

Examen dental en niños preescolares de un centro educativo de Madrid

Bartolomé Villar, B.; De Nova García, M.J.; Mourelle Martínez, M.R.; Costa Ferrer, F.

Resumen

La salud bucal del adulto comienza desde el periodo preescolar. Las prácticas preventivas inculcadas desde el primer año de vida son las que regirán la salud o enfermedad bucodental durante los años futuros. Motivados por ello, propusimos un Proyecto de Investigación a la U.C.M. con el fin de valorar las necesidades orales en niños preescolares.

Exploramos 145 niños con edades comprendidas entre 24-72 meses analizando los siguientes parámetros: dentición, caries dental, índice de placa, traumatismos y anomalías dentarias. Obtuvimos una baja prevalencia de caries dental (18,31%), no encontrando diferencias entre ambos sexos. La frecuencia de traumatismos dentales fue de 16,91%, siendo el incisivo central superior izquierdo el diente más afectado. Las anomalías dentarias más comunes fueron las de estructura (17,86%) seguidas de la agenesia dental (2,06%).

Palabras Clave: Caries dental; anomalías dentarias; traumatismos dentales; niños preescolares; dentición temporal.

Dental examination in pre-school aged children in an educational center in Madrid.

Summary

The oral health of an adult starts at preschool period. The preventive practices that children learn during the first year in life are the ones which will rule their health or buccal illness during their future development. Having this into consideration, we proposed a Precompetitive Research Project supported by U.C.M. with the aim to evaluate the oral needs in preschool children.

We explored 145 children, aged 24-72 months analysing the following parameters: Dentition, dental caries, plac index, traumatisms and dental anomalies. The results were: low prevalence of dental caries (18.31%) with no differences between sexes. The dental traumatisme frequency was 16.91% and the most affect tooth was central incisive superior left. The more common dental anomalies were those affecting the structure (17.86%) followed dental agenesy (2.06%).

Key Words: Dental caries; dental anomalies; dental traumatisms; preschool children; primary teeth.

Son escasos los trabajos actuales sobre la patología bucodental del niño preescolar en nuestro medio. Múltiples causas pueden ser atribuidas a este hecho: la falta de cooperación y la dificultad de la exploración a estas edades, la poca importancia otorgada a la dentición temporal por parte de algunos profesionales, la recomendación de la odontología tradicional del inicio de la atención dental en niños con dentición temporal

completa, así como la no inclusión de estos pacientes en los programas oficiales de salud bucodental; causas que provocan una falta de conocimiento de las necesidades de atención actuales de los niños preescolares. Paralelamente, estamos asistiendo a una "escolarización" precoz de los niños en una institución educativa, lo que comporta por un lado cambios en su modo de vida, y de otro, la adquisición temprana de unos

hábitos dietéticos, de higiene y de conducta sobreañadidos a los presentes en casa; hábitos que seguramente se mantendrán a lo largo de toda su vida. Además, sabemos que ciertas patologías que afectan la dentición temporal (caries, traumatismos, apiñamientos,...), pueden tener gran influencia en el futuro de la dentición permanente.

Con objeto de subsanar parte de esta deficiencia, propusimos, siendo aprobado, un Proyecto de Investigación Precompetitivo a la Universidad Complutense de Madrid, con el fin de evaluar las necesidades bucodentales de los niños preescolares, que nos sirvieran de base a futuras estrategias de actuación. Para ello, realizamos un examen dental analizando la presencia de caries, anomalías, traumatismos (objeto del presente artículo) así como hábitos de higiene oral, uso de flúor, dieta y análisis oclusal.

A partir de la década de los años 60 hemos asistido a un paulatino descenso de la prevalencia cariosa, situándose en niveles que oscilan entre 8,9% y 59,88% según autores⁽¹⁻⁶⁾. Ello es debido, entre otros factores, a:

- Mejora del acceso al cuidado dental.
- Motivación de los padres de pacientes pediátricos a acudir a edad más temprana al odontólogo para consejo bucodental. Según la Academia Americana de Odontopediatría "el consejo dental y los exámenes deberían realizarse durante los 6 primeros meses de la erupción de los primeros dientes temporales y no más tarde el año de edad"⁽³⁾. Todo ello porque la prevención de la enfermedad dental comienza por unos padres bien informados.

- Mejora del nivel de vida.

- Desarrollo de una variedad de métodos de prevención de la caries. Se acepta que el flúor, ya sea de forma sistémica o tópica, es responsable del descenso que ha sufrido la caries en los últimos treinta años⁽⁷⁾.

Sin embargo, la mayoría de los niños no son examinados por un dentista hasta que alcanzan la edad escolar, y todavía es elevado el número de niños con caries sin tratar o caries cuyo tratamiento es la extracción del diente afectado, muchas veces por la dificultad para realizar tratamientos complejos en un niño difícil de manejar⁽⁸⁾. De ahí, la importancia de reconocer a los niños con riesgo de caries incrementado en los años preescolares con el fin de poder llevar a cabo las medidas preventivas adecuadas.

Otras patologías dentales, como es el caso de los traumatismos y las anomalías, no han experimentado el mismo descenso de su prevalencia en pacientes infan-

tiles, quizá porque las medidas de prevención para ellas sean menos aplicables y eficaces.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo forma parte de un Proyecto de Investigación Precompetitivo de la Universidad Complutense. El programa lo desarrollamos de acuerdo a los siguientes marcos de actuación:

• **Padres:** Por las edades de los niños objeto del programa, sin duda son los responsables máximos de que éste sea llevado a cabo; pasando las responsabilidades a ser encomendadas al niño a medida que éste crece. Además, en múltiples ocasiones los padres están desinformados sobre todo lo referente al cuidado bucodental de sus hijos; por lo que consideramos importante introducirles dentro del proyecto, proporcionándoles recomendaciones sobre dudas y asesorándoles según las pautas propuestas por la ADA en su guía sobre la salud dental (1986)⁽⁹⁾. Según Schneider⁽¹⁰⁾ la necesaria educación de los padres ha elevado el número de pacientes menores de 4 años que buscan tratamiento preventivo de un 32,26% en 1971 a un 69% entre 1980-88.

• **Educadores:** Por su estrecho contacto y conocimiento tanto de los niños como del medio en que se desenvuelven, han de ser quienes mejor colaboren en la transmisión del mensaje y su realización. No debemos olvidar que los niños pasan muchas horas en el centro educativo, pudiendo ser incluidos en los programas preventivos a una edad en la que se están formando sus hábitos de salud.

• **Odontostomatólogos:** Encargados de elaborar el plan de prevención en función de las necesidades e informar a los padres y educadores.

• **Niños:** Objetivo final hacia el que van encaminadas las medidas preventivas. El estudio de sus necesidades y su grado de desarrollo psicomotor les involucrará en mayor o menor grado en la responsabilidad de sus propios cuidados.

El estudio se llevó a cabo sobre un total de 145 niños (64 varones y 81 mujeres) con edades comprendidas entre 24-72 meses (edad media: 44,93 ± 1,09 meses), pertenecientes a un centro educativo de Madrid. Realizamos una exploración bucodental, la cual fue llevada a cabo por un sólo examinador, en el propio Centro, utilizando espejo y sonda dental. El examen era realizado en un sillón reclinable y bajo luz artificial. Todos los niños debían encontrarse en dentición temporal, excluyéndose aquéllos que presentaban algún diente permanente erupcionado.

Tabla I. Distribución de la caries dental por grupos de edad.

Edad (meses)	Niños con caries	%
> 24 ≤ 36	1	2,13
> 36 ≤ 48	10	22,26
> 48 ≤ 60	18	25,81
> 60	7	30,43

Elaboramos también unos cuestionarios con el objeto de recoger algunos datos que nos permitieran un enfoque más individualizado de las medidas de prevención.

En alguno de los niños no pudimos llevar a cabo el registro de todas las variables debido fundamentalmente a la ausencia en la erupción de algún diente, falta de entrega del correspondiente cuestionario o, en el menor de los casos, problemas de colaboración.

Examinamos también a 49 niños menores de 2 años de edad en los cuales realizamos fundamentalmente un estudio dentario eruptivo, completándolo con los datos aportados por un cuestionario simplificado entregado a los padres.

Se examinaron clínicamente (entre otros) los siguientes parámetros:

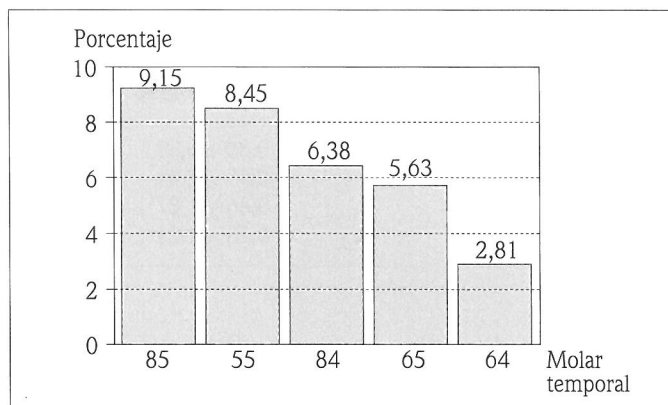
- **Denticion:** Consideramos un diente como erupcionado cuando una cúspide o el borde incisal había roto la encía, clasificando a los niños en dentición temporal completa o incompleta.

- **Caries dental:** Valoramos como caries dental aquellas lesiones exploradas clínicamente en que la sonda quedaba enclavada por la existencia de cavitación. De acuerdo a ello, elaboramos el índice co y cos.

- **Nivel de placa dental:** Utilizamos pastillas de plac-control para niños mayores de 3 años y una torunda de algodón impregnada con colorante para niños de 2 años, la cual se pasaba por todas las superficies dentarias. Posteriormente se hallaba el índice de placa contabilizando el número de superficies teñidas tanto en mesial, distal, vestibular como lingual/palatino frente al número total de superficies exploradas.

- **Traumatismos dentales:** Evaluados tanto por la existencia de una fractura coronaria visible clínicamente (de esmalte y/o dentina) como por la presencia de un cambio en la coloración.

- **Anomalías dentarias:** Seguimos la clasificación de Stewart y Prescott sobre las anomalías dentarias, clasificándolas en anomalías de forma tamaño, número, estructura y color.

**Figura 1.** Porcentaje de afectación de los distintos dientes por la caries dental.

Todos estos parámetros se evaluaron desde el punto de vista clínico ya que no realizamos ningún tipo de registro radiográfico.

De los cuestionarios entregados obtuvimos contestación en un 79,23 %, pudiendo recoger:

- Datos de filiación del niño.
- Hábitos de higiene oral sobre frecuencia de cepillado, uso de pasta dentífrica y seda dental así como la presencia de ayuda y/o supervisión en el cepillado.
- Hábitos como factor etiológico de maloclusión (succión digital, onicofagia, succión de labio y edad y duración del uso del chupete).
- Dieta en casa durante una semana haciendo hincapié en aquellos alimentos ricos en hidratos de carbono tomados entre horas.
- Edad y secuencia de erupción dentaria.

RESULTADOS

1. Dentición

De la muestra estudiada, un total de 121 niños (84,02%) presentaban dentición temporal completa; en los 23 niños restantes (15,98%), algún segundo molar faltaba por erupcionar.

2. Caries dental

Obtuvimos que tan sólo 26 niños (18,31%) presentaban lesiones cariosas, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos (11 varones y 15 mujeres), y estando un elevado porcentaje de niños libres de caries (81,69%). La frecuencia de afectación por grupos de edad fue la expresada en la tabla I.

El molar más frecuentemente afectado fue el 2º molar inferior derecho (9,15%), el resto de las frecuencias las señalamos en la figura 1.

Tabla II. Índice co medio por grupos de edad.

Edad (meses)	Índice co medio
> 24 ≤ 36	0,06 ± 0,33
> 36 ≤ 48	0,55 ± 1,41
> 48 ≤ 60	0,86 ± 1,87
> 60	0,73 ± 1,21

El patrón de caries de fosas y fisuras fue el más común, fundamentalmente presencia de caries oclusales y vestibulares.

2.1 Índice co

El índice co medio para la muestra total fue de 0,49 ± 1,29, con un valor máximo de 8. El co por grupos de edad lo presentamos en la tabla II.

El valor del co medio para los niños con caries fue de 2,61 ± 1,91.

2.2 Índice cos

El cos medio tuvo un valor de 0,63 ± 1,87 para la muestra global, con un máximo de 17 encontrado en un niño. El índice cos para niños con caries fue de 3,3 ± 3,2. Por grupos de edad obtuvimos los resultados que se muestran en la tabla III.

Observamos una correlación estadísticamente significativa del índice co y cos con la edad (coeficiente de correlación 0,24 y 0,20 respectivamente). El componente careado fue el que predominó en ambos índices no existiendo ningún diente ausente por caries y tan sólo 3 niños presentaron restauraciones (2,11%).

3. Índice de placa dental

El índice de placa medio para la muestra total fue de 30,45%, siendo el índice más bajo obtenido de 6,25% y el más elevado de 67,5%. El índice de placa medio por edades fue:

Niños > 24 ≤ 36 meses: 29,38%.

Niños > 36 ≤ 48 meses: 31,92%.

Niños > 48 ≤ 60 meses: 31,38%.

Niños > 60 meses: 28,57%.

No encontramos una correlación significativa entre edad y el índice de placa dental.

4. Traumatismos dentales

Exploramos un total de 142 niños, encontrando que 118 de ellos (83,09%) no tenían ningún tipo aparen-

Tabla III. Índice cos medio por grupos de edad.

Edad (meses)	Índice cos medio
> 24 ≤ 36	0,08 ± 0,41
> 36 ≤ 48	0,65 ± 1,52
> 48 ≤ 60	1,26 ± 3,28
> 60	0,86 ± 1,48

Tabla IV. Distribución de los traumatismos dentales por grupos de edad.

Edad (meses)	Niños con trauma	%
> 24 ≤ 36	8	17,02
> 36 ≤ 48	4	9,30
> 48 ≤ 60	9	29,03
> 60	4	17,39

te de lesión traumática dental. Un 16,91% presentaron algún traumatismo siendo más común la afectación de un sólo diente. El orden de frecuencia fue: incisivo central superior izquierdo (12,67%), seguido del incisivo central superior derecho (9,15%) y del incisivo central inferior derecho (0,7%); los demás dientes no se afectaron. En la tabla IV podemos observar la distribución de los traumatismos por grupos de edad.

No encontramos diferencias significativas entre sexos (41,52% niñas y 58,47% niños) ni en la frecuencia de traumatismos con la edad; pero si comprobamos que aquellos niños con resalte mayor de 3 mm tuvieron una mayor frecuencia de traumatismos (35% de niños con resalte aumentado no habían recibido traumatismo frente a un 65% que sí), con una significación de p=0,05. Tan sólo un niño presentó como complicación del traumatismo tumefacción de partes blandas y presencia de fístula a nivel de un incisivo central superior derecho (Figura 2).

5. Anomalías dentarias

Las anomalías dentarias más frecuentes fueron las referidas a la estructura, encontrando que un 17,86% de los niños se hallaban afectados, no encontrando diferencias significativas entre ambos sexos (42,60% las niñas y 57,40% los niños). Los dientes más comúnmente dañados fueron los 29 molares temporales seguidos del canino superior izquierdo.

Las anomalías de estructura por grupos de edad las reflejamos en la tabla V.



Figura 2. Tumefacción de partes blandas consecuencia de un traumatismo a nivel de incisivo central superior derecho.



Figura 3. Agenesia de ambos incisivos laterales superiores en una niña con dentición temporal completa.

Tabla V. Distribución de los anomalías dentales por grupos de edad.

<i>Edad (meses)</i>	<i>Niños con anomalía</i>	<i>%</i>
> 24 ≤ 36	4	8,51
> 36 ≤ 48	7	16,28
> 48 ≤ 60	9	29,03
> 60	5	21,74

No encontramos un mayor número de caries dentales en aquellos niños que tenían anomalías de estructura, si bien en una niña que presentaba múltiples desmineralizaciones dentarias, encontramos el máximo valor del índice *co* y *cos*. Además en dicho niño constatamos la presencia de un tubérculo extra a nivel del canino superior derecho.

La segunda anomalía más frecuentemente hallada fue la agenesia dental, estando presente en sólo 3 niños y siendo en un caso el incisivo lateral superior derecho el afectado, en otro ambos incisivos laterales superiores (Figura 3) y en el tercer caso faltaba un incisivo central superior.

Observamos también como anomalía de número un diente supernumerario parcialmente erupcionado en palatino de un incisivo central superior izquierdo en un sólo niño.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia media de caries dental comparado con otros autores. Así, frente a prevalencias elevadas como las relatadas por Bjarnason y cols. (52% en niños de 3 años

y 74% en niños de 4 años)⁽¹¹⁾, Douglass y cols. (67% a los 3 años y 84% a los 6 años)⁽¹²⁾, Kerouso y Honkala (63% en niños tanzaneses de 3-7 años)⁽¹³⁾, Bretz y cols. (84% en niños brasileños de 3-6 años)⁽¹⁴⁾, Drucker (57,1% en niños de 5 años)⁽¹⁵⁾, Stecksen-Blicks y Holm (43% en niños de 4 años)⁽¹⁶⁾, Ekman y cols. (89% en finlandeses y 69% en suecos de 4-6 años)⁽¹⁷⁾ y Tinafot (47% en niños de barrios humildes)⁽¹⁸⁾; encontramos prevalencias bajas como las referidas en los estudios de Wendt y cols. (7,7%)⁽¹⁹⁾ y Grindefjord y cols. (11,7%)⁽²⁰⁾, siempre teniendo en cuenta que estos últimos trabajos se han realizado en niños más pequeños con edades de 2-2,5 años. Nuestro trabajo está próximo al de Paunio y cols. (18,4%)⁽²¹⁾ y cercano al de Winter y cols. (25%)⁽¹⁾.

Estas diferencias tan marcadas en la prevalencia de caries dental en los distintos estudios revisados pueden ser debidas, aparte del hecho esencial de la edad de los niños examinados, a la diversidad de grupos étnicos estudiados, a la metodología empleada para valorar dicho parámetro (examen clínico sólo o junto a estudio radiográfico) así como a los criterios empleados ya que muchos trabajos incluyen como caries dental aquellas lesiones que presentan una desmineralización inicial. Algunos autores señalan también la existencia de diferencias dependiendo de si los niños examinados vienen de familias separadas o con desempleo⁽²²⁾, si han presentado enfermedades en la infancia⁽¹⁾, niños inmigrantes^(5,19,20), prematuros⁽¹⁾ o de origen no europeo^(13,22).

Nosotros no hemos realizado estudio radiográfico y sólo hemos considerado como caries dental las lesiones con cavitación, esto junto a la buena dieta de los niños integrantes de dicho centro educativo pueden

ser razones atribuibles a la baja prevalencia obtenida (18,31%).

No hemos apreciado diferencias significativas entre ambos sexos, dato concordante con el de la mayoría de autores consultados^(1,13,19,21,23), aunque sí hemos observado un aumento de la prevalencia cariosa al aumentar la edad del niño, al igual que otros estudios^(1,13,21,22,24).

Aunque un gran número de los estudios revisados consideran que los dientes más frecuentemente afectados son los incisivos maxilares, alegando como factor responsable la todavía elevada frecuencia de la caries de biberón; en nuestro trabajo encontramos que el diente más afectado es el 2º molar temporal, coincidiendo con Bjarnason y cols.⁽¹¹⁾, Kerosuo y Honkala⁽¹³⁾, Douglass y cols.⁽¹²⁾, Bretz y cols.⁽¹⁴⁾ y Stecksens-Blicks y Holm⁽¹⁶⁾.

Analizando los valores de los índices *co* y *cos*, podemos decir que ambos varían notablemente según la edad estudiada. De esta forma el valor más bajo observado para el índice *co* corresponde a 0,29 en niños de 3 años⁽²¹⁾ y los más elevados son de 7,11 en niños árabes de 5 años⁽²³⁾ y 7,68 también en niños de 5 años referido por Mayanagi y cols.⁽²⁵⁾. Nuestro *co* medio (0,49) es uno de los valores más bajos encontrados, quizá por lo anteriormente mencionado. Igual ocurre con el índice *cos*: 0,63, valor sumamente bajo frente a valores tan elevados como los señalados por Ekman y cols. (12,2)⁽¹⁷⁾ o Mayanagi y cols. (15,28 a los 5 años)⁽²⁵⁾.

La frecuencia encontrada de traumatismos dentales en nuestro trabajo fue de 16,91%, porcentaje muy semejante al de Wendt y cols. (16,6%) en niños de 3 años⁽⁵⁾ y al de Kritsineli y Shim (15%)⁽²⁶⁾. Frecuencias superiores son referidas por Stecksens-Blicks y Holm (27%)⁽²⁷⁾ y Jones y cols. (23%)⁽²⁸⁾. La mayor afectación la obtuvimos a nivel de los incisivos centrales maxilares, dato también señalado por Jones y cols.⁽²⁸⁾ y Harding⁽²⁹⁾ si bien no concordamos con este último autor en cuanto a la existencia de una mayor frecuencia de lesiones en niños que en niñas (en nuestro trabajo no encontramos diferencias entre ambos sexos).

En referencia a las anomalías dentarias de estructura hemos encontrado una prevalencia del 17,86%, siendo intermedia a la referida por Wendt y cols. (14,1%)⁽⁵⁾ y Li y cols. (23,9%)⁽³⁰⁾; si bien nosotros las encontramos más frecuentemente a nivel de los 20 molares temporales frente a Li y cols. que observan mayor afectación a nivel de incisivos centrales y laterales. La segunda anomalía más frecuente fue la age-

nesia dental (2,11%), superior al porcentaje de afectación señalado por Wendt y cols. (0,79%)⁽⁵⁾ y Johnsen⁽³¹⁾, el cual no objetivó ningún caso en la muestra estudiada. También hemos encontrado una frecuencia más elevada en la presencia de dientes supernumerarios: 0,70% en nuestro estudio frente a 0,15% referido por Wendt y cols.⁽⁵⁾.

CONCLUSIONES

1. Hemos encontrado una baja prevalencia de caries dental en niños preescolares.

2. La frecuencia de traumatismos dentales es similar a la reflejada en otros estudios, no observando diferencias entre ambos sexos.

3. Las anomalías dentarias más comunes fueron las de estructura, siendo los segundos molares temporales los dientes más frecuentemente afectados.

4. Consideramos de interés la ampliación de este estudio con registros radiográficos para confrontar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. WINTER GB et al. The prevalence of dental caries in pre-school children aged 1 to 4 years. *Br Dent J* 1971;130:271-7.
2. HOLT R, JOELS D, WINTER GB. Caries in preschool children. *Br Dent J* 1982;153:107-9.
3. KAMP AA. Well-baby dental examinations: a survey of preschool children's oral health. *Pediatric Dent* 1991;13(2):86-90.
4. CABO M et al. Salud bucodental: estudio en escolares pertenecientes a primero de E.G.B. en la zona de Carrus (Elche). *Acta Estomatológica Valenciana* 1991;3:161-6.
5. WENDT LK, HALLONSTEN AL, KOCH G. Oral health in preschool children living in Sweden. *Swed Dent J* 1992;16:41-9.
6. CALLE PURON ME, LASHERES ML, REY CALERO J. Estado de salud bucodental y del aparato locomotor en una población escolar. *Pediátrika* 1993;13(5):188-91.
7. NOWAK AJ, ANDERSON JL. Preventive dentistry for children: a review from 1968-88- *Journal of Dentistry for Children*. *J Dent Child* 1990;57(1):31-7.
8. WINTER GB. Caries in the preschool child. *J Dent* 1990;18:325-6.
9. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Guide to dental health. *J Am Dent Assoc* 1986;(Special issue):21-30.
10. SCHNEIDER HS. Parent dental education leads to preventive dental treatment for patients under the age of four. *J Dent Child* 1993;60(1):33-7.
11. BJARNASON S et al. Caries experience in Latvian nursery school children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:138-41.
12. DOUGLASS JM et al. Caries prevalence and patterns in 3-6 year old Beijing children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:340-3.
13. KEROSUO H, HONKALA E. Caries experience in the primary den-

- tition of Tanzanian and Finnish 3-7-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19:272-6.
14. BRETZ WA et al. Relationship of microbial and salivary parameters with dental caries in Brazilian pre-school children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:261-4.
 15. DRUCKER DB et al. Salivary microflora and caries experience in 5-year-old children from two ethnic groups. *Int J Paediatric Dent* 1995; 5:15-22.
 16. STECKSEN BLICKS CH, HOLM AK. Between-meal eating, toothbrushing, frequency and dental caries in 4-year-old children in the north of Sweden. *Int J Pediatric Dent* 1995;5:67-72.
 17. EKMAN A et al. Dental health and parental attitudes in Finnish immigrant preschoolchildren in the north of Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981;9:224-9.
 18. TINANOFF N. Evaluación inicial y prevención del riesgo de caries dental. *Clinicas Odontológicas de Norteamérica* 1995;4:705-17.
 19. WENDT LK, HALLONSTEN AL, KOCH G. Dental caries in one- and two-year-old children living in Sweden. *Swed Dent J* 1991;15:1-6.
 20. GRINDEFJORD M et al. Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Res* 1993;27:505-10.
 21. PAUNIO P et al. The Finnish family competence study: The relationship between caries, dental health habits and general health in 3-year-old Finnish children. *Caries Res* 1993;27:154-60.
 22. HOLT RD et al. A third study of caries in preschool aged children in Camden. *Br Dent J* 1988;165:87-91.
 23. PAUL T, MAKTABI A. Caries experience of 5-year-old in Alkharj, Saudi Arabia. *Int J Pediatric Dent* 1997;7:43-4.
 24. McCABE M, KINIRONS MJ. Dental caries and dental registration status in nursery school children in Newry, Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:69-71.
 25. MAYANAGI H, SAITO T, KAMIYAMA K. Cross-sectional comparisons of caries time trends in nursery school children in Sendai, Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:344-49.
 26. KRITSINELI M, SHIM YS. Malocclusion, body posture, and temporomandibular disorder in children with primary and mixed dentition. *J Clin Pediatric Dent* 1992;16:86-93.
 27. STECKSEN-BLICKS CH, HOLM AK. Dental caries, tooth trauma, malocclusion, fluoride usage, toothbrushing and dietary habits in 4-year-old Swedish children: changes between 1967-1992. *Int J Paediatric Dent* 1995;5:143-8.
 28. JONES ML, MOURINO AP, BOWDEN TA. Evaluation of occlusion, trauma and dental anomalies in African-American children of metropolitan Headstart programs. *J Clin Pediatric Dent* 1993;18:51-4.
 29. HARDING AM, CAMP JH. Lesiones traumáticas. *Clinicas Odontológicas de Norteamérica* 1995;4:823-43.
 30. LI Y, NAVIA JM, BIAN JY. Prevalence and distribution of developmental enamel defects in primary dentition of Chinese children 3-5 years old. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:72-9.
 31. JOHNSEN DC. Patrones de caries dental en el niño preescolar. *Dent Clin North Am* 1984;28:3-20.

Bartolomé Villar, B.: Médico-Estomatólogo. Colaborador de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid; *De Nova García, M.J.:* Profesor Titular del Departamento de Estomatología IV de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid; *Mourelle Martínez, M.R.:* Profesor Asociado del Departamento de Estomatología IV de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid; *Costa Ferrer, F.:* Médico-Estomatólogo. Colaborador de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: Begonia Bartolomé Villar. Departamento de Estomatología IV. Facultad de Odontología. Plaza de Ramón y Cajal. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.

EVITE PROBLEMAS LEGALES CON SUS PACIENTES

Sin lugar a dudas, uno de los mejores métodos para evitar problemas legales en nuestra práctica es llevar una apropiada documentación de nuestras relaciones con los pacientes. La documentación básica incluye la historia médica, examen físico, consentimiento informado, notas sobre la evolución del paciente, cooperación del paciente, instrucciones para el hogar, quién nos lo envió, a dónde lo enviamos, etc. Algunos procedimientos (como la Ortodoncia) y tratamientos (sedación y tratamientos de casos de traumatismos) requieren una documentación extraordinaria.

Recabar una buena documentación de nuestros pacientes requiere tiempo y dinero, pero es un esfuerzo que merece la pena.

Alan Klein. Guest Presentation PRPD 1-2(0) July / August 1990.