



UNIVERSIDAD VILLA RICA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“LA EXODONCIA EN ODONTOPEDIATRIA Y
SU MANEJO DE CONDUCTA”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:
AGUSTIN SALAMANCA TAPIA

Asesor de Tesis

Revisor de Tesis

COP. MARIA DEL PILAR LEDESMA VELAZQUEZ CDO. JUAN HERMAN CLASING GARAVILLA

Boca del Rio, Ver

AGOSTO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

DEDICATORIAS

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de mi vida, por brindarme todo su apoyo y consejos en los momentos más difíciles.

A mi padre quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional enseñarme a aguantar y no rendirme en los momentos más difíciles de la vida.

A mi abuela por sus consejos y sus alegrías.

Y a mí asesora de tesis la Dra. Pilar Ledesma Velázquez por ayudarme y apoyarme en esta tesis.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
METODOLOGIA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	3
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 OBJETIVOS	5
Objetivo general:	5
Objetivos específicos:.....	5
1.4 HIPOTESIS	6
DE TRABAJO.....	6
NULA.....	6
ALTERNA.....	6
1.5 VARIABLES	6
1.6 DEFINICION DE VARIABLES	7
1.7 TIPO DE ESTUDIO	8
1.8 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	9
1.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	9
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 MANEJO DE CONDUCTA	10
Técnicas de reacondicionamiento	12
Aspecto del consultorio odontológico.....	13
Edad del niño para comprender su desarrollo psicológico.....	14
Conversación del dentista.....	15
La técnica de adaptación: decir, mostrar, hacer.	18
Control de voz.....	19
Mano sobre boca.....	20
Desensibilización.....	22

Modelamiento.....	22
Reforzamiento positivo	23
Condicionamiento.....	23
Restricción física	23
Papoose Board	24
Padres de los pacientes pediátricos.....	25
Padres que protegen en exceso al niño	25
Padres hostiles	26
Padres negligentes	26
Padres manipuladores.....	26
Miedo y Ansiedad.....	27
ESCALA DE ESTRES HASTA EL MAXIMO NIVEL DE ESTRES	29
EXPRESIONES DE MIEDO Y ANSIEDAD	30
Tipos de carácter del niño en el consultorio dental.....	30
La emotividad:.....	31
La actividad:	31
Nervioso.....	32
Colérico	32
Apasionado.....	33
Flemático	33
Amorfo.....	34
Apático	34
Asistencia odontológica.....	35
2.2 EXODONCIA EN ODONTOPEDIATRIA	36
Historia clínica.....	36
Extracción dental.....	44
Exodoncia por traumatismo	45
Indicaciones para la extracción de dientes temporales	46
Contraindicaciones para la extracción de dientes temporales.....	48
Consideraciones previas para la extracción	50

Extracción de dientes temporales.....	53
Extracción de dientes del sector anterosuperior	53
Extracción de molares temporales superiores.....	54
Extracción de dientes del sector anteroinferior	55
Extracción de dientes temporales inferiores	56
Complicaciones intraoperatorias.....	57
Asepsia y Antiseptia del campo operatorio	58
Equipo para la antiseptia:.....	58
Lavado de manos.....	59
Indicaciones para el lavado de manos:.....	60
Lavado quirúrgico de manos:	60
La cavidad bucal.....	62
Instrumental.....	63
Esterilización:	63
instrumental en frío.....	66
Radiología.....	67
Importancia de las radiografías:.....	67
Adaptación del niño para la toma de radiografías:	68
¿Cuántas series radiográficas debemos tomar?.....	69
Información obtenida de las radiografías de aleta de mordida	70
Información obtenida de las radiografía oclusal anterior	70
Información que puede derivarse de las radiografías periapicales	71
Radiografías panorámicas	72
Anestesia	73
<i>Selección de anestesia para el paciente pediátrico.....</i>	<i>73</i>
<i>Las técnicas de anestesia para exodoncia son:.....</i>	<i>73</i>
<i>Los factores que determinan la elección de la anestesia son:.....</i>	<i>74</i>
Anestésicos tópicos	76
Anestesia local en niños y adolescentes.....	77
Anestesia de los dientes deciduos y permanentes superiores	79

Anestesia regional para el paciente pediátrico.....	80
Fracaso del anestésico local	81
Complicaciones de la anestesia local	82
Complicaciones locales.....	82
Instrumental para exodoncia	83
Material necesario:.....	83
Instrumental básico.....	85
<i>Posición que debe adoptar el operador al efectuar una extracción en el sillón dental ...</i>	<i>89</i>
Posición del paciente.....	90
Posición para extracción en el maxilar superior.....	90
Posición del operador.....	91
Posición de las manos del operador	92
Movimientos adecuados para una extracción dental.....	93
Dientes anteriores superiores primarios.....	94
Caninos, laterales y centrales:	94
Dientes anteriores inferiores primarios	95
Canino, laterales y centrales:	95
Dientes posteriores superiores primarios.....	96
Dientes inferiores posteriores primarios	97
Conducta a seguir después de la extracción	98
Premedicación.....	101
Complicaciones postoperatorias de las extracciones dentales	102

CAPITULO III

CONCLUSIONES

3.1 CONCLUSIONES.....	104
BIBLIOGRAFIA.....	104

INDICE DE FIGURAS

<u>Figura 1- Niño de 3 años</u>	12
<u>Figura 2-B Sala de operaciones con juegos</u>	14
<u>Figura 2-A Sala de espera con juegos</u>	14
<u>Figura 3 Diferentes edades de los niños</u>	15
<u>Figura 4 Técnica decir, mostrar, y hacer</u>	18
<u>Figura 5 Técnica de mano sobre boca al niño</u>	21
<u>Figura 6 Colocación de Papoose Board</u>	24
<u>Figura 7-B Niña con miedo a la pieza de</u>	28
<u>Figura 7-A Niña ansiosa</u>	28
<u>Figura 8 Extracción dentaria</u>	45
<u>Figura 9 Caída de niño</u>	46
<u>Figura 10 Imagen con correcto lavado de manos</u>	59
<u>Figura 11 Lavado quirúrgico de manos</u>	61
<u>Figura 12 Profilaxis previa</u>	62
<u>Figura 13 Esterilizador calor húmedo</u>	64
<u>Figura 14 Esterilizador de calor seco</u>	65
<u>Figura 15 Esterilizador en agua hirviendo</u>	65
<u>Figura 16-B glutaraldehido 2%</u>	66
<u>Figura 16-A esterilizando</u>	66
<u>Figura 17-A Radiografía aleta de mordida</u>	70
<u>Figura 17- B Técnica con papel adhesivo</u>	70
<u>Figura 18 Radiografía oclusal</u>	71
<u>Figura 19 Información de caries en radiografía</u>	72
<u>Figura 20 Ortopantomografía</u>	73
<u>Figura 21 Anestesia tópica</u>	77
<u>Figura 22 Jeringa Carpule</u>	86
<u>Figura 23 Agujas diferentes calibres</u>	87
<u>Figura 24 Anestesia mepivacaina al 3 %</u>	87
<u>Figura 24 Anestesia lidocaína con epinefrina 2%</u>	87

<u>Figura 25 Gasas estériles</u>	88
<u>Figura 26 Fórceps infantiles 150S y 151S</u>	88
<u>Figura 27 Fresas quirúrgicas para cortar hueso</u>	89
<u>Figura 28 Posición del operador</u>	90
<u>Figura 29 Posición del paciente</u>	91
<u>Figura 30 Posición del operador para extracción dental</u>	92
<u>Figura 31 Posición de las manos del operador</u>	93
<u>Figura 32 Fórceps agarrando el cuello de la corona</u>	94
<u>Figura 33 Movimientos para extracción de anteriores superiores</u>	95
<u>Figura 33 Movimientos para extracción de anteriores superiores</u>	95
<u>Figura 34 Movimiento de extracción para anteriores inferiores</u>	96
<u>Figura 35-A Movimiento hacia vestibular</u>	97
<u>Figura 35-B Movimientos dirigidos hacia palatino</u>	97
<u>Figura 36 Movimientos de dientes posteriores inferiores</u>	98
<u>Figura 37 A Alimentos que no se deben consumir</u>	101
<u>Figura 37 B Niña comiendo helado</u>	101

INTRODUCCION

En esta tesis se describirá sobre las diferentes técnicas de manejo de conducta y las formas correctas para realizar una excelente exodoncia pediátrica dependiendo del caso.

Vamos a reconocer los conceptos básicos del desarrollo físico, mental y emocional del niño para poder aplicar técnicas de manejo dependiendo de la conducta del paciente a tratar, así como se resaltara la importancia de la misma con el fin de armonizar la relación niño, odontólogo, padres y promover así actitudes positivas del paciente hacia la práctica odontológica y poder brindar una excelente atención al paciente.

Se detallan las diferentes variables que influyen en la conducta del niño al inicio de su tratamiento odontológico como son: el ambiente físico del consultorio, el odontólogo y su personal asistente, los padres, el niño así como la primera visita al odontólogo.

Porque a pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.

Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, ya que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño particular.

Se describirá el procedimiento de la extracción dentaria ya que es el acto quirúrgico bucal más frecuente en el campo de la odontología pediátrica que

consiste en separar el diente de su alveolo desgarrando el periodonto en su totalidad.

Comúnmente la extracción de un diente temporal constituye la causa de la primera visita al consultorio dental. La remoción de estos dientes debe ser cuidadosamente considerada y bien planeada por ser un proceso irreversible y para ello se han establecido indicaciones precisas en esta tesis de cómo realizar una correcta extracción dental con sus diferentes técnicas, métodos de anestesia y radiografías para mejorar y optimizar la extracción dentaria dependiendo del caso.

CAPITULO I

METODOLOGIA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alveolos con el menor traumatismo posible, mediante unas técnicas e instrumental adecuado.

La odontopediatria es la rama de la odontología encargada de tratar a los niños también se encarga de detectar posibles anomalías en la posiciones de los maxilares o dientes.

El manejo de conducta en niños consiste en cómo controlar o tratar al niño en el consultorio dental, minimizando las condiciones de ansiedad del paciente, ya que el comportamiento de un niño poco cooperativo en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar, ya que los niños actúan por impulsos, el miedo o el dolor puede manifestarse en conducta desagradable.

Por tanto la falta de conocimiento del odontólogo de práctica general en el manejo de las diferentes técnicas de exodoncia puede conllevar a complicaciones debido a esto el paciente tendrá que recurrir a un especialista para la realización de la misma.

En la actualidad hay diferentes técnicas de manejo de conducta, sin embargo algunos odontólogos desconocen las diferentes técnicas en el manejo de conducta del niño en el consultorio, lo que puede ocasionar que el paciente pueda sentirse inseguro y esto puede llevar a que el niño presente casos de ansiedad, estrés, molestia en el consultorio dental.

Los padres se interesan en el tratamiento de exodoncia cuando el niño ya tiene problemas dentales como dolor intenso, problemas en la alimentación, inflamación, infección o supuración.

Un tratamiento oportuno, a temprana edad ayudará a prevenir e interceptar problemas y trastornos en la armonía en la cavidad oral que se pudieran presentar conforme al individuo crece y se desarrolla. Así le proporcionara una salud bucal agradable, la cual le dará seguridad en sí mismo y facilidad para desenvolverse en el medio social al que se integra.

Aunque la odontología moderna tiene como objetivo preservar las piezas dentarias, aun es necesario eliminarlas dependiendo del caso.

Por tanto surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles serán las diferentes técnicas de manejo de conducta para realizar una exodoncia en odontopediatría?

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Esta tesis es elaborada con el fin de hacer un breve recordatorio de las diversas técnicas de extracción en niños para causar el menor traumatismo posible y como llevar el manejo de conducta de los niños en el consultorio dental y con ello se verán beneficiados los niños ya que se verán menos ansiosos y con menor temor al odontólogo.

Con esta investigación también se verán beneficiados los odontólogos de práctica general ya que se darán a conocer las diferentes técnicas de extracción y las diversas técnicas de manejo de conducta que se puede realizar a los pacientes pediátricos.

La población en general se verá beneficiada porque podrá ser atendida con los conocimientos necesarios para que se le pueda realizar una extracción con el manejo de conducta adecuado.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Dar a conocer las técnicas de manejo de conducta y las diversas técnicas de extracciones dentales en niños según sea el caso.

Objetivos específicos:

- Mencionar el desarrollo según las diferentes etapas de los niños.
- Describir las técnicas de manejo de conducta en odontopediatría.
- Explicar las técnicas de extracciones dentales en niños.
- Mencionar los instrumentos que se utilizar para la realización de una extracción en odontopediatría según sea el caso.

1.4 HIPOTESIS

DE TRABAJO

El conocimiento de las técnicas de manejo de conducta nos ayudara para controlar el comportamiento del niño y así poder llevar cabo las extracciones dentales en niños según sea el caso.

NULA

El conocimiento de las técnicas de manejo de conducta no nos ayudara para controlar el comportamiento del niño y así poder llevar cabo las extracciones dentales en niños según sea el caso.

ALTERNA

El conocimiento de las diversas técnicas de extracción dentales en niños nos beneficiara si tenemos un correcto manejo de conducta.

1.5 VARIABLES

Variable independiente

- **Manejo de comportamiento**

Variable dependiente

- **Exodoncia dentaria en niños**

1.6 DEFINICION DE VARIABLES

Definición conceptual

Variable independiente

- **Manejo de comportamiento**

J.R. Boj dice que el comportamiento de conducta se basa en la capacidad de apoyar al niño y ayudarlo a responder eficazmente a los desafíos de la situación odontológica en el consultorio controlando sus miedos y sus ansias.

Según Pinkham las diferentes técnicas que va a utilizar el odontólogo para tranquilizar y tener en óptimo estado al paciente y llevar al niño a tener una buena relación y poder realizar los diferentes tratamientos.

Braham Morris, refiere a las habilidades de procedimientos necesarios para resolver los problemas disciplinarios de los niños.

Variable dependiente

- **Exodoncia dentaria en niños:**

Gustav O. Kruger dice que la cirugía oral que se ocupa de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, mediante unas técnicas e instrumental adecuado, del lecho óseo que lo alberga.

Koch dice que la exodoncia es el acto quirúrgico que el odontólogo va a realizar al niño y consiste en retirar el diente de su lugar causando mínimas lesiones.

Según Poulseen la exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae los dientes de sus alveolos con el menor trauma posible. Es una cirugía laboriosa que requiere una técnica muy cuidadosa, por lo que con frecuencia se producen accidentes y complicaciones desde muy simples hasta muy complejas.

Definición operacional

Variable independiente

- **Manejo de comportamiento:**

Es la técnica que utilizamos para mantener en un buen control emocional y físico al paciente pediátrico.

Variable dependiente

- **Exodoncia dentaria en niños:**

Es el procedimiento quirúrgico en el cual retiramos el diente de su alveolo.

1.7 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue de tipo descriptivo ya que se dio a conocer las técnicas de manejo de conducta y las diversas técnicas de extracciones dentales en niños según sea el caso.

1.8 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Este estudio tuvo como finalidad ampliar el conocimiento a los odontólogos de práctica general, dándonos a conocer las técnicas de manejo de conducta y las diversas técnicas de extracciones dentales en niños según sea el caso.

1.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No hubo limitaciones ya que hubo acceso a las diferentes bibliografías.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 MANEJO DE CONDUCTA

El manejo de conducta y el comportamiento del paciente pediátrico en la niñez temprana es un componente clave para el éxito en la consulta odontológica ya que la ansiedad dental se presenta en la mayoría de la población infantil.

También es cierto que los niños llegan al consultorio con algo de aprensión e histéricos, sin embargo estos temores se pueden controlar si los racionaliza el niño.

Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, Sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

El odontólogo tendrá éxitos más duraderos al manejar pacientes si trata de reconocer estos problemas y ajustar su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

El comportamiento de un niño poco cooperativo en el consultorio odontológico esta generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar, ya que los niños actúan por impulsos, el miedo o el dolor pueden manifestarse en conductas desagradables.

El odontólogo tiene dificultades para comprender esta actitud, e incluso es difícil para el niño dar se cuenta de su comportamiento. El miedo proviene del nivel cerebral inferior de la razón, se comprende que se manifiesta con base más emocional que intelectual (figura 1).

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. Un ejemplo, se trae al niño al consultorio dental, cuando es muy joven y necesita algunos tratamientos dentales. Empieza a llorar, a veces con fuerza cuando lo sientan en el sillón dental, el dentista algo desconcertado y sin saber bien que hacer en esa situación, despide al niño y se excusa con la madre sugiriéndole que traiga a su hijo cuando sea algo mayor.

Seis meses después el niño vuelve y se repite la escena con igual patrón de comportamiento, puesto que el miedo en los niños no disminuye por voluntad propia, los temores del niño y por consiguiente su comportamiento no ha mejorado, incluso puede haberse intensificado el miedo a la odontología, ya que su imaginación está muy activa y tiene la necesidad de huir del odontólogo.

Entonces cuando el niño llegue para que se le haga algún tratamiento dental, debemos atenderlo de la manera más profesional, utilizando diferentes técnicas de comportamiento, para mantener al niño en un estado agradable sin temores, y disfrutando de la consulta odontológica, ya que su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista para controlarlo.



Figura 1- Niño de 3 años

Técnicas de reacondicionamiento

A través del reacondicionamiento realizado, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos, porque depende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad.

Con simpatía y tacto, se establece la relación y los procedimientos operatorios, se vuelven agradables esperados con placer por el dentista y el niño.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber, que el niño teme excesivamente a la odontología, y esto se puede descubrir preguntando a sus padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca.

El segundo paso es adaptar al niño a la consulta odontológica, esto significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza y aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la odontología. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarla se vuelve un procedimiento más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin temerizarlo. Por este medio se gana la confianza del niño y el medio se trunca en curiosidad y cooperación.

Es clave para la adaptación, debe hacerse todo el esfuerzo por mantener al niño relajado, es por ello que se le debe explicar en qué consiste la consulta odontológica, explicar el propósito del tratamiento y los objetivos de cada visita, describir cada fase del tratamiento y el tiempo de duración e informar acerca de lo que se le realizara la próxima visita odontológica.

Cuando se está estableciendo la relación, no deberá hablarle de problemas emocionales. Hable de amigos, animales, caricaturas, juegos trate de ganarse el cariño y la confianza del niño.

Aspecto del consultorio odontológico

La primera visita del niño al consultorio odontológico puede generar una situación de estrés, por ser una experiencia nueva en un ambiente desconocido. Por eso, es importante que se de en un ambiente adecuado, con personal capacitado y apropiadas actitudes del profesional para garantizar el éxito de la atención, como infundir confianza al niño y hacer que se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia.

Otro punto es que la sala de espera debe ser luminosa, agradable y cálida, el niño debe sentirse relajado, podemos tener cuentos, colores y libros para pintar un espacio dedicado a los niños con sillas , mesas, televisión , música para cubrir ruidos del consultorio y juegos donde puedan relajarse y sentirse en confianza en el consultorio.(figura 2 A)

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si ponemos algunos dibujos en las paredes de niños jugando y sonriendo con el odontólogo para que tenga una visión de que esta área no es un espacio desagradable. (Figura 2 B)

Y al finalizar la consulta, al niño le podemos premiar con alguna estampa o algún juguete, para que el niño se valla contento y en su próxima cita regrese con mayor entusiasmo y con la intención de cooperar para ganarse un premio.



Figura 2-A Sala de espera con juegos



Figura 2-B Sala de operaciones con juegos

Edad del niño para comprender su desarrollo psicológico.

- **Dos años.-** Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor y cansancio fácil.

- **Tres años.-** Curiosidad sobre el mundo de alrededor. Mayor contacto verbal y deseo de imitación.
- **Cuatro años.-** Gran actividad física y mental, gran hablador, desea probar nuevas experiencias y confianza en sí mismo.
- **Cinco años.-** Estabilidad emocional. Pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseo de ser aceptado y con mayor sensibilidad.
- **Seis a trece años.-** El niño está ansioso por aprender, clasifica los objetos por ejemplo: más grande o más pequeño, arriba o abajo. Comprenden que otros tienen ideas diferentes y está dispuesto a escucharlas. Requiere de explicaciones de los procedimientos y entiende el concepto de la causa y efecto puede razonar y aprender.
- **Trece a diecisiete años.-** Periodo de desarrollo sencillo, confuso y capaz de enfrentarse a la realidad. Tiene necesidades de explicaciones detalladas reales en espacio la racionalización de porque debe cooperar a comportarse cuando los adultos no se les requiere que lo haga, tienen capacidad para resolver problemas complejos.(figura 3)

Conversación del dentista

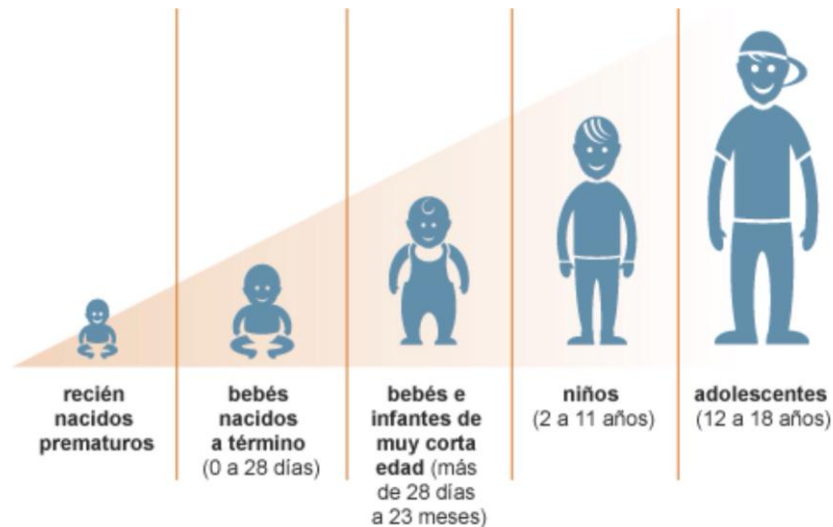


Figura 3 Diferentes edades de los niños

Cuando empiece la comunicación con el pediátrico, el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. No tiene ningún valor en usar palabras difíciles que el niño no pueda comprender.

Un ejemplo de ello es la utilización de expresiones o nombres sustitutos como equipo de rayos X (cámara de fotos), radiografía (fotografía), pieza de alta (cepillo de dientes con agua), fórceps (pinza mágica).

Hablar demasiado confundirá al niño y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier otro caso que no comprende.

Utilice palabras sencillas y cotidianas que utilicen los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar tema de conversación elija temas y situaciones que le sean familiares. Por ejemplo, habla de fútbol con un niño pequeño, no discuta las reglas complicadas del juego, si no hable de las experiencias personales del niño en el campo de juego, deje que el niño lleve la conversación.

Si el niño es muy pequeño es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitar hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto es una ofensa mayor que si habla como si fueran mayores.

No utilice palabras de bebé con niños de 5 y 6 años, los niños se sienten alagados si los adultos los consideran mayores de lo que son. Háblele como si fueran ligeramente mayores y nunca subestimes la inteligencia del niño.

Siempre que esté trabajando con un niño, no le haga preguntas que requieran respuestas, si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca, los niños tienden a utilizar sus preguntas como excusa para interrumpir con unos cuantos minutos el tratamiento.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando con ellos. Sin embargo a la mayoría de los niños les gusta que el dentista les hable. Se sienten menos ignorados y olvidados.

A veces en tono monótono y repetición constante inducirá a un niño temeroso a someterse a inyecciones si no cambia el tono ni la forma de la voz, la técnica tendrá éxito si se continúa el tono monótono cuando se administra la inyección. Si los niños hacen preguntas, trate de responderlas con la mayor exactitud posible.

El tratamiento del paciente pediátrico requiere que cada miembro del personal del consultorio haga un esfuerzo para tranquilizar al niño. Los niños de todas las edades responderán favorablemente si están recibiendo consideraciones especiales.

Todo el personal incluyendo a la recepcionista, al ayudante y al dentista, deberán saludar al niño utilizando su primer nombre o nombre de cariño. El dentista tiene la obligación de adquirir destreza en psicología infantil, de modo que él y su equipo puedan proporcionar atención sin provocar traumas.

El éxito en el manejo de los niños se basa en el conocimiento, el sentido común y la experiencia. Siempre que sea posible, los niños no deberán mantenerse en el sillón dental por periodos más largos de 30 a 40 minutos, con tiempo más prolongado muchos niños dejan de cooperar.

Si al término de la consulta el niño tuvo un buen comportamiento se debe premiar con algún juguete o calcomanía o elogios o felicitaciones o con abrazos ya que el niño aprenderá que si se comporta bien tendrá algún premio al finalizar la consulta.

Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo esto impondrá una meta a su comportamiento futuro ejemplo, es ves de decirle que ha sido un niño muy bueno, dígale que hoy se portó muy bien en la silla dental

La técnica de adaptación: decir, mostrar, hacer.

Es una técnica bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta.

Pinkham señala en su libro que antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección del anestésico local y otros procedimientos complicados).

Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá. (Figura 4)

El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo. Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento actual y subsecuente.

Está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse y las únicas contraindicaciones son los pacientes muy pequeños que no comprende lo que el dentista trata de explicar.



Figura 4 Técnica decir, mostrar, y hacer

Control de voz

Esta técnica es una herramienta importante y eficaz en el manejo de los niños, es una técnica de comunicación efectiva pero difícil de describir con palabras.

Las órdenes firmes se utilizan para llamar la atención del niño o para obligarle a que deje de hacer alguna cosa. El tono de voz es muy importante, debe de proyectar la idea de " **AQUÍ MANDO YO** "

Al parecer, una conversación monótona y tranquilizadora tiene efecto similar a los de la música.

En esta técnica se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Está indicada en el niño que no coopera ni presta atención, pero que es comunicativo. Sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional.

Una vez obtenida la atención, se agradece y explica de manera suave y agradable.

En ambos casos, tiene más importancia lo que el niño oye que lo que entiende, puesto que el odontólogo pretende influir sobre su comportamiento de un modo directo.

Una consideración clínica importante es la habilidad del niño para ver la cara del dentista durante el manejo de esta técnica. La expresión facial comunica, inclusive cuando existe alguna barrera de lenguaje, el control con comunicación implícita puede ser muy útil en un niño sordo quienes además la mayoría de las veces tienen una habilidad refinada para entender gestos faciales.

El control de voz no debe limitarse a el control de una mala conducta, también la expresión facial implícita es importante para elogiar, relajar, persuadir y simpatizar con el niño.

Mano sobre boca

Esta es una de las técnicas más controversiales para el manejo del paciente no cooperador. Según algunos estudios esta técnica puede causar traumas psicológicos al niño hasta la justificación de su uso en ciertas condiciones.

Existen condiciones que ameritan medicación, pero esta no es siempre el modo más seguro de manejar a un paciente histérico y agresivo, aunque la técnica de mano sobre boca puede asustar un poco al niño inicialmente, ayudara en el rol del dentista en educar y ayudar al niño a manejar su ansiedad.

El propósito de esta técnica es ganar la atención del niño para poder establecer la comunicación y así obtener un tratamiento seguro usándose bajo lineamientos adecuados.

Esta técnica se debe de emplear en niños sanos, mayores de tres años, esto asumiendo el poder razonar con estos niños, el objetivo es que el niño histérico escuche lo que se le quiere decir.

Después de evaluar la conducta del niño y determinar que la técnica está indicada se puede aplicar la técnica:

1. Colocar la mano en la boca del niño para atenuar el ruido.(figura 5)
2. Colocar la cara cerca de la suya y hablar directo a su oído. *(Si quieres que quite mi mano, debes dejar de gritar y escucharme, solo quiero hablar contigo y ver tus dientes).*
3. Después de unos segundos, esto se repite y se agrega *(¿Estás listo para que retire mi mano?)*
4. Con una última advertencia de estar en silencio, se retira la mano.

5. Conforme se aleja la mano, puede haber otro gemido, en ese caso se coloca la mano de nuevo como ya se explicó y se agrega (**¿Quieres a tu mamá? Está bien pero debes estar tranquilo, ella entrara tan pronto como terminemos**) de nuevo la mano se remueve suavemente.
6. Conforme el niño se tranquiliza, se comienza a hablar de su ropa, su mascota, sobre cualquier otra cosa sin hacer referencia a lo que ha pasado.
7. Si existe un intento del niño de comenzar a llorar, recordar que se volverá a poner la mano puede ser suficiente. De este punto en adelante se ayudara al niño a ganar confianza en sí mismo. El niño perderá el miedo al dentista porque habrá aprendido que no existe una amenaza para su seguridad.



Figura 5 Técnica de mano sobre boca al niño

Desensibilización

- Esta técnica se usa para aminorar los temores y la tensión del paciente.
- Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo progresivamente estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se desensibiliza frente a procedimientos que le producen ansiedad.
- Es poco practica en odontología, porque requiere de varias sesiones, se explica a pacientes con fobias extremas.

Modelamiento

- Se realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que este entre al consultorio dental.
- Un niño capaz de aprender patrones de conducta, mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe, estos procedimientos les reduce la ansiedad acerca de lo desconocido.
- Para que esto sea eficaz se deben seguir ciertas condiciones:
- Que el observador este en estado de alerta
- El modelo debe tener status
- Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador.

Reforzamiento positivo

Se sabe que el ser humano se orienta hacia el principio de las aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables.

Estos reforzadores pueden ser: materiales, regalos pequeños, calcomanías. Reforzadores sociables pueden ser verbales como elogios, felicitaciones y no verbales como abrazos y sonrisas.

Refuerzos de actividad, participación en una actividad agradable y jugar. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo.

Cuando el niño sea buena paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Alabe mejor el comportamiento que al individuo, ejemplo: en vez de decirle que ha sido un niño muy buen; dígale que hoy se portó muy bien en la silla dental.

Condicionamiento

Cuando los niños lleguen al consultorio dental para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa, se pueden establecer pautas de comportamiento adecuado mediante el empleo del refuerzo positivo.

Restricción física

Si no se puede obtener la cooperación del paciente, el odontólogo debe considerar alternativas como la contención física para poder efectuar los procedimientos odontológicos necesario, sin que el paciente con movimientos bruscos o incontrolados se auto lesione.

Papoose Board

La mayoría de los niños que se tratan en el consultorio dental presentan una conducta cooperadora, sin embargo una parte de la población infantil que tiene la habilidad de cooperar tienen una conducta desafiante, es en estos niños en los que se necesita del uso de técnicas de manejo de la conducta extraordinarias para lograr la aceptación del tratamiento dental.

Cuando la atención odontológica es necesaria, pero otras técnicas reductoras de ansiedad no son efectivas la restricción física puede ser necesaria. El Papoose Board es una técnica efectiva para manejar al niño no cooperador.

La forma adecuada para utilizar el Papoose Board:

1. Coloque al niño en la tabla Papoose Board y asegure los brazos con las correas y para brazo ajustables de velcro. Las correas se deslizan hacia arriba o hacia abajo para acomodar la longitud del brazo.(figura 6)
2. Cierre las solapas abdominales. Un área generosa de velcro en las solapas proporciona inmovilización cómoda y positiva. El paciente está firmemente controlado.
3. Ahora cierre las solapas de las piernas. La forma diagonal de la tabla hace que las solapas se entrecrucen y se ajusten de manera abrigada y cómoda. Se desanima a forcejar.
4. Finalmente, sujete las solapas del hombro y la correa de la cabeza. Se así lo desea, los brazos se pueden extender a través de las aberturas en las solapas del hombro.



Figura 6 Colocación de Papoose Board

Padres de los pacientes pediátricos

Los padres moldean la conducta de sus hijos, desde el momento en que nacen, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que le consienten.

Los primeros años de vida los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer.

El nivel socioeconómico de los padres también está relacionado con su aceptación de los métodos de tratamiento:

- Padres que protegen en exceso al niño
- Padres manipuladores
- Padres hostiles
- Padres negligentes

Padres que protegen en exceso al niño

Las conductas de los padres muestran una protección excesiva hacia su hijo, impide con frecuencia una evolución natural hacia la independencia.

Esta actitud puede tener su origen en numerosos factores:

- Es una experiencia previa que amenazo la vida de su hijo, ya sea durante el embarazo o después del parto.
- En que uno de los padres fue educado en un hogar donde faltaba el cariño y el amor.
- Problemas familiares.
- Algún trastorno psicológico en uno de los padres, que origina una relación de dependencia anormal con respecto al niño.

Padres hostiles

Los padres que dudan de la necesidad de un tratamiento muestran una conducta hostil. En general no es solo una cuestión de desconocimiento, si no que se enfrentan al problema con desconfianza.

El motivo de esta hostilidad puede no resultar evidente ni siquiera para el odontólogo con mucha experiencia, pero suele tener su origen en las siguientes circunstancias.

- Penosas experiencias anteriores en la consulta odontológica.
- Actitud negativa general ante todos los profesionales de la salud.
- Sensación de inseguridad en un ambiente que les es extraño.
- Conceptos equivocados sobre la odontología.

Padres negligentes

A este tipo de padres no se les identifica al principio, en general se descubren ante el cumplimiento repetitivo de las citas, porque no llaman para decir hora o porque no cumplen ni supervisan los programas de higiene ni los hábitos de sus hijos.

Algunos padres reconocen la importancia que tiene la odontología para sus hijos pero son descuidados y están demasiado ocupados en su trabajo cotidiano para dar prioridad al odontólogo.

Padres manipuladores

Las conductas manipuladoras se manifiestan por una actitud de demanda exagerada, aunque en un principio estas demandas pueden centrarse en la hora de visita, también pueden ampliarse hasta pretender orientar el diagnóstico y el tratamiento del niño. Puesto que las demandas o las manipulaciones son a veces contrarias a la línea de conducta que sigue la consulta odontológica o bien no son adecuadas para la correcta salud dental de niño.

Miedo y Ansiedad

Es natural que el niño sienta temor la primera vez que visita el consultorio odontológico, es una experiencia nueva y por su carácter desconocido tiende a generar esa sensación en el niño.

La ansiedad es algo innato en el ser humano, nos prepara para defendernos de un peligro inminente. Así mismo es potenciada por la falta de conocimiento. La ansiedad se da generalmente cuando existe un temor específico a una experiencia o un suceso previo. (Figura 7-A)

El miedo se presenta como el mayor problema de manejo para el odontólogo. El miedo y la ansiedad pueden hacer que el niño sea más difícil de tratar y baja el umbral del dolor, lo que produce un circuito vicioso. (Figura 7-B)

Las palabras miedo y ansiedad se usan a menudo juntas y en forma indistintas. Sin embargo si hablamos estrictamente, existe diferencia entre ambas. El miedo es concreto, es decir tiene un funcionamiento real y se puede expresar con palabras a que se teme.

La ansiedad expresa a veces como temor a lo desconocido, es difusa y no se relaciona como si ocurre con el miedo o con una amenaza específica.

Los niños muy pequeños tienen limitada experiencia sobre el mundo y sus peligros, su miedo a veces se denomina primitivo, basado en el instinto más que en la comprensión del peligro.

El control de la ansiedad y el miedo se ha probado con técnicas reductoras en diferentes edades, estimándose que estas deben aplicarse sobre todo en los periodos preoperatorios de casa sesión de tratamiento.

El dentista debe saber que los momentos más ansiogénicos o atemorizantes son aquellos usados para maniobras preoperatorias: lavarse las manos, encender la lámpara, solicitudes al auxiliar, movimientos de instrumental: de aquí se recomienda tener todo preparado antes de llamar al niño y seleccionar con cuidado las palabras usadas durante el tratamiento.

El dentista puede ayudar en la estructuración de las experiencias de su paciente. Uno de los principios básicos del aprendizaje es que cada uno aprende de su experiencia y de algún modo todos los niños aprenden a manejar su ansiedad, algunos se sienten tranquilos, duermen y otros hablan y se mueven mucho, rehúsan a abrir la boca, resistentes y gritan, lo común en todas estas conductas es luchar frente a un estado emocional y si el niño las utiliza es porque resultan para él. El mayor problema no es la ansiedad misma, sino la posibilidad de aprender estrategias no funcionales para manejarlas.

Los odontólogos que utilizan estrategias indeseables, por ejemplo: persuadir a un niño que la inyección es indolora, sino resulta de ese modo, el paciente debe concluir que el dentista es insensible o mentiroso. En otro caso, el dentista permite que su paciente deje la consulta con la impresión que no fue bueno. El niño puede desarrollar una actitud negativa, un reconocimiento de su aparente incapacidad para enfrentar situaciones de ese tipo, en el futuro próximo.



Figura 7-A Niña ansiosa



Figura 7-B Niña con miedo a la pieza de alta

ESCALA DE ESTRES HASTA EL MAXIMO NIVEL DE ESTRES

1. Entrada al consultorio
2. Espejo en boca
3. Explorador sobre una superficie dental
4. Jeringa de aire sobre mano y diente
5. Eyector de saliva en mano y en boca
6. Sentar en el sillón dental
7. Examen con espejo, jeringa de aire y explorador
8. Rueda de pulir a baja velocidad en diente
9. Rociado de agua de la pieza de mano de alta velocidad sobre mano y diente
10. Anestesia tópica en la encía
11. Punta sobre una cánula sobre mucosa oral
12. Inyección
13. Preparación de la caries o extracción

EXPRESIONES DE MIEDO Y ANSIEDAD

Es común que los niños revelen sus emociones en forma más abierta que los adultos aunque puede haber excepciones, con diversas expresiones de miedo y ansiedad de acuerdo con la madurez, la personalidad, la experiencia con otras situaciones atemorizantes y las demandas de los padres o del dentista pueden reaccionar de la siguiente manera.

- Huyendo
- Con agresividad
- Llorando
- Con evasión
- Con apatía
- Con agresión
- Con náuseas y vomito
- Intentando suprimir u ocultar el temor
- Gritando

Tipos de carácter del niño en el consultorio dental

Los tres componentes de la estructura del carácter son la emotividad, la actividad y la resonancia o respuestas ante las impresiones que nos manifiesta como primarios o secundarios. Al combinar los componentes aparecen ocho tipos de carácter:

La emotividad:

Consiste en la mayor (primaria) o menor (secundaria) repercusión emocional del sujeto ante un acontecimiento.

La actividad:

Consiste en la mayor (primaria) o menor (secundaria) inclinación del sujeto a responder a un estímulo mediante la acción.

En donde tenemos que los niños que poseen los rasgos indicados como primarios son personas variables y volubles, así como los que presentan la forma secundaria son constantes y organizados.

- Emotivo, activo y primario: **Colérico**
- Emotivo, activo y secundario: **Apasionado**
- No emotivo, activo y primario: **Sanguíneo**
- No emotivo, activo y secundario: **Flemático**
- Emotivo, no activo y primario: **Nervioso**
- No emotivo, no activo y secundario: **Sentimental**
- No emotivo, no activo y primario: **Amorfo**
- No emotivo, no activo y secundario: **Apático**

Nervioso

- El tipo de carácter nervioso cambia continuamente de intereses y de ocupación. Este tipo de carácter se entusiasma con lo nuevo, pero este solo busca de ello lo que es práctico, le falta orden, disciplina y perseverancia en las cosas.
- Tiene voluntad débil, es inestable, sociable, cariñoso y extrovertido
- En cuanto su inteligencia, le cuesta comprensión, la memorización y el razonamiento lógico de las cosas
- Es perezoso, distraído. Trabaja solamente cuando la tarea coincide con sus intereses momentáneos.

Colérico

- Es un atrevido para hacer cosas nuevas. Debido a sus arrebatos, improvisa, se precipita, despilfarra energía y cae en la dispersión.
- Abandona las cosas cuando aparece algún peligro. Es extrovertido
- En cuanto a su inteligencia: le gustan las cosas concretas, inmediatas y técnicas.
- Comprende con rapidez y es bueno para improvisar, tensiona fácilmente
- No le gusta sintetizar las cosas. Posee una escasa capacidad para adquirir nuevos conocimientos. Es poco disciplinado en su trabajo.

Apasionado

- Posee una gran memoria e imaginación. Tiene una gran capacidad de trabajo.
- Vive siempre ocupado
- Tiene afición al estudio y le gusta todo tipo de tareas.
- Prefiere trabajar solo
- Estudia de forma adecuada y metódica
- Se destaca en lectura, historia, redacción y matemáticas.
- Le interesa lo social, lo religioso y político.

Flemático

- Es reposado y tranquilo.
- Es reflexivo y callado
- Es muy ordenado, es dócil y metódico.
- Le gusta trabajar solo, es puntual y se preocupa por la exactitud de todas las cosas.
- La inteligencia de flemático es lenta, pero profunda.
- Tiene una buena aptitud para comprender lo esencial de las cosas.

Amorfo

- Es perezoso, su vida es dormir y comer.
- Es poco original, se deja llevar por el ambiente.
- Es despilfarrador, impuntual y carece de entusiasmo.
- Es social y extrovertido
- Razona con mucha lentitud y analiza las cosas de forma superficial
- Huye de cualquier esfuerzo, suele aplazar las tareas.
- Es torpe y ordenado

Apático

- Es cerrado en sí mismo.
- Es melancólico
- Es irreconocible y testarudo.
- Es perezoso y rutinario
- Pasivo e indiferente
- Carece de estímulo y actividad
- Es apático y poco interesado en actividades.

Asistencia odontológica

Los niños son muy sensibles al lenguaje corporal de la comunicación no verbal. Un consultorio odontológico cuya atmosfera se caracteriza por la tranquilidad, la confianza y el profesionalismo genera por lo común cooperación en el niño y satisfacción en sus padres. El buen profesionalismo se caracteriza por:

- Autoconocimiento, confianza y apreciación realista de sus propias habilidades y limitaciones, coraje para admitir fracasos y de ser necesario, deriva a otro dentista a niño que no puede manejar.
- Capacidad para trabajar con eficiencia, con óptimo control del dolor, para equilibrar las exigencias al niño con las necesidades del tratamiento y hallar aceptable modificar el tratamiento si fuera necesario.
- Comprensión respeto por los niños, capacidad para imaginar cómo experimentan ellos la situación odontológica.
- Asesorar a los padres con respecto a comprensión, franqueza y empatía.
- Usar las diferentes capacidades de los miembros del equipo dental: asistencia dental, higienista y odontólogo pueden ser mejor uno que otro para determinar tareas.

La base es el conocimiento y conseguir habilidad requiere entrenamiento. Aunque no es posible derivar una medida del éxito por el dentista que trata a un paciente pediátrico, tendría que haber dos ingredientes como el logro de un control. Solo a través de un avance planeado antes de proporcionar cualquier servicio de salud, es posible obtener estas metas y por lo tanto crear la mejor oportunidad para el mayor éxito en el tratamiento y educación del paciente infantil.

2.2 EXODONCIA EN ODONTOPIEDIATRIA

Lo fundamental para tener un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, es una buena historia clínica por eso es necesario antes de comenzar cualquier procedimiento quirúrgico, sentarse con la madre o el padre del paciente y hacerle ciertas preguntas referentes a la salud del niño y de los padres.

Historia clínica

Es un documento médico legal escrito, que reúne en forma detallada, completa y clara el proceso de la enfermedad de una persona, relatando en forma ordenada, desde sus antecedentes hereditarios hasta el momento en que llega a la consulta. Se compone de los datos obtenidos por medio del interrogatorio, exploración física, análisis de laboratorio, radiografías y el tratamiento realizado.

La historia clínica es la información obtenida del paciente, una vez terminada toda la investigación y tiene como objetivo.

1. Diagnóstico
2. Pronóstico

3. Tratamiento

El historial del paciente odontopediátrico puede dividirse en:

1. Historia de los padres
2. Historia prenatal
3. Natal
4. Postnatal
5. Lactancia

Historia clínica**Historia del niño**

Nombre del niño _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nombre de la persona que proporciona la información _____

Relación _____ Padre _____ Madre _____

Otra _____

Ocupación del padre _____

Ocupación de la madre _____

Ocupación del niño _____

¿Con quién vive el niño? _____

Médico actual del niño _____

¿Quién recomendó al niño? _____

¿Qué le hizo traer a su hijo al dentista? _____

Historia prenatal

¿Ha tenido algún enfermo durante el embarazo? _____

¿Estuvo bajo terapéutica medica durante el embarazo? _____

¿Tomo antibiótico durante el embarazo? _____

¿Existe importancia sanguínea entre usted y su esposa? _____

¿Le ha dicho su médico que su RH es negativo? _____

Historia natal

¿Fue prematuro su hijo? _____

¿Tenía escorbuto al nacer? _____

¿Le hicieron transfusión de sangre? _____

¿Fue un bebe azul? _____

Historia postnatal o de lactancia

¿Tuvo convulsiones durante la lactancia? _____

¿Fue amamantado durante la lactancia? _____

¿Cuánto tiempo? _____

¿Se alimentó con biberón? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Le administraron suplemento de fluoruro en el agua de bebe, vitaminas, calcio, hierro, y otros minerales? _____

¿Con que frecuencia se le administro y en qué forma? _____

¿Succiono chupón de azúcar? _____

¿Tuvo su hijo enfermedades infantiles durante la lactancia? _____

¿Enumere cuáles? _____

¿Sufrió fiebre reumática? _____

¿Sufrió dolores de articulaciones? _____

¿Ha tenido diabetes? _____

¿Ha tenido afecciones renales? _____

¿Ha tenido afecciones al corazón? _____

¿Le dijo algún médico que su hijo estaba anémico? _____

¿Recibe su hijo antibióticos? _____ ¿A qué edad? _____

¿Qué antibióticos le administraron? _____

¿Tuvo su hijo dificultad para caminar? _____

¿Sufrió alguna operación en la lactancia? _____

¿Se ha roto algún hueso? _____ ¿Cómo ocurrió? _____

¿Sufre con frecuencia accidentes menores y heridas? _____

¿Consideraría a su hijo enfermizo? _____

¿No suda su hijo cuando hace calor? _____

¿Tiene alguna incapacidad o enfermedad física o mental? _____

¿Come su hijo golosinas entre comidas? _____

¿Sufre frecuentemente dolores de dientes? _____

¿Sangran sus encías con facilidad? _____

¿Es alérgico a algún medicamento o algún alimento? _____

¿Sufre asma? _____

¿Cuándo se corta sangra mucho? _____

¿Presenta moretones en la piel? _____

¿Es hemofílico? _____

¿Se chupa constantemente los dedos? _____

¿Tiene problema para socializar? _____

¿Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre? _____

¿Tiene hermanos o hermanas? _____

¿Teme al dentista? _____ ¿Por qué? _____

¿Anteriormente ha ido al dentista? _____

Padecimiento actual

Historia clínica para los padres

¿Cree que su dentadura está afectando a su salud a nivel general de algún modo? _____

¿No está satisfecho con el aspecto de su dentadura? _____

¿Está preocupado por recibir tratamiento dental? _____

¿Tiene dificultades para masticar los alimentos? _____

¿Está en tratamiento por algún trastorno en la actualidad? _____

¿Ha experimentado alguna lesión traumática en la cara o en los maxilares? _____

¿Ha sido sometido alguna vez a cirugía o radioterapia por tumor, hipertrofia u otros trastornos en boca o en labio? _____

¿Está tomando medicamentos en la actualidad? _____

¿Ha sido examinado por su médico durante el último año? _____

¿Ha habido alguno cambio en su salud general en el último año? _____

¿Ha perdido peso en los últimos meses sin someterse a dietas? _____

¿Ha sido hospitalizada? _____

¿Se ha sometido alguna vez a alguna operación de tipo mayor? _____

¿Ha padecido de fiebre reumática? _____

¿Reumatismo inflamatorio? _____

¿Ictericia en piel, ojos amarillentos? _____

¿Diabetes? _____

¿Arterial? _____

¿Ha padecido tuberculosis? _____

¿Enfermedades virales? _____

¿Ataques cardiacos? _____

¿Accidentes generales? _____

¿Accidentes vasculares cerebrales? _____

¿Soplos cardiacos? _____

¿Recibió alguna transfusión de sangre? _____

¿Ha padecido asma? _____

¿Le han salidos ronchas o erupciones cutáneas? _____

¿Es alérgico a la penicilina, aspirina, yodo, sulfas u otros medicamentos? _____

¿Tiene cefalea frecuente? _____

Tiene problemas con los senos paranasales? _____

¿Respirador bucal? _____

¿Presenta sensibilidad en sus dientes? _____

¿Ha tenido dolor en sus dientes o encías frecuentemente? _____

¿Le sangran las encías? _____

¿Presenta alguna inflamación? _____

¿Presenta con frecuencia úlceras bucales? _____

¿Le es difícil abrir la boca con toda amplitud? _____

¿Tiene chasquidos en las articulación de la mandíbula? _____

¿Tiene dolor de pecho o respiración agitada con esfuerzos leves? _____

¿Se le hinchan los pies? _____

¿Tiene tos persistente? _____

¿Ha expectorado sangre alguna vez? _____

¿Hay alimentos que no puede comer? _____

¿Dificultada para deglutir? _____

¿Orina más de 6 veces al día? _____

¿Tiene sed con mucha frecuencia? _____

¿Vomita con frecuencia? _____

¿Ha tenido algunas ves convulsiones? _____

¿Tiene tendencia a desmayarse? _____

¿Se le hacen moretones con facilidad? _____

¿Tiene algún trastorno sanguíneo? _____

¿Es demasiado nervioso? _____

¿Está embarazada? _____

Plan de tratamiento

1. Descripción del tratamiento
2. Secuencia en que se efectuara el tratamiento
3. Número aproximado de citas que se requerirán para efectuar el tratamiento
4. Tratamiento que se efectuara en cada cita

5. Tiempo que requerirá toda cita

6. Estimación del costo de los servicios que se van a proporcionar

Extracción dental

Se presenta cuando los padres acuden al odontólogo demandando este tratamiento para su hijo ya que el niño llega precedido de intensas molestias, problemas en la alimentación, hinchazón o infección evidente e incluso erupción ectópica de un diente permanente, pero incluso en estas condiciones debemos tener en cuenta que la pérdida de un órgano dental temporal o permanente se hace imprescindible informar adecuadamente por escrito y firmar el consentimiento informado en cualquier caso. (Figura 8)

Una vez planteada la necesidad de practicar esta terapia el siguiente paso es decidir el momento más adecuado para realizarla. Lo ideal es minimizar las condiciones de ansiedad del paciente, sería considerar la extracción dentro del protocolo restaurador del correspondiente cuadrante y siempre que las condiciones lo permitan se puede realizar como terapia fina, incluso antes de retirar el aislamiento absoluto con dique de goma beneficiándonos de la imposibilidad de deglución o aspiración del diente o resto dentario. Realizando la extracción con este protocolo, evitamos al paciente pensar que ya llegó el momento de la extracción, como paso final del tratamiento y tras la retirada del aislamiento.

Sin embargo la mayoría de las ocasiones, será posible practicar el tratamiento de la extracción en odontopediatría con una buena técnica de anestesia local y la motivación adecuada en aras a conseguir el control del dolor y la ansiedad que se encuentran verdaderamente elevadas ante la llegada del procedimiento exodóntico.



Figura 8 Extracción dentaria

Exodoncia por traumatismo

Las lesiones o traumatismos dentales en el niño pequeño pueden acarrear consecuencias graves a largo plazo, como secuelas de pigmentación, malformación o posible pérdida y pueden llevar a exodoncia de los dientes.

Se considera un traumatismo en general, cualquier agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos. (Figura 9)

Causas comunes:

- Caídas
- Golpes
- Practica de juegos y deportes

- Accidentes automovilísticos
- Accidentes domésticos

Causas predisponentes:

- Sobreoclusión
- Vestibuloversion



Figura 9 Caída de niño

Indicaciones para la extracción de dientes temporales

- En dientes temporales que por cualquier circunstancia no pueden ser tratados por procedimientos conservadores.
- Complicaciones inflamatorias de la caries con necrosis pulpar.
- Retardo en la caída del diente temporal y su presencia por la edad el paciente y el examen radiográfico compruebe la existencia del diente permanente.

- El diente temporal relacionado o vecino de un proceso tumoral en los molares.
- Periodontitis marginal severa con amplia pérdida ósea.
- Periodontitis apical, en casos donde no es posible un tratamiento endodóntico o una apicectomía.
- Fractura axial de la raíz.
- Fractura radicular en el tercio apical de la raíz.
- Diente que interfiera con la función masticatoria normal o con procedimiento operatoria dental.
- Dientes retenidos.
- Dientes supernumerarios que bloquean la erupción de dientes normales
- Falta de espacio
- Ortodoncia (extracciones, seriadas, agenesia de dientes permanentes).
- Problemas en la erupción del permanente (erupción ectópica, reabsorción radicular anómala o asimétrica, retención prolongada del diente temporal).
- Problemas económicos
- Razones médicas de carácter general pacientes con discapacidad, tratamientos oncológicos u otros.

- Anquilosis
- Asociados a patología neoformativa en maxilares

Contraindicaciones para la extracción de dientes temporales

- No debe extraerse un diente temporal antes de su época de caída normal, salvo que tenga problemas.
- Cuando un diente temporal no presenta movilidad en su época de caída normal, debe ser reemplazado, no se extraerá jamás antes de haber verificado el permanente de reemplazo existente.
- Cada vez que sea necesario la extracción precoz de un diente temporal debe tenerse presente que hay que mantener espacio.
- Se puede extraer un diente temporal cuando es acuñado e impulsado dentro del hueso por la expresión de un diente vecino
- Puede extraerse los segundos molares temporales, cuando se presenta la clase dos de angle, es decir una distoclusión para permitir el desplazamiento de los primeros molares permanentes inferiores hacia mesial.
- Discrasias sanguíneas
- Leucemia
- Afecciones hemorrágicas

- Deficiencias plaquetarias, anticoagulantes
- Deficiencia del sistema inmunitario
- Enfermedades cardiacas
- Endocarditis
- Diabetes mellitus juvenil
- Hemofilia
- Inmadurez psicológica del niño (considerar anestesia general)
- Inmadurez física del niño (sobre todo en lo referente a gérmenes dentarios próximos al área afectada).
- Problemas neoformativos locales (particularmente angiomas)
- Deficiencias en el sistema inmunológico del paciente
- Coagulopatias (sin control terapéutico previo)
- Enfermedades generales graves cuya evolución pueda empeorar por la práctica del procedimiento de extracción.
- Falta de firma del consentimiento informado

Consideraciones previas para la extracción

Antes de proceder a la extracción dentaria en odontopediatría, es necesario recordar que se debe realizar una historia clínica detallada del paciente donde figuren expresamente antecedentes de procedimientos quirúrgicos y posibles complicaciones presentes.

Ante la presencia de cualquier duda de carácter pediátrico en el paciente subsidiario de extracción, deben realizarse las interconsultas necesarias con la finalidad de anticiparse, evitar urgencias y obtener el consenso y en su caso la autorización escrita, de los diferentes especialistas corresponsables de la salud del niño.

Es preciso contar con el consentimiento escrito e informado de los padres antes de proceder a la realización de esta terapia. Además, se debe transmitir y obtener una complicidad adecuada de los padres de cara al procedimiento de la extracción que ayude al niño en los días y horas previos a la práctica del procedimiento a minimizar y restar importancia a la extracción en sí, evitando cualquier comentario dramático por parte del entorno escolar, social o familiar del niño.

Por otro lado y una vez alcanzado el nivel de anestesia conveniente, es necesario comentar al niño las sensaciones que lejos de ser dolorosas puedan negativizar el comportamiento.

Son inevitables las sensaciones de presión y tracción durante el procedimiento de la extracción, vale la pena dedicar unos simples instantes a demostrar que ello no supone una sensación dolorosa, siempre considerar la realización de estos movimientos lo más rápida y eficazmente posible de cara a obtener una buena motivación en el niño sobre todo en los casos en los que es necesario practicar este procedimiento en el mismo paciente y en más de una ocasión como parte de la ejecución de su plan de tratamiento.

La extracción dentaria debe valorar en qué manera la ausencia del diente influirá en la pérdida o menoscabo de las funciones orofaciales del niño (masticación, deglución, fonación y estética) e igualmente debe incluir las repercusiones en la disminución de la longitud de arcada que aparecen después de la pérdida dentaria y que es especialmente rápida en los sectores posteriores de los maxilares.

Estas consideraciones en ocasiones nos obligan a realizar la aparatología reitutiva o de mantenimiento del espacio como paso previo a la extracción y la consiguiente colocación de esta como paso inmediatamente posterior a la exodoncia dentaria, si es posible en la misma cita ya que se observa una disminución en la longitud de la arcada apenas 24hrs tras la ausencia dentaria.

Para poder diseñar adecuadamente la técnica de la exodoncia en el paciente infantil, esta debe ir precedida de la realización de pruebas radiológicas que ilustren acerca del estado radicular del diente o molar.

Se obtendrán registros que clarifiquen la presencia de curvaturas radiculares excesivas, anquilosis, estado de reabsorción radicular, simetría o asimetría radicular, patológica intrapulpar que cause debilitamiento de la raíz, estado de maduración del germen del diente permanente sucesor, longitud radicular y estabilidad de los dientes proximales, con la finalidad de establecer su firmeza en las maniobras de luxación y cualquier otro dato que colabore en beneficio del planteamiento de la mejor técnica exodóntica. Una consideración importante de tipo preventivo en la extracción de dientes temporales es la necesidad de controlar la posible aspiración o deglución de dientes o restos dentarios durante el procedimiento de la extracción.

Estos accidentes vienen derivados del hecho de la difícil accesibilidad del operador a una cavidad oral más pequeña las reducidas dimensiones de los dientes temporales, más cuando restos radiculares se trate, los movimientos incontrolados del niño o la costumbre de procederá a la totalidad de los tratamientos odontopediátricos con el niño en posición completamente supina.

La posibilidad de realizar la extracción durante los procedimientos de odontología conservadora, y con un dique de goma impiden este accidente. Cuando no se cuente con esta oportunidad de colocación de dique, una gasa en la cavidad oral ayudara a retener los restos dentarios o dientes que hayan podido perderse.

La posición del paciente semi incorporada en el sillón dental evitara el paso rápido a la zona posterior bucal y el consiguiente riesgo. Hay nuevos sistemas de fórceps desarrollados para evitar estos accidentes constituyen una avance en la prevención.

La posición de las manos del profesional durante las maniobras de luxación y tracción del dente son elementos vitales en odontopediatria, donde un movimiento intempestivo no controlado puede acarrear graves consecuencias.

En este sentido, al igual que en el resto de los procedimientos de atención en odontalgia infantil, se hace imprescindible contar, permanentemente, con un personal auxiliar cualificado en la atención al niño, que sepa antecederse a los movimientos en cualquier parte de cuerpo del paciente.

Durante el proceso de la extracción el profesional empleara la mano contraria a la del instrumento para proteger las partes blandas que rodean al diente y mediante el tacto comprobar la progresión de las maniobras de luxación.

En la extracción de dientes temporales con desarrollo de absceso o granuloma apical, no se aconseja el empleo de curetas que puedan terminar lesionando el germen de diente sucesor.

La hemostasia es uno de los puntos clave de la extracción dentaria. En el caso de niños muy pequeños, discapacitados o sometidos a técnicas de sedación o anestesia general, el mantenimiento de la presión constante sobre la herida quirúrgica debe llevarse a cabo por los padres o tutores y en el caso de que no exista la seguridad de practicarse convenientemente, se puede realizar una sutura de los bordes de la herida que permita la hemostasia, preferentemente con material reabsorbible.

Extracción de dientes temporales

Extracción de dientes del sector anterosuperior

En el caso de los dientes del sector anterosuperior se encuentran las ventajas de cara a la extracción, de ser dientes unirradiculares, con lo cual se controla mejor la técnica de cara a minimizar la posibilidad de fractura radicular y además se trata de un sector dentario con fácil accesibilidad y visibilidad.

Las causas que más frecuentemente van a indicar la extracción dentaria en este sector son las de etiología traumática e infecciosa por caries. En ambos casos es frecuentemente el deterioro de la corona dentaria, lo cual dificulta la realización de una correcta presa con el fórceps, en estas circunstancias la luxación cuidadosa con botador facilitara el desalojo alveolar del diente.

El las pruebas complementarias radiológicas se ha de comprobar la posibilidad de anquilosis, grado de reabsorción radicular, situación del germen del diente sucesor fracturas radiculares, necesidad de ayuda en la hemostasia con sutura posterior (sobre todo en niños pequeños discapacitados o extracciones múltiples), todo ello contribuye a anticiparse en la preparación del material conveniente en casa caso, que evite demoras que alarguen el proceso y por tanto provoquen alteraciones en la motivación del paciente.

La anestesia local de cualquier diente temporal con motivo de una extracción debe contemplar el grado de reabsorción radicular, de manera que un diente próximo a la exfoliación no precisa, salvo excepciones, un anestésico en la papila dentaria.

Es precisamente por esta zona donde comienza el proceso de la extracción, mediante el despegamiento de las fibras de inserción epitelial. El movimiento de luxación necesario para la exeresis de un diente en el sector anterosuperior se ejerce cuidando no dañar el germen del diente permanente sucesor, que se suita exactamente en la zona más superior y posterior del ápice del diente temporal. Las maniobras bruscas o intempestivas a este nivel pueden dañar la correcta ontogénesis dentaria causando secuelas.

Extracción de molares temporales superiores

Las características anatómicas coronarias y radiculares de los molares temporales superiores conllevan que deban tomarse una serie de consideraciones previas a su extracción.

La presencia de una gran convexidad coronaria, junto con la altura del contorno cervical próximo a la unión amelocementaria, conlleva que sea frecuentemente no conseguir una buena presa con el fórceps, sobre todo en el caso del primer molar temporal (presencia del tuberculo de Zuckermandl), que puede tallarse en caso necesario (en el segundo molar temporal puede desarrollarse un problema parecido cuando existe un gran desarrollo de tuberculo de Carabelli).

A ello se añade la configuración anatómica de las raíces con una gran convexidad en cuyo interior se aloja el germen del diente permanente. Es frecuente encontrar diferentes grados de reabsorción radicular en sus tres raíces, lo que añade dificultad al procedimiento y provoca que en numerosas ocasiones se produzcan fracturas radiculares durante la extracción.

La exploración radiológica previa ayudara a prever estas complicaciones.

La extracción va precedida de la desinserción epitelial, se puede utilizar un botador recto para comenzar la luxación radicular. La pinza o fórceps adecuado para este sector es la universal #150 o 150S en el caso de preferir el tamaño pediátrico.

Los movimientos adecuados para la desinserción de estos molares deben procurar una expansión del hueso alveolar mediante desplazamientos primero palatino y después vestibulares de forma alterna. Cuanto mayor sea la longitud de las raíces y la convexidad radicular, estos movimientos deben ser más pronunciados y con mayor recorrido. La fuerza ejercida debe ser ligera pero continua.

Extracción de dientes del sector anteroinferior

En esta zona de las arcadas dentarias, es frecuente observar la erupción de los dientes permanentes por lingual de los temporales, siendo este el principal motivo de extracción unido a la discrepancia ósea dentaria.

La posición del paciente (semiincorporada para evitar aspiración de los elementos dentarios) y la localización de estos dientes (en la zona anterior de la cara) dificultan la posición de las manos del operador y personal auxiliar para impedir la visualización de los instrumentos por parte del paciente, con el consiguiente riesgo de disminución o pérdida de motivación. Estas circunstancias debes de tenerse en cuenta previa a la extracción.

Los fórceps recomendados son el universal #151 o el pediátrico 151S.

Es necesario comprobar de forma clínica y radiológica el estado radicular de los dientes temporales, ya que es frecuente que conserven una raíz larga parcialmente reabsorbida, lo que contribuye a generar una gran fragilidad que es causa de fracturas durante el procedimiento de la luxación.

En estos casos si el resto radicular fracturado queda alojado en el alveolo, como el diente permanente se encuentra erupcionados o próximo a la erupción en situación ectópica, habrá que valorar la extracción del fragmento con el objetivo de permitir la ubicación correcta del incisivo permanente en la arcada.

Los movimientos adecuados para la luxación son básicamente de rotación. Es preciso considerar que la arcada mandibular posee un hueso menos esponjoso que el maxilar por lo que la tendencia a la fractura de las raíces durante el movimiento de luxación es mayor.

Una vez practicada la exeresis de la corona del diente, los restos de la papila dental deben eliminarse con un cuidadoso curetaje para impedir el desarrollo de estructuras dentarias, las cuales puede originar abscesos alveolares en el lactante.

Extracción de dientes temporales inferiores

En la corona, el primer molar presenta el engrosamiento del esmalte o tuberculo de Zuckermand, que en cierto modo, dificulta, cuando está bien desarrollada la posibilidad de realizar una buena presa con el fórceps.

Las raíces de estos molares son dos presentes en mesial y distal, largas y acintadas, en cuyo interior se aloja el germen sucesor. La rizólisis de estos molares se produce desde el interior de la raíz, lo que contribuye a generar una gran fragilidad dentaria.

Estos molares poseen igualmente una gran divergencia en sus raíces, lo que muchas veces hace aumentar el diámetro existente entre ambas, por encima del tamaño mesiodistal de la corona del molar, el estudio radiográfico pertinente permitirá considerar la necesidad de realizar una odontosección como paso previo a la extracción independiente de las porciones mesial y distal del molar.

Los pasos que han de realizarse en la extracción de molares inferiores no difieren de los relatados hasta el momento para los demás dientes temporales.

Tras despegar la inserción epitelial se realiza el comienzo de la luxación con un botador recto, cuidando el lugar de apoyo y estabilidad de los dientes adyacentes y protegiendo los tejidos blandos (labios y lengua) con la mano contraria.

Posteriormente con el mismo tipo de fórceps universal #151 o 151S se realizaran de forma firme y continua movimientos en sentido vestibulolingual.

El fórceps adecuado para la extracción del primer molar permanente (fórceps de cuerno de vaca o de bifurcación) no se aconseja para molares temporales por el peligro de lesionar al germen del diente permanente.

Se debe tener una especial precaución durante los procedimientos de extracción en los dientes de la arcada mandibular, pero fundamentalmente en sectores posteriores para salvaguardar la salud de la articulación temporomandibular, evitando maniobras bruscas que pueden causar secuelas.

Complicaciones intraoperatorias

Fractura radicular:

- Las raíces de dientes temporales son más susceptibles de fracturarse en el momento de la extracción, cuando este se produce, se intenta realizar la extracción del fragmento fracturado siempre que dicha maniobra no tenga riesgos posibles para el germen del diente permanente.

Avulsión de dientes temporales adyacentes:

- Cuando esta complicación se produce habitualmente no reviste mayor importancia, ya que suele implicar que la pieza afectada estaba próxima a la exfoliación. Se valorara la necesidad de colocar un mantenedor de espacio.

Movilización o avulsión de dientes permanentes:

- Para evitarlo no hay nada como la prevención, realizando odontosección del diente temporal cuando es previsible dicha complicación. Si ocurriese la avulsión del diente permanente sucesor, debe reposicionarse inmediatamente y suturar los tejidos superficiales a fin de protegerlo. En el caso de ser un diente adyacente, puede ser necesaria su ferulización.

Asepsia y Antisepsia del campo operatorio**Asepsia**

Es un término médico que define al conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilidad. La prestación y uso correcto de ropa, instrumental, materiales y equipos estériles, sin contaminarlos en todo procedimiento quirúrgico practicado se conoce como asepsia.

Antisepsia:

Es el conjunto de procedimientos destinados a combatir los microorganismos que se hallan en los tejidos vivos.

Antes de dar inicio a la asepsia del campo operatorio el odontólogo debe cerciorarse de disponer de todo el material necesario que va a utilizar, conocer el tipo de procedimiento que va a realizar sobre el paciente, preparar los antisépticos que van a ser utilizados y estar pendiente de las reacción alérgicas.

Equipo para la antisepsia:

- Un campo estéril a fin de cubrir la mesa
- Jeringas para colocar las soluciones antisépticas
- Solución salina estéril y alcohol o cloruro de benzalconio

- Gasas estériles de tamaño 10x10cm
- Torundas de algodón en caso de ser necesario
- Un par de guantes estériles
- Anestésico local (lidocaína con epinefrina o sin vaso constrictor)
- En niños no debes utilizar articaina al 4% por ser muy toxica

Uno de los puntos principales de la extracción dentaria, para tener un buen éxito de la operación se relaciona en este caso al operador, al paciente, al campo operatorio a los instrumentos y al material de curación.

La bata que usara el operador debe de estar si no esterilizada, sí que este perfectamente limpia, las uñas de las manos recortadas y limpias, se hará uso de cubre bocas y guantes de hule estériles.

Lavado de manos

Esta es una técnica básica utilizada para prevenir la transmisión de infecciones por vía contacto manual, eliminando los microorganismos que quedan en ellas.

(Figura 10)



Figura 10 Imagen con correcto lavado de manos

Hay que recordar que uso de guantes no reemplaza al lavado de manos (ya sea no quirúrgico o quirúrgico).

Indicaciones para el lavado de manos:

- Al inicio y finalización de la jornada

- Después de tocar material sucio

- Después de tocar fluidos corporales

- Después de ir al baño

- Después de toser o estornudar

- Antes de comer

- Antes y después de atender a cada paciente

Lavado quirúrgico de manos:

Este tipo de lavado de manos está indicado antes de cualquier procedimiento quirúrgico exodóntico, se tallaran manos y brazos, 5cm antes de los codos, con agua y jabón al chorro del agua durante 10 min, sin tocar la llave ni superficies cercanas. Pero algunos dentistas no le toman cierta importancia y no logran tener correctamente limpias las manos y libres de bacterias. (Figura 11)

Procedimiento:

1. Subir las mangas de la ropa sobre los codos, y retirar reloj y todas las joyas
2. Adoptar posición cómoda frente al lava manos
3. Abrir la llave del agua y mojar manos y muñecas

4. Jabonar ambas manos hasta cuatro dedos sobre el pliegue y la muñeca
5. Friccionar con movimientos de rotación, las manos para obtener espuma, haciendo énfasis en espacio interdigitales y uñas y reborde cubital
6. Las manos se mantienen más arriba que los codos para evitar contaminación desde antebrazos
7. Enjuagar las manos con abundante agua corriente, por dos veces
8. Secar las manos, terminando en las muñecas con toalla deseable de un solo uso
9. Cerrar la llave con toalla desechable sin tocar la perilla
10. Desechar toalla



Figura 11 Lavado quirúrgico de manos

La cavidad bucal

La cavidad bucal nunca esta quirúrgicamente limpia. Sin embargo se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención.

Lo ideal si un paciente solicita la extracción de una pieza dentaria seria hacerle con anterioridad una profilaxis dental (figura 12), removiendo el tártaro que pudiera tener, pero esto es prácticamente imposible ya que la persona que demanda la intervención inmediata del cirujano dentista acude a él por lo avanzado de la infección o por el dolor que le produce.

Es estas circunstancias se emplearan soluciones antisépticos en forma de colutorios como solución de permanganato al 1% o soluciones de agua oxigenada al 20 % y fricciónada sobre todas las superficies dentarias y mucosa con una torunda de algodón y colutorios.

El yodo se emplean en la asepsia del campo operatorio momentos antes de que se aplique la intervención, por medio de una torunda se aplicara la tintura de nuestra elección en la pieza o piezas por extraer y en los tejidos circunvecinos en un área de aproximadamente 2 cm.

La tintura de yodo es de más empleo debido a que es ligeramente caustico y trae como consecuencia una ligera insensibilidad a la punzada de la aguja, además que os facilita localizar el lugar estéril por la coloración que deja.



Figura 12 Profilaxis previa

Instrumental

Esterilización:

Es la destrucción total de todas las forma de vida por los medios físicos o químicos.

Se cuenta para su asepsia con medios físicos y químicos. Se comenzara lavando con agua, jabón y un cepillo todo el instrumental, luego se pasara a la esterilización que esté al alcance del médico. Auto Clave.

- A. **Calor húmedo (autoclave):** Es el medio de elección más conveniente y seguro, pues la combinación del calor y humedad (130 grados centígrados a 30 minutos) destruye los microorganismos formadores de esporas y hongos.(figura 13)

Ventajas de calor húmedo:

- Rápido calentamiento y penetración
- Destrucción de bacterias y esporas en corto tiempo
- No deja residuos tóxicos
- Hay u bajo deterioro del material expuesto
- Económico

Desventajas:

- No permite esterilizar solución que formen emulsiones con el agua

- Es corrosivo sobre ciertos instrumentos metálicos



Figura 13 Esterilizador calor húmedo

B. **Calor seco:** El calor produce desecación de la célula, estos efectos se deben a la transferencia de calor de los materiales a los microorganismos que están en contacto con estos. Esta técnica provee un medio apropiado para esterilizar instrumentos, polvos, aceites, cera de juegos y otros elementos que no se prestan para la esterilización por medio de agua hirviendo o el vapor bajo presión. (figura 14)

El calor seco no ataca el vidrio y no provoca oxidación, la esterilización adecuada de pequeñas cargas se logra a 170 grados centígrados durante una hora. La principal desventaja de una esterilización con calor seco es, el largo periodo de tiempo requerido para lograr resultados bactericidas.

Ventajas de calor seco:

- No es corrosivo para metales e instrumentos
- Permite la esterilización de sustancias en polvo y no acuosas u de sustancias viscosas no volátiles

Desventajas:

- Requiere mayor tiempo de esterilización, respecto al calor húmedo, debido a la baja penetración del calor.



Figura 14 Esterilizador de calor seco

- C. **Esterilización con agua hirviendo:** Añadiendo alguna sustancia química como solución al 2% de carbonato de sodio, sobrepasa de los 100 grados Celsius al cual durante 15 a 20 minutos ningún organismo viviente puede sobrevivir.(figura 15)



Figura 15 Esterilizador en agua hirviendo

D. **Esterilización en frío:** Fundamentalmente la mayoría de los medios para la esterilización en frío que pueden utilizarse con facilidad probablemente maten bacterias vegetativas, pero existen dudas contra las esporas y los hongos.

Dentro de los agentes químicos que se utiliza esta el alcohol (figura 16-A), solución de cloruro de benzalconio 1:1000 que requiere un aditivo antioxidante (Nitrato de Sodio) y 18 horas de inmersión, y compuestos de hexaclorofeno como base activa, las cuales proveen una esterilización adecuada de los instrumentos termosensibles en tres horas. También podemos utilizar glutaraldehido (figura 16-B), consiste en preparar una solución alcalina al 2% y sumergir el material a esterilizar de 20 a 30 minutos y luego un enjuague de 10 minutos. Este método tiene la ventaja de ser rápido y puede esterilizar plástico, goma, vidrio, metal.



Figura 16-A esterilizando
instrumental en frío



Figura 16-B glutaraldehido 2%

Radiología

Importancia de las radiografías:

Se elige el tipo de radiografía que pueda proporcionar mayor información en niños de cualquier edad.

No es poco común que el paciente tenga dificultades para sostener la placa radiográfica dentro de su boca, por lo que se recomienda el empleo de la técnica de cono corto y mayor rapidez en el tiempo de exposición que para el adulto.

Las radiografías que se recomiendan son las que usualmente se emplean en cada grupo de niños según su edad. Se recomienda tomar una sola vez la serie radiográfica completa a la edad de 2.5 a 4 años, 4 a 9 años y de 9 a 12 años.

Las radiografías suplementarias son indicadas cuando existen anomalías de desarrollo o patologías que han sido identificadas en las radiografías tomadas rutinariamente.

En la cita de control, que es generalmente 6 meses después únicamente se toman radiografías de aleta de mordida.

La cantidad de radiación dirigida a los pacientes debe controlarse. Un método es el de no repetir la toma de radiografías innecesariamente, otro método es el uso del mandil de plomo en cada radiografía tomada ya que protege los órganos de la caja torácica.

El examen radiográfico deberá mostrar una lista periapical de todos los dientes posteriores y mostrara las cúspides de los dientes permanentes en desarrollo.

Para extraer cualquier diente primario es esencial obtener radiografías apropiadas. Debe establecerse presencia y posición del sucesor permanente así como el estado de la deformación radicular del diente primario que va a extraerse.

Adaptación del niño para la toma de radiografías:

El equipo de rayos X puede ser terrible o generar curiosidad, según el niño. Es prudente permitir al paciente que observe, recorra y manipule el aparato para que se acostumbre a la CAMARA.

Se le puede permitir al niño tomar una radiografía y mostrarle donde será aplicada, si se trata de una radiografía coronal u oclusal se le mostrara como morder sobre el dispositivo o la película. La técnica de decir, mostrar hacer será muy útil para ganar cooperación.

Se deben radiografiar primero las zonas más fáciles, esto es importante en niños que tiene reflejos nauseosos exagerados o que objeten la aplicación de la película en la sensible región del piso de la boca, los anestésicos tópicos son convenientes en ambas situaciones.

Al colocar el campo de plomo se puede hacer semejanza con un traje espacial. Al momento de colocar la película en la boca se les invita a respirar tranquila y profundamente por la nariz.

Se debe ser paciente con el niño al tomar radiografías, pueden ser necesarios los repetidos intentos de ubicación de la película antes de la exposición real a la radiación. Si el niño no coopera, con frecuencia resulta efectiva la modulación de la voz, la firmeza y la suavidad del trato.

La decisión de realizar un examen radiográfico se basa en las características individuales del paciente; edad, salud general, hallazgos clínicos, historia y la exploración clínica no proporcionan información suficiente para evaluar de modo completo la situación del paciente y formular un plan de tratamiento apropiado. Solo deben hacerse radiografías si existen razones para esperar que la información obtenida beneficiara al paciente. Aunque la información proporcionada por las radiografías puede dar beneficios definidos al paciente, el examen radiográfico con lleva el peligro de daño por radiación ionizante.

¿Cuántas series radiográficas debemos tomar?

Series de 4 placas:

- En niños de edad preescolar entre 3 y 5 años de edad. Esta serie consiste en la toma de 2 radiografías oclusales superiores e inferiores, tomadas con películas #2 y dos radiografías de aleta de mordida derecha e izquierda tomadas con radiografías #0

Series de 8 placas:

- En niños en edad de recambio de la dentición entre 6 y 7 años de edad. Consiste en la toma de :
 - 2 radiografías oclusales superiores e inferiores con película #2
 - 4 radiografías periapicales con película #0 (molares primarios superiores derecho e izquierdo y molares primarios inferiores derecho e izquierdo)
 - 2 radiografías de aleta de mordida derecha e izquierda con película #0

Serie de 12 placas:

- En niños entre 8 y 9 años de edad. Consiste en la toma de las radiografías de la serie de 8 placas, más la toma de 4 radiografías periapicales en la zona de los cuatro caninos con película #0.

Serie de 16 placas:

- En niños entre los 10 y 12 años de edad. Consiste en la toma de las radiografías de la serie de 12 placas, más la toma de 4 radiografías periapicales en la zona de los primeros molares permanentes con película #2.

Información obtenida de las radiografías de aleta de mordida

- Profundidad de la lesión cariosa interproximal (figura 17 A-B)
- Grosor del esmalte y dentina
- Morfología y tamaño de la pulpa
- Contorno proximal y sobre obturación sobre la encía
- Erupción ectópica de los primeros molares permanentes
- El área de la bifurcación o trifurcación



Figura 17-A
Radiografía aleta de



Figura 17- B Técnica con
papel adhesivo

Información obtenida de las radiografía oclusal anterior

- Ausencia congénita de O.D. o supernumerarios
- Lesiones causadas por traumatismo en la zona periapicales o radicular

- Áreas radiolucidas periapicales
- Patologías en los O.D. anteriores y en los maxilares superiores e inferiores
- Diente anteriores impactados o colocados anormalmente
- Para visualizar la región del paladar hendido
- Expansión lingual o bucal del hueso (figura 18)



Figura 18 Radiografía oclusal

Información que puede derivarse de las radiografías periapicales

- Anomalías en el número, forma, tamaño, textura y la cantidad de raíz absorbida en los O.D. primarios durante el intercambio de O.D. primarios por permanentes. (Figura 19)
- El nivel de maduración de O.D. permanentes

- Patología de los O.D. y de los maxilares
- La cantidad de clasificación de los O.D. permanentes
- La usencia de O.D. congénita o ausencia de O.D. supernumerarios
- Área periapicales de las raíces (lamina dura, ligamento periodontal y hueso periapicales)
- O.D. impactados y odontomas
- Presencia de O.D. supernumerarios



Figura 19 Información de caries en radiografía

Radiografías panorámicas

- Proporciona una vista amplia de los maxilares inferior y superior
- Los dientes
- Los senos maxilares
- Fosas nasales
- La articulación temporo mandibular

- Con ellas se comprueban los dientes presentes, el estado relativo de desarrollo.(figura 20)
- La presencia o ausencia de anomalías dentales
- Lesiones traumáticas
- Lesiones de otro tipo en el tejido óseo



Figura 20 Ortopantomografía

Anestesia

Selección de anestesia para el paciente pediátrico

Las técnicas de anestesia para exodoncia son:

1. Anestesia regional o local
2. Anestesia local con sedación considerable o complementada por agentes anestésicos generales o ligeros-.
3. Anestesia general inducida por vía intravenosa o por inhalación

Los factores que determinan la elección de la anestesia son:

1. Edad y estado físico del paciente
2. Infección
3. Trismos
4. Estado emocional del paciente
5. Naturaleza y duración del procedimiento
6. Alergias
7. Cooperación del paciente
8. Entrenamiento y equipo de consultorio del operador

1.- En la mayoría de los casos, la anestesia local para el niño es más fácil obtener que para el adulto. McDonald y Keller recomiendan que la solución anestésica se deposite de bajo del plano oclusal en los niños debido a que el foramen mandibular está más abajo que en los adultos.

2.- Si hay infección la anestesia local no siempre es profunda, al usarse anestesia local será eficaz emplear bloqueo nervioso y permitir inyección de la solución anestésica en un área no infectada. Bajo ninguna circunstancia se inyecta solución de anestésica en un área celulitis o a través de ella, esto solo sirve para extender la infección con posibles consecuencias graves.

La anestesia general frecuentemente se indica en presencia de infección aguda, excepto cuando la infección generalizada del paciente excluya su uso o cuando el paciente este intoxicado y deshidratado por causa de la infección.

3.- El trismo es decir la incapacidad del paciente para abrir la boca, puede dificultar la administración de anestésico local por la vía normal. Puede administrarse generalmente bloqueos nerviosos extra bucales. Cuando el bloqueo nervioso ha aliviado el dolor, el paciente podrá abrir la boca de manera que pueda realizarse la extracción necesaria

4.- El estado emocional del paciente puede terminar la selección de la anestesia. Ciertas personas sufren fobia a las inyecciones dentro de la boca. Debido a avances recientes la anestesia general es comparable en seguridad a la local por esta razón, a los pacientes de este tipo, se les maneja mejor bajo la anestesia general.

5.- La naturaleza del procedimiento y el tiempo necesario para llevar a cabo el procedimiento exodóntico puede determinar el agente anestésico que deba usarse.

6.-Alergias deberá interrogarse a toso los pacientes con respecto a alergias a todos los medicamentos. Los pacientes que sufran de posibles antecedentes de alergias a la anestesia general, deberán ser interrogados sobre el tipo de relación experimentada y enviarse a un especialista en alergias para ser valorado.

7.-Deseos del paciente para el éxito del tratamiento es que el paciente este confiado y relajado en el sillón dental. Sin embargo, muchas personas se sienten inquietas o incluso asustadas al visitar al odontólogo, asocian a menudo esa escena con experiencias dentales desagradables durante su niñez en este caso el paciente y el dentista eligen el tipo de anestesia según se presente la situación.

8.-Entrenamiento y equipo de consultorio de operador la organización y el trabajo en equipo son factores esenciales para usar cualquier tipo de anestesia. El cirujano dentista y un ayudante bastaran para lograr con éxito cualquier trabajo dental. En cualquier consultorio donde se administran medicamentos, deberá existir a la disposición inmediata una bandeja de urgencia con los medicamentos necesarios básicos, así como también todos los instrumentos quirúrgicos.

Anestésicos tópicos

Los anestésicos tópicos disminuyen el ligero malestar que se asocia a la introducción de la aguja antes de su inyección. Sin embargo, algunos anestésicos tópicos tienen como desventaja un gusto desagradable. Así mismo, el tiempo adicional que requiere su aplicación provoca en el niño una mayor aprensión ante el procedimiento a realizar.

Los anestésicos tópicos se presentan en forma de gel, líquido, ungüento y pulverizador a presión. Pero los que más se utilizan son los gels, líquidos y ungüentos de gusto agradable y con acción rápida. (Figura 21)

La pasta para anestesia tópica deberá aplicarse al sitio previamente deseado, de la inyección dos minutos antes de realizarla. Se seca, la saliva no la diluirá y los efectos serán más profundos. Un agente de acción rápida que no produce necrosis tisular xilocaina al 5 % estos agentes se colocan en la mucosa oral mediante un aplicador con punta de algodón.



Figura 21 Anestesia tópica

Anestesia local en niños y adolescentes.

Los anestésicos locales son bases débiles que generalmente se obtienen en forma de sales.

Hay dos tipos de grupos de anestésicos locales son (AMIDAS Y ESTER)

Los anestésicos locales tipo AMIDAS son los más utilizados principalmente porque producen menos reacciones alérgicas siendo además más potentes en concentraciones reducidas y permiten un tiempo de trabajo más largo. Son de metabolismo hepático siendo los más empleados (Lidocaína si se requiere vasoconstrictor y Mepivacaina, si no se necesita).

El anestésico más utilizado en odontopediatría con vasoconstrictor, es la lidocaína al 2% con adrenalina de 1:100.000 y sin vasoconstrictor, la mepivacaina al 3%.

La lidocaína contiene 36mg de anestésico en cada Carpule, la dosis máxima recomendada es de 4mg/kg y posee un tiempo de acción en los tejidos blandos de 3 a 5 horas y a nivel pulpar de 60-90min. La dosis de adrenalina asociadas a lidocaína al 2% son 1:50.000, 1:80.000 y 1:100.000 la más utilizada.

Mepivacaina al 3% contiene 54mg de anestésico en cada cartucho, la dosis máxima recomendada es de 4mg/kg, siendo la duración a nivel de tejidos blandos de 2 horas y a nivel pulpar ½ hora.

En el paciente pediátrico es todavía más necesario el uso de anestesia con vasoconstrictor (Adrenalina), ya que su mayor gasto cardiaco, perfusión tisular y velocidad metabólica basal tienden a eliminar la solución anestésica local de los tejidos y llevarla a la circulación sistémica más rápidamente, produciendo menor duración del efecto y acumulación más rápida de los niveles tóxicos en sangre.

Entonces la asociación de anestésico local más vasoconstrictor es un mecanismo de seguridad en odontopediatría, ya que reduce la absorción sistémica de este.

Los anestésicos tipos ESTERES, que no suelen ser utilizados en odontología como inyectables, aunque algunos derivados se usan como anestésicos tópicos, tienen tendencia a producir reacciones alérgicas. Se metabolizan en suero (colinesterasa sérica), son poco estables y tienen un periodo de actuación corto, siendo menos efectivos que las amidas un ejemplo (Procaina, Tetracaina).

Por lo general unos de los aspectos más importantes para guiar la conducta del niño es el control del dolor, las intervenciones odontológica se realizan mucho mejor si el niño se siente a gusto y sin dolor. Así el anestésico local evita el dolor que se asocia a la colocación de un dique de goma y de la ligadura o la selección de los dientes.

En cualquier caso, por lo general la solución anestésica debe inyectarse con lentitud y el odontólogo debe vigilar al paciente para descartar la aparición de signos y reacciones alérgicas.

La preparación del niño para la fase realizada de decir mostrar y hacer deberá incluir un secado, con una jeringa, en tanto que la cubierta de plástico de la aguja se mantiene en su lugar, presionando la mucosa con la cubierta plástica de la aguja del dentista simula la inyección real.

La presión de la cubierta plástica es comparable al malestar que se siente durante la inserción de la aguja en la mucosa con anestesia tópica y si el niño se mueve abruptamente, la cubierta protectora impide que se realice alguna lesión. Posteriormente se elimina la cubierta protectora y se aplicara la inyección real.

Como precaución contra el movimiento abrupto del niño, su cabeza deberá ser suavemente detenida por el dentista. El asistente evitara pasivamente que las manos sean elevadas hacia la cara y a la silla dental se reclinara tan atrás como sea posible para impedir que el niño se levante.

Anestesia de los dientes deciduos y permanentes superiores

Para anestesiar los dientes temporales superiores anteriores y posteriores es adecuada la infiltración local (técnica supraperiostica). La inyección se aplica más cerca del borde gingival que en el paciente con dientes permanentes, así mismo al anestésico se introduce cerca del hueso. Una vez que el extremo de la aguja penetra en los tejidos blandos del pliegue mucobucal deberá avanzarse lentamente e ir depositando el anestésico. En lugar de avanzar hacia arriba se tira el labio superior hacia abajo, por encima del extremo de la aguja, para atravesar así los tejidos blandos.

Para anestesiar el incisivo central permanente el lugar de punción en el pliegue mucobucal, de modo que puede inyectarse en el lentamente el anestésico, cerca del ápice del diente contiguo para conseguir una buena anestesia de los dientes temporales o permanentes, lo dicho anteriormente se presenta en muy raras ocasiones pero de todas maneras se menciona.

Respecto a los primeros molares superiores es posible que la anestesia local nos ocasione algunos problemas, esto es debido a que el proceso cigomático de los maxilares en la mayoría de los niños cubre el proceso alveolar en la región del primer molar superior y esta gruesa cubierta ósea superpuesta al hueso de la plaza bucal impide la infiltración local de la solución anestésica hacia el primer molar permanente. La situación cambia con la edad del paciente, ya que el crecimiento alveolar hacia el frente modificara la relación del proceso cigomático respecto al primer molar superior. La anestesia adecuada puede obtenerse infiltrando el espacio de la membrana periodontal en las superficies bucal, palatina e interproximal.

Algo muy importante es anestesiar es la parte palatina de todos los dientes superiores ya sean temporales o permanentes se deposita aproximadamente 1/4 de nuestro cartucho en la región palatina por detrás del diente que vamos a anestesiar aproximadamente 1 cm de separación del ápice y depositamos la solución anestésica hasta ver que la superficie se pone isquémica y así descarta cualquier posible molestia que pudiera sufrir el paciente.

Anestesia regional para el paciente pediátrico

En la mayoría de los casos, la anestesia regional para el niño es más fácil de obtener que para el adulto. La anestesia tópica, el bloqueo nervioso y la infiltración local utilizados para los niños, no varían mucho de los usados para pacientes adultos. Sin embargo, hay algunos ejemplos donde son necesarios

modificaciones a la técnica de la anestesia para obtener el efecto adecuado en el paciente pediátrico.

Para anestesiar los dientes inferiores se recomienda que la solución anestésica se deposite de bajo del plano oclusal en los niños. Debido que el foramen mandibular está más abajo que en los adultos. El foramen se eleva progresivamente con la edad a un promedio de 7mm. Por arriba del plano oclusal en los adultos la profundidad de penetración de la aguja promedio es de 17mm o aproximadamente 2/3 de la longitud aprovechablemente de una aguja de 25mm.

Se ha descrito una técnica de anestesia eficazmente para los nervios alveolares inferiores, linguales y bucales con una sola inserción de la aguja. Esta técnica elimina una segunda inyección en el nervio bucal. La solución anestésica es inyectada cerca del cuello del cóndilo mandibular. Para ejecutar esta acción, el paciente debe abrir la boca tanto como sea posible para que la cabeza condilar se mueva hacia el frente.

La aguja entra en el espacio pterigomaxilar más arriba que en la anestesia convencional de bloqueo mandibular. La vía de inserción sigue un plano constituido por el ángulo de la boca.

La aguja es insertada hasta sentir el contacto con el cóndilo, entonces se extrae un milímetro y se deposita la solución anestésica.

Fracaso del anestésico local

- Técnica defectuosa
- Inyección intramuscular, trae como consecuencia dolor y trismo postoperatorio

- Inyección intravenosa, se produce la dispersión rápida del anestésico y no causa el efecto deseado, también puede producirse un hematoma en la zona
- Anastomosis de la zona anestesiada. Una anestesia inadecuada en la zona anteroinferior, después de un bloqueo mandibular o mentoniano, puede deberse a la anastomosis de las fibras nerviosas del otro lado de la línea media. Si nos encontramos con esta situación debe realizarse una infiltración suprapariosteal del diente involucrado.
- Tratamiento de duración más largo que el tiempo de anestesia
- Confusión del paciente sobre lo que percibe como dolor y el resto de sensaciones existentes durante un tratamiento dental

Complicaciones de la anestesia local

- Sobredosis
- Reacciones alérgicas
- Sincope

Complicaciones locales

- Inyección dolorosa
- Laceración de una arteria o vena
- Necrosis pulpar

- Trismo
- Infección en el lugar de la inyección
- Complicaciones nerviosas
- Rotura de la aguja anestésica
- Mordedura postanestésica
- Quemadura postanestésica

Instrumental para exodoncia

Material necesario:

Fórceps:

- Se componen de un mango y una parte activa, donde se sitúan las valvas que deben adaptar y ajustar perfectamente la corona del diente o molar, de forma que la fuerza que se ejerza sea convenientemente transmitida y el movimiento de luxación y desalojo del diente del alveolo sea seguro. Se utilizan cuando la corona dentaria se encuentra total o parcialmente conservada. El tipo de fórceps se debe utilizar según las preferencias y costumbres del profesional. Los de tamaño y forma específica pediátrica son los preferidos por algunos odontólogos para extracción de dientes temporales ya que se pueden ocultar por su pequeño tamaño, en el hueco de la mano y además sus valvas se adaptan correctamente a la configuración anatómica de las caras vestibular y palatina de los dientes temporales. Está contraindicado el uso del cuerno de vaca debido a que podemos extraer el germen dental.

Botadores:

- Se utiliza en casos, previstos a través de la inspección clínica y las pruebas radiológicas, se impone la necesidad del empleo de estos instrumentos para la extracción de raíces o dientes temporales muy destruidos o anquilosados.

Tenemos que evaluar los estados de los dientes contra los que se realizara la fuerza en la maniobra de luxación, ya que dientes permanentes con escasa formación radicular o temporales con absorción radicular avanzada complicarían o contraindicarían estas maniobras.

Periostomo:

- Es un instrumento empleado en muchos casos de forma sistemática para la extracción dentaria como paso previo al empleo del fórceps. Ayuda a liberar la inserción epitelial.

Curetas de legrado:

- Escasa vez es necesaria su utilización tras la extracción en dentición temporal. Existe el riesgo de dañar el germen del sucesor.

Material para sutura:

- En general, no será necesario como material para extracción en dentición temporal, salvo casos en los que esté prevista la realización de colgajo quirúrgico, o se prevea un elevado número de extracciones y el paciente

sea poco colaborador para llevar a cabo la hemostasia, en cuyo caso se empleara preferentemente sutura de tipo reabsorbible.

- Para extraer los dientes primarios se pueden utilizar fórceps infantil superior e inferior.
- Estos fórceps tienen el diseño básico de los fórceps universales superiores e inferiores (#150 y 151) de no tener fórceps para niños al alcance pueden extraerse con una raigonera luxándolo primero con un botador recto de hoja delgada como medio de ayuda en un caso de urgencia.
- Sin embargo no se usan fórceps de cuerno de vaca (# 16) para la extracción de molares primarios inferiores, porque los picos afilados de estas pinzas podrían dañar los dientes premolares no erupcionados o incluso extraerlos.

Instrumental básico

- Jeringa Carpule (figura 22)
- Agujas (figura 23)
- Agujas cortas calibre #27
- Anestesia tópica xilocaina al 5% (figura 24)
- Gasas estériles (figura 25)

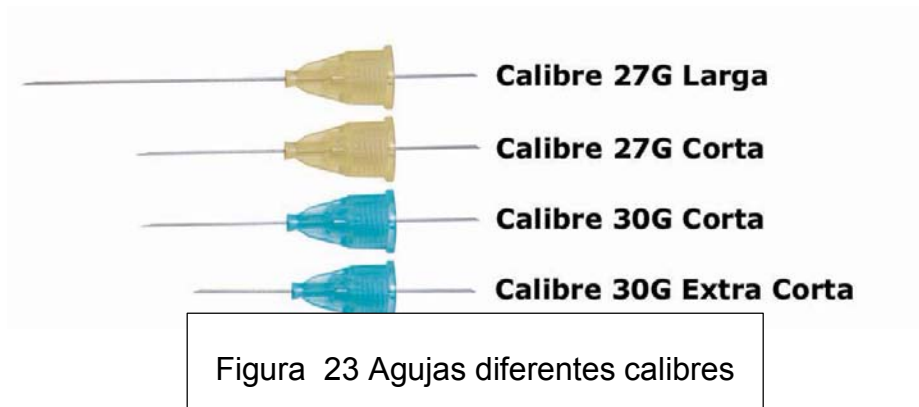
- Fórceps infantiles (figura 26)
- Fresa quirúrgicas (figura 27)

Jeringa Carpule



Figura 22 Jeringa Carpule

Agujas



Anestesia local



Figura 24 Anestesia lidocaína
con epinefrina 2%



Figura 24 Anestesia
mepivacaina al 3 %

Gasas estériles



Figura 25 Gasas estériles

Fórceps infantiles



Figura 26 Fórceps infantiles 150S y 151S

Fresas quirúrgicas



Figura 27 Fresas quirúrgicas para cortar hueso

Posición que debe adoptar el operador al efectuar una extracción en el sillón dental

En el ejercicio de la exodoncia, el paciente y el operador deben ubicarse de una manera en la sala de operaciones en la relación que facilita las maniobras operatorias.

En el sillón dental puede efectuarse la mayor parte de nuestras intervenciones quirúrgicas. La posición del paciente sentado no solamente es favorable para la realización de las operaciones de la cavidad bucal, sino que es la más óptima.

La ubicación del operador al lado del paciente varía según el diente a extraer.

El paciente debe estar confortablemente sentado en el sillón dental. Su espalda apoyada en el respaldo del sillón y su cabeza colocada cómodamente en el cabezal descansando sobre el occipital.

La altura a que debe colocarse el sillón varía según se trate de operaciones al maxilar superior o en el maxilar inferior. (Figura 28)



Figura 28 Posición del operador

Posición del paciente

Posición para extracción en el maxilar superior

El respaldo del sillón debe colocarse en un ángulo de 45 grados, la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90 grados con el eje del tronco. (Figura 29)

La arcada superior del paciente debe encontrarse a la altura de los hombros del operador, de esta manera la visión será más perfecta, la maniobra más sencilla y el esfuerzo y el trabajo realizado más útiles.

Posición del operador en el maxilar inferior lado izquierdo. El respaldo del sillón formara un ángulo recto con el asiento. La cabeza estará en el mismo eje del troco y la altura de los codos del operador.

Posición del operador en el maxilar inferior del lado derecho. El sillón inclinado hacia atrás a 45 grados para permitir las maniobras que ha de realizar estando situado detrás del paciente por lo tanto debe colocarse el sillón en su posición inferior.



Figura 29 Posición del paciente

Posición del operador

Para la extracción de todos los dientes del maxilar superior, el operador debe colocarse a la derecha del sillón dental y ligeramente delante del paciente dándole el frente. (Figura 30)

Para operar en el maxilar superior de lado izquierdo, se situara a la derecha y a delante y un poco más cerca del eje medio del paciente para poder dominar el campo operatorio y no interferir a la iluminación necesaria.

Para la extracción de todos los dientes del maxilar inferior de lado derecho el profesional alcanza su mayor eficacia ubicándose detrás del paciente inclinando su cuerpo por arriba de la cabeza del paciente.



Figura 30 Posición del operador para extracción

Posición de las manos del operador

La mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos. La mano izquierda debe ser su colaboradora, sosteniendo el maxilar, separando los labios y la lengua. (Figura 31)

Las operaciones en la región anterior del maxilar superior. La mano izquierda debe colocarse de manera que con los dedos índices y pulgar se mantengan firmemente en el maxilar, el pulgar apoyando la cara palatina de los dientes y el índice cruzando horizontalmente sobre la encía. El labio superior se separa con este dedo, pudiendo ser ayudando por los otros tres.

Para la extracción de los molares y premolares, se coloca el dedo índice en el surco vestibular, separa y protege el carrillo y el labio inferior, el mediano por dentro de la arcada dentada separa y protege la lengua, el pulgar sostiene fuertemente el maxilar, algunos prefieren apoyar el maxilar con el pulgar sobre las caras triturantes de los molares mientras que los otros dedos mantienen firme el hueso. Para el lado derecho del maxilar inferior en el brazo izquierdo rodea la cabeza del paciente, el índice separa la lengua, el dedo medio el surco vestibular separando carrillo y labio de los dedos restantes sosteniendo el maxilar.

Como precaución contra el movimiento abrupto del niño, su cabeza deberá ser solamente detenida por el dentista por su brazo libre. El asistente evitara pasivamente que las manos sean elevadas hacia la cara y la silla dental se reclinara tan atrás como sea posible para impedir que el niño se levante.



Figura 31 Posición de las manos del operador

Movimientos adecuados para una extracción dental

Durante la extracción de un diente temporal hay que tomar en consideración la magnitud de la resorción fisiológica de las raíces y la posición de los sucesores permanentes en relación con las raíces del temporal. En algunos casos la corona del permanente en desarrollo está más o menos rodeada por las raíces de un molar temporal y puede acompañar a ese diente cuando se lo extrae. De ocurrir esto reimplantar de inmediato y con cuidado el diente permanente en el alveolo, en posición correcta.

El procedimiento de extracción incluye:

- Aplicación de fórceps, elevadores o ambos
- Luxación del diente
- Tracción del diente de su alveolo

Debemos de tener en cuenta que al realizar una extracción no nada más se prensa el diente con el fórceps y ya como se muestra en la ilustración utilizamos nuestra mano izquierda y colocamos los dedos índice y pulgar ya que nos van a ayudar esencialmente para retraer los tejidos blandos y proporcionar al operador los estímulos sensoriales necesarios para detectar la expansión bajo la placa por estas razones siempre se coloca un dedo sobre el hueso alveolar bucal o labial que queda sobre el diente y otro dedo retrae el labio o la lengua. (Figura 32)

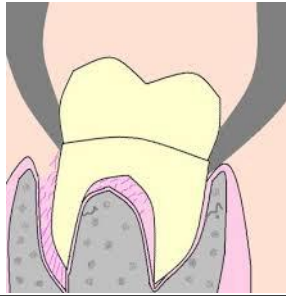


Figura 32 Fórceps agarrando el cuello de la corona

Dientes anteriores superiores primarios

Caninos, laterales y centrales:

- a) Posición correcta del fórceps y el movimiento rotatorio hacia la derecha del diente. (figura 33)
- b) Movimiento rotatorio del fórceps y del diente hacia la izquierda.
- c) Movimiento de tracción del fórceps dirigido hacia donde el diente presente menor resistente a la tracción.

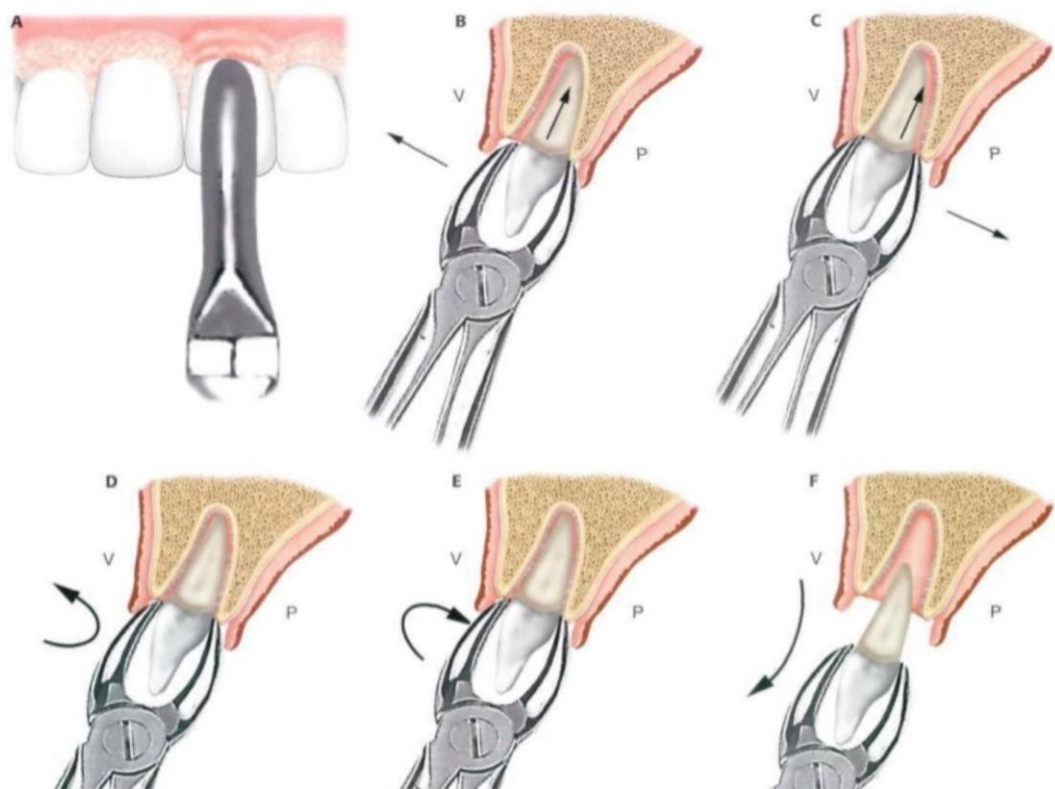


Figura 33 Movimientos para extracción de anteriores superiores

Dientes anteriores inferiores primarios

Canino, laterales y centrales:

- Posición correcta del fórceps y movimientos rotatorios hacia la derecha de este y del diente. (figura 34)
- Movimiento rotatorio del fórceps y del diente hacia la izquierda.
- Movimiento de tracción de fórceps dirigido hacia donde el diente presente menor resistencia a la extracción.

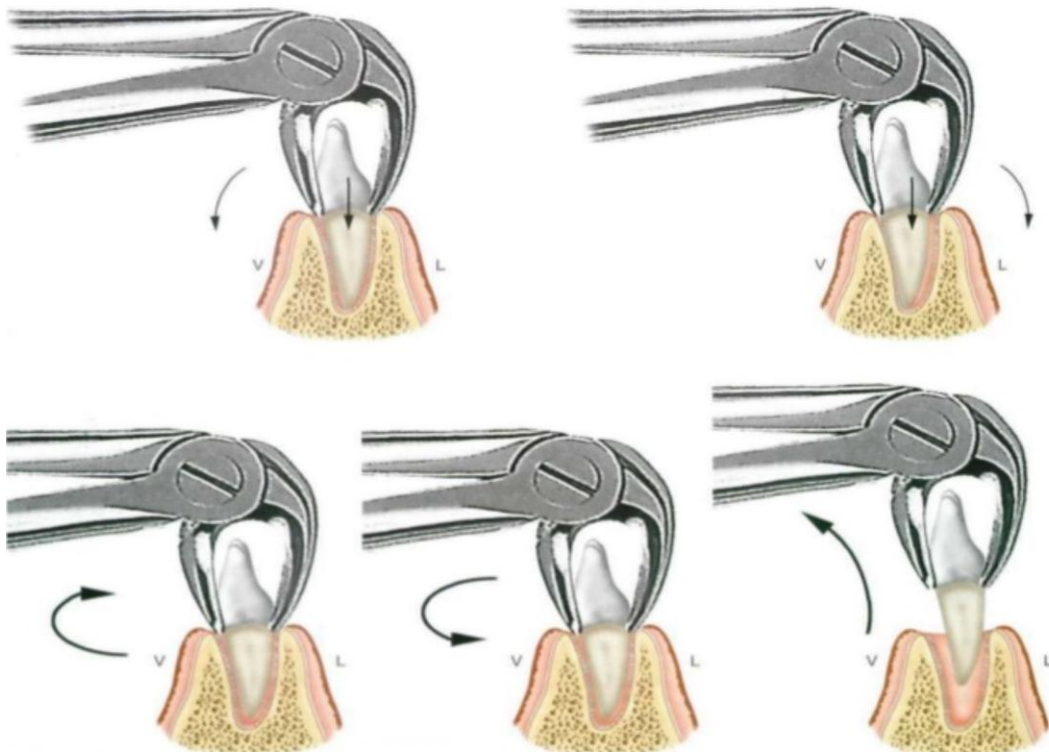


Figura 34 Movimiento de extracción para anteriores inferiores

Dientes posteriores superiores primarios

- a) Posición del fórceps acompañado de un movimiento ligero hacia vestibular. (figura 35-A)
- b) Movimiento ligero hacia palatino
- c) Movimiento con mucha más fuerza hacia vestibular
- d) Movimiento con mucha más fuerza dirigido hacia palatino.(figura 35-B)

e) Tracción del diente donde presente menor resistencia

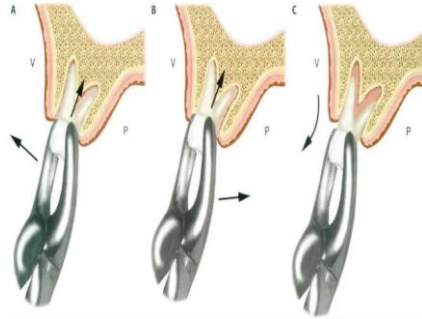


Figura 35-A Movimiento hacia vestibular

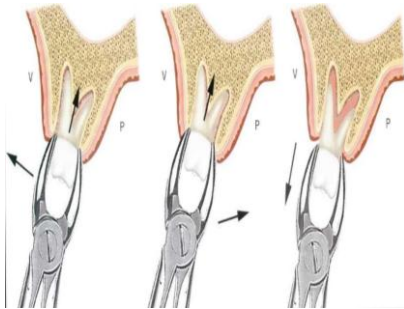


Figura 35-B Movimientos dirigidos hacia palatino

Dientes inferiores posteriores primarios

- a) Posición correcta del fórceps. (figura 36)
- b) Movimiento ligero hacia vestibular
- c) Movimiento ligero hacia lingual
- d) Movimiento con más fuerza dirigido hacia vestibular
- e) Movimiento con más fuerza dirigido hacia lingual

f) Movimiento de tracción del diente hacia la dirección de mayor resistencia.

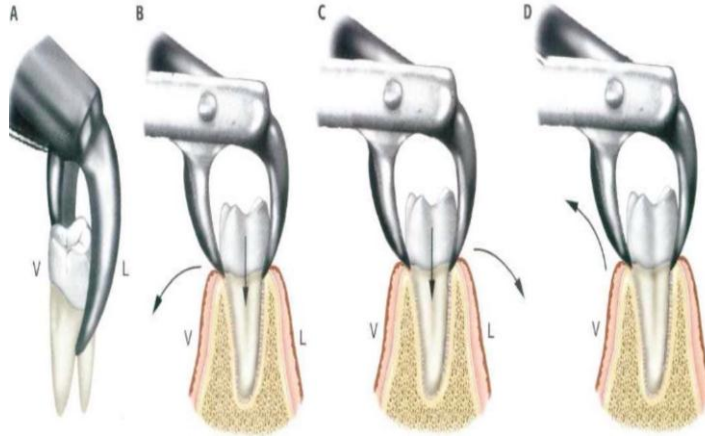


Figura 36 Movimientos de dientes posteriores inferiores

Conducta a seguir después de la extracción

Terminando el acto quirúrgico de una extracción dentaria convencional, diente sin complicaciones apicales, ausencia de lesiones en las partes vecinas, el paciente mantiene su boca abierta y se impide por los procedimientos habituales, gasas, campo operatorio, eyector quirúrgico y aspirador de sangre.

- Después de la extracción, todas las espículas oses y porciones del diente o de restauración o cálculos libres se retiran del alveolo.
- Se revisa enseguida la pieza extraída, para investigar la integridad de su porción radicular, se estudia la cavidad alveolar, las paredes óseas con el objeto de comprobar fracturas de las tablas, se inspecciona las partes blandas, las cuales pueden estar lesionadas o desgarradas.

- De existir tejido patológico en la región apical, se quita cuidadosamente con una cureta. Se elimina o fractura el tejido de granulación pero no se raspa el hueso debido a la cercanía del germen del diente permanente.
- Esto no se hace en el área incisiva superior porque ahí las venas no tienen válvulas, consecuentemente, material infectado y trombos podrían ascender hacia la cavidad del cráneo para formar trombosis del seno cavernoso.
- Si una radiografía resiente no muestra radiolucidez apical sería sensato no colocar en ningún alveolo, puesto que esto solo inocularía al alveolo con microorganismo y desechos del borde gingival libre, si se usaran las curetas.
- El alveolo debe comprimirse con los dedos para volver a establecer la anchura normal que había antes de que la placa fuera expandida quirúrgicamente.
- En el caso de extracción múltiple, los alveolos pueden comprimirse en exceso hasta en un tercio. Lo que elimina la necesidad de alveoloplastia en muchos casos dudosos.
- Las suturas generalmente no son necesarias al menos que hayan sido incididas las papilas cuando prevé infección postoperatoria pueden prescribirse antibióticos.
- El alveolo se comprime con una gasa que ha sido doblada en cuartos y humedecidas ligeramente en su centro con agua fría para evitar que la hemorragia del alveolo penetre en la gasa en ese punto, que le haría desgarrarse del resto del coagulo al retirar la gasa.

- El operador no toca el lado de la gasa colocado sobre la herida por razones de asepsia. Cuando la gasa que cubre está en su lugar se retira la gasa colocada sobre la lengua. Gracias a este método la saliva y los desechos se mantienen fuera del alveolo.
- Se pide al paciente que muerda la gasa durante cinco minutos.

Pasado ese tiempo se toma una radiografía postoperatoria por razones legales así como profesionales y se coloca otra gasa estéril humedecida, que deberá permanecer en su lugar hasta que el paciente llegue a casa. Si se sigue este procedimiento, se producirán pocos casos de hemorragia postoperatoria. La radiografía postoperatoria, deberá hacerse antes de realizarse la sutura o colocar cualquier agente en el alveolo, sobre todo los radiopacos, como la gasa yodo formada que puede mostrar los posibles hallazgos postquirúrgicos.

Se facilita al paciente una hoja de instrucciones impresas junto con una receta para prevenir el dolor postoperatorio.

Los medicamentos analgésicos deberán empezar a administrarse en cuanto el paciente vuelva a casa, mucho antes de que desaparezca el efecto del anestésico local.

Se debe advertir al paciente que los labios, la lengua o los carrillos pueden quedar adormecidos por dos o tres horas, por la anestesia local utilizada, deberá tener cuidado de no dañarlos por mordeduras. El paciente estará entonces consiente de este peligro, que debe instruírsele para regresar a consulta si cualquier complicación sucedería antes del periodo de cicatrización.

Se instruye al paciente para que evite los enjuagues bucales vigorosos, ejercicio violento, comidas y bebidas calientes por el resto del día para minimizar el riesgo de hemorragia postextracción. (Figura 37A –B)

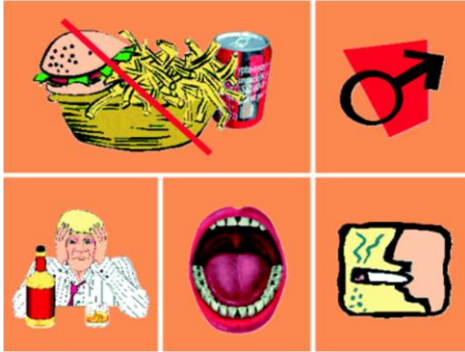


Figura 37 A Alimentos que no se deben consumir



Figura 37 B Niña comiendo helado

Premedicación

- El termino premedicacion significa que se administra un determinado tipo de medicación antes de un acto dado

Antibióticos

- Los antibióticos pueden usarse en forma profiláctica (tratamiento simultaneo) o curativo. La indicación profiláctica puede ser sistemático o

local, hay tres tipos de antibióticos que atraen el interés en la práctica odontológica (amoxicilina, clindamicina, amoxicilina con ácido clavulánico).

Antiinflamatorio

- Como la mayoría de los dolores traumáticos agudos (quirúrgicos) son de origen inflamatorio, el tratamiento antiinflamatorio administrado antes de la operación disminuye la respuesta inflamatoria y por consiguiente el dolor y la inflamación del postoperatorio disminuye.

Analgésicos

- Para el control del dolor postoperatorio en niños se recomienda paracetamol o los antirreumáticos (AINES).

Métodos físicos

- Pueden ser beneficiosos, las bolsas de hielo aplicadas sobre la piel del área operada durante 10 a 15 días mínimo, 2 o 3 veces en el día de la operación.
- El punto clave de los métodos modernos del control del dolor consiste en adelantarse a él, en vez de esperar a que este presente el malestar.

Complicaciones postoperatorias de las extracciones dentales

Las complicaciones postoperatorias que pueden producirse después de extracciones son las mismas en caso de adultos y se tratan de alveolitis con ello afortunadamente los alveolos secos constituyen un caso muy raro en los niños si un niño de menos de 10 años desarrollan un alveolo seco, el operador deberá considerar inmediatamente la existencia de una infección poco común, como actinomicosis o alguna complicación de trastorno sistémico (anemia, trastornos nutricionales).

Puede producirse aspiración o deglución del diente, especialmente bajo anestesia general cuando la boca se mantiene abierta, si es posible deberá extraerse la mayoría de las piezas dentales sueltas antes de iniciar la anestesia general, y antes de introducir el tubo endotraqueal.

Este mismo tipo de accidentes se puede producir durante extracciones bajo anestesia local. En extracciones forzadas, una pieza puede verse súbitamente liberada del hueso y debido a su forma y debido a la fuerza que ejercemos con el fórceps puede escaparse el diente de los picos del fórceps y el niño puede aspirar y tragar el diente.

Esta acción puede ser evitada si controlamos bien el fórceps y la fuerza ejercida y nos podemos apoyar con una gasa que actúe como protección para que el diente no vaya a aspirar la pieza dentaria. Si durante o después de la operación no se encuentra una pieza o parte de ella, deberá realizarse inmediatamente exámenes radiográficos de la caja torácica y del abdomen. La ausencia de tos no prueba que la pieza no haya sido aspirada. Una pieza o parte de ella alojada en el árbol bronquial deberá ser extraído cuanto antes por una broncoscopia, para evitar complicaciones graves.

Si la pieza u otro cuerpo extraño está alojado en la orofaringe deberá asegurarse de su eliminación, examinando las heces en busca de la pieza dentaria, si esta no es recuperada y se observan síntomas como dolor abdominal dificultad para evacuar debe ir al médico inmediatamente.

CAPITULO III

CONCLUSIONES

3.1 CONCLUSIONES

En esta tesis se han planteado los problemas pediátricos que requieren tratamiento quirúrgico y que se presentan con mayor frecuencia.

La exodoncia y sus diferentes técnicas de control del conducta se debe de practicar hasta que el niño este bien preparado psicológicamente por el odontólogo.

La extracción más simple suele requerir un acondicionamiento considerable si el niño, no ha sido debidamente preparado, o si ha sido engañado anteriormente sufriendo una experiencia desagradable.

El correcto manejo de conducta, la honestidad, paciencia y comprensión son en el dentista virtudes importantes, ya que los niños son muy abiertos y francos al expresar sus sentimientos.

Aunque la mayoría de los procedimientos que se han expuesto se pueden realizar en el consultorio dental, algunos pueden necesitar ser atendidos en un hospital, tal el caso en el tratamiento de extracciones dentales múltiples.

Antes de empezar el tratamiento de un niño, es necesario obtener un consentimiento por escrito de los padres, este debe incluir la anestesia que se usara y la extracción a realizar y el número de piezas dentarias a extraer.

Es indispensable una adecuada anestesia antes de intentar la extracción dentaria, cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le resultara algo difícil ya que realizar un extracción dentaria en un niño no es tan fácil, depende del buen manejo y control de conducta.

Bibliografía

J.R.Boj, M.Catala, C. Garcia-Ballesta, A.Mendoza, Editorial: Masson,

ODONTOPEDIATRIA

E.Barberia Leache, J.R.Boj Quesada,M.Catala Pizarro, C.Garcia Ballesta, A.Mendoza Mendoza, Editorial: Masson segunda edición 1995,

ODONTOPEDIATRIA

Pinkham, Editorial: Mc Graw Hill Tercera Edición, **ODONTOLOGIA PEDIATRICA**

Braham. Morris, Editorial: Médica Panamericana, **ODONTOLOGIA PEDIATRICA**

Gustav O. Kruger, Editorial: Medico Panamericana, **TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**

Koch, Modeer, Poulseen, Rasmussen. Editorial: Medico Panamericana, **ODONTOPEDIATRIA ENFOQUE CLINICO**

Pinkham JR: **Odontología Pediátrica**. Editorial Interamericana, Mc GrawHill 2 Edición. México 1994

Cameron, A. Windmer R. **Manual de Odontología Pediátrica**. Harcout Brace 1998

Barbería E. **Odontopediatria**, Barcelona, Editorial Masson, 1995

Braham RL, Morris ME: **Odontología pediátrica**. Editorial Médica Panamericana. 1 Edición. Buenos Aires: 1984

Barber TK, Luke, LS: **Odontología pediátrica**. Editorial Manual Moderno. 1 Edición. México 1985

Snawder KD: Manual de Odontopediatria clínica. Editorial Labor S.A. 1 Edición Barcelona 1982

A. Cameron, Manual de Odontología Pediátrica, España, Editorial Harcourt Brace, 1998

Barr, M.L. El Sistema Nervioso Humano, 5ª Edición, México, Editorial Harla, 1994

Clark, Wesley.G. Farmacología clínica. Medica Panamericana; 1990. Rowland, M. Clínica. 3 Edición. Lea and Feiber. 1995

Walton, J.G. Textbook of dental Pharmacology and therapeutics. Oxford University Press. 1994

Pinkham. J.R. Odontología Pediátrica Editorial. Interamericana, México; 1991

Andreassen J.O. Lesiones Traumáticas de los Dientes. Editorial. Labor Barcelona; 1984

Varela M. Problemas Bucodentales en Pediatría. 1 Editorial Madrid, Argon S.A. 1999