

35
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO DEL NIÑO EN
ODONTOLOGIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MA. ELISA BORQUEZ CASTILLO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE, 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción.....1

CAPITULO I

PATRONES DE CONDUCTA A DIFERENTES EDADES.....2

1.- Naturaleza de las Actitudes.....2

2.- Actitudes y Conducta.....3

3.- Comportamiento.....4

4.- Como Influye en la Conducta el Comportamiento.....

 Extremo de los Padres.....5

5.- Patrones de Conducta en Diferentes Edades.....7

CAPITULO II

PATRONES DE CONDUCTA EN LA RELACION PADRE-HIJO-CIRUJANO -

DENTISTA.....12

1.- Ambiente e Importancia del consultorio.....13

2.- Recomendaciones a los Padres.....14

3.- Patrones de Conducta del Cirujano Dentista.....16

4.- Métodos Físicos para el Manejo del Niño.....19

4.1- Técnica de la Mano Sobre la Boca.....19

4.2- Sábanas, Cinturones y Otros Medios de Contención....21

4.3- Premedicación.....22

4.3.1 Causas para la Premedicación.....22

4.3.2 Farmacos y Dosis.....23

4.3.3 Sedación con Oxido Nitroso.....24

4.3.3.1 Indicaciones.....24

4.3.3.2 Contr-Indicaciones.....24

4.3.4 Método Terapéutico.....25

4.3.5 Anestesia General.....25

CAPITULO III

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA SALUD BUCAL.....	27
1.- Técnica de Cepillado.....	32
1.1 Técnica Rotacional.....	33
1.2 Técnica de Bass.....	34
1.3 Técnica Combinada.....	34
2.- Selladores de Fosetas y Fisuras.....	36
2.1 Indicaciones.....	37
2.2 Técnica de Aplicación.....	37
3.- Uso de Fluoruros.....	38
3.1 Metabolismo del Fluoruro.....	39
3.2 Toxicología del Fluoruro.....	39
3.3 Tratamiento.....	40
3.4 Fluoración de las Aguas de Consumo.....	40
3.5 Tabletas de Fluoruro.....	41
3.6 Aplicación Tópica de Fluor.....	42
3.6.1 Fluoruro de Sodio (NaF).....	42
3.6.2 Fluoruro de Estaño.....	42
3.6.2 Fluoruro de Fosfato Aciculado(APF).....	43
3.7 Técnica para la Aplicación de Fluoruros.....	43
3.8 Ventaja de Fluoruros en Dentríficos.....	45
3.9 Desventajas de los Fluoruros en Dentríficos.....	45
3.10 Nutrición.....	45

CAPITULO IV

MANEJO DEL NIÑO IMPEDIDO.....	46
1.- Paciente con Retrazo Mental.....	48
1.1 Aspectos Bucales.....	48
1.2 Tratamiento.....	49
2.- Paciente con Epilepsia.....	49
2.1 Manifestaciones Orales.....	50

2.2 Manejo Odontológico.....	50
3.- Paciente con Síndrome de Dawn.....	51
3.1 Trato odontológico.....	51
4.- Manejo del Niño Minusválido.....	52
4.1 Manejo Físico del Niño Minusválido.....	53
4.1.1 Pedi-Wrap.....	54
4.1.2 Mantas de Sujeción.....	54
4.1.3 Sábanas y Cintas para Piernas.....	54
4.2 Control de la Cabeza.....	55
CONCLUSIONES.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	58

INTRODUCCION

Todo aquel Cirujano Dentista que desea tener éxito en el desempeño de su trabajo, principalmente con los niños, debe tener muy presente que el manejo y tratamiento a estos pequeños nunca será el mismo que para un adulto.

Es importante saber como afrontar el enorme reto que representa el estar frente al niño, saber que actitud se debe tomar, para que en lugar de transmitirle miedo, darle seguridad y confianza, sin lo cual el tratamiento sería un fracaso aun antes de iniciarlo.

Todo esto no podemos hacerlo solos, se requiere de la gran colaboración de los padres, por lo cual también se hace indispensable darles la información necesaria sobre la importancia del tratamiento dental y sobre todo de técnicas motivacionales. Para lograr todo esto es importante formar un gran equipo de trabajo y cooperación entre Padres-Hijo-Cirujano Dentista.

El objetivo principal del Odonto-Pediatra es llevar al niño paso a paso para que desarrolle una actitud positiva hacia el cuidado de su salud bucal.

Con este trabajo se pretende englobar de una forma sencilla todos los aspectos que se pueden tomar en cuenta para poder formar este gran equipo y lograr una actitud positiva en el niño.

CAPITULO I

PATRONES DE CONDUCTA A DIFERENTES EIDADES

1.- Naturaleza de las Actitudes.

Una actitud hacia algo tiene tres componentes principales: idea acerca del objeto, sentimientos hacia el y las tendencias conductuales hacia el.

Las ideas incluyen hechos, opiniones y el conocimiento general sobre el objeto.

Entre los sentimientos figuran el amor, odio, simpatía aversión y otros sentimientos afines.

Las tendencias conductuales comprenden las inclinaciones a obrar de determinada manera ante un objeto: acercarse a el, rehuirlo, etc.

Existe una fuerte tendencia a que estos tres aspectos - de la actitud sean compatibles entre sí. Por ejemplo, si alguien nos inspira sentimientos positivos, tendremos también ideas positivas hacia él y nos comportaremos en forma positiva.

2.- Actitudes y Conducta.

El comportamiento recibe el influjo de muchos factores además de las actitudes, por ejemplo, Ajzen y Fishbein afirman que el comportamiento guarda estrecha relación con las intenciones del sujeto, y estas a su vez no son más que una parte de sus actitudes; reflejan así mismo, su aceptación de las normas, entre ellas las presiones sociales para realizar una acción.

Los rasgos de la personalidad son igualmente importantes algunos individuos ajustan sus acciones a sus actitudes, - otros tienden a contradecir su actitud a fin de portarse debidamente en una situación determinada. De ahí que las actitudes ^{no} predigan el comportamiento con igual seguridad entre todas las personas.

Así pues puede predecirse el comportamiento apartir de las actitudes pero los Psicólogos han observado que muchas - otras variables afectan el nexo existente entre una y otra.

Las intenciones, las normas sociales y el deseo de pasar sobre las propias actitudes, no son más que algunos de estos factores.

Muchas actitudes centrales proceden de la experiencia personal en los primeros años de la vida, a los niños se les premia con un estímulo positivo cuando agradan a sus padres, se les castiga con la desaprobación cuando no los agradan. - Estas vivencias crean en el niño actitudes positivas y negativas de gran persistencia ante los objetos.

Las actitudes también se forman por imitación, los niños remedan los actos de sus padres y compañeros, con lo cual - también adquieren actitudes aun cuando no se trate de influir en sus ideas.

Pero los padres no constituyen la única fuente de actitudes, y con frecuencia ni siquiera son las fuentes más persistentes en la vida de sus hijos. Los maestros e incluso los personajes famosos pueden ser más importantes, así si un joven se une a un grupo estudiantil, posiblemente modele su comportamiento y actitudes ajustándolos a los otros miembros. Si una joven idolatra a una de sus maestras, tal vez adopte muchas de las actitudes de ella, respecto a cuestiones debatidas aun cuando van en contra de la opinión de sus padres.

También la televisión y la prensa ejercen un gran impacto sobre la formación de actitudes en la sociedad moderna, la televisión nos bombardea con mensajes y no solo mediante comerciales sino en formas más sutiles: la violencia como parte de la vida normal..., las mujeres estan subordinadas al hombre..., sin posesiones de la vida, es vacia y así nos imponen otros estereotipos. De manera análoga, se ha demostrado que sin experiencia personal, los niños forman sus actitudes sociales apartir de lo que ven en la televisión.

3.- Comportamiento.

El comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio.

La herencia no se puede alterar. El comportamiento consecuencia del medio sí puede ser alterado, Lo que debe hacerse en los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades -- emocionales y físicas.

El desarrollo del niño implica un despliegue secuencial que puede comprender cambios de tamaño, forma, función, estructuras o habilidades. El desarrollo de los niños abarca el estudio de todas las áreas del desarrollo humano desde la -- concepción hasta la madurez.

4.- Como Infiuye en la conducta el Comportamiento Extremo de los Padres.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos, estos niños son agresivos y carecen de presunción y empuje social, son humildes con sentimientos de inferioridad, atemorizados con ansiedades profundas.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que les dan demasiados lujos a sus hijos, crean niños que tienen dificultades para adaptarse al medio que los rodea, a estos niños . si no se les da lo que piden tienen ataques de ira o mal genio, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos, son niños muy difícil de tratar en el consultorio, por que suelen resistirse y hacer alarde de ira exagerada. Con estos niños hay que hacer uso de una disciplina firme para poder atenderlos.

Todo niño necesita amor y afecto, sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades ya sean presentes o que pertenecen al pasado, crean en los padres un impulso protector excesivo que interfiere en la educación normal del niño. Generalmente, el niño que es tratado con protección excesiva, no puede tener iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

El rechazo de los padres crea en sus hijos sentimientos de inferioridad y sobre todo se sienten olvidados, no están seguros de sí mismos, y de su lugar en la sociedad. Los niños rechazados por sus padres no sufren únicamente la falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y en ocasiones con brutalidad. Estos niños desarrollan carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los llevan a ansiedades profundas, ya que el niño tiene seguridad en su casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo.

En el consultorio este niño es muy difícil de atender pero si se le hace sentir afecto y que se le presta más atención cuando se porta bien que cuando se porta mal, se transformará en un buen paciente.

Los padres que son muy dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su ayuda por no estar de acuerdo a su edad cronológica.

No aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros niños mayores o más avanzados, son extremadamente estrictos, críticos, las críticas constantes desarrollan en el niño resentimientos y evasión, sumisión e inquietud.

Sin embargo, cuando se les trata amablemente y brindándoles confianza llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

Ocasionalmente los padres tratan de revivir sus propias vidas en los niños, al hacerlo quieren dar al niño todas las ventajas que a ellos les fueron negadas, el niño que es muy observador siente la desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan frecuentemente en timidez, inseguridad y retraimiento.

El consultorio es una experiencia nueva para el niño, - por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que sus padres le pueden brindar.

5.- Patrones de Conducta en Diferentes Edades.

Al año de edad el niño comienza a tomar signos de independencia, aprende a caminar, toma todos los objetos que ve y tiene a su alcance, aumenta su capacidad motora y tiende a funcionar bien en todas áreas de la conducta. Las citas odontológicas deberán ser lo más breves posibles ya que la comunicación con ellos es muy difícil, sino es que imposible.

Al año y medio de edad el niño generalmente puede entender más palabras que las que puede decir, no le gusta esperar tiene genio vivo, "NO" es la palabra favorita y muy rara vez obedece una orden verbal. Las órdenes y técnicas que señale la Odonto-Pediatría deberán ser lo más cortas y simples posible.

A los dos años el niño principia en la formación de frases, aumenta su desarrollo motor y de lenguaje, juega solo, tiene mayor estabilidad emocional, puede esperar períodos -- cortos, esta muy apegado a sus padres, ocasionalmente le gusta complacer a otras personas, edad razonablemente fácil respecto a todos los aspectos del comportamiento, se interesa en su capacidad de auto-ayuda.

En esta edad la comunicación en el consultorio debe ser a través del tacto y modulación de la voz más que por las indicaciones verbales.

Cuando el niño encuentra en la edad de dos años y medio le gusta mirar y tocar, cambios significativos a la etapa estable de los dos años, se vuelve rígido e inflexible, -- quiere todo tal como lo espera, es dominante y exigente, expresa emociones violentas, es muy difícil la comunicación con él. El Cirujano Dentista tiene que facilitar cualquier rutina y evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas y establecer la comunicación a través de sus sentidos.

El niño a los tres años comienza a comunicar y razonar, le gusta tanto dar como quitar, le encantan las nuevas palabras, le gusta hacer amigos, es susceptible a los elogios, es capaz de comprender y realizar órdenes verbales, sigue muy apegado a sus padres, tiene una imaginación muy activa, gusta de los cuentos, busca agradar.

El trato con los niños en esta edad será con órdenes sencillas, aplicación de técnicas fluidas y alabar toda conducta positiva.

A los tres años y medio puede aparecer la no coordinación en todos los aspectos: el tartamudeo, el caerse y en salidas de tipo tensional como pestañeo, morderse las uñas, hurtarse la nariz, aumento de la succión del dedo pulgar, sigue sensible a las alabanzas. Debe ser tratado con mucha comprensión, paciencia y afecto.

A los cuatro años pierde el control en todos los aspectos de la conducta. Pega, pateo y rompe las cosas en accesos de ira, es capaz de tener un lenguaje ofensivo y chocante, puede responder al llamarlo por su nombre, es un gran conversador, tiene gran imaginación, participa en pequeños grupos sociales. En el trato de niños de cuatro años hay que tener mucha firmeza.

A los cuatro años y medio empieza a nivelar su conducta, interesado en detalles, le gusta que se le muestren todas las cosas, disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos, se puede razonar con ellos. En esta edad continúa siendo necesario el trato con firmeza pero se puede utilizar más el razonamiento.

A los cinco años entra en un período de consolidación de la conducta, se encuentra en una edad en la que es confiado, y estable, no es demasiado exigente la madre es el centro de su mundo, y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y darle gusto, responde a los elogios. Durante esta edad hay que tratarlos con firmeza, alabanza y elogios.

A los seis años el niño está cambiando, tiene épocas de rabietas violentas, tensión, cobarde y agresivo, tienen temores exagerados de lesiones en el cuerpo, no se puede adaptar a los demás, no puede aceptar las críticas, el regaño o el castigo, necesita de elogios. A estos niños se les debe manejar con muchas alabanzas, explicaciones detalladas y sobre todo con mucha comprensión y paciencia.

A los siete años de edad se torna caprichoso, exige mucho de sí mismo, cree que la gente está en contra suya, que no se le quiere, que los padres son injustos, desea aprobación, trata de cooperar, necesita comprensión sin excesiva indulgencia.

A los ocho años es la edad de la exploración intelectual, expansivo y rápido, gusta de dramatizar las cosas, resentido de la autoridad paterna, es más generoso con los demás pero también espera más a cambio. Al manejar a estos niños tenga en cuenta su nivel intelectual pero mantenga la firmeza.

A los nueve años es muy independiente y confiado en sí mismo, más interesado en los amigos que en la familia, se toma las cosas por el lado sentimental y puede derrumbarse por cosas que antes no le habían preocupado, puede ser rebelde contra la autoridad, tolerante en general. No se debe demos-

trar demasiada autoridad, responsabilizar al niño de su conducta y no criticarlo demasiado.

A los diez años el niño es amistoso, optimista e íntegro, flexible, obedece fácilmente, sincero, generalmente satisfecho con los padres y el mundo que lo rodea. Edad de equilibrio predecible y cómodo. Con estos niños se debe ser comprensible y permitirles que sean responsables de su conducta.

A los once años el niño tiene una gran preocupación por sus ideales y la moral, creencia en la justicia, colaborador en equipo, se interesa por su higiene personal. Trate a los niños de esta edad con justicia y se debe ser lo más interesante posible.

De los doce a los diez y ocho años hay una búsqueda de identidad de individualidad, rechaza la autoridad, extrema el temor y el odio, temor de ser etiquetado diferente, está muy orientado hacia el grupo de compañeros, aumenta el interés en su apariencia personal. Se les debe tratar como a los adultos y felicitarlos por su aspecto personal.

CAPITULO II

PATRONES DE CONDUCTA EN LA RELACION PADRE-HIJO-CIRUJANO DENTISTA

La importancia para la práctica Odontológica con niños, radica en la capacidad de guiarlos a través de sus experiencias odontológicas, esta capacidad es un pre-requisito para poder atender sus necesidades dentales inmediatas. Los beneficios pueden ser mayores y duraderos si se le inculca al niño desde pequeño buenos hábitos dentales y se le enseña la importancia que tiene para la salud dental el asistir periódicamente al Odontólogo, y de esta manera poder cumplir nuestra función, la cual es preventiva para no llegar a los estados de la Odontología Restauradora y la Odontología de Rehabilitación.

Pero para poder inculcar estos hábitos a los niños es necesario formar un equipo "Padre-Hijo-Cirujano Dentista", el cual es de vital importancia mantenerlo trabajando en conjunto.

El tratamiento dental del adulto involucra una relación de uno a uno, es decir, una relación Odontólogo-Paciente, el tratamiento de los niños generalmente involucra una relación de uno a dos: Cirujano Dentista- Niño - Familia, esta relación es lo que se denomina "Triángulo Odonto-Pediátrico". En

donde el niño se encuentra en el vértice superior de este -- triángulo y por lo tanto es el centro de atención de la familia así como del equipo odontológico.

Aunque las actitudes de la madre modifican la conducta - del niño en el consultorio al igual que las actitudes del resto de la familia siempre se modifican constantemente, por lo que debe considerarse siempre el ambiente familiar para poder preveer cambios de personalidad que esto provoca en el niño, por lo cual es conveniente establecer una relación muy estrecha, dinámica y cambiante entre los diferentes vértices del - triángulo, esto quiere decir, que se debe establecer una relación recíproca.

1.- Ambiente e Importancia del Consultorio.

Los niños están muy acostumbrados al medio ambiente que les rodea, es decir conocen su casa, su habitación, etc., y - saben que es un lugar agradable y sobre todo que es un lugar seguro, por lo tanto cuando ellos van a otra casa ya sea de - algún familiar o amigo muy cercano la ven muy semejante a la suya, sobre todo cuando son muy pequeños. Por lo que al llegar a un lugar en donde nada les es familiar es muy lógico que - les infunda desconfianza y miedo, por lo tanto el primer objetivo del Cirujano dentista es infundirle confianza para borrar sus temores, hay que hacerles notar desde que entran a la sala de espera que es un lugar agradable y frecuentado por niños, se debe tener mesas y sillas para niños, donde puedan sentarse, leer, dibujar, pintar, algunos juguetes sencillos, música con temas infantiles para relajar a los niños que están inquietos y temerosos.

En lo que respecta al consultorio, lo podemos hacer más atractivo para el niño con dibujos en las paredes de niños -- que esten jugando, riendose, etc., la iluminación y el color de las paredes del consultorio deben ser alegres para que levanten el ánimo del niño, evitar que vea sangre o a otro paciente con dolor, personas con ojos enrojecidos, por que estos aspectos alteran al niño y crean temor.

2.- Recomendaciones a los Padres.

Es fundamental que el odontólogo establezca una comunicación con los padres, antes de que reciba al niño por primera vez en el consultorio dental, para que de esta manera conozca o tenga antecedentes del carácter del niño, para saber que actitud tiene hacia la Odontología, y si es necesario modificar la conducta previa del niño, para lo cual se les indica a los padres la actitud que tomará el personal del consultorio, el cual a su vez esta debidamente capacitado para la atención de los niños, se les informa lo que se va a realizar en esta primera cita, por ejemplo que exploraremos juntos el consultorio para establecer la inter-relación con el niño y si su actitud nos lo permite examinaremos las encías, los -- dientes, tomaremos radiografías, modelos en fin lo que sea necesario y nos permita el niño en su primera cita.

También se les indica a los padres la actitud que ellos deben asumir para lograr una buena relación, deben estar naturales y serenos al informarles a los niños que han concertado una cita con el Odontólogo, recordarles que la buena salud general depende en parte del desarrollo de buenos hábitos como el comer razonablemente, dormir bien y el ejercicio.

La salud dental también depende de buenos hábitos como el cepillado correcto de los dientes, las visitas periódicas al Odontólogo y una buena dieta.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del Dentista y la debe asumir con seguridad, pero también es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la Odontología y el Dentista puede ayudarlos asegurándose que los padres estén totalmente informados y educados sobre los fundamentos más elementales de la Psicología Infantil y la importancia del tratamiento dental en los niños.

Los padres deben saber y entender que una vez en el consultorio dental el Odontólogo sabe muy bien como debe manejar las emociones del niño, para lograr un mejor resultado en el tratamiento dental. Cuando el niño entra al consultorio el padre no debe intentar acompañarlo, a menos que el Dentista se lo indique, el niño debe ver que sus padres lo esperan afuera cuando los niños son muy pequeños la presencia de sus padres les transmite seguridad y confianza, en este caso si se puede permitir que los acompañen, pero no deberán hablarles, tomarlos de la mano, etc., deben permanecer ajenos a la unidad y asumir una actitud pasiva e indiferente, no deberán hacer comentarios o expresar sus experiencias personales frente al niño, ya que la causa primaria del miedo en los niños es el escuchar a sus padres quejarse de sus experiencias desagradables con sus tratamientos dentales, para que los padres tengan confianza y pierdan el temor que ellos sienten, se les informa acerca de las nuevas técnicas que existen para evitar el dolor y hacer más agradable el tratamiento para que ellos a su vez

se lo transmitan a sus niños. Los padres nunca deben usar al Dentista como una amenaza de castigo por que el niño lo va a relacionar con dolor o como algo desagradable. Se debe indicar a los padres que no sobornen al niño para que asista al Dentista, esto lo hace sentir que se va a enfrentar a algo doloroso, no se debe tratar de vencer el miedo del niño con bur-las ridiculizándolos a ellos o al tratamiento dental, lo único que logran es crear resentimientos hacia el Dentista.

Es necesario pedir a los padres que familiaricen al niño con el Dentista, llevandolo a menudo al consultorio, el peor momento para traer a un niño es cuando padece dolor en los dientes. Es importante aconsejar a los padres sobre el ambiente en la casa y la importancia de actitudes moderadas como parte importante para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un niño con el que se puede establecer una buena relación.

El padre no debe prometer al niño lo que va hacer o no el Odontólogo, para no delimitar por un lado su trabajo y por otro las mentiras solo conducen a la decepción y desconfianza del niño.

3.- Patrones de Conducta del Cirujano Dentista.

El Cirujano Dentista debe mantenerse actualizado en cuanto a los nuevos métodos de Diagnóstico, nuevas informaciones sobre respuestas biológicas de los tejidos y mejoras en las técnicas mecánicas de tratamiento, también deben orientar a los padres para la correcta apreciación de la salud oral y -- que se les motive para que participen en la higiene oral de sus hijos.

El Odontólogo tiene la obligación de realizar su trabajo con eficiencia y no debe intentar decir solo lo que sus pacientes, los padres de estos o terceras personas quieran oír o que puedan aceptar respecto al tratamiento. Si los padres rechazan una parte o la totalidad de las recomendaciones, el Odontólogo al menos habrá cumplido con su obligación de educar al niño y sus padres acerca de la importancia de los procedimientos recomendados.

Los niños son muy sensibles e identificará rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia los pacientes infantiles, lo que harámás difícil que logremos su cooperación.

En la primera cita el Odontólogo debe recibir al niño en la sala de espera, se debe llamar al niño siempre por su nombre nunca con diminutivos o cariños poco familiares, al realizar la historia clínica no se debe dejar de dirigir por períodos muy largos la conversación hacia el niño, para evitar con esto que esté mucho tiempo callado y pensando o tratando de adivinar lo que le va a pasar en ese lugar extraño.

El trato con el niño deberá ser lo más natural o normal y natural posible. No debemos mostrar nunca entusiasmo excesivo, no saludarlo de mano si él no quiere, se debe moderar la voz para que no sea tosca y agresiva, sino dulce y amable pero de manera natural.

Cuando los niños son muy pequeños no quieren acompañar al Dentista al consultorio y se aferran a los brazos de la mamá, en este caso el odontólogo debe abrazarlo para que el niño sienta que el Odontólogo es capaz de protegerlo y lo suficientemente fuerte para llevarlo al consultorio pero que no es capaz de hacerle daño.

La confianza que el Odontólogo se tiene así mismo, se la tiene que transmitir al paciente, si el dentista no tiene confianza esto se refleja en la conducta del niño, el manejo correcto se basa en los conocimientos, sentido común y experiencia.

Los niños deben permanecer en el sillón dental no más de media hora, una vez que el niño pierde su compostura por muy tranquilo y deseoso de cooperar difícilmente podrá volver -- hacerlo.

Nunca se les dá la cita a la hora que acostumbran dormir la siesta, por que se tornan irritables y difíciles de manejar lloran con facilidad y tienen reducida su capacidad de resistir molestias, niega totalmente su cooperación.

Los niños no deberán ir al dentista después de un trans^o turno emocional serio, como es el nacimiento de su hermanito, o la muerte de algún pariente cercano.

El Dentista no debe hablar demasiado por que confundiría al niño, no debe usar palabras demasiado difíciles, utilizar por lo tanto palabras sencillas y cotidianas que usan los niños.

No se les debe tratar como si fueran más pequeños de lo que en realidad son, les gusta que los traten como mayores, - no subestime su inteligencia y aleje de su mente el procedimiento dental. No haga preguntas en las que el niño tenga que contestar, a menudo utiliza este pretexto de la respuesta para retrazar el tratamiento.

Conocer al paciente significa ya media victoria, saber como actúa guiará su manejo, es v^álioso poder predecir su comportamiento, se debe tratar al niño como si fuera el único paciente del día.

El Odontólogo deberá realizar su trabajo con destreza, -rápidez y un mínimo de dolor, el asistente dental es muy in--dispensable cuando se trata de trabajar con niños.

El odontólogo debe evitar usar palabras que inspiren miedo al niño, como la palabra inyección se puede sustituir por "un piquetito de mosco", en lugar de material de impresión - "plastilina", que la fresa es "una escoba que va a sacar los - bichos o gusanos que se estan comiendo su diente", en lugar - de decir que se va a tomar una radiografía se le dice que se "va a tomar una fotografía" eyector como "aspiradora", explorador como "contador de dientes", pasta profiláctica como "--pasta de dientes", dique como "impermeable", banda matriz como "anillo par ael diente", etc.

Cuando el niño sea un buen paciente digáselo esto impondrá una meta en su comportamiento futuro, y pondrá tódo lo que esta de su parte.

4.- Métodos Físicos para el Manejo del Niño.

Cuando todos los recursos Psicológicos para guiar al niño han fallado, solo nos queda el recurso de los métodos fisicos del manejo.

4.1 Técnica de la Mano Sobre la boca.

Quando el niño grita desaforadamente es difícil establecer la comunicación, en primer lugar por que el niño no puede escuchar las instrucciones que le da el Dentista y por lo tanto es necesario ejecutar esta técnica de la siguiente manera:

- 1.- El Cirujano Dentista coloca firmemente la mano sobre la boca del niño para taponarle la nariz.
- 2.- El asistente coge los pies y manos del niño para impedir que dé de patadas, se retuerza o lesione a alguien.
- 3.- El Odontólogo hablará al niño en voz baja y tranquila dándole las instrucciones adecuadas de lo que se espera de él "Quitaré la mano cuando pares de gritar de manera que puedas oír lo que te estoy diciendo, mueve la cabeza cuando estes dispuesto a oírme".
- 4.- Cuando el niño acepte oír al Cirujano dentista quita la mano, explica al niño lo que va a hacer e inmediatamente le prodiga elogios por su conducta.
- 5.- Si el niño empieza a gritar nuevamente cuando el odontólogo ha quitado la mano, debe volver a colocarla inmediatamente y repetir su petición. El niño normal esta vez hará lo posible por conservar el nivel que él mismo se impuso.

No hay que alabar al niño sino a su comportamiento, digale por ejemplo: que bien te portaste hoy, los regalos son buena recompensa, sobre todo si el objeto tiene significado odontológico, como un juego de cepillos dentales, en este caso el regalo tiene un doble sentido, por un lado el motivar al niño que tenga una respuesta positiva hacia el Odontólogo y por -

el otro lado se le crea un hábito de cepillarse los dientes.

Es conveniente distinguir entre el soborno y la recompensa, la línea divisoria es muy tenue. Una recompensa después de la visita al Dentista puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez, sin embargo, en general se promete o se da el soborno para inducir a un buen comportamiento. Recompensa es reconocer que hubo un buen comportamiento después de que se terminó el tratamiento, sin que lo anterior se hubiera prometido.

Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos, pídalelo de manera agradable, pero decidida. No dude de sonreír y gozar con su paciente, sin embargo, sea firme si la situación lo requiere, generalmente aceptará escuchar.

Este método no se recomienda en niños menores de dos años o en niños impedidos incapaces de entender o llevar a cabo las indicaciones.

4.2 Sábana, cinturones y Otros Medios de Contención.

Al igual que la técnica de la mano sobre la boca, el control de la conducta por medio de elementos coercitivos se usa solo después de haber agotado todos los medios de convencimiento. Estos no se deben utilizar como un castigo o amenaza sino en forma positiva de protección. El niño que esta impedido de alguna forma se sentirá más seguro con estas medidas. Se debe tener en cuenta siempre la edad del niño.

4.3 Premedicación.

Este es un método farmacológico para evitar la ansiedad del niño. Es primordial disponer de oxígeno de presión positiva, para recobrar el conocimiento, junto con antidotos para los casos de sobredosis o de reacciones adversas de los medicamentos.

Los niños tienen un mecanismo basal más alto que el de los adultos y debido a su actividad y sistemas inestables con frecuencia necesitarán dosis más altas basadas en la superficie del cuerpo. Es importante observar al niño para determinar su conducta general y ver su disposición para cooperar para que la elección del fármaco sea la más adecuada, es decir, que no se dará la misma dosis a un niño que es colaborador pero que su mismo miedo a lo desconocido lo hace sentirse tenso, que a un niño miedoso o que está excesivamente alterado en sus emociones.

4.3.1 Causas para la Premedicación.

- 1.- cuando existe la necesidad de un tratamiento extenso.
- 2.- Ayuda al niño a enfrentarse con la situación.
- 3.- Facilita el tratamiento dental.
- 4.- Refrena la actitud del niño.

4.3.2 Fármacos y Dosis.

En niños de 2 a 6 años:

Fórmula:

Propanato de Hidroxicina (Vistaril)

25mg. / cucharaditas.

Dosis: una a dos cucharaditas 45mn antes de la cita o en la noche anterior de la cita.

Fórmula:

Promectacina (Fenergán Forteen Jarabe) 25 mg.

Dosis: una cucharadita antes de dormir la noche anterior a la cita o 45 minutos antes de la cita.

Fórmula:

Hidroxicina (Atrax)

Dosis: 1 a 2 pastillas (50mg) 45 minutos antes de la cita.

Diacepán (Valium)

Dosis 1 pastilla de 5mg 45 minutos antes de la cita.

Fórmula:

Prometacina

Dosis: dos cucharaditas 45 minutos antes de la cita.

En niños que son miedosos, hiper-emotivos y aparentemente podemos combinar los medicamentos con un narcótico como la meperidina (25 mg. una cucharadita 45 minutos antes de la cita.

En los niños hiper-emotivos sino funciona la premedicación el siguiente recurso es la Anestesia General.

4.3.3 Sedación con Oxido Nitroso.

Esta es otra alternativa para la eliminación total del dolor durante el tratamiento dental, ya que se obtiene una analgesia parcial, en la que el paciente esta totalmente conciente, experimentando adormecimiento y es un paciente fácilmente influenciable.

Para tratamientos excesivamente dolorosos como lo son las extracciones, cirugías mayores, tratamientos pulpares, tratamiento de dientes permanentes juvenes, etc., se hace necesario un reforzamiento con anestesia local.

4.3.3.1 Indicaciones.

Esta técnica esta indicada en niños que presenten problemas graves de conducta, ansiedad excesiva, minusválidos válidos siempre y cuando tengan la capacidad de cooperar con nosotros.

4.3.3.2 Contra-Indicaciones.

Esta técnica esta contra-indicada en pacientes con alteraciones o transtornos pulmonares, obstrucción de las vías respiratorias, arritmias, cardiopatías congénitas, pacientes con tratamientos de farcos beta bloqueadores, hipertensivos, en estos casos se hace necesario el trabajo conjunto con el médico especialista y el anesthesiólogo.

4.3.4 Método Terapéutico.

Se le indica al paciente no ingerir alimentos sólidos por lo menos 4 horas antes del tratamiento. Se le enseña al niño todo el instrumental y se le hace una demostración con la mascarilla, indicándole respirar profundamente en este momento - le hacemos inhalar el oxígeno al 100%, ya que el niño conozca la mascarilla se empieza con una mezcla de Oxido Nitroso al - 20% y un 80% de Oxígeno, para que el niño no se asuste y vaya acostumbrándose al gas. Después se va aumentando el porcentaje de Oxido Nitroso hasta obtener los niveles necesarios para la analgesia y poder realizar el tratamiento, esto es valorado por el Cirujano Dentista de acuerdo al comportamiento del niño y su aparariencia física. cuando se ha terminado el tratamiento se le hace al niño inhalar Oxígeno al 100% y se pone en reposo de 10 a 15 minutos para que pueda marcharse a casa.

4.3.5 Anestesia General.

Indicaciones:

Esta indicada sobre todo en los pacientes que presentan alguna inválidez, la cual no les permite cooperar con el Cirujano Dentista, o bien en niños que no toleran por ningún motivo el anestésico local y para protegerlos de posibles daños producidos por sus mismos movimientos indeseables es que recurrimos a la anestesia general.

Otra indicación es cuando existen problemas terapéuticos complejos en pacientes con transtrornos Psiquiátricos importantes, en tratamientos quirúrgicos complicados, en necesidades terapéuticas acumuladas en minusválidos.

CAPITULO III

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA SALUD BUCAL

La prevención se entiende como la manera para evitar alguna enfermedad, en la prevención se conjungan factores como, una buena alimentación, una vivienda digna, un trabajo digno, recreaciones, el medio ambiente que debe ser agradable, vacunas, etc.

El ser humano es el único de los seres vivos que se - - vincula con otros de su misma especie, formando grupos y tiene forma de pensar, considerándose así como unidad Bio-Psico-Social. Cuando estos factores se encuentran en armonía, se le llama salud, pero cuando se presenta la ruptura de alguna de las partes de esta unidad se le llama enfermedad.

Leaveli y Clark establecen que el límite entre la salud y la enfermedad, no es muy preciso. Para lo cual establecieron un modelo que indica lo siguiente:

La primera etapa de la enfermedad, es la desarmonía fisiológica, que se denomina estado patógeno o estado preclínico, donde no hay signos ni síntomas de la enfermedad.

La segunda fase o estado es el patógeno, donde se presentan los primeros signos.

La tercera etapa es la final, la cual se relaciona con la muerte.

La prevención es por lo tanto algo opuesto a la enfermedad en todos y cada uno de sus estados.

Así mismo, como la enfermedad se divide en estados, la prevención la dividimos en niveles.

Prevención Primaria.

Esta se lleva a cabo durante el estado pre-clínico.

Primer Nivel.

Promoción de la salud.

Segundo Nivel:

Protección específica, para prevenir la aparición o recurrencia de la enfermedad específica (vacunas, aplicación de fluor).

Prevención Secundaria:

Tercer Nivel;

Diagnóstico y tratamiento

Prevención Terciaria.

Cuarto Nivel:

Limitación del daño.

Quinto Nivel:
Rehabilitación.

La Odontología preventiva es la suma de esfuerzos para promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a -- través de la promoción, el mantenimiento y/o la restauración de la salud bucal.

Así mismo, para cubrir estos requisitos se han escrito algunos libros y artículos sobre ella. Hablaremos de algunos de los aspectos más prácticos de la prevención como son:

- Técnica de cepillado
- Controles de placa
- Aplicación de selladores de fosetas y fisuras
- Aplicación tópica de Flúor

Para un buen resultado, en la prevención se debe tomar en cuenta el interés del individuo, pero también dando importancia al aspecto económico, ya que aún cuando existe interés, por otra parte del paciente el aspecto económico es un obstáculo de resultados satisfactorios, otro factor determinante es la falta de educación preventiva.

Por lo general se acude al médico cuando tenemos un dolor o molestia, esto es una falta de educación de la salud, que no solo depende del individuo, sino del Cirujano Dentista en este caso. ¿Qué sucede cuando nos sentimos bien? simplemente no asistimos al dentista, argumentando ¿Para qué? sino me duele nada, si tomamos esta actitud con nosotros mismos que se les espera a los niños cuando la actitud es así de todos modos

esos dientecitos se le van a caer, no tiene caso atenderse los! Es aquí cuando el profesionista y las autoridades de salud de be llevar a cabo, programas preventivos y de educación dental a nivel comunal e inclusive individualmente.

Es difícil que en una comunidad donde pasaron decadas sin información básica de la prevención de la noche a la mañana tomen conciencia, sin embargo, se ha notado el aumento de interés en ella.

El Odontólogo debe impulsar estas medidas no sólo en sus pacientes, sino también en su comunidad.

El objetivo es buscar la manera más sencilla, clara y agradable para llegar a esos pacientes que por mucho tiempo es tuvieron en el descuido.

Haremos una revisión de los distintos métodos y técnicas utilizadas en la Odontología Preventiva, esto no quiere decir que veremos todas y cada una de ellas detalladamente, sino - que se van a mencionar los aspectos y puntos relevantes, para su mejor comprensión.

Los objetivos de la Odontología Preventiva son:

- Considerar al sujeto como una unidad
- Si esta bien la boca mantenerla así.
- Si hay enfermedad activa restaurar lo más rápido posible.
- Preveer al paciente de motivación y educación para man tener la salud.

Existe suficiente información que relaciona la enfermedad bucal y el estado de limpieza de la cavidad oral.

La buena higiene nos ayuda a prevenir las caries y la enfermedad paradontal. La mejor manera es individualizar las técnicas preventivas, como la técnica de cepillado, selladores de fosetas y fisuras, aplicación tópica de flúor, sin olvidar las técnicas generales como la fluoración del agua de consumo.

1.- Técnica de Cepillado.

El cepillado busca mantener una buena limpieza, por medio de la dispersión mecánica y la eliminación de micro-organismos adheridos y sus productos, además del cepillado dental contamos con el hilo dental y otros aditamentos.

El cepillado dental se debe iniciar cuando aparece el primer diente, y no sería un cepillado propiamente dicho, esta limpieza la realizan los padres por medio de una gasita humedecida en agua y pasándola por el diente para eliminar los restos de alimento. desde mi punto de vista esta limpieza debe realizarse aún antes de que erupcionen los dientes, es decir, que el parodonto debe limpiarse desde los primeros meses de vida para evitar otro tipo de enfermedades que se presentan en mucosa y lengua como el algodoncillo por ejemplo.

1.1- Técnica Rotacional.

- Colocación del Cepillo.

Se colocan las cerdas contra la superficie de los dientes, lo más arriba para los superiores y lo más baja - para los inferiores.

- Sus costados se apoyan en la encía.

- Se aplica la suficiente presión para provocar izquemia

- Se hace rotar el cepillo hacia abajo para la arcada superior y para arriba en la inferior.

- De tal manera que las cerdas cepillen tanto encía como dientes.

- La acción se repite de 8 a 12 veces en cada zona de la boca, esto debe ser en forma metódica, tanto en caras vestibulares como en linguales.

- La superficie oclusal se limpia con movimientos de atrás hacia adelante, se colocan las cerdas en posición vertical, se apoya y jala hacia adelante, se separa el cepillo se vuelve a colocar en forma horizontal repitiendo esta operación de 8 a 12 veces en todas las zonas posteriores.

- Por último se realiza el barrido de la lengua.

1.2- Técnica de Bass.

Esta técnica también es llamada cepillado intracervical. Se usa en pacientes con gingivitis, bolsas paradontales o surcos gingivales profundos.

- Se coloca el cepillo en ángulo de 45° con respecto a la superficie del diente, se fuerza en zonas próximas y al surco gingival.
- En caras vestibulares de los dientes anteriores y caras linguales de premolares y molares, el mango se mantiene horizontal y paralelo al arco dental.
- Para las caras linguales de superiores - inferiores se sostiene verticalmente el cepillo.
- Se incertan las cerdas de un extremo de la cabeza del cepillo en el espacio crevicular, los movimientos vibratorios son antero-posterior.
- Las caras oclusales son como en la técnica de rotación

1.3- Técnica Combinada.

Esta técnica se usa en pacientes con excesivo acumulo de placa dento-bacteriana e inflamación gígilal. es recomendable iniciar con la técnica de bass para terminar con la técnica - rotacional.

En cuanto al cepillado dental se han mencionado un gran número de técnicas, los requisitos de estas técnicas se resume en los siguientes puntos:

- A) La técnica utilizada debe limpiar todas las superficies dentales, en especial las zonas cercanas a la encía y las superficies en donde se unen los dientes.
- B) Los movimientos del cepillo no deben lesionar a los dientes o encía, evitando métodos que desgasten los cuellos de los dientes.
- C) Que la técnica sea lo más sencilla posible.
- D) La técnica debe ser metódica.

En relación al cepillos hay una gran cantidad en el mercado en forma, tamaños, materiales, texturas, longitudes, etc., como se ha mencionado también los cepillos en ocasiones se debe adaptar al individuo y los requisitos son:

- A) El tamaño debe ser adecuado, para un buen manejo dentro de la boca. La longitud promedio en el adulto es de 2.5 cm. y en niños de 1.5 cm.
- B) La longitud de la cerda debe ser la misma.
- C) Textura intermedia, ni muy dura ni demasiado suave.

- D) Debe ser fácil de limpiar. Cuando son demasiado estrechos pueden quedar atrapados restos de alimento o pasta dental en ellos.
- E) El mango debe ser de tamaño lo suficientemente ancho y grueso para tomarlo mejor y tener un mejor control de este.

No siempre es suficiente con el cepillado, se recomienda utilizar el hilo dental, cera y otros aditamentos.

2.- Selladores de Fosetas y Fisuras.

El efecto reductor de la caries en los selladores se basa en la firmeza de la unión con el esmalte.

Sabemos que las fosas y fisuras son más susceptibles a la caries que cualquier otra zona de los dientes, ya que en sitios como estos se almacenan con mucha facilidad los alimentos y micro-organismos.

En estos casos el método alternativo para la prevención de la caries en la superficie oclusal son los selladores de fosetas y fisuras.

2.1 Indicaciones.

En pacientes que han mostrado una gran susceptibilidad a la caries en la dentición primaria y que posteriormente afectará a la dentición secundaria.

En niños que muestran un comportamiento temprano a la caries dental en la cara oclusal en dientes temporales y permanentes recién erupcionados.

En niños de 3 a 21 años de edad, principalmente de 3 a 14 años de edad.

En niños que vivan en zonas donde no hay agua fluorada.

2.2 Técnica de Aplicación.

Haga una profilaxis completa con una pasta profiláctica exenta de flúor o aceite. Pida al paciente que se enjuague bien.

Aisle bien de preferencia con dique de goma.

Saque cada diente con aire comprimido por lo menos unos 30 segundos.

Humedezca la superficie oclusal con una solución ácida (fosfórico o cítrico). El ácido se mantiene en contacto con la superficie del diente durante 60 segundos.

Los dientes son lavados perfectamente con un chorro de agua y secados con aire por lo menos 15 segundos. La superficie oclusal grabada debe tener un aspecto opaco y si no es -

no es así se repite la operación.

Se coloca el sellante en la superficie oclusal con un pincel, evitando que se formen burbujas de aire que debilitarían la fuerza adhesiva del material.

Los selladores de fosetas y fisuras endurecen por acción química de 1 a 2 minutos o con polimerización por medio de la luz ultravioleta de 30 a 60 segundos.

Después de endurecido el sellante, refriegue la superficie oclusal con un rollo de algodón y verifique con un explorador si la cobertura fue completa.

Estos selladores deben ser supervisados por lo menos cada seis meses por el profesional odontológico, para reparar defectos o deficiencias, el explorador y la inspección visual son indispensables para realizar esta inspección.

3.- Uso de Fluoruros.

El uso de estos fluoruros da por resultado su incorporación a la dentina y el esmalte de los dientes no erupcionados esto hace a los dientes más resistentes al ataque producido por los ácidos después de su erupción en la cavidad bucal.

Los fluoruros ingeridos son segregados en la saliva, aunque en la saliva estén en bajas concentraciones, se acumulan en la placa, con lo cual decrece la producción microbiana de ácidos y mejora la remineralización del esmalte subyacente.

Los fluoruros de la saliba también son incorporados en el esmalte de los dientes recién erupcionados, mejorando con ello la clasificación de los dientes lo cual disminuye la - - susceptibilidad a la caries.

La presentación de estos fluoruros la podemos encontrar en soluciones y geles de uso profesional, dentíficos, soluciones para enjuagues bucales y tabletas.

3.1 Metabolismo del Fluoruro.

El fluoruro ingerido es absorbido en el tracto gastro-intestinal o en los pulmones y es excretado en la heces y secreciones corporales. La cantidad de fluoruro presente en la atmósfera por lo común es sumamente pequeña en proporción con la cantidad ingerida en los alimentos y en el agua de consumo.

La absorción gastro-intestinal del fluoruro se efectúa rápidamente, donde se absorbe aproximadamente un 40 % durante los primeros 30 minutos y un 60% dentro de las 4 horas siguientes a la ingestión. Generalmente un 10 a 15% del fluoruro ingerido permanece sin ser absorbido y es excretado por las heces.

3.2 Toxicología del Fluoruro.

La dosis letal en humanos es de 2.5 a 5 g. o aproximadamente de 5 a 10 g de Fluoruro de Sodio. En estos casos se produce la muerte de 2 a 4 horas. Los síntomas que presenta el paciente son: vómito, diarrea, dolores abdominales, convulsiones y espasmos.

3.3 Tratamiento.

Administración endovenosa de glucosa y glucagonato de calcio, lavado gástrico y las maniobras convencionales en el tratamiento de shock.

Cuanto mayor es la actividad metabólica de las células más susceptibles son a la exposición crónica de fluoruro.

Las células más sensibles del organismo tal vez sea el ameloblasto. La actividad de esta célula puede ser alterada con solo 1ppm de fluoruro en el agua de consumo. Y la fluorosis endémica con más de 2ppm. La incorporación de 8ppm puede provocar una osteoclerosis, en el 10% de sujetos expuestos a esta concentración en un lapso de 20 años.

3.4 Fluoración de las Aguas de Consumo.

La fluoración de las aguas de consumo es el método más efectivo para reducir el problema de la caries en la población en general. Ya que se ha comprobado que menos de la mitad de la población visita regularmente al Odontólogo, además también pocas son las personas que emplean los dentífricos con fluoruro.

Se sabe que la concentración óptima de fluoruros en el agua de consumo varía según la temperatura media anual de la zona. es un fenómeno fisiológico reconocido que la ingesta de líquidos aumenta de acuerdo con el aumento de la temperatura del ambiente. La ingesta de líquidos de las personas residentes en una zona con una temperatura anual media de 21° es - -

aproximadamente el doble de la de los que residen en donde la temperatura anual media es de 10°, por lo que el contenido de fluoruro de las aguas de consumo se debe ajustar a las temperaturas anuales medias, a las condiciones geográficas y las condiciones del subsuelo, ya que en las zonas en donde hay una gran actividad volcánica se despiden grandes cantidades - de fluoruro, o bien esté se incorpora a los océanos y a la química de aguas subterráneas.

3.5 Tabletas de Fluoruro.

La administración de estas tabletas puede ser un método alternativo a la fluoración de las aguas de consumo. La pauta de dosificación varía con la edad. La dosis recomendable debe ser ajustada al contenido de flúor de agua potable de la zona, por lo que se hace necesario analizar el agua previamente. Las tabletas no están recomendadas cuando el agua de consumo contiene 0.7ppm de fluoruro o más y el nivel óptimo de fluoruro para esa zona es de 1ppm.

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible después del nacimiento. En una edad temprana deben prescribirse complementos fluorados líquidos y administrarlos en jugos o en otras bebidas. El tratamiento debe darse hasta los 12 - años o 13 años de edad, ya que aquí debe haber terminado la clausificación y maduración de los segundos molares y el tratamiento debe ser regular y constante.

Cuando el agua de consumo es totalmente deficiente de flúor se recomienda una dosis diaria de 1mg para los niños mayores de tres años. Y la dosis para los niños de dos y tres

debe reducirse a la mitad. En los niños menores de dos años, no hay recomendaciones específicas, salvo el uso de agua fluorada preparada por disolución de una tableta que contenga 1mg de fluoruro en un litro de agua bidestilada y el empleo de esta agua para preparar el alimento del niño.

3.6 Aplicación Tópica de Flúor.

3.6.1 Fluoruro de Sodio (NaF)

El Fluoruro de Sodio contiene un 55% de Sodio y un 45% de Flúor, es una solución formada por cristales altamente solubles en agua e insoluble en alcohol, reacciona fácilmente con impureza del agua por lo que para la aplicación tópica se podría utilizar agua bidestilada. La concentración que se usa para las aplicaciones tópicas es al 2%, debe tenerse cuidado con el manejo de esta solución, ya que es venenosa y la ingestión de un cuarto de gramo de esta solución puede presentar efectos tóxicos. Esta solución tiene un PH básico y es estable si se guarda en recipientes de plástico.

3.6.2 Fluoruro de Estaño.

El Fluoruro de Estaño contiene un 75% de Estaño y un 25% de Flúor, se aplica a la superficie dentaria en una solución al 8% esta solución debe ser preparada con agua bidestilada con objeto de evitar la combinación de fluoruro de estaño con las sales del agua, que generalmente causa su precipitación. - Como esta solución es inestable debe prepararse inmediatamente antes de la aplicación, ya que a los 25 o 30 minutos la solu-

ción ya no es efectiva, puede prepararse en un recipiente de vidrio o plástico, y agitarlo con un instrumento de madera o vidrio ya que el contacto con cualquier metal altera la concentración de la solución. Las aplicaciones de fluoruro de estaño se recomienda hacer una aplicación al año, algunas veces el estaño puede causar pequeña pigmentación café en aquellas áreas del diente que están clasificadas y obturadas con resinas.

3.6.3 Fluoruro de Fosfato Acidulado (APF)

Este se puede obtener tanto en soluciones como en geles, los dos son estables y vienen listos para usarse, estas formas contienen un 1.23% de fluoruro obtenido generalmente usando 2% NaF y .34% de ácido flúor-hídrico. El fosfato viene generalmente en forma de ácido ortofosfórico y en una concentración del .98%. el PH es aproximadamente del 3.5%.

El APF es tixotrópicos, es decir que es una solución que se comporta como gel, pero en realidad no lo es. Al aplicar presión los geles tixotrópicos se comportan como soluciones por lo que penetran con mayor facilidad en las áreas interproximales.

3.7 Técnica para la Aplicación de Fluoruros.

Material: Material de profilaxis, rollos de algodón, aplicadores de algodón o cucharillas para la aplicación de flúor, porta rollos o material para aislar con dique, y la solución de fluoruro.

Técnica: Profilaxis.- La omisión de esta y la presencia resultante de depósitos exogenos sobre la superficie de los dientes disminuye la eficacia del tratamiento.

- Después de la profilaxis se pide al paciente que se enjuague perfectamente.
- Se aísla perfectamente con rollos y porta rollos.
- Se secan los dientes aislados, con aire comprimido.
- Con los aplicadores de algodón bien humedecidos se aplica en todas la caras de los dientes la solución de fluoruro.
- Se repite este procedimiento en forma continua y metódica humedeciendo continuamente el aplicador de algodón. Los dientes deben exponerse al fluoruro en un período de 4 - minutos para obtener los máximos beneficios, para el fluoruro de estaño es de 30 a 60 segundos.
- Se realiza el mismo proceso en los otros cuadrantes.

Indicaciones al paciente: No ingerir agua, no comer, no debe enjuagarse, todo esto en un período mínimo de 30 minutos.

3.8 Ventaja de Fluoruros en Dientíficos.

-No se necesita la presencia constante del Odontólogo para su utilización (la ingestión de tabletas si necesita ser administrada por prescripción médica odontológica).

-La economía, por su bajo costo esta al alcance de la mayor parte de las personas.

-Por su facilidad de manipulación, se pueden utilizar en cualquier momento.

3.9 Desventajas de Fluoruros en Dientíficos.

-Si no se sigue la técnica adecuada el aporte de flúor es inadecuado.

-Se puede perder la regularidad en los tratamientos.

-La ingestión de flúor en tabletas por vía endogena por sobre-dosis podría ser determinadamente dañino en un momento dado.

4.10 Nutrición.

Este también es un aspecto importante en la prevención, y se les debe indicar a los padres como combinar los alimentos de los tres grupos y evitar los alimentos que con considerados altamente cariogénicos, fuera de las horas de comida y si son consumidos indicarles que tienen que lavar sus dientes inmediatamente después de que los consumen.

CAPITULO IV

MANEJO DEL NIÑO IMPEDIDO

La comunidad en general y los profesionales de la salud en particular tienen la responsabilidad de ayudar a las personas menos afortunadas por el destino, a integrarse plenamente a la sociedad.

El tratamiento dental preventivo y conservador constituye una parte importante del programa total de integración social del minusválido.

El minusválido puede presentar manifestaciones orales en relación con su incapacidad, o lo que es más frecuente, ésta puede aumentar la sensibilidad del paciente a los efectos de las enfermedades dentales comunes.

Los pacientes con deficiencias mentales, neurológicas y psicológicas, con sordera, ceguera y otros casos graves como Epilepsia y parálisis cerebral pueden plantear problemas terapéuticos especiales.

La clave del éxito del tratamiento de estos pacientes consiste en ir aplicando nuestro conocimiento sobre las características generales de las incapacidades más comunes. En ciertas enfermedades es aconsejable la utilización de anestesia general para tratamientos dentarios.

Para tratar pacientes con Neurosis, Psicosis, Epilepsia grave y enfermedades Hematológicas es indispensable que el Cirujano Dentista y el Médico especialista trabajen conjuntamente.

Entre las enfermedades que producen manifestaciones orales que requieren un aumento de las medidas preventivas convencionales se encuentran la Parálisis Cerebral y otras limitaciones motoras, la Epilepsia bajo medicación con Fenil-Hidantoína y los trastornos que se tratan con sedación a largo plazo. También se incluyen aquí el Síndrome de Dawn, la Cardiopatía con cianosis periférica y las enfermedades Hematológicas.

La planeación terapéutica debe contemplar la valoración de la capacidad de cooperación del paciente, su posibilidad de comprender y seguir instrucciones sencillas, así como el pronóstico de la enfermedad y la expectativa de la vida del sujeto, tener en cuenta la capacidad de paciente para responsabilizarse de su salud oral o la disponibilidad de que cuente -- con la ayuda adecuada.

En estos pacientes es fundamental controlar el dolor, eliminar las infecciones y en segundo lugar, las prácticas de higiene y medidas preventivas y por último las restauraciones de los dientes cariados para mejorar su función.

1.- Paciente con Retrazo Mental.

Estos pacientes poseen una capacidad intelectual inferior al promedio general, que se presenta desde el nacimiento o durante los primeros años de vida y que se caracteriza por el desarrollo anormal y se acompaña de dificultades para el aprendizaje y adaptación social.

En la etiología intervienen factores cromosómicos o congénitos, infecciones congénitas, radiación, drogas, factores desconocidos que afectan la implantación y la embriogénesis. También existen anomalías de tipo perinatales como: Prematuridad, Hemorragias del SNC., Parto de nalgas, Placenta Previa, Asfixia, Neonaturium. Entre los post-natales se encuentran la encefalitis viral y bacteriana, meningitis, envenenamiento por sustancias como plomo y mercurio, asfixia, mala nutrición, hipoglucemia.

1.1 Aspectos Bucales.

Por su higiene deficiente y sus malos hábitos dietéticos el índice de caries de estos niños es más elevado que en los niños normales. No se presentan otras alteraciones bucales significativas.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

1.2 Tratamiento.

El Odontólogo debe evaluar el grado de retraso y cooperación del niño mediante las pruebas de captación de Binet.

La comprensión y la paciencia son la base del tratamiento. Cada caso se evalúa y trata individualmente.

2.- El Paciente con Epilepsia.

Disfunción Neurológica. Son un grupo de trastornos caracterizados por cambios crónicos, recurrentes y paroxísticos de la función neurológica. producidos por anomalías en la actividad eléctrica del cerebro. Se presentan en cualquier edad.

Las crisis pueden ser convulsivas cuando van acompañadas de manifestaciones motoras o manifestarse por otros cambios de la función neurológica (como son los acontecimientos sensoriales, cognositivos o emocionales).

Esta enfermedad puede ser adquirida por alguna lesión -- neurológica o estructural del cerebro y también puede presentarse como parte de muchos padecimientos médicos sistémicos.

La Epilepsia Idiopática se presenta en individuos sin -- antecedentes de lesión neurológica ni otro tipo de disfunción.

2.1 Manifestaciones orales.

Los tratamientos con medicamento anticonvulsivo como la Dilantina, produce efectos secundarios en los pacientes como la hipoplasia fibrosa en parodonto que en ocasiones llega a cubrir la totalidad de la corona de los dientes y además impide la erupción de los dientes permanentes. No se presenta otra alteración bucal relacionada con esta enfermedad.

2.2 Manejo Odontológico.

El Cirujano Dentista debe tener presente antes de iniciar el tratamiento, el tiempo y frecuencia de los ataques epilépticos.

Debe conocer el tipo de medicamento anti-convulsivo que se le esta administrando.

El odontólogo no debe tratar de detener el ataque epiléptico del niño.

Debe evitar que se golpee, pero no interferir con sus movimientos convulsivos.

Retirar todo el instrumental que este cercano.

No tratar de forzar ningún movimiento mandibular.

En caso de emergencia usar Valium I.M.

3.- Paciente con Síndrome de Dawn.

Es una alteración producida por la trisomía del par 21.

La etiología se relaciona con madres mayores de 35 años o muy jóvenes, radiación ionizante, factores hereditarios, mosaicismo, etc.

En el recién nacido se presenta la ausencia del reflejo moro, rostro aplastado, aplanamiento occipital, cabeza redondeada, nariz pequeña en forma de silla de montar, ojos rasgados y oblicuos, mancha de Brush Fieldsen en el iris, implantación baja de las orejas, hipotonía muscular, dedos cortos, separación importante de los primeros y segundos dedos de los pies, retraso mental, boca abierta, lengua de fuera, retardo de la dentición, agenesia de algunas piezas, trastornos en la erupción, paladar alto, dientes congénitamente ausentes, son más pequeños de lo normal, tienden a ser redondeados o lobulados, no tienen muy profundas las fisuras, los incisivos centrales tienen menor desarrollo lobular que los laterales, no son muy susceptibles a las caries, pero sí lo son a la enfermedad periodontal.

3.1 Trato Odontológico.

Determinar si hay deficiencia cardíaca, anti-microbianos para contra-restar la endo-carditis, biometría hemática.

Los pacientes con Síndrome de Dawn con inteligencia alta pueden ser tratados como a un niño normal en los procedimientos conservadores. Para los grados más bajos el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas. En los casos

severos las extracciones dentales pueden ser inevitables se debe poner especial atención en la enfermedad periodontal ya que esta es el principal problema odontológico.

4.- Manejo Del Niño Minusválido.

En estos niños se trata de usar los sentidos que tengan intactos. por ejemplo:

Los niños retrasados mentales pueden no entender las instrucciones verbales, pero pueden imitar las actitudes del odontólogo. A estos pacientes se les debe permitir que toquen todos los objetos del consultorio sobre todo a los que tienen problemas de audición y visión.

Los parcialmente y totalmente ciegos pueden entender las instrucciones, pero no pueden estar familiarizados con el arreglo del consultorio, por lo que a estos niños se les debe enseñar la ubicación correcta del consultorio. El odontólogo debe recordar que su voz transmite emociones tales como aceptación o rechazo.

En la primera visita del niño, el Cirujano Dentista tiene que establecer una comunicación previa con los padres para tratar de conocer al niño, grado de inválidez, suspicacia de colaboración, esta cita debe ser dedicada a la información y no al tratamiento. Si se trata de una urgencia, de una infección por ejemplo, esta debe ser tratada con antibiótico y no con extracción y otro tratamiento que implique dolor.

Antes de recibir al niño debe haber una organización previa, para no asustar al niño con maniobra de preparación del consultorio.

Los padres generalmente ya tienen mucha práctica para movilizar a estos pacientes, podemos pedir su ayuda para colocar los en el sillón dental.

Para el diagnóstico debemos auxiliarnos en los Rayos X ya que esto nos sirve para:

- Proveer la información necesaria para el diagnóstico.
- Ayuda a prevenir conductas futuras.

4.1 Manejo Físico del Niño Minusválido.

El Odontólogo puede cubrir la asistencia dental de la mayoría de las personas incapacitadas sin necesidad de contar con equipo dental especial, sin embargo, existen casos en que su trabajo resultará más eficaz si cuenta con algunos dispositivos especiales.

Es necesaria la contención de estos niños para impedir que se lesionen así mismos, por no poder controlar sus movi-mientos. Estos niños se sienten seguros cuando son sujetados - por una sábana, Pedi-Wrap o una correa.

Para que no vaya haber un mal entendido por este procedimiento se les explica a los padres que solo es por la seguridad del niño, que tiene que estar sujeto al sillón dental.

4.1.1 Pedi-Wrap.

Esta es una sábana de punto de nylon reforzado con cierres. Hay tres tamaños, se coloca e pedi-wrap en el sillón, - colocado previamente en posición, el Odontólogo y el asistente se mantienen a los lados del sillón, el niño se coloca en la sábana de manera que el Dentista y el asistente puedan asegurar los brazos a uno y otro lado y también los cierres que quedan sobre su pecho.

Asegure el tercer cierre de la cabeza para dominar el movimiento excesivo de la mano. Las dos cintas de encima del hombro se han de quitar, pues no se usan en las técnicas dentales.

4.1.2 Mantas de Sujeción.

Se asegura al niño sobre una base rígida con tres pares de cintas de lona. Esta manta es igual que el pedi-wrap. Utiliza el sistema velero de cierres por presión y de separación fácil de cerrar y de ajustar.

4.1.3 Sábanas y Cintas para Piernas.

Una sábana doble en las esquinas formando un triángulo es un método efectivo para dominar los movimientos indeseables de los brazos.

El vértice del triángulo se pone por debajo de los brazos del paciente y se ata fuerte alrededor de ellos, se dobla la base del triángulo sobre los brazos y a través de los hombros sin impedir la respiración. Las puntas sobrantes de la sábana se atan detrás del sillón dental, para controlar el resto del cuerpo, asegure las piernas por encima de las rodillas con una cinta de sujeción y otras sábanas doblada a lo largo.

4.2 Control de la Cabeza.

El Cirujano Dentista debe sostener firmemente la cabeza del niño entre su pecho y su brazo de manera que la mano que de libre para hacer sus maniobras, como detener carrillo o espejo. Si el Dentista no puede mantener firme la cabeza del niño el asistente lo hará, poniendo sus manos a cada lado de la cabeza del niño.

Para el control de la cavidad oral y para mantener la boca abierta se coloca un abre-bocas durante el tratamiento. Este instrumento debe ser comodo y adaptable para el paciente y no debe interferir con las maniobras del Odontólogo, como lo son la aplicación de anestesia, colocación de dique de goma, etc., además no sirve para proteger al niño de lesiones al cerrar la boca involuntariamente o bien morder al Odontólogo, ya que el niño no es capaz de controlar sus movimientos.

CONCLUSIONES

Una actitud negativa o insegura por parte de los padres es una de las principales causas de la conducta difícil del niño durante la consulta dental.

La conducta es moldeada por los padres, por medio de conductas determinadas, por el aliento y desaliento, mostrándoles lo que debe y no debe hacer, por lo que los padres juegan un papel principal en el tratamiento de la Odontología Infantil.

Sabemos que lo que ocasiona una actitud negativa en el niño en su primera visita al Odontólogo es que intuye, cree o sabe que tiene un problema bucal, pero lo que el niño no sabe es si este problema es grave o no. El hecho de que esta actitud es el resultado de una aprehensión excesiva transmitida al niño por los padres, por lo que se hace necesaria una buena educación a los padres, en cuanto a los cuidados Odontológicos de los niños y para que los padres modifiquen sus actitudes hacia la Odontología, ya que de las conductas odontológicas de los padres y de las personas que lo rodean, son importantes y definitivas para inculcar en los niños buenos hábitos dentales.

De los conocimientos de la Odontología Infantil y de la habilidad que tenga el Cirujano Dentista, para establecer la relación con el niño también depende el éxito del manejo Odon-to-Pediátrico. El Odontólogo debe mantener una buena comunicación tanto de los padres como con los niños, ya que de la primera impresión que cause el Dentista dependerá el éxito - del tratamiento dental.

Otro factor que se debe tener en cuenta es que el ambiente del consultorio dental también influye directamente en la conducta del niño.

El éxito del tratamiento y manejo del niño impedido está dado por la destreza, conocimientos y paciencia del Dentista. El Odontólogo está capacitado para atender a cualquier persona que presente alguna incapacidad.

BIBLIOGRAFIA

- FINN. SIDNEY B.....ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Edit. Inter-Americana
4ª Edición. 1983
- KENNETH, SHAWDER.....ODONTOLOGIA PEDIATRICA
CLINICA.
Edit. Labor, S.A.1984
- MC DONAL / AVERY.....ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Y DEL ADOLECENTE.
Edit. Médica Panamericana.
5ª Edición.1990
- KATZ / MC DONAL.....ODONTOLOGIA PREVENTIVA
EN ACCION. 3a. Edición
- PETER DORF ADAMS BRAUWALD.....HARRISON
PRINCIPIOS DE MEDICINA
INTERNA.
1985