ra dosis Vacuna Influenza Pediátrica |
| | Al mes de la primera de la influenza | 2da dosis Vacuna Influenza Pediátrica |
| 1 Año | 12 meses | 1ra dosis de Vacuna SPR 3ra dosis Vacuna Neumococo 1 dosis Vacuna contra la Varicela 1 dosis Vacuna Influenza Pediátrica |
| | 15 meses | 1 dosis de Vacuna Anti amarilica (dosis única) |
| | 18 meses | 1er Refuerzo de Vacuna de DPT 1er refuerzo Vacuna Antipolio oral APO 2da dosis de Vacuna SPR |
| De 2 años | 2 años, 11 meses, 29 días | 1 dosis Vacuna influenza pediátrica 1 dosis vacuna contra la Varicela |
| De 3 y 4 años | 3 años, 11 meses, 29 días 4 años, 11 meses, 29 días | 1 dosis Vacuna Influenza adulto |
| De 2,3 y 4 años | 2,3 y 4 años (hasta 4 años 11 meses, 29 días) | 1 dosis Vacuna Anti amarilica (solo aquellos que no acrediten vacuna anterior) |
| De 4 años | 4 años (hasta 4 años 11 meses, 29 días) | 2do Refuerzo DPT 2do Refuerzo Antipolio oral (APO) |

Fuente: Minsa 2018

- Peso del recién nacido

Es factor principal de la salud del neonato de sufrir alteraciones del esmalte las que, a su vez, se asocian a caries dental en los dientes temporales. (21)

El peso de recién nacido es 2500 gr

Peso inferior 1500 gr

Extremo bajo del recién nacido es inferior 1000gr

Desnutrición en relación al peso y la talla (22)

1. El bajo peso para la talla (P/T) o wasting es un indicador de desnutrición aguda y es independiente de la edad.
2. La baja talla para la edad (T/E) o stunting es una evidencia de desnutrición crónica, lo que implica que el déficit alimentario se ha mantenido durante un largo periodo, dando como resultado una talla inferior a los límites normales.
3. El bajo peso para la edad (P/E) o underweight es considerado un indicador de desnutrición global y está estrechamente asociado a la mortalidad en menores de 5 años.

Figura N°1 Percentiles de Estatura por Edad y peso en niños y niñas de 2 a 20 años.



3.1.2.3. Antecedentes Post Natales

El feto a término realizó alrededor del 65% del crecimiento craneal. Desde el nacimiento hasta la edad adulta, según Brodie, el cráneo crecerá cerca de 4 veces y la cara, alrededor de 12 veces. La cabeza del recién nacido posee 45 huesos. En la fase adulta, con el crecimiento y el cierre sutural, la cabeza poseerá 22 huesos: 8 craneales y 14 faciales. Hasta los 3 años de edad, el primer gran brote de crecimiento cráneo facial estará completo. En el nacimiento, los huesos craneales se deslizan unos sobre otros, gracias a las fontanelas, causando a veces deformaciones transitorias en el formato de la cabeza. La cara y la base del cráneo no sufren alteraciones considerables. (11)

ENFERMEDAD

Enfermedades padecidas por el paciente

- Patológicos

. (19)

- No Patológicos tener en cuenta el tipo de parto y infecciones durante el embarazo. (19)

No patológicos

- Tener en cuenta otras enfermedades tanto hereditarios como contagiosos.

MEDICAMENTOS

Si está recibiendo alguna medicación actualmente, si recibió anteriormente, con qué frecuencia y para que, son datos importantes para el tratamiento.

LACTANCIA

Tipo de lactancia fue:

Materna es de manera exclusiva en los 6 meses de manera artificial, mixta o a libre demanda según la necesidad del niño.

La lactancia va más allá de la salud de los niños. (23) Mal oclusiones: En las revisiones sistemáticas publicadas en 2015, concluye que la lactancia materna puede ser considerada un factor protector contra las malas oclusiones. (11) La lactancia materna debe promoverse durante más de 6 meses para prevenir el desarrollo de maloclusiones. (24)

HIGIENE

1er período: Erupción de los primeros dientes.

El cepillado es ejecutado por los padres, pues el niño no presenta habilidad motora, la inmadurez y falta de colaboración del paciente no permiten una limpieza satisfactoria, como método preventivo, es necesario que haya control de la dieta, enfatizando el bajo consumo de alimentos cariogénicos.

2º período: erupción de los molares (2 años de edad).

La coordinación motora sigue siendo limitada, pero el niño es más participativo en el proceso; por lo tanto, todavía es necesario la ayuda de los padres, realizar el control de la higiene y la dieta.

3er período: Erupción de los dientes permanentes (alrededor de los 6 años de edad).

El desarrollo motor aún no es totalmente adecuado; sin embargo, el niño tiene como tarea la realización de su higiene bucal supervisada y complementada por los padres.

4º período: se inicia alrededor de los 13 años de edad.

En esta fase, el preadolescente ya tiene conciencia de la necesidad de la realización de su higiene bucal.

El desarrollo psicomotor ya es adecuado para emplear las técnicas de separación, promoviendo el control eficaz de la caries dental y de la enfermedad periodontal. (11)

Uso de cepillo y pasta dental

Un dentífrico fluorado debe ser usado con cautela hasta los tres años de edad, cuando el niño tenga de uno a cuatro dientes, se recomienda utilizar pequeñas cantidades semejante a un

granito de arroz, bajo supervisión. Los bebés o niños que no saben escupir deben de usar pastas sin flúor.



Figura N°2 pasta dental indicada en niños (“granito de arroz”)



Figura N°3 Cantidad de pasta para niños y niñas de > 3 años (“alverjita”)

ERUPCION DENTARIA

Dentición Decidua

Diente natal: es cuando él bebe nace con diente.

Diente neonatal: se irrumpe en los 30 días después de nacer.

Dentición Mixta

Tres fases:

Fase inicial: es cuando los incisivos se reabsorben

Fase intermedia: no se muestra cambios

Fase final: los caninos se reabsorben para nacer los premolares

Dentición Permanente

TRATAMIENTOS ANTERIORES

- Datos
- Motivación y educación: es importante recibir procedimientos de limpieza en pacientes con factor predisponentes.
- Fluorización: la aplicación de flúor en edades tempranas
- Sellantes: se aplica a nivel de los molares.
- Restauraciones: los niños requieren tratamiento de restauración o pulpar.

- Controles: el control es periódicamente(11)

EDUCACIÓN A LOS PADRES

Los padres son los educadores primarios en los primeros años de vida. Por lo tanto, es necesario medir su conocimiento sobre este tema y reconocer fortalezas y debilidades. (25) Estos hallazgos sugieren habilidades de crianza como objeto importante para futuras intervenciones (26).

FLUORIZACIÓN

El efecto preventivo de los fluoruros sobre la caries se debe básicamente a cinco factores: Incrementa la resistencia del esmalte e impide el proceso de caries, reduce la tasa de disolución ácida, reduce la desmineralización, aumenta la Re mineralización y estabiliza el PH (28)

SELLANTES

Se ha comprobado que los selladores protegen las fosas y fisuras contra la caries dental al prevenir el crecimiento de bacterias, y su efecto protector contra la caries puede extenderse hasta 9 años después de sellado. A pesar de la evidencia sobre su efectividad, el uso de selladores dentales ha sido limitado, ya que aproximadamente el 60% de los niños de familias de bajos ingresos no reciben selladores dentales. (29.)

EXPERIENCIAS PREVIAS

Se recomienda que la primera visita al dentista de un niño ocurra en el momento de la primera erupción primaria del diente, normalmente antes del primer año de vida. Se ha demostrado que la adaptación a comportamientos saludables durante la infancia reduce la prevalencia de problemas dentales en el futuro. (30)

TIPO DE MANEJO DE CONDUCTA

PACIENTE RECEPTIVO

Personas tranquilas participativos y comunicación fluida.

PACIENTE NO RECEPTIVO

No apoyan, hiperactivos, temerosos y no hablan.

ALERGIA

Es una reacción de hipersensibilidad medida por signos y síntomas afectando a cualquier sistema. (31)

HEMORRAGIA

Es la pérdida de sangre que puede ocurrir dentro o fuera del cuerpo por ejemplo: La hemofilia es una enfermedad recesivamente hereditaria relacionada con el genoma X, la enfermedad es transmitida por las mujeres, pero los hombres se enferman, enfermedad poco frecuente a pesar de ser la coagulopatía congénita más frecuente. Pueden sufrir varios problemas de salud bucal y dental, como sangrado no controlado de encías o cavidades después de cirugías dentales y hematoma traumático en el espacio bucal, gingivitis, periodontitis y caries. (32)

3.1.3. Enfermedad Actual.

Este apartado lo desarrolla el profesional en su ficha, donde viene a resumir el motivo de consulta, la historia de la enfermedad que ha conducido al paciente a la visita y todos los

aspectos que, como resultado del interrogatorio y de la posterior exploración, permiten al dentista establecer uno o más diagnósticos y el plan de tratamiento adecuado a cada caso. (11)

3.2. EXAMEN CLÍNICO

En el examen clínico, se puede dividir el examen clínico del paciente en: Examen general, extrabucal regional e intrabucal. Básicamente, la diferencia es el lugar que se va a examinar. (11)

Peso: El conocimiento de este dato es importante para la prescripción de medicamentos.

Talla: Su conocimiento es importante ya que maneja el percentil de talla y peso.

Frecuencia Respiratoria

La frecuencia respiratoria debe ser evaluada con el niño distraído, modificando su respiración, observándose el número de incursiones respiratorias por un minuto.

Tabla N°8 Valores normales de la frecuencia respiratoria

| Edad | Respiración por minuto |
|------------------|------------------------|
| Recién nacido | 30-50 |
| 1-6 meses | 20-30 |
| 6 meses – 2 años | 20-30 |
| Adolescentes | 12-20 |

Fuente: Sallate, 2017

Frecuencia cardíaca:

La determinación del pulso proporciona al mismo tiempo indicaciones de los ritmos cardíacos, calidad del rendimiento cardíaco y evaluación de la circulación periférica. (11)

La frecuencia cardíaca demasiado alta (taquicardia = 100 lat. /min) demasiado lenta (bradicardia), notada por la auscultación o monitor.

Causas de taquicardia

Miocarditis, hipertensión pulmonar, cardiopatías congénitas: tetralogía de Fallot, hipoxia, cocaína y otras drogas psicoactivas, insuficiencia cardíaca, infección, la anemia, miedo, dolor y fiebre.

Causas de bradicardia

Drogas, maniobras vágales, hipertensión intracraneal, hipertensión arterial, distensión abdominal, hipoglucemia severa, trastornos cardiacos, el hipotiroidismo, otro.

Tabla N°9 Valores normales del pulso

| Edad | Pulsaciones por minuto |
|---------------|------------------------|
| Recién nacido | 70 a 170 |
| 1 a 11 meses | 80 a 160 |

| | |
|-------------|----------|
| 2 a 6 años | 75 a 130 |
| 8 a 10 años | 70 a 90 |

Fuente: Salete 2017

Presión arterial:

La medida de la presión sanguínea por la auscultación se basa en las vibraciones producidas por la sangre en el paso por las arterias (ruidos de Korotkoff).

PA por debajo del percentil 90 se considera normal y como referencia; entre los percentiles 90 y 95, normal límite; por encima del percentil 95, hipertensión arterial. Las causas de hipertensión arterial en la infancia puede ser: renales, endocrinológicas, drogas, uropatías (11).

Tabla N°10 Valores normales de la presión arterial.

| EDAD | PAS | PAD |
|----------------------|----------|---------|
| Neonato (1 día) | 60 a 75 | 31 a 50 |
| Neonato (4 días) | 67 a 83 | 37 a 53 |
| Lactante (1 mes) | 73 a 91 | 36 a 56 |
| Lactante (3 meses) | 78 a 100 | 44 a 64 |
| Lactante (6 meses) | 82 a 102 | 46 a 66 |
| Lactante (1 año) | 68 a 104 | 22 a 60 |
| Niño (2 años) | 71 a 105 | 27 a 65 |
| Niños (7 años) | 79 a 113 | 39 a 77 |
| Adolescente 15 años | 93 a 127 | 47 a 85 |

Fuente: Salete 2017

Temperatura

La determinación de la temperatura debe ser realizada por 3 minutos en la región axilar y se considera fiebre cuando el valor está por encima de 37,2 ° C.

Valor normal: es de 37 grados centígrado

Aumento de temperatura: mayor de 37.5 grados centígrados

Disminución de la temperatura: menor de 36.5 grados centígrados

3.2.1. Examen Clínico General

El examen general del paciente se inicia en la sala de espera, en la que el profesional tiene la oportunidad de evaluar el desarrollo del paciente, incluyendo su estatura y peso, su comportamiento, su modo de caminar y de comunicarse, también heridas, cicatrices, hematomas que indican cirugías realizadas o incluso malos tratos.

Los retrasos en el lenguaje, la obesidad, el autismo, entre otras condiciones pueden pasar desapercibidos por los padres y corresponde al profesional de la salud alertarlos sobre la posibilidad de investigar el caso, para que, si es necesario. (11)

Ectoscopia

Al momento que nosotros inspeccionamos

AREG (Aparente Regular Estado General), MEG (Mal Estado General), BEG (Buen estado General)

Piel

Humedad, (hidratado o deshidratado), textura:(suave o tersa), turgencia: (perdida de elasticidad), color: (blanco al moreno, palidez (anemia), rubicundez (rojo), cianosis, ictericia). (33)

Anexos

Cabello: Número, volumen (escaso), color (despigmentado), resistencia (débil).

Uñas: Color (palidez, cianosis, leuconiquia o uñas blancas); ausencia (anoniquia); aspecto (onicolisis y onicofagia) forma (cuchara o coiloniquia); tamaño y consistencia. (11)

Sistema Linfático

Se maneja tanto la inspección como la palpación que se realiza en pacientes relajados.

3.2.2. Examen Psíquico Elemental.

Clasificación de Frank (34):

- Tipo 1: No acepta el tratamiento, actitud negativa.
- Tipo 2: negativo no cooperativa, no acepta el tratamiento.
- Tipo 3 Positivo: es cauteloso acepta al odontólogo.
- Tipo 4: es positivo tiene buena relación con el odontólogo
- los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta. (BORDONI Y COLS., 2010).
- Pacientes Hiperactivos: No hay pautas específicas para el protocolo farmacológico más efectivo (coadministración de medicamentos para el TDAH y sedantes dentales) o técnicas de manejo de la conducta para brindar una atención dental óptima a los niños con TDAH. (35).

3.2.3. Examen Clínico Regional

3.2.3.1. Extraoral

Forma cráneo

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.

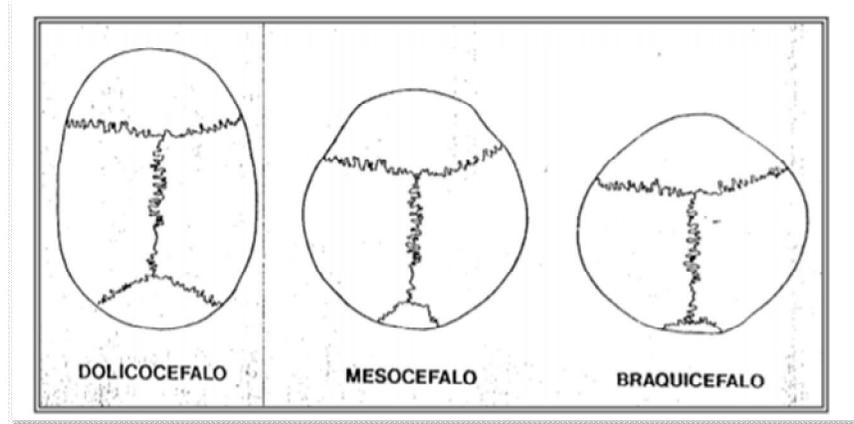


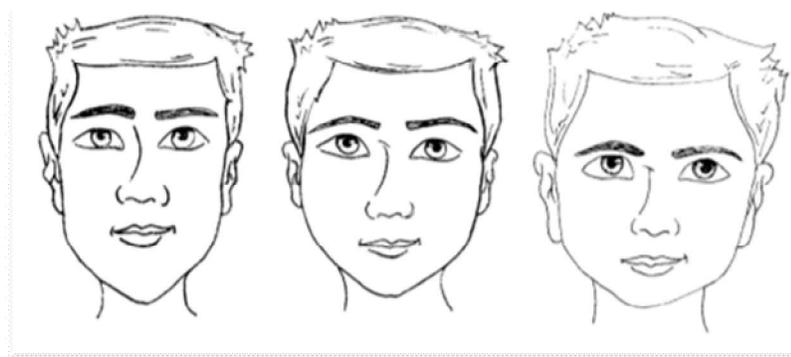
Figura N°4 Forma de cráneos.

Forma cara

Dolicofacial: La forma de la cara es larga y angosta.

Braquifacial: La forma de la cara ancha y corta.

Mesofacial: La forma de la cara es intermedia en alto y ancho.



Dolicofacial

Mesofacial

Braquifacial

Figura N°5 Formas de las caras

Simetría facial

Discrepancia del lado derecho e izquierdo considerándose como normal o simétrico y con características normales.

Figura N°6 Simetría facial

Músculos faciales

La mandíbula está en posición postural.

ATM

En sujetos sanos, la masticación debe realizarse de forma bilateral, con ambos lados alternando el bolo. Los signos y síntomas del trastorno temporomandibular son:

Dolor en la región de la ATM, ruidos articulares, dolor de oído, cefalea, función mandibular irregular o restringida, masticación dificultad, y apertura de la boca limitada, los niveles de gravedad es de la siguiente manera: menor, moderado o grave. (36)

Perfil Antero Posterior

Glabella: es a unión entre la frente y nariz

Subnasal: base nariz

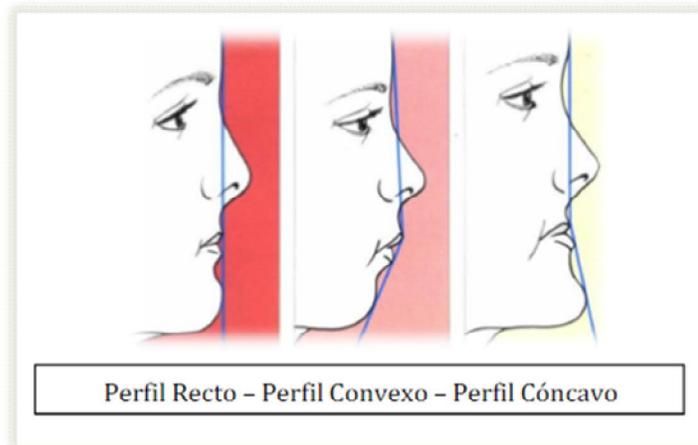


Figura N°7 Perfil antero posterior

Perfil Vertical

Uso de 2 planos:

Plano de camper

Plano mandibular

Plano de Frankfut

| | |
|--|---|
| <p>Normodivergente: Cuando los dos planos se unen ligeramente por detrás de la oreja. Crecimiento Vertical Normal</p> | El diagrama muestra una línea horizontal que representa el plano de Frankfort (Frankfurt) y una línea que representa el plano de Camper. Ambas líneas se extienden desde la frente hasta la oreja, donde se separan o divergen ligeramente, formando un ángulo que indica un crecimiento vertical normal. |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>Hipodivergente: Cuando los dos planos se unen por detrás de la oreja. Crecimiento Vertical aumentado</p> |  |
| <p>Hiperdivergente: Cuando los dos planos se unen por delante de la oreja. Crecimiento Vertical Disminuido</p> |  |

Figura N°8 Perfil vertical

Fonación:

El período que comprende la primera infancia es fundamental para el desarrollo infantil. El desarrollo de la comunicación que involucra el habla y el lenguaje ocurre en esta fase, con grandes modificaciones, sobre todo, de los 0 a los 24 meses de edad. La comunicación se inicia por medio del llanto del bebé, no diferenciado en términos de significado al comienzo de la vida, pero con modificaciones en la entonación e intensidad que pasan a ser reconocidos y diferenciados por sus interlocutores adultos, los cuales le atribuyen significados diferentes. (11)

Es obligación del odontopediatría saber los sonidos y la pronunciación correcta relacionada con la edad. (37).

Tabla N°11 Desarrollo de los sonidos con la edad

| Edad | Sonidos pronunciación correctamente | Comentarios |
|---------------------|-------------------------------------|---|
| 2 2 1/2 | M, n, h P, b, ing, w, d ,g | A veces cuesta entender lo que dice el niño, especialmente para las personas que no están familiarizados |
| 3 3 1/2 | V, k, f, sh T, ch, d g e | Hacia los 3 años de edad se debe entender fácilmente un 80-90% de lo que dice el niño. |
| 4 5 | L,s Zh (measure) r | La fusión de los sonidos (p. ej., st .cl, dr) se adquiere después de los sonidos individuales, pero normalmente se debe dominar hacia los 5 años de edad. |
| 5 1/2 7 1/2 8 | Z T h | Las edades citadas en la tabla representan solo una referencia orientada sobre el momento en que el niño medio adquiere el sonido, pero a los 8 años de edad se deberían dominar todos los sonidos. |

Deglución

La deglución es un acto reflejo innato, incondicional, que en el recién nacido está en estrecha relación con la lactancia. Alrededor de la 12ª semana de vida intrauterina el bebé ya deglute el líquido amniótico.

Deglución madura

De acuerdo con Moyers, las principales características son:

La mandíbula es estable con los movimientos mandibulares del nervio trigémino y la contracción de los labios. (11)

Deglución atípica

La etiología de la deglución atípica está ligada a diversos factores:

Uso prolongado de biberón con boquillas largas y orificios grandes, la presencia asociada de otros hábitos, como el de succión digital o del chupete, hipertrofia de las amígdalas, obligando la lengua a una postura protruida en la cavidad oral, macroglosia, respiración bucal, que hace que la lengua se mantenga posicionada en la arcada inferior, y no en el paladar, arcada dental superior estrecha para contener la lengua, (11)

Diagnóstico de la deglución atípica

Posicionamiento excesivo de la lengua contra los dientes, ausencia de contracción de los músculos maseteros, ya que los dientes no entran en oclusión, la participación de la musculatura peri oral durante la deglución, alteración en la pronunciación de los fonemas que se articulan en el mismo lugar donde la punta de la lengua debería colocarse durante la deglución normal (papila incisiva). Los fonemas que pueden tener la pronunciación alterada son: T, D, N, L, S, Z; mordida abierta anterior. (11)

El tratamiento de la deglución atípica

Se realiza por medio de la instalación de aparatos rompe hábitos que impiden la proyección de la lengua entre los dientes y la guían hacia la posición correcta a través de ejercicios re-educadores de la lengua y de los grupos musculares involucrados en la deglución. (11).

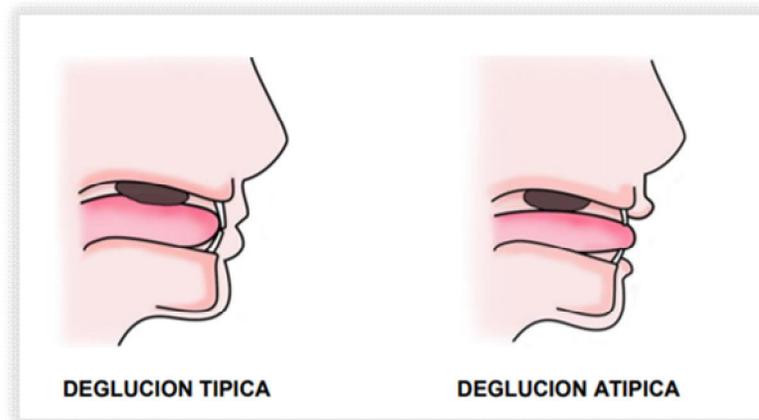


Figura N°9 Tipos de deglución

Hábitos

Dentro de los hábitos a considerar los parámetros a considerar son (11):

Duración: período de actividad

Frecuencia: número de veces al día

Intensidad: definida por la duración de cada acto, así como del grado de actividad de los músculos involucrados,

Patrón de crecimiento del niño;

Grado de tonicidad de la musculatura bucofacial;

Equilibrio de las demás funciones orales:

- Succión labial.

Para evaluar

Labios: abiertos cerrados, filtro labial, eversión. (11)

- Succión Digital.

Chandler, en 1878, fue uno de los primeros dentistas en relacionar los hábitos de chuparse los dedos con: El desplazamiento de los dientes, estrechamiento de los huesos de la nariz, reabsorción atípica de los incisivos centrales primarios superiores. (11)

- Onicofagia

Es un hábito de morderse las uñas común observado en niños y adultos jóvenes, comienza a la edad de 3 o 4 años, empeora a la edad de 5 o 6 años y en la adolescencia, y disminuye después de los 18 años. (11) La actividad motora insuficiente y problemas de comportamiento causando problemas orales y dentales como: reducción en el tamaño de los dientes, la pérdida de la fuerza de mordida, las rotaciones o a la maloclusión, desarrollar maloclusión en los dientes anteriores, desgaste se pueden observar en los bordes incisales de los incisivos mandibulares, Protrusiones en los incisivos maxilares. (38)

Respiración

Es la entrada de oxígeno hacia los pulmones en condiciones adecuadas, Si el paciente no produce de esta manera es porque puede presentarse otra forma de respiración como respiración bucal o respiración mixta.

- Respiradores Bucales

La respiración por la boca se produce cuando la respiración por vía oral se complementa con la respiración por la nariz. La prevalencia de esta afección es de 55% entre los niños de 6 a 9 años de edad, las causas más frecuentes son: rinitis alérgica, amígdala palatina, entre los signos y síntomas comunes incluyen cansancio frecuente, somnolencia diurna, falta de apetito, déficit de atención, anomalías faciales típicas (como aumento de la altura vertical del tercio inferior de la cara, arco maxilar estrecho y paladar estrecho). (11)

- Respiradores Mixta

En el crecimiento y desarrollo en sus alteraciones que necesitamos para ayudar más de un especialista otorrinolaringólogo para determinar la causa, ortodoncista para correcciones dentales. (39)

3.2.3.2. Intraoral

Primer contacto del niño instrumentos odontológicos

Tejidos Blandos

- Labios

Observación se evalúa todos los aspectos de la morfología.

- Vestíbulo

Con los dedos se palpa presentando un aspecto liso y brillante del vestíbulo localizado en el conducto parotídeo. (40).

- Frenillo labial

Pueden ser relacionadas como consecuencia de la presencia del frenillo labial en la primera infancia con indicación quirúrgica:

- a) facilidad de acumulación de biofilm;
- b) dificultad de higienización bucal;
- c) restricción de los movimientos labios;
- d) interferencia en el posicionamiento dental.

La técnica quirúrgica recomendada en niños es la del reposicionamiento, que produce el mejor resultado estético y permite el mantenimiento de la morfología y función de la estructura anatómica, eliminando sólo la porción con inserción indeseable



Figura N°10 Frenillo labial patológico

- Frenillo Lingual

Su diagnóstico debe ser precoz, en las primeras 48 horas después del nacimiento, siendo obligatorio en las maternidades brasileñas la “prueba de la Linguinha” desde 2014. Así diagnosticado, lo indicado es la frenectomía lingual. (11)



Figura N° 11 Frenillo lingual patológico

- Lengua

Se ubica en la cavidad bucal, ayuda a la articulación, digestión, fonación.

Tipos de lengua Fisurada, geográfica, saburral, bífida, microglosia, macroglosia

- Piso de boca

Se encuentra en la base de la porción que se palpa con los dedos índices para verificar la normalidad y defectos.

- Paladar duro

Se evalúa el color, textura, consistencia y adherencia.

- Paladar blando

- Se evalúa el paladar blando y amígdalas

- Orofaringe

Se observa el tamaño, forma y presencia

- Encía

Es la que sostiene a los dientes en los huesos maxilares que protegen . (11)

Tipos de encía:

E. Papilar o interdental ocupa la abertura gingival, que es el espacio interproximal debajo del área de contacto dental.

E. Marginal o borde terminal de la encía que rodea los dientes en forma de collar.

E. Adherida su aspecto es más flácido, brillante y tonos rojizos son más frecuentes por la vascularización del tejido conectivo en niños.

Tejidos duros:

La cronología es de manera exacta que modifica los factores como la herencia, sexo y el desarrollo esquelético (41).

- Tipos

- Dentición decidua

- Dentición mixta: involucran la primera y segunda fase.

- Dentición permanente
- Anomalías dentarias

Incluyen en la variación el número, tamaño, erupción de las piezas dentarias que se adquieren después de su formación. (42)

En el tamaño: Macrodoncia, microdoncia

En su forma: fusión, concredencia, fusión, geminación, diente invaginado, dens, taurodontismo.

- Arcos dentarios

Forma: Cuadrangular, ovoide, triangular

Tipo: Tipo I, espaciado; Tipo II, no espaciado.

- Oclusión

En dentición mixta o permanente la relación molar puede ser:

- Relación Molar clase I: cuando la primera molar superior ocluye con el surco vestibular del molar inferior.
- Relación molar clase II: La primera molar superior ocluye por delante del surco de la primera molar mandibular.
- Relación molar clase III: cuando la cúspide mesivestibular de la molar maxilar ocluye con el surco vestibular.
- Relación Canina
- Clase I: la vertiente distal del canino coincide con del lado mesial.
- Clase II: el canino superior se ubica adelante del canino inferior
- Clase III: cuando el canino superior está por detrás de la premolar inferior

Overjet

Clínicamente se mide en sentido horizontal el borde de los incisivos superior más protruido en los modelos de estudio.

(43)

Overbite

La distancia en mm en sentido vertical de la cantidad que cubre el borde del incisivo central superior al incisivo central inferior. La norma es de 2.5 mm (43)

Relaciones Intermaxilares para la dentición Decidua

Planos terminales

Siendo el segundo molar primario inferior más grande en sentido mesiodistal que su antagonista en 2-3 mm ocluye de manera que la cúspide mesial articular por delante de la cúspide mesial de su antagonista. La situación de las caras distales de los segundos molares primarios antagonistas es guía para el diagnóstico de posibles disgnasias.

Plano terminal recto

También llamado “plano post-lácteo”. Su existencia se debe a la presencia de los “diastemas de primate” o “espacios primates”.

Relación Mesial (Escalón Mesial): Clase II

Se da cuando la cara distal del segundo molar primario inferior se encuentra mesial a la cara distal del segundo molar primario superior.

Relación Distal (Escalón Distal): Clase III

Se da cuando la cara distal del segundo molar primario inferior se encuentra distal a la cara distal del segundo molar primario superior.

Arcos Dentarios

Arco tipo I: Cuando los arcos presentan espacios primates (espacio fisiológico mayor al espacio normal y deberá estar localizado en la arcada superior distal del IL Y mesial del C y en la arcada inferior entre el C y el 1M) y diastemas generalizadas, el cual proporcionara suficiente espacio para la erupción de los incisivos.

Arco tipo II: Cuando no presentan (primates y/o diastemas generalizados), originado un apiñamiento dentario. (44)

Tabla N°11 Análisis de Walter-Ferelle para diagnosticar alteraciones en la etapa de la dentición decidua

| | 1 | 2 | 3 | Final |
|-----------|----------------------------|--------------|----------------|----------------|
| Situación | Relación incisal (overjet) | Llave canina | Plano terminal | Pronóstico |
| A | 0-3mm | 2-3mm | Recto | Bueno-Clase I |
| B | >3mm | <2mm | Escalón distal | Malo-clase II |
| C | <0mm | >3mm | Escalón mesial | Malo-Clase III |

- Higiene oral

Bueno (B) Regular (R) Malo (M)

- Saliva

Es una solución exocrina que consiste en un 99% de agua y el 1% restante consiste en una variedad de electrolitos y proteínas, sus funciones son: protección de los tejidos orales, periorales, facilitar la alimentación, el habla, además en las pruebas de diagnóstico (45). Otro aspecto importante en el proceso dinámico de caries es el aclaramiento promovido por el flujo salival y la estabilidad del pH, principalmente debido a los sistemas de bicarbonato y fosfato. (46).

3.2.3.3. Odontograma

Según Resolución Ministerial No 272 - 2019/ Minsa refiere que “ el uso del odontograma con el fin de disponer información, tiene como objetivo estandarizar el grafico y la nomenclatura básica, permitiendo a la comunidad de cirujanos dentista manejar la misma información utilizados en aspectos clínicos, legales, forenses, estadísticos, de investigación o docencia. (47)

El grafico del odontograma es el siguiente:

Odontograma Inicial

Fecha: _____

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

65 64 63 62 61 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Especificaciones: _____
Observaciones: _____

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud Bucal - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Odontograma de Evolución

Fecha: _____

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

65 64 63 62 61 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Especificaciones: _____
Observaciones: _____

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud Bucal - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Figura N°12 Odontograma.

- En el caso requiera alguna modificación por tratamiento estomatológico, el cirujano dentista debe registrar y describir en la evolución dicha modificación acompañada por su firma y sello, las especialidades pueden adicionar otras nomenclaturas relacionados a su campo, tiempo promedio de 10 minutos por paciente. El registro de los hallazgos se realiza a través de la siguiente nomenclatura (47):

3.3. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Se realiza la anamnesis y el examen clínico que se necesita los exámenes auxiliares elaborando un plan de tratamiento.

- Diagnóstico de salud general
- Diagnostico tanto a nivel de tejido blandos, tejidos duros, oclusión y la conducta.

3.4. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El examen radiográfico es la herramienta más utilizada como auxiliar en el diagnóstico, preservación y seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. (27). Según el lugar donde se sitúa el soporte de la imagen, las proyecciones se clasificaran en intraorales (cuando la película va dentro de la boca) y extraorales (cuando la película va fuera de la boca), Cada uno de los diferentes tipos de proyecciones intraorales tienen sus propias indicaciones. (48)

3.4.1. Radiografía Bitewing

Permite ver con gran precisión las caries interproximales en superficies proximales donde no puedan visualizarse o sondearse . (49)

Intervalo de 12- 24 meses en niños con dentición de transición después de la erupción del 1MP.

Intervalo de 18-36 meses en adolescentes con dentición permanente.

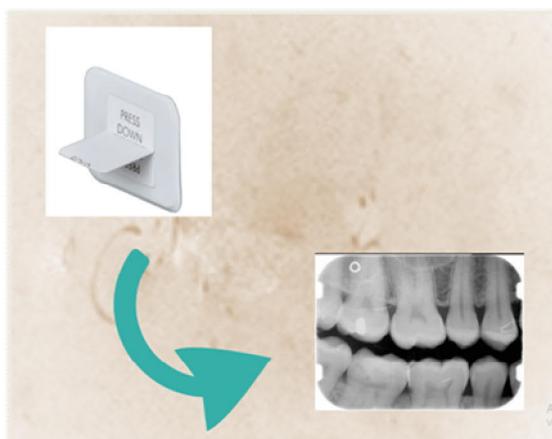


Figura N°14 Radiografía bitewing o de aleta de mordida

3.4.2. Radiografía periapical para evaluar las Rx periapical (50)

- Alteraciones de los tejidos periapicales
- Cambios radiológicos asociados con los tejidos de las vías periapicales
- Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal
- Pérdida de lámina dura
- Presencia de imágenes radiolúcidas o radiopacas en el ápice del diente
- Infección
- Traumatismo o una enfermedad metabólica pueden ser la causa de estos cambios óseos.



Figura N°15 Radiografía periapical

3.4.3. Radiografía Panorámica

Técnica extra oral tomada por un ortopantomografía que proyecta una imagen en ambos maxilares ideal para el paciente pediátrico se obtiene de manera sencilla, brinda amplia información y poca exposición de radiación (2rx periapicales, 12 a 15 segundos), indicada para diagnosticar el estado del desarrollo y crecimiento, ausencia, tamaño y localización de las estructuras, patologías óseas y dentales.

Las anatomías observables son: 1. Tabique nasal, 2. Cornete nasal. 3. Meato nasal. 4. Cavidad orbitaria. 5. Apófisis ascendente del maxilar superior. 6. Reborde infraorbitario, 7. Apófisis cigomático del maxilar, 8. Fisura pterigopalatino, 9. Cuerpo malar, 10. Eminencia articular, 11. Arco cigomático, 12. Agujero auditivo externo, 13. Cóndilo mandibular. 14.

Apófisis mastoide. 15. Lóbulo de la oreja. 16. Cavidad glenoidea. 17. Cuello cóndilo, 18. Región nasomaxilar, mandibular, ATM y columna cervical, dentro de las desventajas: poca nitidez, distorsión, errores de posición, cooperación del paciente, solo como complemento. (50)

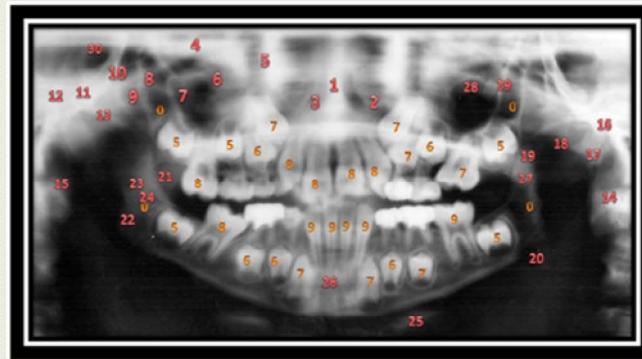


Figura N°16 Radiografía panorámica.

Tabla N°12 Recomendaciones de la FDA para la prescripción de imágenes de rayos X dentales (49)

| Tipo de paciente | Niño | | Adolescente |
|---|---|---|---|
| | Dentición Temporal | Dentición Mixta | Dentición Permanente |
| Paciente nuevo, evaluar enfermedad dental, crecimiento y desarrollo | Si no es posible visualizar superficies proximales. Rx BW | Rx. Periapicales individuales + BW o Rx. Panorámica +BW | BW y periapicales seleccionadas, Rx periapical completa en pacientes con deterioro extenso. |
| Pacientes control de caries o con alto riesgo. | Rx BW cada 6 – 12 meses o hasta que no se detecten signos de caries. | | Rx BW cada 6 meses o hasta que no se detecten caries. |
| Sin caries, sin factores de riesgo de caries. | Si no se ven superficies proximales BW c/ 12 a 24 meses | Rx. BW c/12 – 24 meses | Rx.BW cada 18 a 36 meses o hasta que no se detecten signos de caries. |
| Enf. Periodontal o antecedentes de tto. de enf. Periodontal. | Rx. Periapicales seleccionados o Rx BW en zonas donde existen signos clínicos de enfermedad periodontal, a parte de la gingivitis inespecífica. | | Rx. Periapicales seleccionadas o Rx BW en casos que se demuestren signos de enfermedad clínica. |
| Valoración de crecimiento y desarrollo. | Por lo general no está indicada la Rx. | Rx. Periapicales o panorámica | Rx. Periapicales o Panorámica. |

3.4.4. Interconsulta

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. (51)

Nombre del profesional y/o especialidad:

Nombre del paciente:

Diagnóstico:.....

Agradeceré informar por escrito, sia 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 completar el diagnóstico.

3.4.5. Set Fotográfico

Fotografías oclusales intraorales, tanto derecho, izquierdo, superior e inferior.

3.5. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

3.5.1. De la Salud General

Diagnóstico de salud general, estado general antecedentes patológicos.

3.5.2. De la Salud estomatológica

- De tejidos blandos: Diagnóstico de gingivitis
- De tejidos duros: caries dental, pulpitis, necrosis
- Oclusión: Maloclusión Clase I, II, III
- Riesgo de caries: Bajo riesgo, alto riesgo.
- Actividad de caries: activo e inactivo.
- Conducta: Receptiva, no receptiva.

3.5.3. Plan de tratamiento

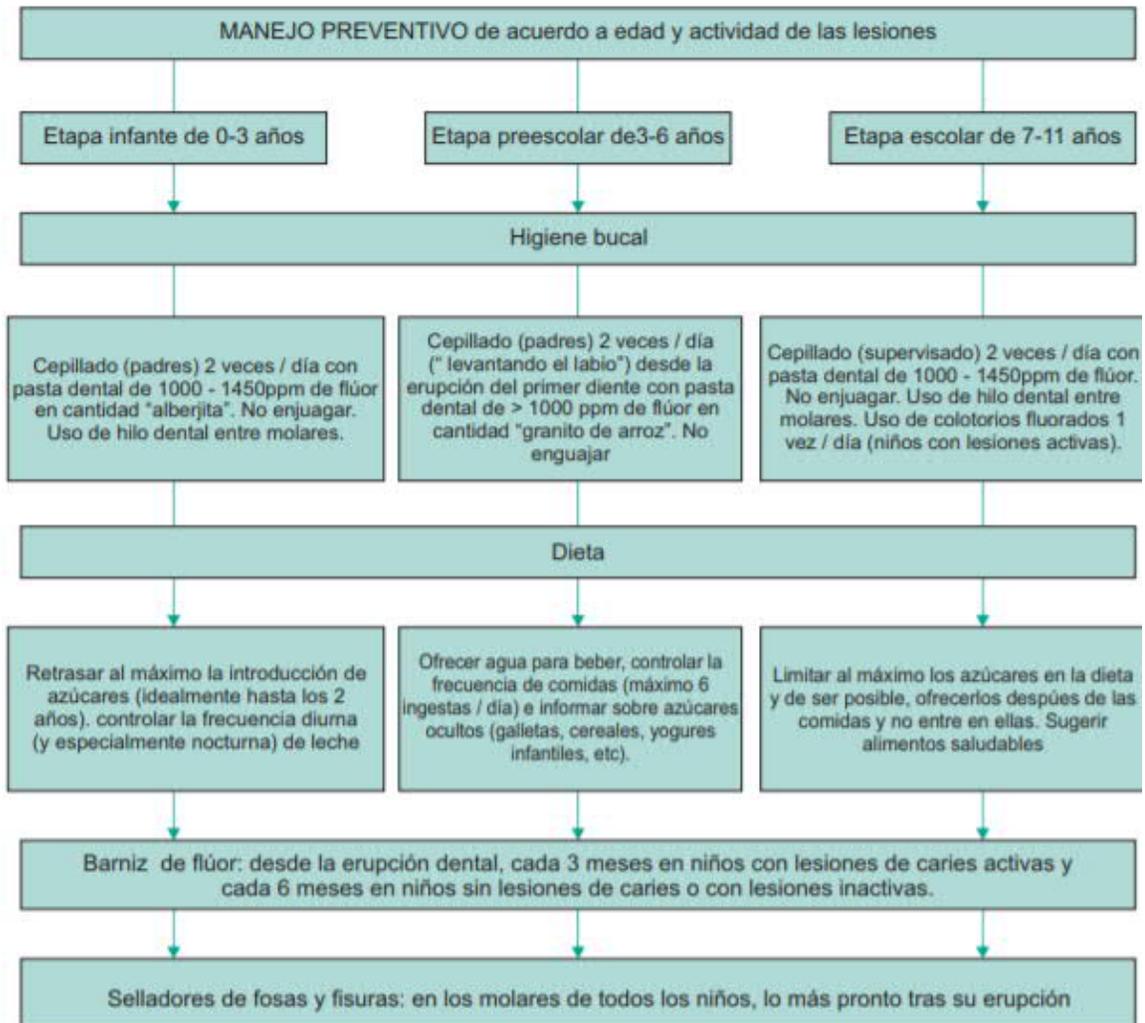
3.6. Fase Educativo

En esta fase tenemos que mencionar al cuidador que el cepillo es importante y también incluye la motivación. (3)

3.6.1. Fase Preventiva

En esta fase el manejo se realizara de acuerdo a la edad y actividad de las lesiones que encontremos (3)

Tabla N°14 Flujoograma de prevención de caries en niño de 0 – 11 años

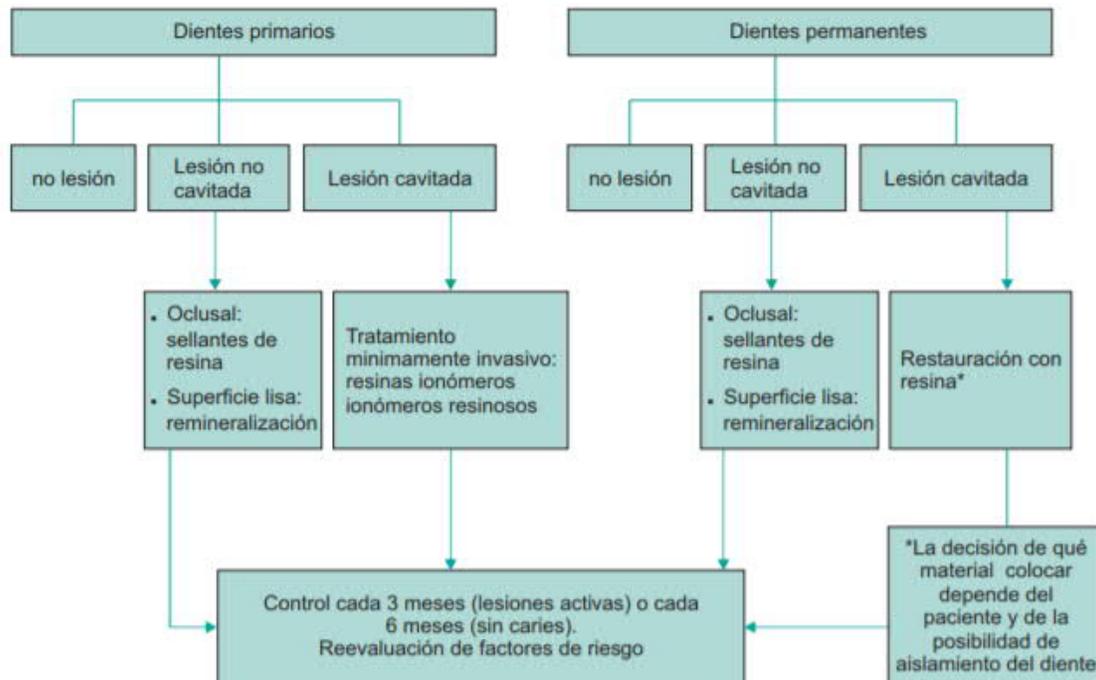


3.6.2. Fase Curativa

En la fase curativa nosotros restablecemos la oclusión del paciente, dentro de los materiales de obturación más usados tenemos: resinas (jeringas con múltiples colores, aplicable directamente sobre la cavidad), ionómero de vidrio (cemento de uso moderno en restauración en dientes temporales como también en coronas y puentes), óxido de zinc (obturación provisional de cavidades) (27)

Dentro del manejo de lesiones podemos encontrar lesiones no cavitadas que se presentan en esmalte se deben aplicar sellantes de resinas, para las lesiones cavitadas en dientes temporales que se presentan en dentina se recomienda técnicas mínimamente invasivas. (3)

Figura N°17 Flujoograma del tratamiento restaurador de caries en niños de 0 – 11 años



3.6.3. Fase Rehabilitadora

1. Corona de acero.

Las coronas de acero son formas de coronas de metal prefabricadas que pueden adaptarse a molares primarios afectados individualmente. Los molares primarios tienen coronas clínicas cortas y esmalte y dentina delgados, pero grandes cámaras pulpares, lo que dificulta el soporte y la retención adecuados de las restauraciones intracoronales proximales sin exponer la pulpa. (52)

2. Con resina se replica la superficie

Se utiliza para construir los incisivos con caries extensas. (53)

3. Coronas de celuloide.

Se utiliza para reconstruir incisivos primarios y permanentes jóvenes con caries extensas, incisivos primarios y permanentes jóvenes con defecto de esmalte, incisivos primarios tratados endodónticamente. (53)

4. Carillas estéticas en dientes primarios

En piezas con cambio de color post traumático previo tratamiento pulpar.

3.6.4. Fase de Mantenimiento

Tiene como objetivo mantener la salud del paciente, evitando el surgimiento de enfermedades de caries y de otras alteraciones dentales no cariosas, de las enfermedades gingivales y periodontales, interceptar lo más temprano posible, las alteraciones en la oclusión, en la mucosa y en los tejidos óseos así como en las articulaciones temporomandibulares. (27)

Nacimiento a 12 meses

Completar el examen clínico bucal con exámenes apropiados de diagnóstico para evaluar el crecimiento bucal, el desarrollo, patología y/o lesiones y así proporcionar un diagnóstico, aconsejar uso de los fluoruros, proporcionar asesoría: dietética, traumas orofacial, hábitos. Proporcionar tratamiento, orientación preventiva, consultar al pediatra en caso sea necesario, evaluar riesgo del paciente, determinar intervalo para la evaluación periódica.

12 a 24 meses

Repetir los procedimientos del nacimiento a los 12 meses, cada 6 meses según el riesgo o actividad, evaluar las prácticas adecuadas de alimentación, realizar consejería a los padres, revisar uso de flúor, ofrecer tratamiento tópico de flúor de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente.

2 a 6 años

Repetir los procedimientos indicados en las etapas de 12 a 24 meses cada 6 meses según el riesgo o actividad, solicitar una evaluación radiográfica de diagnóstico de la enfermedad y/o por algunas patologías de crecimiento y desarrollo, aplicar sellantes de fosas y fisuras en los dientes primarios y permanentes, ofrecer consejería y servicio (protectores bucales de deportes), evaluar el desarrollo de habla o lenguaje.

6 a 12 años

Repetir los procedimientos indicados para los pacientes de 2 a 6 años cada 6 meses o según riesgo o actividad, ofrecer consejería relacionada al abuso de sustancias (por ejemplo fumar, uso de bebidas alcohólicas), ofrecer consejería en cuanto a la perforación intraoral y perioral.

De 12 años en adelante

Repetir los procedimientos indicados para los pacientes de 6 a 12 años cada 6 meses o según lo indicado por el riesgo o actividad de enfermedad del paciente.

3.7. PROGRAMACION

En este punto todo va a depender del profesional, depende de la conducta del paciente. Lo ideal es iniciar por el tratamiento menos invasivo hasta lograr la confianza del paciente y poder llegar al tratamiento invasivo.

3.8. EVOLUCION

En la evolución se registra todos los procedimientos que se van realizando.

3.9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formato de Consentimiento Informado En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente.(1)

Se exceptúa dispuesto en situaciones de emergencia.

Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

H.C. N°: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO (DONTOPEDIATRÍA)
(ley General de Salud N° 28842, D.S. Nº 013-2006-SA, N.º de 002-MINSA/DGIC-V-002)

TU, _____ en pleno uso de mis facultades físicas y _____ y _____ que soy responsable de mi hijo (a) menor, _____, menor de edad, te autorizo para ser atendido en Clínica Odontológica.

DECLARO EN FORMA LIBRE, VOLUNTARIA Y CONSCIENTE haber manifestado información verdadera al personal de salud de esta clínica, así como estar informado sobre el o los diagnósticos hechos respecto al estado de salud, del menor de la naturaleza de la atención a recibir, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como de los beneficios a obtener producto de la misma. De igual manera, me comprometo a seguir las indicaciones y recomendaciones que se me requieran.

Además declaro que he sido completamente informado sobre su diagnóstico y plan de tratamiento.

Por lo tanto, **ACEPTO** el plan de tratamiento propuesto en la H.C. _____ y autorizo a la facultad de odontología para que lo opere en través de sus docentes y estudiantes. Considero viable que se atiendan al paciente los medicamentos y materiales dentales que el tratamiento implica, además consiento que se registre y use el material con fines académicos.

Además, autorizo a que se obtengan de mí representado durante la atención, fotografías, videos (dimensiones), gráficos, dibujos, esquemas, registros, escueltas, entre otros medios que sirven para la observación en diagnóstica y la planificación y ejecución de mi tratamiento, así como para efectos estadísticos dentro del ámbito de la odontología.

En mi sentido, bajo estas condiciones y dando fe de lo arriba verídico, **MANIFESTO MI CONFORMIDAD EXPRESA EN EL PRESENTE CONSENTIMIENTO.**

Pueblo Libre, _____ de _____ de _____

Firma del Alumno Operador _____ Huella _____
No DNI _____ Huella _____

Firma del Paciente, Apoderado Representante Legal _____ Huella _____
No DNI _____ Huella _____

Firma del Testigo (opcional) _____ Huella _____
No DNI _____ Huella _____

REVOCATORIA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TU, _____ paciente de la Clínica Odontológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, mediante la firma que estamparé a continuación, **REVOCO** voluntariamente el presente Consentimiento Informado.

Pueblo Libre, _____ de _____ de _____

Firma del Paciente, Apoderado Representante Legal _____ Huella _____
No DNI _____ Huella _____

Figura N°18 Consentimiento informado

4.0. CONCLUSIONES

- El poder contar con una Historia Clínica permite recoger los procedimientos realizados al paciente, lo cual evita investigaciones innecesarias. Errores de diagnóstico, así como optimiza la calidad de la continuidad de la atención.
- Mediante este documento obtenemos información del diagnóstico y tratamiento recibido.
- Para poder llegar a un buen diagnóstico es necesario conocer la importancia de cada parte de la Historia Clínica, para poder hacer las preguntas necesarias.
- Es un documento que nos permite promover la futura salud del niño mediante estimulación de conductas y actitudes positivas sobre el tratamiento dental.
- Actualmente, la historia clínica física tiene limitaciones es que la información relevante que quizá el paciente no recuerda, la historia electrónica posee más elemento para obtener información completa y armar estadísticas epidemiológicas en menos tiempo,

5.0. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud. Norma técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica. Lima: Minsa; 2018.
2. Martínez D, Guanche Martínez A, Clavera T, Álvarez J. Propuesta de un modelo de historia clínica ambulatoria en la urgencia estomatológica. Revista Ciencias Médicas. vol.22 no.2 Pinar del Río. 2018.
3. Ministerio de Salud. Guía Práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. Lima : Minsa; 2017
4. Cuenca K, Rodriguez M, Soto A, Penton O. The clinical dental history as tool in the clinical method and as medical-legal document. 2004
5. Gonzales R, Cartendey J. La historia clínica médica como un documento médico legal. Artículo de opinión (CUBA
6. Cantale C. Historia clínica orientada a problemas. Centro privado de medicina familiar. (USA) 2003
7. Syed S, Nisar N, Mubeen N. Early Childhood Caries: Preventable Diseases. Dental Open J. 2(2): 55: 2015.
8. Gussy M, Ashbolt L, Carpenter L. Natural history of dental caries in very Young Australian children. Internacional Journal of Paediatric Dentistry. 2016; 26: 173-183
9. Silva N, Torres I, Santos L, Castelo C. Impact of developmental defects of enamel on quality of life in 5 years old children. Internacional Journal of Paediatric Dentistry. 2017
10. Gitter J, Mu E, Orlow S, Characterization of Herpes Simplex Virus Infections Seen in the Paediatric Dermatology. Pediatric Dermatology. 2017; 34 (4): 446-449.
11. Nahás S. Odontopediatría na primeira Infancia: 4ta edición. San Paulo: Rui Santos; 2017.
12. Perez M, Naranjo Y, Torralba L, Tamayo Y, Figueroa E. Intervención educativa sobre gingivoetomatitis herpética aguda, dirigida a médicos de la atención primaria. Revista Scielo.2017; 21(3).
13. Navarro J. Enfermedad periodontal en adolescentes. Revista Scielo. 2017; 39 (1).
14. De Macedo I, Ribeiro C. Social determinants of health and maxilofacial injuries in children and adolescents victims of violence: a novel GIS. Based modeling application. 2017.
15. Hernández A. Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente en la consulta odontopediatría, Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Odontología: 2012.
16. Boeree G. Teorías de personalidad en Psicología: Alfred Adler. Psicología online. 2018.
17. Cereceda M, Estrada M, Valdivieso M. Guía para la confección Ficha clínica y Diagnostico en Odontopediatría. Universidad San Sebastián. 2012.
18. Torres E, Quintanilla M, Ruiz J, Arenas R. Leishmaniasis: una revisión. Publish fast: 2017.
19. Sandoval J, Sandoval C. Uso de fármacos durante el embarazo. Med. Vol.18. no. 2 Lima, jun 2018.
20. Ministerio de salud. Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. Lima : Minsa; 2018

21. Ministerio de Salud. Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para niños y niñas preescolares. Chile: Programa Educativo; 2015.
22. Díez A, Marrodán M. La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico. Primera Edición. Madrid: Punto Didot: 2017.
23. Ministerio de Salud. Guía técnica para la consejería en la lactancia materna. Lima: Minsa; 2017
24. Corrêa-Faria P, De Abreu M, Jordão L, Freire M. Association of breastfeeding and malocclusion in 5-year-old children: Multilevel approach. International Journal of Paediatric Dentistry. 2018
25. Echevarria L, Henriquez E, Rios M. Mother's knowledge about early childhood caries in Chile an children from low socio economic status, International Association Pediatric Dentistry. Santiago 2015
26. Collett B, Huebner C, Seminario A. observed child and parent tooth brushing behaviors and child oral health. Internacional Journal of Paediatric Dentistry. Seattle , 2016.
27. Andrade M, Barbosa P, Abreu M, Manual de Referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Editorial Livraria, 2da edición en Español. 2017
28. Ministerio de Salud. Guía Práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. Lima: Minsa; 2017.
29. Akinlotan M, Chen B, Fontanilla T. Economic evaluation of dental sealants: A systematic literature review. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2017.
30. Silva J, Costa B, Jones K. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services during early childhood: an epidemiological survey. International Journal of Paediatric Dentistry. Brasil: 2018.
31. Sánchez J, Sánchez A, Cardona R. Enfoque practico para el diagnóstico y manejo en Atención Primaria. Revista de Alergias. Mexico. Vol. 65 2018.
32. Cheborad K, Papez J, Dostalova T. Dental Treatment patients with blending disorders prospective study. Oral Surgery, oral medicine and oral pathology poster session. IAPD. 2015.
33. Nota C, Pelliteri M, Ingratta R. Piel y Faneras, Tejido Celular Subcutáneo y Cabeza. Hospital Nacional de Clínicas. Manual de Semiología. 2018
34. Figueroa M. Historia Clínica. (Tesis de postgrado). Universidad Inca Garcilaso de la Vega: Lima, 2017.
35. Peretz B, Shehadi R, Blumer S. Patients among Israeli Pediatric Dentists and Behavioral Management Aspects. International Journal of Paediatric. 2017.
36. Ferreira, MC, Porto de Toledo I, Dutra kl. Association between chewing dysfunctions and temporomandibular disorders: A systematic review. Journal of Oral Rehabilitation. 2018.
37. Cameron A. Wilmer R. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid 1ra Edición Harcourt Brace.1998
38. Gür K, Erol S, İncir N. The effectiveness of a nail-biting prevention program among primary school students. J Spec Pediatr Nurs. 2018.
39. Queiroz I. Evaluación y terapia de los Problemas de la Respiración Irene Quiroz Marchesan . Centro especializado en Fonoaudiología clínica. 2016.

40. Goldstein R, Curtis J, Farley B, y Molodtsova D. Oral Habits. Ronald E. Goldstein's Esthetics in Dentistry. 2018.
41. Rodrigue, P. Rodriguez, L. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. Revista Médica General Integral. 1999.
42. Beltrán M, Gatica. P, Grado de conocimiento en el diagnóstico radiográfico y en la correcta indicación del estudio radiográfico en patologías y/o afecciones orales más prevalentes, en alumnos de 5to año de odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Santiago. Universidad Nacional Andrés Bello: Repositorio, Chile; 2017.
43. Ugalde. F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposteriores vertical y transversal. Medigraphic 2007: 64 (3) 97-107
44. Elías. M, Arellano. C, Tello. G, Odontología para bebés fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Ignacio Loyola, Savia Editorial, 2da Edición, 2016
45. D Dodds. M, Roland. S, Edgar. M, A review of its role in maintaining oral health and preventing dental disease. British Dental Association. 2015
46. Borghi. G, Rodríguez. L, Lopes. L. Relationship among an amylase and carbonic dehydratase VI in saliva, visible biofilm, and early childhood caries: a longitudinal study. International Journal of Paediatric Dentistry. Brazil 2016.
47. Ministerio de Salud. Norma Técnica para el uso del Odontograma. Lima : Minsa; 2019
48. Cisneros E. La historia de la odontología Barcelona 1988.
49. Sean J. What do Dental X-ray Images Reveal? Fundamentals of Oral and Maxillofacial Radiology. International Journal Pediatric. New Orleans: 2017
50. Cortes F. Radiografía Panorámica en niños. Scribd. 2012
51. Cereceda M, Estrada M, Valdivieso M. Guía para confección ficha clínica y diagnóstico en Odontopediatría, Universidad San Sebastián, Clínica Integral del Niño, 2012.
52. Santamaría RM, Pawlowitz L, Schmoeckel J, Alkilzy M y Splieth, C. Uso de coronas de acero inoxidable para restaurar los molares primarios en Alemania: análisis transversal de cuestionario. Revista Internacional de Odontopediatría. 2018.
53. Torres G, Loayza R. Manual de Odontopediatría clínica. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2004.