

879522

12

24



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“LA ODONTOPEDIATRIA EN LA PRACTICA GENERAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SAUL OBED MARQUEZ RANDELES



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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.

Í N D I C E

	Pág.
Introducción	6
Cap. I DEFINICIÓN DEL PACIENTE INFANTIL	9
Cap. II COMPORTAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL	17
Cap. III PLAN DE TRATAMIENTO Y PRESENTACIÓN DEL CASO A LOS PADRES	47
Cap. IV ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA ODONTOPEDIATRÍA	68
Conclusiones	77
Bibliografía	78

I N T R O D U C C I Ó N .

EL TRATAMIENTO DENTAL A LOS NIÑOS HA SIDO SIEMPRE UNA DE LAS RESPONSABILIDADES DEL CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL. A PESAR DEL DESARROLLO DE LA ODONTOPEDIATRÍA COMO ESPECIALIDAD, LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS, DESDE INFANTES HASTA ADOLESCENTES, SIGUEN SIENDO TRATADOS POR LOS DENTISTAS GENERALES. EL DENTISTA GENERAL QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD DE TRABAJAR CON NIÑOS DEBE ESTAR DISPUESTO A PROPORCIONAR SERVICIOS ADECUADOS A SUS PACIENTES INFANTILES. LA FALTA DE CAPACIDAD PARA ATENDERLOS BIEN PUEDE FRUSTRAR CUALESQUIER INTENTO DE REALIZAR UNA ODONTOLOGÍA DE CALIDAD. LA BUENA ODONTOLOGÍA NO EMPIEZA EN EL CONSULTORIO, SINO EN EL HOGAR CON UNA HIGIENE ORAL CORRECTA, AUNADA A UNA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA CON LA MAYOR RESTRICCIÓN POSIBLE DE CARBOHIDRATOS.

ASI MISMO EL DENTISTA DEBE AMPLIAR SUS CONOCIMIENTOS MEDIANTE UN ESFUERZO DE AUTOFORMACIÓN Y MANTENERSE AL CORRIENTE DE LOS AVANCES QUE SE PRODUZCAN EN EL CAMPO DE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL.

EXISTEN VARIAS MANERAS DE QUE EL DENTISTA PUEDA MANTENERSE INFORMADO ACERCA DE LOS AVANCES IMPORTANTES EN ESTA AREA DE LA ODONTOLOGÍA. UNO DE ESTOS MODOS ES EL CONTACTO O RELACION CON EL ODONTOPEDIATRA. ESTE PROFESIONAL POR SU CARÁCTER DE ESPECIALISTA, GENERALMENTE ESTA FAMILIARIZADO CON LAS INFORMACIONES ACTUALIZADAS ACERCA DE METODOS DE CONDUCCIÓN DEL PACIENTE Y

SOBRE TÉCNICAS Y PERFECCIONAMIENTOS RECIENTES DEL TRATAMIENTO.

ESTA COMUNICACIÓN CON EL ODONTOPEDIATRA ES IMPORTANTE, YA QUE EL DENTISTA PUEDE MANTENERSE AL CORRIENTE DE LOS TIPOS ESPECIALES DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO EN LOS NIÑOS QUE REQUIEREN ATENCIÓN, DE ESTA MANERA ESTARÁ EN CONDICIONES DE DIFERENCIAR LOS PROBLEMAS QUE CAEN EN SU CAMPO DE ACCIÓN, Y LOS QUE TIENE QUE REMITIR A LOS ESPECIALISTAS PARA SU TRATAMIENTO.

EL DENTISTA GENERAL TAMBIEN PUEDE UTILIZAR LOS SERVICIOS DEL ODONTOPEDIATRA PARA CONSULTAS DIAGNÓSTICAS Y ORIENTACION DEL TRATAMIENTO DE CASOS MODERADAMENTE COMPLEJOS QUE PUEDA ATENDER EN SU PROPIO CONSULTORIO; O TAMBIEN PARA REMITIRLE A LOS PACIENTES MAS DIFICILES, TALES COMO MINUSVÁLIDOS, ENFERMOS CRÓNICOS, CASOS CON LESIONES TRAUMÁTICAS COMPLICADAS, NIÑOS CON INESTABILIDAD EMOCIONAL O CON DEBILIDAD MENTAL, NIÑOS QUE REQUIEREN HOSPITALIZACION PARA SU TRATAMIENTO, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR QUE PRESENTAN PROBLEMAS ESPECIALES, O NIÑOS QUE PRECISAN UNA SUPERVISIÓN PORQUE DESARROLLAN UNA MALOCCLUSIÓN. EN TODAS ESTAS SITUACIONES, TANTO SI EL ODONTÓLOGO GENERAL USA LOS SERVICIOS DEL ODONTOPEDIATRA COMO CONSULTOR, O SI LE ENCARGA EL CASO, TENDRÁ LA SEGURIDAD DE QUE LOS NIÑOS QUE VISITAN EL CONSULTORIO RECIBIRAN LOS CUIDADOS ADECUADOS.

CON EL PROPOSITO DE TRABAJAR DE ACUERDO CON EL ODONTOPEDIATRA, EL DENTISTA GENERAL DEBE POSEER CONOCIMIENTOS BASICOS ACERCA DE LOS PRINCIPIOS UTILIZADOS EN LA PRACTICA DE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL.

EN ESTA TESIS TRATARE DE EXPLICAR ALGUNOS METODOS SENCILLOS DE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HE INVESTIGADO RESPECTO A ESTE TEMA.

CAPITULO I

DEFINICIÓN DEL PACIENTE INFANTIL.

ES EL ESTUDIO DEL SER HUMANO DURANTE SUS ETAPAS DE CRECIMIENTO SOMÁTICO Y DE DESARROLLO FUNCIONAL, PSICOLÓGICO Y SOCIAL SIEMPRE CORRELACIONADOS CON EL AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVE. CONCEPTUA AL NIÑO COMO UN SER EN EVOLUCIÓN CONSTANTE, COMO AL FUTURO ADULTO Y NO COMO "UN HOMBRE PEQUEÑO".

CLASIFICACIÓN EN RELACIÓN A LA EDAD.

SE CONSIDERAN TRES PERÍODOS DENTRO DE LA EDAD INFANTIL:

a) PRIMERA INFANCIA.

COMPRENDE DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 30 MESES, ÉPOCA EN LA CUAL TERMINA LA PRIMERA DENTICIÓN. A ESTE LAPSO DE LA INFANCIA SE LE DA MUCHA IMPORTANCIA YA QUE DENTRO DE EL ACONTECEN LOS COMPLEJOS FENOMENOS DEL CRECIMIENTO MAS ACTIVO Y DESARROLLO FUNCIONAL Y PSIQUICO. ADEMAS, ES LA EDAD EN QUE LA ALIMENTACIÓN PRESENTA PECULIARIDADES SOBRESALIENTES, POR SER PREDOMINANTEMENTE LÍQUIDA Y A BASE DE LECHE DURANTE LA CUAL INICIA EL DESTETE Y LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS NO LACTEOS.

DURANTE ÉSTA ÉPOCA SE OBSERVAN CON MAYOR FRECUENCIA TRASTORNOS DIGESTIVOS, RESPIRATORIOS, INFECCIOSOS Y DE LA NUTRICIÓN Y ES LA EDAD TAMBIÉN EN LA CUAL LOS CUIDADOS PERSONALES, HIGIÉNICOS Y DE PROFILAXIA NECESITAN LLEVARSE A CABO EXTREMADAMENTE. ES LA ETAPA EN LA QUE SE REGISTRA UNA MORBILIDAD ELEVADA.

b) SEGUNDA INFANCIA O EDAD PREESCOLAR.

ESTÁ COMPRENDIDA ENTRE LOS DOS Y MEDIO AÑOS A LOS SIETE AÑOS, EDAD EN QUE NORMALMENTE YA ESTÁN ERUPCIONANDO LAS PRIMERAS PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES. ESTA EDAD SE CARACTERIZA POR CRECIMIENTO SOMÁTICO UNIFORME, AUNQUE MENOS ACENTUADO QUE EN LA PRIMERA INFANCIA, Y POR EL DESARROLLO PSÍQUICO Y FUNCIONAL, ESPECIALMENTE DEL SISTEMA NERVIOSO QUE COMPRENDE LA COORDINACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS PERIFERICOS, EL DESARROLLO DEL LENGUAJE, ETC.; TAMBIEN SE VA ESTABLECIENDO LA MADURACIÓN DE LOS PROCESOS INMUNOLOGICOS.

c) TERCERA INFANCIA O EDAD ESCOLAR.

ABARCA DESDE LOS SIETE AÑOS HASTA LA ETAPA DE LA PUBERTAD, DOCE A TRECE AÑOS EN LA MUJER, TRECE A CATORCE AÑOS EN EL HOMBRE.

LAS CARACTERISTICAS DE ESTA EDAD SON UN DESARROLLO Y CRECIMIENTO UNIFORMES, Y LA SISTEMATIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS QUE CONSTITUYEN EL FONDO PEDAGÓGICO DE LA ESCUELA.

EN CUANTO A LAS MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS, EXISTE UNA GRAN SEMEJANZA CON LAS DEL ADULTO.

LA ETAPA FINAL DEL CRECIMIENTO ES LA ADOLESCENCIA Y SE CARACTERIZA PORQUE DURANTE ELLA SUCEDEN IMPORTANTES MODIFICACIONES MORFOLÓGICAS, ENDOCRINAS Y PSICOLÓGICAS, DE LAS CUALES DERIVAN CAMBIOS VITALES EN LA PERSONALIDAD, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO.

DENTICIÓN.

DENTICIÓN: EL PERIODO DE ENDETECER, DESDE LA FORMACIÓN HASTA LA ERUPCIÓN O SALIDA DE LOS DIENTES. EXISTEN DOS DENTICIONES:

LA PRIMERA DENTICIÓN O DENTADURA INFANTIL INICIA APROXIMADAMENTE A PARTIR DE LOS SIETE MESES DE EDAD, CUANDO COMIENZAN A ERUPCIONAR LOS INCISIVOS INFERIORES, HASTA COMPLETAR VEINTE PIEZAS DENTARIAS ALREDEDOR DE LOS DOS AÑOS. ESTA DENTICIÓN PERMANECE EN LA BOCA HASTA QUE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS REQUIEREN DE OTRA DENTADURA MÁS NUMEROSA Y MAS FUERTE, PUDIENDO ASI CUBRIR LAS NECESIDADES MAYORES.

SECUENCIA DE ERUPCIÓN EN LA PRIMERA DENTICIÓN:

	MESES
INCISIVOS CENTRALES INFERIORES	7
INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES	8
INCISIVOS LATERALES INFERIORES	9
INCISIVOS LATERALES SUPERIORES	10-11
PRIMEROS MOLARES INFERIORES	15-20
CANINOS INFERIORES	20
PRIMEROS MOLARES SUPERIORES	18-22
CANINOS SUPERIORES	22
SEGUNDOS MOLARES INFERIORES	24
SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES	24

LA SEGUNDA DENTICIÓN ESTÁ FORMADA POR TREINTA Y DOS PIEZAS DENTARIAS SON DE COLOR MARFIL, BLANCO-AMARILLENTO, SON DE MAYOR VOLUMEN, SUS DIAMETROS SON MÁS GRANDES EN TODOS SENTIDOS Y LA SUPERFICIE DEL ESMALTE ES MENOS LISA Y BRILLANTE QUE LOS DIENTES INFERIORES.

SECUENCIA DE ERUPCIÓN EN LA SEGUNDA DENTICIÓN:

	AÑOS
PRIMEROS MOLARES INFERIORES	6- 7
PRIMEROS MOLARES SUPERIORES	6- 7
INCISIVOS CENTRALES INFERIORES	6- 7
INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES	7- 8
INCISIVOS LATERALES INFERIORES	7- 8
INCISIVOS LATERALES SUPERIORES	8- 9
CANINOS INFERIORES	10-11
CANINOS SUPERIORES	11-12
PRIMEROS PREMOLARES INFERIORES	10-12
PRIMEROS PREMOLARES SUPERIORES	10-11
SEGUNDOS PREMOLARES INFERIORES	11-12
SEGUNDOS PREMOLARES SUPERIORES	10-12
SEGUNDOS MOLARES INFERIORES	11-12
SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES	12-13
TERCEROS MOLARES INFERIORES	17-30
TERCEROS MOLARES SUPERIORES	17-30

TODOS ÉSTOS DATOS SON APROXIMADOS EN AMBAS DENTICIONES, HABIENDO DIFERENCIAS ENTRE LOS SUPERIORES E INFERIORES, CON LIGERAS VARIACIONES SEGÚN EL SEXO, YA QUE EN LAS NIÑAS LAS ERUPCIONES DENTARIAS PUEDEN SER CRONOLOGICAMENTE ANTERIORES QUE EN LOS NIÑOS.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES.

DURANTE EL PERÍODO DE DENTICIÓN MIXTA SURGE UNA VARIEDAD DE PROBLEMAS DE ERUPCIÓN. EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS PUEDEN EVITAR EL DESARROLLO DE UNA MALOCCLUSIÓN DE NATURALEZA MAS COMPLICADA. EL ODONTOLOGO DEBE ESTAR ALERTA ANTE ESTA POSIBILIDAD Y SUS SECUELAS.

ERUPCIÓN DIFÍCIL.

LA ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES ES PRECEDIDA POR UN AUMENTO DE LA SALIVACIÓN Y EL NIÑO DESEA LLEVARSE LOS DEDOS A LA BOCA Y ESTÁ INQUIETO Y MOLESTO. ESTAS OBSERVACIONES PUEDEN SER LA UNICA INDICACIÓN DE QUE PRONTO HABRAN DE ERUPCIONAR LOS DIENTES.

LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES ANTES DE LA COMPLETA ERUPCIÓN DE LA CORONA CAUSA UN ESTADO DOLOROSO QUE CESA EN POCOS DIAS. PARA DAR ALIVIO AL NIÑO, SE APLICA UN ANESTÉSICO TÓPICO NO IRRITANTE (SUEÑODENT), EL CUAL PROPORCIONA ALIVIO PASAJERO, ESTO SE APLICA EN PEQUEÑAS DOSIS, TRES Ó CUATRO VECES AL DÍA. EL PROCESO DE ERUPCIÓN SE PUEDE ACELERAR PERMITIENDO QUE EL NIÑO MUERDA OBJETOS SEMI-DUROS COMO UNA DONA DE HULE.

HEMATOMA DE ERUPCIÓN (QUISTE DE ERUPCIÓN).

HAY OCASIONES EN QUE SEMANAS ANTES DE LA ERUPCIÓN DE UNA PIEZA DENTARIA TEMPORAL O PERMANENTE, SE DESARROLLA UNA ZONA ELEVADA DE TEJIDO COLOR AZUL Ó PÚRPURA, LLAMADO USUALMENTE "HEMATOMA DE ERUPCIÓN". EL "QUISTE" LLENO DE SANGRE APARECE CON MAYOR FRECUENCIA EN LA ZONA DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL O DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE; ES CAUSADO POR ALGUN TRAUMATISMO; DADO QUE LA LESIÓN ES AUTOLIMITADA, RARA VEZ ES NECESARIO REALIZAR UN TRATAMIENTO, SIN

EMBARGO A VECES ESTA JUSTIFICADO EL DESCUBRIMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CORONA.

ERUPCIÓN ECTÓPICA.

EXISTEN VARIOS FACTORES LOCALES QUE PUEDEN INFLUIR SOBRE UN DIENTE PARA QUE ERUPCIONE O "INTENTE" ERUPCIONAR EN UNA POSICIÓN ANORMAL. ESTOS PUEDEN SER: LONGITUD INADECUADA DEL ARCO DENTARIO, DIENTES SUPERNUMERARIOS, DIASTEMAS, PIEZAS RETENIDAS.

EN OCASIONES ESTA SITUACIÓN PUEDE SER TAN SEVERA QUE OCURRE UNA REAL TRANSPOSICIÓN DE DIENTES.

PERLAS DE EPSTEIN, NÓDULOS DE BOHN Y QUISTES DE LA LÁMINA DENTAL.

EN RARAS OCASIONES EXISTEN PEQUEÑAS LESIONES BLANCAS O GRISÁCEAS SITUADAS SOBRE LA MUCOSA ALVEOLAR DEL RECIÉN NACIDO, SUELEN SER MÚLTIPLES, NO AUMENTAN DE TAMAÑO Y NO ESTÁ INDICADO TRATAMIENTO ALGUNO PARA ELLAS, YA QUE ESTAS LESIONES SE DESPRENDEN EXPONTÁNEAMENTE SEMANAS DESPUES DEL NACIMIENTO. EXISTE UNA CLASIFICACIÓN PARA LOS TIPOS SIGUIENTES DE QUISTES DE INCLUSIÓN:

1) PERLAS DE EPSTEIN, FORMADAS A LO LARGO DEL RAPE PALATINO MEDIO. SE LAS CONSIDERA REMANENTES DE TEJIDO EPITELIAL ATRAPADOS A LO LARGO DEL RAPE A MEDIDA QUE CRECE EL FETO.

2) LOS NÓDULOS DE BOHN SE FORMAN A LO LARGO DE LAS CARAS VESTIBULAR Y LINGUAL DE LOS REBORDES ALVEOLARES Y EN EL PALADAR, LEJOS DEL RAPE. ESTOS SE CONSIDERAN RESTOS DE GLÁNDULAS MUCOSAS Y SON HISTOLÓGICAMENTE DIFERENTES DE LAS PERLAS DE EPSTEIN.

3) LOS QUISTES DE LA LÁMINA DENTAL SE ENCUENTRAN EN LA CRESTA DEL REBORDE ALVEOLAR SUPERIOR E INFERIOR. APARENTEMENTE, LOS QUISTES SE ORIGINAN

DE LOS RESTOS DE LA LÁMINA DENTAL.

DIENTES ANQUILOSADOS.

LOS DIENTES ANQUILOSADOS SE ENCUENTRAN EN UN ESTADO DE RETENCIÓN ESTÁTICA, MIENTRAS QUE EN LAS ZONAS ADYACENTES LA ERUPCIÓN Y EL CRECIMIENTO ALVEOLAR CONTINUÁN. LOS MOLARES TEMPORARIOS SON LAS PIEZAS QUE MÁS FRECUENTEMENTE SE LLEGAN A ANQUILOSAR. EN RAROS CASOS TODOS LOS MOLARES PUEDEN QUEDAR FIRMEMENTE ADHERIDOS AL HUESO ALVEOLAR ANTES DE SU TIEMPO NORMAL DE EXFOLIACIÓN. LA ANQUILOSIS DE LOS DIENTES TEMPORALES ANTERIORES NO OCURRE, A MENOS QUE HAYA HABIDO UN TRAUMATISMO.

EL DIAGNOSTICO DE UN DIENTE ANQUILOSADO NO ES DIFICIL, DADO QUE LA ERUPCIÓN NO HA OCURRIDO Y QUE EL PROCESO ALVEOLAR NO SE HA DESARROLLADO EN OCLUSIÓN NORMAL, PARECIERA QUE LOS MOLARES ANTAGONISTAS DE LA ZONA ESTAN FUERA DE OCLUSIÓN. LOS DIENTES ANQUILOSADOS NO SE MUEVEN, AUN EN CASOS DE REABSORCIÓN RADICULAR AVANZADA.

PUEDE CONFIRMARSE LA ANQUILOSIS GOLPEANDO SUAVEMENTE EL DIENTE SOSPECHOSO Y LOS DIENTES ADYACENTES NORMALES CON UN INSTRUMENTO ROMO COMPARANDO LOS SONIDOS PRODUCIDOS. LOS DIENTES ANQUILOSADOS DARÁN UN SONIDO FIRME O SÓLIDO MIENTRAS QUE LOS DIENTES NORMALES TENDRÁN UN SONIDO AMORTIGUADO PORQUE SU LIGAMENTO PERIODONTAL INTACTO ABSORBE UNA PARTE DEL IMPACTO DEL GOLPE.

LA RADIOGRAFÍA ES UN BUEN RECURSO PARA HACER EL DIAGNÓSTICO. UNA CONTINUIDAD EN LA MEMBRANA PERIODONTAL QUE DENOTA UN ÁREA DE ANQUILOSIS ES GENERALMENTE VISIBLE EN LA RADIOGRAFÍA.

EN EL TRATAMIENTO DE UN DIENTE ANQUILOSADO ES MUY IMPORTANTE EL RECONOCIMIENTO Y DIAGNÓSTICO TEMPRANO. EL TRATAMIENTO EVENTUAL PUEDE

COMPRENDER LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE LA PIEZA. SIN EMBARGO, A MENOS QUE HAYA PROBLEMAS DE CARIES O DE PÉRDIDA DE LONGITUD EVIDENTE DEL ARCO, EL ODONTÓLOGO PUEDE OPTAR POR MANTENER EL DIENTE EN OBSERVACIÓN. UN DIENTE DEFINIDAMENTE ANQUILOSADO PUEDE EN ALGUN MOMENTO FUTURO SUFRIR REABSORCIÓN RADICULAR Y EXFOLIAR NORMALMENTE.

CAPITULO II

COMPORTAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL

CONSEJOS A LOS PADRES.

NO SIEMPRE ES FÁCIL CONVENCER A LOS PADRES DE NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR SOBRE LA IMPORTANCIA QUE TIENE UNA EXPLORACIÓN ORAL PRECOZ PARA LA FUTURA SALUD DENTARIA DE SU HIJO. LAS PERSONAS ADULTAS EDUCADAS DURANTE UNA ERA EN QUE LA ODONTOLOGÍA NO ESTABA ORIENTADA HACIA LA PREVENCIÓN, ESTÁN ACOSTUMBRADAS A VISITAR AL DENTISTA CUANDO YA SE HA DESARROLLADO LA ENFERMEDAD DENTAL, NO ANTES. UN PADRE O UNA MADRE QUE NO FUERON AL DENTISTA ANTES DE LOS DIECIOCHO AÑOS ES PROBABLE QUE NO ESTÉN DISPUESTOS A LLEVAR A UN NIÑO PEQUEÑO AL CONSULTORIO DEL DENTISTA PARA UNA EXPLORACIÓN O UN TRATAMIENTO, ESPECIALMENTE SI AQUEL NO TIENE DOLOR NI MOLESTIAS. ESTA MADRE DESDE LUEGO, TAL VEZ NO TOMA EN CUENTA EL HECHO DE QUE AHORA LLEVA PRÓTESIS DENTALES PORQUE NO DISFRUTÓ DE LAS VENTAJAS DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO. EL DENTISTA GENERAL TIENE EL DEBER DE INFORMAR A SUS PACIENTES ADULTOS ACERCA DE LAS VENTAJAS DE LAS EXPLORACIONES ORALES PRECOCES PARA SUS HIJOS Y CONVENCERLES QUE UN POCO DE PREVISIÓN POR SU PARTE CONTRIBUIRÁ A PROTEGER A SUS HIJOS DE PROBLEMAS DENTALES FUTUROS.

LOS ODONTOPEDIATRAS INFORMAN QUE MUCHOS NIÑOS DE TRES Y CUATRO AÑOS TRATADOS POR ELLOS DEBERÍAN HABER SIDO ATENDIDOS ANTES. GRANDES CAVIDADES VISIBLES EN NIÑOS DE ESTE GRUPO DE EDAD PARECE, SEGÚN LOS PADRES, QUE SE

HAYAN DESARROLLADO DE LA NOCHE A LA MAÑANA. EL DENTISTA DEBE INFORMAR A LOS PADRES QUE LAS CAVIDADES PEQUEÑAS DE LOS DIENTES TEMPORALES PUEDEN AGRANDARSE MÁS RÁPIDO QUE LAS CAVIDADES DE DIENTES PERMANENTES, PORQUE EL ESMALTE DE LOS PRIMEROS TIENE SÓLO LA MITAD DE ESPESOR QUE EL DE LOS ÚLTIMOS. SI SE QUIEREN DETECTAR LAS CAVIDADES DE LOS DIENTES TEMPORALES ANTES DE QUE SE HAGAN GRANDES, HAY QUE EXAMINAR LA BOCA DEL NIÑO REGULARMENTE.

HAY QUE HACER ENFASIS A LOS PADRES ACERCA DE LA GRAN INCIDENCIA DE CARIES EN LOS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR, PARA QUE ESTÉN ALERTA ANTE LA POSIBILIDAD DE UNA ENFERMEDAD DENTAL EN SUS HIJOS.

SE HAN EFECTUADO INVESTIGACIONES QUE DEMUESTRAN QUE EN LAS REGIONES CON AGUA NO FLUORADA ES NOTABLE EL NUMERO DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR QUE REQUIEREN UN TRATAMIENTO DENTAL OPERATORIO: APROXIMADAMENTE 20% DE LOS NIÑOS DE UNO Y DOS AÑOS, 40% DE LOS NIÑOS DE TRES AÑOS, 60% DE LOS NIÑOS DE CUATRO AÑOS Y 70% DE LOS DE CINCO AÑOS.

EDAD	No. DE NIÑOS OBSERVADOS EN CADA GRUPO DE EDAD.	PORCENTAJE DE NIÑOS CON CARIES EN CADA GRUPO DE EDAD.
1	18	22
2	616	22
3	1,288	48
4	1,542	64
5	2,220	74
6	283	83

AUNQUE EL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR NO PRESENTE CAVIDADES, ES IMPORTANTE LA VISITA INICIAL PARA EL EXAMEN, PUESTO QUE PUEDE TENER OTROS PROBLEMAS DE SALUD DENTARIA, MANIFIESTOS O EN POTENCIA. POR EJEMPLO, EL DENTISTA PUEDE DETECTAR UNA MALOCCLUSIÓN EN DESARROLLO, DIENTES TRAUMATIZADOS, O ANOMALÍAS DE DESARROLLO DENTARIO TALES COMO: DIENTES SUPERNUMERARIOS, FALTAS CONGÉNITAS, DIENTES GEMINADOS, ETC.. SI ESTAS ANORMALIDADES SE OBSERVAN EN LA DENTICIÓN TEMPORAL, TAMBIEN PUEDEN AFECTAR A LA DENTICIÓN PERMANENTE. AUNQUE TAL VEZ NO ESTEN INDICADOS LOS PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS PRECOSES EN ALGUNOS DE ESTOS CASOS, LOS EXAMENES PERIODICOS PERMITIRÁN AL DENTISTA LA SUPERVISIÓN, Y EL TRATAMIENTO EN SU CASO, EN EL MOMENTO ÓPTIMO.

HAY QUE PONER DE RELIEVE ANTE LOS PADRES QUE LA DETECCIÓN PRECOZ DE UNA ANOMALÍA PERMITE EVITAR TRATAMIENTOS MÁS COMPLICADOS EN EL FUTURO Y REDUCIR EL TIEMPO REQUERIDO POR EL TRATAMIENTO, Y POR LO TANTO, SU COSTO.

LOS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR ADQUIEREN A MENUDO HÁBITOS ORALES COMO LA SUCCIÓN DEL PULGAR, QUE AFECTAN A LA DENTICIÓN. LOS PADRES PUEDEN INTENTAR LA CORRECCIÓN DE TALES HÁBITOS CON REPRENSIONES Y REGAÑOS, O COLOCANDO DISPOSITIVOS EN EL BRAZO O PULGAR QUE IMPIDAN LA PRÁCTICA DEL VICIO, PERO ESTOS MÉTODOS GENERALMENTE NO HACEN MÁS QUE INTENSIFICAR LOS HÁBITOS EN VEZ DE CORREGIRLOS. EL CONSEJO DENTAL PRECOZ SUELE EVITAR EL EMPLEO DE ESTOS REMEDIOS CASEROS. DURANTE LA VISITA AL CONSULTORIO SE PUEDE COMENTAR CON LA MADRE EL PREDOMINIO DE TALES HÁBITOS EN LOS NIÑOS DE CORTA EDAD, ASÍ COMO SUS NECESIDADES PSICOLÓGICAS, Y RECOMENDAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE EL NIÑO ACEPTARÁ MEJOR.

EN LA CITA INICIAL PARA EL EXAMEN CONVIENE ANIMAR A LOS PADRES PARA QUE AYUDEN AL NIÑO A DESARROLLAR BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL, AL MISMO TIEMPO

QUE SE LES INFORMA ACERCA DE SU RESPONSABILIDAD EN LA ADOPCIÓN DE UN PROGRAMA DE CUIDADOS PREVENTIVOS PARA SU HIJO. EL DENTISTA INSISTIRÁ EN LA IMPORTANCIA DE LOS EXÁMENES PERIÓDICOS, EXPLICANDO A LOS PADRES QUE LA CARIES SE DESARROLLA CON MUCHA ACTIVIDAD ENTRE LOS DOS Y DIEZ AÑOS DE EDAD; QUE ES DE PREVEER UNA DISMINUCIÓN DE TAL ACTIVIDAD DESDE LOS DIEZ A LOS TRECE AÑOS (PERO SOLAMENTE CUANDO EL NIÑO LLEGA A ESTA EDAD CON UNA BUENA SALUD DENTAL); Y QUE DURANTE LA ADOLESCENCIA PUEDE VOLVER A AUMENTAR LA ACTIVIDAD DE LA CARIES. ESTA INFORMACIÓN AYUDARÁ A LOS PADRES A ESTAR ALERTA SOBRE LA NECESIDAD DE LOS EXÁMENES BUCALES A SU DEBIDO TIEMPO.

UNO DE LOS OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL ES LA DE PREPARAR A LOS JÓVENES PACIENTES PARA QUE ACEPTEN EL TRATAMIENTO DENTAL FUTURO. AUN CUANDO UN NIÑO NO PRESENTA NINGÚN PROBLEMA DENTAL ESPECÍFICO SE LE DEBE ACOSTUMBRAR AL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL, PARA QUE CUANDO LOS PROBLEMAS DENTALES HAGAN SU APARICIÓN, EL NIÑO ACEPTE EL TRATAMIENTO SIN TEMOR. LOS PADRES DEBEN DE SABER QUE EL PRIMER EXAMEN DENTAL DEL NIÑO HA DE LLEVARSE A CABO A LOS DOS AÑOS DE EDAD. A MENUDO LOS ADULTOS SE MUESTRAN RENUEENTES A LLEVAR AL CONSULTORIO A NIÑOS DE TAN CORTA EDAD PORQUE TEMEN QUE SE PORTEN MAL Y SE SIENTEN INCÓMODOES ANTE LAS LÁGRIMAS O EL BERRINCHE INFANTIL. EL DENTISTA HA DE TRANQUILIZAR AL PADRE DICIÉNDOLE QUE YA SABE LO QUE SE PUEDE ESPERAR DE UN NIÑO Y QUE EN SU CONSULTORIO ATIENDEN CON AGRADO A LOS PACIENTES DE CORTA EDAD. ADEMÁS DE HACER ENFASIS EN QUE EL CONDICIONAMIENTO DENTAL EN EDAD TEMPRANA, PREPARA AL NIÑO PARA ACEPTAR LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA CUANDO LLEGA A LA EDAD ADULTA.

COMPRESIÓN DE LA REACCIÓN DEL NIÑO AL AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL.

EL ÉXITO DEL DENTISTA EN EL MANEJO DE LA PRIMERA EXPERIENCIA DENTAL DE UN NIÑO EN EDAD PREESCOLAR DEPENDE MUCHO DE SU SENSIBILIDAD A LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ÉL, INCLUSO ANTES DE LLEGAR AL CONSULTORIO DENTAL. EL DENTISTA DEBE COMPRENDER LOS PROBLEMAS QUE INTERVIENEN, COMO SUS PROBLEMAS EMOCIONALES, SUS EXPERIENCIAS MÉDICAS U HOSPITALARIAS ANTERIORES, TAMBIEN DEBE ESTAR CONSCIENTE DE COMO LAS ACTITUDES DE LOS PADRES PUEDEN MODIFICAR TIPOS DE COMPORTAMIENTO. EL CONOCIMIENTO DE ESTOS FACTORES DETERMINARÁ LA CONDUCTA DEL DENTISTA Y DE SU AYUDANTE CON EL PEQUEÑO PACIENTE DURANTE LA PRIMERA VISITA, LA PROGRAMACIÓN SUBSIGUIENTE DEL TRATAMIENTO Y LA FORMA ADECUADA Y PROFESIONAL DE PRESENTAR EL PLAN TERAPÉUTICO A LOS PADRES.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA DEL NIÑO.

EL MIEDO REPRESENTA PARA EL DENTISTA EL PROBLEMA DE MANEJO MAS COMÚN, Y ES UNA DE LAS CAUSAS MAS COMUNES POR LAS CUALES LA GENTE DESCUIDA EL TRATAMIENTO DENTAL. EL MIEDO ES UNA DE LAS PRIMERAS EMOCIONES QUE SE MANIFIESTAN DESPUÉS DEL NACIMIENTO, AUNQUE LA RESPUESTA AL SOBRESALTO ESTÁ PRESENTE AL NACER Y SE PUEDEN DEMOSTRAR REACCIONES REFLEJAS A ESTÍMULOS, DESDE ANTES DEL NACIMIENTO.

EL LACTANTE NO ESTÁ CONSCIENTE DEL ESTÍMULO QUE PRODUCE MIEDO. A MEDIDA QUE EL NIÑO CRECE Y AUMENTA SU CAPACIDAD MENTAL, TOMA CONSCIENCIA DE LOS ESTÍMULOS QUE LE PRODUCEN MIEDO Y PUEDE IDENTIFICARLOS INDIVIDUALMENTE. BASICAMENTE LOS TEMORES EN LOS NIÑOS SE ADQUIEREN OBJETIVA O SUBJETIVAMENTE.

TEMORES OBJETIVOS.

SON LOS PRODUCIDOS POR ESTIMULACIÓN FÍSICA DIRECTA DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES Y GENERALMENTE NO SON DE ORIGEN PATERNO. SON REACCIÓN A ESTÍMULOS QUE SE SIENTEN, VEN, OYEN, HUELEN O SABOREAN, Y SON DE NATURALEZA DESAGRADABLE.

LOS TEMORES OBJETIVOS PUEDEN SER DE NATURALEZA ASOCIATIVA, TALES COMO EXPERIENCIAS MÉDICAS U HOSPITALARIAS ANTERIORES. LOS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR CON ANTECEDENTES DE CUIDADOS MÉDICOS FRECUENTES, SUELEN TRANSFERIR SUS REACCIONES FAVORABLES O DESFAVORABLES RESPONDIENDO DE UN MODO SEMEJANTE A LAS EXPERIENCIAS DENTALES. POR EJEMPLO, LOS ALERGICOS O LOS ASMATICOS A MENUDO SON BUENOS PACIENTES PORQUE ESTAN ACOSTUMBRADOS A LOS MEDICOS. SIN EMBARGO, PUEDE OCURRIR LO CONTRARIO; TALES NIÑOS PUEDEN RESULTAR PACIENTES DENTALES DIFICILES PORQUE HAN SIDO TRATADOS EXCESIVAMENTE.

LOS QUE HAN PADECIDO ENFERMEDADES LARGAS O HAN ESTADO HOSPITALIZADOS PUEDEN TENER MIEDO A LAS JERINGAS O A QUE LES "HAGAN DORMIR". MUCHOS NIÑOS NO SABEN DISTINGUIR LOS DIFERENTES TIPOS DE DOCTORES, Y UNA VISITA AL DENTISTA PUEDE HACERLES PENSAR QUE LES VAN A PONER UNA INYECCIÓN O LES ADMINISTRARAN UN ANESTÉSICO GENERAL.

EL DENTISTA TAMBIÉN DEBE PENSAR QUE LOS NIÑOS QUE HAN TENIDO ACCIDENTES LO PUEDEN VER CON MIEDO -Y EL PORCENTAJE DE NIÑOS QUE PARECEN PREDISPUES- TOS A TENERLOS ES MUY ELEVADO-. MUCHOS TRATAMIENTOS DE NIÑOS VÍCTIMAS DE TRAUMATISMOS SE LLEVAN A CABO EN LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL, Y TALES EXPERIENCIAS SUELEN RESULTAR MUY TRAUMÁTICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO. POR EL CONTRARIO, LAS EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS LIBRES DE DOLOR, O SATISFACTORIAS EN CIERTO MODO, PREPARARÁN A LOS PEQUEÑOS PACIENTES

PARA QUE ACEPTEN EL TRATAMIENTO DENTAL.

LA FANTASÍA DE LOS NIÑOS PUEDE SER ESTIMULADA INADVERTIDAMENTE POR EL AMBIENTE DENTAL. POR EJEMPLO, EL MIEDO A LA SANGRE PUEDE TRANSFERIRSE A UNA BOTELLA QUE CONTenga ALGÚN PREPARADO O SOLUCION DE COLOR ROJO, VISTA EN EL CONSULTORIO DEL DENTISTA. ENTONCES EN EL NIÑO PUEDEN DESPERTARSE SENTIMIENTOS Y ANSIIDADES ASOCIADAS CON SUCESOS DEL PASADO.

EL DENTISTA DEBE CONOCER LOS TEMORES DE UN NIÑO ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO. ESTA INFORMACIÓN LA DEBE OBTENER BASANDOSE EN LA HISTORIA CLINICA GENERAL PARA PODER HACER UNA SUPOSICION ACERCA DE LA POSIBLE REACCIÓN INFANTIL. SI EL DENTISTA TIENE CONOCIMIENTO ACERCA DE UNA EXPERIENCIA MÉDICA O DENTAL TRAUMÁTICA PREVIA, PUEDE INICIAR SESIONES INICIALES CORTAS, DURANTE LAS CUALES REALIZARA LAS MANIOBRAS NO TRAUMÁTICAS O DEJARÁ QUE EL NIÑO SE FAMILIARICE CON LOS APARATOS DENTALES. MUCHOS NIÑOS SE DARAN CUENTA RÁPIDAMENTE QUE EL DENTISTA ES UN MEDICO DIFERENTE A OTROS Y SUPERARAN PRONTO SUS TEMORES. (VER CUADRO 2.0)

OTRA FORMA EN QUE EL DENTISTA PUEDE AYUDAR AL NIÑO A ADAPTARSE AL TRATAMIENTO DENTAL ES RECOMENDAR A LOS PADRES QUE RETRASEN CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, COMO UNA AMIGDALECTOMÍA, HASTA TERMINAR EL TRATAMIENTO DENTAL. ESTE RETRASO, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, TIENE IMPORTANCIA PORQUE EL NIÑO PODRÍA SUPONER QUE TODOS LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS EN LA BOCA SON IDÉNTICOS. POR EJEMPLO, UNA AMIGDALECTOMÍA PUEDE IR SEGUIDA DE UNA HEMORRAGIA POST-OPERATORIA PROFUSA, Y EL NIÑO PODRÍA SUPONER QUE SE PRODUCE LA MISMA COMPLICACIÓN DESPUÉS DE CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL.

EN ALGUNAS OCASIONES LOS PADRES SE DAN CUENTA DE LOS TEMORES EXCESIVOS DEL NIÑO Y, AUNQUE CONOCEN LA CAUSA, RETRASAN EL MOMENTO DE LLEVAR AL NIÑO AL

CONSULTORIO PARA EL TRATAMIENTO DENTARIO CON EL FIN DE EVITAR NUEVAS SITUACIONES DESAGRADABLES. EL DENTISTA DEBE ANIMAR A LOS PADRES A QUE TRAIGAN A UN NIÑO TEMEROSO PORQUE LOS MIEDOS NO DESAPARECEN ESPONTÁNEAMENTE, SINO QUE IRÁN EN AUMENTO A MEDIDA QUE EL NIÑO SE HAGA MAYOR, A MENOS QUE SEAN COMBATIDOS DIRECTA E INTELIGENTEMENTE, TANTO POR LOS PROPIOS PADRES COMO POR EL DENTISTA.

TEMORES SUBJETIVOS.

SE BASAN EN SENTIMIENTOS Y ACTITUDES QUE HAN SIDO SUGERIDOS AL NIÑO POR PERSONAS QUE LE RODEAN, SIN QUE EL NIÑO LOS HAYA EXPERIMENTADO PERSONALMENTE. UN NIÑO PEQUEÑO ES MUY SUSCEPTIBLE A LA SUGESTIÓN. AL OIR DE ALGUNA SITUACIÓN DESAGRADABLE, O QUE PRODUJO DOLOR, SUFRIDA POR SUS PADRES U OTRAS PERSONAS, PRONTO DESARROLLARÁ MIEDO A ESA EXPERIENCIA.

EL NIÑO DE CORTA EDAD SUELE EXPERIMENTAR TEMOR A LO DESCONOCIDO Y A LAS EXPERIENCIAS NUEVAS, POR LO TANTO RESPONDE DE MANERA INESPERADA CON UNA CONDUCTA QUE SE CARACTERIZA POR VERGÜENZA, TIMIDEZ, DESAFIO O FALTA DE COOPERACIÓN. LA ENSEÑANZA GRADUAL DE LO QUE SIGNIFICA EL AMBIENTE DENTAL HARÁ QUE ESTOS TEMORES VAYAN DESAPARECIENDO.

UN TIPO DE TEMOR SUBJETIVO, RELATIVAMENTE COMÚN, ES AQUEL CAUSADO POR PROBLEMAS EMOCIONALES. EN ALGUNOS NIÑOS CON ESTE TIPO DE PROBLEMAS, LAS SESIONES DEBERÁN POSPONERSE TEMPORALMENTE. POR EJEMPLO, EL NIÑO DE CUATRO O CINCO AÑOS QUE TIENE PROBLEMAS EMOCIONALES PARA ADAPTARSE AL JARDIN DE NIÑOS DEBE RETRASAR SU PRIMERA VISITA DENTARIA HASTA QUE SE HAYA ACLIMATADO AL

AMBIENTE DE LA ESCUELA. LA LLEGADA DE UN HERMANITO, EL TRASLADO A OTRO MEDIO AMBIENTE O LA MUERTE DE UN FAMILIAR PRÓXIMO PUEDEN CREAR PROBLEMAS EMOCIONALES QUE HACEN CONVENIENTE UN APLAZAMIENTO EN LA PRESENTACIÓN DEL NIÑO AL DENTISTA.

LOS TRASTORNOS EMOCIONALES SON FRECUENTES EN LOS HIJOS DE PADRES DIVORCIADOS O EN LOS NIÑOS ADOPTADOS O QUE VIVEN EN HOGARES DE ADOPCIÓN. EN ESTOS NIÑOS SON DE PREVER PROBLEMAS DURANTE EL TRATAMIENTO.

DENTRO DE LOS TEMORES SUBJETIVOS TAMBIÉN ESTAN LOS ADQUIRIDOS POR MEDIO DE LA SUGESTIÓN DE ACTITUDES DE LOS FAMILIARES Y AMIGOS O COMPAÑEROS DE JUEGOS. CUANDO UN NIÑO ES MIEDOSO, ES POSIBLE QUE REFLEJE ACTITUDES FAMILIARES, CONFLICTOS DEL HOGAR O RIVALIDADES CON SUS HERMANOS O SUS COMPAÑEROS. EL DENTISTA PODRA DESCUBRIR DICHAS INFLUENCIAS SI ESTA ALERTA EN SU ENTREVISTA INICIAL CON EL PADRE. TAMBIÉN DEBE DAR INSTRUCCIONES EN EL MISMO SENTIDO A SU PERSONAL AUXILIAR, PARA QUE LE COMUNIQUEN CUALQUIER INFLUENCIA NOCIVA QUE PERCIBAN.

LOS PADRES A LOS CUALES EL TRATAMIENTO DENTAL LES PRODUCE ANSIEDAD EXAGERADA, A MENUDO INTENTAN OCULTARLO, PERO DECLARACIONES TALES COMO "NO ME GUSTA IR AL DENTISTA, PERO NUNCA SE LO HE DICHO AL NIÑO", O "CUANDO VOY AL DENTISTA LLEVO AL NIÑO CONMIGO PARA QUE SE VAYA ACOSTUMBRANDO", NOS REVELAN QUE A LOS PADRES LES ES DIFÍCIL OCULTAR SUS PROPIOS TEMORES Y SIN QUERERLO, LES PUEDEN TRANSMITIR ESTOS SENTIMIENTOS A SUS HIJOS. TAMBIÉN, TÍOS, PRIMOS, ABUELOS, AMIGOS, ETC., AUNQUE TENGAN LA BUENA INTENCIÓN DE TRATAR DE CALMAR LOS TEMORES DEL NIÑO APRENSIVO, PUEDEN PROYECTAR INADVERTIDAMENTE SUS PROPIAS REACCIONES ADVERSAS A LOS TRATAMIENTOS DENTALES. EL PADRE, ALGUN AMIGO O FAMILIAR QUE PROMETEN UNA RECOMPENSA PARA SOBORNAR AL NIÑO REBELDE ANTES DE

IR AL CONSULTORIO DEL DENTISTA, PUEDEN CAUSAR, SIN DARSE CUENTA TEMORES EN EL NIÑO.

LOS PADRES CON CONCEPTOS EQUIVOCADOS SOBRE LA SALUD DENTAL, RETRASAN LAS VISITAS AL CONSULTORIO DEL DENTISTA HASTA QUE SUS HIJOS PRESENTAN ALGUNA URGENCIA. DESAFORTUNADAMENTE, ESTAS SITUACIONES DE URGENCIA HACEN MÁS DIFÍCIL QUE EL NIÑO ACEPTÉ EL TRATAMIENTO DENTAL.

UN HERMANO O AMIGO MAYOR PUEDE INFLUIR POSITIVAMENTE PARA QUE EL PEQUEÑO EN EDAD PREESCOLAR ACEPTÉ LA VISITA AL DENTISTA, Y ÉSTE HA DE PROCURAR SU COLABORACIÓN. POR EJEMPLO, SE PUEDE PEDIR QUE VENGA AL CONSULTORIO UN HERMANO O HERMANA MAYOR PARA QUE ANIMEN AL PEQUEÑO. POR EL CONTRARIO, SI UNO DE ELLOS HAN MOLESTADO CON FRECUENCIA AL PEQUEÑO, LE ASUSTARÁ LA VISITA DENTAL. ES PROBABLE QUE EL NIÑO SE MUESTRE REBELDE AL TRATAMIENTO DENTAL SI TODOS SUS HERMANOS Y HERMANAS SON ADOLESCENTES O MAYORES. GENERALMENTE LOS HERMANOS MAYORES MIMAN A LOS PEQUEÑOS Y LOS VICIAN; EL HIJO ÚNICO TAMBIÉN PUEDE SER UN NIÑO MIMADO Y, POR LO TANTO, NO COOPERAR.

LOS COMPAÑEROS DE CLASE O DE JUEGOS QUE INCULCAN EN EL NIÑO MIEDO AL DENTISTA REPRESENTAN TAMBIÉN UNA AMENAZA INTANGIBLE. SIN EMBARGO A LOS COMPAÑEROS DE JUEGOS O DE CLASE QUE SE MUESTREN COOPERADORES SE LES PUEDE PEDIR QUE ACOMPAÑEN AL NUEVO PACIENTE AL CONSULTORIO DENTAL, PARA DARLE APOYO MORAL.

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE.

COMO YA SE MENCIONA, LA MAYORIA DE LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO CON ALGO DE APRENSIÓN Y MIEDO, E INCLUSIVE, ALGUNOS PUEDEN RESPONDER AL AMBIENTE

DENTAL CON UNA APRENSIÓN EXAGERADA, QUE SE MANIFIESTA POR UN RECHAZO A COOPERAR. POR LO GENERAL EL DENTISTA PUEDE PREVER ESTE TIPO DE RESPUESTA REVISANDO LA HISTORIA CLINICA GENERAL DEL NIÑO. LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS REFERENTES A TRATAMIENTOS RECIENTES O PROLONGADOS POR UN MÉDICO, TRATAMIENTOS DE URGENCIA U HOSPITALARIOS Y PROBLEMAS EMOCIONALES, NOS PUEDEN ADVERTIR DE UN POSIBLE PROBLEMA DE CONDUCTA. TAMBIÉN, SI SE TIENEN CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DEL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO, SE PUEDE SABER QUE NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL E INTELECTUAL SE DEBE ESPERAR EN LOS NIÑOS DE DIVERSAS EDADES. POR EJEMPLO, ES POSIBLE QUE A LOS DOS AÑOS EL NIÑO COOPERE Y SEA BIEN EDUCADO, MIENTRAS QUE A LOS DOS AÑOS Y MEDIO SE VUELVA DIFÍCIL Y CONTRADICTORIO; A LOS TRES ES AMIGABLE Y TIENE BUEN DOMINIO PROPIO, MIENTRAS QUE A LOS CUATRO O CUATRO Y MEDIO PUEDE VOLVER ATRÁS EN SU COMPORTAMIENTO Y ES DIFÍCIL DE CONTROLAR.

EL COMPORTAMIENTO POCO COOPERATIVO DE UN NIÑO EN EL CONSULTORIO, GENERALMENTE ESTÁ MOTIVADO POR DESEOS DE EVITAR LO DESAGRADABLE Y DOLOROSO. PUESTO QUE LOS NIÑOS ACTUAN POR IMPULSOS, EL MIEDO AL DOLOR PUEDE MANIFESTARSE EN CONDUCTA DESAGRADABLE, SIN QUE ESTO TENGA RELACIÓN CON LA RAZÓN O CON SABER QUE EXISTEN MOTIVOS PARA ASUSTARSE. EL DENTISTA TIENE A VECES DIFICULTADES PARA COMPRENDER ESA ACTITUD, EN OCASIONES ES DIFÍCIL PARA EL NIÑO DAR CUENTA DE SU COMPORTAMIENTO.

CUANDO EL NIÑO APRENDA QUE EN EL CONSULTORIO NO VA A LOGRAR NADA CON MALA CONDUCTA, PERDERÁ MOTIVACIÓN PARA SEGUIR COMPORTÁNDOSE ASÍ.

ES POR ESO QUE ES IMPORTANTE TRAER AL NIÑO AL DENTISTA DESDE UN PRINCIPIO PARA QUE SE FAMILIARICE CON EL DOCTOR Y CON EL MEDIO DENTAL. SI SE MANEJA AL NIÑO ADECUADAMENTE, ES MUY RARO QUE NO SE PUEDA OBTENER

COOPERACIÓN. MUCHO DEPENDE DE COMO LO IMPRESIONA EL ODONTÓLOGO Y COMO VA A GANAR SU CONFIANZA.

CUANDO SE HA ESTABLECIDO LA RELACIÓN, DEBERÁN REALIZARSE LOS TRABAJOS CORRECTIVOS SIN RETRASO. SI SE ESTÁ TRATANDO CON UN NIÑO ASUSTADO Y TEMEROSO DEBERÁ PRIMERO ELIMINARSE EL MIEDO Y SUSTITUIRLO POR SENSACIONES AGRADABLES Y AFECTO AL DENTISTA.

SI EL PROCEDIMIENTO TIENE QUE PRODUCIR DOLOR, AUNQUE SEA MINIMO, ES MEJOR PREVENIR AL NIÑO Y CONSERVAR SU CONFIANZA, QUE DEJARLE CREER QUE HA SIDO ENGAÑADO. TRATAR DE CONVENCER VERBALMENTE AL NIÑO PARA QUE PIERDA SU MIEDO SIN DARLE EVIDENCIAS CONCRETAS DEL PORQUÉ, NO ES MUY EFICAZ. DECIRLE AL NIÑO QUE NO DEBE SENTIRSE COMO SE SIENTE, INDICA CARENCIA DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES, PORQUE EL NIÑO NO PUEDE EVITAR SENTIRSE ASÍ.

PREPARACIÓN DE LA AYUDANTE DENTAL PARA EL TRATO CON EL PACIENTE.

LA AYUDANTE DENTAL PUEDE EJERCER UNA GRAN INFLUENCIA EN LA ACEPTACIÓN DEL NUEVO AMBIENTE POR PARTE DEL NIÑO. SU PAPEL COMIENZA CON LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA CON LA MADRE, PREVIA A LA VISITA, Y ASUME ESPECIAL IMPORTANCIA MIENTRAS CUMPLE SUS DEBERES DURANTE LA PRIMERA VISITA DEL PEQUEÑO AL CONSULTORIO. PARTE DE SU TAREA ES LA DE OBTENER INFORMACIÓN ESENCIAL ACERCA DEL NIÑO, SOLICITANDOLA A LA MADRE, Y DEBE DECIRLE A ELLA LAS NORMAS DEL CONSULTORIO. COMO LA AYUDANTE DENTAL ES UNA FIGURA DECISIVA EN EL ÉXITO DEL TRATO CON EL PACIENTE, EL DENTISTA LE HA DE DAR INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA GUIARLA EN LA CONDUCTA ADECUADA CON EL NIÑO, Y EN COMO DEBE LLEVAR LAS

CONVERSACIONES CON EL ACOMPAÑANTE.

CONVERSACIONES TELEFÓNICAS PREVIAS A LA VISITA.

CUANDO UN PADRE TELEFONEA AL CONSULTORIO PARA PEDIR CITA PARA EL NIÑO, LA AYUDANTE DEBE PREGUNTAR SI SE TRATA DE UNA VISITA URGENTE O UNA VISITA DE RUTINA QUE PUEDE CONCERTARSE PARA UNA FECHA POSTERIOR. EN AMBOS CASOS, LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA ENTRE EL PADRE Y LA AYUDANTE DENTAL TIENE UNA IMPORTANCIA DECISIVA, PORQUE LA CONDUCCIÓN DEL NIÑO Y EL PADRE EMPIEZA EN ESE MOMENTO.

a) LLAMADA DE URGENCIA.

LO IDEAL SERÍA QUE LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO NO FUESE POR UN TRATAMIENTO DE URGENCIA, PERO DESAFORTUNADAMENTE SON MUCHOS LOS NIÑOS QUE VEN POR PRIMERA VEZ AL DENTISTA POR UNA NECESIDAD IMPERATIVA. EN LA GUÍA DE ORIENTACIÓN SE ILUSTRAN VARIOS FACTORES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA CUANDO LOS PADRES LLAMAN POR TELÉFONO SOLICITANDO UN TRATAMIENTO DENTAL PARA SUS HIJOS. ESTA GUÍA OFRECE A LA AYUDANTE DENTAL UN ESQUEMA DE LOS CURSOS POSIBLES QUE PUEDE SEGUIR LA CONVERSACIÓN, ES DECIR, LAS PREGUNTAS ESENCIALES QUE HA DE HACER, LOS TIPOS DE RESPUESTAS QUE PUEDE ESPERAR DEL PADRE, Y LA REACCIÓN ADECUADA A CADA TIPO DE RESPUESTA. (VER CUADRO 2.1)

b) LLAMADA NORMAL.

CUANDO UN PADRE SOLICITA POR TELÉFONO UNA CITA PARA SU HIJO, LA AYUDANTE DENTAL ES LA ENCARGADA DE OBTENER LA INFORMACIÓN ADECUADA QUE SIRVA DE GUÍA PARA LA CONDUCTA QUE HAYA QUE SEGUIR CON EL NIÑO DURANTE SU VISITA AL CONSULTORIO. TAMBIÉN DEBE EXPLICAR EL SISTEMA SEGUIDO EN ÉSTE PARA TRATAR A

LOS NIÑOS, Y DEBE ACONSEJAR AL PADRE SOBRE LA MANERA DE PREPARAR AL CHICO PARA LA VISITA, CON EL FIN DE QUE REACCIONE EN FORMA FAVORABLE.

UN MÉTODO SENCILLO DE PREPARAR A LA AYUDANTE ES DARLE UNA LISTA CON UN CONJUNTO DE INSTRUCCIONES ESCRITAS QUE PUEDA UTILIZAR DURANTE LA CONVERSACIÓN CON EL PADRE. (VER CUADRO 2.2)

PREPARACION DEL NIÑO PARA LA CONSULTA.

DESPUÉS DE LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA CON EL PADRE, LA AYUDANTE ES LA ENCARGADA DE PROPORCIONAR MATERIAL IMPRESO QUE SE UTILIZA PARA PREPARAR AL NIÑO PARA SU PRIMERA CITA DENTAL. ESTE MATERIAL (VER CUADRO 2.3) SE PUEDE ENVIAR POR CORREO O PEDIRLE AL PADRE QUE PASE POR EL AL CONSULTORIO. ÉSTA NARRACIÓN ES MUY ÚTIL, YA QUE POR MEDIO DE ELLA SE LE DICE A LA MADRE LO QUE HAY QUE DECIR AL NIÑO PARA QUE NO SE ASUSTE ANTE LO DESCONOCIDO. TAMBIÉN INFORMA INDIRECTAMENTE A LOS PADRES QUE LA PRIMERA SESIÓN ES DIAGNÓSTICA, ADEMÁS SE LE ADVIERTE AL NIÑO QUE SU MADRE NO ESTARÁ CON EL MIENTRAS EL DENTISTA LO EXAMINA; POR LO TANTO CUANDO EL NIÑO LLEGA AL CONSULTORIO, GENERALMENTE ESTÁ PREPARADO PARA PASAR A LA SALA DE TRATAMIENTO. SI EL NIÑO MUESTRA TENOR EN EL CONSULTORIO, LA AYUDANTE O EL DENTISTA PUEDEN REPETIR LA HISTORIA, QUE PARA ENTONCES YA SERÁ FAMILIAR AL NIÑO, PARA CONSOLARLE EN SU APURO. LA NARRACIÓN AYUDA TAMBIÉN A EVITAR FALSAS INTERPRETACIONES SOBRE EL DÍA Y LA HORA DE LA CITA, PORQUE ÉSTA INFORMACIÓN APARECE POR ESCRITO.

CUADRO 2.0 HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE INFANTIL

NOMBRE DEL NIÑO _____ EDAD _____
DIRECCIÓN _____ TEL. _____ FECHA _____

1. ¿Goza su hijo de buena salud?
2. ¿Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida?
¿Por qué motivo?
3. ¿Ha estado hospitalizado?
4. ¿Ha estado sometido a tratamiento en la sala de urgencia?
5. ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento?
¿A cuáles?
6. ¿Toma su hijo algún medicamento actualmente?
¿De qué tipo?
7. ¿Ha tenido trastornos nerviosos, mentales o emocionales?
¿Qué trastornos?
8. Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las afecciones siguientes:

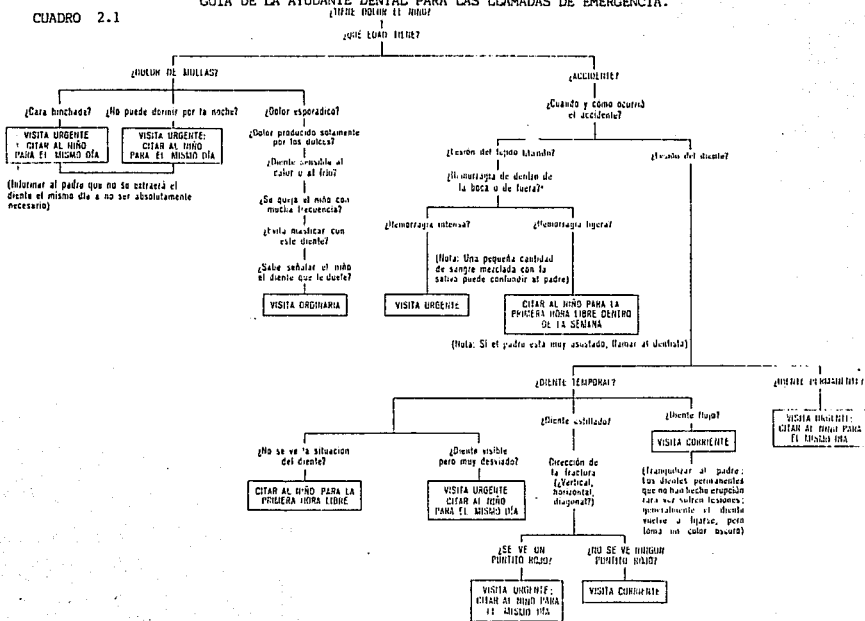
Asma	()	Epilepsia	()	Padecimientos Renales	()
Anemia	()	Cardiopatías	()	Trastornos del lenguaje	()
Hepatitis	()	Fiebre Reumática	()	Dificultad Respiratoria	()
9. ¿Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes?
¿Presenta equimosis (moretones) con facilidad?

10. ¿Tiene dificultades en la escuela?
11. ¿Padece o ha padecido su hijo alguno de los trastornos o enfermedades siguientes?
- a) Diabetes
- 1) ¿Tiene casi siempre sed?
- 2) ¿Tiene la boca seca con frecuencia?
- b) ¿Pérdida del conocimiento o ataques?
- c) ¿Inflamación o dolor en las articulaciones?
12. ¿Ha ido su hijo alguna vez al dentista?
- ¿Cómo se llama el dentista?
13. Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido o presenta alguno de los trastornos dentales siguientes:
- | | | | |
|-------------------|-----|------------------------|-----|
| Caries | () | Dientes deformados | () |
| Dolor de muelas | () | Dientes fracturados | () |
| Dientes sensibles | () | Manchas en los dientes | () |
| Otro [¿cuál?] | () | | |
14. ¿Ha aplicado algún dentista fluoruro a los dientes de su hijo?
- ¿Hace cuanto tiempo?
15. ¿Se chupa el pulgar u otro dedo? ¿Tiene algún hábito similar?
16. ¿Ha heredado alguna característica dental familiar? ¿Cuál?
17. ¿Ha prometido al niño alguna recompensa por venir al dentista?
- ¿Por qué motivo?

POR FAVOR, ANOTE AL REVERSO DE LA HOJA OTROS INFORMES QUE
CONSIDERE DE INTERES CON RELACIÓN A LOS ANTECEDENTES DE SU HIJO.

CUADRO 2.1

GUÍA DE LA AYUDANTE DENTAL PARA LAS LLAMADAS DE EMERGENCIA.



CUADRO 2.2

GUÍA DE LA AYUDANTE DENTAL PARA LAS LLAMADAS SOLICITANDO UNA CONSULTA INICIAL

Obtener la siguiente información de los padres:

1. Anotar el nombre correcto del paciente, dirección y número telefónico. Si la madre trabaja, pedir el número del teléfono del lugar en que está empleada.
2. Averiguar la edad del paciente y con qué nombre prefiere el niño que se le llame.
3. Si el paciente ha sido recomendado por otro dentista, preguntar al padre el motivo de la recomendación. (Esta información puede ser una llave para saber cómo se comportará el niño en el consultorio.)
4. Para determinar si el niño presenta algún problema, y en caso afirmativo, de qué importancia, formular las siguientes preguntas: "¿Tiene su niño alguna dificultad al andar, oír, o ver?", "¿Está tomando medicamentos?", "¿Entiende y responde a las indicaciones verbales?". (Muchos padres se resisten a contar estados subnormales de sus hijos por temor a que el dentista no los quiera tratar.)

Concertar una cita:

1. Pregunte al padre que horario le es más conveniente; si es posible, de acuerdo a la organización del consultorio, concerte una cita dentro de ese tiempo. De no ser así, informe a los padres que el dentista puede facilitar un impreso para justificar la falta del niño a la escuela.
2. Pida que ambos padres acompañen al niño, de ser posible, a la cita en que se les hará la explicación del tratamiento. Si los dos padres no pueden venir, pida que venga un familiar para que acompañe al niño mientras el dentista discute las necesidades dentales del chico con el padre.

Explique el procedimiento a seguir en la primera visita:

1. Informe al padre que se realizarán procesos de diagnóstico y otros relativamente inocuos para que el niño se familiarice gradualmente con el dentista y con el tratamiento dental.
2. Se limpiarán los dientes y se darán instrucciones de cepillado al niño y a los padres.
3. Se hará un cuidadoso y completo examen de la boca y se tomarán radiografías dentales. Si el padre pregunta, explíquele las precauciones tomadas por el dentista para proteger al niño de la radiación.
4. Si se pueden revelar las radiografías durante la primera visita, el dentista las mostrará a los padres y les explicará lo que encuentre en ellas. De lo contrario, esto se hará en la segunda visita. Antes de hacer ningún tratamiento dental, se informará a los padres del tratamiento específico que ha de hacerse, el número aproximado de citas para completarlo y el presupuesto.

5. Si se aprecian malposiciones dentarias, el dentista puede tomar moldes de los dientes para un estudio más completo.

Dar instrucciones a los padres para preparar al niño para la visita:

1. Explique a los padres que los niños se portan generalmente bien en las primeras visitas. Al niño no se le debe engañar para ir al dentista.
2. Dígale a los padres que le expliquen al niño que va a ir al dentista. Prevengalos de que no decepcionen al niño diciéndole que van a ir de compras o a alguna otra parte.
3. Dígale a los padres que se les enviará literatura para que la lean al niño antes de la visita al consultorio. Pídale que no hagan comentarios de lo que están leyendo porque pueden crear confusión o temor.

No intente hacer un diagnóstico del problema que presente el niño.

Cuando tenga duda de cómo responder a alguna pregunta de los padres, consulte al dentista.

CUADRO 2.3
NARRACIÓN PARA PREPARAR AL NIÑO PARA SU PRIMERA CITA DENTAL.

Estimada señora _____

Su niño tiene una cita con el Dr. Saúl Márquez el día _____ a las _____.

Cuando traiga a _____ al consultorio, el Dr. Márquez le solicita que permanezca en la sala de espera mientras él hace amistad con _____ y gana su confianza. Después del examen, el Dr. Márquez la invitará a entrar en la sala de consulta, donde le explicará el estado de salud dental de su hijo.

Antes de la primera visita, tenga la bondad de leer al niño la narración adjunta, repitiéndola por lo menos dos o tres veces en ocasiones distintas.

Muchas gracias,

Consultorio del Dr. Márquez.

NARRACIÓN

Los dentistas son médicos de los dientes y cuidan que tus dientes estén sanos. El Dr. Márquez tienen un consultorio especial para vigilar tus dientes. También tiene una ayudante especial que tú conocerás primero. Su nombre es Srita. Martha. Ella te presentará al Dr. Márquez. Mientras el doctor revisa tus dientes, tu mamá estará en la sala de espera leyendo revistas.

El Dr. Márquez tiene un bonito sillón en su consultorio que puede hacerse pequeño o grande. Lo ajustará de modo que estés cómodo. Tiene un espejito que colocará en tu boca para ver los dientes por detrás, y te pondrá una servilleta alrededor de tu cuello para que no te manches la ropa. También tiene un cepillo de dientes especial que limpia los dientes uno por uno y una pasta especial que sabe muy bien. Después usará unos pequeños instrumentos para limpiar tus dientes y pondrá en ellos un gel que se llama fluoruro, para que tus dientes estén fuertes.

Al Dr. Márquez le gustan los niños. Les explica exactamente lo que les va a hacer, cuándo colocará la servilleta, cuándo te limpiará los dientes y cuándo pondrá el gel. Cuando te toque tu turno podrás ir a verlo y conocer el sillón de su consultorio. Cuando regreses a casa le podrás contar a tu papá el rato tan agradable que has pasado en el consultorio del dentista.

CONTACTO PERSONAL DE LA AYUDANTE DENTAL CON EL NIÑO Y CON LA MADRE.

DURANTE LA PRIMERA VISITA SE DAN MÚLTIPLES OCASIONES EN QUE LA AYUDANTE ENTRA EN RELACIÓN DIRECTA CON EL NIÑO Y CON LA MADRE. EL DENTISTA DEBE PROCURAR QUE EL COMPORTAMIENTO DE LA AYUDANTE SEA ADECUADO EN TODAS ESTAS SITUACIONES.

SALUDO AL NIÑO Y A LA MADRE EN LA RECEPCIÓN.

LA AYUDANTE HA DE IR A SALUDAR AL NIÑO A LA SALA DE RECEPCIÓN EN CUANTO LLEGA. DEBE DIRIGIRSE AL PEQUEÑO POR SU NOMBRE (AL NIÑO LE SORPRENDE AGRADABLEMENTE QUE SEPAN SU NOMBRE), Y SALUDAR A LA MADRE. NO DEBE MOSTRARSE EXCESIVAMENTE AFECTUOSA, EMPLEAR UN LENGUAJE INFANTIL, NI ACERCARSE AL PEQUEÑO CON MOVIMIENTOS BRUSCOS. SI EL DENTISTA NO PUEDE RECIBIR AL NIÑO EN EL MOMENTO, LE DIRÁ QUE PUEDE JUGAR UN RATITO Y QUE ELLA VOLVERÁ PRONTO.

EN ESE MOMENTO ALGUNAS MADRES INTENTAN EXPLICAR LAS EXPERIENCIAS MÉDICAS O DENTALES PREVIAS DEL NIÑO ANTES DE QUE ACOMPAÑE A ÉSTE A LA SALA DE TRATAMIENTO; LA AYUDANTE HA DE ACLARAR QUE EL DOCTOR YA LO COMENTARÁ CON ELLA DESPUÉS DE EXAMINAR AL NIÑO. CUANDO LAS MADRES INSISTEN EN HABLAR CON EL DOCTOR ANTES DE QUE HAYA EXAMINADO AL NIÑO, LAS ACOMPAÑARÁ AL DESPACHO PRIVADO, O EL DOCTOR IRÁ A HABLAR CON ELLAS EN LA SALA DE RECEPCIÓN DESPUÉS DE QUE HAYAN LLEVADO AL PEQUEÑO A LA SALA DE TRATAMIENTO. DEBE HACERSE TODO LO POSIBLE PARA EXCLUIR AL NIÑO DE ESTAS CONVERSACIONES.

LA AYUDANTE HA DE ESPERAR VARIOS TIPOS DE COMPORTAMIENTO CUANDO HAY QUE SEPARAR AL NIÑO DE SU MADRE. CUANDO HAN VENIDO A CONSULTA MÁS DE UN NIÑO DE LA MISMA FAMILIA, LA AYUDANTE ACOMPAÑARÁ AL QUE DESEE PASAR PRIMERO. NO DEBE

ADULAR NI SOBORNAR AL NIÑO REACIO, SINO QUE LE ALABARÁ SU CAMISA, SU SUÉTER, SUS ZAPATOS O ALGUNA OTRA PRENDA PERSONAL. SI EL NIÑO INSISTE EN NO DEJAR A SU MADRE, LA AYUDANTE LE RECORDARÁ LA HISTORIA QUE RECIBIÓ POR CORREO. GENERALMENTE, EL NIÑO RESPONDERÁ; SI NO LO HACE, LA AYUDANTE PEDIRÁ PERMISO A LA MADRE PARA LLEVARLO A LA SALA DE TRATAMIENTO. PUEDE PERMITIR A LA MADRE QUE ACOMPAÑE A UN NIÑO MUY VERGONZOSO A LA SALA DE TRATAMIENTO, LO DEJE EN EL SILLÓN Y VUELVA A LA RECEPCIÓN. LA AYUDANTE LLAMARÁ AL DENTISTA PARA MANEJAR A UN NIÑO REBELDE. POR MALA QUE SEA LA CONDUCTA DEL NIÑO, HAY QUE TRANQUILIZAR A LA MADRE DICIÉNDOLE QUE LAS REACCIONES DEL NIÑO NO TIENEN NADA DE RARO, Y QUE, COMO LA MAYORÍA DE ELLOS, APRENDERÁ A COOPERAR.

OBTENCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

LA HISTORIA CLÍNICA TIENE UNA FUNCIÓN IMPORTANTE PORQUE PROPORCIONA AL DENTISTA LOS HECHOS ESENCIALES REFERENTES A LA SALUD FÍSICA Y EMOCIONAL DEL NIÑO, ASÍ COMO SUS PROBLEMAS ESPECÍFICAMENTE DENTALES; LE AYUDA A PREVER LA RESPUESTA DEL NIÑO A LAS VISITAS AL CONSULTORIO DENTAL; CONSTITUYE UN MEDIO PARA AVERIGUAR EL "C.I. DENTAL" DE LOS PADRES; Y SIRVE DE GUÍA PARA PLANEAR LAS CITAS FUTURAS Y PARA HACER LA EXPOSICIÓN DEL CASO A LOS PADRES.

AL LLEGAR LA MADRE Y EL NIÑO A LA SALA DE RECEPCIÓN, LA AYUDANTE ENTREGARÁ A LA PRIMERA UN CUESTIONARIO IMPRESO Y UN LÁPIZ. MIENTRAS LA MADRE CONTESTA EL CUESTIONARIO, PUEDE LLEVARSE AL NIÑO DIRECTAMENTE A LA SALA DE TRATAMIENTO. ESTO PROPORCIONA UNA OPORTUNIDAD PARA SEPARAR AL NIÑO DE LA MADRE, PUES LA AYUDANTE PUEDE DECIRLE: "TU MAMÁ TIENE QUE ESCRIBIR EN EL PAPEL MIENTRAS EL DOCTOR TE REvisa LOS DIENTES".

UN CUESTIONARIO CLÍNICO IMPRESO DA OPORTUNIDAD A LA MADRE PARA QUE ANOTE POR ESCRITO LA RAZÓN DE LA CONSULTA AL DENTISTA. LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ESCRITAS SUELEN SER MÁS REVELADORAS QUE LAS RESPUESTAS ORALES, E INFORMAN AL DENTISTA ACERCA DE DATOS QUE PODRÍAN PASAR POR ALTO EN SU INTERROGATORIO ORAL O DIAGNÓSTICO. EL PROGENITOR ANSIOSO SE MANTIENE OCUPADO MIENTRAS EXAMINAN AL NIÑO, Y LA AYUDANTE NO SE SIENTE ATADA POR TENER QUE CONTESTAR A LAS POSIBLES PREGUNTAS.

PREPARACIÓN DEL NIÑO PARA EL EXAMEN.

LOS NIÑOS NECESITAN QUE SE LES REPITAN CONSTANTEMENTE LAS INSTRUCCIONES. ANTES DE SUBIR AL SILLÓN HAY QUE ENSEÑARLE DÓNDE DEBE SENTARSE EXACTAMENTE. AJUSTANDO EL EQUIPO DENTAL, LA AYUDANTE PROCURARÁ QUE ESTÉ CÓMODO. NO DEBE INCLINARSE EL SILLÓN SIN AVISAR ANTES AL PEQUEÑO. SI HAY QUE ELEVARLO MUCHO, SE LE TRANQUILIZARÁ DICIÉNDOLE QUE ESTÁ SEGURO. LA SERVILLETA SE PINZA EN LA ROPA DEL NIÑO Y SE LE EXPLICA PARA QUE SIRVE. LUEGO SE LE ENSEÑAN EL ESPEJO, LA PASTA PROFILÁCTICA Y EL APARATO DE RAYOS X. EN ESTE MOMENTO ALGUNOS NIÑOS DESEAN HABLAR Y LA AYUDANTE DEBE ESCUCHAR LO QUE DICEN, SEA LO QUE FUERE. UN NIÑO HABLADOR SENTIRÁ MENOS MIEDO SI SE LE DEJA HABLAR. A VECES LA AUXILIAR SE ENTERA DE ALGÚN DETALLE QUE EL DENTISTA DEBE CONOCER, COMO POR EJEMPLO QUE EL NIÑO TIENE MIEDO DE QUE LO DUERMAN. COMO LA ANSIEDAD DEL NIÑO PUEDE SER PROFUNDA DEBIDO A LA SEPARACIÓN DE SU MADRE, LA AYUDANTE HA DE TRANQUILIZARLO ASEGURÁNDOLE QUE SU MADRE LE ESTÁ ESPERANDO.

HAY ALGUNAS COSAS QUE LA AYUDANTE NO DEBE HACER. SI EL NIÑO ES MUY APRENSIVO NO DEBE MOSTRARLE LOS INSTRUMENTOS DENTALES ANTES DE QUE HAYA

TENIDO TIEMPO DE ADAPTARSE AL NUEVO AMBIENTE. TAMPOCO DEBE DECIRLE QUE NO LE HARÁN DAÑO; SI PREGUNTA SI LE PONDRAN UNA "INYECCIÓN", HAY QUE DECIRLE QUE EL DENTISTA LE EXPLICARÁ LO QUE PIENSA HACER.

RELACIÓN CON EL NIÑO MIENTRAS EL DENTISTA REALIZA EL TRATAMIENTO.

LA AYUDANTE DENTAL DEBE APRENDER A GUARDAR SILENCIO Y DEJAR QUE EL DENTISTA EXPLIQUE LAS MANIOBRAS DEL TRATAMIENTO SIN INTERRUMPIRLE. NO HA DE PERMITIR QUE EL NIÑO TOQUE LOS INSTRUMENTOS SIN AUTORIZACIÓN DEL DENTISTA. AL AJUSTAR LA LÁMPARA DE OPERACIONES, NO SE DEBE ENFOCAR DIRECTAMENTE A LOS OJOS DEL NIÑO. HAY QUE ADVERTIRLE CUANDO SE VAYAN A PRODUCIR RUIDOS FUERTES O EXTRAÑOS, ESPECIALMENTE EL RUIDO DE LA PIEZA DE MANO O DEL SUCCIONADOR. CUANDO EL DENTISTA TENGA QUE SALIR DE LA HABITACIÓN, LA AYUDANTE SE QUEDARÁ CON EL NIÑO.

LA AYUDANTE SE HA DE OCUPAR TAMBIÉN DE LA MADRE QUE ESTÉ PREOCUPADA POR EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO. A ESTOS PADRES SE LES PUEDE PERMITIR QUE SE ASOMEN UN MOMENTO A LA SALA DEL TRATAMIENTO, SIN DECIR NADA, PARA QUE VEAN AL NIÑO Y SE CALME SU INQUIETUD. TAMBIÉN PUEDE IR LA AYUDANTE A LA SALA DE RECEPCIÓN Y DECIR A LA MADRE ANSIOSA QUE EL NIÑO SE ESTÁ PORTANDO BIEN.

RETORNO DEL NIÑO A LA SALA DE RECEPCIÓN DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

ANTES DE QUE EL NIÑO SE LEVANTE DEL SILLÓN, LA AYUDANTE DEBE COMPROBAR QUE LLEVA LA CARA LIMPIA. CUANDO SE HA UTILIZADO UN ANESTÉSICO LOCAL, SE

COLOCA UN ROLLO DE ALGODÓN ENTRE LOS LABIOS DEL NIÑO (COMO SI FUERA UN CIGARRILLO). LA AYUDANTE DENTAL LE DIRÁ QUE CONSERVE EL ALGODÓN EN SU SITIO HASTA QUE DESAPAREZCA LA SENSACIÓN CURIOSA QUE NOTA EN LOS LABIOS. LUEGO AYUDARÁ AL NIÑO A BAJAR DEL SILLÓN, LE ELOGIARÁ POR SU BUEN COMPORTAMIENTO Y LE ACOMPAÑARÁ A LA SALA DE RECEPCIÓN. NO DEBE PERMITIRSELE QUE SE ENTRETENGA EN LA SALA DE TRATAMIENTO. NO OBSTANTE, SI LLORA, LA AYUDANTE DEBE PROCURAR POR TODOS LOS MEDIOS QUE SE CALME ANTES DE LLEVARLO JUNTO A SUS PADRES.

CONVERSACIÓN CON LA MADRE Y EL NIÑO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

A LA MADRE HAY QUE DECIRLE, DELANTE DEL NIÑO, QUE ÉSTE SE HA PORTADO BIEN, AUNQUE SU CONDUCTA HAYA DEJADO QUE DESEAR. NO DEBE AVERGONZARSE AL NIÑO QUE NO HAYA RESPONDIDO BIEN, NI COMPARAR SU CONDUCTA CON LA DE UN HERMANO O HERMANA QUE SE HAYAN COMPORTADO COMO PACIENTES DÓCILES.

SI EL NIÑO TIENE QUE VOLVER PARA PROSEGUIR EL TRATAMIENTO, LA AYUDANTE LES DARÁ POR ESCRITO LA CONFIRMACIÓN DE LA PRÓXIMA SESIÓN.

RELACIÓN DEL DENTISTA CON EL NUEVO PACIENTE PREESCOLAR Y CON LA MADRE.

CUANDO LOS PADRES Y EL NIÑO SE PREPARAN DEBIDAMENTE PARA LA VISITA INICIAL, EL DENTISTA TENDRÁ POCOS PACIENTES PREESCOLARES QUE NO COOPEREN DURANTE SU PRIMER EXAMEN DENTAL. SIN EMBARGO, COMO SON MUCHOS LOS FACTORES DESCONOCIDOS PERSONALES Y AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO, EL DENTISTA DEBE PROCEDER CON CAUTELA AL ESTABLECER UNA RELACIÓN CON EL NUEVO PACIENTE PREESCOLAR. UNA CONDUCTA INADECUADA PUEDE PRODUCIR TEMOR A UN NIÑO

NIÑO RELATIVAMENTE TRANQUILO O AUMENTARLO SI YA EXISTÍA. ASI MISMO, COMO LA ANSIEDAD SE COMUNICA FÁCILMENTE DE LOS PADRES A LOS HIJOS, O VICEVERSA, EL DENTISTA HA DE HACER UN ESFUERZO ESPECIAL PARA CONDUCIRSE CON EL MAYOR TACTO POSIBLE CON LOS PADRES. A CONTINUACIÓN SE SUGIERE UNA PAUTA DE CONDUCTA GENERAL DEL DENTISTA CON EL PACIENTE PREESCOLAR Y SUS PADRES DURANTE LA VISITA INICIAL Y LAS SUBSIGUIENTES.

RELACIÓN CON LA MADRE.

a) ANTES DE LA PRIMERA VISITA.

EL DENTISTA DEBE ANIMAR A LOS PADRES ANSIOSOS O AL NIÑO QUE TIENE MIEDO, A QUE VISITEN EL CONSULTORIO ANTES DEL DÍA DEL EXAMEN. SI EL DENTISTA SE DA CUENTA DURANTE LA CONVERSACIÓN CON LOS PADRES DE QUE ÉSTOS SON INCAPACES DE DAR APOYO MORAL A UN NIÑO APRENSIVO, LES ACONSEJARÁ QUE SEA UN PARIENTE O UN AMIGO QUIEN LO ACOMPAÑE AL CONSULTORIO DURANTE LA PRIMERA VISITA.

b) DURANTE LA VISITA EN EL CONSULTORIO.

COMO LOS PADRES SE SIENTEN INCÓMODOS CUANDO UN NIÑO MUESTRA DEMASIADO MIEDO, EL DENTISTA LOS DEBE TRANQUILIZAR DICIÉNDOLES QUE ESTE TIPO DE REACCIÓN NO ES RARO. SI EL PROGENITOR ACOMPAÑA AL NIÑO A LA SALA DE TRATAMIENTO, EL DENTISTA LE DEBE PEDIR QUE NO HABLE CON EL NIÑO MIENTRAS ESTÉN ALLÍ. EL DENTISTA DEBE LIMITAR SU CONVERSACIÓN CON LA MADRE MIENTRAS ESTÉN EN LA SALA DE TRATAMIENTO Y HA DE ABSTENERSE DE COMENTAR LOS PROBLEMAS DENTALES PRESENTES O FUTUROS DEL NIÑO EN PRESENCIA DE ÉSTE. LA MADRE NO DEBE PERMANECER EN LA SALA AL INICIAR EL TRATAMIENTO, SINO QUE LA AYUDANTE LA ACOMPAÑARA A LA RECEPCIÓN.

c) DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DEL NIÑO.

EL DENTISTA DEBE FELICITAR A LA MADRE DEL NIÑO QUE SE HAYA COMPORTADO BIEN, PERO NO CRITICARÁ AL QUE HAYA MOSTRADO UNA CONDUCTA INACEPTABLE. TAMBIÉN DEBE ELOGIAR A LA MADRE QUE SE INTERESA POR LA SALUD DENTAL DE SU HIJO Y POR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS. ASI MISMO, HAY QUE DECIRLE QUE ES MEJOR NO COMENTAR INMEDIATAMENTE LAS EXPERIENCIAS DENTALES DEL NIÑO, SINO QUE TAL VEZ TRANSCURRAN ALGUNAS SEMANAS ANTES DE QUE SEA EL MOMENTO DE HACERLO. CUANDO EL NIÑO POR SU PROPIA VOLUNTAD DESEE COMENTARLAS, LA MADRE DEBE TOMAR NOTA DE LAS MANIOBRAS QUE LE RESULTARON DESACRADABLES Y DECIRSELO AL DENTISTA. HAY QUE ADVERTIR A LA MADRE QUE NO DEBE PREGUNTAR: "¿TE HA HECHO DAÑO EL DENTISTA?", O "¿TE HA PUESTO UNA INYECCIÓN?". ASIMISMO HA DE TENER LA PRECAUCIÓN DE INTERESARSE POR SUS COMENTARIOS PERO NO MOSTRARSE DEMASIADO SENSIBLE ANTE SUS QUEJAS. AL NIÑO SE LE DEBE HACER ENTENDER QUE SU MADRE Y EL DENTISTA COOPERAN POR SU BIEN.

RELACIÓN CON EL NIÑO.

EL DENTISTA DEBE DIRIGIRSE AL NIÑO POR SU NOMBRE O POR EL DIMINUTIVO FAMILIAR Y HA DE TENER PRESENTE QUE ES POSIBLE QUE NO LE CONTESTE SI LE LLAMA POR SU NOMBRE Y ÉL DESEA SER LLAMADO CON EL DIMINUTIVO FAMILIAR. SE HA DE PRESENTAR AL NIÑO Y DIRIGIRLE ALGUNA PALABRA DE ELOGIO, AUNQUE LA AYUDANTE YA LO HAYA HECHO. NO OBSTANTE, NO DEBE ESPERAR QUE LE DÉ CONVERSACIÓN NI HA DE FORZAR AL NIÑO A QUE LO HAGA. AUNQUE ALGUNOS PEQUEÑOS EXTERIORIZAN SU MIEDO CON GRITOS Y PATADAS, OTROS DISIMULAN SU ANSIEDAD Y SU TEMOR QUEDÁNDOSE QUIETOS Y CALLADOS. EL DENTISTA HA DE ESTIMULAR AL NIÑO PARA QUE EXPONGA SUS TEMORES PREGUNTÁNDOLE ALGO POR EL ESTILO DE "¿SABES LO QUE HACEN LOS

DENTISTAS?", O "¿TIENES MIEDO?", O DICIÉNDOLE QUE SI HAY ALGUNA COSA QUE LE MOLESTA QUE SE LA DIGA.

DEBEN EVITARSE LAS CONVERSACIONES PROLONGADAS SOBRE TEMAS NO RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DENTAL. LAS EXPLICACIONES PREVIAS DE LA AUXILIAR DENTAL PUEDEN COMPLETARSE ENSEÑANDO AL NIÑO LOS INSTRUMENTOS RUIDOSOS; POR EJEMPLO, EL SUCCIONADOR O LA PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD. HAY QUE EVITAR LOS TÉRMINOS DENTALES COMPLICADOS Y UTILIZAR FRASES CORTAS: "ESTO ES UN ESPEJO", O "ESTO ES UNA PASTA DE DIENTES ESPECIAL". NO HAY QUE ESPERAR QUE EL NIÑO RESPONDA INMEDIATAMENTE, Y SE LE DEBE DAR TIEMPO PARA QUE PIENSE EN LO QUE LE HA DICHO. HA DE PERMITÍRSELE QUE TOQUE LOS OBJETOS USADOS EN EL TRATAMIENTO, ASÍ COMO TOMAR EL ESPEJO, LA COPA DE HULE, O TOCAR EL APARATO DE RADIOGRAFÍA. HASTA SE LE PUEDE PERMITIR QUE "AYUDE" DURANTE EL TRATAMIENTO SOSTENIENDO EL ESPEJO, LA PASTA DE DIENTES O LA JERINGA DE AIRE. NO OBSTANTE, HAY QUE ADVERTIRLE QUE NUNCA DEBE TOMAR LAS MANOS DEL DENTISTA. SI EL RUIDO DE LA PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD LE ASUSTA, SE LE PUEDEN COLOCAR UNOS AUDIFONOS CON MÚSICA APROPIADA PARA NIÑOS. PARA ENJUAGAR LA BOCA ES PREFERIBLE EL USO DE LA JERINGA DE AGUA AL DE LOS VASOS DE PAPEL, PORQUE LOS NIÑOS A VECES PRETENDEN GANAR TIEMPO PIDIENDO UN SORBO DE AGUA CADA MOMENTO. SE LE ENSEÑARÁ LA ESCUPIDERA Y SE LE DIRÁ CÓMO SE HA DE ENJUAGAR LA BOCA, AYUDÁNDOLE SIEMPRE QUE SE INCLINE PARA VACIAR LA BOCA.

ES CONVENIENTE EXPLICARLE LO QUE SE VA A HACER ESE DÍA Y DECIRLE EL TIEMPO QUE HA DE PASAR EN EL SILLÓN. NO DEBE REALIZARSE MÁS TRATAMIENTO QUE EL ANUNCIADO PREVIAMENTE, SIN SU AUTORIZACIÓN.

HAY QUE ADVERTIR AL NIÑO CUANDO UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO PUEDE CAUSARLE MOLESTIAS, PERO SE EVITARÁN LAS PALABRAS COMO: CORTAR, FRESAR,

INYECTAR, QUEMAR, AFLIADO, SANGRE, ARRANCAR, AGUJA, PICAR; POR EJEMPLO, EN VEZ DE DECIRLE "VAMOS A PONERTE UNA INYECCIÓN", PODEMOS DECIR: "VAMOS A PONER ALGO EN TUS ENCIAS QUE SE SENTIRA COMO UN PELLIZQUITO"; EN VEZ DE LA PALABRA "FRESA", QUE PARA UN NIÑO SIGNIFICA HACER HOYOS EN EL DIENTE, DIREMOS: "VAMOS A CEPILLAR LOS BICHOS MALOS Y SACARLOS DE TUS DIENTES".

NO DEBE CONTRADECIRSELE CUANDO DICE QUE "DUELE". HAY QUE ENSEÑARLE ALGÚN SIGNO, POR EJEMPLO, LEVANTAR LA MANO, PARA ADVERTIR AL DENTISTA QUE ALGUNA MANIOBRA LE MOLESTA.

EN LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS SE DEBE COLOCAR UN DIQUE DE HULE (ACTUALMENTE HAY UNA PRESENTACIÓN CON SABORIZANTES ARTIFICIALES). ÉSTE EVITA QUE EL NIÑO PARLANCHIN HABLE DEMASIADO, LE PROTEGE CONTRA LOS SABORES DESAGRADABLES E IMPIDE QUE CAIGA MATERIAL SOBRE LA LENGUA. AHORRA TIEMPO AL DENTISTA PORQUE ELIMINA LA NECESIDAD DE LIMPIAR LA BOCA DEL NIÑO Y LA DE VOLVER A COLOCAR EN POSICIÓN CORRECTA LA CABEZA Y LA LÁMPARA OPERATORIA CADA VEZ, LO CUAL PERMITE AL OPERADOR REALIZAR EL TRATAMIENTO CON CONFIANZA, RAPIDEZ Y EFICACIA.

ES CONVENIENTE DAR AL NIÑO UN ESPEJO DE MANO CON EL CUAL PUEDA OBSERVAR EL TRATAMIENTO Y COMPROBAR QUE NO DESTRUYEN NI ARRANCAN NADA. SI ES NECESARIO EXTRAER UN DIENTE TEMPORAL, HAY QUE ADVERTIRLE QUE EL DENTISTA "MOVERÁ UN POQUITO EL DIENTE FLOJO". MIENTRAS EL DENTISTA NO EFECTÚA EL TRATAMIENTO, SE ENTRETENDRÁ AL PEQUEÑO CON JUGUETITOS QUE TENGAN PARTES MOVIBLES.

CONDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO EN UN NIÑO DE MENOS DE UN AÑO.

EN ALGUNAS OCASIONES LOS PADRES PIDEN AL DENTISTA QUE EXAMINE A UN NIÑO

QUE TODAVÍA NO HA CUMPLIDO UN AÑO. TAL PETICIÓN SUELE OBEDECER A UN RETRASO EN LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, A LA PRESENCIA DE DIENTES DEFORMADOS O MANCHADOS, A LA EXISTENCIA DE UN DIENTE NATAL O UNA INSERCIÓN DEL FRENILLO QUE PARECE ANORMAL; O SIMPLEMENTE A QUE EL PADRE DESEA QUE EL DENTISTA EXAMINE UN DIENTE NUEVO. COMO PARA EL EXAMEN INTRAORAL SE REQUIERE UNA BUENA FUENTE LUMINOSA, NO DEBE EXAMINARSE AL NIÑO EN LA SALA DE RECEPCIÓN. EN SU LUGAR HAY QUE LLEVAR A MADRE E HIJO A LA SALA DE TRATAMIENTO E INVITAR A LA PRIMERA A QUE SE SIENTE EN EL SILLÓN DENTAL CON UN COJÍN EN EL REGAZO PARA APOYAR AL NIÑO. ASÍ TENDRÁ LAS MANOS LIBRES PARA SUJETAR AL PEQUEÑO MIENTRAS EL DENTISTA LE EXAMINA LA BOCA. ÉSTE DEBE EVITAR LOS MOVIMIENTOS BRUSCOS DEL SILLÓN DENTAL PARA NO SORPRENDER AL NIÑO. HAY QUE ASEGURAR A LA MADRE QUE LOS GRITOS CONSTITUYEN UNA RESPUESTA NORMAL A ESA EDAD Y QUE DE HECHO FACILITAN EL EXAMEN DE LA BOCA DEL BEBÉ. EL DENTISTA SE HA DE LAVAR LAS MANOS CON AGUA CALIENTE ANTES DE TOCAR AL NIÑO PARA QUE LA MANO FRÍA NO LE ESTIMULE DE MANERA DESAGRADABLE.

COMENTARIOS FINALES

CADA NIÑO DEBERÁ RECIBIR LA ATENCIÓN COMPLETA DEL DENTISTA. REALICE SUS DEBERES CON DESTREZA, RAPIDEZ Y MUCHO CUIDADO; NO PIERDA TIEMPO O MOVIMIENTOS. EL NIÑO PUEDE SOPORTAR MOLESTIAS SI SABE QUE PRONTO ACABARÁN.

NUNCA DEJE A UN PACIENTE MUY PEQUEÑO SENTADO SOLO EN LA SILLA, YA QUE SUS TEMORES, AUN NO DISIPADOS POR COMPLETO, PUEDEN AGRANDARSE.

SIEMPRE TRATE AL NIÑO COMO SI FUERA EL UNICO PACIENTE QUE ATIENDE EN ESE DÍA.

CAPITULO III

PLAN DE TRATAMIENTO Y PRESENTACIÓN DEL CASO A LOS PADRES.

ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO EN EL PACIENTE PREESCOLAR, EL DENTISTA DEBE TRAZAR UN PLAN ESPECÍFICO DEL MISMO, QUE COMPRENDA UN PROGRAMA DE CITAS, UNA ESTIMACIÓN DEL TRATAMIENTO QUE HAY QUE HACER EN CADA UNA DE ELLAS Y EL COSTO TOTAL, CON EL FIN DE QUE SIRVA DE ORIENTACIÓN TANTO PARA ÉL MISMO COMO PARA LA AYUDANTE. EL PLAN DE TRATAMIENTO PERMITE QUE LA AUXILIAR PREVEA LAS NECESIDADES DEL DENTISTA Y PREPARE LOS INSTRUMENTOS ADECUADOS Y EL EQUIPO QUE SE HA DE UTILIZAR EN CADA CITA. EL DENTISTA TAMBIÉN ACTUARÁ CON MAYOR EFICACIA PORQUE LAS DECISIONES SE HAN MEDITADO CON TIEMPO Y ASÍ SE EVITAN RETRASOS EN LAS SESIONES DE TRATAMIENTO.

FORMA Y CONTENIDO DE LA "HOJA DE LOS PADRES".

DESPUÉS DE COMPLETAR EL PLAN DE TRATAMIENTO, EL DENTISTA DEBE PREPARAR UNA HOJA PARA LOS PADRES, EN LA CUAL SE EXPONEN EN LENGUAJE SENCILLO LAS NECESIDADES DENTALES DEL NIÑO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO QUE SE PROPONE (VER CUADRO 3.0). LAS VENTAJAS DE LA EXPOSICIÓN ESCRITA DESTINADA A LOS PADRES SON MUCHAS. PROPORCIONA UNA VISIÓN GLOBAL DE LA SALUD DENTAL DEL NIÑO, ESPECIFICA TANTO EL TRATAMIENTO INMEDIATO QUE SE REQUIERE COMO LAS FUTURAS NECESIDADES DENTALES, E INFORMA A LOS PADRES SOBRE LA IMPORTANCIA DEL

CUADRO 3.0

"HOJA DE LOS PADRES" EN LA CUAL SE EXPONEN LAS NECESIDADES DENTALES DEL NIÑO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO QUE SE PROPONE.

Nombre del niño _____ Fecha _____

Examen: Dientes muy propensos a la caries - cinco tienen cavidades y uno presenta un absceso-. El niño no cepilla la parte interna de los dientes inferiores ni la parte externa de los superiores. Los dientes encajan bien (oclusión normal). El lateral superior temporal izquierdo y el lateral permanente izquierdo están ausentes. El segundo premolar izquierdo permanente tiene un desarrollo lento. El central superior izquierdo temporal está amarillo debido a un traumatismo. El canino inferior izquierdo tiene una mancha que no es caries. El lateral permanente superior derecho tiene una malformación y será siempre pequeño. Los primeros molares permanentes harán su erupción muy pronto.

Tratamiento recomendado: Limpieza, tratamiento con fluoruro de sodio, revisar la dieta. Cinco dientes necesitan tratamiento. Dos dientes anteriores superiores necesitan rellenarse con resina. El estado del primer molar temporal inferior derecho es dudoso y puede necesitar: 1) obturación común de amalgama; 2) terapia pulpar indirecta si la cavidad está cercana al nervio (dos visitas: en la primera se colocará una obturación con medicamento y ocho semanas después se evaluará el estado del diente; si está bien, se colocará una amalgama); 3) extirpación del nervio si la cavidad se extiende hasta el nervio del diente (se tratará el diente y se colocará una corona de acero inoxidable). El primer molar temporal inferior izquierdo habrá de ser extraído y se colocará un mantenedor de espacio. El segundo molar temporal inferior izquierdo necesita una amalgama.

Número aproximado de citas: 6 (7 si se necesita terapéutica pulpar).

Presupuesto: (Basado en el examen actual y el tratamiento arriba recomendado).

Observaciones para cuidados futuros: Los dientes centrales inferiores permanentes harán su erupción apinados; será necesario un control cuando el niño tenga siete u ocho años. También en este tiempo se le tomarán radiografías de control de la zona anterior superior para determinar si será necesario un mantenedor de espacio para los dientes permanentes ausentes o si se permitirá al canino moverse hacia el espacio. Los primeros molares permanentes deben examinarse cuando hagan su erupción. Volver en agosto para limpieza, tratamiento de fluoruro, radiografías para control de caries.

TRATAMIENTO DENTAL PREVENTIVO. TAMBIÉN LES INFORMA SOBRE LOS HONORARIOS Y ELIMINA DISCUSIONES ACERCA DE LOS MISMOS O DE UNA DETERMINADA FORMA DE TRATAMIENTO DESPUÉS DE HABER INICIADO ÉSTE. PROPORCIONA A LA MADRE O A LA PERSONA QUE HAYA ACOMPAÑADO AL NIÑO UNA PRUEBA TANGIBLE DE LO QUE EL DENTISTA HA DICHO SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ES NECESARIO Y SOBRE EL COSTO DE ÉSTE. SI MÁS DE UN NIÑO DE LA MISMA FAMILIA NECESITA TRATAMIENTO, LA HOJA DEL PADRE PERMITE RECORDAR A ÉSTE LAS NECESIDADES DE CADA UNO DE LOS NIÑOS.

EL DENTISTA DEBE DISPONER DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN ORAL, DE LA HISTORIA CLÍNICA, LAS RADIOGRAFÍAS Y OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS AUXILIARES ANTES DE TRAZAR EL PLAN DE TRATAMIENTO Y LLENAR LA HOJA DE LOS PADRES. SI LAS RADIOGRAFÍAS SE REVELAN DURANTE LA PRIMERA CITA DEDICADA AL DIAGNÓSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO ES SENCILLO, ESTE SE PUEDE TRAZAR Y LLENAR LA HOJA DE LOS PADRES MIENTRAS REvisa LAS RADIOGRAFÍAS CON ELLOS. DE NO SER ASÍ, SE HA DE PLANEAR LA EXPOSICIÓN DEL CASO EN LA SEGUNDA VISITA, Y LA HOJA DE LOS PADRES SE ENTREGARÁ DURANTE LA MISMA.

ESTA HOJA DEBE REDACTARSE POR DUPLICADO PARA ENTREGAR UN EJEMPLAR A LOS PADRES Y CONSERVAR OTRO CON LA FICHA DEL NIÑO. SE DEBE REDACTAR EN TÉRMINOS SENCILLOS (SÓLO SE USARÁN TÉRMINOS PROFESIONALES CUANDO LOS PADRES SEAN PERSONAS MUY CULTAS) Y SE DEBE INDICAR CLARAMENTE SI EL TRATAMIENTO SE HACE EN DIENTES TEMPORALES O PERMANENTES. EN LA HOJA DEBE PONERSE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE.

HALLAZGOS.

- a) ACTIVIDAD DE LA CARIES E HIGIENE ORAL.

EN RESPUESTA A LA PREGUNTA USUAL DE LOS PADRES "¿TIENE ALGUNA MUELA PICADA?", EL DENTISTA DEBE ANOTAR EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LA CARIES: "NO PADECE CARIES", "CARIES MODERADA", O "SUSCEPTIBLE A LA CARIES". UN DETALLE ADICIONAL SOBRE EL NIVEL DE HIGIENE ORAL SERVIRÁ PARA PREPARAR AL PROGENITOR PARA EL PROGRAMA PREVENTIVO.

b) OCLUSIÓN.

SI LA OCLUSIÓN ES NORMAL, EL DENTISTA ANOTARÁ: "LOS DIENTES ENCAJAN BIEN". CUANDO HAY UNA MALOCCLUSIÓN EN POTENCIA, EL DENTISTA PUEDE ANOTAR: "LOS INCISIVOS SUPERIORES ESTÁN MUY SALIDOS Y DEMASIADO ALTOS DE UN LADO (MORDIDA ABIERTA); LOS DIENTES POSTERIORES ENCAJAN BIEN".

c) ANOMALÍAS DE LA DENTICIÓN.

SE DESCRIBIRÁN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS DE DIENTES SUPERNUMERARIOS, FUSIONADOS, GEMINADOS, LA FALTA CONGÉNITA DE DIENTES TEMPORALES O PERMANENTES Y DEMÁS ANOMALÍAS, ASÍ COMO LOS POSIBLES EFECTOS DE ÉSTAS SOBRE LA DENTICIÓN SUBSIGUIENTE: "INCISIVO SUPERIOR LATERAL TEMPORAL EXTRA; INCISIVO LATERAL PERMANENTE EXTRA". (CUANDO SE EMPLEEN TÉRMINOS COMO INCISIVO LATERAL TEMPORAL DEBEN ILUSTRARSE CON UN DIBUJO O UNA FOTOGRAFÍA; CUADRO 3.1).

d) GRADO DE DESARROLLO Y POSICIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES.

SE DEBE INFORMAR SOBRE LOS DIENTES PERMANENTES QUE SE DESARROLLAN EN EL SENO DE LOS MAXILARES: NÚMERO PRESENTE, AUSENCIA DE UNO O MÁS DIENTES PERMANENTES, GRADO DE DESARROLLO DENTAL (AVANZADO O RETRASADO), Y RELACIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES EN DESARROLLO CON LOS DIENTES TEMPORALES.

e) COLORACIÓN DEL DIENTE

ESTA ES UNA CUESTIÓN QUE PREOCUPA ESPECIALMENTE A LOS PADRES, Y CONVIENE DAR

LA EXPLICACIÓN DE CUALQUIER COLORACIÓN QUE SE OBSERVE. HAY QUE DISTINGUIR ENTRE LA COLORACIÓN ANORMAL GENERALIZADA DE TODOS LOS DIENTES Y LAS MANCHAS LOCALIZADAS EN UNO O MÁS DE ELLOS. CUANDO LA COLORACIÓN ES GENERAL Y EN LA HISTORIA HAY ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO CON TETRACICLINA, EL DENTISTA PUEDE ANOTAR: "COLORACIÓN DEBIDA PROBABLEMENTE A LA TETRACICLINA". LAS MANCHAS LOCALIZADAS QUE LOS PADRES CONFUNDEN A MENUDO CON CRIES, SUELEN SER ZONAS DE HIPOPLASIA SITUADAS EN LA CARA LABIAL DE LOS CANINOS TEMPORALES, QUE PUEDEN NO SER DE CRIES. TALES ZONAS SE ANOTAN COMO: "MANCHA OSCURA EN EL CANINO INFERIOR IZQUIERDO; NO ES UNA CRIES". ES FRECUENTE QUE APAREZCAN MANCHAS EN LOS DIENTES TEMPORALES DESPUÉS DE UNA LESIÓN TRAUMÁTICA. DEBE ANOTARSE: "EL GOLPE RECIBIDO POR EL DIENTE PROBABLEMENTE ORIGINÓ LA MANCHA; ES POSIBLE QUE ESTÉ AFECTADO EL NERVIO".

f) INFECCIÓN.

CUANDO SE PRESENTA UN ABSCESO DENTAL HAY QUE PONERLA EN CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y ANOTAR: "EL INCISIVO CENTRAL TEMPORAL SUPERIOR DERECHO PRESENTA UN ABSCESO", O "EN LA RADIOGRAFÍA SE APRECIA UNA ZONA INFECTADA ALREDEDOR DE LA RAÍZ DEL PRIMER MOLAR TEMPORAL DERECHO INFERIOR".

TRATAMIENTO DENTAL RECOMENDADO.

EL DENTISTA DEBE PLANEAR EL TRATAMIENTO POR CUADRANTES, E INICIARLO POR EL CUADRANTE CON EL MENOR NÚMERO DE PIEZAS CARIADAS. HAY QUE TRATAR PRIMERO LOS DIENTES INFERIORES SI EL NIÑO COOPERA Y NECESITA TRATAMIENTO EN AMBOS ARCOS. LOS DIENTES MANDIBULARES SON MÁS FÁCILES DE RESTAURAR, Y EL DENTISTA DOMINA MEJOR AL NIÑO DURANTE LA INYECCIÓN DEL ANESTÉSICO LOCAL. SE DEBE

INICIAR EL TRATAMIENTO POR LOS DIENTES QUE REQUIEREN MENOS TRABAJO Y PASAR GRADUALMENTE A TRATAMIENTOS MÁS COMPLICADOS, COMO LA RESTAURACIÓN DE LESIONES EXTENSAS DE CARIES, LA TERAPÉUTICA PULPAR O LAS EXTRACCIONES. EL TRATAMIENTO RELATIVAMENTE INOCUO, COMO EL PULIDO DE AMALGAMAS, DEBE DEJARSE PARA LA ÚLTIMA SESIÓN DE LA SERIE, CON EL FIN DE QUE EL NIÑO PUEDA RECORDAR UNA EXPERIENCIA DENTAL AGRADABLE.

EN LA HOJA DE LOS PADRES EL TRATAMIENTO QUE SE PROPONE DEBE DESCRIBIRSE EN EL MISMO ORDEN QUE EN LA PAUTA DE TRATAMIENTO, PERO NO ES NECESARIO INCLUIR LOS DETALLES DE TODO EL PLAN. SE EXPONDRÁ LO QUE SE REFIERE A NECESIDAD DE LA ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y RESTAURADORA, EXTRACCIONES Y ORTODONCIA PREVENTIVA.

PUEDEN ENUMERARSE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS ESPECÍFICOS, COMO "LIMPIEZA, TRATAMIENTO CON FLUORURO, REVISIÓN DE LA DIETA, E INSTRUCCIONES SOBRE HIGIENE ORAL". SE ANOTARÁ EL NÚMERO TOTAL DE DIENTES CARIADOS, NO LAS SUPERFICIES DE CARIES, PRESCINDIENDO DEL TIPO DE RESTAURACIÓN QUE REQUIERAN. LA INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE INFORMACION PUEDE EXPONERSE EN EL ORDEN SIGUIENTE: OBTURACIONES, TERAPÉUTICA PULPAR Y EXTRACCIONES. SI SE EMPLEA UN MATERIAL DE OBIURACIÓN DISTINTO DE LA AMALGAMA, HAY QUE INDICARLO: I.R.M., RESINA, O CORONA DE ACERO. SI UNA LESIÓN DE CARIES INVADE LA PULPA, HAY QUE ANOTAR EL DIENTE COMO "DUDOSO" Y ADVERTIR A LOS PADRES QUE PROBABLEMENTE SERÁ NECESARIO TRATAR LA PULPA O EXTRAER EL DIENTE. SI HAY QUE TRATAR LA PULPA SE EXPLICARÁ EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE REQUIERE: "EL TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO IMPLICA DOS VISITAS CON UN INTERVALO ENTRE ELLAS: EN LA PRIMERA SE PONE UNA CURACION MEDICAMENTOSA; EN LA SEGUNDA SE VALORA EL ESTADO DEL DIENTE Y SE SUELE PONER UN RELLENO". "UNA PULPOTOMÍA CONSISTE EN LA EXTRACCIÓN DEL

NERVIO DE LA CORONA DEL DIENTE; LUEGO SE PONE UNA CORONA DE ACERO". "UNA PULPECTOMÍA CONSISTE EN LA EXTRACCIÓN DE LOS NERVIOS DE LAS RAÍCES DEL DIENTE Y DESPUÉS SE PONE UNA CORONA DE ACERO".

SI HAY QUE PRACTICAR UNA EXTRACCIÓN, DEBE DESIGNARSE EL DIENTE QUE SE HA DE EXTRAER. SI SE REQUIERE UN MANTENEDOR DE ESPACIO, SE DEBE EXPLICAR PARA QUÉ SIRVE, PERO NO ES NECESARIO ENTRAR EN DETALLES SOBRE EL DISPOSITIVO.

CITAS PARA LAS SESIONES

SE PUEDE CITAR AL NIÑO PARA MÁS DE UNA SESIÓN SEMANAL. SE RECOMIENDAN LAS SESIONES A BREVES INTERVALOS PORQUE LOS PERIODOS LARGOS PUEDEN DAR TIEMPO AL PACIENTE A QUE SEA VÍCTIMA DE LA ANSIEDAD. LOS PREESCOLARES PUEDEN SOPORTAR FÁCILMENTE SESIONES DE TRATAMIENTO DE CUARENTA Y CINCO MINUTOS A UNA HORA DE DURACIÓN; NO OBSTANTE, SI EL NIÑO ES APRENSIVO HAY QUE ACORTARLAS A QUINCE-TREINTA MINUTOS. NO SÓLO ES PERMISIBLE CITARLO PARA HACER EL TRATAMIENTO DURANTE SU PERÍODO DE SIESTA REGULAR, SINO QUE INCLUSO CONVIENE REALIZAR EL TRATAMIENTO MÁS LARGO DURANTE EL MISMO, PUES LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE EL NIÑO SUELE QUEDARSE DORMIDO DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

EN LA HOJA DEL PADRE DEBE ANOTARSE EL NÚMERO TOTAL DE SESIONES CALCULADAS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.

HONORARIOS

LOS HONORARIOS TOTALES PUESTOS EN LA HOJA DE LOS PADRES DEBEN INCLUIR LOS DEL ESTUDIO DEL CASO, ASI COMO LOS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO. PUEDEN

PONERSE VARIOS HONORARIOS SI HAY UNA CUESTIÓN RELATIVA AL TIPO DE TRATAMIENTO. OBSÉRVESE EN EL CUADRO 3.0 DERAJO DE "HONORARIOS" LA NOTA, "BASADOS EN LOS HALLAZGOS PRESENTES Y EN EL TRATAMIENTO RECOMENDADO MÁS ARRIBA", QUE TIENE UNA DOBLE FINALIDAD: 1) LIBERA AL DENTISTA DE LA OBLIGACIÓN DE SUJETARSE A ESTOS HONORARIOS SI EL PACIENTE NO SE ATIENDE DE INMEDIATO (POR EJEMPLO, EL NIÑO PUEDE PADECER UNA ENFERMEDAD PROLONGADA QUE RETRASE EL TRATAMIENTO, Y EN ESE PERÍODO DE TIEMPO PUEDEN DESARROLLARSE OTRAS LESIONES DENTALES). 2) ACLARA QUE LOS HONORARIOS SE REFIEREN ÚNICAMENTE AL TRATAMIENTO RECOMENDADO INMEDIATO Y NO COMPRENDE LOS GASTOS DEL TRATAMIENTO INDICADO EN "OBSERVACIONES SOBRE CUIDADOS FUTUROS". ESTO ES MUY IMPORTANTE CUANDO POSTERIORMENTE PUEDE SER NECESARIO UN DISPOSITIVO PARA MANTENER EL ESPACIO.

OBSERVACIONES SOBRE CUIDADOS FUTUROS.

EN ESTA SECCIÓN DEBEN DARSE CIFRAS QUE ORIENTEN SOBRE LOS HONORARIOS ADICIONALES QUE TAL VEZ SE REQUIERAN PARA CUBRIR INCIDENTES COMO LAS FRACTURAS. HAY QUE ADVERTIR A LOS PADRES QUE SON RESPONSABLES DEL PAGO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO, INCLUSO EN EL CASO DE QUE EL NIÑO LO PIERDA O SE NIEGUE A LLEVARLO. TAMBIÉN DEBE INDICARSE LA POSIBLE NECESIDAD DE CONSULTAR CON OTRO ESPECIALISTA, POR EJEMPLO UN ORTODONCISTA O UN CIRUJANO ORAL, LO CUAL IMPLICA UNOS HONORARIOS APARTE.

SE ANOTARÁN LAS PREDICCIONES SOBRE LA POSIBLE ERUPCIÓN DE INCISIVOS PERMANENTES SUPERIORES E INFERIORES DEFORMES. POR EJEMPLO: "QUEDARÁ UN ESPACIO ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES CUANDO SALGAN", O "LOS DIENTES

INFERIORES SALDRÁN DEFORMES O SITUADOS DETRÁS DE LOS DIENTES TEMPORALES". ASÍ MISMO SE HAN DE IDENTIFICAR LOS DIENTES QUE PUEDEN PADECER CARIES EN EL FUTURO, COMO LOS QUE PRESENTAN UNA FISURA.

TAMBIÉN HAY QUE ANOTAR LA NECESIDAD DE UNA FUTURA REEVALUACIÓN DE CIERTAS CONDICIONES; POR EJEMPLO: " POSIBLE MALA ALINEACIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES". SE INDICARÁ UNA FECHA CONCRETA PARA LA PRÓXIMA REVISIÓN, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO QUE TAL VEZ SEA NECESARIO Y LOS HONORARIOS APROXIMADOS. SI EL NIÑO PRESENTA UN PROBLEMA DE TRATO, DEBE CITÁRSELE A INTERVALOS FRECUENTES "POR RAZONES EDUCATIVAS", Y ESTA INFORMACIÓN SE ANOTARÁ EN LA HOJA DEL PADRE.

PRESENTACIÓN DEL CASO A LOS PADRES.

SEGÚN EL SISTEMA SEGUIDO EN EL CONSULTORIO, EL DENTISTA PUEDE DEDICAR UNA SEGUNDA SESIÓN A LA EXPOSICIÓN DEL CASO O RESERVAR TIEMPO PARA HACERLO DURANTE LA VISITA DIAGNÓSTICA INICIAL. SEA CUAL FUERE LA ELECCIÓN, ES CONVENIENTE EXPLICAR EL PLAN DE TRATAMIENTO A LOS PADRES ANTES DE EMPRENDER NINGUNA INTERVENCIÓN DENTAL IMPORTANTE.

PREPARACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DEL CASO.

LA AYUDANTE DENTAL ES LA RESPONSABLE DE TENER LISTOS TODOS LOS MATERIALES NECESARIOS PARA QUE EL DENTISTA EXPONGA EL CASO. DEBE COMPROBAR QUE LAS FICHAS, MODELOS DE ESTUDIO, RADIOGRAFÍAS, HISTORIA CLÍNICA, PLAN DE TRATAMIENTO Y HOJA DE LOS PADRES SON LAS CORRESPONDIENTES AL PACIENTE. LAS

RADIOGRAFÍAS DEBEN COLOCARSE EN EL NEGATOSCOPIO, Y TENER DISPONIBLES LOS MEDIOS AUXILIARES VISUALES QUE SE HAN DE EMPLEAR EN LA EDUCACIÓN GENERAL DEL PADRE Y PARA ACLARAR LAS NECESIDADES DENTALES ESPECÍFICAS DEL NIÑO.

ANTES DE QUE EL DENTISTA HABLE CON LA MADRE, LA AUXILIAR PUEDE LLEVARLA AL CONSULTORIO Y ENSEÑARLE LOS MATERIALES AUDIOVISUALES DESTINADOS A DAR A CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA DENTAL PERIODICA EN LOS NIÑOS. ÉSTA ORIENTACIÓN GENERAL DE LA MADRE SOBRE ODONTOLOGÍA INFANTIL LE PROPORCIONA UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS QUE LE PERMITIRÁN COMPRENDER MEJOR EL MATERIAL QUE LE PRESENTARÁ EL DENTISTA, Y A ÉSTE DEDICAR MÁS TIEMPO A LA DISCUSIÓN DE LAS NECESIDADES PARTICULARES DEL NIÑO.

ENTREVISTA DEL DENTISTA CON LOS PADRES

LA PRESENTACIÓN DEL CASO PUEDE LLEVARSE A CABO EN LA SALA DE TRATAMIENTO O BIEN EN LA OFICINA PRIVADA, PERO ES IMPORTANTE QUE EL DENTISTA HABLE CON LOS PADRES SIN QUE EL NIÑO ESTÉ PRESENTE; DE OTRO MODO, ÉSTOS PUEDEN DISTRAER SU ATENCIÓN CON SU HIJO Y NO ATENDER AL DENTISTA. ADEMÁS, EL NIÑO PUEDE INTERPRETAR MAL LO QUE SE MENCIONA EN LA CONVERSACIÓN Y ASUSTARSE. EL PEQUEÑO SE HA DE ENTRETENER CON LIBROS DE COLORES O JUGUETES BAJO LA VIGILANCIA DE LA AYUDANTE O DEL SEGUNDO ADULTO QUE LE ACOMPAÑA.

DURANTE LA ENTREVISTA EN QUE SE PRESENTA EL CASO, EL DENTISTA PUEDE INICIAR CONTESTANDO CUALQUIER PREGUNTA QUE LA MADRE QUIERA HACER REFERENTE A LOS MATERIALES AUDIOVISUALES VISTOS. EN ESTE MOMENTO EL DENTISTA DEBE PODER EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE ODONTOLOGÍA INFANTIL CON BASTANTE PRECISIÓN.

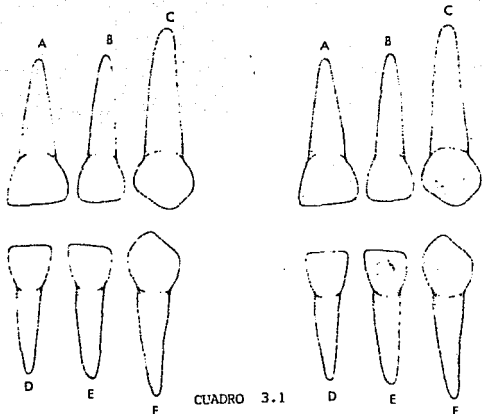
EL ODONTÓLOGO PREGUNTARÁ LUEGO CUÁLES ERAN LOS SENTIMIENTOS DEL NIÑO CON RESPECTO A SU PRIMERA VISITA DENTAL Y CÓMO HA RESPONDIDO A ELLA. ÉSTA LÍNEA DE INTERROGATORIO LE PERMITE LA VALORACIÓN DE SUS JUICIOS PREVIOS EN RELACIÓN AL COMPORTAMIENTO DEL PEQUEÑO. SI LA MADRE DEMUESTRA ANSIEDAD POR LAS RESPUESTAS DESFAVORABLES DE ÉSTE AL TRATAMIENTO DENTAL, EL DENTISTA DISCUTIRÁ SUS MÉTODOS SOBRE LA CONDUCCIÓN DEL NIÑO, Y CON SUS PALABRAS Y SUS ACTOS TRANQUILIZARÁ A LA MADRE ASEGURÁNDOLE QUE PUEDE DEJARLO EN SUS MANOS.

A CONTINUACIÓN DE ESTA PRIMERA PLÁTICA, EL DENTISTA HA DE PROCEDER A LA REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO Y A LA EXPLICACIÓN DETALLADA DE LA HOJA DE LOS PADRES, VALIÉNDOSE DE AYUDAS VISUALES.

AYUDAS VISUALES PARA LA PRESENTACIÓN DEL CASO.

LAS AYUDAS VISUALES SUELEN SER DE MUCHA UTILIDAD AL DENTISTA PARA EXPLICAR LA HOJA DE LOS PADRES, PUES LE PERMITEN IDENTIFICAR LOS PUNTOS EXACTOS EN QUE HAY ALTERACIONES Y AYUDAN A ÉSTOS A HACERSE CARGO DE CUÁLES SERÁN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO. MUCHAS DE LAS PREGUNTAS PLANTEADAS POR LOS PADRES QUEDAN CONTESTADAS DE MODO RÁPIDO Y SENCILLO CON UN MEDIO AUXILIAR VISUAL. INDICAN A LOS PADRES LA BUENA VOLUNTAD DEL DENTISTA DE EXPLICAR LO MEJOR POSIBLE EL ESTADO DE SALUD DENTAL DEL PEQUEÑO, Y SIRVEN PARA MANTENER EL INTERÉS, LA ATENCIÓN Y LA CURIOSIDAD DE AQUELLOS DURANTE TODA LA EXPLICACIÓN.

EXISTEN MULTITUD DE AYUDAS VISUALES: TIPODONTOS DE ACRÍLICO, EJEMPLARES DE MUESTRA DE DISPOSITIVOS FIJOS Y REMOVIBLES QUE PUEDEN INSERTARSE EN MODELOS DE YESO O ACRÍLICO, FOTOGRAFÍAS O DIAGRAMAS ENVUELTOS EN LÁMINAS



CUADRO 3.1

Dientes temporarios anteriores izquierdos, cara vestibular. A, incisivo central superior. B, incisivo lateral superior. C, canino superior. D, incisivo central inferior. E, incisivo lateral inferior. F, canino inferior. (De Wheeler, R. C.: Dental anatomy, physiology and occlusion, 5^a ed., Filadelfia, 1974. W. B. Saunders Co.)

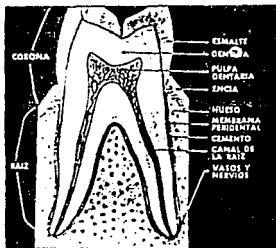
Dientes temporarios anteriores derechos, cara lingual. A, incisivo central superior. B, incisivo lateral superior. C, canino superior. D, incisivo central inferior. E, incisivo lateral inferior. F, canino inferior. (De Wheeler, R. C.: Dental anatomy, physiology and occlusion, 5^a ed., Filadelfia, 1974. W. B. Saunders Co.)

CUADRO 3.2

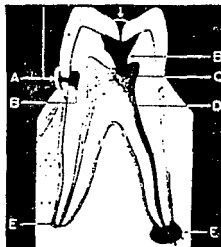


Cuaderno para la presentación de casos que contiene fotografías y diagramas protegidos con hojas de acetato transparentes para evitar que se estropeen con el uso.

CUADRO 3.3



CUADRO 3.4



CUADRO 3.3

Corte transversal de un diente normal que muestra las diferentes capas del diente visibles en una radiografía. (Tomado de *Mouth Health from Modern Dentistry* con autorización de Lactona Products Division, Warner-Lambert Pharmaceutical Company, Morris Plains, Nueva Jersey.)

CUADRO 3.4

Lesiones de caries superficiales y profundas que afectan al tejido pulpar. A, Comienzo de la caries; B, caries penetrante; C, pulpa enferma; D, conducto radicular infectado; E, absceso apical. (Tomado de *Mouth Health from Modern Dentistry* con autorización de Lactona Products Division, Warner-Lambert Pharmaceutical Company, Morris Plains, Nueva Jersey.)

CUADRO 3.5



Radiografías coronales que muestran lesiones de caries.

PROTECTORAS TRANSPARENTES DE ACETATO COLOCADAS EN UNA CARPETA DE ANILLOS (CUADRO 3.2). EL DENTISTA GENERAL TAMBIÉN PUEDE OBTENER SUS PROPIAS ILUSTRACIONES TOMANDO FOTOGRAFÍAS O VIDEO DE LA CAVIDAD ORAL.

LOS MATERIALES AUXILIARES VISUALES DEBEN GUARDARSE DE TAL MANERA QUE SEAN FÁCILMENTE ACCESIBLES. DEBEN SER DE MATERIAL DURADERO Y LIMPIO. SIEMPRE QUE SEA POSIBLE HAN DE MOSTRAR UN CASO CLÍNICO REAL. EN LA PRESENTACIÓN DE CASOS, LOS AUXILIARES VISUALES PERMITEN ILUSTRAR LOS CONCEPTOS SIGUIENTES.

LESIONES DE CARIES.

LOS DIBUJOS EN QUE SE COMPARA UN DIENTE NORMAL CON UN DIENTE CARIADO (CUADRO 3.3 Y 3.4) Y MUESTRAN LAS DIVERSAS CAPAS DEL DIENTE, LA SILUETA DE LA PULPA Y LA LESIÓN DE CARIES SON MUY ÚTILES PARA ORIENTAR A LOS PADRES RESPECTO A LAS RADIOGRAFÍAS. LAS LESIONES DE CARIES DE LAS CARAS PROXIMALES SE MUESTRAN MEJOR MEDIANTE RADIOGRAFÍAS AMPLIADAS EN LAS CUALES SE SEÑALAN CON UNA FLECHA (CUADRO 3.5). SE DEBE INCLUIR UNA VISTA OCLUSAL DE UN PRIMER MOLAR PERMANENTE PARA ILUSTRAR LAS FISURAS Y SURCOS (CUADRO 3.6). HAY QUE EXPLICAR A LA MADRE QUE ESTAS SUPERFICIES SON MUY SUSCEPTIBLES A LA CARIES Y RECOMENDARLE QUE LAS EXAMINE CUANDO HAGAN SU ERUPCIÓN.

CUADRO 3.6

Vista oclusal de un primer molar permanente

que ilustra las fisuras y surcos.



TIPOS DE ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS PERMANENTES.

LOS PADRES CON FRECUENCIA SE PREOCUPAN CUANDO LOS INCISIVOS INFERIORES PERMANENTES HACEN SU ERUPCIÓN EN LINGUOREGRESIÓN O ESTÁN ROTADOS. LAS FOTOGRAFÍAS DE CASOS NO TRATADOS QUE SE HAN AUTOCORREGIDO Y HA QUEDADO UNA ALINEACIÓN ACEPTABLE DE DICHSO DIENTES, CONSTITUYEN AYUDAS VALIOSAS PARA ILUSTRAR ESTE TIPO DE ERUPCIÓN NORMAL (CUADRO 3.7).

A LOS PADRES TAMBIÉN LES PREOCUPA EL DIASTEMA NORMAL ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES O LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES EN ROTACIÓN. HAY QUE ENSEÑARLES FOTOGRAFÍAS QUE ILUSTREN EL CIERRE NORMAL DE ESTE ESPACIO Y LA AUTOCORRECCIÓN DEL INCISIVO LATERAL (CUADRO 3.8)

CUADRO 3.7



A. Erupción lingual del incisivo central mandibular permanente. B. Autocorrección del problema. (Se trata del mismo niño.)

CUADRO 3.8



Autocorrección de un diastema y de unos incisivos laterales rotados.

CUADRO 3.9



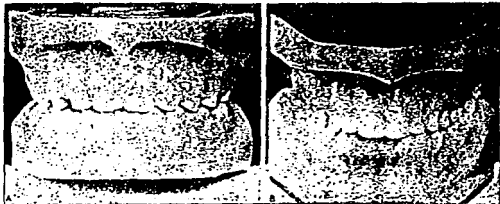
A, Mordida abierta anterior en la dentición mixta. B, Mordida cruzada posterior maxilar bilateral en la dentición primaria. C, Mordida cruzada posterior mandibular unilateral en la dentición primaria. Este tipo de malocclusion disminuye la eficacia de la masticación.

CUADRO 3.10



A, Mordida cruzada posterior unilateral en la dentición primaria causada por interferencia cuspidal de los caninos (obsérvese la desviación de la línea media). B, Reposición de las líneas medias por el dentista, de suerte que sólo ocuyen los caninos. C, Mordida cruzada corregida después del tallado de los caninos.

CUADRO 3.11



A, Modelos en acrílico de la oclusión normal en la dentición temporal. B, Modelos en acrílico de la oclusión normal en la dentición permanente.

CUADRO 3.12



A, Mordida abierta anterior unilateral en la dentición temporal producida por la succión del pulgar. B, Dentición permanente del mismo niño que ha recuperado la posición normal después de corregir el hábito de succión del pulgar.

MALOCCLUSIÓN.

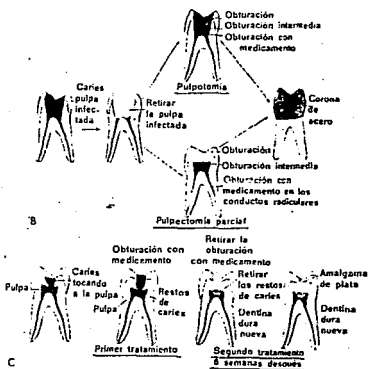
PARA EXPLICAR CÓMO PUEDEN IMPEDIRSE O PREVENIRSE CIERTOS PROBLEMAS OCLUSALES MENORES SE PUEDEN UTILIZAR FOTOGRAFÍAS DE MORDIDAS ANTERIORES ABIERTAS (CUADRO 3.9 A), MORDIDAS CRUZADAS MAXILARES Y MANDIBULARES (CUADRO 3.9 B Y C), Y MORDIDA CRUZADA POSTERIOR, CAUSADAS POR INTERFERENCIA CUSPÍDEA DE LOS CANINOS (CUADRO 3.10). LOS MODELOS EN ACRÍLICO PUEDEN UTILIZARSE PARA MOSTRAR LA OCLUSIÓN NORMAL DE LAS DENTACIONES TEMPORAL Y PERMANENTE (CUADRO 3.11) Y PUEDEN COMPARARSE CON MODELOS QUE ILUSTRAN LAS MALOCCLUSIONES. EL CUADRO 3.12 SIRVE PARA TRANQUILIZAR A LOS PADRES PORQUE DEMUESTRA QUE LOS DIENTES EN MALA POSICIÓN A CAUSA DEL HÁBITO DE SUCCIONAR EL PULGAR PUEDEN RECUPERAR SU POSICIÓN NORMAL SI SE CORRIGE DICHO HÁBITO.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO DENTAL.

PARA EXPLICAR A LOS PADRES LOS PROCEDIMIENTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL SON ÚTILES LAS FOTOGRAFÍAS O LOS DIAGRAMAS DE UN DIQUE DE HULE, DE LOS DIENTES TEÑIDOS CON UNA SOLUCIÓN REVELADORA DE PLACA, DE LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO, DE LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE LA PULPA Y DE DIENTES RESTAURADOS CON RESINAS, AMALGAMA O CORONAS DE ACERO (CUADRO 3.13). TAMBIÉN SON ÚTILES EN LA PRESENTACIÓN DE CASOS LAS FOTOGRAFÍAS QUE MUESTRAN LOS EFECTOS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES TEMPORALES SOBRE LA DENTICIÓN (CUADRO 3.14), Y MODELOS QUE ILUSTREN EL USO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO (CUADRO 3.15).

CUADRO 3.13

A, Dientes temporales teñidos con una solución reveladora. B, Procedimientos de terapeutica pulpar en la dentición primaria: pulpotomía y pulpectomía. C, Terapeutica pulpar indirecta.



CUADRO 3.14

Carta para mostrar a los padres dos tipos diferentes de mantenedores de espacio: un mantenedor utilizado para evitar el desplazamiento de un diente, temporal o permanente, en el espacio destinado a un diente permanente que todavía no ha hecho erupción (1-3); y un mantenedor usado para guiar a un primer molar permanente que ha hecho erupción parcial (4).



1. Los dientes del niño caen precozmente. Hay espacio suficiente para que los dientes permanentes vayan en posición apropiada.



2. Si no se usa un mantenedor de espacio el revés del diente puede moverse hacia adelante. Entonces no hay espacio suficiente para el brote del diente permanente en posición adecuada.



3. Si se usa un mantenedor de espacio, el hueso apropiado se mantendrá hasta el brote del diente permanente en el lugar que le corresponde, evitando así dificultades futuras.



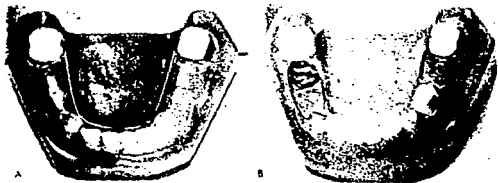
4. Un mantenedor de espacio también puede actuar como guía para la erupción apropiada de un diente permanente cuando los dientes del niño que de ordinario actúan como guía se caen con precocidad.

CONCLUSIÓN DE LA ENTREVISTA.

CUANDO EL DENTISTA TÉRMINA LA EXPLICACIÓN DE LA HOJA DE LOS PADRES, PUEDE TENER UNA SEGURIDAD RAZONABLE DE QUE LA MADRE HA COMPRENDIDO CLARAMENTE SU CONTENIDO, DE MODO QUE NO QUEDEN INTERPRETACIONES ERRÓNEAS FUTURAS. TAMBIÉN DEBE TENER LA SEGURIDAD DE QUE ACEPTAN EL PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO, DE QUE ESTÁN DISPUESTOS A ASUMIR SU PARTE DE RESPONSABILIDADES DURANTE EL TRATAMIENTO SUBSIGUIENTE, Y QUE ESTÁN ENTERADOS DE SU OBLIGACIÓN DE AYUDAR A OBTENER LA SALUD DENTAL DE SU HIJO SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DEL DENTISTA Y VOLVIENDO PERIÓDICAMENTE PARA QUE LO EXAMINE. SI ALGUNO DE LOS PADRES PARECE TENER ALGUNA DUDA, EL DENTISTA PUEDE SUGERIR QUE LA COMENTE CON SU CÓNYUGE Y QUE LLAME POR TELÉFONO AL CONSULTORIO PARA DECIR QUÉ DECISIÓN HAN TOMADO EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO.

LA AYUDANTE DENTAL PUEDE CONCLUIR LA PRESENTACIÓN DEL CASO DETALLANDO LAS SESIONES FUTURAS, INFORMANDO SOBRE LOS HÁBITOS DEL CONSULTORIO, CONTESTANDO ALGUNA PREGUNTA SOBRE LA PRESENTACIÓN DEL CASO O EL PLAN DE TRATAMIENTO, SI ES NECESARIO, Y COBRANDO LOS HONORARIOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.

CUADRO 3.15



A. Mantenedor de espacio de arco lingual inserto en un modelo en acrílico. B. Mantenedores de espacio de banda y asa y de corona y asa insertos en un modelo en acrílico.

CAPITULO IV

ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA ODONTOPEDIATRÍA.

DEBIDO AL INCREMENTO DEL NÚMERO DE PACIENTES INFANTILES EN LA PRÁCTICA GENERAL, LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA ADQUIERE MAS IMPORTANCIA QUE NUNCA. SIN EMBARGO, ACTUALMENTE LA PREVENCIÓN ES PROBABLEMENTE ALGO DE LO CUÁL SE HABLA MÁS Y MENOS SE PRACTICA.

COMO LA CARIES ES LA ENFERMEDAD DENTAL MÁS FRECUENTE EN LOS NIÑOS, ES MUY IMPORTANTE HACER INCAPÍE EN SU PREVENCIÓN Y CONTROL. HAY QUE INSISTIR EN CADA VISITA ACERCA DE ÉSTO. POR LO TANTO ES RECOMENDABLE PREPARAR MATERIAL DIDACTICO QUE FACILITE LA ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO, LA IMPORTANCIA DE LA DIETA Y LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO, DE MANERA QUE EL NIÑO Y SUS PADRES COMPENDAN LA RAZÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y LA NECESIDAD DEL ESFUERZO EN EQUIPO POR PARTE DEL DENTISTA, DEL NIÑO Y DE LOS PADRES PARA APLICAR DICHAS INDICACIONES.

ADEMÁS, NO DEBE DESCUIDARSE LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EN LA PREVENCIÓN. A CAUSA DE LOS CAMBIOS EN EL DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN Y A LOS DIVERSOS PERÍODOS DE SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES, PUEDE RESULTAR NO MUY FÁCIL HACER EL DIAGNÓSTICO CORRECTO EN UN NIÑO. EL DENTISTA NO TIENE LA MISMA COMUNICACIÓN CON EL NIÑO QUE CON EL ADULTO, LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ACERCA DE LOS SÍNTOMAS O DE LA HISTORIA CLÍNICA PUEDEN SER DIFERENTES A LAS DE LOS ADULTOS, O INCLUSIVE PUEDEN FALTAR. ESTO SIGNIFICA QUE EL DIAGNÓSTICO EN

EL NIÑO SUELE SER MÁS COMPLICADO QUE EL DEL ADULTO. ASI MISMO EL DENTISTA INTENTA PREDECIR EL DESARROLLO FUTURO BASÁNDOSE EN LAS OBSERVACIONES PRESENTES Y ESTO YA PLANTEA UN RETO EN SÍ MISMO.

ACTUALMENTE EN LA ODONTOLOGÍA INFANTIL SE HACE ENFASIS EN LA CAPACIDAD PARA RECONOCER Y PREDECIR LOS PROBLEMAS, ASÍ COMO EN LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES QUE SE DESCUBRAN. PARA PONER EN PRÁCTICA LA PREVENCIÓN ES IMPRESCINDIBLE DIAGNOSTICAR.

COMO LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS ES ESENCIALMENTE LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA GENERAL A LOS MISMOS, EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE INFANTIL SE UTILIZAN TODAS LAS FACETAS DE LA ODONTOLOGÍA. AUNQUE MUCHAS DE LAS TÉCNICAS USADAS AHORA NO SON NUEVAS, HAN SIDO PERFECCIONADAS Y MEJORADAS DE MANERA QUE PUEDEN APLICARSE A LOS NIÑOS CON MAYOR FACILIDAD. POR EJEMPLO, SE TRATA LA PULPA DEL DIENTE TEMPORAL CON EL FIN DE CONSERVAR SU FUNCIÓN EN LA ARCADEA Y EVITAR LOS PROBLEMAS DENTALES QUE PUEDEN PRODUCIRSE SI SE EXTRAIA. LOS DIENTES MUY DESTRUIDOS, QUE CON TANTA FRECUENCIA SE OBSERVAN EN LOS NIÑOS, SE RESTAURAN CON CORONAS DE ACERO QUE PROPORCIONAN EL APOYO NECESARIO PARA SALVAR LOS DIENTES Y PARA MANTENER EL ARCO. CUANDO SE PIERDEN PREMATURAMENTE LOS DIENTES TEMPORALES O LOS PERMANENTES, SE UTILIZA UN MANTENEDOR DE ESPACIO DURANTE LA DENTICIÓN INFANTIL Y LA DENTICIÓN MIXTA, O UN PUENTE FIJO EN LA DENTICIÓN PERMANENTE, PARA EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE LOS DEMÁS DIENTES. CUANDO SE REALIZA UN TRATAMIENTO DE URGENCIA EN CASOS DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE LOS INCISIVOS, EL OBJETIVO ES PREVENIR LA PÉRDIDA DE ESTOS DIENTES MEDIANTE EL TRATAMIENTO PRECOZ ADECUADO Y LOS CUIDADOS SUBSIGUIENTES. LA FINALIDAD DE TODAS ESTAS OPERACIONES ES MANTENER UNA DENTADURA SANA Y UNA OCLUSIÓN FUNCIONAL.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA CARIES.

UNA VEZ ESTABLECIDA UNA PAUTA EFICAZ PARA CONDUCIR A LOS PADRES Y AL NIÑO EN EL CONSULTORIO, SE DEBE CONCENTRAR LA ATENCIÓN EN PLANEAR UN PROGRAMA PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE LA CARIES. EL ÉXITO DE ESTE DEPENDE DE LA CAPACIDAD DEL DENTISTA Y DEL PERSONAL AUXILIAR PARA COMUNICAR SUS CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROBLEMA Y SU SOLUCIÓN A LA MADRE Y EL NIÑO Y DE LA COOPERACIÓN SUBSIGUIENTE DE AMBOS.

A CONTINUACIÓN SE EXPONEN LOS FACTORES QUE SE HA VISTO QUE INFLUYEN EN LA PREVENCIÓN DE CARIES Y SE SUGIERE UN PROGRAMA PRÁCTICO PARA QUE EL DENTISTA Y LOS PADRES PUEDAN PREVENIR Y COMBATIR LA CARIES DENTAL.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CARIES DENTAL.

SE HA DEMOSTRADO QUE LAS LESIONES DE CARIES EN LAS SUPERFICIES SUSCEPTIBLES DE LOS DIENTES SON PRODUCIDAS POR LOS ÁCIDOS QUE SE FORMAN EN LA BOCA. TAMBIÉN SE HA DEMOSTRADO QUE DETERMINADOS MICROORGANISMOS ORALES PUEDEN PRODUCIR ESTOS ÁCIDOS SI EN LA BOCA ENCUENTRAN LOS SUBSTRATOS REQUERIDOS, ENTRE ELLOS LOS AZÚCARES. LOS INFORMES DE LAS EXPERIENCIAS CLÍNICAS INDICAN QUE SI ES POSIBLE REDUCIR, ELIMINAR O MODIFICAR CUALQUIERA DE ESTOS FACTORES CONTRIBUYENTES, SE PREVIENE LA APARICIÓN DE NUEVAS LESIONES DE CARIES O AL MENOS SE DISMINUYE NOTABLEMENTE.

ESTUDIOS CIENTÍFICOS HAN DEMOSTRADO QUE ES POSIBLE MODIFICAR LA ESTRUCTURA DEL DIENTE PARA HACERLO MENOS SUSCEPTIBLE A LA DECALCIFICACIÓN POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DEL ION FLÚOR EN LAS PIEZAS QUE AUN NO ESTAN CALCIFICADAS. ASI MISMO SE HA DEMOSTRADO QUE ES POSIBLE MANTENER LA POBLACIÓN

MICROBIANA BUCAL A UN NIVEL MÍNIMO MEDIANTE MEDIDAS HIGIÉNICAS, Y QUE ES POSIBLE REDUCIR Y MANTENER EL ÁCIDO DE LA BOCA A UN NIVEL MUY BAJO SI SE REDUCE O SE SUPRIME LA INGESTIÓN DE LOS AZÚCARES REFINADOS QUE SON NECESARIOS PARA LA PRODUCCIÓN DE ÁCIDOS.

RESPONSABILIDADES DEL DENTISTA, DE LOS PADRES Y DEL PACIENTE.

NI SIQUERA CON EL MÁS PROFUNDO CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y DE SU SOLUCIÓN ES POSIBLE INSTITUIR UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LA CARIES Y LLEVARLO A CABO CON ÉXITO SIN UNA COOPERACIÓN COMPLETA DE LOS PADRES Y DEL PACIENTE. PARA LOGRAR ESTA COOPERACIÓN EL DENTISTA DEBE DEDICAR EL TIEMPO SUFICIENTE PARA DAR A LA MADRE Y AL HIJO LA INFORMACIÓN ADECUADA, EN TÉRMINOS COMPENSIBLES, SOBRE LAS CAUSAS DE LA CARIES DENTAL. ASI MISMO, DEBE DEFINIR DE MANERA CLARA LOS PAPELES QUE HAN DE DESEMPEÑAR EL DENTISTA Y EL PADRE PARA OBTENER UNA SALUD DENTAL ÓPTIMA EN EL NIÑO.

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

SE HA DEMOSTRADO QUE EL MÉTODO MÁS EFICAZ PARA HACER LOS DIENTES MENOS SUSCEPTIBLES (O MÁS RESISTENTES) A LA CARIES DENTAL ES INCORPORAR IONES DE FLÚOR A LAS ESTRUCTURAS DE HIDROXIAPATITA DE ÉSTOS DURANTE SU DESARROLLO Y EXPONER A LOS QUE YA HAN HECHO ERUPCIÓN A UN AMBIENTE QUE CONTENGA FLUORURO CONSTANTEMENTE. LA MEJOR FUENTE DE ÉSTE, Y LA MÁS ECONÓMICA, ES EL AGUA FLUORADA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

EXISTEN OTROS MEDIOS DE ADMINISTRAR EL FLUORURO A LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN NO PROTEGIDA, TALES COMO LA APLICACIÓN TÓPICA (SOLUCIONES, GELES Y CREMAS DENTALES). SEGÚN LOS INFORMES PUBLICADOS, LA REDUCCIÓN EN LA INCIDENCIA DE LESIONES DE CARIES NUEVAS LOGRADA CON LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO EN LAS ZONAS EN QUE EL AGUA NO CONTIENE FLÚOR HA SIDO DE HASTA 65%. SIN EMBARGO, ESTA PROTECCIÓN ES TRANSITORIA Y LAS APLICACIONES SE DEBEN HACER A INTERVALOS FRECUENTES Y REGULARES. TAMBIÉN SE HA OBSERVADO QUE LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORUROS MEJORA EN 17% LA PROTECCIÓN DE LOS DIENTES DESARROLLADOS EN ZONAS CON AGUAS FLUORADAS. ESTE HALLAZGO ES IMPORTANTE, PORQUE MUCHOS DENTISTAS Y PADRES QUE VIVEN EN COMUNIDADES CON AGUA FLUORADA NO TOMAN EN CUENTA LOS BENEFICIOS ADICIONALES DE LAS APLICACIONES TÓPICAS Y, EN CONSECUENCIA, LOS NIÑOS NO RECIBEN TAL TRATAMIENTO. TANTO EN LAS ZONAS CON AGUA FLUORADA COMO EN LAS QUE NO DISPONEN DE ELLA, ES RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA INFORMAR A LOS PADRES ACERCA DE LAS VENTAJAS DE DICHAS APLICACIONES. A LOS PADRES LES TOCA LA RESPONSABILIDAD DE LLEVAR EL NIÑO AL DENTISTA PARA LOGRAR ESTA PROTECCIÓN.

SI BIÉN HAY. QUE RESALTAR EL PAPEL DE LOS FLUORUROS COMO FACTOR EN EL CONTROL DE LA CARIES, NO HAY QUE DEJAR QUE LOS PADRES CREAN QUE SÓLO CON ESTOS, SIN OTRAS MEDIDAS PROFILÁCTICAS, ELIMINARÁN O REDUCIRÁN DRÁSTICAMENTE LA INCIDENCIA DE NUEVAS LESIONES DE CARIES. HAY QUE COMENTAR CON EL PADRE EL PAPEL DE LOS OTROS DOS FACTORES IMPORTANTES EN LA PRODUCCIÓN DE CARIES (AZÚCARES REFINADOS Y MICROORGANISMOS ORALES). SI EL DENTISTA OLVIDA MOSTRAR A LA MADRE LA RELACIÓN DE ESTOS FACTORES CON LA PRODUCCIÓN DE LESIONES DE CARIES, PUEDE CREAR UN FALSO SENTIMIENTO DE SEGURIDAD CON RESPECTO A LA SALUD DENTAL DEL NIÑO.

MÉTODOS PARA REDUCIR LOS MICROORGANISMOS.

AUNQUE SE HAN OBSERVADO EXCEPCIONES, SE HA DEMOSTRADO QUE UNA ACTIVIDAD DE LA CARIES BAJA O NULA SUELE IR ACOMPAÑADA DE UN NIVEL BAJO DE POBLACIÓN MICROBIANA ORAL, E INVERSAMENTE, LOS RECUENTOS MICROBIANOS ELEVADOS ESTÁN ASOCIADOS CON UNA ELEVADA ACTIVIDAD DE LA CARIES. UNA MANERA DE REDUCIR LA POBLACIÓN MICROBIANA CONSISTE EN ELIMINAR TODAS LAS LESIONES DE CARIES. MIENTRAS PERMANEZCAN SIN RESTAURAR LOS DIENTES CARIADOS, SE OBTENDRÁN RECUENTOS MICROBIANOS ALTOS (CUADRO 4.0).



LAS CUENTAS MICROBIANAS BAJAS SUELEN OBSERVARSE EN BOCAS LIMPIAS. POR LO TANTO, EL DENTISTA DEBE EXPLICAR Y ENSEÑAR TANTO A LA MADRE COMO AL NIÑO LA MANERA DE REALIZAR UNA LIMPIEZA EFICAZ EN LOS DIENTES.

AUNQUE UN PADRE CONCIENZUDO PUEDE ELIMINAR FÁCILMENTE LOS RESTOS ALIMENTICIOS DE LOS DIENTES DEL NIÑO, SON MUCHOS LOS PADRES QUE FRECUENTEMENTE SE CONTENTAN CON QUE LOS NIÑOS SE CEPILLEN LOS DIENTES SOLOS. LOS PADRES DEBERÍAN ENCARGARSE DE CEPILLAR LOS DIENTES DE SUS HIJOS HASTA QUE ÉSTOS SEAN

CAPACES DE HACERLO BIEN POR SÍ MISMOS.

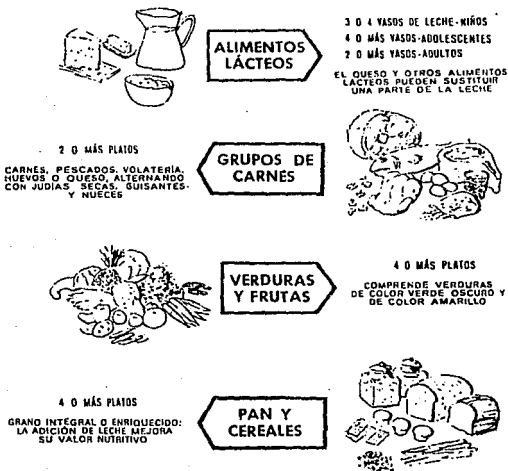
LIMITACIÓN DE LOS AZÚCARES REFINADOS DE LA DIETA.

AL PLANEAR UNA DIETA PARA LA PREVENCIÓN DE LA CARIES ES IMPORTANTE RECORDAR EL NÚMERO Y LA DURACIÓN DE LAS EXPOSICIONES A LOS AZÚCARES REFINADOS, ASÍ COMO LA CONSISTENCIA DEL ALIMENTO QUE LOS CONTIENE YA QUE SON FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PRODUCCIÓN DE LESIONES CARIOSAS. 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. SI NO SE ELIMINA LA PLACA, SE PRODUCEN CARIES; POR LO TANTO, EL CONSUMO DE AZÚCARES REFINADOS SE DEBE PLANEAR DE MANERA QUE COINCIDA CON LOS HABITOS HIGIÉNICOS DEL PACIENTE PARA QUE SÓLO SE RETENGAN AZÚCARES REFINADOS EN CANTIDAD MÍNIMA.

EL DENTISTA DEBE RECOMENDAR UNA DIETA DE TRES COMIDAS. HA DE PONER DE RELIEVE QUE HAY QUE PROCURAR QUE EL NIÑO CONOZCA EL GOCE QUE PRODUCE SATISFACER UN APETITO NORMAL Y SANO. SE LE PRIVA DE ESTE PLACER SI CADA DOLOR DE HAMBRE SE CALMA AL INSTANTE CON UN BOCADO DE ALIMENTO. COMO LOS ALIMENTOS QUE SE TOMAN ENTRE COMIDAS NO PUEDEN SUPRIMIRSE DEL TODO POR DIVERSAS RAZONES -CUMPLEAÑOS Y FIESTAS EN LA ESCUELA-, EL DENTISTA HA DE ESTIMULAR A LA MADRE PARA QUE CUANDO PERMITA ALGUNA TOMA ENTRE COMIDAS SUBSTITUYA LOS ALIMENTOS QUE CONTIENEN AZÚCARES REFINADOS POR OTROS MÁS SANOS Y MENOS CARIÓGENICOS. SE PUEDEN EMPLEAR CON ÉXITO LOS ALIMENTOS DE LOS CUATRO GRUPOS BÁSICOS SI LAS MADRES UTILIZAN SU INGENIO Y PREPARAN TENTEMPÍÉS QUE RESULTEN AGRADABLES (CUADRO 4.1).

CUADRO 4.1

Gráfica que muestra los requerimientos mínimos diarios de alimentos pertenecientes a los cuatro grupos básicos. Estos cuatro tipos de alimentos han de sustituir a los que contienen azúcares refinados en el caso de que los pacientes insistan en comer algo entre comidas.



LA ELIMINACIÓN TOTAL DE LOS AZÚCARES REFINADOS DE LA DIETA INFANTIL NO CONSTITUYEN UNA META REALISTA. POCOS NIÑOS ACEPTARÁN UN VASO DE LECHE EN VEZ DE UNA COCA-COLA, O UNA FRUTA EN LUGAR DE UN CARAMELO. SI EL DENTISTA INSISTE EN UN PROGRAMA DE ESTE TIPO, PROBABLEMENTE FRACASARÁ. DEBE OFRECER A LOS PADRES UNA SOLUCIÓN PRÁCTICA AL PROBLEMA DIETÉTICO. PUEDE RECOMENDAR QUE LIMITEN LOS AZÚCARES REFINADOS A UNA SOLA COMIDA, DE PREFERENCIA LA CENA. EL NIÑO SE HA DE ACOSTUMBRAR A DEPENDER DE ESTA COMIDA PARA SATISFACER SU DESEO DE DULCES. SI SE CREA ESTA CONFIANZA, LE RESULTARÁ MÁS FÁCIL RESISTIR LAS TENTACIONES ENTRE COMIDAS.

UNA VEZ QUE EL PROBLEMA DIETÉTICO Y SU SOLUCIÓN HAN SIDO COMENTADOS Y RECONOCIDOS POR LA MADRE, SE LE INDICARÁ QUE PRUEBE LOS CAMBIOS RECOMENDADOS DURANTE UN BREVE PERÍODO. TREINTA DÍAS PARECE UN TIEMPO RAZONABLE. AUNQUE EL PERÍODO DE ENSAYO PUEDE RESULTAR TORMENTOSO, LOS PADRES QUE CREEN QUE EL DENTISTA SE INTERESA Y QUE PUEDEN CONTAR CON ÉL PARA QUE LES APOYE DURANTE ESTE TIEMPO SUELEN ENSAYAR HONRADAMENTE LOS NUEVOS HÁBITOS. NO OBSTANTE, EL DENTISTA TIENE QUE ACEPTAR QUE NO TODOS LOS PADRES ESTARÁN DE ACUERDO CON ESTA PARTE DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CARIES. ALGUNOS NO DESEAN REALIZAR EL ESFUERZO EXTRA DE CAMBIAR LOS HÁBITOS DIETÉTICOS DE LA FAMILIA Y EN CAMBIO ESTÁN DISPUESTOS A PAGAR LAS RESTAURACIONES NECESARIAS. DE TODOS MODOS, EL DENTISTA ESTÁ OBLIGADO A DISCUTIR EL PROBLEMA Y SU SOLUCIÓN CON ELLOS.

C O N C L U S I O N E S .

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL ESTE AL TANTO DE LOS AVANCES EN LA ODONTOPEDIATRÍA, PARA QUE PUEDA REALIZAR EL MEJOR TRATAMIENTO DISPONIBLE.

TAMBIÉN DEBE ESTAR EN CONTACTO CON LOS ESPECIALISTAS PARA REMITIRLES LOS PACIENTES QUE NO ESTEN EN SU CAMPO DE ACCIÓN.

ALGO QUE DEBE TENER MUY PRESENTE ES QUE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA DE LA MEJOR CALIDAD PUEDE RESULTAR INEFICAZ, A NO SER QUE SE ELIMINEN LAS CAUSAS DEL PROBLEMA DE LA CARIES DENTAL. LAS RESTAURACIONES DEL DENTISTA DURARÁN MÁS TIEMPO SI HACE HINCAPIÉ EN LA ENORME IMPORTANCIA QUE TIENE LA RESTRICCIÓN DE AZÚCARES REFINADOS EN LA DIETA COMO MEDIO DE REDUCIR LA INCIDENCIA DE LAS LESIONES DE CARIES RECURRENTES. NADA MÁS EMBARAZOSO QUE UN PACIENTE AIRADO QUE ACUSA AL DENTISTA DE LA MALA CALIDAD DE SUS SERVICIOS DE RESTAURACIÓN, CUANDO EN REALIDAD LA CULPA ES DE LOS PADRES QUE NO HAN VIGILADO COMO DEBÍAN LA DIETA DEL NIÑO. ESTAS DESAGRADABLES SITUACIONES PUEDEN EVITARSE SI EL DENTISTA DEDICA EL TIEMPO NECESARIO A SITUAR EL PROBLEMA Y SU SOLUCIÓN EN LA PERSPECTIVA ADECUADA ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO. INCLUSO CUANDO LOS PADRES MEJOR INTENCIONADOS ENCUENTRAN DIFÍCIL O CASI IMPOSIBLE MODIFICAR LOS HÁBITOS DIETÉTICOS DE SUS HIJOS, EL DENTISTA ESTÁ OBLIGADO A HACER HINCAPIÉ UNA Y OTRA VEZ EN LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA VIGILANCIA DE LA DIETA.

CADA VEZ DEBE SER MAS EFICAZ LA EDUCACIÓN DE LOS PADRES, DE LOS MÉDICOS Y DE LOS EDUCADORES, PERO TAMBIÉN DE LOS NIÑOS.

B I B L I O G R A F Í A .

1. ALVIN L. MORRIS.; M. BOHANNAN HARRY.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.

Editorial Labor, S. A.

4a. Edición

Barcelona, España 1980

804 Páginas

2. ANALES NESTLÉ

SALUD DENTAL EN LA INFANCIA.

Comite de Redacción de "Anales Nestlé"

Volumen 44, Número 3

México, D.F. 1987

46 Páginas

3. CHARBENEAU GERALD T. Y COLABORADORES

OPERATORIA DENTAL. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA.

Editorial Panamericana

2a. Edición

Buenos Aires, Argentina 1984

448 Páginas

4. DIAMOND MOSES, D.D.S.

ANATOMÍA DENTAL

Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana

2a. Edición

México, D.F. 1982

392 Páginas

5. ESPONDA VILA RAFAEL

ANATOMÍA DENTAL.

Textos Universitarios U.N.A.M.

6a. Edición

México, D.F. 1981

390 Páginas

6. JARVIS WILLIAM, D.D.S., Ph.D.

PROTECTING YOUR PEARLS.

Review and Herald Publishing Association

Washington, D.C. 1982

28 Páginas

7. Mc DONALD RALPH E.; AVERY DAVID R.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE.

Editorial Médica Panamericana

Buenos Aires, Argentina, 1990

5a. Edición

848 Páginas

8. R. WOODAL IRENE Y COLABORADORES'

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.

Editorial Interamericana

México, D.F., 1983

1a. Edición

560 Páginas

9. W. RIPA LOUIS

MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO.

Editorial Mundi y Saic y F.

Buenos Aires, Argentina 1984

1a. Edición

268 Páginas