

1984



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

BASES DE LA ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA

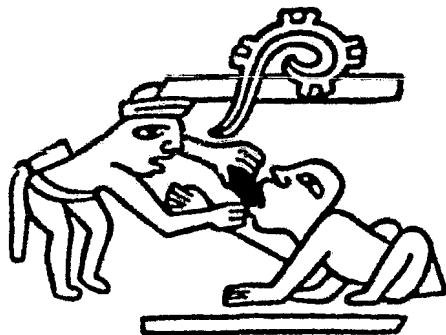
P R E S E N T A N :

MARIA ANTONIA MORALES PORCEL

HECTOR ADOLFO NAVA CIENFUEGOS

México, D. F.

1983





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.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| CAPÍTULO I | |
| HISTORIA CLÍNICA..... | 7 |
| CAPÍTULO II | |
| LA CARIES..... | 12 |
| A.- Factores que contribuyen a la caries | |
| B.- Acción Buffer | |
| C.- Función de los fluoruros | |
| a) Vía endógena | |
| b) Vía exógena | |
| D.- Los azúcares | |
| CAPÍTULO III | |
| MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL..... | 33 |
| CAPÍTULO IV | |
| HÁBITOS BUCALES..... | 57 |
| CAPÍTULO V | |
| ERUPCIÓN DENTAL..... | 70 |
| CONCLUSIONES..... | 76 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 77 |

INTRODUCCIÓN

A través de mis estudios he podido observar que aún cuando el cuidado y prevención de trastornos estomatológicos en el niño es muy importante, esto parece estar completamente olvidado por los padres y por el dentista, los cuales no parecen darse cuenta de la importancia que esto pudiera tener.

Por este motivo he querido hacer una recopilación de aspectos que podrían ser de gran ayuda para la concientización del problema y así brindar una atención adecuada y con esto prevenir patologías dentales que son tan comunes en los adultos.

Creo importante enfatizar que cada vez se necesitan más odontólogos conscientes del problema y con la suficiente preparación para poder brindar una ayuda adecuada al niño.

Si al niño se le hace comprender la necesidad de mantener en buen estado de salud su aparato masticatorio y que el odontólogo toma un papel importante en este cuidado, tendremos en él un buen paciente y un gran amigo.

CAPÍTULO I

HISTORIA CLÍNICA

Actualmente sabemos que la historia clínica es un documento indispensable en nuestra práctica privada, ya que -- gracias a ella podemos darnos cuenta de que el tratamiento dental que se le realiza al paciente no va a perjudicar su estado de salud ni su bienestar; ésta ayuda a saber también cuando exista alguna enfermedad, si el medicamento que se está aplicando puede o no interferir en el tratamiento odontológico del paciente. Existen otras razones importantes por las cuales se debe de tener una historia clínica, pero ahora sólo nombraré dos que considero deben tomarse muy en cuenta.

Puede detectar alguna enfermedad que necesite de tratamiento especial y conserva un documento que pudiese ayudarnos en alguna acusación de incompetencia profesional.

La historia clínica es tan importante en el paciente adulto como en el niño, pero deberá procurarse que ésta sea muy abreviada y que sea utilizable para todo tipo de infante. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que un paciente puede -- cambiar mucho entre visita y visita.

CAPÍTULO I

HISTORIA CLÍNICA

Actualmente sabemos que la historia clínica es un documento indispensable en nuestra práctica privada, ya que -- gracias a ella podemos darnos cuenta de que el tratamiento dental que se le realiza al paciente no va a perjudicar su estado de salud ni su bienestar; ésta ayuda a saber también cuando exista alguna enfermedad, si el medicamento que se está aplicando puede o no interferir en el tratamiento odontológico del paciente. Existen otras razones importantes por las cuales se debe de tener una historia clínica, pero ahora sólo nombraré dos que considero deben tomarse muy en cuenta.

Puede detectar alguna enfermedad que necesite de tratamiento especial y conserva un documento que pudiese ayudarnos en alguna acusación de incompetencia profesional.

La historia clínica es tan importante en el paciente adulto como en el niño, pero deberá procurarse que ésta sea muy abreviada y que sea utilizable para todo tipo de infante. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que un paciente puede -- cambiar mucho entre visita y visita.

De modo que si se hizo una historia clínica seis meses atrás en el niño, pudo haber alguna variación, aunque -- no presente manifestaciones clínicas. Por lo tanto es importante que se hagan las preguntas pertinentes a los padres para poder localizar algún cambio, en su salud.

La historia clínica debe contener los siguientes datos:

DATOS GENERALES:

Nombre

Edad

Fecha de nacimiento

Dirección

Grado escolar

Fecha de examen

¿Goza su hijo de buena salud?

¿Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida?

¿Por qué motivo?

¿Ha estado hospitalizado?

¿Es alérgico a algún alimento o medicamento?

¿A cuáles?

¿Toma su hijo algún medicamento actualmente?

¿Qué clase de medicamento?

¿Ha presentado alguna reacción desfavorable a algún medicamento?

¿A cuál medicamento? ¿Cuál fue la reacción?

¿Ha tenido trastornos nerviosos, mentales o emocionales?

¿Qué trastornos?

Señale con una cruz la casilla, si su hijo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

| | |
|------------------------|-----|
| Asma | () |
| Paladar hendido | () |
| Epilepsia | () |
| Enfermedad cardíaca | () |
| Hepatitis | () |
| Enfermedad renal | () |
| Trastorno hepático | () |
| Trastorno del lenguaje | () |
| Sarampión | () |
| Tosferina | () |
| Varicela | () |
| Escarlatina | () |

| | |
|-------------------|-------|
| Difeteria | () |
| Tifoidea | () |
| Paperas | () |
| Poliomielitis | () |
| Fiebre reumática | () |
| Tuberculosis | () |
| Fiebres eruptivas | () |
| Otras | _____ |
| | _____ |

¿Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones-
o en accidentes?

¿Presenta equimosis con facilidad?

¿Tiene dificultad en la escuela?

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos:

¿Ha ido su hijo alguna vez al dentista?

¿Cómo se llama el dentista?

Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hija ha
presentado alguno de los trastornos siguientes:

| | |
|--------------------------------|-----|
| Dolor de sus dientes | () |
| Dientes sensibles a los dulces | () |

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Dientes sensibles al calor o al frío | () |
| Caries | () |
| Dientes deformados | () |
| Manchas en los dientes | () |
| Dientes rotos o astillados | () |

¿Padece su hijo algún trastorno dental distinto de los mencionados arriba? ¿Cuáles?

¿Da a su hijo algún preparado de fluoruro (gotas, tabletas, etc.)?

¿Ha aplicado algún dentista fluoruro a los dientes de su hijo?

¿Se chupa el pulgar o algún otro dedo? ¿Tiene algún hábito similar?

¿Ha prometido a su hijo alguna recompensa por venir al dentista?

¿Por qué motivo?

Firma _____

Padre u otros

familiares _____

CAPÍTULO II

LA CARIES

Es una enfermedad continua, reversible y lenta de -- los tejidos calcificados de los dientes que actúa por medio de un mecanismo químico-biológico y que comienza en zonas de predilección en la superficie de los dientes, continuándose hasta la pulpa.

Podemos encontrar muchas causas que ayudan a la formación de la caries, pero la mayoría podría atribuirse a las bacterias como un factor etiológico importante, pero las más comunes son las siguientes:

- 1.- *Streptococo mutans*
- 2.- *Streptococo salivarius*
- 3.- *Lactobacilos acidofilos*
- 4.- *Streptococo sanguis*
- 5.- Hongos

Podemos clasificar a las bacterias de acuerdo a como comienzan la producción de la caries, en tres grupos:

- 1.- Microorganismos acidogénicos y acidúricos.- Es--

tos actúan mediante la fermentación ácida sobre la superficie del diente, descalcificando los tejidos duros. En esta acción se degradan los carbohidratos aumentando el PH. También podemos encontrar una gran cantidad de bacterias en donde comienza la caries.

2.- Microorganismos proteolíticos.- Ésta se lleva a cabo a partir de una placa bacteriana en la cual encontramos organismos proteolíticos que ocasionan la desintegración de las protefínas, lo cual provoca la destrucción del esmalte -- agregándose a esto las bacterias acidógenas que van a desintegrar toda la porción mineral.

3.- Leptóttrica y Leptóttrix.- Estos son microorganismos formados de fibras van a formar placas en las superficies lisas de los dientes que van a servir de lugares de albergue de los microorganismos. Sin embargo éstos no desempeñan un papel muy importante en la formación de la caries, ya que su acción no se encamina directamente a la destrucción de la superficie dentaria.

A.- FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CARIES.

Entre los factores que contribuyen a la caries podemos nombrar que puede influir en gran forma la composición--

del esmalte, el grosor de éste y el tiempo que tenga el diente de erupcionado, ya que el esmalte del diente que es reciente no está mineralizado y por lo tanto hay más susceptibilidad a la caries.

Otros factores son los siguientes: podemos encontrar mayor formación de caries en defectos anatómicos como en los surcos y en las fisuras muy profundas, pues aunque la persona tenga buen aseo, en estos defectos hay acumulación de alimentos y de placa. La abrasión o el desgaste afecta a las superficies proximales y oclusales de los dientes ya que hay exposición de las capas más profundas del esmalte y por lo tanto el diente cada vez está más indefenso al ataque de la caries, ya que la primera capa del esmalte es más dura y dificulta un poco la acción de los microorganismos. En la malposición dentaria encontramos que puede haber acumulación de restos alimenticios y, por consecuencia, iniciación de un proceso carioso.

En cuanto a la composición de la saliva encontramos que entre más ácido sea el PH de ésta, cada vez será mayor la posibilidad de caries, ya que un PH ácido ayuda a la fermentación. Por último, y muy importante, es que una mala higiene oral contribuye a la acumulación de alimentos y a la formación de placa bacteriana.

B.- ACCIÓN BUFFER.

Todas aquellas caras de los dientes que se encuentran todo el tiempo en contacto con saliva en cantidad abundante son menos susceptibles a la caries, pues la saliva actúa como un neutralizador de ácidos. Así tenemos que las caras linguales de los dientes anteriores inferiores y las caras bucales de los molares superiores son menos propensas a la caries. Pero desgraciadamente la saliva no puede alcanzar todas las regiones de la boca como fosetas, fisuras y zonas proximales.

En algunos casos la velocidad de formación ácida es tan rápida que la acción buffer de la saliva es insuficiente.

Encontramos que la caries no ataca a los dientes de igual manera, en algunos hay mayor predisposición que en otros.

1.- Configuración anatómica. La presencia de fosas y fisuras muy profundas contribuye a la caries.

2.- La posición en el arco. En lo relacionado a la posición es muy importante tomar en cuenta de que según su colocación habrá mayor dificultad o facilidad para la higiene con el cepillo.

3.- Hábitos en la masticación.- Generalmente siempre existe un lado del arco en el que la persona siente predilección para masticar, por lo tanto el lado inactivo retiene mayor cantidad de restos alimenticios que aquel que siempre se encuentra activo.

Los molares que erupcionan primero (los primeros molares permanentes) son más susceptibles a la caries, ya que como son los primeros en aparecer, éstos tienen que aguantar durante más tiempo estos ataques. Pero debemos poner en primer lugar a los molares inferiores, ya que la saliva se encuentra en menor grado que en los superiores. Además los primeros molares, tanto superiores como inferiores, presentan foseetas y fisuras muy pronunciadas.

En la dentadura infantil podemos encontrar mayor incidencia de caries en los molares inferiores y siguiendo a éstos los molares superiores y los anteriores superiores, en éstos hay gran frecuencia de caries en proximal. Rara vez encontramos caries en anteriores inferiores.

En cuanto al orden que sigue la caries en las diferentes caras del diente, es muy interesante darse cuenta que como en la afinidad para que en algunas piezas dentarias haya mayor probabilidad de caries, así también en la inciden--

cia más frecuente en algunas caras que en otras se establece un patrón definido.

- 1.- Fosas y fisuras
- 2.- Zonas proximales
- 3.- Zonas cervicales

En cuanto a la velocidad de progreso de la caries,-- ésta se puede dividir en:

Caries rápida y aguda.- Ésta la encontramos con mucha frecuencia en los adolescentes y podemos ver caries en los anteriores algo que no es tan frecuente como en los molares.

En las fisuras y fosetas se puede distinguir caries, pero que aparentemente no está muy desarrollada, sin embargo, al llegar a la dentina la encontramos de una consistencia -- blanda y necrótica, pudiendo encontrarse así hasta la pulpa. Debido a la rapidez con que se extiende ésta, podemos encontrar muchas caras involucradas en este proceso en poco tiempo.

Caries intermitente.- Ésta lleva una velocidad normal ocasionando que por la caries el esmalte sufra fracturas y por medio de esto cuando el paciente se da cuenta, puede--

darse cuenta de que existe algo que le está ocasionando esto, obligándolo por este medio a acudir al odontólogo.

Caries de progreso lento.- Esta caries de aspecto -- parduzco en los adultos puede tener un desarrollo de muchos años, sin que el paciente refiera alguna molestia.

Caries senil.- Caries de cemento expuesto, siendo -- lenta y progresiva no existiendo problemas en los niños ni-- en adultos jóvenes.

Caries detenida.- En este proceso carioso encontra-- mos que se detiene convirtiéndose la dentina en un tejido du-- ro. Puede encontrarse en cualquier edad.

Prevención y control de la caries.

Ésta se lleva a cabo durante la infancia en conjunto con los padres haciéndolos conscientes del problema y de que éste puede ser reducido o eliminado totalmente por medio de una buena técnica de cepillado, aplicaciones de flúor, dieta adecuada y una educación correcta para el niño de modo que-- se le haga sentir la importancia de conservar la buena salud de sus dientes para su mejor funcionamiento.

Para esto, tanto el odontólogo como el personal auxi

liar deberán de tener una amplia información de cómo educar a los padres, para la atención y cuidado de la boca de sus hijos.

C.- FUNCIÓN DE LOS FLUORUROS EN LA REDUCCIÓN DE LA SUSCEPTIBILIDAD DE LOS DIENTES.

El flúor pertenece a la familia de los halógenos, se puede encontrar acompañado de otros elementos formando sales. El ion del flúor tiene como número atómico 9, su peso atómico es 19, y su valencia 1.

Como mecanismos para hacer llegar el flúor al organismo y lograr la prevención de caries dental encontramos dos, y éstos los dividimos dependiendo de la vía por medio de la cual se hacen llegar. Estos son: por vía exógena y por vía endógena.

1) Los fluoruros se combinan con la porción inorgánica del esmalte haciéndolo menos soluble a los ácidos orgánicos producidos por la desintegración bacteriana de los hidratos de carbono en la boca.

La fijación del flúor por parte del fosfato cálcico del diente se efectúa porque entra en combinación con la hi-

droxiapatita formando una fluorapatita más resistente.

Lo más frecuente es que sustituya el ion O H de la-- hidroxapatita por un ion flúor formando fluorapatita, com-- puesto poco soluble en los ácidos. La molécula será mayor y dificultará la solución y por lo tanto el ataque.

2) El otro mecanismo consiste en que los fluoruros-- inhiben los sistemas enzimáticos bacterianos, permitiendo -- así la existencia de una flora bacterina que no elabora ácidos suficientes para descalcificar la estructura dentaria.

El flúor beneficia a los dientes que están en desa-- rrollo y no a los ya formados.

a) VÍA ENDOGENA.

Fluoración del agua: El uso de aguas fluoradas en la comunidad es una medida muy importante ya que al ser el flúor incorporado en el agua podemos llegar a la protección de toda una población.

Composición: Silicofluoruro de sodio.

Concentración: 1.0 parte de ion flúor por millón de-- agua.

Prevención: 60% de inmunidad.

Tabletas de flúor:

Pastillas de 2.21 mgr de fluoruro de sodio

Dosis: Una pastilla diaria hasta la erupción completa de los dientes permanentes, partiendo de los 3 años. En menores de 3 años se administrará media pastilla diaria. Para mayor eficacia deberán de tomarse poco después del nacimiento y o hasta los 18 ó 20 años.

Inconveniente: Se necesita de la colaboración del paciente para que la administración sea constante y por largo tiempo.

Flúor para tomar:

Composición: Fluoruro de sodio y agua destilada.

Fórmula: 0.902 gr en 2 litros de agua.

Concentración: Una parte por millón en 5 cm³ de la solución.

Dosis: Tomar una cucharadita diaria.

Uso: En todas las edades.

Prevención: 60% de inmunidad.

Flúor de sal.

Se puede decir que éste es uno de los mejores métodos para que el flúor pueda llegar a la comunidad. Además--

es una forma muy económica en la que se puede pensar para el suplemento del flúor en la dieta.

Durante el embarazo: Encontramos algunos autores que sugieren la administración de fluoruros para la prevención y protección de la caries dental.

Se cree que el flúor pasa a través de la placenta y se incorpora a los tejidos fetales en calcificación. La placenta regula al flúor para proteger al feto de efectos tóxicos. Se le puede mandar a la futura madre una pastilla diaria de fluoruro de sodio.

b) VÍA EXÓGENA.

Aplicaciones tópicas de fluor: Encontramos diferentes tipos de flúor; el profesionalista deberá de escoger el más indicado, tomando en cuenta las indicaciones de cada uno.

Fluoruro de sodio.

Composición: Fluoruro de sodio y agua destilada.

Concentración: Al 2%.

Acción: Aumenta la resistencia de los dientes a la caries.

Prevención: 40% de inmunidad.

Aplicación: Tópica.

Edad: Pre-escolares, escolares, adolescentes, en ---
otras edades se emplea menos.

Fluoruro de estaño.

Composición: Fluoruro de estaño y agua destilada.

Concentración: 8%.

Acción: Aumentar la resistencia del diente a la ca--
ries dental.

Aplicación: En pasta dentrífica o profiláctica.

Edad: Cada año o cada vez que erupcione un diente,--
sólo en pre-escolares.

Desventajas: Pigmenta de color oscuro los dientes--
en sitios descalcificados, mal sabor (puede causar vómito en
los niños).

Irrita a la mucosa oral.

Es inestable la solución y se debe preparar en el mo
mento de usarla.

Fluoruro de sodio acidulado.

Composición: 2.78% de fluoruro de sodio en solución--
0.1 molar de ácido fosfórico.

Concentración: 1.23% de ion Flúor y PH_3 .

Acción: Debido al ácido fosfórico hay más acidez de la solución y por lo tanto, se aumenta la absorción de la sustancia por el esmalte.

Prevención: 50 a 70% de inmunidad.

Aplicación: Tópica.

Edad: Pre-escolar, escolar y adolescentes. En otras edades se usa menos.

Fluoruro sódico en gel.

Agentes esenciales:

| | |
|-------------------------------|---------|
| Fluoruro sódico | 10 gr |
| Fluoruro sódico (dibásico) | 10 gr |
| Carboximetilcelulosa sódica | 35 gr |
| Agentes aromatizantes | |
| Aceite de limón sin terpeno | 0.05 ml |
| Aceite de naranja sin terpeno | 0.05 ml |
| Twee 20 | 0.10 ml |
| Alcohol etílico | 1.00 ml |
| Sacarina | 0.02 ml |
| Ácido | |

Añadir ácido fosfórico para llevar el PH a 5 aproximadamente.

Flúor en colutorios.

Composición: Fluoruro de sodio y agua destilada.

Concentración: 0.05%.

Dosis: Un colutorio cada semana con 20 ó 30 min.

Edad: Escolares y adultos.

Prevención: 20 a 30%.

D.- LIMITACIÓN DE LOS AZÚCARES REFINADOS EN LA DIETA.

Debido a su adherencia, la placa puede retener carbohidratos que actúan como substratos de los microorganismos acidógenos, y el ácido producido se mantiene en íntimo contacto con las superficies del diente.

Debe de planearse el consumo de azúcares refinados, tomando en cuenta los hábitos de limpieza del paciente para que sólo se retenga una cantidad mínima de azúcares.

El dentista debe de aceptar y comprender la relación de los azúcares refinados y la caries y debe explicar claramente ésta y establecer un plan dietético sencillo y debe convencer a los padres de la responsabilidad que tienen y de la importancia de que el plan se lleve a cabo.

La odontología restauradora no servirá de nada si no es controlada la ingestión de azúcares en la dieta, y así, aunque las restauraciones sean excelentes, esto será inútil-

pues la caries seguirá apareciendo. Aquí es donde encontramos la importancia de una buena dieta, pues de esta manera-- las restauraciones durarán más. Sin embargo, hay pacientes-- que acusan al dentista de una mala calidad en sus trabajos,-- cuando en realidad es culpa de los padres por no vigilar la-- dieta que llevan sus hijos. Incluso cuando los padres están en la mejor disposición de cooperar, pueden considerar casi-- imposible el poder modificar los hábitos dietéticos de sus-- hijos, el dentista debe de hacer incapié en la importancia-- de este asunto.

Los hábitos alimenticios se establecen desde el pe-- ríodo neonatal. Los niños pueden llorar por muchas razones, entre las cuales encontramos: que esté enfermo, que tenga -- los pañales mojados, que se haya abierto un seguro y se esté lastimando, que esté en una posición incómoda o que tenga -- hambre. El llanto cesa cuando se elimina la causa, ya sea-- que se le lleve al médico para que se le quite el padecimiento, que se le cambien los pañales, se cierra el seguro, se-- modifique su posición, o se le dé de comer. Todo mundo de-- sea el que el niño esté contento ya que esto hace el ambien-- te agradable, y este deseo es especialmente de los padres,-- los cuales al oír el llanto del niño atenderán lo que deman-- da. El niño aprende esto, incluso antes de aprender a hablar y sabe que sus demandas serán satisfechas pronto si llora.

Si el niño no come lo suficiente en sus tres comidas sentirá hambre entre comidas. Como los dolores de hambre -- son muy molestos el pequeño protesta. Los bebés lloran y -- los niños más grandes lloriquean y suplican. Como la mamá-- está cansada por el trabajo del día, le da al niño lo que -- tiene a la mano, que generalmente son alimentos ricos en azúcares refinados. Muchos niños aceptan fácilmente este tipo-- de alimentos y a veces los prefieren a otros. Con esto se-- le quita el hambre al niño hasta que viene la siguiente comi-- da. Pero con el tiempo esto se convierte en un hábito, se-- calma el hambre del niño, pero se perjudica a los dientes.

El patrón de alimentación generalmente tiene efectos perniciosos:

1) Se pone en peligro la salud general del niño, --- pues por la ingestión de alimentos con azúcares refinados no ingiere los cuatro grupos básicos.

2) Los regaños y amenazas para que el niño coma se-- convierten en una rutina y generalmente no sirven para nada.

3) Debido a las exposiciones repetidas a los azúca-- res refinados durante un tiempo cada vez más prolongado, se-- deteriora la salud dental del niño. Aumenta la incidencia--

de las lesiones de caries.

El dentista debe de recomendar una pauta de tres comidas. Se debe de hacer sentir al niño el goce que produce el tener un apetito normal y sano. Como tomar alimentos entre comidas no se pueden suprimir totalmente, pues existen-- ocasiones en las que el niño come en la escuela, debemos estimular a la madre para que cuando permita una toma entre comidas, substituya alimentos que contengan azúcares refinados por otros más sanos y menos cariogénos.

La eliminación total de los azúcares refinados no podrá realizarse y si el dentista propone esto seguramente fracasará, pues el niño prefiere un vaso de Coca-Cola, en vez-- de un vaso de leche, o un caramelo, en lugar de una naranja o una manzana. Como solución a esto se podría limitar la ingestión de azúcares a una sola comida, la cual podría ser la cena. El niño se debe acostumar a esto y así tendrá la confianza de que va a tomar lo que le gusta, pero que existe un momento preciso y sólo una vez al día.

El régimen debe de aplicarse a toda la familia. --- Cuando al niño se le prohíbe comer dulces entre las comidas-- y ve que los demás miembros de la familia lo hacen, se convertirá en un niño resentido y falso. Además su actitud ha--

cia el dentista y la odontología puede verse afectada desfavorablemente.

El niño puede llegar a ver en el dentista a una persona que le ha complicado la vida al recomendar estas restricciones desagradables. Por el contrario, si se estimula al niño para que adquiera hábitos dietéticos saludables a medida que crezca seleccionará alimentos más sanos. No se debe olvidar que este niño algún día será adulto y su actitud hacia la salud dental reflejará la orientación dada por su odontólogo durante sus años formativos.

Cuando el plan de cambio dietético ha sido comentado con la madre se le pedirá que haga los cambios recomendados durante un breve período. Treinta días parece un tiempo razonable. Este período puede ser tormentoso, pero los padres que saben que el odontólogo los trata de ayudar cumplen con el plan totalmente. Pero no todos los padres están dispuestos a cambiar la dieta de toda la familia y prefieren pagar las restauraciones necesarias. Pero aún así, el dentista está obligado a plantear el problema y a dar la solución a los padres.

Programa de asistencia dental preventiva.

Los programas dentales preventivos para los niños de

ben tener características especiales, aunque en algunos casos se necesiten medidas adicionales. Deben incluirse los siguientes procedimientos.

Radiografías.

Hay que tener radiografías periapicales y coronales de los pacientes, pues la exploración clínica no es suficiente, ya que ésta no determina totalmente el problema con el que nos encontramos.

Instrucciones sobre higiene oral.

Las instrucciones sobre la higiene oral se deben hacer al niño en presencia de la madre con el fin de que sepa qué se espera de ella y qué es lo que debe hacer el niño en los cuidados del hogar.

Si el niño está en edad preescolar se les enseñará a los padres cómo deben de limpiar los dientes a sus hijos. -- Y se les explicará la finalidad de la pastilla reveladora y cómo se utiliza y así saber detectar dónde encontramos placa bacteriana.

Limpieza y pulido.

A todos los pacientes se les deben de limpiar y pulir los dientes a intervalos regulares. Y con las pastillas reveladoras el dentista se dará cuenta de el resultado que está dando el método de limpieza dado. Para un mejor pulido de las superficies se pasará seda dental sin encerar.

Aplicación tópica de flúor.

Los preparados tópicos de fluoruro deben aplicarse después de que se ha limpiado y pulido los dientes. En los pacientes libres de caries y a los que presentan caries con poca actividad ha de aplicárseles el flúor de una a dos veces. Los niños que presentan caries más activas deben recibir aplicaciones hasta cuatro veces al año, y de ser posible más.

El dentista puede utilizar, soluciones de fluoruro de estaño o fluoruro fosfato ácido, porque se ha encontrado que ambas sustancias son muy eficaces en la reducción de la incidencia de caries.

Análisis de la dieta.

Este análisis es recomendable pues aun cuando encon-

tramos que algunos niños no presentan caries muy activas la presencia de éstas puede deberse principalmente a la ingestión de alimentos que contengan azúcares refinados. Este análisis sirve también como medio educativo a los padres de modo que se den cuenta de que los azúcares refinados en exceso pueden producir futuras caries.

Exámenes repetidos.

Los niños que no presentan caries o los que las tienen pero con una actividad ligera o moderada deben tener revisiones regularmente a intervalos de seis meses. Los niños que han padecido caries muy graves deberán ser revisados cada tres o cuatro meses.

La experiencia clínica ha demostrado que con un programa adecuado se puede eliminar o por lo menos reducir las lesiones cariosas. Sin embargo, aunque se siga dicho programa dental preventivo cabe la posibilidad de que no se eliminen totalmente estas lesiones en todos los niños. Las deficiencias cuantitativas o cualitativas de la saliva, las formas anormales de los dientes y los factores hereditarios desfavorables desempeñan un papel importante en la susceptibilidad de los dientes. Hay que profundizar en los conocimientos acerca de estos factores antes de que se pueda erradicar totalmente dicha enfermedad.

CAPÍTULO III

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

La orientación de la conducta de el niño en el consultorio dental es un requisito muy importante para poder ser atendido correctamente. El niño sigue un desarrollo tanto físico como mental del cual el odontólogo debe estar consciente de ello. Pero es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio pueden clasificarse como buenos pacientes. Muchos de los niños llegan al consultorio con cierta aprehensión y miedo, siendo ésta una actitud observada en sus casas al darse cuenta de que sus padres muestran actitudes defectuosas y por lo tanto no se adaptan a las molestias y a la rutina de un tratamiento dental.

El odontólogo debe tomar en cuenta que el niño adquiere constantemente hábitos, los deja y modifica, y es por eso que su conducta puede cambiar entre una visita y otra. Significando que su comportamiento cambia en períodos, que puedan ser muy cortos. Podemos encontrar que a los dos años tenemos un niño bien educado y que coopera, mientras que a los 2 y medio se puede volver difícil y contradictorio, a los tres años ser amigable y con buen dominio de sí mismo,--

mientras que a los cuatro y medio puede volver atrás y ser--
difícil de controlar.

Pese al conocimiento a menudo limitado de la psicología infantil, el odontólogo logra llevarse bien con los niños y pueden trabajar con el mismo grado de eficiencia que--
con los adultos.

Pero es muy importante la primera impresión que se--
lleva el niño en el consultorio dental, pues de ésta depende
rá su comportamiento futuro frente al tratamiento y cuidado--
de sus dientes.

A pesar de esto, el odontólogo no debe perder la capacidad de comprensión, y debe de entender la situación del--
niño, eliminando los factores que lo angustian.

Todo lo que escucha el niño antes de visitar el consultorio como comentarios de los adultos resultan desfavorables. Se sabe que la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento odontológico, sin embargo, por ser adulto comprende las razones por las cuales debe de ir a atenderse, pero deberá tratar de evitar hacer comentarios que pudieran asustar--
al niño.

El comportamiento poco cooperativo de un niño generalmente es motivado por el deseo de evitar lo desagradable del dolor y lo que puede tomar como una amenaza para su bienestar, puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo a tener dolor puede convertirse en una conducta desagradable, sin que esto se relacione con saber si existen razones para asustarse y aunque el niño desee agradar, le será imposible por el miedo que siente hacia eso que según su razonamiento le producirá mucho dolor.

El miedo viene de un nivel cerebral inferior que la razón, y se manifiesta con base más emocional que intelectual, y no se puede interpretar basándose en la razón tan solo. Y así, el niño se comportará en el consultorio de una manera que le sirvió en otra ocasión para liberarse de una situación desagradable. Si en su casa evita todo lo desagradable, por fuerza en el consultorio lo hará de la misma manera, si evita con mal genio y negativismo, utilizará este recurso en el consultorio.

Pero si el niño ve que sus ataques emocionales no funcionan, entonces cambiará su comportamiento. Cuando el niño se da cuenta de que en el consultorio no va a lograr nada con su mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. A un niño de corta edad no se le puede dar a escoger en cuanto a su comportamiento, en estos casos-

es mejor ser autoridad benévola.

Existen dos factores determinantes para el tratamiento odontológico del niño:

1) Factores favorables:

- a) Medios educativos sobre la salud.
- b) Influencias positivas, de los padres u otras personas.
- c) Buenas experiencias personales en el consultorio.

2) Factores desagradables:

- a) Haber escuchado experiencias desagradables.
- b) Experiencias desfavorables propias en el consultorio.
- c) El niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento porque carece de la capacidad de comunicarse con el odontólogo.

Los padres deberían tener conocimientos acerca de el tratamiento odontológico, ya que cuando el niño pregunta de esto, los padres responden con desacierto y torpeza, y por este motivo el niño reacciona temerosamente.

Las siguientes enseñanzas fundamentales deben tomarse en cuenta:

1.- La higiene de la cavidad oral es importante e indispensable para conservar la salud de los dientes y una salud general.

2.- Una dentadura sana y bien cuidada es uno de los factores más importantes para la belleza de la cara.

3.- Es imprescindible visitar al dentista regularmente para reparar los daños.

4.- La eliminación oportuna de las caries puede hacerse sin dolor.

5.- El examen odontológico sólo necesita de un mímo de tiempo.

Los padres pueden impulsar al niño diciéndole que si se cepilla los dientes no habrá necesidad de visitar al dentista, sin embargo no se trata de una alternativa "cepillarse los dientes o dentista", sino que son dos factores inseparables para el cuidado de los dientes y esto debe de quedar bien claro en el niño; higiene de su boca y visita regular--

al dentista.

Para que el niño se dé una idea de lo que es un consultorio dental sería conveniente preparar una visita, planeada junto con el odontólogo, de modo que su estancia sea agradable. Si la primera impresión no es desagradable y hasta resulta agradable e interesante, el niño, la próxima vez, ya vendrá más tranquilo al dentista.

Con el primer contacto el niño obtiene su primera experiencia propia.

Una buena preparación en odontología enseña al niño a encarar la situación y seguir las instrucciones de el dentista y de sus padres. Este proceso suele ser favorable si el odontólogo permite al niño que inspeccione el consultorio dental.

El personal odontológico debe recordar que el niño desconoce en absoluto lo que es un dolor por caries muy profunda o lo que es una infección periapical. En cambio, el niño puede darse cuenta y casi estar seguro de que el odontólogo y sus colaboradores representan una amenaza para él. -- De aquí que el personal odontológico trate de comprender la actitud del niño, tomándolo como normal.

El primer objetivo es establecer una comunicación -- con el niño, haciéndole sentir que el odontólogo está interesado por ayudarlo, explicándole la importancia de la visita-odontológica.

La comunicación nos ayudará a que el niño acepte un tratamiento, pues estaremos contando con su cooperación y se sentirá seguro tanto física como emocionalmente.

Existen algunas cosas que el odontopediatra tiene -- que hacer para tener una buena comunicación con el niño y -- éstas son:

1.- Tomar lo menos que se pueda en cuenta el miedo-- del niño.

2.- Comenzar trabajando con los tratamientos más sencillos para luego poder continuar con los complicados.

3.- Tratar de evitar los factores que le causen miedo al niño como:

a) Evitar que tenga cerca y que pueda percatarse de instrumentos filosos, que perciba olores desagradables, y -- que escuche el ruido de la turbina si es que ésta no se la--

han explicado adecuadamente.

b) Usar un vocabulario que no le provoque miedo.

c) Sobrepreparar al niño y permitirle que haga preguntas, esto le quitará un poco la ansiedad.

4.- Explicarle al niño lo que se le va a hacer de modo que pueda entenderlo.

Se le debe de mostrar cómo se le va a hacer el tratamiento y luego hacer lo que se le explicó y no otra cosa.

Los padres no deben de estar presentes durante el tratamiento, pues el niño debe de aprender a afrontar las nuevas experiencias solo.

Cuando ha terminado el tratamiento se le debe de estimular alabándolo por su buen comportamiento y hasta premiarlo con algún juguete de su agrado.

No se debe permitir que el niño tome como un intercambio el que si se porta bien recibirá algún regalo, pues esto lo tomará como un factor muy importante para poder chantajear a los padres, dándoles a entender que sólo se dejará-

atender si recibe algo a cambio.

Si se está tratando con un niño temeroso primero habrá que substituir la sensación de miedo, por sensaciones -- agradables y afecto al dentista impulsándolo a que vea en el odontólogo a un amigo. Cuando se ha llegado a esta etapa,-- se puede decir que la batalla en el manejo de el niño está-- casi ganada.

Deben de aceptarse el aprendizaje del niño como algo irregular con ascensos y descensos. Este proceso está relacionado con los cambios ambientales y los estados psicológicos.

El niño demasiado pequeño puede reaccionar en contra de cualquier procedimiento porque no puede comunicarse con-- el odontólogo. Es importante darse cuenta de que esta reacción es normal y que es parte de un proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él. Con esto bien comprendido debe trabajar con rapidez, suavidad y aun así, con firmeza.

Mostrar actitudes de sarcasmo y desdén con el niño-- para que al sentir vergüenza se porte mejor no conviene aunque muchos odontólogos emplean el ridículo, pero esto resulta una pérdida de tiempo y una actitud sin valor. El ridícu

lo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de esto puede surgir mayor aversión a dentistas y tratamiento. Y con el ridículo sólo se logra más resentimiento.

A los niños no les gusta ser diferentes, siempre tratan de imitar lo que hacen las personas que más admiran. Si un niño ha visto en su padre a una persona que no le ha infundido miedo hacia el dentista, el niño al llegar con el odontólogo se sentará en el sillón dental tratando siempre de agradar, aunque a veces esto le resulta casi imposible, pues por el miedo que siente no se puede controlar.

Si se le permite al niño observar otros tratamientos dentales, esto será para él como un reto, y esto le dará más confianza, pero esto puede ser poco eficaz en niños menores de 3 años.

Si el niño se da cuenta de que se realiza el trabajo sin dolor, él deseará que sean realizados en él los mismos procedimientos.

En ocasiones observaremos que el niño sube al sillón sin que se le haya pedido hacerlo y lo hará con mucho entusiasmo si es que no observó ninguna expresión de dolor en la otra persona. Pero si él descubre que se le está haciendo--

daño seguramente él adquirirá un gran resentimiento y desconfianza hacia el dentista. Es muy difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera.

TÉCNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.

A través del reacondicionamiento el niño aprende a aceptar el tratamiento odontológico y pierde el miedo hacia ellos, pues sabe que lo desconocido no representa un peligro para él y los procedimientos operatorios se vuelven muy agradables esperados con placer por el dentista y por el niño.

El primer paso en el reacondicionamiento del niño es preguntar a los padres la impresión que tiene el niño de el dentista y de los tratamientos odontológicos. Después, el siguiente paso es hacer que el niño se familiarice con el consultorio, de este modo se gana la confianza del niño y el miedo se convierte en curiosidad. Puede uno acercarse al niño por medio de la curiosidad, ya que a todos los niños les encantan los juguetes nuevos. Puede disminuir el miedo de un niño si se le alienta para que pruebe todos los instrumentos que se encuentren en el consultorio, explicándole al niño la función que tiene cada cosa para que se familiarice con cada sonido y acción de los accesorios.

Se le muestra cómo funciona el motor y como éste tiene un pedal por medio del cual se puede controlar su movimiento, también se le muestra la jeringa de aire.

Una vez familiarizado con el equipo se trata de ganar la confianza de el niño escogiendo cuidadosamente las palabras y los temas de conversación, de esta manera se podrá llegar a una comprensión sin perder mucho tiempo. Se le dirá al niño que uno puede comprender sus problemas porque también fue niño y así de esta manera empezará a haber comprensión y confianza.

Cuando llega el momento del tratamiento dental, el odontólogo se dará cuenta de que cuando era niño y tuvo que ir al dentista sabía que era porque tenían que componerle los dientes y esto sería de la manera más fácil, pero que no sabía cuál era la más fácil a menos que el dentista se lo dijera. En la primera cita tratarán de hacerse procedimientos menores que no causen dolor y que le puedan demostrar al niño que todo puede salir bien contando con su cooperación. Entre estos procedimientos podemos realizar los siguientes:

Historia clínica, técnica de cepillado, limpieza y pulido de los dientes del niño, aplicación de fluoruro, radiografías.

En cuanto al aparato de Rayos X se le debe de comparar con una cámara fotográfica, explicándole al niño que este aparato tomará fotografías de sus dientes, pero que para que éstas puedan existir debe de sostener la foto en la que quedarán impresas las formas de sus dientes. Es una buena táctica el pasar de tratamientos sencillos a otros más complicados a menos que sea necesario tratamiento de urgencia.

La veracidad del dentista y su sinceridad son muy importantes para el niño. Hay ocasiones en las cuales el niño acude a su primera cita sufriendo dolores intensos, lo que requiere de un tratamiento extenso, en este caso el dentista tendrá que explicarle al niño que quizá el tratamiento que se realizará produzca un poco de dolor, pero que él puede avisar de esto para que el dentista pare o trate de hacerlo más despacio de modo que las molestias sean mínimas.

Sin embargo habrá ocasiones en las que el dentista tendrá que trabajar con el niño llorando, los niños preescolares gritan con fuerza y durante largo tiempo, esto hace difícil hacerse comprender, la amenaza de sacar a los padres del consultorio puede hacer que el niño se calme, pero cuando esto no es suficiente se tendrán que usar medios físicos para hacer que el niño pueda escuchar lo que se tiene que decirle, la manera más sencilla es colocando la mano suavemente sobre

su boca sin hacerlo sentir que esto es un castigo sino que-- sólo es para hacer que se calle y pueda escuchar. No se debe de intentar bloquear la respiración bucal mientras el niño llora, se le hablará al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando deje de gritar. Colocar la mano sobre la boca de el paciente es un medio extremo y-- sólo deberá usarse como último recurso en un paciente ya higrético, cuando hayan sido utilizados todos los demás medios-- y hayan fallado puede ser utilizada esta técnica con niños-- demasiado mimados, esta técnica requiere considerable habilidad.

ASPECTO DEL CONSULTORIO DENTAL.

Es muy probable que el niño entre al consultorio con miedo por lo que el primer objetivo que deberá alcanzar el-- dentista será infundir confianza al niño y hacer que se de-- cuenta de que no es el único que pasa por esta experiencia,-- una grabadora o un tocadiscos le dará confianza a un niño--- asustado. Las tarjetas de recordatorios deben ser atracti-- vas y si se puede llegar algún dibujo de un personaje de --- cuentos para que el niño sienta que se la están mandando a-- él.

El consultorio deberá estar adornado con niños son--

riendo; esto es muy importante, tratando de evitar que el niño vea sangre o adultos con cara de dolor. Las personas con los ojos enrojecidos de llorar o perturbados emocionalmente--ponen nerviosos a los niños, se tiene que evitar que ellos--vean esto haciendo que el paciente salga por otra puerta.

PERSONALIDAD DEL ODONTÓLOGO.

Es muy importante que el niño sienta que todas las--personas de el consultorio le infunden confianza. Si el dentista recibe al niño en la sala de espera el día de la primera visita esto será de gran ayuda, cuando se trata por pri--mera vez a un paciente infantil, se le deberá llamar siempre por su nombre de pila, nunca se le llame diciéndole muchachito u otro nombre poco familiar.

A menudo cuando un niño de muy corta edad llega al--consultorio no quiere pasar a la sala de tratamiento y se --abraza al brazo de su madre, si no se le puede convencer con palabras, el odontólogo debe acercarse amistosamente y rodear al niño con los brazos como si fuera a abrazarlo, de este modo se tiene control sobre el niño de modo que no vaya a las--timar a nadie con los pies o con las manos. Se debe hacer--sentir al niño que el dentista es lo suficientemente fuerte--para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herir

lo.

MOMENTO Y DURACIÓN DE LA VISITA.

El momento elegido para la consulta del niño es muy importante y factor determinante para influir en su conducta. Deben elegirse las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños. Un niño pequeño puede aceptar más fácilmente el tratamiento si es temprano, pues entre más tarde sea el niño se sentirá más cansado, y el odontólogo estará más capacitado para lidiar con las reacciones de el niño a esa hora temprana.

Cuando el niño es poco cooperativo, se debe de tomar un momento en que el consultorio esté libre de niños y de otros pacientes de modo que no influya en él, nada que lo pudiera perturbar.

En cuanto a la duración de la visita en niños muy pequeños, éstas tienen que ser cortas hasta que el niño se familiarice con la serie de procedimientos y adquiera confianza en sí mismo y en el odontólogo.

CONVERSACIÓN DEL DENTISTA.

Cuando el dentista habla al niño se debe poner a su-

mismo nivel en posición y conversación, no hablando demasiado y dejando que el niño sea el que lleve el tema de la conversación. En niños muy pequeños será mejor si se añade un poco de fantasía a la conversación, ya que le dará más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños, ya que se sentirán más ofendidos que si se les hablara como si fueran mayores, no se deben utilizar palabras de bebé con niños de 4 ó 5 años. Siempre que se esté trabajando con un niño no se hagan preguntas que requieran de respuesta si se tienen ambas manos y algunos instrumentos en su boca, los niños tienden a utilizar la pregunta como excusa para interrumpir el tratamiento.

RAPIDEZ DEL TRATAMIENTO.

El odontólogo deberá realizar el tratamiento rápidamente y con el mínimo de dolor. Es importante en la atención de los niños el que exista un ayudante que pueda controlar ciertas situaciones mientras el operador trabaja. Los instrumentos que han de utilizarse deberán de estar a la mano para que no se deje solo al niño en lo que se buscan las cosas que se van a utilizar.

El niño es más observador que un adulto y después de ciertas sesiones se dará cuenta cuando el operador es poco--

eficiente.

SOBORNOS.

Nunca se debe sobornar a un niño, esto no dará resultados positivos. El niño seguirá mal para obtener más sobornos, si el dentista hace esto estará aceptando que es incapaz de manejar la situación. Es conveniente tratar de distinguir entre lo que es un soborno y lo que es una recompensa estas dos situaciones sólo las divide una línea muy tenue, una recompensa después de la visita puede servir de soborno para un niño para que vuelva la próxima vez. Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

ASPECTOS CONSIDERADOS EN LA ORIENTACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

1.- El manejo exitoso del niño depende del cariño, firmeza y capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.

2.- El dentista debe de ser lo más amistoso posible tratando de dar a entender la importancia que tiene el tratamiento del niño, para su bienestar.

3.- Algunos psicólogos han declarado que no debe existir una lucha con el niño, si éste se resiste al tratamiento odontológico, sin embargo, la lucha está instituida y debe ser el odontólogo el que gane, en otras palabras, hay-- que hacer algo en la primera visita.

4.- Si el niño muestra un mal hábito debe ser rechazado o vencido desde el comienzo.

5.- El odontólogo debe elogiar todos los buenos hábitos y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

6.- Se debe de intentar transmitir al niño la confianza existente entre el odontólogo y el ayudante. Una conversación constante entre éstos logrará este objetivo.

7.- Si el niño no coopera y no reconoce que el trabajo que se le hace es importante, el dentista no debe de perder el enfoque positivo, principalmente en el control de la voz. Si esto no funciona, se debe aplicar una restricción-- que dé a entender que el esfuerzo por proporcionar el servicio de salud va a ser constante.

REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

Podríamos nombrar cuatro reacciones fundamentales:

Temor, angustia, resistencia y timidez.

TEMOR.

El temor es una de las emociones que se experimentan en la infancia más frecuentemente. Su efecto, tanto físico-como mental puede ser muy dañoso.

ANSIEDAD.

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor.

Los niños angustiados están asustados por toda experiencia nueva y generalmente reaccionan agresivamente. Si el niño hace demostraciones de rabieta en el consultorio, el dentista deberá decidir si es una reacción de temor agudo o si sólo se trata de una rabieta. Si el niño está asustado, el odontólogo deberá proceder comprensivamente y con lentitud.

Si por el contrario es una rabieta, el odontólogo deberá demostrar su autoridad y su dominio de la situación.

RESISTENCIA.

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad y el niño se revela contra el miedo. Esto lo puede hacer golpeándose contra las paredes o provocar vómitos--cuando no desea adaptarse. La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño se rehusa a desarrollarse y el odontólogo tiene dificultad para comunicarse con este tipo de pacientes. El niño se siente lastimado y llora con mucha facilidad.

TIMIDEZ.

La timidez es otra reacción que se observa, en particular en pacientes de primera vez. El niño tímido necesita pasar por un período de "precalentamiento".

Ésta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por --- otro niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo.

La timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen con exceso.

PATRONES DE CONDUCTA GENERAL A DIFERENTES EDADES.

1 AÑO.

El niño empieza a ser independiente. Aprende a caminar. Le gusta jugar solo. Aumenta sus habilidades motoras. Tiende a mejorar en todas sus áreas de conducta.

2 AÑOS.

Aumenta su desarrollo motor, su desarrollo de lenguaje. Posee mayor estabilidad emocional, puede esperar por períodos pequeños de tiempo. Le gusta agradar a los demás. -- Le gusta jugar solo. Debe tocar las cosas para captar realmente su sentido.

3 AÑOS.

Se puede comunicar más fácilmente, busca apoyo, consuelo y seguridad en sus padres y se siente más seguro, si-- sus padres permanecen con él durante el tratamiento. Le gusta dar y recibir. Le gusta tener amigos. Le gusta que lo-- alaben. Pueden entender y platicar.

4 AÑOS.

Escucha con interés las explicaciones. Suele tener-- mente vivaz y es un gran conversador. Muchas veces emplea-- malas palabras. A esta edad los niños son más cooperativos.

5 AÑOS.

Los niños aceptan actividades en grupo. Su relación social y personal son más definidas y no siente temor de dejar al padre en la recepción. No siente temor a experiencias nuevas. Suelen ser presuntuosos en cuanto a su ropa y aspecto y responden bien a los comentarios sobre su aspecto personal.

6 AÑOS.

La mayoría de los niños de esta edad no están muy unidos a la familia. Son muy violentos y le temen más a las cosas, pues están más conscientes de ellas.

7 AÑOS.

Es un niño presuntuoso. Necesita que lo comprendan pues piensa que todo está en contra de él.

8 AÑOS.

Le gusta dar, pero también recibir. Dramatiza mucho las cosas y situaciones. Se encuentra en edad de exploración intelectual.

9 AÑOS.

Es independiente, rebelde y tolerante. Se interesa más en sus amigos que en los miembros de su familia. Se preg

cupa de cosas que antes no le interesaban.

10 AÑOS.

Es amigable, flexible, obedece fácilmente, es honesto y está satisfecho con sus padres y con el mundo que le ro dea.

11 AÑOS.

Cree en la justicia, posee ideales. Le preocupa el aspecto de su persona. Le gusta trabajar en grupo.

12 AÑOS.

Expresa individualidad. No acepta la autoridad de los padres. Le gusta ser diferente a los demás. Busca su identidad. Aumenta su interés en su apariencia personal.

CAPÍTULO IV

HÁBITOS BUCALES

El niño al nacer desarrolla un patrón reflejo de funciones neuromusculares llamado reflejo de succión.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de llevar a su boca lo que ha visto y así continúa hasta que todos los objetos a su alcance han sido llevados a su boca para ser gustados y así examinados por medio de sensaciones bucales. Cuando el lactante lleva a la boca un objeto "bueno" se denomina introyección. Cuando el objeto es rechazado por "malo" a esto se le denomina proyección.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Por medio de esto recibe satisfacción secundaria aliviando frustraciones de hambre u otro malestar, introduciéndose su dedo pulgar en la boca, el que se convierte en un substituto de la madre, considerándose éste como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia y separación de la madre.

a) Hábitos bucales no compulsivos.

Hay modificaciones que los niños buscan en sus hábi-

tos tratando de encontrar aquellos que sean aceptados socialmente. Pudiéndose lograr esto por medio de halagos o en --- otros casos con amenazas de un castigo fuerte por parte de-- los padres.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente,-- se denominan no compulsivos.

b) Hábitos bucales compulsivos.

Se le denomina hábito compulsivo cuando este hábito-- se ha fijado en el niño al grado de que acude a su práctica-- cuando siente amenazada su seguridad, por lo que ocurre a su alrededor.

Cuando se trata de corregir este hábito siente gran-- ansiedad. Convierte el hábito en su escudo, siendo su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven-- demasiado difíciles de soportar.

Algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido administrado demasiado rápido, que el niño reciba muy poco alimento. Pero se acepta gene--ralmente por la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternales.

HÁBITOS MÁS FRECUENTES.

Se consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y muy maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones que pueden volverse anormales a los hábitos continúan largo tiempo.

a) Succión.

Aquí podemos encontrar la acentuación del comportamiento bucal asociado a las experiencias de alimentación succión del niño neonatal. Esto no es sólo un medio de aliviar la tensión de hambre del niño, sino también son un medio de probar con los sentidos disponibles lo que es bueno o malo.

Se ha observado fluoroscópicamente en el niño antes de nacer, contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Esto le permite al niño alimentarse de su madre y prenderse a ella como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento y el reflejo de Moro, todas presentes en el nacimiento.

b) Succión del pulgar.

Se ha dicho frecuentemente que la succión del pulgar

es normal durante los primeros 2 años, sin embargo hay niños que nunca tuvieron este hábito. Muchos niños dejan este hábito en sus dos años preescolares, pero muchos lo conservan algunas veces hasta la edad adulta. Este hábito no causará problemas en la oclusión, pero no es bien visto socialmente, por lo que debe de ser desalentado tan pronto existan evidencias de que se está desarrollando, cualquiera que sea la edad del niño.

En los hábitos de succión, no sólo se emplean el pulgar u otros dedos, sino también otros tejidos como mejillas, labios o lengua, que substituyen a los dedos.

La succión del pulgar no presenta problemas odontológicos, no obstante el dentista tiene la obligación de ver la causa y las consecuencias posibles de este hábito, tratando de ayudar al niño a superar el problema del hábito.

Si el bebé tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección vendría al pasar de la succión a la masticación.- A veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un substituto como algo masticable.

En niños mayores, el ejemplo de ayudas visuales puede ser útil para demostrar cómo el hábito de succión del pulgar

gar, puede ser perjudicial si se mantiene.

Ningún enfoque de corrección debe ser utilizado sino antes de tener una historia clínica completa en un intento por destruir la causa.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. Pudiendo el niño tener temores como a la obscuridad, a los animales o a la separación de sus padres.

Por lo tanto, este hábito está relacionado con conflictos y con inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

c) Succión labial.

La succión o mordida del labio puede provocar desplazamientos anteriores al igual que la succión digital, este hábito se presenta en edad escolar, lo que permite apelar a la cooperación y buen juicio del niño para el abandono de éste, ayudado por ejercicios labiales.

Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

d) Empuje lingual.

El empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los incisivos superiores. Al hacer la formación del diagnóstico de mordida abierta anterior frecuentemente existe preocupación por la succión del pulgar y no se observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, teniendo -- igual importancia en la mordida abierta y piezas anteriores-- en protusión.

Sin embargo, no ha sido comprobado que el empuje lingual ocasione la mordida abierta, o si ésta permite empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los-- incisivos superiores o inferiores.

Se pueden utilizar ejercicios miofaciales, así como-- en la succión del pulgar, para llevar los incisivos a una-- lineación adecuada, mantener la lengua en posición adecuada-- durante el acto de deglutir, también se le puede enseñar a-- colocar la punta de la lengua en las papilas incisivas del-- techo de la boca y a tragar con la lengua en esa posición,-- todo esto puede servir para su tratamiento.

e) Hábito Anormal de deglución.

En este hábito los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares.

Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes; después los músculos de la masticación ponen en contacto a los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua.

Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares, así como en la zona anterior.

Resultan involucrados músculos de la expresión, el mentoniano y el orbicular de los labios debido al intento que hace el paciente por llevar el bolo alimenticio hacia atrás provocando una tensión de los músculos.

El acto de deglución se repite 2 veces por minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto o menos en las de sueño.

La posición anormal de la lengua puede estar asociada a la mala oclusión de los dientes, pudiendo provocar también que la lengua se extienda sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal.

Los pacientes que conservaron su patrón anormal de deglución pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión y aun cuando exista corrección ortodóntica el pronósti-

co es muy pobre.

f) Empuje del frenillo.

Es un hábito poco frecuente y se observa cuando el niño puede trabar su frenillo labial en el espacio que existe entre los incisivos permanentes, dejándolo así colocado-- por varias horas, provocando el desplazamiento de las piezas ya que mantiene separados los incisivos centrales.

g) Mordedura de uñas.

Éste no es un hábito que provoque maloclusión, pues las fuerzas ejercidas durante su ejecución son muy parecidas al acto de la masticación. En algunos casos se observó que cuando existían impurezas debajo de las uñas, se encontraba atrición en los incisivos inferiores.

h) Hábitos de postura.

Existen muy pocos casos de maloclusión provocados -- por hábitos de postura, y deberá formularse su diagnóstico o tratarse por separado.

i) Hábitos masoquistas o de automutilación.

En estos hábitos encontramos que el niño se traumatiza intencionalmente los tejidos bucales.

En este tipo de hábitos masoquistas o de automutilación encontramos que el niño priva a las piezas completamente del tejido gingival marginal sin ligar, exponiendo así el hueso alveolar.

En estos casos el tratamiento a seguir es ayudando al niño envolviendo su dedo en tela adhesiva, pero es mejor que reciba ayuda psiquiátrica a fin de encontrar la causa -- que lo motiva a realizar este hábito.

Es probable que se produzcan automutilaciones con mayor frecuencia, pero el niño no estará dispuesto a reconocer lo a menos de que se le descubra practicándolo.

Si se descubre que se debe a factores dentales locales puede ser corregido. Sin embargo, en algunos niños encontraremos problemas de naturaleza emocional y el odontólogo deberá orientar a la familia hacia servicios de consulta-competentes.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilación en nuestros pequeños pacientes.

j) Abertura de pasadores.

Este hábito es muy común entre las mujeres al tratar

de abrir los pasadores con los incisivos centrales, para colocárselos en la cabeza. Se observaron incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas del esmalte labial.

Para eliminar el hábito sólo se necesita llamar la atención dando a conocer los efectos nocivos de éste.

k) Respiración por la boca.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en 3 categorías:

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

Por obstrucción.- Presentan resistencia incrementada y obstrucción completa del paso del aire a través del conducto nasal.

Como existe dificultad para inhalar o exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

Por hábito.- El niño respira frecuentemente por la boca y lo hace por hábito, aunque se haya eliminado la obs--

trucción que lo obliga a hacerlo.

Por Anatomía.- Es aquel que tiene el labio superior-corto y tiene que cerrarlo con grandes esfuerzos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

a) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas o -- aire contaminado.

b) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

c) Adenoides agrandados.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológica--mente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los--niños de corta edad respiren por la boca. Éste se corregirá por sí solo cuando el tejido adenoideo sufra el proceso natu--ral de contracción.

En la respiración bucal el odontólogo puede ayudar--

con un aparato eficaz como el protector bucal siempre y cuando sea por hábito.

Bruxismo.

Es un hábito bucal que presentan los niños; es un -- desgaste, frotamiento o rechinar de los dientes entre -- sí de carácter no funcional que generalmente se practica en las noches, y si se realiza por un tiempo prolongado, puede -- provocar la abrasión de los dientes temporales, así como de los permanentes incluso quejarse de molestias matutinas y -- hasta trastornos de la articulación temporo-mandibular.

Se observan en niños muy nerviosos, los cuales también pueden presentar otros hábitos, duermen intranquilos y sufren ansiedad.

El odontólogo puede ayudar a quitar el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche, y ésta resiste el frotamiento de las piezas.

La superficie oclusal del protector debe ser plana -- para no crear interferencia alguna.

En los pacientes sin perturbaciones psicógenas gra --

ves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el--bruxismo.

CAPÍTULO V

ERUPCIÓN DENTAL

Se llama erupción al movimiento natural que el diente efectúa hasta emerger al medio bucal, salvando los obstáculos que forman los tejidos duros.

El diente comienza su movimiento desde el momento -- que principia su mineralización.

El movimiento de erupción propiamente dicho, comienza cuando la corona se ha terminado de formar, aunque la ---raíz no esté formada aún. Casi siempre el tercio apical se forma cuando la corona ha erupcionado y hecho contacto con--la pieza antagonista.

En el recién nacido el saco dentario de la dentición primaria está colocado en un amplio alvéolo que está cubierto por fibromucosa, sin que exista hueso en esta parte, por lo que la erupción es sencilla y se realiza en corto tiempo.

En la segunda dentición, este proceso es más lento-- porque la corona se encuentra al efectuar el movimiento con mayor número de obstáculos como son la destrucción de hueso-

alveolar y las raíces de los dientes de la primera dentición.

Cuando la corona rompe el hueso y razga la mucosa,-- con su cara incisal u oclusal, se asoma al exterior, o sea-- el medio bucal.

Desde este momento el proceso se acelera, pues ya no existen más obstáculos que vencer, llegando a su posición -- adecuada, poniéndose en contacto con su antagonista que se-- encuentra en igual grado evolutivo.

El mecanismo de erupción puede aplicarse si se acepta que el esmalte tiene como propiedad importante la de repeler los tejidos adyacentes, los cuales adquieren una especie de quimiotaxia y quimiotropismo negativos hacia este cuerpo extraño, que debe llegarle hasta el esmalte por ser de diferente origen genético.

El esmalte por su presencia obliga al tejido conjuntivo a desorganizarse, haciendo que se reabsorba, incluyendo el hueso alveolar, donde actúan los osteoclastos, originándose un espacio que es ocupado inmediatamente por la corona del diente en evolución.

Considerándose que el crecimiento de la raíz se rea-

liza dentro del alvéolo y su formación se logra gracias a la vaina de Hertwing, al aumentar de volumen hacia el interior del alvéolo, éste ayuda a la colocación del diente en sentido de orientación de la corona, de donde se deduce que no necesita un apoyo fijo en el que se inicie este movimiento.

En este proceso evolutivo estimula también el hueso en desarrollo, lo que favorece al proceso de erupción del--diente.

Todo esto es un circuito de coordinación, en el proceso de metabolismo. Este proceso abarca tres épocas.

La primera época de movimiento se inicia desde que comienza a mineralizarse el primer mamelón de la superficie oclusal o borde incisal de la corona y se sigue efectuando dicho movimiento conforme empieza la calcificación.

A este movimiento podría llamarse "movimiento de desarrollo", puesto que se desarrolla simultáneamente al hueso, el cual amplía el espacio donde el folículo dentario -- crece. El hueso no llega a cubrir la parte oclusal del folículo.

Ya terminada la formación de la corona, principia--

desde ésta al exterior, por medio de un movimiento axial, -- tratando de romper la encía que la cubre. Este movimiento-- axial que orienta al diente a su correcta posición, lo colocará en el lugar correspondiente de la arcada y será el prin cipal movimiento de erupción.

En la segunda dentición este movimiento encuentra co mo obstáculo o barrera, las raíces de los dientes de la primera dentición. Siendo este proceso destruido por el proce so histolítico natural.

CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN HUMANA

DENTICIÓN TEMPORAL (Superior)

| <u>Cantidad de esmalte formado al nacer</u> | <u>Esmalte completo</u> | <u>Erupción</u> | <u>Rafz completa</u> |
|---|-------------------------|-----------------|----------------------|
| <u>A</u> Cinco sextos | 1 1/2 meses | 7 1/2 meses | 1 1/2 años |
| <u>B</u> Dos tercios | 2 1/2 meses | 9 meses | 2 años |
| <u>C</u> Un Tercio | 9 meses | 18 meses | 3 1/2 años |
| <u>D</u> Cúspides unidas | 6 meses | 14 meses | 2 1/2 años |
| <u>E</u> Cúspides aisladas | 11 meses | 24 meses | 3 años |

DENTICIÓN TEMPORAL (Inferior)

| | | | |
|----------------------------|-------------|----------|------------|
| <u>A</u> Tres quintos | 2 1/2 meses | 6 meses | 1 1/2 años |
| <u>B</u> Tres quintos | 3 meses | 7 meses | 1 1/2 años |
| <u>C</u> Un tercio | 9 meses | 7 meses | 1 1/2 años |
| <u>D</u> Cúspides unidas | 5 1/2 meses | 12 meses | 2 1/4 años |
| <u>E</u> Cúspides aisladas | 10 meses | 20 meses | 3 años |

CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN HUMANA

DENTICIÓN PERMANENTE (Superior)

| <u>Diente</u> | <u>Esmalte completo</u> | <u>Erupción</u> | <u>Rafz completa</u> |
|------------------|-------------------------|-----------------|----------------------|
| Incisivo Central | 4 - 5 años | 7 - 8 años | 10 años |
| Incisivo Lateral | 4 - 5 años | 8 - 9 años | 11 años |
| Canino | 6 - 7 años | 11 - 12 años | 13 - 15 años |
| Primer premolar | 5 - 6 años | 10 - 11 años | 12 - 13 años |
| Segundo premolar | 6 - 7 años | 10 - 12 años | 12 - 14 años |
| Primer molar | 2 - 3 años | 6 - 7 años | 9 - 10 años |
| Segundo molar | 7 - 8 años | 12 - 13 años | 14 - 16 años |
| Tercer molar | 12 - 16 años | 17 - 21 años | 18 - 25 años |

(Inferior)

| | | | |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Incisivo central | 4 - 5 años | 6 - 7 años | 9 años |
| Incisivo lateral | 4 - 5 años | 7 - 8 años | 10 años |
| Canino | 6 - 7 años | 9 - 10 años | 12 - 14 años |
| Primer premolar | 5 - 6 años | 10 - 12 años | 12 - 13 años |
| Segundo premolar | 6 - 7 años | 11 - 12 años | 13 - 14 años |
| Primer molar | 2 - 3 años | 6 - 7 años | 9 - 10 años |
| Segundo molar | 7 - 8 años | 11 - 13 años | 14 - 15 años |
| Tercer molar | 12 - 16 años | 17 - 21 años | 18 - 25 años |

CONCLUSIONES

1.- La historia clínica en odontopediatría es un factor muy importante en todo tratamiento odontológico.

2.- La caries, así como los factores que contribuyen a ella pueden ser eliminados teniendo los cuidados necesarios como buena técnica de cepillado, aplicación de fluoruros, visita regular al dentista y una dieta balanceada.

3.- El manejo del niño en el consultorio dental es algo importante, ya que de esto depende que el niño pueda llegar a aceptar y comprender la causa del tratamiento.

4.- Los hábitos bucales resultan ser en el niño nocivos y muchos de ellos para ser erradicados necesitan de ayuda psicológica.

5.- El conocimiento de las edades en las que las piezas, tanto temporales como permanentes, harán erupción, ayudará a evitar, entre otras cosas, la falla en el diagnóstico y tratamiento de los dientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Davis John M., Law David B., Lewis Thompson M.
Un Atlas de Odontopediatría
Editorial Mundi - 1972
331 p.

- 2.- Finn Sidney B.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
Edic. 4a.
613 p.

- 3.- Hotz P. Rudolf
Odontopediatría
Odontología para el Niño y el Adolescente
Editorial Médica Panamericana

- 4.- Katz Simon, Mc Donald James L.
Odontología Preventiva en Acción
Editorial Médica Panamericana - 1975
451 p.

- 5.- Mc Donald Ralph E.
Odontología para el Niño y el Adolescente
Editorial Mundi - 1975
Edic. 2a.
533 p.