

**EVALUACION DEL RIESGO A CARIES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ N° HC \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. INDICADORES DE RIESGO	NIVELES DE RIESGO		
	ALTO	MODERADO	BAJO
(a) Caries en dentición primaria (Experiencia previa de caries)	>1	1	NO
(b) Padres bajo nivel socioeconómico	SI		NO
(c) Niño con necesidad especial	SI		NO
(d) No utiliza higiene dental en casa (Cepillado, enjuagues bucales)	SI		NO
(e) Fosas y fisuras profundas	SI		NO
(f) Apiñamiento dentario	SI		NO
(g) Aparatología de ortodoncia fija o removible	SI		NO
<b>2. FACTORES DE RIESGO</b>			
(a) Meriendas entre comidas (azúcares, almidón cocido, bebidas azucaradas, alimentos pegajosos, refrescos, jugos procesados)	> 3 veces	1 a 3 veces	Poco Frecuente
(b) Biopelícula dental y encía de fácil sangrado	SI	SI	NO
(c) Factores que reducen cantidad de saliva (medicación: para asma, TDAH; médico: cáncer o factores genéticos)	SI		NO
<b>3. INDICADORES DE LA ENFERMEDAD</b>			
(a) Lesiones de caries en dentina detectadas clínicamente o radiográficamente	>1	1	NO
(b) Lesión de caries interproximal en esmalte (no en dentina)	>1	1	NO
(c) Lesiones de caries activas en superficies lisas	>1	1	NO
(d) Restauraciones los últimos 3 años	>1	1	NO
<b>4. FACTORES PROTECTORES</b>			
(a) Consumo de sal fluorurada	NO		SI
(b) Cepillado con crema dental fluorurada	NO	1 vez/día	>2 veces/día
(c) Utiliza enjuague bucal fluorurado	NO		SI
(d) Utiliza de seda dental	Nunca	A veces	Frecuente
(e) Consume chicles con Xilitol/Recaldent®	NO	SI	SI
(f) Aplicaciones tópicas de F los últimos 6 meses (gel, barniz)	NO		SI
(g) Utilizó antimicrobianos los últimos 6 meses (clorhexidina)	NO		SI
(h) Cantidad de saliva adecuada (observado o medido)	NO		SI
Si son afirmativos 1(a), 1(b), 3(a), 3(b), 3(c) o dos en la categoría 1, 2, 3 se consideran pruebas de laboratorio	Se consideran pruebas de laboratorio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>6. PRUEBAS DE LABORATORIO</b>			
(a) Estreptococos mutans Contaje: _____ UFC			
(b) Especies de lactobacilos Contaje: _____ UFC			
(c) Capacidad amortiguadora de la saliva <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo			
(d) Tasa de flujo salival _____ ml/min			
<b>ESTADO DE RIESGO TOTAL (Marque con una X)</b>	<input type="checkbox"/> ALTO	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> BAJO