
FICHA EPIDEMIOLOGICA PARA REGISTRO DE MALOCLUSIONES EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Dras. Dorlys Godoy Bordalt
Martha Casamayou
Elena Pavlotzky

RESUMEN

Se expone un **método de registro** para la Investigación Epidemiológica de la frecuencia de Maloclusiones y la necesidad de tratamiento en niños en edad escolar.

Se detalla la FICHA EPIDEMIOLOGICA CODIFICADA, confeccionada para dicho método de registro. Con ella se realiza un **estudio individual** que establece la información adecuada de las alteraciones presentes y necesidades terapéuticas de cada niño encuestado.

Se explica la importancia de registrar la información en la etapa fundamental de la **dentición mixta** para el estudio de la situación y de las posibilidades de su tratamiento.

Se explican los códigos, categorías y criterios para cada uno de los registros, los cuales son sencillos, se realizan con un mínimo de operaciones y escasos elementos.

Palabras clave: Ficha Epidemiológica. Prevalencia de Maloclusiones.
Necesidad de Tratamiento. Niños en edad escolar. Dentición mixta.

1.- INTRODUCCION Y DEFINICION DE CONCEPTOS

Las Maloclusiones están consideradas después de caries y paradenciopatías el problema de Salud Bucal que afecta en mayor grado a la población. (2) (3) (11) (12) (20).

Se debe establecer la gran importancia que tiene una cuidadosa investigación de la prevalencia de maloclusiones en niños en edad escolar para la formulación de Planes de Tratamiento de Ortopedia y Ortodoncia de todo Servicio Público de Salud Dental. (1) (2) (3) (4) (7) (12).

Es muy difícil planificar alguna atención masiva en niños sin la evaluación en cantidad y calidad del problema a tratar y sin un conocimiento aproximado de las necesidades terapéuticas existentes.

Para este propósito es importante tener una información detallada de la prevalencia individual de las maloclusiones en niñas y niños de **diferentes edades** y localidades y también un análisis de las necesidades de tratamiento. (2)

En edades tempranas, en la etapa de DENTICION MIXTA, la detección de maloclusiones y su tratamiento permite la atención de un mayor número de pacientes

con un mínimo de costos, así como el logro de óptimos resultados. (1) (4) (12).

En esta etapa es posible combinar medidas PREVENTIVAS Y ASISTENCIALES, que posibilitan terapéuticas de mayor impacto en la población y de menor costo. (1) (2) (4) (11) (12) (16) (19) (20).

Proponemos un método de registro que permita el estudio de la situación en cada una de las edades del niño **cualquiera sea el estado de desarrollo de su dentición.**

El modelo de Ficha propuesta por la O.M.S. para el relevamiento de maloclusiones al poder ser usada sólo para individuos con dentición permanente no se ajusta a nuestros objetivos (17) (18).

Otros de los inconvenientes en el modelo de Ficha de O.M.S. es que en ella no existe ningún ítem que permita estudiar las necesidades de tratamiento, ya sea a nivel individual o de una población determinada, dato imprescindible para el análisis y la formulación de los planes asistenciales de la comunidad estudiada. (2)

Existen otros modelos de fichas elaboradas para la investigación epidemiológica de maloclusiones. Björk y Col (2), D'Esciban Luz (4), Tenenbaun y Col (22) (23), Muniz Beatriz (14), etc. que permiten el estudio en individuos en cualquier etapa de su dentición.

No fue adoptado alguno de estos modelos de ficha tal cual lo presentaban sus autores, pues en algunos los rasgos estudiados eran insuficientes considerando los objetivos de nuestro trabajo y otros incluyen índices que requieren maniobras complejas para su registro.

2- OBJETIVOS

CONFECCIONAR una FICHA EPIDEMIOLOGICA CODIFICADA que cumpla con los siguientes propósitos:

- a- que permita registrar y disponer información acerca de la prevalencia y severidad de las maloclusiones y sus necesidades terapéuticas en todos los niños en edad escolar, especialmente en aquellos que estén en etapas de dentición mixta.
- b- que los datos a analizar brinden la posibilidad de establecer relaciones entre los distintos tipos de maloclusiones.

- c- que brinde la posibilidad de profundizar en el conocimiento de la probable etiología de las disgnacias para incrementar los tratamientos preventivos que permitan la intercepción a edades tempranas antes que se constituyan en anomalías más severas y de atención más compleja.

3.- MATERIAL Y METODO

Se confecciona una ficha de tipo CODIFICADA

Los índices (8) (9) se seleccionaron con el criterio de cumplir con los siguientes requisitos, los cuales deben ser:

- I.- **Válidos**, medir correctamente aquello que se desea medir.
- II.- **Objetivos**, que indiquen de manera inconfundible el grado de maloclusión.
- III.- **Reproducibles**, que aplicados por otros examinadores o por el mismo examinador en diferentes circunstancias brinde un resultado similar.
- IV.- **Sencillos**, prácticos, no complicados.

Los INDICES elegidos se toman directamente de la boca del paciente, se evitaron elegir registros en modelos que impliquen impresiones y se evitaron también registros de radiografías. Los registros establecidos requieren el mínimo de operaciones y escasos elementos.

En los ITEMS que están específicamente señalados con la sigla OMS, se siguen los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud para su registro. Los otros RASGOS estudiados en que no hay criterio de la OMS, se explica en forma definida y simple los signos a estudiar y cómo realizar el registro correspondiente.

Cuando una entidad no puede ser registrada, independiente de la causa, usaremos el código "9" como lo hace la OMS.

El ítem NECESIDAD DE TRATAMIENTO fue incluido en este modelo de ficha y su registro se basa en el estudio individual de la o las maloclusiones presentes.

3.1 DESCRIPCION DE LA FICHA			
CODIGO		Edad..... años..... meses.....	
NOMBRE		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
		Peso..... kgs. Talla.....cms	
1. ANTECEDENTES ORTOPEDICOS 1 - Si <input type="checkbox"/> 0 - No <input type="checkbox"/>	2. FONIACION A. Correcta <input type="checkbox"/> B. Defectuosa <input type="checkbox"/>	3. PERFIL A. Post. Diverg. <input type="checkbox"/> B. Recto <input type="checkbox"/> C. Ant. diverg. <input type="checkbox"/>	4. CIERRE LABIAL A. Normal <input type="checkbox"/> B. Anormal <input type="checkbox"/>
6. LINEA MEDIA A. 0-Normal <input type="checkbox"/> B. 1-Desviada <input type="checkbox"/> 9-No reg. <input type="checkbox"/>		7. FRENILLO ANOMALO <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 A. Labial sup <input type="checkbox"/> B. Labial inf. <input type="checkbox"/> C. Lingual <input type="checkbox"/>	
9. APIÑAMIENTO ANTERIOR Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A. superior <input type="checkbox"/> B. Inferior <input type="checkbox"/>		10. Resalte (mm) A.O- de 0 a 6 <input type="checkbox"/> B.1- de 6.1 a 9 <input type="checkbox"/> C.2- + de 9 <input type="checkbox"/> 9- No reg. <input type="checkbox"/>	
13. RESALTE MAND. ANTERIOR 0.- No <input type="checkbox"/> 1.- Sí <input type="checkbox"/> 9.- No reg. <input type="checkbox"/>		14. MORDIDA CRUZADA ANT. 0.-No <input type="checkbox"/> 1.- Sí <input type="checkbox"/> 9.-No reg. <input type="checkbox"/>	
17. PLANO TERMINAL D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 0.-No <input type="checkbox"/> 1.-Sí <input type="checkbox"/> 9.-No reg. <input type="checkbox"/> A. Recto <input type="checkbox"/> B. Esc. D <input type="checkbox"/> C. Esc. M <input type="checkbox"/>		18. RELACION MOLAR DERECHA A. O. Neutro <input type="checkbox"/> B.1. Disto (C a C) <input type="checkbox"/> C. 2. Disto <input type="checkbox"/> D. 3. Mesio (C a C) <input type="checkbox"/> E. 4. Mesio <input type="checkbox"/> 9. No reg. <input type="checkbox"/>	
20. RUIDOS ARTICULARES 1. Sí <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> A. Cierre <input type="checkbox"/> B. Apertura <input type="checkbox"/>		21. DOLORS ARTICULARES ESPONTANEO D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>	
22. CARIES PROXIMALES (Sector posterior) A. Sup. Der. <input type="checkbox"/> B. Su. izq. <input type="checkbox"/> C. Inf. Der. <input type="checkbox"/> D. Inf. izq. <input type="checkbox"/> 0 1 9		23. PERDIDA D. TEMPORARIOS 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A. 55 <input type="checkbox"/> B. 54 <input type="checkbox"/> C. 64 <input type="checkbox"/> D. 65 <input type="checkbox"/> E. 85 <input type="checkbox"/> F. 84 <input type="checkbox"/> G. 74 <input type="checkbox"/> E. 75 <input type="checkbox"/>	
25. GRADO DE SEVERIDAD 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		24. PERDIDA D.= PERMAN 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A. 16 <input type="checkbox"/> B. 26 <input type="checkbox"/> C. 46 <input type="checkbox"/> D. 36 <input type="checkbox"/>	
5. HABITOS 1- Sí <input type="checkbox"/> 0- No <input type="checkbox"/> A. Succ. Dig. <input type="checkbox"/> B. Degl. Atíp. <input type="checkbox"/> C. Resp. Buc. <input type="checkbox"/> D. Chupete <input type="checkbox"/> E. Mamadera <input type="checkbox"/> F. Bruxismo <input type="checkbox"/> G. Onicofagia <input type="checkbox"/>			
8. DIASTEMAS 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A. Central sup. <input type="checkbox"/> B. Superiores <input type="checkbox"/> C. Inferiores <input type="checkbox"/>			
11. SOBREPASE A.O-B a B a 2/3 cor. <input type="checkbox"/> B.1-2/3 cor. a 1 cor. <input type="checkbox"/> C.2- + 1 corona <input type="checkbox"/> 9- No reg. <input type="checkbox"/>			
12. MORDIDA ABIERTA ANT. 0. No <input type="checkbox"/> 1- Sí <input type="checkbox"/> 9- No reg <input type="checkbox"/>			
16. RELACION CANINOS 1.-Sí <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 9.-No reg. <input type="checkbox"/> A. Neutro <input type="checkbox"/> B. Mesio <input type="checkbox"/> C. Disto <input type="checkbox"/> D. Traba <input type="checkbox"/>			
19. RELACION MOLAR IZQUIERDA 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>			
PROVOCADO D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>			
OBSERVACIONES _____			
O.M.S. _____			
MODELO DE FICHA CONFECCIONADA			

La ficha comprende dos sectores.

3.-1.-1. INDIVIDUALIZACION DE LA FICHA

Consiste en el registro de los datos personales.

CODIGO. Se establece el registro con letras y números que identifiquen la escuela, la clase, y el turno del niño encuestado.

NOMBRE. Se anotan apellidos y nombre del niño.

EDAD. Se registra en años y en meses. Al costado se anota la fecha de nacimiento.

SEXO. Se marca en el casillero que corresponde, ya sea femenino o masculino.

PESO. Se anota en kilos.

TALLA. Se anota en centímetros.

3.-1.-2 INDICES - RASGOS ESTUDIADOS

Se describe cada ítem estudiado y cómo se realiza su registro.

Se establecen los CODIGOS, CATEGORIAS y CRITERIOS de cada registro.

1.- Antecedentes ortopédicos

Se interroga al niño con una pregunta sencilla, si ha usado algún aparato en boca. Se registra SI ó NO.

2.- Fonación

Se investiga alteración en la fonación, tipo de dislalias: sigmatismo y/o rotacismo. Se solicita al niño la emisión de vocablos que contengan los fonemas "S" y "R": "sisebuta" y "ferrocarril". Se registra en la ficha si la pronunciación es correcta o defectuosa.

3.- Perfil

Se hace sentar al paciente derecho mirando al horizonte. El Plano de Frankfort debe estar paralelo al piso. En esta posición determinamos el campo del perfil, que queda comprendido entre: a) En la zona anterior por el Plano Nasion (Izard) que es una perpendicular al plano de Frankfort que pasa por el punto Nasion. Se toma como Nasion el punto más profundo en el perfil óseo de la curvatura fronto-nasal.

b) En la zona posterior por el plano Orbital que es una perpendicular al Plano de Frankfort que pasa por el agujero Infraorbitario.

En la clínica lo establecemos con una escuadra marcando con un cateto el Plano de Frankfort y con el otro la perpendicular que baja desde el Agujero Infraorbitario, y una regla que colocamos detrás de la nariz.

Por observación del mentón se registra si el perfil es:

- A. -Posterior divergente
- B. -Recto
- C. -Anterior divergente.



4. Cierre labial

Se observa el contacto de los labios. Se registra si hay contacto bilabial constante normal o anormal.

5. Hábitos

- a) Succión digital. Se interroga al niño sobre este ítem.

Se observa si algún dedo de las manos presenta el típico callo del succionador y/o presenta cambio de color (más pálido) y/o forma (más afinado).

- b) Deglución atípica. Para analizar la deglución es necesario que el paciente esté sentado derecho en el sillón dental, con la columna vertebral vertical al plano de Frankfort y éste paralelo al piso. Se trata de observar sin que el niño se de cuenta, varias degluciones inconscientes.

Luego se le coloca una pequeña cantidad de agua en boca y se le pide que trague, notando los movimientos mandibulares. En la deglución normal, la mandíbula se eleva a medida que los dientes se juntan durante la deglución, y los labios se tocan ligeramente, mostrando escasamente algunas contracciones. En la deglución atípica, ésta se realiza con los dientes separados, y el paciente muestra contracciones de labios, de los músculos faciales y del mentoniano, los músculos elevadores mandibulares no se contraen y hay empuje lingual entre los dientes.

- c) Respiración bucal. Se estudia al niño respirando sin que se sienta observado. Los respiradores nasales habitualmente mantienen los labios tocándose ligeramente durante la respiración relajada, mientras que los labios de los respiradores bucales deben estar separados.

Los respiradores nasales normalmente demuestran buen control reflejo de los músculos alares, los que controlan el tamaño y la forma de las narinas externas; por lo tanto las dilatan al inspirar. Los respiradores bucales, aún cuando son capaces de respirar por la nariz, no cambian el tamaño o forma de las narinas externas, y ocasionalmente contraen los orificios nasales mientras inspiran. Para diagnosticar la respiración nasal utilizamos una mariposa de algodón que colocamos bajo los orificios nasales.

d/e)

Chupete y mamadera. Se interroga al niño en el momento del examen.

f) Bruxismo. Se observa si existen facetas de desgaste que cuando existen se presentan en caninos temporarios y en los primeros molares temporarios.

6. Desplazamiento de la línea media OMS

Este rasgo se registra si la relación entre la línea media superior y la inferior está desplazada en 2 mm. ó más, independiente de si el desplazamiento ocurre en el arco superior o en el inferior.

Cuando alguno de los cuatro incisivos centrales se perdió el rasgo debe ser puntuado como NO registrable, código 9.

Los códigos requeridos para este rasgo son los siguientes:

CODIGO	CATEGORIA
0	Rasgo no presente
1	Desplazamiento de línea media presente
9	No registrable

7. Frenillo anómalo

Se examinan tres entidades:

Frenillo Labial Superior: su origen es con frecuencia amplio desde la línea media de la cara interna del labio, y de allí se inserta en la capa externa del periostio y tejido conjuntivo de la sutura intermaxilar y apófisis alveolar. El punto de inserción es variable según el paciente y su edad, puede estar varios mm por sobre la cresta del reborde, en el reborde o pasar entre los incisivos centrales e insertarse en la papila incisiva, lo cual se asocia la mayoría de las veces a un diastema interincisivo. En este caso lo registramos como anómalo.

Criterio: el diagnóstico se realiza por el Test de Blanqueamiento. Se tracciona el labio superior bien hacia arriba y afuera, se pone tenso y si se produce isquemia en la papila interincisiva se registra como inserción anómala.

CODIGO	CATEGORIA
0	Rasgo no presente
1	Inserción anómala

Frenillo Labial Inferior: el haz fibroso se inserta en la cara interna del labio inferior y ocasionalmente en el tejido gingival marginal.

Criterio: se considera inserción anormal si se constatan alteraciones en el reborde marginal, despegamiento por tironeamiento, diastema interincisivo inferior.

CODIGO	CATEGORIA
0	Inserción normal
1	Inserción anormal o alta

Frenillo Lingual: un frenillo lingual anormal corto, liga la lengua al piso de boca. Le impide proyectarse fuera de la cavidad bucal y/o también le impide moverse hacia arriba para hacer contacto con el paladar duro. La deglución y la fonación están alteradas.

Se registra como frenillo anormal cuando se encuentran presentes alguno de los siguientes rasgos:

- El paciente no puede tocar con la punta de la lengua la mucosa palatina retroincisiva superior, con la boca abierta;

- La punta de la lengua presenta aspecto bífido;

- Al sacar la lengua fuera de la boca no se puede tocar el pliegue mentoniano;

- Existe diastema interincisivo inferior en el cual cae el frenillo

CODIGO	CATEGORIA
0	Frenillo normal
1	Frenillo corto

Condiciones de espacio

8. Diastemas OMS

Un espacio de 2 mm. o más, medido horizontalmente al mismo nivel de las superficies mesiales de los incisivos centrales superiores, se registra como diastema. Si alguno de los incisivos centrales está perdido, el rasgo no es registrable, se usa el código "9"

CODIGO	CATEGORIA
0	No hay diastema
1	Existe diastema
9	No registrable

Espaciamiento OMS

Se define como la situación en la cual la cantidad de espacio evaluable en un segmento excede aquel requerido para acomodar completamente los dientes, en ese segmento en un normal alineamiento.

Si se constata pérdida de dientes, supernumerarios, o dientes malformados no debe ser registrado; se usa el código "9".

8. -B. Diastemas Sup.

8. -C. Diastemas Inf.

CRITERIO

Se excluye de este ítem el diastema interincisivo y "espacios primates". Basándonos en la definición de espaciamiento de la OMS, hacemos el registro de la existencia de estos diastemas, pero no se hacen mediciones ni establecemos los distintos sectores como lo establece la OMS. Registramos su existencia y ubicación superior y/o inferior solamente.

9. Apiñamiento

En su registro se sigue parcialmente el criterio de la OMS. Se realizará sólo en el sector anterior y no se hacen mediciones.

OMS. El segmento anterior o incisivo incluye los 4 inc.

NOTA. El punto de demarcación entre los segmentos es desde la cara distal del inc. lat. hasta la cara D del inc. lat. del lado opuesto. NO desde la cara mesial de caninos.

Apiñamiento se define como la situación en la cual la cantidad de espacio en un segmento dado es insuficiente para acomodar a los dientes respectivos en ese segmento en un normal alineamiento.

CRITERIO

Se registra la existencia o no de apiñamiento anterior y su ubicación superior o inferior.

CODIGO	CRITERIO
0	No hay apiñamiento
1	Existe Apiñamiento
9	No registrable

OCCLUSION OMS

Todas las evaluaciones de las relaciones oclusales son hechas con la mandíbula en oclusión céntrica (máxima intercuspidadación).

Segmentos incisales

10. Resalte maxilar. OMS

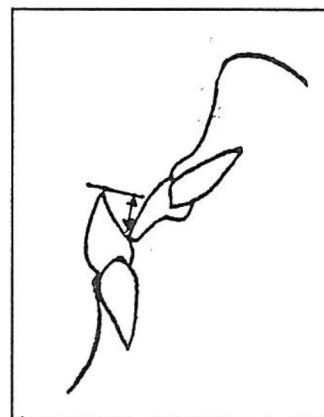
La medición se hace lo más cercano al mm (no fracción) desde el borde vestibulo incisal del incisivo central superior más prominente, a la superficie vestibular del incisivo central inferior correspondiente, paralelo al plano oclusal. Si ambos incisivos centrales superiores se perdieron o están en mordida cruzada el rasgo no es registrable. El registro del resalte se hace de acuerdo a los siguientes códigos:

CODIGO	CATEGORIA
0	0 μ m. (borde a borde) hasta 6 μ m.
1	6 μ m. hasta 9 μ m.
2	9 μ m. y más μ m.
9	No registrable



Descripción del método de medida

Con los dientes en oclusión céntrica se anota en mm. la relación del segmento incisal en sentido horizontal, desde la cara vestibular de los incisivos inferiores al borde del incisivo central superior más prominente. Se coloca la regla metálica apoyando un extremo sobre el incisivo inferior y el borde reglado que contacte con el incisivo central superior más prominente. Se hace la medición del resalte directamente en boca.



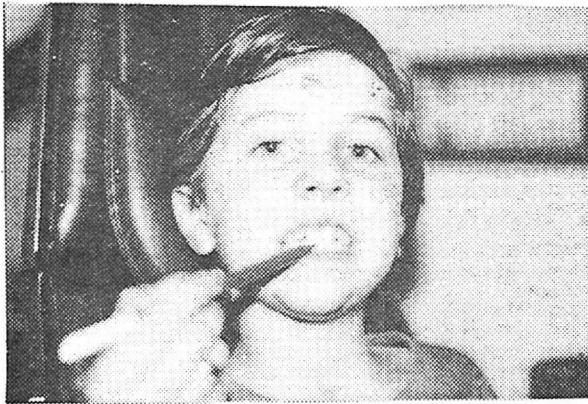
11. Sobrepase OMS

El máximo sobrepase de cualquiera de los dos incisivos centrales superiores en relación con los incisivos inferiores se estima en términos de alturas coronarias de los incisivos inferiores. Se hace la estimación y el código es el siguiente:

CODIGO	CATEGORIA
0	Borde a borde hasta <dos tercios de sobrepase
1	Dos tercios hasta <tres tercios de sobrepase
2	Tres tercios de sobrepase o más
9	No registrable

Explicación de método de registro:

Con los dientes en oclusión céntrica, se marca con lápiz sobre la cara vestibular del incisivo central inferior el nivel del borde incisal del incisivo central superior correspondiente. Si la oclusión fuera invertida, se marca sobre la cara vestibular del incisivo central superior el nivel del borde incisal del incisivo inferior correspondiente. A boca abierta se establece la distancia entre la marca del lápiz y el borde incisal del incisivo inferior marcado.



12. Mordida abierta anterior OMS

Este rasgo se registra sólo cuando **TODOS LOS CUATRO** incisivos superiores no cubren ninguno de los incisivos inferiores visto desde el plano oclusal. La posición borde a borde **NO** se considera como una mordida abierta. Si uno de los incisivos Superiores está perdido el rasgo debe ser puntuado con el código "9".

CODIGO	CATEGORIA
0	Mordida abierta no está presente
1	Existe mordida abierta
9	No registrable

13. Resalte mandibular OMS

Este rasgo es registrado sólo cuando **todos los 4 incisivos superiores** ocluyen a lingual de los incisivos inferiores (borde a borde no se registra como resalte mandibular). El registro se hace con el código "1" si existe resalte mandibular. Si no está presente el código es "0". Si uno de los incisivos superiores se perdió, el rasgo debe ser puntuado como No registrable, código "9".

14. Mordida cruzada anterior OMS

Este rasgo se excluye recíprocamente con el registro de "Resalte Mandibular" y se registra sólo cuando **3 ó menos** de los incisivos superiores están en mordida cruzada. La puntuación puede variar por lo tanto de "0" a "1". Este rasgo **no se registra** cuando el "Resalte mandibular" está presente.

Cuando "Resalte mandibular" es puntuado "1", entonces "Mordida Cruzada Anterior" se registra "0".

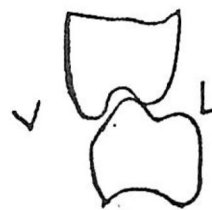
15. Mordida cruzada posterior lingual OMS

Se registra cuando una cúspide vestibular de un diente superior se encuentra a lingual de la máxima altura de una cúspide vestibular del diente inferior opositor. Los caninos están incluidos en la evaluación. Se registra también si es del lado derecho y/o del lado izquierdo.

CODIGO	CATEGORIA
0	No hay mordida cruzada posterior
1	Existe mordida cruzada posterior
9	No registrable

VESTIBULAR

LINGUAL



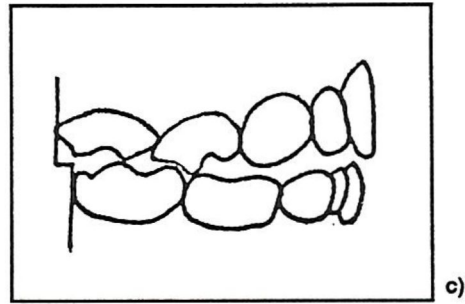
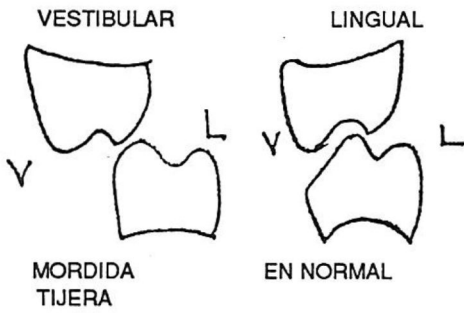
NORMAL



CRUZADA LINGUAL

Mordida cruzada posterior vestibular (Mordida en Tijera) OMS

Se define su existencia cuando una cúspide lingual de un diente superior está vestibular del diente inferior opositor. Si este rasgo está presente se registra en **OBSERVACIONES**.



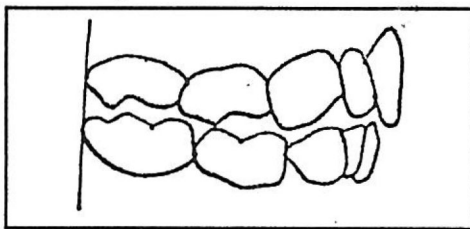
Segmentos Laterales

16. Relación caninos

El signo de canino mencionado por Robin, al cual Baume estudió y le dio el gran valor que tiene actualmente, se refiere a la ubicación del canino o a la relación de las caras distales de dichos dientes, que se hallan normalmente a 2,5 mm. de distancia entre sí, en el sentido ántero-posterior aceptando una tolerancia de 0,5 mm. más o menos y también se llama "llave canina". El criterio clínico a utilizar es la ubicación de la cúspide del canino superior que debe ocluir entre canino temporario inferior y primer molar temporario inferior o primer premolar inferior.

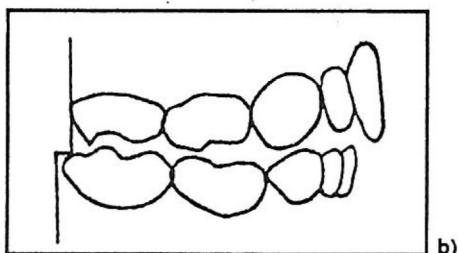
17. Plano Terminal o Plano Post-Lácteo

La forma de relacionarse las caras distales de los 2dos. molares caducos constituye el plano post-lácteo o plano terminal. Los diferentes estudios establecen diferentes clases de ajuste:



a) ESCALON MESIAL. La tangente que pasa por la cara distal del 2do. molar inferior está a mesial de la correspondiente del 2do. molar superior.

Esa presencia de un plano terminal con escalón Mesial permite al 1er. molar permanente inferior erupcionar directamente en oclusión correcta sin alterar la posición de los dientes vecinos.



b) PLANO TERMINAL RECTO. Conducente a una oclusión correcta por 1) dentición con presencia de espacios primates inferiores por un desplazamiento temprano de los molares inferiores hacia ese espacio al erupcionar el molar 6.

2) en denticiones cerradas se producirá una oclusión transitoria cúspide en los molares 6, y luego se producirá un desplazamiento tardío de los molares 6 después de la pérdida de los 2dos. molares caducos.

c) PLANO TERMINAL DISTAL. Cuando la tangente que pasa por la cara distal del segundo molar caduco inferior pasa por detrás de la correspondiente al segundo molar caduco superior; es anormal o indicio de una maloclusión de Clase 11.

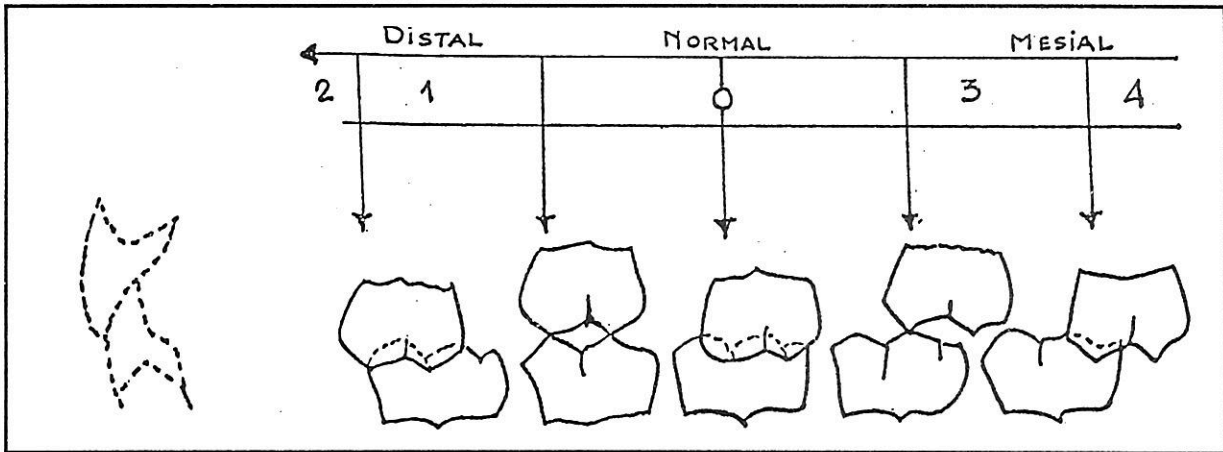
Registro. Se registra la existencia o ausencia del rasgo, en el lado derecho y lado izquierdo y en cada lado qué tipo de plano terminal está presente.

Segmentos laterales Relación Antero-Posterior OMS

18-19. Relación Molar Derecha e Izquierda

La evaluación se basa principalmente en los primeros molares permanentes de cada lado. Ninguna intención se hace para compensar el movimiento de estos dientes por cualquier razón. Si los primeros molares están perdidos, la evaluación se hace sobre la relación canina. Si ninguna evaluación puede ser hecha en un lado, la relación de ese lado es puntuada como NO registrable.

CODIGO	CATEGORIA
0	Normal <cúspide a cúspide hasta <cúspide a cúspide mesial
1	Distal, cúspide a cúspide hasta <el ancho de una cúspide
2	Distal del ancho de una cúspide y más
3	Mesial, desde cúspide a cúspide hasta <un ancho de una cúspide
4	Mesial, del ancho de una cúspide y más
9	No Registrable



Relación Antero Posterior. Escala referida a la posición del 1er. Molar Superior Izquierdo.

20. Ruidos articulares

Se registra con un estetoscopio la existencia de ruidos en la ATM en la apertura y en el cierre bucal en ambos lados por separado, derecho e izquierdo.

22. Caries proximales (Sector Posterior)

No se hace su evaluación en base a ningún índice de prevalencia de caries en la población estudiada. Se registra la existencia de caries, según el criterio de encontrar a la inspección con explorador curvo, cavidad abierta con pérdida de sustancia en las superficies proximales de todos los molares caducos.

CODIGO	CRITERIO
0	No hay caries
1	Presencia de caries
9	No registrables

23. Pérdida de Dientes Temporarios

Se registra la ausencia de molares caducos. Se anota como perdido todo diente que según el INDICE DE TRATAMIENTOS REQUERIDOS (OMS) se encuentre en la categoría de diente con EXTRACCION INDICADA, ya sea por caries que han causado tal destrucción de la corona, que no pueda ser restaurado, por la extensión de la misma con un compromiso pulpar muy importante, o sólo permanecen las raíces u otras razones.

CODIGO	CATEGORIA
0	No existe
1	Pérdida prematura

24. Pérdida de Dientes Permanentes. OMS

Cualquier diente permanente el cual, considerado que por el desarrollo dental del individuo debería haber erupcionado pero no está visible en boca, se registra como perdido. No se tendrá en cuenta la distinción entre las varias razones de su ausencia.

Para la confección de esta ficha SI debemos tener en cuenta las razones de la ausencia, sin seguir el criterio de la OMS., debido a que la hacemos en dentición mixta. La

causa de la ausencia puede ser un retardo de erupción y no podemos registrar ese diente como perdido. Hacemos el registro de ausencia de molares permanentes debido a extracciones. También registramos como perdido a los molares que se encuentren en la categoría de EXTRACCION INDICADA, ya explicado en el ítem N° 24.



CODIGO	CATEGORIA
0	No hay pérdida
1	Pérdida prematura

25. Grado de Severidad de la Maloclusión o PRIORIDAD DE TRATAMIENTO con este índice se establece un criterio para determinar las necesidades de tratamiento de acuerdo a las alteraciones encontradas en el registro realizado del paciente.

CODIGO	CATEGORIA
0	NO Requiere Tratamiento
1	Debe ser tratado
2	Debería ser tratado
3	Puede postergarse el tratamiento

Código 1 — Debe ser tratado PRIORIDAD ABSOLUTA EN EL TRATAMIENTO

Se establece en "observaciones" cuál o cuáles son las entidades halladas. El criterio de Prioridad Absoluta se establece cuando se detecta alguno de los siguientes rasgos:

- Alteraciones Genéticas o Congénitas Maloclusiones asociadas a fisuras de labio y/o paladar.
- Alteraciones congénitas de la ATM con asimetrías faciales, desarrollo asimétrico del cuerpo o forma mandibular, de formaciones severas.

3.2- INSTRUMENTAL UTILIZADO

Los niños deben ser examinados en consultorios odontológicos con luz artificial, con espejos planos, sonda exploradora y pinza de algodón, con bandeja de acero inoxidable.

Se debe utilizar para las mediciones una regla milimetrada metálica para medir el resalte, y marcador de fibra de punta fina para registrar el sobrepase.

Se utilizará una escuadra y una regla para observar el tipo de perfil.



ESTILOMICIN

ANTIBIOTICO PERIODONTAL ESPECIFICO

- PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
- GINGIVITIS
- PERICORONARITIS
- PRE Y POST CIRUGIA ODONTOLOGICA



ELVETIUM - GRECO

- Alteraciones Funcionales Graves, Importantes Asimetrías con Desviaciones Laterales, Grandes Desplazamientos
- Alteraciones Traumáticas, Maloclusiones consecuentes a heridas, cicatrices, fracturas, golpes, quemaduras.
- Perfil Anómalo. Alteraciones severas del perfil.
Perfil posterior divergente en 5 mm o más.
Perfil anterior divergente en 3 mm o más.
- Grandes Apiñamientos
- Resalte Mayor de 6 mm
- Mordida abierta
- Resalte Mandibular en Todo el Sector Incisivo
- Mordida Cruzada Posterior Lingual, cuando es de todo el sector lateral
- Dolores en la ATM, espontáneos

Código 2—Debería Ser Tratado. Las anomalías deben ser tratadas en el momento que se detectan.

- Alteraciones funcionales
- Apiñamientos
- Resaltes
- Sobrepase de 2/3 de corona o más
- Mutilaciones Dentarias

Código 3—Puede Postergarse el Tratamiento
Anomalías que desde el punto de vista social no implican necesidad de tratamiento.

3.3.- CALIBRADO DE LOS EXAMINADORES

Aunque los examinadores puedan diferir en sus criterios sobre la salud bucal de los individuos a examinar, se deben unificar los criterios cuando se examina un grupo determinado. Siempre que se realiza una encuesta es esencial que los examinadores que participan estén entrenados para hacer juicios clínicos lo más exactos posibles, por lo cual deben ser calibrados.

Los objetivos a estandarizar y calibrar son:

a) Asegurar una interpretación uniforme, comprensión y aplicación de los criterios de las diferentes enfermedades y condiciones a ser observadas y registradas.

b) Asegurar que cada examinador pueda lograr un standar efectivo y que las variaciones intra e interexaminadores sean minimizadas.

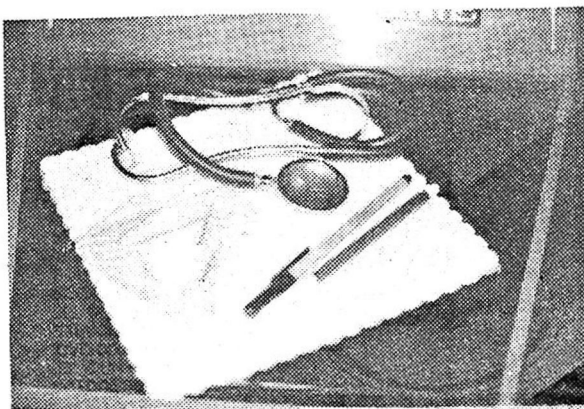
RESUMEN

Se expone un Método de Registro para la investigación epidemiológica de la frecuencia de maloclusiones y necesidades de tratamiento en niños en edad escolar.

Se detalla la FICHA EPIDEMIOLOGICA CODIFICADA, confeccionada para dicho método de registro. Con ella se realiza un estudio individual sistematizado y cuidadoso, que establece la información adecuada de las alteraciones presentes y las necesidades terapéuticas en cada niño encuestado.

Se utilizan los ítems para Maloclusiones establecidos por la Organización Mundial de la Salud y se agregaron otros rasgos por ser este estudio para niños con dentición temporaria y mixta.

Se explican los códigos, categorías y criterios para cada uno de los registros, los cuales son sencillos, se realizan con un mínimo de operaciones y escasos elementos.



5. BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO CESPEDES, Ana María. Prevalencia de Maloclusiones en niños de Instituciones Infantiles del área de la salud de Alamar. La Habana, Cuba, 1980.
2. BJORK y COL. A Method for Epidemiological Registration of Mal occlusion. Acta Odontológica Escandinava 23:27-41, 1964.
3. BOLASCO, BARAÑANO. Estudio de oclusión en un grupo de niños. Rev. Odontología Uruguay, Nº 1, mayo, 1973.
4. D'ESCRIBAN, Luz. Características de la oclusión. Rev. Iberoamericana de Ortodoncia, vol. 3, Nº 2, set. 1983.
5. CHAVEZ, Mario. Odontología sanitaria. OPS, Jul, 1969
6. FINN SIDNEY, B. Odontología pediátrica. Interamericana, 1976.
7. GRABER, M. Teoría y práctica. Interamericana, 1974.
8. KORN, Francis, ¿Qué es una variable en la Investigación Social?. Ficha Nº 52. Fundación de Cultura Universitaria, 1985.
9. LAZARFELD, P. F. Conceptos, indicadores, índices. Ficha Nº 7. Fundación de Cultura Universitaria, 1985.
- 10 LINDHE, Jan. Text book of clinical periodontology. Munksganrd, Copenhagen, 1983.
11. MAC DONALD, Ralph. Odontología para el niño y el adolescente. Mundi, 1975.
12. MAGNUSSON, Bengt. Odontopediatría. Salvat, 1985.
13. MOYERS, Robert. Manual de Ortodoncia. Mundi, 1976.
14. MUÑIZ, Beatriz, Salud Bucal en Niños de la ciudad de Madrid: estudio epidemiológico. Rev. Iberoamericana, vol. 2, Nº 1, 1982.
15. ODONTOLOGIA SOCIAL (Cátedra). Concepto ecológico de Salud y Enfermedad: repartido: CEO, 1971.
16. ODONTOPEDIATRIA (Cátedra), Temas de Odontopediatría. Universidad de la República, División Publicaciones , 1974.
- 17 O.M.S. A guide to oral health: epidemiological investigations: oral health unit. Geneva, 1979.
18. O.M.S. Oral health surveys: basic methods. Geneva, 1977.
19. ORTOPEdia DENTO MAXILO FACIAL. 2º. (Cátedra). Temas de Ortopedia. D.M.F. 2º, Universidad de la República, División Publicaciones, 1977.
20. PRIMER SEMINARIO DE ATENCION PRIMARIA Y SALUD BUCAL (23 al 26 de mayo de 1986). Facultad de Odontología de Montevideo.
21. TENENBAUM, M. MORALES, G. Indices cuantitativos para determinar la anomalía ortodoncia y evaluar su necesidad y prioridad de tratamiento. Rev. Iberoamericana de Ortodoncia, vol. 4, Nº 1, abril, 1984.
22. TENENBAUM, M. y col. Aplicación del Índice Iberoamericano en las Escuelas Primarias Municipales de Buenos Aires. Rev. Iberoamericana de Ortodoncia, vol. 5. Nº 1, abril, 1985.
23. VASALLO DE GRASSI, S. Estudio estadístico de maloclusiones.