



207

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Consideraciones en Clínica
Infantil

T E S I S
Que para obtener el Título de
Cirujano Dentista
P r e s e n t a

Bernarda Martínez González



México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

ORIENTACION EN EL MANEJO DEL NIÑO 1

CAPITULO II

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO 16

CAPITULO III

CARIES DENTAL 23

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

La Prevención de caries trata principalmente de evitar la iniciación de las lesiones.

El examen bucal en niños poco después de los 12 meses de edad y antes de los 2 años, brinda una oportunidad en el diagnóstico de caries incipientes, erupción anormal y establecimiento de un plan preventivo de salud bucal.

Las medidas preventivas en el hogar requieren una presentación entusiasta. Motivar al niño para que adquiera hábitos de cepillado dentario, utilización de seda dental y supervisión de los padres con una enseñanza continua.

La higiene bucal para el niño es importante porque la presencia de placa está relacionada con la producción de caries y de gingivitis.

CAPITULO I

ORIENTACION EN EL MANEJO DEL NIÑO

El no obtener la cooperación de nuestro paciente - niño, en el tratamiento dental, es una de las razones principales de dificultad que se presenta en la Paidodoncia. Por consiguiente, la orientación sobre la conducta del niño, es un requisito previo indispensable, en el estudio de este tema.

El manejo del niño se efectúa de acuerdo a las diferentes etapas de su edad, tomando en cuenta la individualidad de las diversas personalidades, del sexo y también - considerando los distintos ambientes sociales.

En forma básica el manejo del niño se divide de -- acuerdo a las siguientes edades:

- EDAD PREESCOLAR
- EDAD ESCOLAR
- EDAD ADOLESCENTE

EDAD PREESCOLAR.

El manejo adecuado del paciente en edad preescolar no debe limitarse a la eficiencia técnica y cumplir con el tratamiento dental necesario, sino también, lo que es aún más importante, cimentar las bases de la aceptación para - la Operatoria Dental como un servicio de su propia salud.

El miedo y la ansiedad son probablemente los estados emocionales más importantes que se presentan al Odontólogo. Los niños pequeños pueden adquirir el miedo al tratamiento dental a través de pláticas escuchadas en el hogar y también con sus amigos de juego. En otros casos, -- pueden haber sido expuestos a situaciones traumáticas en -

el hospital o en el consultorio médico.

Las primeras visitas al Odontólogo deben efectuarse en forma tal, que el niño tenga una experiencia interesante y agradable. De ninguna manera se intentará el tratamiento definitivo en la primera cita; se hará una labor de convencimiento y efectuar el procedimiento de rutina: - Examen dental, profilaxis, radiografías y modelos de estudio. Los niños pequeños deben llegar a conocer y tener -- confianza al Odontólogo. Por esta razón en la primera visita se deberá tener un contacto humano con el niño.

Para que el preescolar se adapte con rapidez y se sienta a gusto en el consultorio, todo el personal deberá reflejar amistad e interés. El Odontólogo debe mostrarse contento al ver el paciente niño y expresar ese contento - con voz suave. La modulación de la voz a manera amable y cortés, es un factor que influirá para ganar la confianza en el trato y la cooperación.

El elogio es de efecto positivo en la edad preescolar. por lo que se aconseja platicar con el paciente sobre temas que interesen al niño; por ejemplo, su ropa, juguetes, comida favorita, su cumpleaños, sus amigos, etc. Evitaremos los temas de menor conocimiento o experiencia para el niño.

El tratamiento en sí, es un contacto físico y el - Odontólogo necesita establecer una relación amistosa. Esto puede lograrse tomándolo de la mano cuando entra en la sala operatoria, ayudándolo a sentarse en el sillón, dándole una caricia gentil cuando se ha terminado la consulta, etc.

En esta edad, de 2 ó 3 años, se puede permitir a - uno de los padres permanecer dentro de la sala operatoria.

en las primeras visitas porque a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y le resulta difícil separarse de sus padres. Además su percepción no se encuentra lo suficiente evolucionada, como para comprender nuestras acciones y el desarrollo del vocabulario es limitado, por lo que, la comunicación será más dificultosa. Es demasiado pequeño para comunicarnos con palabras solamente y el tocar y manejar los objetos le dan un sentido de captación. Asimismo, debemos unir la palabra a la acción, es decir, - al mismo tiempo se le ordena algo debemos ayudarle a realizarla.

La decisión de permitir la presencia de los padres con niños mayores dependerá del Odontólogo. Sin embargo, - es preferible excluir a los padres en niños poco cooperativos. Ya que si permanecen los padres en la sala operatoria, el paciente no cooperaría y trataría de pedir apoyo - de sus padres. El manejo del niño rebelde requiere firmeza de parte del profesionista y una comunicación positiva mientras se efectúa el tratamiento.

En este aspecto, la premedicación, para modificar el comportamiento del niño, dependerá de la preferencia individual.

Los obsequios al terminar cada visita dental es un procedimiento psicológico sano: siempre y cuando se dé como un obsequio; más no como premio a su buen comportamiento. El niño pequeño no comprende el término beneficioso - de la salud dental, por lo cual se le estimula al darle un obsequio, que en muchos casos resulta un aliciente para seguir asistiendo a sus visitas.

EDAD ESCOLAR

Los niños a esta edad suelen tener mentes vivaces

y ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar en su conversación.

Aceptan las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. La relación social y personal están mejor de finidas y el niño no suele sentir temor de dejar a los padres en la sala de espera. Se siente con más independencia y si el niño ha sido preparado por sus padres, no tendrá temor a experiencias nuevas, tales como ir al jardín de niños, al consultorio del médico o el dentista.

Están en la edad del "cómo" y del "por qué". Su curiosidad por naturaleza, empieza a descubrir un mundo nuevo a su alrededor. La conversación puede efectuarse en forma básica y la escuela es un tema favorito de discusión. Las niñas suelen estar orgullosas de sus posesiones y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. A los niños les interesa más los deportes y los pasatiempos.

El niño no depende ya únicamente de la autoridad familiar, sino también del maestro, por lo que su comportamiento es más disciplinado y ordenado. Asimismo, dentro de nuestros tratamientos odontológicos podremos lograr cierta autoridad en esta edad escolar.

EDAD ADOLESCENTE

A esta edad tratan de agradar y ser admirados por todos. Tienden a adoptar posturas de un adulto. Detestan los mimos, así como las críticas acerca de su vestimenta, estilo de cabello o manías de adolescente. De ser posible, debemos incluir al adolescente en los procedimientos del gabinete dental. Por ejemplo, fijar las citas directamente con el adolescente para hacerlo sentir importante, dándole la oportunidad de trabajar su propio programa. Las --

instrucciones de la higiene oral, deben ser llevadas a cabo a nivel del adulto, sin asumir una posición autoritaria, ya que el adolescente puede comparar al Odontólogo con los padres o el maestro, desde el punto de vista represivo o de la crítica adulta.

Estos esfuerzos también deben ser realizados por todos los miembros del equipo odontológico, para crear una relación favorable con el adolescente.

REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

Nuestros tratamientos significan una serie de estímulos que el niño reacciona y retiene como experiencia. El Odontólogo debe tener conocimientos de las reacciones, además de los estados emocionales y aplicarlas convenientemente.

Existen por lo menos cuatro reacciones: temor, ansiedad, resistencia y timidez. La combinación de estas reacciones torna más difícil el manejo del niño.

El temor es uno de los estados emocionales que frecuentemente se experimentan en la infancia. Sin embargo, los niños parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad.

Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, un temor adquirido por imitación de aquellos que temen. Un tercer temor, resultado de ciertas experiencias desagradables.

No debemos suponer, por lo tanto, que todos los niños temen al consultorio odontológico. Sino pensar en que pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

En el manejo del niño temeroso, el Odontólogo debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él.

Una de las causas principales se debe a la manera en que la Odontología les fue presentada en su hogar.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluyen la postergación de la sesión, intentar razonar con el niño, ridiculizarlo, retarlo o dejar que observe la atención dental de otro niño. Ninguno de estos métodos resuelve el problema. La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto, no es conveniente postergar el tratamiento de un niño nervioso con la esperanza de que finalmente superará su temor a la Odontología y se tornará más cooperativo. Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor. El ridículo o la comparación con un niño normal que pasó la experiencia odontológica sin problema alguno, sólo complican la vida emocional del niño asustado.

Si el niño es realmente miedoso, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el Odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor. con frecuencia el niño expresa su temor a un determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia Odontológica que lo asustó. En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones. Las explicaciones deben enfocarse hacia lo que hará o está haciendo, además de los instrumentos en forma gradual, hasta llegar a los procedimientos normales

de rutina que son necesarios para el servicio de salud. Si bien el control por la voz es suficiente para superar los temores del niño, ocasionalmente puede ser necesario emplear una forma de restricción, en particular en una emergencia, con el fin de dominar los temores del niño. Los padres, sin embargo, deben tener conciencia de que el Odontólogo y sus asistentes tendrán que retener al niño para cumplir siquiera un examen superficial y probar al niño -- que el procedimiento es distinto de lo que esperaba.

ANSIEDAD

La ansiedad o inseguridad está probablemente relacionada con el estado de temor. Los niños angustiados se asustan ante toda nueva experiencia, su reacción puede ser agresiva, por ejemplo una exhibición de berrinche (este berrinche se considera un estado de ansiedad o de inseguridad). Si al niño que hace berrinche en su hogar se le recompensa, puede convertirse en hábito.

Si el niño está realmente angustiado, el Odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con lentitud. En cambio, si el niño está claramente en una demostración de un berrinche, el Odontólogo puede mostrar su autoridad y un dominio absoluto de la situación.

RESISTENCIA

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, que provoca que el niño se revele contra el medio.

Wright y Alpern estudiaron las variables que influyen sobre la conducta cooperativa del niño en su primer visita odontológica. Encontraron que las causas de conducta negativa aumentan si el niño cree que tiene un problema -- dentario; puede encarar la sesión con un mayor nivel de --

aprensión que el niño que no tiene esa conciencia. La aprensión pudo haber sido transmitida por la madre, desde el momento en que ella haya reconocido que el problema necesitaba tratamiento.

Sin embargo, es muy importante que en una reacción de resistencia, el profesional no debe dejar regresar al niño sin haberle efectuado un ligero tratamiento, ya que la resistencia puede aumentar en las sesiones siguientes. Por lo tanto debemos hacer pensar al niño que aún expresa resistencia, el profesional está decidido a efectuar el tratamiento dental, pero siempre explicándole al término de cada sesión el por qué de la decisión de nuestras acciones.

TIMIDEZ

La timidez es otra reacción que se observa sobre todo en los casos del paciente de primera vez. Suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño. En estos casos, puede ser útil dejar que observe la atención dental de otro niño paciente bien adaptado. El niño tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el Odontólogo.

LAS CITAS ODONTOLÓGICAS

El momento del día en que se ve a un niño, en especial al más pequeño, puede influir en su conducta. En términos generales, se reservarán las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños. Los padres, por lo general, cooperan trayendo a sus hijos en el momento sugerido, si el Odontólogo les explica que los pequeños son más capaces de aceptar temprano el tratamiento, que cuando están cansados.

La espera en la sala de recepción, a menudo da al

niño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse por ruidos desusados o hechos. Hay, claro está, excepciones para las sesiones tempranas con niños; una es el niño de quien se sabe que es poco cooperativo o está de alguna manera disminuído (retraso mental o incapacidad física). Para este tipo de niño, se debe tomar en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños, con el objeto de que pudiera influir en otros pacientes.

El tiempo de las citas para el niño muy pequeño o el muy temeroso, deben ser relativamente cortas, hasta que el paciente esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza en sí mismo y en el Odontólogo.

RECEPCION DEL NIÑO

La asistente se dirigirá al niño por su primer nombre si la primera cita fuera para examen o inspección inicial, invitará al niño y a la madre a que pasen al gabinete dental. La madre nos puede proporcionar información valiosa que ayude en el examen. Por consiguiente, se le pregunta a la madre o al padre si hay algo en particular que les preocupe con respecto de la boca o los dientes de su hijo. Como la mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa o traerán alguna pregunta importante para ellos, se les debe dar tiempo para expresar y contar una breve historia de toda atención dental previa.

Si la asistente dental comprende que el niño no va a responder normalmente, es recomendable excluir al padre para que el manejo del niño sea efectuado por el profesional.

Rand y colaboradores, sugieren algunas reglas para obtener obediencia que a menudo es indispensable para el

manejo del niño:

- Primera.-- Ganar la atención del niño. Es preciso ganar la atención del niño que llora para asegurarnos de que oye las indicaciones.

- Segunda.-- Expresar las órdenes en un lenguaje -- que pueda comprender. Es importante pronunciar las pala- -- bras con lentitud y claridad. El niño, entonces es más ca- -- paz de seguir las instrucciones, que además, deberán ser -- pocas.

- Tercera.-- El Odontólogo y su personal deben ser justos y razonables en sus pedidos. Es decir, no se puede esperar cooperación de un niño incómodo o con dolor.

- Cuarta.-- El uso de amenazas y sobornos, ha sido comprobado como un mal medio de obtener obediencia.

- Quinta.-- Si el niño está en verdad asustado, ha de intentarse superar su temor mediante la forma de abor-- darlo que ya fue presentada. Sin embargo, muchas de las -- reacciones de los niños no son bien definidas, y el niño -- que no desea cooperar puede estar atemorizado o sentir -- aprehensión. La aprehensión puede ser aliviada tomándose tiempo para explicar los instrumentos. Sólo unos pocos -- instrumentos serán mostrados por vez.

- Sexta.-- Cuando se examina por primera vez, limi- -- tarnos a pedirle al niño que abra la boca y con movimien- -- tos suaves, pero con seguridad separar los labios con los dedos y efectuar la inspección inicial. Quizás se pudiera incorporar un espejo o un explorador, pero el hecho de que abra la boca es un gran adelanto.

- Séptima.-- El uso de cada aparato, instrumento o material deberá ser explicado. El sonido, vibración, forma, brillo de los aparatos e instrumentos que se refieren para el desgaste de los tejidos duros por ejemplo, pueden influir como estímulos desagradables.

- Octava.-- Cierta grado de restricción estará jus-

tificada en los casos en que el niño no desee cooperar para el examen bucal o en un procedimiento simple como la -- profilaxis dental. Esta restricción es necesaria para que comprenda con hechos que no habrá dolor. Y quizás en este momento sea oportuno conversar con los padres para hacer-- les saber que el niño no desea cooperar y grabarles la necesidad del examen y tratamiento, y así obtener su permiso para proceder en una forma más firme.

LOS PADRES

Pocos padres comprenden la desventaja del Odontólogo cuando le presentan a un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos. Sólo en raras ocasiones tiene el Odontólogo la oportunidad -- de conocer el desarrollo psicológico del pequeño, la preparación que los padres efectuaron para la primera visita o la posibilidad de una experiencia lamentable previa, y sin embargo, los padres esperan que el Odontólogo domine por -- completo la situación y preste el servicio de salud a sus hijos, cualquiera que sea su reacción.

Existen padres que sobreprotegen a sus hijos, -- otros autoritarios que exigen de los niños más de lo que -- pueden ofrecer; padres indiferentes e inclusive padres que repudian a sus hijos. Esto trae como consecuencia, pequeños pacientes de diferentes conductas, esto no puede ser -- controlado por el Odontólogo. Pero sí podrá indicar a los padres la necesidad de considerar ciertas indicaciones para su niño, con el fin de facilitar el tratamiento dental:

1.- No hablar en forma exagerada de la visita del dentista, limitarse únicamente a hacer saber al niño en forma simple y sencilla, que juntos irán al dentista a que le curen sus dientes.

En lo que respecta a las preguntas del niño acerca de lo que va a realizar el dentista, no deben ser

respondidas en forma detallada. Se concretará a explicarle al niño que el dentista hará lo que sea necesario hacer, y las explicaciones detalladas se dejarán en manos del Odontólogo.

- 2.- No se deberá mentir al niño en lo que respecta a la visita con el dentista, diciéndole por ejemplo, que solamente le pondrán una curación, que no le va a doler o que no lo van a inyectar.

Los padres pueden ocasionar que se forme un concepto de traición de parte del Odontólogo provocando en ocasiones que el tratamiento dental no pueda ser efectuado con éxito.

- 3.- No se deberán hacer comentarios delante del niño sobre temas que puedan causarle algún temor, como por ejemplo, que feo se siente la inyección o que mal se siente uno con la dentadura. No deberán olvidar que estos comentarios son extremadamente perjudiciales por su influencia psicológica. Se cuidarán en especial a los niños de mayor edad que platican con cierta exageración ya que podrían acobardar al niño de menor edad.

- 4.- Hay padres que tienen en su imaginación la idea de que su niño estará muy nervioso durante la visita con el dentista y en ocasiones esto es explicado al Odontólogo. Sin embargo, estos niños, en la mayoría de los casos aceptan el tratamiento dental sin problema. Más bien el nerviosismo está de parte de los padres que en un momento dado podrían estorbar el avance en el tratamiento dental.

- 5.- En ocasiones cuando el pequeño paciente llora durante el tratamiento dental, los padres expresan -

una gran preocupación sin pensar en ese momento en las consecuencias que podrían suceder en un futuro si el niño no es atendido. Es decir, los padres - se compadecen en una forma errónea, por lo que deberán reflexionar en que el facilitar la realización del tratamiento dental, es el verdadero afecto que se pueda demostrar y esto no debe ser olvidado por los padres.

- 6.- En ningún momento se tratará de utilizar palabras para amenazar al niño, tales como: si no te portas bien te llevaré al dentista para que te inyecte o te saque las dientes.

Estas palabras son utilizadas con frecuencia por los padres para castigar o amenazar al niño. Por lo tanto, se informará a los padres para que sea evitado.

- 7.- Se evitará lastimar el orgullo del niño. No se deberán expresar de él diciéndole que es llorón o --miedoso, cuando en ciertos momentos tuvo algún temor durante el tratamiento dental. Esto podría --herir el respeto propio del pequeño paciente. En -cambio no se debe olvidar alabar al niño, es decir, el alabar al paciente niño cuando éste se ha com--portado en forma aceptable durante el tratamiento dental, producirá en él un mayor empeño en las vi--sitas consecuentes.

- 8.- Los padres no solamente tendrán la misión de lle--var al niño al Odontólogo para el tratamiento den--tal, sino que deberán intervenir para el cuidado -de un cepillado correcto, una alimentación balan--ceada, todo tipo de prevención en la vida cotidiana. Además de asistir y llevar al pequeño pacien--

te a los exámenes periódicos. todos estos factores, significan una responsabilidad de los padres que deben manejar con cariño e inteligencia.

- 9.- Finalmente debe ser explicado a los padres, que todo lo antes mencionado se deduce de las experiencias en el manejo del niño durante largo tiempo y que la realización de lo anterior, es una forma de educación de gran importancia para el niño, la cual debe ser practicada.

EXPLICACION DE LOS APARATOS DENTALES

La explicación de los aparatos dentales usados en los procedimientos operativos, es un paso importante para el manejo del niño; tiene la finalidad de medir la actitud del paciente niño hacia los estímulos de sonido y vibración de los aparatos dentales; como por ejemplo: Pieza de alta velocidad, baja velocidad, eyector y la jeringa de agua y aire.

La pieza de alta velocidad es uno de los aparatos más frecuentemente usados, por lo que la explicación de éste aparato es de suma importancia. Debido al sonido que produce, se le puede explicar al paciente niño que el aparato emite un ruido parecido a un avión y que desprende agua y aire.

Es recomendable indicar al paciente niño, que puede levantar la mano en caso de que sienta alguna molestia y que al hacer esto; el operador se dará cuenta de lo que le pasa deteniendo inmediatamente el aparato.

Se debe aclarar que en caso de que mintiera fingiendo alguna molestia, el Odontólogo no hará caso ante ninguna indicación por parte del paciente. Sin embargo, el -

operador estará pendiente del estado emocional del niño y en el caso operatorio, de asegurarse del efecto de la anestesia local.

Al llevar la pieza de alta velocidad a la boca, se recomienda el uso del eyector, de preferencia tipo quirúrgico, para la eliminación en forma completa y rápida del agua, evitando así el movimiento innecesario del paciente hacia la escupidera.

Debido a la acción aspiradora y al sonido del eyector tipo quirúrgico, es también necesaria la explicación de éste, aspirando en un vaso con agua.

Otro de los instrumentos frecuentemente usados, es la pieza de mano de baja velocidad y que debido a la vibración que produce sobre las piezas, también debe ser explicada.

Se muestra la pieza de baja velocidad, colocando un cepillo para profilaxis en el contra-ángulo y accionándolo sobre la uña del dedo pulgar del paciente, con el objeto de dar confianza al niño con respecto a este aparato. Posteriormente se efectúa una ligera limpieza de los dientes del paciente.

CAPITULO II

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

Se entiende por desarrollo psicológico a una serie complicada de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta, también se refiere a la adquisición por parte del niño de conocimientos destreza e intereses emocionales.

Este desarrollo psicológico, de la misma manera -- que la maduración física está programada de acuerdo a un plan y a una secuencia que son innatos y no fácilmente -- susceptibles a influencias aceleradoras.

Cada niño posee un límite psicológico para su adaptación y está dotado de determinadas cualidades constitucionales, así como tendencias que determinan, como y cuando aprenderá o reaccionará ante una determinada circunstancia.

Es por eso importante, que el pavidoncista tenga conocimiento de tales límites relativos a diferentes edades para que su acercamiento hacia el pequeño paciente para su manejo pueda ser compartible con las experiencias de cada individuo y el tratamiento sea aceptable y adecuado a diversos niveles.

Los niños crecen en tres dimensiones: física, mental y emocional. La conducta en todos los niveles cronológicos depende de la integración de esas tres dimensiones -- del crecimiento. Si cualquiera de estas se acelera o retarda, el patrón de conducta se ve marcadamente afectado.

El odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta que un niño nor--

mal pasa por un crecimiento mental además de físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cambio es quizá una razón para la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra.

No hay dos niños ni siquiera en la misma familia - que sigan exactamente el mismo esquema. Todos los que trabajan con niños saben que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica.

En el diagnóstico de los problemas de conducta y - también en la planificación del tratamiento, debe considerarse ambas edades fisiológica y psicológica.

PATRONES DE CONDUCTA A LAS DIFERENTES EDADES

El niño de dos años: Es el paciente más joven, a esta edad intenta realizar sus impulsos volitivos momentáneos y necesita una abundante riqueza de estímulos exteriores, trata de ampliar cada vez más su mundo pretendiendo - llevar a cabo sus proyectos completamente sólo, su vocabulario es corto. Se encuentra muy unido a la madre, en - ella encuentra la sensación de seguridad y de protección, sin excepción alguna pasará siempre acompañado al consultorio por sus padres. Llegaremos a él por medio de los sentidos, el Odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, y vea el instrumental con ésto se dará cuenta de - lo que el dentista intenta realizar.

El niño de tres años: Es más espontáneo, comunicativo y social, empieza hacer preguntas del tipo ¿por qué? repitiéndolas constantemente hasta llegar a abrumar a los mayores, con esto quiere llegar al fondo de las cosas ya - que no se conforma con la simple observación de las apa- -

riencias externas, sino que intenta averiguar los nexos -- causales de las cosas, por lo tanto siempre hay que darle respuestas satisfactorias a sus preguntas, los padres pasarán con él al consultorio hasta que el niño conozca bien al personal y se sienta en confianza.

El niño de cuatro años: Es más independiente, pregunta cómo, cuando y por qué, empieza a manifestar claramente su propia voluntad es la fase de rebeldía, las experiencias y vivencias mueven al niño en estos primeros años de vida constante, en el juego y en el trato con otras personas, aprende a portarse correctamente dentro de su pequeño mundo, si hacemos de el buen colaborador será un paciente muy cooperador.

El niño de cinco años: Está preparado para aceptar las actividades de grupos, su relación personal y social - están más definidas y su temor de pasar al consultorio es menor.

El niño de seis a siete años: Está más relacionado con el medio externo, lo podemos moldear con palabras, realiza gustosamente las tareas domésticas, pues ve en ello - la confirmación de sus aptitudes. Acude a la escuela sin - grandes dificultades naciendo en él una nueva situación vital, sus vivencias se proyectan cada vez más hacia el exterior y empieza a disminuir los lazos que lo unen al hogar. Respecto a la experiencia odontológica se puede esperar a que responda de manera satisfactoria.

El niño de ocho a diez años: Su desarrollo psicológico es más adaptado al medio externo, le gusta que lo traten como niño mayor, son valientes pero nunca se debe abusar de su valor, es muy disciplinado.

riencias externas, sino que intenta averiguar los nexos -- causales de las cosas, por lo tanto siempre hay que darle respuestas satisfactorias a sus preguntas, los padres pasa rán con él al consultorio hasta que el niño conozca bien - al personal y se sienta en confianza.

El niño de cuatro años: Es más independiente, pregunta cómo, cuando y por qué, empieza a manifestar clara-- mente su propia voluntad es la fase de rebeldía, las expe-- riencias y vivencias mueven al niño en estos primeros años de vida constante, en el juego y en el trato con otras per sonas, aprende a portarse correctamente dentro de su peque ño mundo, si hacemos de el buen colaborador será un pacien te muy cooperador.

El niño de cinco años: Está preparado para aceptar las actividades de grupos, su relación personal y social - están más definidas y su temor de pasar al consultorio es menor.

El niño de seis a siete años: Está más relacionado con el medio externo, lo podemos moldear con palabras, rea liza gustosamente las tareas domésticas, pues ve en ello - la confirmación de sus aptitudes. Acude a la escuela sin - grandes dificultades naciendo en él una nueva situación vi tal, sus vivencias se proyectan cada vez más hacia el exte rior y empieza a disminuir los lazos que lo unen al hogar. Respecto a la experiencia odontológica se puede esperar a que responda de manera satisfactoria.

El niño de ocho a diez años: Su desarrollo psicoló gico es más adaptado al medio externo, le gusta que lo tra ten como niño mayor, son valientes pero nunca se debe abu- sar de su valor, es muy disciplinado.

En los niños de once a doce años: Ya empieza el -- cambio en su apariencia física, sus hormonas empiezan a -- funcionar, y empieza una valoración crítica de todo lo que observa. Reflexiona por su cuenta emitiendo juicios.

CONDUCTA DE LOS PADRES

Muchas veces nos encontramos que las perturbacio-- nes en la vida emocional de los padres traeran perturbacio-- nes en el manejo del niño. A manera de ejemplo citaremos las siguientes:

PADRES	NIÑO
Afecto excesivo -----	Mal adaptado y cobarde
Demasiada ansiedad -----	Cobarde y tímido
Protección excesiva -----	Egoísta y mimado
Indulgencia -----	Mimado
Autoritario -----	Resistencia y negativismo
Indiferentes -----	Falta de seguridad y timidez
Repudio al niño -----	Agresivos y rebeldes

TIPOS PSICOLOGICOS DE NIÑOS

Existen varios tipos psicológicos de niños: norma-- les, tímidos, temperamentales, incorregibles y anormales.

El niño tímido: Necesita pasar por un período de -- preparación, esta es una de las instancias en la que el ni-- ño tímido sea acompañado al consultorio por otro niño pa-- ciente bien adaptado, ya que el tímido necesita ganar con-- fianza en sí mismo y en el odontólogo. Existen muchas ra-- zones por las cuales el niño sea tímido una de ellas es la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, o bien el poco afecto de los padres, y la excesiva autoridad.

El niño incorregible y consentido: Es aquel que va a lloriquear, golpear, patear y tirarse al suelo, esto lo hará para persuadir a sus padres para que lo lleven de regreso a su casa, lo trataremos con la técnica mano sobre boca o bien premedicándolo. Al odontólogo no le conviene enojarse, ni mostrar que está irritado por la conducta del niño pues el padre se dará cuenta de tales reacciones, y tendrá motivos para asumir una actitud protectora hacia su hijo. Cuando se le intenta realizar el tratamiento se hará despacio y con calma, en caso de que continúe poniendo obstáculos como último recurso se sostendrán firmemente -- sus manos y sus pies, la mano del operador se colocan con firmeza sobre la boca y la nariz durante unos 5 ó 10 segundos, entonces se le dice: no me gusta tenerte así "X" pero debo hacerlo hasta que dejes de llorar y patear.

El niño temperamental: Es aquel que siempre está escondiéndose detrás de la madre o del sillón dental, debemos tratarlo cordialmente. En esta situación puede presentarse:

1) Resistencia activa: el llanto y demostraciones vivas de rechazo son una de sus características.

2) Resistencia pasiva: son aquellos que no se atreven a manifestar su rechazo, son tímidos.

El anormal en grado extremo: psiquiátrico o deficiente mental, ya no pondrá resistencia de todo lo que se le pretenda realizar, se asustará del instrumental y hasta de la presencia del odontólogo, por lo cual se hará imposible el tratamiento, al menos se emplee premedicación o -- anestesia general.

MANEJO DE LOS PADRES

Cuando acuden los niños por primera vez al consultorio dental, realizaremos una plática con los padres acerca de que si ya ha sido atendido por otros dentistas, antes del tratamiento le haremos conocer ciertas reglas tales como:

- a) Que eviten usar procedimientos de amenaza en el consultorio.
- b) Si al momento de aplicar disciplina al niño mimado, que no piense que es una manifestación de enojo.
- c) Que evite los temores ante la presencia del niño en el consultorio.
- d) La actitud de confianza y seguridad que ellos muestran darán valor a sus hijos.
- e) Que nunca traten de avergonzar o retener al niño en la cita dental o traten de obligarlo a acudir al consultorio, pues a la hora del tratamiento puede haber manifestación de rechazo.
- f) Que nunca utilice la odontología como amenaza de castigo.
- g) Que familiarice a su hijo con la odontología, llevándolo al consultorio y al mismo tiempo para que trabaje relación con el odontólogo.
- h) Respecto al medio hogareño se harán ver al padre la importancia de las actitudes moderadas en la creación de un niño de buenos ajustes: en estos casos serán buenos pacientes dentales.
- i) Hay que hacerles ver la importancia del cuidado dental.
- j) El padre debe saber la necesidad de combatir todas las impresiones perjudiciales con respecto a la odontología que pudieran provenir de fuera de su casa.
- k) El padre no debe asegurar al niño que hará o que -

no hará el dentista, ya que el mentir sólo lleva a decepciones y desconfianzas.

- 1) Si se decide llevar al consultorio al niño es necesario que lo deje sólo con el dentista, a menos -- que se trate de un niño muy pequeño.

LOS PACIENTES DE EMERGENCIA Y

LOS DE PREVIA CITA

Actuaremos en cada uno de forma diferente.

PACIENTES DE
EMERGENCIA

- a) Introducción al niño al consultorio dental.
- b) Tratamiento paleativo y administración de medicamentos.
- c) Plática con los padres
- d) Modelos de estudio
- e) Enseñanza del cepillado.

PACIENTES CON
PREVIA CITA

- a) Introducción al niño al consultorio dental.
- b) Examen de la cavidad bucal - (historia clínica).
- c) Examen radiográfico.
- d) Profilaxis u odontoxesis.
- e) Aplicación tópica de flúor.
- F) Plática con los padres.

CAPITULO III

CARIES DENTAL

La caries dental hasta la fecha ha sido un problema de primer orden, no obstante los estudios realizados, - en la prevención y tratamiento de dicha enfermedad, su porcentaje de incidencia ha venido aumentando en un 30% en -- 20% años a pesar de que se ha mejorado la nutrición, higie ne dental y la educación sanitaria odontológica.

En la dentición primaria la secuencia de ataque si gue un ritmo teniendo como orden de susceptibilidad:

- 1.- Molares inferiores.- es más frecuente en el primer molar antes que en el segundo. Siendo más alta su incidencia en la cara distal, mientras que en el - segundo es en la cara mesial. La zona de ataque - de la caries es en caras proximales sin incluir fo setas.
- 2.- Molares superiores.- En el primer molar la caries es frecuente en la cara mesial, presentando mayor incidencia. El sitio de elección de caries en es-- tos molares es en fosetas y fisuras.
- 3.- Dientes anteriores superiores.- Las caras proxima les, sobre todo en mesial.
- 4.- Dientes anteriores inferiores.- Rara vez se presen tan en las caras vestibular y lingual.

. El período de mayor actividad de la caries es en-- tre los cuatro y ocho años, pudiéndose presentar a los 3 - años.

ETIOLOGIA DE LA CARIES

En una forma clara y precisa en el diagrama de - - Paul H. Keyes, se explica que la desmineralización, la pro teolisis y la invasión microbiana de los dientes, sigue la

interacción entre tres grupos de elementos esenciales y -- que son: el substrato oral, formado por residuos alimenticios, ciertos tipos de bacterias y un huesped susceptible. Dicha interacción constituye el principal origen de los -- componentes patogénicos implicados. Estos tres elementos constituyen la iniciación del proceso carioso y su potencia patogénica de cada uno de las áreas varía notablemente, pero nunca falta ninguna de ellas. La caries dental -- se inicia cuando las bacterias específicas acidogénicas, llegan a colonizar sitios vulnerables sobre los dientes y cuando se adicionan a la dieta considerables cantidades de carbohidratos fermentables, produciendo grandes cantidades de ácido afectando considerablemente la desmineralización de la capa externa del esmalte.

ESPECIFICIDAD BACTERIANA EN LA ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL

Son varios los organismos que intervienen en la -- formación de una lesión cariosa, los cuales son capaces de producir polisacáridos extracelulares a partir de sacarosa formando dextranes y levanes, los cuales son sustancias -- de alto peso molecular, teniendo poca solubilidad y gran -- adhesividad, actuando como matriz estructural de la placa dentobacteriana.

LA PLACA DENTOBACTERIANA

Es una capa densa, blanda y amarillenta, gelatinosa y pegajosa formada por diferentes microorganismos vitales y no vitales, englobados en una matriz rica en polisacáridos y glucoproteínas que se adhieren a la superficie -- del diente y se debe principalmente a que aún el esmalte más terso posee estrías y fisuras anatómicas microscópicas y aquí es donde se alojan una o más bacterias de las múltiples que circulan por la boca navegando por la saliva y se fijan por la mucina que recubre por completo la superficie

bucal mediante el depósito de una bacteria viva a un terreno apropiado para su desarrollo, se forma una colonia pura o al encontrarse con otros gérmenes llegan a formar colonias mixtas, dando origen a una población heterogénea las cuales conviven en gran actividad bioquímica simultánea.

En estudios realizados por Gibbons, encontró que las bacterias específicas en la formación de caries, son los estreptococos los cuales inician la formación de placa a partir de sacarosa y de ella forman dextranes y levanes, que protegen a los estreptococos de los líquidos bucales y les permite iniciar libremente la formación de ácidos que van a descalcificar el esmalte.

Entre las diferentes especies de que está compuesta la placa dentobacteriana, tenemos los estreptococos, lactobacilos, difteroides, estafilococos y levaduras. En las primeras etapas la placa está formada por cocos y se han encontrado estreptococos sanguis, pero a partir del séptimo día aparecen organismos filamentosos que llegan a adquirir predominio y los cocos y neisserias disminuyen en la misma proporción. Además del predominio los diferentes gérmenes, el desarrollo de la placa va asociado a una transformación de los organismos aeróbicos en organismos anaeróbicos. Por lo que es probable que el aumentar el espesor de la placa aparezcan condiciones favorables para el crecimiento de gérmenes anaeróbicos.

Algunos autores opinan que los lactobacilos, debido a que son aciduricos y acidógenos son los responsables de transformar los carbohidratos en ácidos, pudiendo estos organismos producir ácidos con mayor rapidez que otras bacterias, siendo importante para que se produzca la descalcificación se debe alcanzar un pH de 5.2 o menos, por lo cual esta acidez no es siempre constante aún en bocas con

caries activa, ya que la saliva posee la capacidad de neutralizar parcial o completamente el ácido formado. Existen dos funciones importantes de la saliva y son la de inhibir la actividad de caries y su acción limpiadora al remover los detritus alimenticios.

Existen pruebas clínicas y experimentales que indican que la caries aumenta cuando hay un flujo reducido de saliva y esto se observa principalmente en casos de displasias glandulares, obstrucción completa y atrofia glandulares en donde se producen xerostomia y caries atípicas, porque cuando existe una disminución del flujo salival, disminuye también la capacidad de neutralización.

CLASIFICACION DE LAS CARIES

Se consideran dos divisiones, dependiendo del sitio de ataque:

- 1.- Caries de fosas y fisuras: cuando su presencia es en caras oclusales de los molares, surcos bucales de molares inferiores y cúngulos de anteriores inferiores.
- 2.- Caries de superficies lisas: en caras sin defectos estructurales, como el tercio cervical de los órganos dentarios.

La velocidad de la caries puede ser:

- 1.- La caries aguda o de avance rápido: Su manifestación es en niños de cuatro a ocho años, presentando características tales como:
 - a) Abertura pequeña en el esmalte.
 - b) Rápida penetración a la dentina.
 - c) Extensa complicación dentinaria.

El esmalte que rodea a la lesión es opaco, descalcificado y quebradizo; la dentina es blanda amarillenta y

caseosa, es más frecuente en caras oclusales y en zonas de retención alimenticias.

- 2.- Caries crónica: El avance es muy lento y su proceso tarda más en involucrar los tejidos duros. En la dentadura primaria se presenta entre los ocho y once años y sus características son:
- a) Abertura más grande que en la aguda
 - b) Penetración lenta a través del esmalte.
 - c) Complicación dentinaria no tan extensa.

La pulpa como defensa forma dentina secundaria, la caries crónica es más común en superficies lisas que en defectos estructurales. La dentina aparece de color pardo -- amarillenta.

- 3.- Caries de avance lento: La caries puede continuar durante mucho tiempo en el esmalte, llega a la -- unión amelo-dentinaria con progreso lento, se en-- cuentra principalmente en adultos.

- 4.- Caries detenida: Se presenta en esmalte o en denti na, siendo frecuente en el primero en caras proximales, cuando falta el diente adyacente.

- 5.- Caries irrestricta o rampante: Sus manifestaciones son: penetrante, desaparición repentina, extensa -- que involucra tempranamente a las pulpas, pudiendo afectar a los dientes que se consideran inmunes a la caries, tales como: incisivos anteriores infe-- riores, caras labiales y linguales de dientes ante riores superiores.

MEDIDAS GENERALES PARA PREVENIR Y
CONTROLAR LA CARIES

Podemos planear diversos caminos que podrían prevenir el proceso de la caries dental, tomando para ello el diagrama de Keyes:

- 1.- Medidas dirigidas a las bacterias.
 - a) Reducción de la patogenecidad bacteriana.
 - Medios mecánicos: higiene oral.
 - Medios quimioterapéuticos:
 - antibióticos
 - antisépticos
 - enzimas
 - vacunas

- 2.- Medidas dirigidas al control de dieta.
 - a) Disminución de la ingestión sacarosa
 - b) Disminución de la frecuencia de ingestión entre comidas de carbohidratos.
 - c) Aumentar la ingestión de alimentos detergentes y firmes.
 - d) Disminuir la ingestión de alimentos de consistencia pegajosa.
 - e) Mejorar las cualidades de los alimentos y las prácticas alimenticias.

- 3.- Medidas dirigidas al diente.
 - a) Aumentar la resistencia del diente y mejorar sus cualidades y estructura.
 - Administración de flúor.
 - Fluoración del agua de consumo.
 - Fluoración de la leche
 - Fluoración de la sal de consumo
 - Tabletas que contengan flúor.
 - Aplicación tópica de flúor.

- Enjuagues con solución de flúor.
- Dentríficos con flúor.
- Gel hidrosoluble con flúor
- Aplicación de sellantes en los surcos o fisuras.
- Aplicación de sellantes en los surcos o fisuras coronarias.

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es un procedimiento que realiza el paciente en su hogar y consiste en la eliminación de restos alimenticios, depósitos blandos y placa bacteriana.

La falta de higiene bucal o la higiene defectuosa y no sistemática, son los factores más predisponentes, ya que facilitan la acumulación y formación de la placa dentobacteriana.

Elementos para una adecuada higiene bucal:

- 1.- Cepillo y pasta dental.
- 2.- Pastillas y soluciones reveladoras de placa dentobacteriana.
- 3.- Palillos estimuladores dentales y cepillos interproximales.
- 4.- Frecuencia del cepillado.
- 5.- Tipos de cepillo a usar.

Secuencia de enseñado de cepillado:

- 1.- Demostrar técnica de cepillado en un modelo.
- 2.- Que el paciente cepille los dientes delante de un espejo.
- 3.- Señalarle sus errores hasta que los corrija.

Características del cepillo dental:

- 1.- Adecuado en tamaño, forma y textura
- 2.- De fácil y eficiente manipulación.
- 3.- Fácil de limpiar y que no retenga partículas nocivas.
- 4.- Durable y barato.
- 5.- De puntas redondas.

Componentes de las pastas dentales:

- 1.- Abrasivo, para pulir.
- 2.- Agua, para consistencia.
- 3.- Humectantes, para evitar sequedad.
- 4.- Detergentes, para facilitar la limpieza.
- 5.- Agentes terapéuticos. usos varios (flúor).
- 6.- Colorantes, saborizantes.

Objetivos de las pastas dentales:

- 1.- Limpieza y pulido de los dientes.
- 2.- Disminución de la incidencia de la caries.
- 3.- Promoción de la salud dental.
- 4.- Dar sensación agradable de limpieza bucal.

HILO DENTAL

- 1.- Debe ser suave para remover la placa bacteriana y los residuos en las zonas proximales afectadas.

Componentes deseables de las pastillas reveladoras:

- 1.- Capacidad para teñir la placa bacteriana, de tal modo, que resalte de las porciones más limpias de los dientes.

- 2.- Ausencia de retención prolongada de colorante.
- 3.- No debe afectar obturaciones.
- 4.- No debe causar efectos perjudiciales sobre la mucosa, ni algún daño, provocado por la ingestión accidental, evitar reacciones alérgicas.
- 5.- Debe tener un sabor agradable.

El comienzo de la higiene oral debe ser desde que los dientes estén brotando; deberán limpiarse con gasas húmedas o isópos.

Al año y medio deben limpiarse diariamente en las noches, por dentro y por fuera.

De dos a cuatro años de edad, se usará la técnica de cepillado horizontal, circular o de fregado.

De cuatro a ocho años de edad, con la técnica de -
Fones.

De ocho años en adelante, se utiliza la técnica de Bass; esta la técnica más recomendable.

Técnica de Bass

También se le llama limpieza del surco gingival, - se utiliza un cepillo suave, colocándolo a cuarenta y cinco grados con respecto a el eje longitudinal del diente -- con las cerdas hacia apical, con movimientos suaves y cortos de adelante hacia atrás.

B I B L I O G R A F I A

Adhesive Sealing of pits and fissures for caries prevention with use of ultraviolet light.
Buonocore
1970.

Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
1973.

Comunicación Personal
Loesche
1970

La psicología descubre al hombre
Dr. Heinz Dirks
Círculo de Lectores, S.A.

Odontopediatría Clínica
Didney B. Finn
Editorial Bibliográfica Argentina
1971.

Odontología del niño y el Adolescente
Ralph McDonald
Editorial Mundi

Odontología Pediátrica
M.M. Cohen
Editorial Mundi, S.R.L.

Odontología para niños
Brauer
Editorial Mundi.

Skinner Phillips
Editorial Mundi
Buenos Aires
1960.