



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ABORDAJE INTEGRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
ALTO ÍNDICE DE CARIES.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

DANIELA GARCÍA HERNÁNDEZ

TUTORA: ESP. MARÍA DEL ROSARIO GRAJALES JOSÉ

MÉXICO, D. F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Que difícil agradecer.....cuándo se agradece hasta la vida.....

A la vida por tan bello regalo

A mi padre, maestro y guía quien me heredo ese amor a la odontología, gracias “cheque” por apoyarme a realizar este sueño.

A mi madre, mi paciente incondicional, gracias por ser mi amiga, mi confesora y mi ejemplo a seguir.

A mi hermano Sebastián, gracias por tu apoyo y cooperación al ser mi primer paciente y confiar ciegamente en mí.

A mi abuela Virginia, abue sé que desde donde te encuentres estas orgullosa de mi, gracias a ti tengo la tenacidad, y las ganas de luchar día a día para poder llegar hasta donde hoy me encuentro, infinitas gracias por tu ejemplo de lucha.

A mi abuela Margarita, quien es mi segunda madre, la que siempre me comprende y me consiente, gracias “Agurusgurus” por el infinito amor que he recibido, a mi abuelo Mauricio, gracias por ser el abuelo más divertido y darme horas y horas de risa en los momentos más difíciles de mi vida escolar.

A mis tíos, Mario y Yolanda, a mis primos Carla y Christian gracias por confiar en mí, ayudarme y apoyarme incondicionalmente,

A mi tía América, gracias por guiarme en el mundo de la prótesis dental, eres un apoyo incondicional que nunca podré pagar.

A mis tíos, Irma, Laura y Mauricio son una parte importante en mi vida, a mi hermano del alma, mi primo Leonar juntos toda la vida y apoyarnos siempre.

A mi gran amigo y compañero de vida, Fabio, tengo tanto que agradecerte, por estar en mis peores momentos y darme ánimos de seguir adelante, por ayudarme a superar cada batalla, gracias por el amor, por el apoyo y no dejarme nunca sola, gracias a ti la carrera fue aún más bella. TE AMO

A mis grandes amigos, Mónica y Elvia son pieza importante en esta gran aventura de vida, Klaus, Sofía, Rubén, Joshua, Karina, Saúl, Manuel, Gabriel, Alejandra, María, Danel gracias por los mejores momentos vividos, y por una amistad verdadera.

A Yamely, mi gran pareja de Padierna, juntas logramos el mayor éxito.

A los chicos y chicas del “camper” gracias por hacer un servicio social extraordinario, por hacer de mis mañanas las mejores, los recordare siempre.

A mi profesora y amiga, gracias Dra. Rosario, por todos los conocimientos adquiridos, por apoyarme a realizar este trabajo, y ser mi apoyo en momentos difíciles.

A mis profesoras de Odontopediatría, Verónica Barbosa, Jessica Padilla, Lilia Espinosa, Rosario Grajales, Olimpia Viguera, gracias a ustedes amo lo que hago, amo mi carrera y sobre todo, amo la Odontopediatría.

Gracias a mi querida Universidad por ser mi segunda casa, y regalarme esta oportunidad.

***“Por mi raza Hablará el Espíritu
Orgullosamente UNAM”***



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	2
1.1 La salud bucal de la madre gestante	2
1.2 La salud bucal del recién nacido	5
1.2.1 Alimentación y amamantamiento.....	7
1.2.2 Limpieza de boca y dientes.....	9
1.2.3 Cronología de erupción.....	12
1.2.4 Succión no nutritiva.....	13
2. PSICOLOGÍA DEL NIÑO	14
3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL DESARROLLO	16
3.1 Psicoanalíticas.....	16
3.2 Del aprendizaje.....	16
3.3 Perspectiva cognoscitiva.....	17
3.4 Perspectiva evolutiva o sociobiológica.....	18
4. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO	18
5. MANEJO DE CONDUCTA	20
5.1 La presencia de los padres en la consulta dental.....	22
5.2 El llanto.....	22
5.3 Técnicas de manejo de conducta.....	24
5.2.1 Decir-mostrar-hacer.....	24
5.2.2 Lenguaje pediátrico.....	24
5.2.3 Distracción.....	25
5.2.4 Control de voz.....	26
5.2.5 Imitación.....	26
5.2.6 Refuerzo positivo.....	26
5.2.7 Refuerzo negativo.....	27

5.2.8 Restricción física.....	28
6. CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA.....	27
6.1 Riesgo a caries.....	31
6.2 Manifestaciones clínicas.....	33
6.3 Tratamiento.....	35
7. PRÓTESIS EN NIÑOS.....	37
7.1. Etiología de la pérdida prematura de dientes deciduos.....	37
7.2. Pérdida precoz de dientes deciduos.....	38
7.3. Restablecimiento de las funciones.....	39
7.3.1. Masticación.....	39
7.3.2. Deglución.....	39
7.3.3. Estética.....	39
7.3.4. Fonación.....	40
7.3.5. Evitar hábitos.....	40
7.3.6. Mantener el espacio.....	41
7.4. Tipo de prótesis.....	41
7.4.1. Prótesis fija.....	41
7.4.2. Prótesis parcial removible.....	42
7.5. Diseño de la prótesis pediátrica.....	43
7.6. Ventajas.....	44
7.7. Desventajas.....	45
7.8. Indicaciones a padres.....	46
CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	50

INTRODUCCIÓN

Para abordar un paciente integralmente es necesario conocer sus hábitos alimenticios, un niño que presenta caries de la infancia temprana refiere alto consumo de carbohidratos y no tienen hábitos de higiene adecuados. El propósito del presente trabajo es explicar todo aquello que se encuentra detrás de un proceso carioso.

Generalmente, los niños con caries de la infancia temprana tienen hermanos aún más pequeños o la madre puede estar embarazada, la educación debe comenzar desde esta etapa para corregir todas aquellas actitudes y malos hábitos que desencadenaran un problema de salud bucal.

Dentro de las múltiples consecuencias que causa la caries de la infancia temprana está la pérdida prematura de dientes deciduos, causando problemas de masticación, fonación, deglución, presencia de hábitos a causa de la pérdida de dientes y estética acompañado de problemas psicológicos y de integración social.

Para poder llevar a cabo un abordaje correcto, el odontopediatra deberá conocer la psicología del niño, el crecimiento y desarrollo de cada etapa para poder establecer un protocolo de manejo de conducta, hay que educar a los padres para que una vez restablecida la salud bucal sepan y puedan conservarla, y evitar que en un futuro estos niños presenten caries en la dentición permanente.

1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

El abordaje integral de niños con un alto índice de caries consiste en tomar en cuenta todo aquello que se encuentra detrás de un proceso carioso, ya que la etiología de la caries es multifactorial, y se puede prevenir gracias a la Educación para la salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS,1998), la Educación para la Salud es “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.¹ Hay que considerar que la prevención inicia desde el embarazo.

1.1 La salud bucal de la madre gestante

La madre gestante debe cuidar la salud bucal ya que ella será la primera en inocular al recién nacido el *S. mutans*, si presenta algún problema de salud bucodental debe ser atendida y aunque existe la creencia que es riesgosa la atención dental durante el embarazo, hay protocolos establecidos para la atención de acuerdo al trimestre en el que se encuentre.

En el primer trimestre se debe orientar a la madre sobre el consumo de alimentos ricos en calcio ya que en la séptima semana de vida intrauterina comienza la formación de los esbozos de los dientes de la primera dentición. Como tratamientos se realizan controles personales de placa, profilaxis y detartrajes.

La alimentación, debe ser equilibrada. Una dieta equilibrada incluye alimentos de todos los grupos de nutrientes y además, es variada. Alimentos como carne, pescado, huevo y embutidos deben ser moderados, ya que algunos de estos alimentos contienen ácidos grasos poliinsaturados que

¹http://portal2.edomex.gob.mx/dae/educacion_salud/index.htm

intervienen en la formación de estructuras del sistema nervioso y de la retina del niño.

Se debe también consumir legumbres, frutas y verduras que aportarán vitaminas, minerales, fibra y ácido fólico; leche o derivados como queso o yogurt proporcionan calcio, evitar altos consumos de sal, azúcar y bebidas como café o refrescos, se deben consumir entre 1 ½ - 2 litros diarios de agua. La ganancia de peso total en el embarazo oscila entre los 9-12 kilos.

Por otra parte la higiene bucal es indispensable, debemos explicarle a la mamá la técnica de cepillado así como el uso de auxiliares para la higiene bucodental como hilo y enjuague bucal que ayudarán a prevenir problemas periodontales como el granuloma piógeno que se genera debido al aumento de hormonas y el acumulo de placa.

En el segundo trimestre del embarazo es completamente seguro realizar tratamientos de operatoria dental, “el uso de vasoconstrictores con anestésicos locales durante el embarazo es todavía controversial ya que el útero grávido tiene una mayor sensibilidad a las propiedades vasoconstrictoras de la adrenalina, que otros órganos. Sin embargo, esta sensibilidad disminuye en el embarazo tardío, los agentes adrenérgicos comprometen el flujo sanguíneo uterino; sin embargo esto parece no tener efectos en el feto, la adrenalina es usada rutinariamente en la anestesia de cualquier tipo en obstetricia sin complicaciones. Por tanto, la administración de anestesia local en tratamientos odontológicos no estaría contraindicado”².

La radiación de los aparatos de rayos X dentales es mínima, aun así las tomas radiográficas deberán ser las estrictamente necesarias y con la

²ANESTESIA LOCAL ODONTOLÓGICA Y EMBARAZO. Sano, Jean y Colmenares, Narhayber, y col. 2, Venezuela : s.n., 2009, Vol. 39

protección de mandil de plomo, tomando en cuenta la posición del paciente y el tiempo de las citas.

En el tercer trimestre del embarazo se realizan acciones preventivas, citas cortas debido a la posición de la espalda en el sillón dental durante este período del embarazo, el útero puede aumentar la presión sobre la vena cava inferior, produciendo alteraciones hemodinámicas tanto a la madre como al feto, que se traducirían en hipotensión así como dificultad para respirar. Por ende, si en última instancia el tratamiento debe ser practicado en este período, se debe permitir que la paciente cambie de posición cada 3 a 7 minutos.³



Figura 1. Posición del sillón dental 1er trimestre 165°, 2do trimestre 150°, 3er trimestre 135^{o4}

La enfermedad periodontal está asociada con un incremento en el riesgo de complicaciones como partos pre-término, restricción en el crecimiento fetal, bajo peso al nacer y preclamsia.⁵ Está asociado por altos niveles de Interleuquina 6 presente en la saliva de personas con enfermedad periodontal y ésta se encuentra elevada en el líquido amniótico, sin embargo

³Corrêa, María S. Pires, Schimitt, Rosângela M. y Kim, Soo Y. 2009. *Salud Bucal del BEBÉ al ADOLESCENTE Guía de Orientación para las Embarazadas, los Padres, los Profesionales de la Salud y los Educadores*. s.l. : SANTOS, 2009.

⁴ ANESTESIA LOCAL ODONTOLÓGICA Y EMBARAZO. Sano, Jean y Colmenares. Op. Cit

⁵ Michalowicz BS, Hodges JS, Di Angelis AJ et al. *Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth*. N Engl J Med 2006; 355:1885-1894

estudios han demostrado que no está relacionado a partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer, pero se presenta en el 3% de los casos.

El riesgo que tiene un niño a presentar caries dental está relacionado con la inoculación del *S. mutans* de la madre, al estar en contacto con la cuchara, juguetes o dulces del niño.

1.2 La salud bucal en el recién nacido

La educación para salud debe comenzar con la familia por ser el ámbito natural de la educación, cultura y socialización de los hijos, será orientada a que la mamá realice acciones de limpieza y prevención, será transmitida por el profesional de la salud en el consultorio, mediante pláticas, imágenes, trípticos y macromodelos.

Desde el nacimiento se debe llevar a cabo un protocolo de limpieza de la boca, para esto, es necesario enseñarle a la mamá lo que es una boca sana, para que ella detecte lo que está mal, ya sea una zona roja en la encía, una lengua blanquecina, etc.

Debemos explicarle las condiciones de salud de la boca, comenzando por la coloración de las encías que en los niños es rosa-roja, brillante, sin sangrado al tacto, los rodetes gingivales de textura lisa y continua, los carrillos no deben tener coloraciones blanquecinas, y la lengua sin restos de alimentos.

La mandíbula al nacer se encuentra poco desarrollada y al ser el único hueso móvil del complejo cráneo-facial tiene la capacidad de crecer al ser estimulada durante el amamantamiento, debido al movimiento que realiza en dicho acto de manera antero-posterior, estos centros de crecimiento se encuentran a nivel de los cóndilos y es así como la mandíbula comenzará su estímulo de crecimiento.

Luis Reynaldo de Figueiredo Walter en su libro Odontología para el bebé describe las características de la boca del recién nacido:

- ♥ El labio superior presenta Sucknigpad “apoyo de succión” con múltiples proyecciones vellosas que aumentan el volumen del labio cuando está en contacto con el pecho de la madre.
- ♥ En la parte interna y media del labio superior el frenillo labial se une con la papila palatina en un 50% de los recién nacidos, los frenillos laterales ayudan a la fijación del labio en el maxilar.
- ♥ En el labio inferior se encuentra, en la línea media, el frenillo labial, y los frenillos laterales que se encuentran menos desarrollados que en la maxila.
- ♥ El rodete gingival superior se encuentra protruido y el inferior retruido con una discrepancia de 5-6mm. En el arco superior, el frenillo labial se encuentra unido al rodete gingival y los laterales al vestíbulo.
- ♥ La unión del paladar duro con el blando, se caracteriza por una zona rojiza.
- ♥ En ambos rodetes, sobre la región de los incisivos y caninos existe un cordón fibroso de Robin y Magitot, que se encuentra bien desarrollado en el recién nacido y va desapareciendo, lo cual indica que esta cercana la erupción de incisivos.
- ♥ En la zona anterior y vestibular de los rodetes se observan segmentos verticales que coinciden con la presencia de los

gérmenes de los dientes deciduos, por lo tanto se encuentra lobulado.⁶

1.2.1 Alimentación y amamantamiento

La leche materna es el único alimento que puede satisfacer las necesidades funcionales y metabólicas del recién nacido, para poder obtener la leche, el bebé sujeta el seno con los labios y rodetes, y lo presiona con la lengua, llevándola hacia fuera con el fin de jalar el pezón, quedando entre el paladar y la lengua, con los labios hará un sellado. Los movimientos antero.posteriores de la mandíbula y la compresión peribucal, estimulará a la areola y obtendrá la leche. La posición que debe de tener el bebé al ser amamantado es con la barbilla tocando el pecho, la boca ampliamente abierta y los labios sellando el seno materno.

Con el amamantamiento el bebé satisface las necesidades nutricionales y emocionales, obtenidas al mismo tiempo, la nutricional al satisfacer el apetito y la emocional mediante la succión, cuando se da la alimentación por biberón con un flujo inadecuado, él bebé alcanza la satisfacción de estar bien alimentado antes que la satisfacción de la succión, se encontrará inquieto por no cumplir con la satisfacción emocional; con esto entendemos que la alimentación artificial (biberón) no cumple con las necesidades que el bebé requiere al mismo tiempo, siendo la alimentación por seno materno la mejor vía de nutrición y satisfacción emocional.⁷

⁶*Odontología para el Bebé. De Figueiredo Walter, Luis Reynaldo, Ferelle, Antonio y Issao, Myaki. São Paulo, Brasil : AMOLCA, 2000. Pag: 48 y 49*

⁷*Podestá, Mario Elías y Arellano Sacramento, César. Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Madrid, España : Ripano, 2013. Pág: 125-129.*



Figura 2. Posición correcta de los labios para ser amamantado⁸

Al ser alimentados con el biberón los labios no sellan herméticamente y comprimen los músculos masticatorios para extraer el líquido, lo cual atrofia el crecimiento al realizar acciones de succión en lugar de movimientos antero-posteriores; al no existir sellado hermético favorece la respiración bucal, contraria al amamantamiento, en el cual debido al sellado hermético la respiración es completamente nasal.



Figura 3. Alimentación con biberón a temprana edad⁹

La lactancia materna es hasta los 6 meses, tiempo en el cual la leche tiene alto contenido de proteínas y grasas como la Lipasa y el Omega 3 que

⁸www.odontologiaparabebes.com

⁹www.odontologiaparabebes.com

ayudan al crecimiento cerebral; complementa el sistema inmunológico y disminuye las infecciones estomacales, lo más importante de la alimentación por seno materno es por la presencia de enzimas Lactoperoxidasas y Lactoferrina en la leche materna las cuales reducen el recuento bacteriano en la cavidad bucal, aunado a esto las Inmunoglobulinas inhiben las bacterias causantes de la caries dental, y la saliva mantiene un pH adecuado evitando la formación de caries.¹⁰

Las medidas educativas de prevención de caries en la primera infancia consiste en controlar el amamantamiento nocturno, alrededor de un 9% de niños con alimentación nocturna por seno materno tiene probabilidades de presentar caries, sin embargo si esta alimentación continúa con biberón hasta los 24 meses, la probabilidad de caries será de un 110%, es por eso es de los 6 meses hasta los 12 meses el periodo de alimentación artificial (biberón) diurna y nocturna aceptable seguido de un protocolo de higiene .

1.2.2 Limpieza de boca y dientes

Las mamás tendrán la duda de ¿Cuándo comienzo a con la higiene de mi hijo?, o ¿A qué edad debo llevarlo a la primer consulta dental?, esta respuesta será obtenida por el odontólogo de práctica general que trate a la madre embarazada o por un odontopediatra, la higiene debe comenzar a los 4 meses de edad debido a los residuos de leche que quedan en el paladar, carrillos, en la lengua y en los rodetes gingivales.

En el ser humano la eliminación natural de los microorganismos o la llamada auto-limpieza es a través de movimientos fisiológicos como la masticación, la fonación y la deglución, en el bebé dichos movimientos son ineficientes, por lo tanto la limpieza deberá darse como forma de juego, la hora del baño es el momento ideal para realizarlo y que el bebé lo tome

¹⁰Podestá, Mario Elías y Arellano Sacramento, César. Op CIT Pág:129-135

como costumbre y parte de sus actividades de higiene, debe ser algo normal y cotidiano.

En un inicio la mamá tendrá miedo por lastimar a su bebé al realizar la higiene después de cada comida, es por eso que debemos explicar y mostrar la limpieza con una gasa, que consiste en hacer una solución compuesta por 1 cucharada sopera de agua oxigenada¹¹ más 3 cucharadas soperas de agua hervida o de garrafón, perfectamente mezcladas y guardadas en un recipiente de preferencia con gotero, esta solución será usada por el odontopediatra y la mamá realzará la limpieza únicamente con agua hervida y tibia.

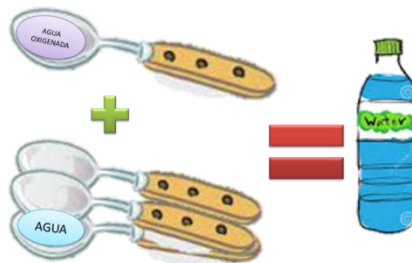


Figura 4. Dilución de agua + agua oxigenada¹²

Con ayuda de una gasa, o un paño limpio y la solución preparada se frotarán los rodetes gingivales, la mucosa de los carrillos, el paladar se limpiará con un movimiento posteroanterior y finalizaremos con la remoción de restos de leche de la lengua, únicamente 2/3 partes para evitar inducir el vómito en el bebé.

Este procedimiento debe repetirse después de cada amamantamiento, para establecer en el niño un protocolo de limpieza que

¹¹ El peróxido de hidrógeno reacciona ante la catalasa del tejido bucal liberando oxígeno, dando como resultado un poder bactericida sobre microorganismos anaerobios.

Podestá, Mario Elías y Arellano Sacramento, César. *Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico.* Madrid, España : Ripano, 2013. Pág: 125-129.

¹² Fuente directa

con el paso del tiempo será bien aceptado y permanecerá hasta la edad adulta.



Figura 5. Limpieza con gasa¹³

A los 6 meses comienza la erupción de los incisivos centrales inferiores, en este momento se podrá realizar la limpieza con un dedal de silicón y agua, o bien si la mamá domina la técnica de gasa y elimina por completo la placa de los dientes podrá continuar con ella.

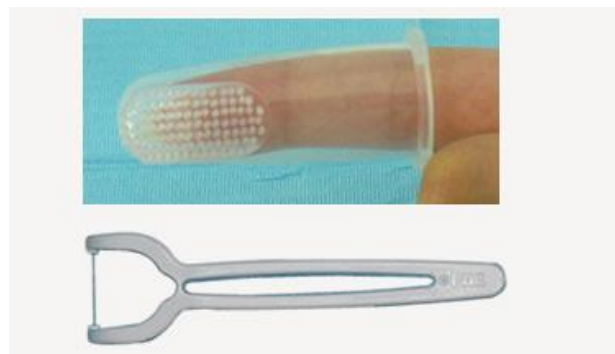


Figura 6. Dedal de silicona, aditamento para uso de hilo dental¹⁴

¹³Podestá, Mario Elías y Arellano Sacramento, César. *Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico*. Madrid, España : Ripano, 2013. Pág: 305

¹⁴www.odontologiaparabebes.com

La mejor edad para llevar a un bebé al odontopediatra es a los 4 meses, cuando el niño ya se encuentra inmunizado y no es tan pequeñito, los papás aprenderán como limpiar a su bebé y la cronología de erupción de los dientes de la primera dentición, para que alrededor de los 6 meses de edad y con la erupción de los incisivos inferiores, se realice un riesgo a caries, de acuerdo a su alimentación, o será necesaria la aplicación tópica de fluoruro para preservar una salud bucal.

1.2.3 Cronología de erupción

No todos los padres conocen la cronología de erupción, es responsabilidad del profesional de la salud explicarla para que los signos y síntomas que se presentan en ella no sea un foco de alarma en los padres. Es normal que se presenten síntomas como salivación abundante, diarrea, sueño, irritabilidad, que muerdan y chupen todo aquello que se les presente y con menor frecuencia fiebre, vómito y tos.¹⁵

El tratamiento para la “comezón” que lo niños presentan es con mordederas de silicón frías, masaje digital sobre los rodetes gingivales, no es recomendable el uso de anestésicos tópicos como el babykanka® debido al riesgo de generar una alergia al compuesto.

DENTICIÓN DECÍDUA	
Incisivo central inferior	6 meses
Incisivo central superior	7-8 meses
Incisivo lateral superior	8-9 meses
Incisivo lateral inferior	10-12 meses
Primer molar superior	12-16 meses

¹⁵*Odontología para el Bebé. De Figueiredo Walter, Luis Reynaldo, Ferelle, Antonio y Issao, Myaki. São Paulo, Brasil : AMOLCA, 2000. Pag: 79-82*

Primer molar superior	12-16 meses
Canino inferior	17-20 meses
Canino superior	17-20 meses
Segundo molar inferior	20-30 meses
Segundo molar superior	20-30 meses

Tabla 1. Cronología de la dentición decidua.¹⁶

1.2.4 Succión no nutritiva

La succión no nutritiva es normal en la etapa gestacional, el feto tiene movimientos de succión y deglución desde la semana 13 a 16 del periodo de gestación; en la primera infancia los niños tienden a chupar el dedo, los juguetes o su cobija, el hábito de succión digital es más frecuente en bebés que no han sido amamantados o cambiaron a una alimentación artificial a temprana edad, por lo cual no tienen completada la necesidad emocional.

“Al ser amamantado el bebé puede controlar los tres factores considerados para un equilibrio estomatognático: longitud del pezón, flujo del líquido y flexibilidad del recién nacido. La dureza y la forma de los chupones no le permiten este control”.¹⁷

Por eso es importante instruir a los padres del uso restringido del chupón, muchos padres lo usan como un método para callar a los niños cuando se encuentran en etapas de rabietas, para dormirlos o cuando comienza la erupción de los dientes deciduos.

¹⁶**Cárdenas Jaramillo, Darío. 2009.** *Fundamentos de odontología, Odontología Pediátrica.* Colombia : Corporación para Investigaciones Biológicas, 2009.

¹⁷**Podestá, Mario Elías y Arellano Sacramento, César.** *Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico.* Madrid, España : Ripano, 2013. Pág: 134



Figura 7. Succión no nutritiva en bebés¹⁸

2. PSICOLOGÍA DEL NIÑO

Durante la consulta odontológica es de suma importancia que el operador conozca la psicología del niño, de esta manera podrá cumplir el principal objetivo que es una actitud positiva en la consulta dental, para llevar a cabo los procedimientos preventivos de terapéutica pulpar y restaurativos de forma eficiente sin causar ningún tipo de estrés o trauma psicológico en el paciente pediátrico y que sus experiencias odontológicas sean siempre positivas.

Para llevarlo a cabo es necesario el entendimiento de los procesos de crecimiento y desarrollo de los niños desde el nacimiento; en las primeras etapas de vida es cuando suceden los mayores cambios en el organismo ya sean físicos, psicosociales o cognoscitivos, es por eso que debemos personalizar la consulta dental dependiendo la edad de nuestro paciente y en la etapa de desarrollo en la que se encuentre.

¹⁸www.odontologiaparabebes.com

La familia y el entorno socio-cultural juegan un rol importante en el desarrollo psicosocial del niño, debemos conocerlo y analizarlo para poder tener un abordaje correcto.



Figura 8. Crecimiento y desarrollo desde la concepción al nacimiento¹⁹

El desarrollo del niño desde la concepción hasta el nacimiento experimenta diversos procesos de desarrollo los cuales involucran:

- “Desarrollo físico: crecimiento corporal, capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud.
- Desarrollo cognoscitivo: aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.
- Desarrollo psicosocial: incluye personalidad, vida emocional y relaciones sociales”²⁰

Tomando en cuenta el desarrollo del niño a través de su crecimiento es como personalizaremos el abordaje de cada paciente, así mismo emplearemos técnicas de manejo de conducta de acuerdo a la edad y comportamiento.

¹⁹ Fuente directa

²⁰Castillo, R. M. (2011). *Estomatología Pediátrica*. Madrid: Ripano.

3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL DESARROLLO

Podemos observar dos tipos de características en el desarrollo del niño, los cuantitativos aquellos que podemos medir en número como son la talla, el peso, la edad, la estatura; y los cualitativos aquellos que no podemos medir numéricamente y son el tipo de estructura y la organización.

El desarrollo se describe desde 5 perspectivas teóricas.

3.1 Psicoanalítica: según Freud considera que el desarrollo humano está basado en fuerzas inconscientes siendo los primeros años de vida cruciales para definir la personalidad. Ericsson seguidor de Freud en su teoría psicosocial menciona que la sociedad es un estímulo positivo para el desarrollo del EGO o el YO. Sin embargo en la teoría racional de Beker define que la personalidad está ligada a los vínculos emocionales del niño, lo cual el desarrollo del concepto YO no es de una persona solitaria, sino el resultado de una persona que interactúa con un grupo ya sea familiares, cuidadoras o compañeros de escuela o estancia.

3.2 Del aprendizaje: es una perspectiva objetiva y cuantitativa ya que el desarrollo será mediante experiencias o adaptación al medio por lo cual el comportamiento y aprendizaje del niño podrán ser predecibles a partir de conductas anteriores.

Dentro de estas perspectivas existen dos teorías sobre el aprendizaje.

- ✓ **Conductismo:** será mediante la observación y la medición, donde el ser humano aprende similar al animal reaccionado a sensaciones placenteras, dolorosas o de temor, por lo cual el ambiente en que se encuentre el individuo dará como consecuencia un aprendizaje ya sea por condicionamiento clásico o condicionamiento operante.

El condicionamiento clásico desarrollado por Iván Pavlov menciona que existirá una respuesta a un estímulo, si el estímulo no se realiza de manera repetida y constante el aprendizaje por asociación estímulo-respuesta se perderá.

El condicionamiento operante es un aprendizaje desarrollado por Skinner, es un aprendizaje con una consecuencia en el cual debe existir un refuerzo al estímulo, si la consecuencia es agradable se reforzará la conducta, si no lo es por el contrario no se repetirá.

- ✓ La segunda teoría es el **aprendizaje social**, donde los niños aprenden mediante la observación e imitación del contexto social en que se encuentran, los niños se verán identificados con sus padres y es como adquieren el lenguaje, la forma de enfrentar problemas, reacciones agresivas o la moral para cada género. Estos procesos serán efectivos cuando el niño observe y analice diferentes modelos de comportamiento tomando de cada uno de ellos lo que le guste o no, para así crear un comportamiento propio desarrollando confianza y autoeficacia para tener éxito en cada ámbito social.

3.3 Perspectiva cognoscitiva: Desarrollada por Jean Piaget donde los niños llegan a conclusiones mediante la respuesta lógica a preguntas establecidas. La inteligencia según Piaget está basada en la organización y la adaptación: en la organización se dan respuestas diferentes a situaciones específicas, la adaptación donde la información adquirida se ajusta a esta nueva información mediante la asimilación.

El desarrollo individual se basa en 4 etapas

1. Sensomotora: la conducta del niño de 0-2 años es completamente motora y no conceptualiza.
2. Pre-operacional: los niños se encuentran en la etapa de pensamiento y lenguaje de 2-7 años, donde imitan conductas, juegos, dibujos y lenguaje hablado.
3. Operaciones concretas: el niño de 7 a 11 años comprende razonamientos lógicos y puede responder problemas concretos o reales.
4. Lógico-formal: en esta etapa el adolescente de 12-16 años logra la abstracción sobre problemas concretos, en el cual emplea un razonamiento inductivo y deductivo.

3.4 Perspectiva evolutiva o sociobiológica: Influenciado por Darwin el desarrollo está basado en la adaptación de las especies para sobrevivir, siendo así que cada generación mejorará respecto a las anteriores

4. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO

Desde el nacimiento el niño no tiene la capacidad de relacionarse con quienes lo rodean, durante las primeras semanas de vida solo reacciona a estímulos externos, sabe distinguir entre la voz de su madre y los sonidos del medio ambiente, existe un contacto directo con la madre mediante miradas.

DESARROLLO DEL NIÑO EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA	
2 meses	Reacciona ante la voz de la madre o de algún familiar y sonríe.
3 meses	Deja de llorar cuando lo distraen con un ruido o al escuchar la voz de su madre.
4 meses	Es capaz de reconocer a sus familiares, y sentir placer por ser tomado cariñosamente por ellos.

Tabla 2. Desarrollo del niño en los primeros meses de vida

Un niño de 18 meses siente miedo de ser separado de la madre, de los juguetes o de los bienes materiales a los que él está acostumbrado y en el cual siente seguridad y confianza, es por eso que en la consulta el odontopediatra debe realizar el examen clínico en brazos de la madre, sabiendo que cualquier lenguaje de desensibilización no tendrán éxito.

El crecimiento y desarrollo es muy acelerado el cambio conductual es repentino de un día a otro, a los 2 años el egocentrismo es característica de los niños de esta edad, le gusta ser el centro de atención y buscará obtener lo que quiera de mil formas, no importando si tiene éxito o fracaso. Un niño de 3 años quiere agradar y ser socialmente reconocido, en la consulta dental el operador deberá comunicarse con el niño mediante elogios para obtener una conducta positiva, recordando que viven en un mundo mágico y no tienen un razonamiento lógico, el lenguaje pediátrico será la mejor forma de abordar al niño.

La sociabilidad e independencia es observable a los 4 años, el desarrollo motor está presente a los 5 años, es más maduro y sociable el apoyo del adulto será indispensable para lograr el canal de comunicación con el odontopediatra.

El profesional de la salud deberá interesarse por las reocupaciones de los niños, de sus gustos y necesidades, de esta forma se establecerá una comunicación entre el niño y el dentista.

5. MANEJO DE LA CONDUCTA

El éxito de todo tratamiento en odontopediatría es el manejo de la conducta del niño, es fundamental el conocimiento de la psicología del niño y el protocolo de atención será predecir la conducta, llevar un manejo adecuado de acuerdo a la edad y cooperación del paciente, y explicar ampliamente a los padres los procedimientos necesarios ya sea para el manejo de la conducta o de los tratamientos preventivos, de terapéutica pulpar y restaurativos.



Figura 9. Explicar al paciente el tratamiento²¹

²¹ Fuente directa, Clínica Periférica Padierna, UNAM 2013

Desde que el niño ingresa al consultorio comienza con la evaluación del lugar, de las cosas que en él se encuentran, el personal que labora y del propio dentista, el odontopediatra debe de evaluar al niño desde su llegada para predecir cómo será su comportamiento, que lenguaje usar, como hacer que el paciente se familiarice con el ambiente y su estancia sea lo más placentero.

Si el operador se encuentra estresado, enojado o aprehensivo estos sentimientos serán percibidos por el niño, lo cual puede generar una conducta negativa, la comunicación será no solo verbal, los gestos, la forma de mirar y toda comunicación no verbal serán percibidos.

Como ya se mencionó, en niños menores de 2 años se recomienda la presencia de la madre en la primera consulta, sin embargo la presencia de los padres puede ser un factor positivo o negativo. Si los padres experimentan sentimientos de ansiedad y estrés, el niño se comportará de la misma forma que ellos, por el contrario, si se encuentran tranquilos, el niño se manejará de forma agradable.

Un punto fundamental es saber si existen experiencias pasadas, y será aún más importante reforzar la imaginación, la fantasía y el lenguaje pediátrico para que el nivel de estrés disminuya con forme se avanza en las consultas.

En cuanto al tiempo, es recomendable que en pacientes preescolares las citas sean cortas, para evitar perder la cooperación del niño en citas posteriores. Sin embargo los odontopediatras recomiendan realizar tratamientos por cuadrantes aunque los periodos de consulta sean más extensos para reducir el número de citas. Y el mejor horario en pacientes preescolares será por la mañana cuando el niño está más despierto y con más capacidad de cooperar, y el operador se encuentra más tranquilo y

menos cansado en la consulta dental, para los pacientes escolares es preferible el horario vespertino.

5.1 La presencia de los padres en la consulta dental

Los padres son un factor determinante en la conducta del niño, saber reconocer el tipo de padres al que nos enfrentamos nos dará información sobre cómo será el comportamiento del niño durante las consultas. La comunicación y orientación entre padres, paciente y odontólogo llevara a una conducta positiva.



Figura 10. Triángulo paciente- odontólogo- paciente²²

Los padres ansiosos o cooperadores aceptan la el tratamiento pero su misma ansiedad interfiere con la conducta del niño, por lo cual a este tipo de papás se les explica todo el procedimiento, se resuelven sus dudas pero se les pide estén en la sala de espera.

5.2 El llanto

El llanto en los niños es un mecanismo de comunicación o de defensa, saberlos reconocer nos ayudará a saber el estado emocional del paciente pediátrico.

1. "Llanto básico-monotónico: se trata de un patrón rítmico que es utilizado por los bebés como mecanismo para expresar hambre, pero

²²Fuente directa

en niños mayores está asociado con ansiedad y expresión de rechazo. En estos casos el niño generalmente coopera y no varía el tono ni el ritmo durante todo el procedimiento.

2. Llanto de ira: como su nombre lo indica, es un patrón característico donde hay una mayor intensidad y se presenta más en pacientes agresivos que quieren confrontar y evitar un tratamiento.
3. Llanto de dolor: es fácilmente identificable, ya que es causado por la presencia de dolor al realizar algún procedimiento aunque es importante diferenciarlo del llanto por ira.
4. Llanto de frustración: es un patrón arrítmico caracterizado por gritos largos sin períodos largos de retención de la respiración, suspiros, que se presentan en situaciones de ansiedad, donde, al igual que en el llanto básico, el paciente es potencialmente cooperador”²³

Conociendo la psicología del niño, el comportamiento que tendrán basado en las experiencias dentales pasadas, el tipo de papás y reconociendo el llanto podemos llevar a cabo las siguientes técnicas de manejo de conducta.



Figura 11. Paciente de 4 años de edad con llanto básico-monótono²⁴

²³ **Cárdenas Jaramillo, Darío.** *Fundamentos de odontología, Odontología Pediátrica.* Colombia : Corporación para Investigaciones Biológicas, 2009. Pag 32

²⁴ Fuente directa, Clínica Periférica Padierna, UNAM 2014

5.2 Técnicas de majeo de conducta

5.2.1 Decir-mostrar-hacer

Es una técnica de manejo de conducta donde se le explicará al niño los procedimientos a realizar, mostramos los instrumentos que usaremos para dicho procedimiento (nunca fresas, punta de exploradores, agujas) dejar que el niño lo toque para que vea que no es nada que le cause daño, y finalmente realizar el procedimiento.

5.2.2 Lenguaje pediátrico

Un lenguaje pediátrico es explicar los procedimientos que realizaremos dando un nombre especial a cada instrumento de trabajo, de esta manera el niño comprenderá la función de cada uno de ellos, el lenguaje pediátrico se emplea en niños que tengan comunicación verbal es decir, mayores de 3 años.

Podemos emplear el siguiente lenguaje:

Instrumentos	Términos pediátricos
Abrebocas	Silla de los dientes
Eyector	Tobogán de la baba, popote
Explorador	Contador de dientes
Pieza de mano alta velocidad	Avioncito que hecha agua
Pieza de mano baja velocidad	Barredora de los dientes
Anestesia	Agua mágica, hormiguitas
Dique de hule	Paraguas, globo, impermeable
Grapas	Mariposa, anillo que sostiene el globo

Tabla 3. Lenguaje pediátrico²⁵

Debemos explicar los procedimientos con pocas palabras y de manera clara, usando un tono de voz bajo para captar su atención, nunca mentir a

²⁵ Fuente directa, Seminario de Odontopediatría, UNAM 2014

los niños, ya que podemos perder su confianza y eso dificultaría la relación odontólogo-paciente.

5.2.3 Distracción

La distracción es un método, para liberar el estrés en los niños durante la consulta, puede ser mediante cantos, cuentos, o con aparatos electrónicos usando música, películas o juegos.

Entre los 2 y 4 años el niño se encuentra en desarrollo y podemos usar el juego como medio educativo y terapéutico de esta forma se libera el miedo y la ansiedad que presentan, un ejemplo sería el juego de Play Doh® del dentista, podemos usarlo para explicarle al niño una extracción y representar como se extrae el diente, permitiendo que el niño lo haga y así comprenda el procedimiento mediante el juego.



Figura.12 Juego del dentista para liberar el estrés en el niño.²⁶

²⁶<http://www.google.com.mx/urlhttps://www.google.com.mx/search>

5.2.4 Control de voz

El control de voces una técnica que se utiliza cuando se ha perdido por completo el control del niño, es subir el tono de la voz, sin gritar, para llamar de su atención, debe realizarse cuando el niño está desempeñando una conducta desagradable o está en una rabieta de llanto, o por el contrariobajar el tono de voz, y hablarle al oído, diciendo “debes dejar de llorar para que escuches lo que te quiero decir”

5.2.5 Imitación

La técnica de imitaciones aplicada en niños con estrés o ansiedad sin experiencia previa, consiste en la observación de un niño o grupo de niños recibiendo atención dental con buena conducta, de esta forma aprenden mediante la observación, y eliminan el miedo que sienten al darse cuenta que no sucede nada malo.

5.2.6 Refuerzo positivo

El refuerzo positivo se realiza con pacientes con buena conducta, a los niños les gusta recibir halagos y elogios sobre su actuar, y al final de la consulta se les un premio.



Figura 13. Paciente que con refuerzos positivos cambio su comportamiento.²⁷

²⁷ Fuente directa, Clínica de Odontopediatría UNAM 2012

5.2.7 Refuerzo negativo

Por el contrario un refuerzo negativo pretende modificar una conducta no deseada, sin castigar al niño, un ejemplo sería pedir que los padres salgan a la sala de espera y si su comportamiento cambia, los padres podrán ingresar de nuevo, o no dar premio al niño por su mal comportamiento, enfatizando que si en la siguiente cita si coopera podrá recibir el premio.

5.2.8 Restricción física

“La Academia Americana de Odontología Pediátrica la define como la aplicación directa de fuerza física al paciente con o sin su permiso para restringir su libertad de movimiento.”²⁸

Se realizará en niños menores de 3 años para proteger su integridad física, debido la imposibilidad de establecer una comunicación verbal, para realizar esta técnica es necesario explicar a los padres como se realizará, firmando el consentimiento informado. En niños mayores a 3 años se realizará cuando el paciente no responda a ninguna de las técnicas anteriores de manejo de conducta, y debe ser aceptado por el padre.

6 CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

“En 1978 la Academia Americana de Odontopediatría introdujo el término “NursingBottle Caries” para definir una forma severa de caries que se asociaba al uso prolongado del biberón, y cuya prevención se basaba en interrumpir su utilización después del primer año de vida.”²⁹

La caries de la infancia temprana es un padecimiento multifactorial, antes se asociaba al uso prolongado del biberón, sin embargo la suministración

²⁸Castillo Mercado, Ramón. *Estomatología Pediátrica*. Madrid : Ripano, 2011. págs. 72-84

²⁹Boj, Juan Ramón. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Madrid : Ripano, 2011. Pág 315

diurna y nocturna de líquidos con alto contenido de carbohidratos como son jugos, refrescos, leche endulzada, la alimentación por seno materno a libre demanda y por tiempo prolongado son un factor determinante en la aparición de pequeñas manchas circunferenciales características de la caries de la infancia temprana.



Figura 14. Paciente de 4 años de edad con caries de la infancia temprana.³⁰

También llamada caries rampante, caries del lactante, caries de incisivos, caries de biberón, pero el término universalmente utilizado es “early childhood caries” ECC, en niños de 0-71 meses,³¹ es la presencia de una o más lesiones cavitadas o no, dientes perdidos por caries, en los niños menores de 3 años, cualquier signo de caries de superficies lisas es indicativo de la caries de la primera infancia, en niños mayores de 3 años hasta 5 años es indicativo por la presencia de una o más cavidades, dientes perdidos por

³⁰ Fuente directa, Clínica Periférica Padierna UNAM 2013

³¹ *Early Childhood Caries and Quality of Life.* Filstrup, Sara L., Briskie, Dan y Fanseca, Marcio da. 2003. 5, s.l. : Journal Pediatric Dentistry, 2003, Vol. 25.

caries o con manchas blancas en superficies lisas de dientes anteriores superiores deciduos.³²

En la fase inicial de la ECC es reconocido como un esmalte desmineralizado opaco blanco que con el tiempo y los factores agregados va abarcando rápidamente la superficie lisa hasta llegar el margen gingival.



Figura 15. Caries inicial en el canino superior³³

La caries de la infancia temprana (ECC) es una enfermedad prevalente en niños pequeños de bajo nivel socioeconómico, es una enfermedad transmisible pero prevenible³⁴, “cuando a la enfermedad dental se le permite progresar, con el tiempo se comienzan a producir manchas blancas de desmineralización y consecuentemente cavidades y destrucción mayor del tejido en la superficie dental”.³⁵ Esto es posible por la facilidad de adherencia de la placa dentobacteriana a las superficies lisas de los dientes, causando

³²La primera infancia caries actualización: Una revisión de causas, diagnósticos y tratamientos.

Hakan, Çolak, Çoruh, T. Dülgergil y otros, y. s.l. : Journal of Natural Science, Biology and Medicine, 2013.

³³ Fuente directa, Seminario de Odontopediatría, UNAM 2014

³⁴Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. **Villaizán, Carmen y Aguilar, Marta. 2012.** s.l. : Revistala Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, mayo de 2012.

³⁵**Guido Perona, Miguel de Priego y Castillo Cevallos, Jorge Luis.**Manejo Odontológico materno infantil basado en evidencia científica. Madrid : Ripano, 2012. Pag. 18

ácidos que desmineralizan el esmalte, los *Streptococos mutans* son los principales patógenos que participan en el proceso cariogénico.



Figura 16. Caries de aparición temprana en paciente de 3 años³⁶



Figura 17. Paciente de 4 años con caries de la infancia temprana y pérdida de la dimensión vertical³⁷

³⁶ Fuente directa, Clínica Periférica Las Águilas UNAM 2013

³⁷ Fuente directa, Seminario de Odontopediatría, UNAM 2014

La biopelícula contiene bacterias acidogénicas y acidouricas que comienzan con la descalcificación, los lactobacilos son los de mayor relevancia en la cavitación, cuando el pH está por debajo de 5.5 el ácido que producen comienza a desmineralizar, efecto que se desarrolla en 20 minutos o más dependiendo de la disponibilidad del sustrato y la saliva. El consumo excesivo de carbohidratos fermentables provoca el sobrecrecimiento de los *S.mutans* y la producción de ácidos lácticos, fórmicos y acéticos, y un aumento en la matriz polisacárida extracelular y un cambio de la microflora³⁸ por lo tanto será mayor el riesgo de caries.

6.1. Riesgo a caries

Un niño con riesgo a caries tiene actividad cariogénica y presenta los factores suficientes para desarrollar caries, es por eso que debemos evaluar el riesgo en base a la presencia de placa dentobacteriana, si existen zonas de inflamación, defectos de la estructura dental, antecedentes de caries y las condiciones ambientales en las que se encuentre, la lactancia materna o artificial, el consumo de azúcares por día, así como procedimientos de higiene y prevención de caries mediante la aplicación de fluoruro en barniz o en gel; las condiciones de salud general, las características de la saliva, ya que la saliva en las noches es más espesa y en mejor cantidad; considerando lo anterior podemos determinar tres tipos de riesgo, el bajo, medio y alto.

³⁸Cameron, Angus C. y P., Widmer Richard. 2010. *Manual de Odontología Pediátrica*. Madrid : ELSEVIER, 2010.

Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
✓ No alimentación nocturna.	✓ Alimentación nocturna ocasional.	✓ Alimentación nocturna habitual.
✓ Higiene bucal regular (gasa, dedal de silicona o cepillo).	✓ Higiene bucal irregular (gasa, dedal de silicona o cepillo).	✓ Higiene bucal nula.
✓ Ingesta de carbohidratos de 0 a 3 dosis diarias.	✓ Ingesta de carbohidratos de 3 a 6 dosis diarias.	✓ Ingesta de carbohidratos mayor a 6 dosis diarias.
✓ Esmalte sano.	✓ Zonas hipocalcificadas.	✓ Caries presente.
✓ Salivación abundante.	✓ Salivación aceptable.	✓ Saliva escasa.

Tabla 4. Tipo de riesgos a caries dental.³⁹

Después de la evaluación y valoración de todos los datos necesarios para establecer un riesgo a caries debemos optar por el mejor tratamiento para nuestro paciente, siendo los siguientes:

³⁹ Clase magistral Mtro. Juan Enrique Castro Ogarrio, Importancia de la atención bucodental en la 1ra infancia, seminario de titulación Odontopediatría, UNAM 2014.

Tratamiento para riesgo bajo	Tratamiento para riesgo medio	Tratamiento para riesgo alto
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpieza con gasa, dedal o cepillo ✓ Revisión periódica cada 6 meses ✓ Después del cepillado colocar en un hisopo 2 gotas de fluoruro y colocar en los dientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de carbohidratos ✓ Limpieza con gasa, dedal o cepillo ✓ Revisión cada 4 meses ✓ Aplicar fluoruro tópico al 0.02% 1 vez al día 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de carbohidratos ✓ Limpieza con gasa, dedal o cepillo ✓ Revisión cada 3 meses ✓ Aplicar fluoruro al 0.02% 1 vez al día"

Tabla 5. Tratamientos para cada tipo de riesgo a caries⁴⁰

6.2 Manifestaciones clínicas

Los niños que presentan caries de la primera infancia tienen problemas físicos, funcionales y de comportamiento, debido a que afecta la calidad de vida, una salud bucal no es solamente dientes sanos, influye en cómo crecen, miran, hablan, mastican, saborean los alimentos y como se relacionan con los demás niños, y su bienestar social puede verse afectado.

Al presentar lesiones cariosas severas, la calidad de vida se ve afectada a causa del dolor y las molestias por infecciones y abscesos crónicos, la alimentación estará alterada, debido a la mala masticación, desórdenes gastrointestinales, retraso en el crecimiento y desarrollo del niño.

⁴⁰ Mondragón A. Castro UNAM



Figura 18. Presencia de absceso en el O.D 74 y 62⁴¹



Figura 18-A. Presencia de absceso crónico⁴²

Los niños que presentan ECC se asocia con reducción de la ganancia de peso debido al consumo insuficiente de alimentos, por el dolor que les produce la caries en niños menores de 2 años de edad.

Una consecuencia de estas lesiones es la pérdida prematura de dientes deciduos seguida de la pérdida de espacio para los dientes permanentes y un riesgo alto para presentar caries en un futuro, también existe la posibilidad de presentar problemas psicológicos debido a un problema de estética, cuando hay pérdida de los dientes anteriores, causando un problema de autoestima. El dolor y la infección hacen que los niños desarrollen un miedo con gran facilidad al dentista debido a que desde

⁴¹ Fuente directa, Seminario de Odontopediatría, UNAM, 2014

⁴² Fuente directa, Seminario de Odontopediatría, UNAM, 2014

edades tempranas son sometidos a tratamientos de urgencia, anestesia y de rehabilitación.

6.3 Tratamiento

Una vez determinado el nivel de riesgo a caries que presenta el niño se establecerá la aplicación de barniz de flúor por el odontopediatra ya sea cada 3, 4 o 6 meses.⁴³

Cuando se ha establecido la patología, el tratamiento debe ser personalizado, debe tomarse en cuenta la edad del paciente, la cooperación del niño, la extensión de las lesiones cariosas, la salud general del paciente y la motivación y disposición de los padres para cooperar.

Enfatizar en los hábitos de higiene y alimentación que tendrán que ser modificados para que junto a los procedimientos operatorios se pueda lograr de nuevo a la salud oral, lo principal es controlar la placa dentobacteriana, mostrando a los padres mediante una tinción y posterior a esto la enseñanza de una técnica adecuada de cepillado.

Si las lesiones que se encuentran son incipientes, manchas blancas sin cavitación el tratamiento será mediante barniz de flúor en la consulta dental cada 3 meses más fluoruro tópico diario al 0.02%, explicarle a los padres que este tipo de lesiones se pueden remineralizar y es fundamental el cambio de hábitos alimenticios y de higiene.

En lesiones que involucran dentina se puede realizar tratamientos con ionómero de vidrio, por la liberación de iones flúor y su adhesión química con la dentina, mediante la técnica TRA.⁴⁴

⁴³Clase magistral Mtro. Juan Enrique Castro Ogarrio Seminario de Odontopediatría, UNAM 2014.

⁴⁴ La técnica TRA es la remoción mecánica de la dentina, desinfección de la cavidad y restauración con ionómero de vidrio.

Cuando las lesiones son grandes y se encuentra comprometida la pulpa, se realizará terapéutica pulpar, debidamente explicada a los padres, y se colocarán coronas de acero cromo para devolver al niño, la función y de ser posible la estética, mediante coronas estéticas en dientes anteriores.



Figura 19. Restauraciones con coronas de acero cromo, previa terapéutica pulpar⁴⁵

En el caso de dientes deciduos con caries de grado IV es necesaria la extracción, por ende la posibilidad de pérdida de espacio para la erupción de los dientes permanentes, debemos realizar mantenedores de espacio para evitar este colapso, y que la estética no se vea involucrada; y que el niño adquiera problemas psicológicos o de autoestima por la pérdida prematura de los dientes deciduos.



Figura 20. Paciente de 7 años de edad con múltiples pérdidas dentales⁴⁶

⁴⁵ Fuente directa, Programa de salud bucodental a escolares, Servicio Social, UNAM 2013

⁴⁶ Fuente directa, Programa de salud bucodental a escolares, Servicio Social, UNAM 2013

7 PRÓTESIS EN NIÑOS

Son muchas las causas que por la que existe la ausencia de uno o varios dientes deciduos, puede ser por caries dental, traumatismos, agenesias, enfermedad periodontal, o defectos congénitos. El uso de prótesis en niños es para restablecer las funciones de “masticación, deglución, fonación, evitar la aparición de hábitos incorrectos, mejorar la estética, evitar las repercusiones psicológicas por la pérdida prematura dentaria y mantener el espacio para los dientes sucesores permanentes”⁴⁷

7.1 Etiología de la pérdida prematura de dientes deciduos

Son múltiples los agentes que causan la pérdida prematura de dientes deciduos, la caries de la infancia temprana es una de las causas, debido a malos hábitos de higiene y una alimentación alta en carbohidratos, el descuido y el retraso en el tratamiento dental tienen como consecuencia grandes lesiones y por lo tanto es necesaria la extracción, los traumatismos dentales es un factor que está latente en niños que comienzan a caminar y sufren caídas con la consecuente pérdida parcial o total de los dientes anteriores superiores generalmente; la enfermedad periodontal es mucho menos frecuente en niños, pero cuando se llega a presentar se manifiesta de manera agresiva causando la pérdida prematura de los dientes; los defectos congénitos que afectan el desarrollo del esmalte y dentina, como es la amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta que no puedan ser restaurables mediante la adhesión, el tratamiento protésico estará enfocado a mantener el remanente óseo hasta poder rehabilitar en la edad adulta; las

⁴⁷Boj, Juan Ramón. 2011. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Madrid : Ripano, 2011. págs. 507-520

agenesias aisladas son frecuentes en incisivos y premolares permanentes por lo cual será una prótesis provisional ya que será necesario un tratamiento ortodóncico.⁴⁸

7.2 Pérdida precoz de dientes deciduos

La importancia de la pérdida prematura de los dientes deciduos es la pérdida de espacio que puede ocurrir en las arcadas y la inclinación de los dientes adyacentes causando problemas de mala oclusión y apiñamiento dental. Cuando el diente permanente tiene 2/3 partes de la raíz formada es el momento de erupción, si la extracción del diente deciduo se realiza antes de esta formación radicular será necesario la colocación de un mantenedor de espacio. La indicación para colocarlo es el mismo día de la extracción y hasta 6 meses después para evitar perder espacio, por lo tanto debe ser colocado lo antes posible.

Si la pérdida ocurre cuando comienza la formación de la raíz, la erupción estará atrasada debido a la gran cantidad de hueso que cubre el diente, cuando existe infección en los dientes deciduos, el hueso que cubre el diente puede ser destruido y el proceso de erupción se verá acelerado; el mantenedor de espacio debe estar ocupando todo el lugar que dejó el diente deciduo para interrumpir su erupción precoz, permitiendo el movimiento funcional de los dientes sin interferir en el crecimiento.⁴⁹

⁴⁸Boj, Juan Ramón. 2011. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Madrid : Ripano, 2011. págs. 507-520

⁴⁹Guedes-Pinto, Antonio C., Bönecker, Marcelo y Celia, Martinis Delgado. 2011. *Fundamentos de Odontopediatría. España:Santos*, 2011. Pág.345

7.3 Restablecimiento de las funciones

7.3.1 Masticación

Una buena alimentación y nutrición comienza desde la masticación, cuando ésta se encuentra alterada debido a la ausencia de coronas clínicas, abscesos y exista dolor, el niño no podrá masticar adecuadamente los alimentos y será un problema en cadena. La colocación de una prótesis para sustituir la pérdida dentaria de uno a varios dientes deciduos, restablecerá la masticación permitiendo al niño la alimentación adecuada.

“La función de los incisivos superiores en su etapa inicial será de corte solo en movimientos de lateralidad, a la erupción de los primeros molares deciduos la trituración es muy pobre ya que solo existe contacto con el antagonista.”⁵⁰ Por lo tanto agregado a esto existe pérdida de coronas clínicas por las lesiones cariosas, la masticación será deficiente.

7.3.2 Deglución

La deglución se verá afectada principalmente por la pérdida de dientes anteriores superiores, debido a la posición incorrecta que tomará la lengua, ocasionando la aparición de hábitos, el propósito de colocar un prótesis es para ayudar al reposicionamiento de la lengua.

7.3.3 Estética

La pérdida de dientes del sector anterior afectará la imagen del niño, como consecuencia será motivo de burla por no tener el mismo aspecto que los otros niños, por lo tanto la forma de identificarlo será mediante sobrenombres

⁵⁰ Clase magistral Mtro. Juan Enrique Castro Ogarrio, Importancia de la atención bucodental en la 1ra infancia, seminario de titulación Odontopediatría, UNAM 2014.



Figura 21. Paciente preescolar con múltiples pérdidas dentales⁵¹

7.3.4 Fonación y habla

El desarrollo del habla se da gracias a la respiración, la fonación, resonancia y articulación, gracias al habla podemos comunicarnos, expresar sentimientos de bienestar, afecto, necesidad de protección y alimentación.

Los sonidos se producen cuando la lengua se coloca en la superficie de los incisivos superiores, cuando se da la pérdida prematura, se verá afectada la pronunciación de las consonantes “S, Z, V y F”, si la pérdida de dientes es al mismo tiempo que comienza el desarrollo del habla, será un problema mayor, debido a imposibilidad de articular palabras y su comunicación se verá alterada.⁵²

7.3.5 Evitar hábitos

La pérdida de dientes del sector anterior tendrá como consecuencia la aparición de hábitos, debido a la sensación de un espacio vacío, en donde el niño colocara la lengua o la succión del labio inferior. Los problemas que

⁵¹ Fuente directa, Clínica Periférica Padierna UNAM 2013

⁵² Cameron, Angus C. y P., Widmer Richard. 2010. *Manual de Odontología Pediátrica*. Madrid : ELSEVIER, 2010. 401-411

podiera generar a largo plazo son mordida abierta, proyección lingual, y desplazamiento de dientes deciduos debido a la succión del labio.

7.3.6 Mantener el espacio

La importancia de conservar los dientes deciduos en boca es mantener el espacio necesario para la erupción de los dientes permanentes, cuando existe la pérdida prematura de uno o múltiples dientes de la zona anterior superior después de los 4 años de edad no habrá pérdida de espacio, si la pérdida de los incisivos deciduos se da antes de la erupción de los caninos, si habrá una pérdida de espacio y está indicado la colocación de un mantenedor, debido a que los incisivos permanentes no están bien desarrollados para mantener las dimensiones de la arcada.

En el sector posterior puede darse un colapso de las arcadas, la extrusión de los dientes antagonistas y se pierde la guía de erupción de los dientes permanentes. El objetivo de una prótesis es recuperar la función y conservar el espacio necesario para la erupción del diente permanente, ya sean fijos o removibles que incluyen la reposición del diente perdido; está indicada la colocación de mantenedores de espacio en la sección posterior cuando exista más de 2mm de la corona del diente a la cresta alveolar.

7.4 Tipo de prótesis

7.4.1 Prótesis fija

Estará indicada en pacientes no cooperadores y de corta edad, menores de 3 años, para la sustitución de uno o dos dientes, es colocada mediante coronas de acero cromo o bandas ancladas a los segundos molares deciduos, y un arco de alambre que recorre todas las caras palatinas y va soldado a la cara palatina de las bandas o coronas, la unión de los dientes se realizará medianteacrílico.

No existe una gama de colores ni tamaños en dientes infantiles, es necesario ajustarlo al tamaño de la arcada, otra opción es utilizar los dientes avulsionados realizando previamente la extirpación de la pulpa para evitar cambios de color, en el caso de los primeros molares es necesario realizar con acrílico el diente y darle la anatomía.

Un inconveniente de este tipo de prótesis es que puede llegar a desoldarse de las bandas o las coronas por un mal uso de ellas, al querer ser modificadas usando los dedos, introduciendo objetos o con la lengua.



Figura 25. Prótesis fija con bandas y coronas de acero cromo ⁵³

7.4.2 Prótesis parcial removible

La prótesis parcial removible es utilizada en múltiples pérdidas dentarias o cuando no exista un anclaje posterior, frecuentemente usadas en niños con caries de la infancia temprana.

La prótesis total o sobre dentadura será utilizada cuando exista agenesia de todos los dientes por alguna razón genética o debido a caries de la infancia temprana severa.

⁵³Boj, Juan Ramón. 2011. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Madrid : Ripano, 2011. págs.



Figura 26. Prótesis parcial removibles con dientes de acrílico prefabricados⁵⁴

7.5 Diseño de la prótesis pediátrica

La prótesis parcial removible está elaborada con acrílico con un espesor máximo de 2mm, el acrílico debe ajustar a los cuellos de los dientes, la retención será mediante la extensión del mismo, permitiendo que la inserción sea correcta y el paciente pueda retirarla sin dificultad para evitar daños en los tejidos blandos.

Como retenedores directos tenemos a los ganchos Adams que darán una retención y estabilidad necesaria sobre molares, el retenedor circunferencial es recomendado en caninos debido a su nula interferencia con la oclusión, el retenedor de bola generalmente es usado entre caninos para dar un poco de estabilidad y ser más estético. En el caso de que el acrílico se extienda hacia vestibular, es importante cuidar las inserciones musculares y el frenillo labial, de lo contrario lesionara dicha mucosa y el desalojo de la prótesis será mayor.

⁵⁴ Fuente directa, Seminario de Odontopediatría, UNAM, 2014



Figura 27. Prótesis parcial removible con retenedores Adams y de bola⁵⁵

La prótesis total o sobre dentadura se realizará con acrílico color encía para dar la mayor estética posible, cuidando que la extensión de fondo de saco no afecte frenillos bucales.

7.6 Ventajas

Es la prótesis que restablece las funciones afectadas como es la masticación, deglución, fonación y estética. Por su diseño permite una higiene correcta.

Cuando comienza la erupción de los dientes permanentes es posible ir adaptándola, recortando el acrílico que interfiera con la erupción.

Es bien aceptada por papás y pacientes cooperadores, es cómoda, y se puede realizar con colores llamativos en la base del paladar para que el niño le encuentre una parte divertida y quiera usarla, en el caso de fracturas la reparación es sencilla. Si le colocamos un tornillo de expansión su vida media será mayor ya que podremos ir adaptando al crecimiento de las arcadas.

La retención de la prótesis total será dada por el tono muscular, y al existir menor distancia entre el maxilar y la mandíbula la estabilidad de la prótesis es mejor.

⁵⁵ Fuente directa, Seminario de Odontopediatría, UNAM, 2014



Figura 28. Rehabilitación con prótesis parcial removible en superior y prótesis fija en inferior en paciente con ECC de 4 años de edad.⁵⁶

7.7 Desventajas

Si los padres no son cooperadores con la higiene, provocará una irritación de la mucosa del paladar, y en casos de nula higiene se puede desarrollar *Cándida albicans*, generando un problema mayor. No está indicada en pacientes de corta edad, ya que la cooperación del paciente es fundamental para el éxito de la prótesis parcial removible.

Si el paciente portador de prótesis totales no coopera no tendrá éxito, es importante la motivación de los padres y del odontopediatra para que el niño la acepte ya que es el único tratamiento para este tipo de pacientes.

⁵⁶ Fuente directa, Clínica Periférica Padierna UNAM 2013

7.8 Indicaciones a padres

Explicarles a los papás el tipo de prótesis de acuerdo a las necesidades del niño, hacerlos entender que la higiene es fundamental para el mantenimiento de la salud bucal, el cuidado que deben de tener, y asistir a las citas de control para evitar problemas.

Es normal que al inicio el niño sienta molestia por ser algo nuevo en la boca, la motivación que los padres le den ayudará a que la adaptación sea más rápido, en los primeros días se recomienda que los niños mastiquen cosas blandas, para evitar mordeduras y a medida que se vaya adaptando podrá masticar alimentos más duros.

En prótesis fija se debe evitar masticar caramelos, chicles, alimentos pegajosos debido al riesgo de que el arco palatino se separe de las bandas o coronas, causando una rotura del aparato y tendrá que ser retirado.

El acrílico que está en contacto en el paladar será una interferencia en la fonación y en el sentido del gusto, problema transitorio que se solucionará en poco tiempo; resolverá problemas como posición inadecuada de la lengua; y en niños con problemas de lenguaje por la pérdida de los dientes anteriores superiores la fonación y dicción se verá mejorada.

En la prótesis fija es importante que el niño no manipule el arco palatino con los dedos, se introduzca objetos a la boca o con la lengua ya que podría deformarlo, a los pacientes portadores de prótesis parcial removible les debemos enseñar cómo deben colocarla y retirarla evitar la deformación de los retenedores directos o la rotura del acrílico.

El cepillado en los dientes con bandas o coronas debe realizarse a menudo para evitar problemas de inflamación, sangrado, acúmulo de alimento y dolor, la higiene en prótesis parcial removible debe realizarse tanto en la prótesis como en la boca después de cada alimento y no dormir

con ellas. De preferencia las indicaciones se deben explicar a los padres y entregarlas por escrito para que no olviden cada procedimiento de higiene y cuidado.

CONCLUSIONES

Con base a este trabajo se puede concluir que el abordaje integral en pacientes con alto índice de caries es muy importante porque se identifican los factores y hábitos que pudieran presentar algún riesgo para el desarrollo de caries de la infancia temprana.

La educación es la base para mantener una buena salud bucodental en el paciente pediátrico a lo largo de su desarrollo, así mismo instaurar en la madre gestante hábitos de higiene que eviten la inoculación prematura de bacterias cariogénicas en la boca del bebé. Se debe informar sobre la alimentación por seno materno ya que los componentes de la leche materna como las Lactoperoxidasas y Lactoferrina ayudarán a reducir el recuento bacteriano en la cavidad bucal, reduciendo el riesgo a caries.

Es importante que la primera consulta odontológica sea entre los 4 y 6 meses de edad para resolver dudas acerca de la salud bucal de sus hijos; al mismo tiempo se deben enseñen procedimientos de higiene antes de la erupción del primer diente deciduo, para evitar un alto índice de caries que pudiera afectar el desarrollo futuro del niño.

Una vez establecido el plan de tratamiento para un paciente con alto índice de caries se debe contemplar el abordaje adecuado para el manejo de conducta, dependiendo de la edad ya que los procedimientos son complicados y requieren la cooperación del niño y de los padres.

Existen diversas alternativas de tratamientos para pacientes que presentan caries de la infancia temprana (ECC), tratamientos que pueden ser invasivos o no invasivos, dependiendo del grado que afecte el órgano dental, cuando se presenta la pérdida prematura de un diente deciduo, se debe colocar una prótesis ya sea fija, removible o total para devolver las funciones perdidas a causa de la pérdida prematura de dientes.

El profesional de la salud es el responsable de orientar a los padres para que una vez terminado el tratamiento se preserve la salud bucal, previniendo futuras recaídas de enfermedades bucales ya sea en la dentición decidua o permanente.

Bibliografía

- ANESTESIA LOCAL ODONTOLÓGICA Y EMBARAZO. Sano, Jean y Colmenares, Narhayber, y col. 2009.** 2, Venezuela : s.n., 2009, Vol. 39.
- Barbería, Elena, Boj, Juan Ramón y Catalá, Montserrat. 2001.** *Odontopediatría.* España : MASSON, S.A, 2001.
- Boj, Juan Ramón. 2011.** *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.* Madrid : Ripano, 2011. págs. 104-105.
- Cameron, Angus C. y P., Widmer Richard. 2010.** *Manual de Odontología Pediátrica.* Madrid : ELSEVIER, 2010.
- Cárdenas Jaramillo, Darío. 2009.** *Fundamentos de odontología, Odontología Pediátrica.* Colombia : Corporación para Investigaciones Biológicas, 2009.
- Castillo Mercado, Ramón. 2011.** *Estomatología Pediátrica.* Madrid : Ripano, 2011. págs. 72-84.
- Comportamiento de la caries dental en escolares obesos y normopesos de 8-13 años.*
Sotolongo, Martínez Belkis y Martínez, Brito Isabel. mayo 2010. 3, s.l. : Revista Médica Electrónica, mayo 2010, Vol. 32.
- Corrêa, María S. Pires, Schimitt, Rosângela M. y Kim, Soo Y. 2009.** *Saúlud Bucal del BEBÉ al ADOLESCENTE Guía de Orientación para las Embarazadas, los Padres, los Profesionales de la Salud y los Educadores.* s.l. : SANTOS, 2009.
- De Figueiredo Walter, Luis Reynaldo, Ferelle, Antonio y Issao, Myaki. 2000.** *Odontología para el Bebé.* São Paulo, Brasil : AMOLCA, 2000.
- Early Chidhood Caries and Quality of Life.* **Filstrup, Sara L., Briskie, Dan y Fanseca, Marcio da. 2003.** 5, s.l. : Journal Pediatric Dentistry, 2003, Vol. 25.
- Escobar, Fernando Muñoz. 2012.** *Odontología Pediátrica.* Madrid : Ripano S.A., 2012.
- Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares.* **Villaizán, Carmen y Aguilar, Marta. 2012.** s.l. : Revistala Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, mayo de 2012.
- Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños.* **Estrada, Riverón Johany Duque de, Rodríguez, Calzadilla Armando y Coutin, Marie Gisele. 2003.** Cuba : Revista Cubana de Odontología, 2003, Vol. 40.

Guedes-Pinto, Antonio C., Bönecker, Marcelo y Célia, Martinis Delgado. 2011.
Fundamentos de Odontopediatría. España : Santos, 2011.

Guedes-Pinto, Antonio Carlos. 2003. *Rehabilitación Bucal en Odontopediatría
Atención Integral.* s.l. : AMOLCA, 2003.

Guido Perona, Miguel de Priego y Castillo Cevallos, Jorge Luis. 2012. *Manejo
Odontológico materno infantil basado en evidencia científica.* Madrid : Ripano, 2012.

*La primera infancia caries actualización: Una revisión de causas, diagnósticos y
tratamientos.* **Hakan, Çolak, Çoruh, T. Dülgergil y otros, y. 2013.** s.l. : Journal of Natural
Science, Biology and Medicine, 2013.

Pinkham, J.R, y otros. 1998. *Odontología Pediátrica.* México : Interamericana Mc
Graw-Hill, 1998.

Podestá, Mario Elías y Arellano Sacramento, César. 2013. *Odontología para bebés.
Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico.* Madrid, España : Ripano, 2013.

Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. **Michalowicz, BS y
Hodges JS, Di Angelis et al. 2006.** 355:1885-1894, s.l. : N Engl JMed, 2006.