

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



29/ 4/16

Vobis
A. G. B. 11
1963-82

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**PSICOLOGIA INFANTIL RELACIONADA
CON TRATAMIENTOS DENTALES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

CECILIA GONZALEZ DOMINGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.- INTRODUCCION

El tema que desarrollo es en la actualidad uno de los más importantes en la Odontología Pediátrica. Tomando en cuenta que ésta tiene como finalidad, conservar las piezas el mayor tiempo posible en condiciones saludables.

Una buena historia clínica sirve como auxiliar, para la cual los datos son adquiridos directamente de los padres; el niño por la inseguridad propia de su edad nos ayuda poco relativamente, por lo tanto, hay que tratarlo sin engaño, sin sobornos, diciendo siempre la verdad, dándole confianza y dar indicaciones a los padres.

Otro aspecto importante al que debe poner atención el dentista para poder diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento lo mejor posible, son los hábitos bucales, teniendo ayuda de un Psiquiatra y la ayuda de los padres y del niño, -- ésta última es la más importante.

Es importante tener en cuenta el estado emocional del niño, las experiencias que ha tenido, para así comprender su estado, basándose en la psicología aplicada, la destreza manual del cirujano dentista y con la colaboración de los padres, puesto que ellos son un factor determinante en su educación misma que repercute en la primera visita a un consultorio dental.

INDICE

I.- INTRODUCCION.

II.- HISTORIA CLINICA.

1.- TIPOS DE EXAMEN DEL NIÑO.

- A) EXAMEN DE EMERGENCIA
- B) EXAMEN PERIODICO O RECORDATORIO
- C) EXAMEN COMPLETO

2.- DISEÑO DE EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO

- A) PERSPECTIVA GENERAL
- B) ESTATURA GENERAL
- C) PORTE
- D) LENGUAJE
- E) PIEL Y PELO
- F) MANOS
- G) TEMPERATURA

3.- EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

- A) MACROCEFALIA
- B) MICROCEFALIA
- C) ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR
- D) OIDOS
- E) OJOS
- F) NARIZ
- G) CUELLO
- H) PELO Y PIEL
- I) ASIMETRIA.

4.- TEJIDO GINGIVAL

- A) ALIENTO
- B) LABIOS, MUCOSA BUCAL Y LABIAL.
- C) SALIVA
- D) TEJIDO GINGIVAL
- E) LENGUA Y ESPACIO SUBLINGUAL
- F) PALADAR
- G) FARINGE Y AMIGDALAS
- H) DIENTES

5.- EXAMENES RADIOGRAFICOS

III.- PSICOLOGIA INFANTIL APLICADA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

- A) PATRONES DE CONDUCTA
- B) CLASIFICACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO
- C) CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL
- D) METODOS A SEGUIR POR EDADES.

IV.- HABITOS BUCALES INFANTILES

- A) HISTORIA
- B) REFLEJO DE SUCCION
- C) ACTOS BUCALES COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS
- D) METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO
- E) METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES
- F) USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS.

G) EFECTOS DENTALES DE SUCCION A LARGO PLAZO DEL
PULGAR Y OTROS DEDOS.

H) CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS

I) OTROS HABITOS BUCALES.

V.- PREVENCIÓN CARIOSA

A) COLECTIVA

B) SEMICOLECTIVA

C) INDIVIDUAL

VI.- CONCLUSIONES

VII.- BIBLIOGRAFIA

HISTORIA CLINICA

Nunca se recalcará lo suficiente, la importancia de obtener información completa sobre las características de la identidad del paciente y su historia clínica durante la primera visita al consultorio.

La primera visita al consultorio la hace el niño generalmente en compañía de sus padres y las siguientes visitas las hará el niño solo, por lo tanto, no podrá facilitar la información requerida.

Debe haber formularios ya impresos para registrar - estos datos, que deberán incluir: nombre completo, su diminutivo o apodo, nombre del padre y de la madre, sus respectivas direcciones, números telefónicos y ocupación; también se debe pedir y registrar el nombre de la persona que lo recomendó, con el fin de expresarle en su oportunidad nuestro agradecimiento por tal hecho.

Para evitar dificultades durante el curso del tratamiento dental es esencial obtener un historial clínico del paciente, lo más completo y significativo posible.

Debe averiguarse si el niño recibe exámenes médicos regulares, así como la dirección del médico, si el niño ha sido recomendado por el Pediatra, deberá consultarse con él antes de empezar el tratamiento.

TIPOS DE EXAMEN DEL NIÑO

El contacto inicial generalmente se hace con los pa
dres por teléfono. La recepcionista puede asegurarse en es
te momento de la naturaleza de las citas futuras.

Hay tres tipos de exámenes que pueden considerarse
normales; Examen de Emergencia, Examen periódico o de Recor
datorios, Examen Completo.

A) El Examen de Emergencia está generalmente limita
do a un diagnóstico inmediato que nos lleva a un tratamien-
to rápido y a la eliminación de la queja principal.

B) Examen Periódico o de Recordatorio, es una sesión
inicial de examen completo. El propósito es examinar los -
cambios que pudieran haber ocurrido desde la terminación del
tratamiento anterior.

C) El Examen Completo.- Para poder elaborarlo el --
Dentista debe seguir los siguientes pasos:

1.- Historia del Caso

A) Queja principal

B) Historia prenatal, natal, posnatal y de
la infancia.

2.- Examen Clínico

A) Apreciación general del paciente

B) Examen bucal detallado

C) Examen suplementario y pruebas especiales

3.- Diagnóstico.

A) Resumen de todas las anormalidades, su -
naturaleza, etiología, e importancia.

I.- HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.

La historia de un paciente de Odontopediatría, puede dividirse en: Estadísticas vitales, historia de los padres, prenatal, natal, posnatal y lactancia.

Las estadísticas vitales son de esencial importancia en el registro del consultorio.

De esta información el Odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. El nombre del Médico Familiar del niño puede ser anotado para poder consultarle en un caso de emergencia futura, o para obtener información -- adicional cuando se necesite.

Se registra la queja principal con las palabras de la madre del niño.

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente, está diseñada para informar al Dentista sobre el valor que los padres concedan a sus propios dientes, puesto que la actitud de los -

TIPOS DE EXAMEN DEL NIÑO

El contacto inicial generalmente se hace con los pa
dres por teléfono. La recepcionista puede asegurarse en es
te momento de la naturaleza de las citas futuras.

Hay tres tipos de exámenes que pueden considerarse
normales; Examen de Emergencia, Examen periódico o de Recordatorios, Examen Completo.

A) El Examen de Emergencia está generalmente limitado a un diagnóstico inmediato que nos lleva a un tratamiento rápido y a la eliminación de la queja principal.

B) Examen Periódico o de Recordatorio, es una sesión inicial de examen completo. El propósito es examinar los cambios que pudieran haber ocurrido desde la terminación del tratamiento anterior.

C) El Examen Completo.- Para poder elaborarlo el --
Dentista debe seguir los siguientes pasos:

1.- Historia del Caso

A) Queja principal

B) Historia prenatal, natal, posnatal y de la infancia.

2.- Examen Clínico

A) Apreciación general del paciente

B) Examen bucal detallado

C) Examen suplementario y pruebas especiales

3.- Diagnóstico.

A) Resumen de todas las anormalidades, su -
naturaleza, etiología, e importancia.

I.- HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.

La historia de un paciente de Odontopediatría, puede dividirse en: Estadísticas vitales, historia de los padres, prenatal, natal, posnatal y lactancia.

Las estadísticas vitales son de esencial importancia en el registro del consultorio.

De esta información el Odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. El nombre del Médico Familiar del niño puede ser anotado para poder consultarle en un caso de emergencia futura, o para obtener información -- adicional cuando se necesite.

Se registra la queja principal con las palabras de la madre del niño.

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente, está diseñada para informar al Dentista sobre el valor que los padres con cedan a sus propios dientes, puesto que la actitud de los -

padres hacia la Odontología puede reflejarse en el miedo -- del niño y en los deseos de los padres con relación a los - servicios dentales.

La historia prenatal y natal a menudo proporcionan - indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura - anormal de dientes caducos y permanentes. El Odontopediatra observará los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieran durante las etapas formativas de los dientes.

La Historia posnatal y lactancia, revisa los siste- mas vitales del paciente, también registra información, tal como tratamientos preventivos de la caries, trastornos del- desarrollo dental, alergias, costumbres nerviosas y el com- portamiento del niño y su actitud al miedo.

La duración y enfoque de la historia depende de las circunstancias que rodean, en cada caso. En situaciones - de emergencia, la historia se limita generalmente a puntos - esenciales, en relación con la lesión que se trata en el mo- mento, o en el mal que aqueja al niño actualmente y también a la ausencia de enfermedades generales que tengan importan- cia en el tratamiento inmediato.

2.- EXAMEN CLINICO.

Se hace el examen clínico del niño con una sucesión

lógica cordenada de observaciones y de procedimientos del examen y de manera amable y sonriente.

En la mayoría de los casos, un enfoque sistemático producirá mucho más información sobre alguna enfermedad no detectada y los procesos de ésta, que un método de examen desordenado.

En caso de emergencia, el examen detectará el lugar de la queja y enumerará las ayudas para el diagnóstico (ej. las radiografías que sean necesarias para llegar a un diagnóstico inmediato). En exámenes de este tipo no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos, las circunstancias del momento y cooperación del niño terminarán en el curso de la acción a seguir. Sin embargo, se debe efectuar un examen completo después, deberá hacerse una evaluación a conciencia el diseño siguiente demuestra el alcance de este examen.

DISEÑO DE UN EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO.

- A) Perspectiva general del paciente (incluyendo: estatura y peso).
- B) Porte, nivel de desarrollo del lenguaje, piel, pelo, manos y temperatura.

ESTATURA Y PESO

Esto puede analizarse y comprobarse consultando cu

dros y esquemas de crecimiento y peso. . Por medio de un registro a largo plazo, se podrá determinar si la estatura y peso del niño concuerdan con el patrón de crecimiento o si es un cambio de crecimiento que ocurre en algún punto definido del desarrollo del niño, tales como los períodos de edades, defectos de herencia, medio, nutrición, enfermedades, anomalías del desarrollo y secreciones endocrinas.

PORTE

Cuando el niño entra en el consultorio, se podrá -- apreciar su modo de andar y ver si este es normal o se encuentra afectado, probablemente el andar anormal más común del niño enfermo, que camina con inseguridad debido a su debilidad. Otro tipo de andar es el tipo inseguro emipléjico, tambaleante, de balanceo y atáxico. Cuando se observa este tipo de andar en el niño, habrá que hacer una valoración cuidadosa, puede interrogarse a la madre sobre cualquier cambio reciente que halla observado en el andar del niño.

EL LENGUAJE

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad del ser humano de reproducir sonidos que ha escuchado, por lo tanto, los niños muy pequeños con problemas de audición graves pueden tener el desarrollo del lenguaje lento.

La conversación del niño con el Odontólogo o ayudante

te permite hacer una estimación informal de su lenguaje.

Se consideran cuatro tipos de trastornos del lenguaje:

- 1.- Afacio
- 2.- Lenguaje retardado
- 3.- Tartamudeo
- 4.- Trastornos articulatorios del lenguaje.

La Afacia Motriz es rara y generalmente denota pérdida del lenguaje como resultado de algún daño al sistema nervioso central.

El lenguaje retardado se considera cuando el niño no habla a los tres años. Las causas pueden ser las siguientes: pérdida de la audición, retraso intelectual, ritmo del desarrollo general, enfermedades graves prolongadas, defectos sensoriales, falta de la motivación y estimulación inadecuada del medio. Los niños demasiado dependientes de sus padres y los que padecen una lesión neurológica pueden presentar retraso en el lenguaje.

El tartamudeo ocurre casi en todos los niños en algún período, antes de ir al colegio. El tartamudeo es más común en los niños que en las niñas.

Los trastornos articulatorios del lenguaje que pueden considerarse importantes son: omisión, inserción y dis-

torsión.

Al sustituir el sonido "C" por el sonido "S" produce siseo. Algunos defectos de articulación ocurren dentro de los límites de desarrollo normal; sin embargo, las niñas con parálisis cerebral, lesión neurológica central, paladar endido o mala oclusión, a menudo tienen dificultades articulatorias. La parálisis cerebral puede alterar la calidad del lenguaje y producir voz de sonido nasal.

Una voz ronca puede deberse a haber cantado o gritado en exceso, a sinusitis aguda o crónica, a cuerpos extraños a la laringe, parálisis, sarampión o, en los niños, desarrollo sexual precoz.

PIEL Y PELO

En el caso específico con displasia ectodermal congénita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, delgado y de color claro.

Esto se observa más a menudo en niños que en niñas. Existen otros desequilibrios hormonales que pueden causar pérdida del cabello, mientras que la adición de mediación hormonal puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello.

La piel de la cara al igual que la de las manos pue

de observarse y detectar señales de enfermedad. Puede encontrarse cierta cantidad de lesiones primarias y secundarias en la cara. Mientras que la cara del niño tiende a reflejar su salud general, los cambios observados no tienen que ser forzosamente relacionados con el problema dental.

MANOS

Al tomar las manos de los niños en las suyas, el Odontólogo no sólo establece comunicación, sino que tiene oportunidad de apreciar su salud general. En la mayoría de los casos se sentirán normales pero en ocasiones podrá observarse sensación de temperatura elevada.

Las manos son de las pocas partes del cuerpo que el Dentista puede observar normalmente: aquí pueden observarse todas las lesiones primarias y secundarias de la piel, tales como máculas, papulas, vesículas, úlceras, costras y escamas. Muchos trastornos causales pueden producir éstos, como enfermedades exentematosas, deficiencias vitamínicas, hormonales y de desarrollo.

Deberá tomarse en cuenta el número, la forma y el tamaño de los dedos del niño, pueden estar mordidas las uñas, cortas como resultado de su ansiedad y tensión, escamosas, cubiertas de piel de color diferente, incluso pueden estar ausentes como se ve a veces en caso de displacia ectodérmica.

Cuando el Dentista examina a un niño y sospecha que sus manos son demasiado grandes o pequeñas para su edad, -- puede tomar una radiografía de 5 X 7 pulgadas. De mano izquierda con la ayuda del aparato de radiografías normales.-- Puede compararse la radiografía con los índices carpales medios para determinar la edad ósea del paciente.

Puesto que el Dentista puede ser su único miembro de equipo sanitario que vea al niño en un período de varios años, su apreciación del crecimiento y desarrollo puede indicar la necesidad de valoraciones médicas posteriores. Por crecimiento se entiende la maduración física del niño, mientras que desarrollo significa maduración funcional.

TEMPERATURA

La fiebre o elevación de temperatura en momentos de descanso, es uno de los síntomas más comunes expresados y - experimentados por los niños. Puede existir una elevación temporal de la temperatura después de comer, de hacer ejercicio o cuando el medio nos lleva al enfriamiento corporal.

La mayoría de las madres consideran como un umbral sacrosanto la temperatura de 37° y para cualquier temperatura que lo sobrepasa debe sondirerarse como muestra de enfermedad. Sin embargo, el practicante motivado puede ayudar-- les a comprender que existe, en vez de ese umbral fijo, una

gama de temperaturas consideradas normales.

En los casos raros que existe una ausencia, total o parcial de las glándulas sudoríparas, como ocurre en el tipo henhidrotico de la displacia estodermica, el niño puede sentirse muy caliente durante las epocas de temperaturas -- elevadas.

Los abscesos dentales o las enfermedades gingivales agudas, algunas infecciones respiratorias y bucales dan como resultado estados febriles en los niños.

No se puede diagnosticar enfermedades específicas - tan sólo por la presencia de la fiebre, sin embargo, el grado de fiebre, su patrón y la reacción del niño, son a menudo factores que indican ciertas patologías.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

El tamaño de la cabeza del niño puede ser normal, - demasiado grande o demasiado pequeña. La Macrocefalia (cabeza demasiado grande) se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes. La Microcefalia (cabeza-pequeña) se debe a trastornos del crecimiento, enfermedad o trauma que afectan al sistema nervioso. Las formas anormales de la cabeza, pueden ser causadas por un cierre prematuro de las suturas, interferencia del crecimiento de los huesos craneales, o presiones anormales dentro del cráneo.

Debe tenerse cuidado, un juicio apresurado del tamaño de la cabeza, deberá considerarse antes de comunicarlo a los padres y a los hermanos, así se evitarán situaciones molestas para ambos.

El historial y el examen bucal son de gran importancia en el momento de hacer el diagnóstico de la etiología - de cualquier inflamación de la cara, todo agrandamiento uni lateral de la cara que no produzca dolor y que crece lentamente y sin algún agente evidente que los cause, debe tener una especial atención por parte del Dentista y se deberá en viar al paciente con un Pediatra, puesto que la neoplasia - presenta un patrón como este.

ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR:

Los siguientes son dos métodos valiosos de diagnóstico para discernir limitación de movimiento, su luxación, - dislocación o desviación mandibular:

A) Mientras que permanece de pie frente al niño en la mejor posición que permita la silla dental, el Odontólogo puede colocar sus manos liberamente sobre las mejillas - del niño en el área de la articulación temporo mandibular; - hará que el niño habra y cierre la boca lentamente y entonces, desde centric cerrada, ordenará que se mueva en escur ciones laterales, pidiendo que mastique con sus dientes pos teriores lentamente.

B) Con una pieza de hilo dental de 12 a 18 pulgadas hará presión contra su cara en la línea media que une la -- frente, la punta de la nariz y la punta de la barbilla. Hará que el niño abra y cierre lentamente la boca y muestre -- los dientes al realizar este movimiento.

Estas dos ayudas tan sencillas mostrarán las discre -- pancias de unión temporo mandibular y también los desequili brios musculares y desviaciones anatómicas desde la línea -- media. Debe palpase suavemente inflamación o enrojecimien -- to en la región de la articulación para determinar el grado de firmeza y extensión.

Pueden observarse trismus, o espasmos de los múscu -- los masticatorios cuando hay infección que sigue a una ex -- tracción de un molar mandibular permanente se ve menos co -- mún, durante la erupción de éste, pero puede desarrollarse después de este pericoronitis. El tétanos una enfermedad -- poco común en la actualidad, puede producir trismus al igual que los neoplasmas y otros trastornos mas duros.

OIDOS

El Odontólogo deberá estar consciente de cualquier -- deficiencia de audición el el paciente infantil. La obser -- vación del meato auditivo externo puede revelar cierta se -- creción, generalmente, la queja será un dolor en la cavidad -- bucal que se iraddia al oído, éstos necesitan un examen a --

conciencia de los dientes. El Odontólogo debe ser capaz de determinar si el dolor referido originado de la dentadura - es la posible causa del dolor en los oídos, si al hacer un examen radiológico clínico, no se encuentra ningún problema dental, deberá enviar al niño al medico especialista, para que le haga un examen concienzudo del oído. La palpación - del oído externo y de la apofisis mastoidea puede revelar - algo de sensibilidad que indicará al Odontólogo que la inflamación existe dentro del oído mismo.

OJOS

El Odontólogo deberá de observar si el niño tiene - dificultad para ver o, si usa lentes, la observación que se hará al niño debe incluir si hay inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, costras o lesiones de los párpados, si hay o no conjuntivitis, defecto del iris o lagrimeo anormal. La inflamación que está asociada con las piezas maxilares; puede extenderse a la región orbital, causando inflamación de los párpados y conjuntivitis. Algunas inflamaciones y enfermedades generales pueden producir cambios en los tejidos oculares y bucales, los defectos de desarrollo de la cavidad bucal pueden tener su contrapartida en el ojo.

NARIZ

Encontramos anomalías de tamaño, forma o color de la

nariz, la cual atrae la atención debido a la localización - prominente.

En los niños el Odontólogo a menudo se encuentra -- con drenaje nasal que indica infección respiratoria superior. Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar huellas en la nariz; ejem.: la que tiene forma de silla de montar característica de sinfisis congenita. A causa de la gran aproximación de ésta con la cavidad bucal, la extensión de inflamación a través del maxilar puede alterar la forma, tamaño y color de la nariz. La extensión de quistes o tumores desde dentro de la cavidad bucal, particularmente de los maxilares puede hacer intrusión en la nariz.

CUELLO

La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias, también de las cicatrices de intervenciones quirúrgicas. Durante el curso del -- examen, el Odontólogo deberá mantenerse de pie detrás del -- niño y pasar de manera natural la parte de la palma de sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuello de la mandíbula hacia las regiones submaxilares sublinguales y desde -- ahí palpar los triángulos del cuello. El paciente con frecuencia se encuentra con agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares y ésto puede asociarse con amígdalas infla

madas y con respiración de infecciones crónicas. Los ganglios palpables pueden deberse al drenaje de infección bucal o neoplasma.

PELO Y PIEL

La Alopecia o pérdida del cabello, puede observarse en pacientes de muy corta edad, una de las calvicies en una área pequeña, redondeada, rodeada de una línea oscurecida e inflamada que generalmente lleva a diagnosticar empeine.- En caso raro el niño que tiene displasia estodemaes congénitas, el pelo puede ser ausente o ser muy delgado y de color claro.

Esto se ve más a menudo en niñas que en niños, hay otros desequilibrios hormonales que pueden causar pérdida del cabello, mientras que la adición de mediación hormonal puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello:

La piel de la cara, igual que las manos, puede detectarse para evitar señales de enfermedad y encontrarse -- cierta cantidad de lesiones primarias y secundarias.

Mientras que la cara del niño tiende a reflejar la salud general, los cambios observados no tienen que estar directamente relacionados con el problema dental, si ve que el niño tiene extensas y dolorosas lesiones de herpes o algún otro tipo de lesión en labios o en la cara.

INFLAMACION FACIAL ASIMETRICA.

La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica.

Los dos lados de una cara normal, nunca pueden ser iguales, se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de su término normal, afecta la forma de la cara de manera permanente. Se puede producir asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displacias fibrosas y trastorno del desarrollo familiar.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL.

El Odontólogo deberá evitar cualquier tendencia a enfocar su atención a las piezas dentarias, descuidando --- otras áreas al concentrar sus esfuerzos al examinar los tejidos blandos de la boca y faringe bucal, el Dentista protegerá su reputación al diagnosticar cuidadosamente. Una buena regla en el Odontólogo que realiza un buen diagnóstico es que cuente las cavidades en último lugar y no de primer.

A) Aliento.

El aliento de un niño sano, generalmente es agradable, incluso dulce, el mal aliento o alitosis, puede atri--

buírse a causas locales o generales. Los factores locales incluyen: Higiene bucal adecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles de fuerte olor.

Los factores generales, pueden incluir deshidratación, senusitis, hipertrofia e infección del tejido aminoideo, crecimientos malignos, tractos digestivos, fiebre tifoidea, y otras infecciones entéricas o trastornos gastrointestinales. La acidosis generalmente produce olor de acetona en el aliento, frecuentemente los niños que sufren de elevaciones de temperatura tienen olor fétido.

B) Labio, Mucosa Bucal y Labial.

Los labios son la entrada de la cavidad bucal y el Dentista no debe descuidarlos por examinar los dientes. Después de examinar tamaño, color y textura de la superficie, deberán ser palpados usando el pulgar e índice, frecuentemente se ven úlceras vesículas y costras.

Los labios protegen los dientes de traumas y por lo tanto, son lugares frecuentes de contusión en los niños con reacciones nutricionales alérgicas. Pueden causar cambios dramáticos en los labios, cualquier inflamación o masa deberá ser palpada para observar el tamaño y consistencia. A medida que se retraen los labios, se deberá observar la mucosa labial o cualquier cambio de color o consistencia y se

evaluará cuidadosamente. Debemos tomar en cuenta los puntos anatómicos, como referencia en esta área. El más visible es la papila en el orificio de conducto de stennon desde la glándula parótida.

Esta papila puede estar inflamada o agrandada y al comenzar el sarampión puede verse rodeada de pequeños puntos azulados y blanquecinos, rodeados de un halo rojo.

Las lesiones más comunes de la mucosa labial o bucal de los niños, son las que se asocian con virus de herpes simple. Estas pueden ser relativamente benignas, son pequeñas úlceras dolorosas o pueden ser mas generalizadas - extendiéndose al tejido gingival y al paladar, produciendo tejido demasiado sensitivo y múltiples úlceras poco profundas, con una afección de este tipo, generalmente hay una -- historia de tipo congénito.

C) Saliva

La calidad de la saliva puede ser delgada, normal o extremadamente viscosa. Parotiditis ectodérmica o paperas, se caracterizan por una inflamación muy sensible y algo dolorosa, unilateral o bilateral. Las glándulas salivales -- producen una secreción excesiva del conducto de stennon, -- / puede indicar otros trastornos de la glándula parótida. Las glándulas salivales sublinguales y submaxilares también pue

den tener secreciones alteradas cuando existen infecciones generales.

D) Tejido Gingival.

Después de examinar la mucosa labial o bucal, el -- Dentista debe observar el tejido gingival y las uniones gin givales.

El color rojo o hinchazón puede deberse a inflama-- ción debido a una higiene inadecuada, sin embargo, se debe-- rá estar consciente de que el tejido gingival reacciona con mucha sensibilidad, cambios metabólicos y nutricionales, - ciertas drogas y trastornos del desarrollo. Cuando hace - erupción un diente, el tejido gingival que la rodea puede - inflamarse y volverse doloroso e hinchado, estas áreas se - ven frecuentemente traumatizadas por los dientes opuestos.

Las fístulas de tejido gingival unido, acompañadas- de sensibilidad y dolor, movilidad del diente afectado, es generalmente diagnóstico de dientes con absceso.

E) Lengua y espacios sublinguales.

Se debe pedir al niño para que el examinador obser- ve su forma, tamaño, color y movimiento. La lengua puede - tener agrandamiento patológico que puede estar asociado a - mongolismo o cretinismo, quiste o neoplasma.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

La superficie de la lengua es relativamente suave y deslizante. La sequedad de la lengua puede deberse a deshidratación o puede ocurrir en los niños que respiran por la boca. La lengua puede tener un color blanco, grisáceo o --parduzco, en estado febril o etapas tempranas de enfermedades exentematosas. La decamación de las papilas superficiales está asociada a cambios de color y sensibilidad, por anemia o trastornos.

Para examinar el dorso de la lengua se deberá tomar la punta con una gasa de algodón colocada entre el pulgar y el índice y se extraerá delicadamente la lengua atrapada de esta manera. Así se observará cualquier tipo de masas o úlceras con ambos dedos para saber su tamaño, forma y consistencia en los niños pequeños. Si el frenillo lingual es --anormalmente corto, puede evitar que la punta de la lengua se incline hacia adelante, también puede ser causa de ciertos defectos de fonación. Deben observarse las costumbres con la lengua asociadas a la mala oclusión.

F) Paladar.

Se observará la forma, color y presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar blando y en el duro. Las cicatrices en el paladar duro pueden ser evidencia de traumas pasados o intervenciones quirúrgicas que se hicieron para depurar anomalías del desarrollo.

El cambio de color puede ser causado por neoplasma, enfermedades infecciosas y sistémicas, traumas o agentes -- químicos.

G) Faringe y Amígdalas.

Para examinar esta area debemos deprimir la lengua con un espejo de mano o con una espátula, para observar cualquier cambio de color, úlceras o inflamación.

Es aconsejable que el Odontopediatra sugiera que el niño sea examinado por su médico cuando las amígdalas se en cuentren gravemente infectadas y puedan ser causa contribuyente de la mala salud.

H) Dientes

Vamos a observar básicamente el número de piezas, - tamaño, color, oclusión y malformaciones.

Número de dientes, muy rara vez se ve Anodoncia, -- ausencia completa de dientes; en algunos trastornos del desarrollo se ve la Anodoncia parcial o la Oligodoncia.

ETIOLOGIA.

Puede ser hereditaria, lo comprobamos interrogando a los padres, los dientes supernumerarios se observan en la

mayoría de los casos en la línea media del maxilar, pero puede aparecer en cualquier parte de los arcos dentarios.

TAMAÑO DE LOS DIENTES, MACRODONCIA, MICRODONCIA.

Podemos encontrar dientes separados o muy pequeños, laterales en forma de clavos.

COLOR DE LOS DIENTES

Está dado por factores intrínsecos y extrínsecos.

Los intrínsecos es causado por bacterias cromogénicas, que pueden invadir depósitos de materia alba y cálculo, causando una gama de colores en los dientes.

Extrínsecos.- El cambio del color del esmalte y dentina se debe a este factor como discracias sanguíneas, amelogenesis y dentinogenesis imperfecta, resorción interna y drogas tales como la serie de tetraciclinas.

OCLUSION

Se puede comprobar cuando el niño se le indica que muerda, al cerrar, el dentista guía la mandíbula suave pero firmemente a la posición más retraída, pero cómoda de los condilos. La interdigitación de molar y canino se habrá -- comprobado cuidadosamente bilateral. Si se detecta mala --

oclusión en edad temprana, se le informa a los padres que -
más adelante será necesario consultar a un Ortodoncista.

MALFORMACIONES DE LOS DIENTES.

Las lesiones más comunes del esmalte son las ffsi--
cas e Hipoplacia, ésto es en los dientes mal formados.

Los dientes pueden estar dilacerados, empequeñeci--
dos, germinados, fusionados, etc., se han dado términos a -
muchas de estas anomalías tales como: densidente incisivo -
Hutchinton, coronaria bifida, Hipoplacia de Turner y Molar--
en forma de frambuesa.

DIAGNOSTICO.

El método de diagnóstico es por medio de recopilaa--
ción de hechos, existen signos de patognomicos que pueden -
llevar a decisiones tempranas de diagnóstico. Por ejemplo,
inflamación muy obvia y drenaje pueden asociarse con un prí
mer molar altamente cariogénico; sin embargo, deberán reco-
gerse y relacionarse sistemáticamente todos los hechos que-
se refieren a la historia del niño.

EXAMENES RADIOGRAFICOS.

La obtención de radiografías intrabucales en los ni

ños plantea varios problemas.

La boca es pequeña y es difícil colocar la radiografía, un paciente en potencia puede volverse un problema, - debido a algunas experiencias traumáticas.

RADIOGRAFIAS DENTALES.

El niño no comprende el dolor y no permitirá las tomas de radiografías si se le lastima, si en la primera visita coopera, las radiografías pueden ser obtenidas en ese momento. Si el niño es rebelde, se pospone el procedimiento.

Es preferible explicar al niño lo que se le va a hacer, pidiendo la participación de él sosteniendo la película y referirse al cono del aparato como una nariz trompa de elefante, etc., debemos ser sinceros con el niño, evitando decirle que no le va a doler, porque quizás sí le duela. Si existe la posibilidad de dolor, expliquemos que puede pellizcar un poco, utilizar palabras que puedan provocarle miedo y aprensión es muy dañino para el paciente.

Para seguridad del paciente deberán ser tomadas las siguientes precauciones:

El equipo debe estar blindado y en buenas condiciones de uso, el paciente deberá usar un delantal de plomo, - las películas deberán tener un corto tiempo de expedición.

El tamaño de la película se determina por el de la boca del paciente. Generalmente las películas de mayor tamaño son las más adecuadas.

Consideraciones para tomar radiografías.

1.- La punta del cono debe tocar ligeramente la ca
ra.

2.- El plano sagital debe ser perpendicular al co-
no.

3.- La película radiográfica debe estar bien ajus-
tada.

4.- Para la inspección de los incisivos inferiores mandibulares, las coronas de los centrales deben ser per-
pendiculares al piso.

5;- Para observar e investigar caninos y zonas po
teriores, el plano oclusal principal de los dientes al ser expuestos deben estar colocados paralelamente al piso.

6.- Pueden evitarse las arcadas tan comunes en los niños haciéndolos respirar intensamente por la nariz.

El examen radiográfico de la boca deberá examinar los dientes y sus estructuras de soporte. Este examen depende básicamente del tamaño de la cavidad bucal y de la -
cooperación del niño.

Nos proporciona datos acerca de la forma, tamaño, -
posición, densidad, áreas relativas y número de los objetos

presentes en el área; nos informa sobre caries incipientes, anomalías dentinarias, alteraciones en la calcificación -- causadas por enfermedades sistemicas como: Osteogénesis Im perfecta y Sífilis Congénita, lateraciones en el creci--- miento y desarrollo y erupción, aunque ésta puede variar -- mucho en cada niño en particular.

A causa de las diferencias en la cooperación del -- paciente, el tamaño de la boca y el número de dientes pre-- sentes para la división orbitaria de pacientes odontopediá tricos se harán cuatro grupos de edades: Lactancia, Edad de la Dentición Primaria, Edad de cambio de Dentadura y -- Adolescencia.

EDAD DE 1 A 3 AÑOS.

El paciente es capaz de cooperar sin excepción. -- Las películas de mandíbula lateral proporcionan la informa ción más adecuada para este grupo de edades a excepción de caries incipientes interproximales.

Se ocupan dos radiografías laterales, es de gran -- ayuda la película intrabucal que se usa como oclusal en el área anterior y dos de aleta mordible, constituyen un exa-- men completo.

EDAD DE 6 A 12 AÑOS.

A esta edad los niños son generalmente cooperativos y toleran satisfactoriamente películas intrabucales. Se recomienda un examen de catorce películas para esta categoría.

EDAD DE MAS DE 12 AÑOS.

El examen completo deberá consistir, por lo menos, en veinte películas, catorce periapicales y dos de aleta - mordible de los molares permanentes.

MODELOS DE DIAGNOSTICO.

Son los que se les denomina Modelos de Estudio. - Estos, son reproducciones positivas de los maxilares, del paladar duro y de la mandíbula, montados en relación correcta en un articulador capaz de reproducir los movimientos de lateralidad y protusión similares a los que comúnmente se producen en la boca de los modelos de los arcos. No designarse "Modelos de Estudio", hasta que no hayan sido relacionados y montados en esa forma.

IMPORTANCIA DE LOS MODELOS DE ESTUDIO.

Estos son imprescindibles para el plan de trata---

miento que se va a seguir permitiendo al operador:

- 1) Evaluar las fuerzas que actuarán sobre la restauración.
- 2) Decidir si se requiere algún desgaste o reconstrucción de los antagonistas de modo que se logre un plano oclusal adecuado o mejorado.
- 3) Por intermedio del diseñador, determinar el patrón de inserción y el esboso del tallado necesario para que los pilares preparados sean paralelos y para que el diseño sea lo más estético posible.
- 4) Tomar en cuenta la dirección en que las fuerzas insidan en la restauración terminada y determinar la necesidad de reducir la altura cúspidea.
- 5) Elegir, adaptar y ubicar los frentes y utilizarlos como guía al tallar los pilares.
- 6) Resolver el plan de procedimiento para toda la boca.

PSICOLOGIA INFANTIL APLICADA EN EL CONSULTORIO DENTAL

Cuando se estudia un poco de Psicología, es con el fin de aplicarla a un conocimiento mayor y adaptarla hacia el paciente, pues el Cirujano Dentista no debe pensar en la cavidad bucal como un factor aislado, sino como una parte constitutiva de un ser, que con un poco de comprensión y sensibilidad se le puede ayudar a superar experiencias a las cuales será llevado.

La conducta de un niño no es distinta a la del --- adulto, aunque en la niñez hay una tendencia, no comprobada en todos los casos, a modificaciones en la conducta.

El niño desde su nacimiento va adquiriendo patrones de conducta que conjuntamente alcanzan un fin determinado. Constará también de mecanismos de adaptación de tal manera, que todo su comportamiento estará basado en motivaciones que tendrá relación con sus experiencias emocionales.

Las emociones se consideran como procesos dependientes, siendo la expresión de centros cerebrales formados al nacer el niño, y que posteriormente se adicionarán según las posibles experiencias.

I.- PATRONES DE CONDUCTA

A) La Edad

- B) Emociones primarias como: amor, temor, cólera.
- C) La conducta de los adultos hacia ellos, padres, maestros, etc.
- D) Medio ambiente.

LAS EMOCIONES MAS FRECUENTES.

- 1.- Temor
- 2.- Ansiedad
- 3.- Resistencia
- 4.- Timidez.

TEMOR:

Estado de ánimo que indica huír de las cosas consideradas peligrosamente dañinas.

ANSIEDAD:

Es caracterizada por un sentimiento de inseguridad empleada con un sinónimo de angustia diferenciada ésta por la ausencia de alteraciones fisiológicas como ahogo, sudoración, aumento del pulso, es cuando la ansiedad se produce por frustraciones y prohibiciones.

RESISTENCIA:

Fuerza psicológica que en el enfermo se opone a su curación.

TIMIDEZ:

Esta es adquirida por falta de seguridad, generalmente en la infancia, a causa de una educación equivocada con una protección excesiva de los padres, impidiendo que el niño asuma responsabilidades.

2.- CLASIFICACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

A) TEMPERAMENTAL:

Al que se le han consentido todos los caprichos

B) TIMIDO:

Al que se le ha reprimido

C) SOLITARIO:

Es el que aparentemente tiene todo, excepto cariño.

D) RESPONSABLE:

Va. ha ser demasiado grande para todo, puede ser demasiado desafiante o bien tener represiones a edad temprana.

E) MALTRATADO:

Con carencia de amor paternal ha sufrido agresiones físicas o emocionales no deseadas y que siempre suelen ser molestias para los padres.

F) INCORREGIBLES:

Son aquellos a los que se les han proporcionado numerosos métodos para lograr algo positivo sin lograr alguno.

G) Socialmente en peligro el que está educado para odiar todo signo de autoridad.

Todos estos tipos de niños van a tener tendencia mayor hacia la tensión y al miedo, son agresivos y una buena terapia a seguir será la ternura aunada a mucha paciencia.

3.- CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Debemos de tener en mente el propósito de hacer todo lo posible por la tranquilidad y el bienestar del pequeño paciente, tomar en cuenta que el hecho de su visita está relacionado a una persona adulta, todo esto será posible con paciencia, respeto a la personalidad del niño, vinculando: amistad y proporcionándole información adecuada de su tratamiento y darle instrucciones haciéndole saber de la importancia de la Odontología; es decir, trataremos de obtener un éxito en el tratamiento de paciente procurando hacer las citas lo menos traumáticas y lo más llevaderas posible.

Se deberá dar confianza, no debemos causar disgustos ni ridiculizarlo usando métodos físicos, sólo en casos muy extremos y para calmar al niño.

4.- METODOLOGIA A SEGUIR POR EDADES.

Aunque el patrón de conducta es único y exclusivo de cada persona, habrá semejanza, no queriendo decir que todos sean iguales, basándose en generalidades tendrá:

DE CERO A DOS AÑOS:

Quando se trata de un niño de esta edad, se hará - bajo anestesia general, que será administrada de Hipnóticos del tipo de Hidrato de Cloral previo control médico.

A LOS DOS AÑOS DE EDAD:

En ocasiones el niño solo pasará al consultorio, -- siempre acompañado, es tímido ante la gente extraña, ésta es una etapa precooperativa, dotado de gran curiosidad debe estar siempre palpando objetos, puesto que habrá una deficiencia en la comunicación por falta de léxico.

A LOS TRES AÑOS:

El paciente es mas comunicativo, participa en la - comunicación y tiende a contradecir siempre haciendo lo --

contrario. El padre de éste deberá asistir el tiempo necesario hasta que adquiere confianza con el Cirujano Dentista.

A LOS CUATRO AÑOS:

El niño será aprensivo a todo, aceptando explicaciones, son grandes conservadores y buenos pacientes.

A LOS CINCO AÑOS:

Ya no muestra temor, alcanzando un nivel de comprensión más alto y está listo para aceptar las actividades y las experiencias comunitarias. La relación social está mejor definida. El niño no suele tener temor al dejar al padre en la sala de espera.

Si el niño de cinco años ha sido bien preparado -- por sus padres, no tendrá temor a experiencias nuevas, como: ir al jardín de niños o al consultorio. Los niños a esta edad suelen estar muy orgullosos de los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios de sus vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer comunicación con el nuevo paciente.

A LOS SEIS AÑOS:

Es una fase crucial ya que rompe los estrechos lazos familiares. Gesell se refiere al niño de 6 años como-

un niño cambiado, las manifestaciones emocionales alcanzan edad, con lo que pueden incluir estallidos de gritos, violentos, rabieta y golpes a los padres. Son temerosos con respuestas desproporcionales a la causa. Con la experiencia odontológica, se puede esperar que el niño de 6 años - responda satisfactoriamente.

El primer objetivo en el manejo exitoso del niño, es establecer la comunicación y hacerle sentir que el Odontólogo y su asistente son sus amigos y están interesados en ayudarlo. Pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.

Una de las motivaciones es que el niño vea que se le trabaje a otra persona, esto puede darle confianza y a menudo se subirán al sillón sin que se les pida, pero, --- existe un inconveniente, ellos no ven el dolor y si esto les llega a suceder, pierden la confianza en el Cirujano - Dentista, por lo cual es muy importante la sinceridad, --- siempre se le debe decir que en cuanto tenga molestias nos lo comunique y hacerle entender que podrá evitarse.

Debemos tener buena táctica, comenzar con las intervenciones más sencillas, como técnicas de cepillado, -- profilaxis, aplicaciones tópicas de fluor, serie radiográ-

fica, modelos de estudio, y en citas consecuentes conti---
nuar con los tratamientos más complejos. Las citas deben-
ser cortas, ya que las prolongadas tornan al niño inquieto
y menos cooperador. No debemos usar palabras atemorizan--
tes como: jeringa, ahuja, etc., no engañarles, pero sí sub
tituirlas como: un piquete de mosco, decir que el cartucho
esta lleno de muchas hormiguetas y que van ha hacer que sus
dientes se duerman para que no estén molestos, etc.

Para un buen manejo del niño, debemos tener en ---
cuenta el autodominio propio, el cirujano dentista no debe
permitir que le arrebate el ánimo, ni cederá a la cólera,
ya que ésta y el miedo serán la señal de derrota. Si se -
pierde el autodominio y se levanta la voz, sólo se logrará
asustar al niño y hará su adaptación más difícil.

Si no sabemos valorar la personalidad del niño, --
respetar sus emociones puede ocasionar un trauma psicológico
ya que de todos los problemas asociados con la Odontopedia
tría el más importante y el más difícil de conseguir es el
manejo del niño, debido a que sin ésto, todo tratamiento -
sería más difícil, si no es que imposible.

El principio de la relación Niño-Cirujano Dentista
tendrá base en la comunicación, así como en la buena sus-
titución de la autoridad por libertad, con el fin de ense-
ñar y no emplear la fuerza, pero sí, estimulando su curio-

sidad o sus necesidades espontáneas, haciendo que se inte
rese por el tratamiento que se le va a efectuar, siendo --
así, nuestro paciente nos llevará a un éxito mayor en el -
tratamiento.

HABITOS BUCALES

Durante muchos años, los Odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños. Los Dentistas consideraron estos hábitos como posible causa de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente manejable. También de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones que pueden volverse francamente anormales si continúa estos hábitos a largo tiempo.

En general, puede decirse que el Odontólogo y el Patólogo se interesan más por los cambios estructurales -- que resultan de hábitos prolongados. El Pediatra, el Psiquiatra y el Psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales, es de gran importancia para el Odontólogo poder formular un diagnóstico, pero también, es importante oír opiniones de personas de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

REFLEJO DE SUCCION:

Engel afirmaba que la observación directa en los niños, en su primer año de vida, revelaba que su organización era principalmente bucal y del tacto. Sin embargo, la necesidad de succión y de agarrarse a su madre, en el niño, es esencial para su aprendizaje y desarrollo psíquico

El calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que crece el lactante y desarrolla vista y oído, el niño trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia, a pesar de la mala -- coordinación de sus dedos y extremidades, por medio de la boca examina los objetos, si es agradable la sensación, entonces tratará de comérselos, si no, los escupirá o pondrá la cabeza en sentido contrario al objeto.

El intento de llevar algo a la boca se llama: Introyección; y el rechazo será de un objeto mano denominado: Proyección.

Las pruebas de alimentación y succión sirvieron -- para saber que no sólo sirven para la necesidad del hambre, también prueban, por medio de los sentidos, lo que es bueno o es malo. El pulgar mantenido en la boca se vuelve un sustituto de la madre, también satisface la necesidad de agarrarse de algo; algunos consideran ésto, como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Los niños continuamente modifican la conducta que -

les permite desechar ciertos hábitos indispensables y formar hábitos nuevos deseables. El éxito de reforzar los -- nuevos hábitos será: dando halagos, lisonjas y en ciertos casos amenazas de castigos. El modelado sutil o no sutil continúa en la madurez, o sea, al abandonarlos o adoptar-- los fácilmente en el patrón de la conducta del niño, al ma durar se considera este no compulsivo.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.

Se llama compulsivo cuando ha adquirido una fija-- ción en el niño, al grado de que cuando siente su seguri-- dad en peligro por los elementos producidos en su mundo, - sufren cuando tienden a corregirles ese hábito, pues con - éste expresan una necesidad emocionalmente arraigada. Li-- teralmente se retrae hacia sí mismo y por medio de la ex-- tremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la sa-- tisfacción que ansía. De igual manera se acepta que la - inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternu-- ra maternal, juega un papel importante en muchos casos.

METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO.

Aunque estos problemas entren en el área de los -- Psicólogos, los padres piden ayuda a los Odontólogos para-- intervenir en los problemas que estén causando distorsión-- en el hueso alveolar y en la posición de la pieza. Algunos

Ortodoncistas opinan que antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinarse cuidadosamente la durección, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general del niño. Es casi axiomático considerar la eliminación de un hábito de un niño y que éste sea eliminado concientemente por él mismo o con la ayuda del Dentista. Solamente se logrará si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Un método que sugiere un autor, es que el niño le hablara por teléfono al Dentista a su consultorio y después de una pequeña plática decirle que la voz que el Dentista escuchaba era de un niño mayor y que no se podía pensar que él era quien se chupaba el dedo. Esto es el primer paso de adiestramiento. si el niño lo desea, se concerta una cita de refuerzo al consultorio, esto es para asegurarse que no se chupaba el dedo en el consultorio después de una visita corta y amistosa se comprobó que los niños se habían sentido alentados para romper este hábito, naturalmente se necesita la ayuda de los padres con las su gerencias del Dentista las cuales serán:

- 1.- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito.
- 2.- No criticar al niño si el hábito continúa.
- 3.- Ofrecer una pequeña recompensa si deja el hábito.

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTOS EXTRABUCALES.

Algunos métodos efectivos en Dentistas que no consisten en aplicación de instrumentos en la boca del niño - como: recubrir el dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Pero debe advertirse que después de este hábito puede haber otro más nocivo, es de importancia que el niño tenga en el tratamiento una importante ayuda de parte de los padres sin exigir una mejoría de perfección, sino con motivaciones pequeñas cada vez que éstos se observen.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS.

La mayoría de los instrumentos intrabucales hechos por el Dentista, colocados dentro de la boca del niño, con permiso o sin él, son para los niños instrumentos de castigo y pueden producir trastornos difíciles y costosos de curar inclusive, mucho más que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que puede resultar en la -

aparente supresión del hábito pero provocando el cambio rápido de carácter feliz a nervioso. En este caso, el costo de la curación es elevado.

CINCO PREGUNTAS:

Estas cinco preguntas se deben hacer antes de colocar al niño un instrumento rompe-hábitos.

1.- COMPRENSION DEL NIÑO.

¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿Quiere el niño que le ayuden ?

2.- COOPERACION PATERNA.

¿Comprenden los padres lo que está usted tratando? ¿Le han prometido cooperación total?

3.- RELACION AMISTOSA.

¿Ha establecido una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de recompensa, en vez de una sensación de castigo?

4.- DEFINICION DE LA META.

¿Han elegido los padres del paciente y usted una meta-
definida, en términos de tiempo y en forma de un premio
naturalmente material, que el niño trate de alcanzar?

5.- MADUREZ.

¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar

el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?.

El Odontólogo que aplique estas preguntas, y una a una sean afirmativas, generalmente se debe sentir a gusto aplicando un instrumento de formación de nuevos hábitos. - La mayoría de las personas que informan de éxitos logrados con este tipo de instrumentos concuerdan con la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento, casi siempre condena a éste el fracaso.

EFFECTOS DENTALES DE SUCCION A LARGO PLAZO DEL PULGAR Y DE OTROS DEDOS.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos, varían ampliamente. Generalmente se concuerda que si se deja el hábito antes de la erupción de dientes permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste, durante el período de dentadura mixta de los 6 a los 12 años, pueden producirse consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

Debe recalcar que el desplazamiento de piezas o-

la inhibición de su erupción normal, puede provenir de dos fuentes:

- 1.- De la posición del dedo en la boca.
- 2.- De la posición de palanca que ejerza el niño - contra las otras piezas y el alveolo por la -- fuerza que genera si además de succionar pre-- siona contra la pieza.

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de -- manera casual la mano del niño y buscar el dedo más limpio, o, la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas, generalmente -- produce una abertura pronunciada de las piezas anteriores-superiores. Esto, aumenta la sobre mordida horizontal y -- abre la mordida.

CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS.

Hay varios tipos de instrumentos para romper hábi-tos bucales, una manera de clasificarlos es en fijos y mó-viles.

Si se observa que el niño quiere ser ayudado, el -

Odontólogo debe elegir el instrumento tomando en cuenta: - edad, dentadura y hábito bucal. Los niños de seis años para abajo, donde sólo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de dentadura - mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción, puede ser razón contraria a instrumentos removibles en este grupo. Entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje, pero el instrumento fijo para el niño - puede acarrear sensación de castigo, mientras que un removible puede ser llevado sólo en momentos críticos, como la noche.

El Odontólogo prefiere el removible, pues es más - fácil de ajustar y construir que los de tipo fijo, la des-ventaja de éste es que cuando el niño quiere los lleva.

TRAMPA DE PUNZON.

Es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar que el - niño continúe con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engostado en un instrumento de acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para:

1.- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.

2.- Distribuir la presión a las piezas posteriores.

3.- Recordar al paciente que se está entregando a su hábito.

4.- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

TRAMPA DE RASTRILLO.

Estas pueden ser fijas o removibles. Se construye igual que la del punzón, pero tienen púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas no solo dificultan la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

OTROS HABITOS BUCALES.

En los hábitos de succión, no solamente están los dedos en posición corriente o no corriente, sino otros tejidos como mejillas, labios, lengua, etc.

SUCCION LABIAL.

Puede llevar a los mismos desplazamientos anterior-

res a la succión digital, se presenta generalmente en edad escolar, el Odontólogo puede ayudar indicando ejercicios - como la extensión del labio superior sobre los incisivos - inferiores y aplicar con fuerza el labio superior sobre el inferior, también ayuda tocar instrumentos musicales bucales.

EMPUJE LINGUAL.

Los niños que presentan mordida abierta e incisivos superiores en protusión, se les observa a menudo hábitos de empuje lingual, sin embargo, no ha sido comprobado que la presión produzca la mordida abierta. El empuje --- afecta a los músculos linguales. Al formular un diagnósti--- co de mordida abierta anterior, frecuentemente el Odontólo--- go se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua--- agrandada que puede tener igual importancia en la forma--- ción de la mordida abierta y piezas anteriores en protu--- sión.

TRATAMIENTO.

Entrenar al niño para mantener la lengua en su posición durante el acto de deglutir. Hasta que el niño ten--- ga edad suficiente para cooperar, esto será difícil de lo-

grar, se pueden utilizar ejercicios miofuncionales. Puedé construirse una trampa de púas verticales, similar a la que se utiliza para evitar succión digital, excepto que las -- barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extienden hacia abajo desde el paladar, así se evita el empuje de la lengua hacia adelante.

EMPUJE DEL FRENILLO

Es un hábito raro. Si los incisivos permanentes -- superiores están espaciados a cierta distancia, el niño -- puede trabar su frenillo labial entre las piezas y dejarlo en esa posición varias horas, esto ocasiona desplace de las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales.

MORDEDURA DE UÑAS.

Es un hábito desarrollado después de la succión, -- éste no es un hábito pernicioso y no produce mala oclusión pues las fuerzas aplicables al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.

Un hábito como cualquier conducta general no debe considerarse malo a menos que afecte en forma física o moral al mismo niño o a quienes le rodean.

HABITOS DE POSTURA.

Estos que producen mala oclusión son muy raros, pero su diagnóstico es por separado, en esta categoría deberán entrar ciertas ayudas ortopédicas.

HABITOS MASOQUISTAS.

Ocasionalmente se encontrará un niño con estos hábitos, pero aquí entra en un papel importante un Psiquiatrico y el Odontólogo. Ejem.: En un niño examinado se observó que utilizaba sus uñas para rasgar el tejido gingival en la superficie labial de un tejido gingival sin lugar, exponiendo el hueso alveolar, en este caso el tratamiento fue psiquiátrico y se vendó el dedo con cinta adhesiva.

ABERTURA DE LOS PASADORES DE DEDO.

Este hábito produce incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A esta edad para quitar el hábito, se llama la atención sobre los efectos nocivos de éste.

RESPIRACION POR LA BOCA.

Los niños que respiran por la boca se pueden clasi

ficar en tres categorías:

- 1.- Por obstrucción.
- 2.- Por hábito.
- 3.- Por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son - aquellos que presentan resistencia incrementada y obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal; esto ocasiona dificultad para exalar e inhalar - aire, obligando a respirar por la boca, generalmente el niño que respira por la boca lo hace por costumbre.

Por razones anatómicas es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos, debe poderse distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo de un niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto, mantiene los labios superiores separados.

La resistencia para respirar por la nariz puede -- ser causada por:

- 1.- Hipertrofia de los turbinatos causados por alergia, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrofia, condiciones climáticas frías y cálidas y aire contaminado.

2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

3.- Adenoides agrandados.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa, - sin embargo, pueden corregirse por sí solos al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoide.

PROTECTOR BUCAL.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaringe puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede seguir respirando por la boca, - por costumbre. Esto puede ser evidentemente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el Odontólogo puede decidir intervenir con un -- aparato que obligue al niño a respirar por la nariz. Esto se logra con un protector bucal que bloquea la respiración por la boca y obligue a respirar por la nariz.

Antes de forzar al niño a respirar por la nariz -- con el uso de un protector bucal, deberá asegurarse que el conducto nasofaríngeo esté suficientemente abierto para --

permitir el paso del aire (intercambio), las personas que respiran por la boca, presentan un aspecto típico que a veces se describe como "facies adenoides" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar bucal cause mala oclusión en niños que respiran por la boca.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca. El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca, descansa contra los pliegues labiales y se emplea para la respiración bucal y favorece la respiración nasal, generalmente se inserta durante la noche.

El protector bucal puede producirse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo y generalmente utilizado son las resinas sintéticas.

BRUXISMO.

Es otro hábito observado entre los niños y consiste en frotarse los dientes entre sí. Se presenta generalmente cuando el niño está dormido, pero también cuando está despierto. Puede ser tan duro el frotamiento que puede oírse a distancia, incluso tener molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

La causa permanece oscura, pero se dice que puede

ser originada por estress emocional pues se presenta generalmente en niños nerviosos, duermen intranquilos y con ansiedad.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como Corea, Epilepsia y Meningitis, así como trastornos gastrointestinales en este tratamiento interviene el médico general psiquiatra y el Odontólogo.

El Dentista ayuda con una férula de caucho blando que forma una superficie dura y resistente al frotamiento.

Precauciones con relación al tratamiento demasiado temprano o demasiado fuerte.

Klein ofrece un enfoque de diferencias del hábito de succión significativo del hábito de succión vacío.

El significativo lo describe como un soporte psicológico para el niño. El tratamiento por consiguiente es - Psicológico. El vacío es cuando ya no necesita como soporte este hábito, en este caso se usa tratamiento odontológico y el niño debe tener un sincero deseo de corregir el hábito antes de que el Odontólogo aplique su aparato.

PREVENCIÓN CARIOSA

Prevención en Odontología se refiere a todos aquellos tratamientos que impiden o interceptan cualquier proceso que tiende a destruir o disminuir el funcionamiento dentario o de otra estructura bucal.

Concretamente para el control de la caries dental, un enfoque eficaz consiste en la identificación de los factores responsables en su resistencia natural o inmunidad y aplicar ese conocimiento en la terapéutica preventiva.

De esta manera, se han establecido numerosas medidas para la prevención cariosa, las cuales se agrupan en:

- A) Colectiva.
- B) Semicolectiva.
- C) Individual

A) COLECTIVA.

Tiene por misión el mejoramiento de la salud oral a nivel colectivo, lo que representa un principio importante si se considera que sólo mediante esfuerzos unidos se podrá abatir el índice del ataque carioso. Uno de los ejemplos más claros de acción preventiva colectiva es la Fluoración del agua potable, es decir, el mantenimiento del ion fluoruro en el abastecimiento del agua potable de-

la comunidad, en una concentración de una PPM.

En este caso, el fluor actúa por vía sistémica y la formación de las piezas primarias y permanentes tarda varios años, el efecto completo del agua fluorada en la insidencia cariosa puede preverse después de unos 12 ó 13 -- años.

Varios estudios han demostrado reducción de la caries de un 50 a un 65% aproximadamente, en niños que ingirieron esta agua durante menos de 10 años; dicha protección persiste si continúa con la toma de esta agua, de lo contrario se pierde lentamente.

Esta medida beneficia a los niños y a los jóvenes-- pues el fluoruro actúa durante el desarrollo de sus dientes, aumentando la dureza del esmalte, así como a los adultos por sus efectos positivos en la prevención o retardo -- de la pérdida de calcio de los huesos, considerando que -- nuestro país tiene un gran índice de crecimiento demográfico y que actualmente más del 60% de la población tiene menos de 15 años, esta medida resulta verdaderamente útil para combatir la caries dental. Debe además de ser comple--mentada con los exámenes orales periódicos y otras normas de higiene oral.

Es importante recordar que, si la concentración de

comienda también cesar la lactancia y el uso de mamila lo antes posible.

Por otra parte, debe eliminarse el abuso de carbohidratos exclusivamente en las horas de comida, pues no hay razón para que un niño sano coma a deshoras. En caso necesario, existe la alternativa de proporcionarles alimentos que la contengan en menor cantidad.

D).- Grasa.- Diversos experimentos que inhiben las caries, lo que se atribuye a tres razones; una alteración de las propiedades superficiales del esmalte; una interferencia en el metabolismo de las caries bucales; una modificación del metabolismo de los carbohidratos. Sin embargo, son necesarios estudios más amplios para poder aseverarlo y realizar medidas preventivas con ellas.

E).- Proteínas.- Recientes estudios demuestran la probabilidad de retraso en la iniciación cariosa, aunque se requiere de más investigación para confirmarlo.

F).- Alimentos fibrosos.- Ejercen un efecto detergente al masticarlos debido a sus fibras, dentro de éstos podemos mencionar el apio, manzanas, zanahorias, etc., por lo que se recomienda ingerirlas después de la comida.

VITAMINA C: Es esencial para la formación de dentina, la que sucede antes que la del esmalte, por lo que su deficiencia trae como consecuencia secundaria Hipoplasia - del esmalte: así mismo, interviene en la formación del diente, la vitamina C se encuentra en los frutos cítricos.

VITAMINA D: Es importante en el desarrollo del diente y sobre todo para la buena calcificación del esmalte; - los alimentos que proporcionan esta vitamina son: leche, - yema de huevo, aceite de hígado de bacalao y de tiburón. - Cabe mencionar que la piel tiene ciertas sustancias seme--jantes a la grasa, las que, al recibir los rayos ultravioletas de la luz solar se transforman en vitamina D, de ahí que sea beneficioso recibir los rayos solares.

C).- CARBOHIDRATOS.- Debido a que son agentes etiológicos en el proceso carioso, su ingestión excesiva du---rante el desarrollo dentario aumenta la susceptibilidad a - la caries en dichas piezas. Sin embargo, privarse de es--tas sustancias resulta inapropiado por la gran cantidad de energía que genera y que el organismo requiere. Conside--rando lo anterior y dado que durante la lactancia debe ad--ministrarse leche de fórmula, elegir la menor cantidad de sacarosa y prepararla con el mínimo de azúcar así como los jugos y otros alimentos para evitar el sabor dulce. Se re

tivo, en cuanto a su alimentación, ya que si no se hace puede alterar las propiedades físicas y químicas del esmalte, favoreciendo o disminuyendo la susceptibilidad a la caries-dental. Si existe una deficiente alimentación en los primeros años del niño, sobre todo el calcio y las vitaminas-A y D, origina un esmalte rugoso con la consiguiente retención de alimentos y la acción bacteriana posterior.

Es necesario, por lo tanto, revisar los distintos grupos alimenticios más importantes para su relación con el proceso carioso y que son:

A).- Minerales.- Intervienen en la estructura inorgánica del diente, principalmente los compuestos de calcio, hierro y fósforo, mismos que se encuentran en la leche, -- huevos, espinacas, tortillas de maíz, etc.

B).- Vitaminas.- Son sustancias que ayudan a la asimilación de alimentos y al funcionamiento normal de tejidos y órganos; las relacionadas a la estructura dental son:

Vitamina A: Su deficiencia causa atrofia en los ameloblastos y en el esmalte formado subsecuentemente resulta hipoplásico, lo que favorece a la acumulación de alimentos y bacterias. Los alimentos ricos en vitamina A son: espinacas, col, lechuga, aceite de hígado de bacalao, la yema de huevo, etc.,

una mejor visión. En cualquier posición la madre ayudará con su dedo índice para separar los labios y carrillos. - Desafortunadamente, en nuestro país se carece de una producción activa de nuevos tipos de cepillo para niños: sin embargo, es posible obtener el tamaño adecuado al medir el cepillo convencional de acuerdo al largo de los incisivos inferiores en su parte lingual y en sus hileras sobrantes - se desprenden con una pinza.

2.- NUTRICION.

Se le define como la ciencia que estudia el proceso mediante el cual los diferentes alimentos que se consumen, se asimilan para el desarrollo de todas y cada una de las partes del cuerpo humano y obtener el estado de salud para conservarlo.

Como se sabe, la nutrición es muy importante desde la vida intrauterina del feto hasta los 12 ó 13 años, ya que es el período en el que las piezas primarias y permanentes se desarrollan. Por tal motivo, el Odontólogo tiene la responsabilidad de recomendar una dieta adecuada a las madres embarazadas y a los niños para bien de su salud dental.

Dado que el tratamiento en niños muy pequeños es muy difícil, es importante programar un tratamiento preven

rales al eje longitudinal del diente y se gira el cepillo en forma semicircular, obteniéndose a la vez un masaje en las encías y una adecuada limpieza dental.

Para lograrlo resulta aconsejable emplear un cepillo dental especial, cuyas características principales son su mango octogonal numerado, sobre el que se coloca el dedo pulgar en un número determinado. Para cepillar la zona correspondiente, como se sabe, las fuerzas ejercidas en el cepillo para el control de la placa bacteriana, se basa en la presión ejercida por el dedo pulgar.

Debido a que un gran porcentaje de niños ha observado la falta de cepillado en las caras linguales, se creó el cepillo tipo Banet, que facilita la limpieza de esas áreas, librando los dientes anteriores con una curvatura que presenta en el mango.

En cuanto a las posiciones que pueden adoptar las madres y el niño durante el cepillado, existen tres principales, de las cuales ya una fue descrita en lactantes.

Otra posición consiste en colocar la cabeza del niño al lado de la madre a la altura de la cadera inclinando su carita hasta que la arcada superior sea observable. En la tercera posición el niño es recargado de espaldas y la madre se coloca frente a él a una altura menor para tener

C) NIÑOS DE TRES AÑOS.

A partir de esta edad, los niños pueden ya solos efectuarse una correcta higiene bucal con el cepillo de tipo monorriel que tiene la particularidad de abarcar las caras vestibulares oclusal y lingual, mediante un solo movimiento, de atrás hacia adelante. La disposición de sus cerdas es en forma de arco, la de los extremos es más larga y redondeada con el fin de penetrar en los surcos y fisuras de las caras oclusales; además, cuenta con un cuello estrecho para facilitar los movimientos del cepillado dentro de la pequeña cavidad bucal. Para el empleo de este cepillo se le indica al niño la posición:

1.- Hola cepillo. Es cuando las cerdas están dirigidas hacia su cara, el niño deberá colocar su dedo pulgar en el mismo lado donde están las cerdas.

2.- Adios Cepillo. Las cerdas se pierden a la vista del niño y el dedo pulgar se sitúa detrás de las cerdas.

D) TECNICA DE BARRIDO.

Como no siempre es posible que los niños muy pequeños efectúen un cepillado muy eficaz, lo ideal es que los papás los ayuden en esta técnica de barrido, ya que es la más apropiada por su sencillez: Se colocan las cerdas pa

do generalizado por las diversas condiciones bucales de -- los niños, de describen a continuación diversos cepillos y técnicas de cepillado aconsejables de acuerdo a las edades de los pequeños.

A) LACTANTES.

Es necesario instruir a los padres con respecto a los dientes primarios en el niño, ya que desde ese momento están expuestos a los factores cariogénicos, en estos casos se recomienda el cepillo del dedal, cuyas ventajas son su fácil manejo, es lavable y controla la placa bacteriana sin dañar los tejidos blandos durante el cepillado se aconseja colocar la cabeza del lactante sobre las piernas de la madre, se remoja el cepillo en agua tibia y con el dedo índice se cepearán los labios y los carrillos.

B) NIÑOS DE 8 A 24 MESES.

Cuando presentan los incisivos superiores e inferiores se utiliza un cepillo de mango grueso, para que el pequeño tenga una mejor sujeción del instrumento y si es posible, un cepillo con aspas verticales y horizontales, ya que permiten una eficaz higiene oral en vestibular, lingual y zonas interproximales de una manera sencilla.

fluor es mayor a una PPM la ingestión de esta agua puede / provocar una fluorosis en los dientes en formación y también en muy raras ocasiones un esmalte moteado desfigurante.

B) SEMICOLECTIVA.

Incluye las medidas preventivas que son demostrables mediante programas educativos a un reducido número de individuos, tales como un grupo escolar, un club infantil, o alguna asociación de padres, de profesores, etc., esta educación dental creará en el niño conciencia de su salud y formación de buenos hábitos, que conservará siendo mayor, si son establecidos con las bases adecuadas.

Con las medidas de higiene bucal, nutrición y la aplicación tópicas de fluoruro resulta permisible que el problema actual de negligencia e ignorancia popular hacia los ciudadanos bucales disminuya en forma notable.

HIGIENE BUCAL.

El Odontólogo tiene la responsabilidad de señalar a los pequeños pacientes y a sus padres, la importancia que representa el cepillo dental, dado que en la Odontología infantil resulta difícil establecer una técnica de cepilla

3.- FLUORUROS.

Se ha comprobado que la incorporación de Iones --- Fluoruros al esmalte produce una alta concentración de -- fluor en las capas adamantinas superficiales, las que previenen y limitan la caries dental.

En base a ello, se han desarrollado diversas medidas preventivas con fluoruros para poder brindar la máxima protección dentaria al mayor número de personas posibles; de esta manera se lograron mejorar las técnicas de aplicaciones tópicas, las inclusiones de fluor en pastas dentríficas y vehículos varios para su asimilación.

A) APLICACIONES TOPICAS.- Dado que el empleo de -- esta terapéutica es de más de 25 años, los numerosísimos - estudios efectuados durante todo este tiempo prueban sin - lugar a duda, su valor ciostático; al aplicarlas con técnica adecuada han reducido el índice de caries semejante al existente en zonas con agua fluorada. El esmalte al absorber el fluoruro disminuye la permeabilidad y la aplicación continuada permite inhibir la formación ácida de los carbohidratos por los microorganismos bucales.

Los fluoruros más usados son: de Sodio, Estaño y - los Geles Acidulados.

De acuerdo al fluor será la técnica a seguir, pero, independientemente del que se use, es importante mencionar que las piezas que erupcionan incorporan elementos químicos de la saliva al esmalte, con lo que disminuye su reactivo y su permeabilidad. Es cubierto además por películas orgánicas derivadas de la saliva, más, otros materiales -- exogenos, los que forman una barrera que impide la reacción del fluoruro con el esmalte.

Con el fin de neutralizar aquellos factores negatiy remover dichas películas superficiales, se ha propuesto la limpieza y pulido de los dientes antes de la aplicación, para dejar una capa de esmalte reactivo al fluor durante las topicaciones.

Para la aplicación de la solución tópica, después de la limpieza y pulido, se aísla con rollos de algodón un cuadrante, se secan los dientes con aire comprimido y se aplica la solución de $NA F$ al 2% del SnF_2 al 8% con hisopos de algodón en cada superficie dental, cuidando de mantenerlas húmedas mediante frecuentes toques durante el tiempo de aplicación que generalmente es de 3 a 5 minutos, finalmente se retiran los rollos de algodón, se permite al niño escupir y se repite el procedimiento en los cuadrantes restantes.

La técnica de aplicación del Gel requiere de una -

cubeta plástica donde se coloca el fluoruro, eligiendo la más adaptable al paciente. Luego de la limpieza y pulido de los dientes, se secan con aire comprimido, se carga la cubeta con el Gel y se aplica sobre la arcada manteniéndola así cuatro minutos, el mismo proceso se repite en la ar cada opuesta.

Posteriormente a la aplicación se le indica al niño y a la madre que no beba, no coma y no se enjuague durante 30 minutos. La aplicación se repite a los 3,6,9 y 13 años para beneficiar las piezas en erupción.

B) Pastas dentífricas fluoradas.- Como los fluoruros son altamente reactivos su inclusión en un dentífrico es difícil por la posibilidad que tiene de cambiarse o de ser inhibidos con algunos de los ingreredientes del dentífrico, con lo que desfavorece su reacción con la superficie del esmalte.

C) Tabletas.- Gotas y Enjuagues: varias investigaciones dicen que estos vehículos son auxiliares para reducir la caries, comparables a los resultados de agua fluorada.

El empleo de las tabletas es mas eficaz, si la ingestión se realiza diariamente desde el nacimiento hasta - que finalice la erupción dentaria. Esta medida no es reco

mendable cuando el suministro público de agua contiene más de 0.5 PPM de fluoruro.

En cuanto a las gotas y enjuagues con fluoruro no se han estudiado tan ampliamente como las tabletas, pero, según varios investigadores, las gotas dan resultados semejantes a las tabletas, mientras los enjuagues que contienen fluoruro de Na al 0.05%, si son empleados diariamente son más eficaces que los dentífricos.

C) INDIVIDUAL.

Este grupo reúne las medidas que se aplican en forma individual de acuerdo al caso y son:

1.- EXAMENES PERIODICOS.

Estos exámenes deben realizarse hasta los 18 meses y posteriormente cada seis meses, para crear en el niño -- simpatía y confianza hacia el Odontólogo y también para detectar las caries incipientes, ya que las piezas primarias poseen canaras pulpares amplias y tan superficiales que hacen tan imperativo descubrirlas y tratarlas inmediatamente como se sabe, el éxito de cualquier tratamiento dental dependerá de la prontitud con que se descubran y traten las lesiones.

2.- EXAMENES RADIOGRAFICOS.

Son necesarios para descubrir caries incipientes.

Estos exámenes en el niño causan una impresión ~~de~~ agradable e indolora y proporciona al Odontólogo una información auxiliar al examen clínico para el diagnóstico y tratamiento Dental.

Debido a que los rayos son ionizantes, existen -- ciertos riesgos en su empleo, sin embargo la dosis requerida es tan mínima que el beneficio resulta mayor que los -- riesgos en las tomas radiográficas.

3.- SELLADORES DE FISURA.

Actualmente se logra evitar la retención de alimentos y bacterias en fosetas y fisuras potencialmente cariosas, mediante obturaciones con selladores. Su adhesión se logra al grabar la superficie del esmalte con ácido fosfórico al 50%, disolviendo algunos de los constituyentes minerales a la profundidad adecuada de 7 a 10 micras, lo que provoca una retención suficiente en la superficie y permite que el líquido sellador fluya en estas irregularidades.

Deberán sellarse los molares primarios sin caries hasta el momento de la exfoliación y los premolares y molares permanentes hasta el final de la adolescencia.

4.- HILO DENTAL.

Debe incluirse su enseñanza como complemento del -- programa de higiene individual; cierto que resulta compli-

cada esta medida para los niños muy pequeños, pero al menos deberá limitarse su uso sistemico en las áreas interproximales de los primeros premolares permanentes, ya que representa una norma de higiene importante de acuerdo a las investigaciones realizadas por Bergman, en donde se mostró la improbabilidad de limpiar consistente y adecuadamente estas zonas por algún otro medio.

Para su empleo se requiere 40 ó 45 cm., de hilo dental, sostenido por un extremo enrollado en el dedo índice y el resto en el índice opuesto sujetados con los dedos pulgares, posteriormente se pasan a la seda a través del punto de contacto, estirándola hacia mesial y distal del área interproximal; inmediatamente se enjuagua para eliminar restos alimenticios. La seda empleada se desenrolla del otro dedo índice para continuar con la limpieza en otras áreas.

CONCLUSIONES

Al igual que las áreas de la Ciencia Médica, la -- Odontología y, particularmente en su caso, la Odontopediatría, tiene como objetivo primordial la prevención de enfermedades y el diagnóstico de las mismas para lograr la exterminación de dichos padecimientos.

La prevención es sumamente necesaria para mantener la funcionalidad del proceso digestivo y metabólico, así como para lograr una estructura estética armoniosa.

La aplicación correcta o errónea de un tratamiento dental repercute en un objetivo: la salud de nuestro paciente, ya que existe la probabilidad de que aún en la edad adulta se proyecten los resultados tanto positivos como negativos. Además, que nuestro paciente presente aspecto -- que no debe perder nuestro cuidado, saber los antecedentes del paciente, tener plena conciencia del período de crecimiento y desarrollo del organismo en tratamiento, así como no dejar a un lado su ambiente, ya que en la medida de la aplicación del tratamiento al paso del tiempo se verán las consecuencias.

BIBLIOGRAFIA
ROTA.

BIBLIOGRAFIA

- en Michael M. Odontología Pediátrica.
Buenos Aires: Mundi 1962.
- inn Sidney B. Odontopediatria Clínica.
Buenos Aires: Bibliografía Argentina 1960.
- Finn B. Sidney. Odontología Pediatrica.
Edición Interamericana, México 1976.
- 4.- Hegeboon Hode Eddy. Odontología Infantil e Higiene Odontológica. 6 Edición Buenos Aires 1970.
 - 5.- MacDonald Ralphe. Odontología para el niño y el Adolescente. 2 Edición México, Mundi. 1975.
 - 6.- Hank John. Clínica Odontológica de Norteamérica. Odontología Pediátrica. 1 Edición en Español. Mexico Interamericana. 1975.
 - 7.- Alcántara R. Factores que originan la Caries Dental. Revista Científica, Técnica y Cultural, Organó Oficial de la Facultad de Odontología, UNAM. FO: Pág. 45, y 53, Vol. III, No. 16. 1979
 - 8.- Forrest, J.O. Prevención de la Caries, Tema, Capítulo 4, Control de las Enfermedades Comunes Dentales.
 - 9.- Kotz S. Aplicaciones Tópicas de Fluoruros. Tema 8, Odontología Preventiva en Acción.