

2ej. 760



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES DE LA
PSICOLOGIA INFANTIL EN ODONTOPEDIATRIA.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Cirujano Dentista

P R E S E N T A:

María de Lourdes Rojas García

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION

TEMA I DEFINICION Y FINALIDAD DE LA ODONTOLOGIA IN
FANTIL.

TEMA II DISTRIBUCION DEL CONSULTORIO DENTAL EN ODON
TOPEDIATRIA.

- 1.- Sala de espera.
- 2.- Recepción.
- 3.- Sala de tratamiento.
- 4.- Cuarto de prevención y educación.
- 5.- Laboratorio.
- 6.- Cuarto de Rayos X.
- 7.- Sanitarios privados y de pacientes.
- 8.- Privado del Odontopediatra.

TEMA III CONDUCCION DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DEN--
TAL.

- 1.- TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.
 - a) Personalidad del Odontopediatra.
 - b) Personalidad de la Asistente Dental.
 - c) Personalidad de la Recepcionista.
 - d) Personalidad de la Higienista.
 - e) Momento y duración de la visita. Pri
mera visita.
 - f) Conversación del Odontopediatra.
 - g) Conocimiento del paciente.
 - h) Atenciones al paciente.
 - i) Habilidad y rapidez del Odontopedia-
tra.
 - j) Uso de palabras que inspiran miedo.

- k) Uso de halagos sutiles, alabanzas, - admiración y recompensa.
- l) Ordenes contra sugerencias.

2.- METODOS DE TRATAR AL NIÑO.

- a) Método del no hacer.
- b) El método de la aplicación frecuente del estímulo.
- c) El método del ridículo.
- d) El método de la imitación social.
- e) El método verbal.
- f) El método de readaptación y sustitución de placer.

3.- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTA- - MIENTO DEL NIÑO.

- a) Afecto exagerado.
- b) Sobreprotección.
- c) Ansiedad excesiva.
- d) Autoridad excesiva.
- e) Desafecto.
- f) Rechazo.
- g) Hijo único.
- h) Niño adoptado.

4.- TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO Y SU MANEJO.

- a) El niño tímido.
- b) El niño caprichoso.
- c) El niño consentido.
- d) El niño desafiante.
- e) El niño temperamental.
- f) El niño débil mental.
- g) El niño cooperador.

5.- PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO.

- a) Del nacimiento a los dos años.

- b) De dos a tres años.
- c) El niño de cuatro a seis años.
- d) El niño en edad preescolar.
- e) El niño en período escolar.
- f) El niño en etapa final.

TEMA IV MANEJO DEL NIÑO IMPEDIDO Y SU TRATAMIENTO.

- 1.- Síndrome de Down.
- 2.- Parálisis Cerebral.
- 3.- Retraso mental.
- 4.- Oligofrénico.
- 5.- Epilepsia.
- 6.- Cardiopatía congénita.
- 7.- Hemofilia.
- 8.- Paladar hendido y labio leporino.

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad encontramos que en la práctica del Odontólogo, existe limitación en cuanto al manejo del niño en una forma adecuada. Este debe de estar consciente que el niño no sólo necesitará de sus servicios en el presente, pues será a su vez paciente en los años venideros. Por lo tanto, es de poca ética profesional retener pacientes infantiles en la práctica, sin brindarles los servicios necesarios. Por lo que el Odontólogo debe remitir a estos pacientes a un colega especializado en niños.

Esta tesis se realizó con la idea de proporcionar los conocimientos fundamentales que se requieren para el manejo del niño en el consultorio dental, debido a que existen diferentes tipos de conductas en los niños.

Factores importantes en el ambiente familiar, aspecto socio-económico y estado anímico del paciente van ligados al éxito del tratamiento dental aplicado.

Es de vital cuidado en el manejo del niño en el consultorio, el utilizar la psicología infantil, dado que en él encontramos un recurso apropiado para familiarizar al niño con la Odontología.

Día con día el avance de las ciencias nos proveen de nuevas técnicas y métodos para resolver los problemas actuales en la práctica profesional del Odontólogo. En consecuencia se deberá estar capacitado tanto

en la teoría como en el tratamiento práctico para encontrar nuevos procedimientos en la resolución de las afecciones dentales de los pacientes.

Es fundamental que se encamine al paciente a que acepte el tratamiento dental, ya que como se sabe, es en la niñez en donde se pueden tomar las medidas preventivas necesarias para evitar problemas futuros en el niño.

De una manera sencilla y breve mostraremos una distribución funcional del consultorio dental, el personal que es requerido, las técnicas de reacondicionamiento utilizadas, el manejo del niño impedido y otros temas afines a éstos.

Lo anterior lo consideramos relevante y por ende servirá de guía al Odontólogo que se encuentre interesado en ampliar y mejorar sus técnicas en pacientes infantiles.

"Para ser Odontólogo no basta una formación científica; se requiere también el arte de tratar a los seres humanos". (E. Heinrich).

Si un niño vive con seguridad
aprenderá qué es fe.

Si un niño vive con aprobación
aprenderá a quererse a sí mismo.

Si un niño vive con cariño y amistad
aprenderá a encontrar amor en el mundo.

T E M A I

DEFINICION Y FINALIDAD DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

En un principio, cuando la Odontología trataba realmente de constituirse en una especialidad más de las Ciencias Médico-Biológicas, se realizaron una serie de planteamientos para que el "Noble Arte de Cuidar la Salud Bucal" pudiera efectivamente considerarse como una especialidad necesaria y reconocida.

Hasta hace poco tiempo, aproximadamente más de medio siglo, el conocimiento científico y armamentarium del cirujano eran, realmente, bastante primitivos. La misma profesión era considerada, sociocientíficamente como de segunda o tercera clase. En consecuencia, el Dentista era, según el concenso general, "alguien que arrancaba muelas y las sustituía con oro o marfil", mediante un oficio manual que él mismo desempeñaba.

En el comienzo se realizó la organización del sistema de enseñanza de la Ciencia Odontológica. Se partió de la base de que, ya no se trataba de "extraer dientes para terminar con el dolor", desde entonces todos los esfuerzos han estado encaminados a la tarea de perfeccionar los conocimientos elementales en el estudio de los dientes así como los tejidos u órganos relacionados a los mismos. Los avances logrados permitieron conocer la importancia de considerar a la boca no como un ente aislado, sino como parte integral de un organismo, es decir, de un paciente.

El desarrollo técnico y científico observado en todos los ámbitos del campo Médico-Biológico a obliga-

do a una revisión constante de cada una de las ramas o especializaciones que originó la Odontología.

Los avances hasta ahora logrados han obligado a un mayor estudio y al impulso de una investigación sistematizada, factores que han contribuido a elevar el nivel de algunas ramas de la Odontología. Aquella Odontología tradicional hoy abarca campos tan amplios como son: clínica radiológica y de laboratorio, Ortodoncia, Parodoncia, Endodoncia, Exodoncia, Rehabilitación, Cirugía Buco-Maxilar, Odontología Infantil, etc. Cada una de estas especialidades han tenido diferente evolución. Así tenemos que la Odontología Infantil es relativamente nueva, ya que anteriormente se consideraba al niño, no como un ente en etapa de desarrollo sino como un sujeto adulto.

Para tener una idea general acerca de la Odontología Infantil, se comenzará por las siguientes definiciones recabadas, que en la actualidad encontramos.

1.- Pedodoncia o Pedodontía: Procede de dos voces griegas; pedo, forma prefija del griego pais, paidós que significa "niño"; y odus, odontos, que significa "diente". Es una rama de la Odontología que se aplica a los niños.

2.- Odontopediatría: Procede de tres voces griegas; odontos, odus, que significa "diente"; pedo, forma prefija del griego pais, paidós, que significa "niño"; e iatreía, que significa "curación". Es una rama de la Odontología que se encarga de curar los dientes del niño.

3.- Paidodoncia: Procede de dos voces griegas; pais, paidós, que significa "niño"; odonto, odontus, -

que significa "diente". Es rama de la Odontología encaminada a la salud dental de los niños y adolescentes.

Para el entendimiento de la Odontología Infantil es esencial una profunda comprensión de los principios fundamentales y desarrollo del complejo facial.

Por otro lado, necesitamos la ayuda de otra ciencia enfocada al estudio del niño, tanto en el aspecto somático, como en el ámbito síquico, esta ciencia auxiliar es la Paidología.

La Paidología procede de dos voces griegas: pais, paidós que significa "niño"; y logos, logus, que significa tratado o estudio. Es la ciencia que se encarga del estudio o tratado del aspecto corporal y mental del niño.

Las ciencias han demostrado, que es grave error considerar al niño como un homúsculo, como un "hombre pequeño". Se sabe ya, que hombre y niño son conceptos que difieren no solo en el "cuanto", sino en el "como", cualitativamente; y que sí muy patentes son estas diferencias en lo somático, no lo son menos en lo síquico.

No quiere decir esto que el niño sea un ser completamente distinto al hombre. El punto de vista que acabamos de adoptar, no rompe la unidad del proceso evolutivo humano, del que la infancia es una etapa, como lo son la adolescencia, la edad adulta, y la vejez. Esta etapa tiene características tan marcadas, que es lícito hablar de Paidología como una ciencia independiente dentro del conjunto de las Ciencias Biológicas.

No podremos conocer la infancia si desconocemos las etapas que la preceden o la siguen.

El conocimiento de los estadios del desarrollo - es importante para conocer la dentición, así como también el conocimiento de la cronología del desarrollo - emocional es fundamental para comprender al niño.

El desarrollo de la personalidad, como el desarrollo dentario, es un proceso que dura toda la vida y que pasa por sucesivos estadios.

Por lo tanto, debemos tomar muy en cuenta los siguientes puntos:

1.- El niño es una persona diferente en diferentes estadios de desarrollo y tiene necesidades y problemas diferentes.

2.- Los propios sentimientos respecto a un niño son un factor importante en el tratamiento. La preocupación y simpatía, el respeto por él como persona en su propio derecho, forman la base más eficaz para una buena relación entre el Odontopediatra y el niño.

3.- El sentimiento positivo del niño es su más fuerte motivación para adaptarse y cooperar en el Consultorio Dental. Los niños se relacionarán con el Odontopediatra según sus propias necesidades.

Ahora nos encontramos con bases suficientes para elaborar una definición más amplia y real de lo que significa Odontopediatría.

La Odontopediatría es una rama de la Odontología enfocada primordialmente a la prevención y tratamiento de enfermedades de origen odontológico en el niño, así como la de conservar la salud dental del mismo.

La Odontopediatría es actualmente el servicio - más necesitado pero sin embargo, el más ignorado entre los servicios que presta el Dentista. Algunos Odontólogos tienden a disminuir su valor grandemente, ya sea - por ignorancia, o por indiferencia hacia los descubrimientos más recientes de la Odontología contemporánea y a los objetivos finales que han de lograrse. Un tratamiento odontológico poco adecuado o deficientemente realizado en la niñez llega a producir un daño permanente en el aparato masticatorio del niño, dejando en él muchos de los problemas actuales dentales de hoy en día - en la población adulta.

El Odontopediatra requiere de la adquisición y - utilización de amplios conocimientos odontológicos de los cuales gran parte son comunes a los que se utilizan en los adultos, pero una mayor parte es única y pertinente sólo para los niños. Así como es necesario, tener muy en cuenta lo que se mencionó anteriormente el - esfuerzo adicional que se requiere para dominar esta rama de la Odontología, dará al especialista experiencias más satisfactorias en la práctica odontológica con el niño.

El niño debe considerarse como un organismo en - período de formación y por ello encontramos un crecimiento y desarrollo constante con marcada rapidez. El Odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

La Odontopediatría trata primordialmente de la - prevención. En realidad, no existe ninguna fase importante de este campo que no sea preventiva en su perspec

tiva más amplia y por ello su meta final de esta ciencia médica en su totalidad es la prevención.

Es interesante hacer notar que la palabra prevención se le han dado varias acepciones o ha sido explicada en diferentes formas. Así, se pensó que como prevenir realmente significa evitar, no siempre era posible aplicarla, ya que en un gran número de casos era vista la enfermedad ya presente. Se habló entonces de prevención primaria y secundaria, lo que daba un margen mayor para clasificar las actitudes que deberían tomarse ante el padecimiento y las actividades a seguir para comba--tirlo.

La prevención la podemos clasificar en cinco niveles:

Primer nivel: Se le llama así a promoción de la salud y comprende todas las actividades generales a seguir para evitar que los individuos aparentemente sanos pierdan ese estado de salud.

Segundo nivel: Aquí agrupamos a todos los procedimientos específicos de protección contra un determinado padecimiento. Como podemos darnos cuenta en estos dos niveles las medidas se han aplicado sin que se haya destruído aparentemente el estado de salud y corresponden a la antes mencionada prevención primaria.

Tercer nivel: Es clasificado como la detección oportuna y debe ser completado con el correspondiente tratamiento precoz para el control de la enfermedad.

Cuarto nivel: Es el correspondiente a la limitación del daño que pudo haber causado el padecimiento.

Quinto nivel: Es en el cual tomamos en consideración todos aquellos procedimientos que nos encaminan a lograr la rehabilitación.

Si analizamos los puntos descritos anteriormente, vemos que con cierta facilidad podemos ubicar en ellos a todas las actividades que desarrollamos dentro de nuestra práctica de la Odontopediatría o de cualquier otra rama de las Ciencias Médicas.

Si un niño vive alabado
aprenderá a apreciar.

Si un niño vive con honradez
aprenderá a ser justo.

T E M A I I

DISTRIBUCION DEL CONSULTORIO DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA

Se olvida fácilmente, que el aspecto de un lugar causa una impresión bien determinada, que puede ser muy intensa y perdurable.

El aspecto del consultorio no debería diferenciarse demasiado del aspecto de una habitación común. Los consultorios de antes cumplían más a menudo con esta exigencia, con sus muebles normales, los sillones, el torno y mesas pintadas de colores oscuros. Mas tarde se usaron los muebles de acero, pintados de blanco, y más aparatos, los cuales junto con las paredes blancas, los grandes reflectores, y otras instalaciones, dieron la impresión de sala de operaciones. Esto, para los niños, es un cuadro atemorizante.

Para poder instalar un Consultorio Odontopediátrico se necesitan muchos factores, como son: tomar en cuenta el nivel socioeconómico del área circundante al consultorio, facilidades de medios de transporte así como un fácil acceso al mismo y contar con un lugar para que puedan estacionar sus vehículos los padres de los pacientes.

Es conveniente que el decorado sea definido, es decir, las paredes de la sala de espera al igual que las paredes de la sala de tratamiento pueden tener un ambiente de situaciones de circo, espacio, figuras de personajes animados y elementos afines a un ambiente infantil. Esta decoración da un toque de fantasía y cali

dez al consultorio, lo cual distrae la mente del niño y tienden a desvanecer el miedo. Esto no puede dejar de impresionar tanto a los niños como a los padres que el consultorio ejemplifica un interés especial para los niños. Pero hay que tomar en cuenta a los padres para que no se sientan fuera de lugar por el decorado del consultorio, específico para los niños.

Sin embargo, la decoración del consultorio va de acuerdo en la mayoría de los casos con el gusto personal.

Un punto muy importante es la limpieza que debe guardar un consultorio, es indispensable porque los padres juzgan la capacidad del Odontopediatra por el arreglo y limpieza del local, la pulcritud debe apreciarse en todos los detalles. Si encontramos el consultorio sucio y deteriorado, lo anterior revelará un nivel profesional dudoso y poco confiable en la práctica y tratamiento de los requerimientos del paciente. Por ello es conveniente mantener todo en buen estado, y hacer cambios con frecuencia.

La siguiente distribución ejemplifica un consultorio ideal:

- 1.- Sala de espera.
- 2.- Recepción.
- 3.- Sala de tratamiento.
- 4.- Cuarto de prevención y educación.
- 5.- Laboratorio.
- 6.- Cuarto de Rayos X.
- 7.- Sanitarios privados y de pacientes.
- 8.- Privado del Odontopediatra.

1.- SALA DE ESPERA

La sala de espera debe tener la finalidad de motivar a los niños y a los padres para que desarrollen un sentido de responsabilidad respecto a la salud dental.

El encontrarse en una atmósfera familiar, lo más parecida al ambiente hogareño, ayuda a establecer un contacto inicial con el niño, obteniendo mayores probabilidades de éxito en el consultorio.

Para un niño de corta edad puede resultar extraño y turbador el silencio extremado de la sala de espera por no sentir la actividad del hogar. Una música apenas audible y relajante en la sala tiene efectos reconfortantes en los padres y los niños. A su vez hace desaparecer la frialdad que se siente en una habitación silenciosa.

La iluminación existente debe de ser adecuada a las dimensiones de la sala de espera.

La primera impresión que recibe el niño y sus padres al entrar a la sala de espera debe ser cordial y agradable por parte de la secretaria.

La sala se acondicionará cuidadosamente con libros y revistas para niños de todas las edades. Por lo tanto existirá lectura para adultos de ambos sexos además de las lecturas infantiles.

Se debe destinar una área dentro de la sala especialmente para los niños. Tendrá sillas y mesas adecuadas a los niños donde estarán sentados leyendo sus revistas, además se pondrá un pizarrón con gises de colo-

res para que los niños realicen dibujos. Se pueden conservar en la misma área algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños. Conviene proporcionar les material didáctico.

Colocar en las paredes de la sala personajes animados o animales realizando el cepillado dental o representando una actitud alegre en la visita al consultorio dental, motivarán en los niños, ideas positivas y benéficas con respecto al tratamiento odontológico.

Una pecera es siempre una fuente de entreti- - miento y cabe la posibilidad de colocar una en la sala, ya que los niños se distraen grandemente observando a - los peces.

2.- RECEPCION

La recepción está diseñada para llevar a cabo - las funciones administrativas y de control clínico del del consultorio dental. En esta sección encontramos los - útiles de oficina y papelería destinada al manejo del - consultorio, así como una agenda de citas, directorios de telefónicos y médicos, teléfono, caja y archivero clíni co en donde se encuentran los expedientes de los pacien tes.

La secretaria es el recurso humano responsable - de esta área.

Al igual que la sala de espera, la recepción po- drá ser decorada en colores pastel con motivos infanti- les. La colocación de una planta dará un ambiente más agradable a la recepción. También en esta sección ten-

dremos un lugar determinado donde guardaremos juguetes sencillos que obsequiará la secretaria, al finalizar la sesión odontológica del niño. Esto será una recompensa para él por su buen comportamiento a lo largo del tratamiento, debemos hacer hincapié en que no es un soborno.

3.- SALA DE TRATAMIENTO

La sala de tratamiento puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno, así como también posters en colores vivos que contengan algún mensaje. Por el contrario nunca debe existir un cuadro con un niño triste o llorando porque influiría en el ánimo del paciente.

En el gabinete sólo estará presente el instrumental a usarse sin necesidad de exponer a la vista muchos instrumentos innecesarios. Debe evitarse los olores desagradables que emanan de ciertos medicamentos; éstos se mantendrán en un lugar seguro y accesible a la asistente dental.

Se requiere de un cubículo amplio, para la instalación de muebles y accesorios que son básicos en la sala de tratamiento y que a continuación mencionaremos: - sillón dental, escupidera, lámpara, dos bancos giratorios, autoclave, compresora, air-rotor, refrigerador y gabinetes adecuados para guardar instrumental quirúrgico, medicamentos y material de repuesto.

Tanto las paredes como el piso de la sala de tratamiento deberán ser de fácil asepsia.

4.- CUARTO DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Debe asignarse un espacio dentro del consultorio en donde el niño y sus padres puedan recibir instrucción adecuada sobre procedimientos preventivos. Es conveniente, que esta habitación, esté separada de áreas que puedan causar tensión al paciente.

En este sitio se enseñará y demostrará técnicas de cepillado dental, uso de hilo dental, importancia de la dieta diaria y la aplicación tópica de flúor al paciente en su dentadura.

Para facilitar la enseñanza contaremos con: material didáctico, macromodelos, tipodontos, fotografías con dibujos infantiles, pantalla y proyector para el material audiovisual, también se debe contar con espejos y un lavabo para que se lleven a cabo todos los métodos de prevención.

Esta habitación podrá estar decorada y acondicionada con muebles como en la sala de espera, podemos colocar cartelones con dibujos animados y una pequeña historieta infantil como a continuación se muestra.

EL EQUIPO BOCA SANA



EL EQUIPO BOCA SANA Y LA SONRISA RELUCIENTE.

Nosotros somos el "equipo boca sana". Te ayudamos a: mantener limpios tus dientes y saludables tus encías, también contribuimos a: evitar la caries dental y uno por uno nos vamos a presentar:



"Yo soy cerditas" el cepillo dental. De este tamaño me usan los niños menores y de este, las personas mayores, del color que te guste me puedes escoger y para que un buen servicio te pueda prestar aprende primero a reconocer un buen cepillo dental:

Mi mango es recto y mis cerdas como tu puedes ver del mismo tamaño y dureza mediana deben ser.

Tú, muy pequeño eres para usarme.

Y a ti, tus papás te van a ayudar después de cada comida tus dientes a cepillar:

Los de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba por dentro y por fuera, y la parte que mastica de atrás hacia adelante.

Tú, ya eres grande. ¿Verdad que ya aprendiste a usarme? y cuando termines no olvides lavarme.

Tener dos es lo mejor, para que mientras me dejas secar con el otro te puedas cepillar.

Si a casa de tu amigo te invitan a comer, dentro de tu bolsa me puedes poner.

Soy tan útil y popular que en muchos países me han aprendido a usar.

Si la luna piensas visitar, yo también te puedo acompañar, y cuando mi misión haya cumplido y buen servicio ya no te pueda prestar por un nuevo me debes cambiar.



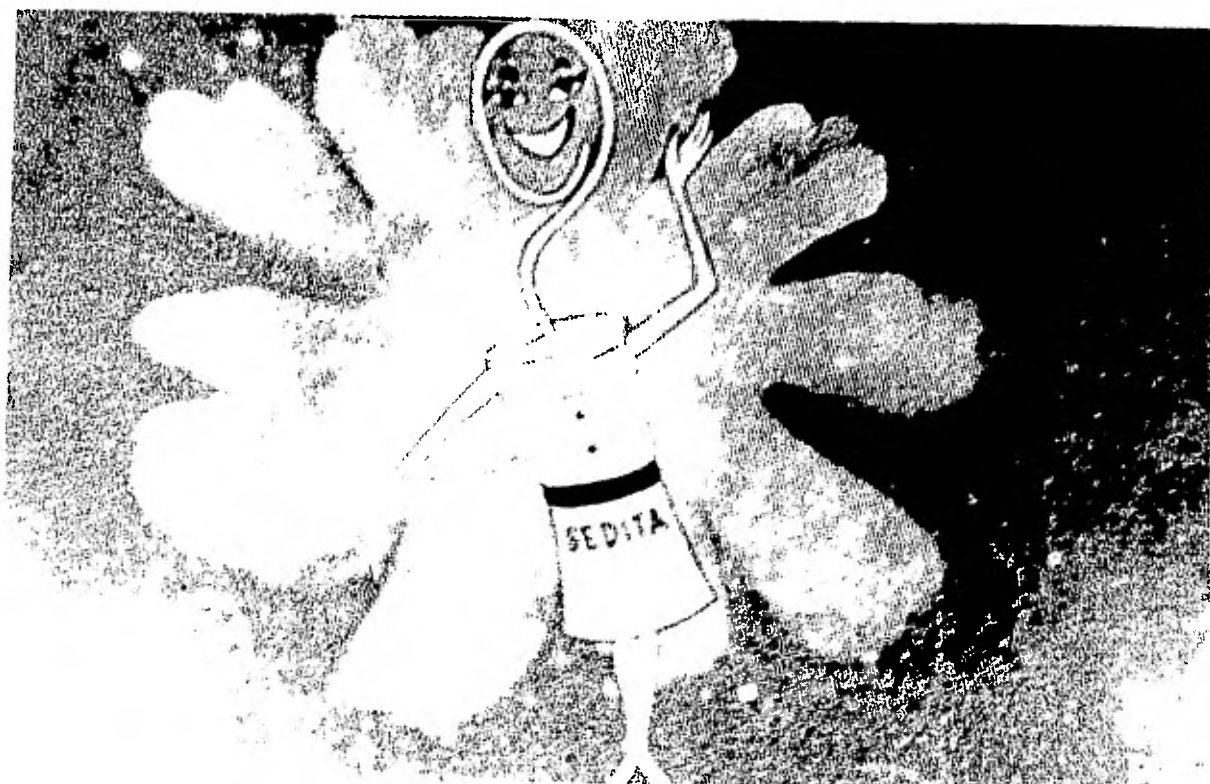


"Yo soy fluorita", la pasta dental.

Muchos hombres de ciencia a estudiarme se han dedicado, y han comprobado que ayudo a evitar la caries dental.

Soy muy fácil de usar, primero en la parte de abajo me tienes que apretar y encima de cerditas me vas a colocar.

¡Mm, qué rico y fresco sabor!



"Yo soy sedita dental".

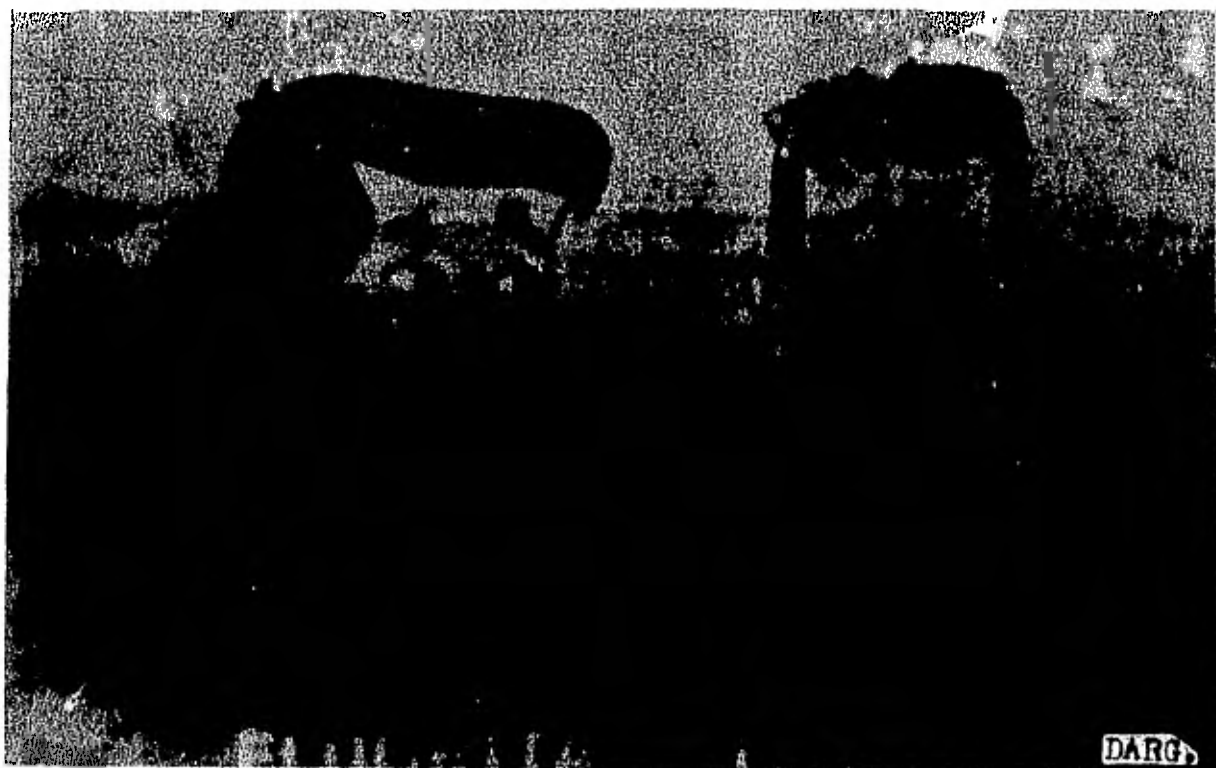
Después del cepillado hazme entre tus dientes pasar, para que los restos de alimentos te pueda yo quitar.



Y para completar tu higiene bucal a tus amigos los dentistas cada seis meses debes visitar.

Nosotros los dentistas también limpiamos tus dientes en forma profesional, con un cepillito y una pasta especial y con esta pastilla vamos a comprobar si tus dientes te has sabido cepillar:

Si de rojo te quedan marcados es ahí, donde necesitas más cepillado, flúor sobre tus dientes aplicamos para mantenerlos fuertes y sanos.





Ya aprendiste tu boca a cuidar y ahora con "nutri dieta" las vas a completar.

Hambre entre comida te puede dar, las golosinas por alimentos como estos las puedes cambiar, pero, si una golosina la llegas a saborear inmediatamente tus dientes puedes cepillar y así, hasta a este campeón podrías alcanzar.

5.- LABORATORIO

El laboratorio será una área reducida donde habrá mesas de trabajo con motores de baja velocidad, una recortadora, gabinetes para la colocación de trabajos, material para impresiones, yesos para el corrido de modelos, ceras, etc.

En este cubículo será el lugar destinado donde el Odontopediatra realizará ajustes inmediatos y retoques de los trabajos que deba atender principalmente. Este mismo cuarto nos podrá servir para el revelado de placas dentales acondicionándolo de tal manera que no se filtre ningún rayo de luz. Se instalarán dos pequeños tanques que contengan las soluciones para el revelado y se deberá colocar una luz roja de seguridad para evitar que se velen las placas.

6.- CUARTO DE RAYOS X

Las dimensiones de este cuarto serán reducidas ya que sólo se tendrá el sillón dental, el aparato de Rayos X y Panorex que es el aparato de estudios especiales como son las cefalometrías. Habrá también un negatoscopio y baberos de plomo. Los muros estarán cubiertos con plomo para evitar las radiaciones secundarias.

Podemos tener motivos infantiles decorando las paredes del cuarto de Rayos X.

7.- SANITARIOS PRIVADOS Y DE PACIENTES

Es conveniente que existan dos sanitarios en el consultorio dental: el privado y el de pacientes.

En el sanitario privado, tendrán acceso el personal del consultorio, y también podrán hacer uso del mismo los acompañantes de los niños.

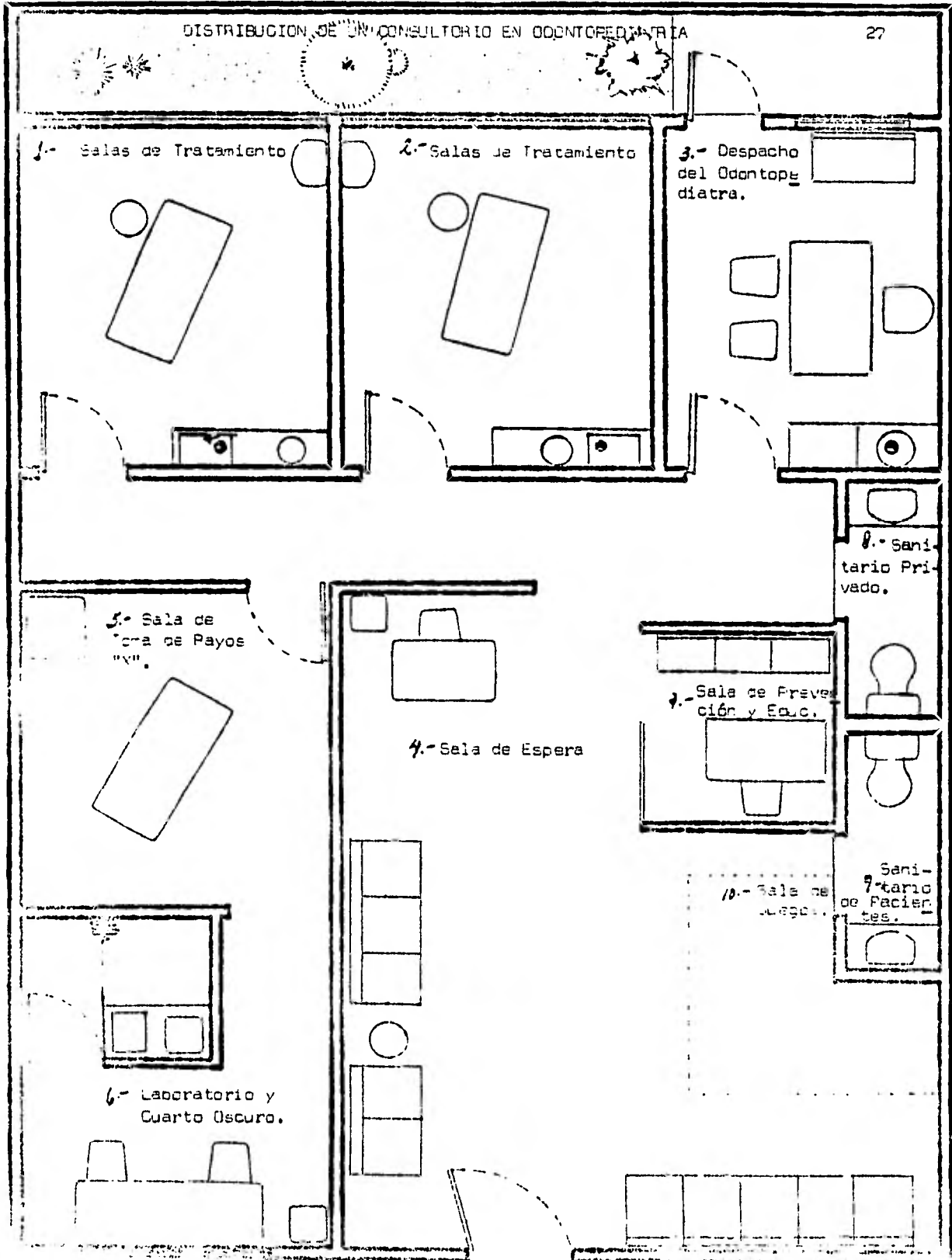
El sanitario de pacientes será acondicionado para los niños, y en su decoración resaltarán los motivos infantiles. Nunca deberán existir objetos o substan- -cias que puedan causar daño al niño.

Es muy importante que la limpieza exista en am--bos sanitarios, esta pulcritud es benéfica para la reputación del consultorio.

8.- PRIVADO DEL ODONTOPEDIATRA

Es un cubículo en el cual el Odontopediatra tra--tará con los padres los asuntos relacionados con el tratamiento del paciente.

La decoración del mismo dependerá del gusto del Odontopediatra. Un escritorio pequeño, un par de si- -llas y un librero serán los muebles necesarios para el privado. Existirá una pequeña biblioteca y libros de -consulta.



Si un niño vive con tolerancia
aprenderá a ser tolerante.

Si un niño vive con estímulo
aprenderá a confiar en él mismo.

T E M A I I I

CONDUCCION DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El manejo adecuado del paciente en edad preescolar no es sólo la buena atención dental, sino también, lo que es aún más importante, cimentar las bases de la aceptación para la operatoria dental como un servicio de salud. El niño que se siente cómodo en el ambiente dental durante sus primeros años, será generalmente un buen paciente durante su edad escolar y adolescencia.

El medio y la ansiedad son probablemente los pilares más importantes con los que el Odontopediatra tiene que luchar. Los niños más pequeños pueden adquirir el miedo al Odontopediatra por conversaciones escuchadas en el hogar y también por comunicación con otros preescolares en los lugares de juego o jardines de infantes. En algunos casos también pueden haber sido expuestos a situaciones traumáticas en el hospital o en el consultorio médico. Las primeras visitas al Odontopediatra, por lo tanto deben ser estructuradas en forma tal que el niño llegue a tener una experiencia interesante y agradable. No se debe intentar el tratamiento definitivo en la primera cita, ya que es preferible utilizar el tiempo necesario en llegar a convencer al niño y efectuar el procedimiento de rutina.

En el manejo del niño, el Odontopediatra necesita establecer contacto amistoso, dado que el tratamiento ciertamente envuelve contacto físico. Esto se puede lograr por medios tales como tomar la mano del niño cuando entra en la sala de tratamiento, ayudándolo a

sentarse en el sillón y dándole una caricia gentil cuando se ha terminado la consulta.

El manejo exitoso del niño dependerá del cariño, firmeza, sentido del humor del Odontopediatra para pasar por alto las demostraciones iniciales de no-cooperación.

El Odontopediatra debe encarar las situaciones de manera positiva y amistosa, debe de transmitirle la idea de que el trabajo es sumamente importante y esencial para el bienestar del niño.

El comportamiento del niño en el consultorio puede ir sufriendo cambios por ejemplo, un niño que a los tres años era cooperador puede ser que a los cinco años se vuelva difícil su manejo.

El niño puede comportarse de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable. Por ejemplo si en su casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio.

El Odontopediatra debe tener dominio y no enfadarse porque esto demuestra que el niño ha triunfado, y que el primero sufrió una derrota por el hecho de enojarse, gritar o alterarse.

La comunicación es lo más importante para el buen manejo del niño y lo podemos lograr mediante ciertas actitudes. La actitud y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad a nuestros pacientes.

Es conveniente el estar hablando continuamente con el niño, para que no se sienta ignorado durante el tratamiento. Y si el niño nos hace preguntas, lo mejor es responderle con la mayor sinceridad posible.

Es importante que el niño se sienta ubicado en el consultorio. Es buena terapia que durante el tratamiento se le permita al niño ayudar a sostener el espejo, eyector, etc. Con esto se le demuestra una gran confianza y que se le toma en cuenta, aliviando en esta forma la tensión emocional.

1.- TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.

A través del reacondicionamiento realizado con la guía del Odontopediatra, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos. Pierde sus miedos a la Odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente a la Odontología, y por qué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la Odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

El segundo paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento y con todo su equipo sin que se produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el medio se torna en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad, ya que a todos les encanta los instrumentos nuevos o cualquier equipo o mecanismo.

Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del

equipo. El Odontopediatra deberá explicar cómo funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con sonidos y acciones de cada accesorio. Se puede hacer rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensibilidad de una copa pulidora de caucho. Se hará demostración con la jeringa de aire, y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, sino que, cuando sea necesario puede ser detenida en cualquier momento.

El tercer paso será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el Odontopediatra debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Explicarle que puede comprender sus problemas porque él también pasó por los mismos. De esta manera, empezará haber comprensión y confianza. El Odontopediatra tiene que humanizar sus relaciones con los niños.

El Odontopediatra puede observar que cuando era niño tuvo que ir al Dentista porque era necesario "componer los dientes". Y que descubrió que la mejor manera de hacerlo era, por lo general la más fácil.

Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufrien

do dolores y con necesidad de tratamiento más extenso.- En esta situación, como en todas las demás, la veraci--dad del dentista es esencial. Es conveniente decirle -de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicársele que si avisa cuando le duele demasiado, el Odontopediatra -parará o lo arreglará de manera que no duela tanto, o -lo hará con más suavidad. Esta sinceridad deberá perma--necer constante a través de todas las visitas dentales -futuras.

A veces, los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente.- La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala de -tratamiento puede ser suficiente para que se calle. En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño -para que se desahogue. Sin embargo, todo Odontopedia--tra experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido incorrecta y cuando se han inducido mie--dos indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño va llegando gradualmente a la histeria. En este -momento, hay que usar medios físicos para calmar al pa--ciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que se le dirá.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar -suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando -que esto no es un castigo sino un medio para que el ni--ño oiga lo que se le va a decir. No debe intentarse -bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño -llora, háblele al oído con voz normal y suave, diciéndo -le que quitará la mano cuando deje de gritar. No debe--rá haber malicia en la voz. Puede que la admonición -surta efecto, aunque se crea que el paciente no lo oye. Cuando ha dejado de llorar, quítese la mano y háblesele

al niño sobre alguna experiencia sin relación con la Odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su propio bien. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y sólo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios.

Hemos presentado un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los Odontopediatras formulen sus propios procedimientos, ya que cada niño reacciona de manera diferente.

En el manejo de los niños, desempeñan un destacado papel, el Odontopediatra, la asistente dental, la secretaria, la higienista y los padres. Analicemos la parte que corresponde a cada uno de ellos.

a) Personalidad del Odontopediatra.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Esto habrá de verificarse con la asistente de consultorio, la secretaria, la higienista así como el Odontopediatra.

La primera tarea del Odontopediatra, consiste en la preparación psicológica del niño en todo lo que respecta a la Odontología.

Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más.

El Odontopediatra deberá tener los suficientes - conocimientos psicológicos para manejar al niño sin producir traumas. El Odontopediatra también deberá asegu- rarse de que el personal que emplea ama a los niños, y que sabe cómo manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito - que tiene el Odontopediatra disminuyen enormemente.

Cuando trate por primera vez a un niño llámelo - siempre por su nombre de pila nunca lo llame con un nombre poco familiar.

No debe demostrarse nunca exceso de entusiasmo - ni demasiada insistencia. Trátese al niño con confian- za en la voz y en los actos, pero de manera natural y - cálida. Recuerde que los niños temen a las caras desco- nocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguri- dad, porque no sugieren nada desagradable en el futuro.

El arreglo personal influye mucho, debe cuidar - el estar bien vestido, procurar que el aseo de las ma- nos sea constante, que las uñas estén bien recortadas y que tenga un aliento agradable.

Es de subrayar que no es conveniente el usar el tradicional color blanco en el vestir, sino por el con- trario, usar filipinas de color para evitar posibles - asociaciones con experiencias negativas médicas u hospi- talarías.

Algunos profesionales han desechado por completo la bata de color y trabajan con ropa sport e inclusive utilizan playeras de dibujos infantiles que llaman la - atención del niño, pero esto se deja a criterio del - Odontopediatra ya que algunos padres, al no ver la tra-

dicional bata blanca piensan en la falta de formalidad del mismo, pero esto puede aclararse si se les explica el por qué de este cambio.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a acompañar al Odontopediatra a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no lo puede convencer con palabras, el Odontopediatra deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearlo con los brazos como si fuera a abrazarlo. De esta manera se tiene control del niño para llevarlo a la sala de tratamiento - sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie. Haga que el niño sienta que se es suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo.

Si el Odontopediatra tiene confianza en si mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmite a su paciente, si por el contrario no tiene confianza se reflejará en el comportamiento del niño. No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto, el manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

b) Personalidad de la Asistente Dental.

Es indispensable que en todo consultorio dental exista una asistente dental competente. Debe reunir las siguientes cualidades, como son: personalidad, trato agradable, ser amable, pulcra, que quiera y le agrade a los niños. El buen trato de la asistente ha conquistado a muchos niños y simpatizado a los padres.

El papel de la asistente comienza con la conversación en la primera visita y asume especial importan-

cia mientras cumple con sus deberes durante la primera visita del niño. La asistente puede ejercer una gran influencia en la aceptación del nuevo ambiente por parte del niño.

Como la asistente es una figura decisiva en el éxito del trato con el paciente, el Odontopediatra le ha de dar instrucciones específicas para guiarla en la conducta adecuada con el niño y en como debe llevar las conversaciones con el mismo.

La asistente es de gran valor alrededor del sillón dental, ya que ayuda a facilitar los procedimientos operatorios, factor importante en el manejo del niño.

La utilización de la asistente, disminuye el tiempo de la visita, hace reducir el número de pasos y movimientos lo que disminuye el cansancio del Odontopediatra y ayuda a que el Odontopediatra trabaje con más eficiencia y rapidez.

Para obtener el máximo rendimiento es necesario también tener un equipo moderno, para la facilitación de la técnica a cuatro manos, esto indica que constantemente se emplearán las manos de la asistente en el tratamiento del niño para poder obtener los puntos arriba mencionados.

La asistente debe aprender a guardar silencio y dejar que el Odontopediatra explique las maniobras del tratamiento sin interrumpirle. No debe permitir que el niño toque los instrumentos sin autorización del Odontopediatra. Tampoco debe decirle que no le harán daño, si pregunta que si le pondrán una "inyección", hay que decirle que el Odontopediatra le explicará lo que va ha

cer. Cuando el Odontopediatra tenga que salir de la habitación, la asistente se quedará con él, por ningún motivo deberá dejarlo solo..

La asistente deberá encargarse de que todo esté en orden para cuando llegue el Odontopediatra. Deben estar listas las historias clínicas previamente contes-tadas por los padres de los niños así como el instrumental y medicamentos necesarios para cada paciente.

c) Personalidad de la Recepcionista.

Es común encontrar en cualquier consultorio den-tal un cubículo destinado a la recepción. En él encon-traremos a la recepcionista.

Las cualidades que debe reunir la recepcionista son de gran importancia para el consultorio y su admi-nistración. Entre éstas podemos mencionar las siguien-tes: buena presentación, que sea amable, cordial, res-ponsable en su trabajo y de preferencia con una voz agradable y dulce.

El Odontopediatra debe tomar muy en cuenta la responsabilidad que en su trabajo desarrolle la recep-cionista, ya que por medio de ella también logramos un mayor éxito en el consultorio.

El niño tiene su primer contacto odontológico a través de la recepcionista que le recibe al llegar al consultorio. En consecuencia, es la persona quién inicialmente orientará la conducta del niño hacia el Odon-topediatra.

La recepcionista brindará un recibimiento cor- -

dial y sincero, sin demasiada familiaridad, porque algunos niños desconfían de este tipo de actitud.

La recepcionista contestará el teléfono con educación y un tono de voz agradable, ya que esto demuestra interés en los pacientes.

Estará pendiente de anotar las llamadas de los padres que soliciten citas. Realizará recordatorios periódicamente para que los padres lleven a revisión cada seis meses a los niños.

Será la encargada de los recordatorios de citas tanto en el momento de la consulta, como el de llamar por teléfono, ya sea por la mañana para recordar la cita de la tarde, o un día antes de la cita si es por la mañana.

Llevará un archivo de historias clínicas, que estarán listas para ser entregadas a la asistente de acuerdo a los pacientes citados.

Cuando se presente el niño a su consulta procurará llamarlo por su nombre así como de hacerle agradable la estancia en la sala de espera.

d) Personalidad de la Higienista.

La labor que desempeña la higienista es dar la instrucción a los padres y niños sobre como conservar una buena salud tanto oral como general.

Todos los procedimientos se llevarán a cabo en la habitación de educación y prevención.

Se invita a los padres y a los niños a que pasen a esta habitación para hacerles comprender del papel - tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Se les explicará cómo debe llevarse a cabo las técnicas de cepillado y el uso del hilo dental. Para esto contaremos con el material didáctico para estos casos. Con paciencia se le enseñarán las técnicas de cepillado frente a un espejo y tendrá que ir corrigiendo sus errores, esto será revisado en cada sesión cuantas veces sea necesario hasta que el cepillado sea correcto y se convierta en rutina.

Esto no es fácil porque muchos niños afirman que sí se han cepillado y esto no es verdad; para esto contamos con eritrosina u otros agentes reveladores de placa bacteriana, para demostrar claramente que no se han cepillado correctamente.

La higienista debe inculcar tanto a los padres - como a los niños un verdadero interés por la prevención, haciéndoles notar que de nada sirve que les restauren sus dientes si no los cuidan utilizando los medios necesarios.

En ocasiones es muy difícil lograr que todos los pacientes hagan conciencia de la importancia que tiene la prevención.

La motivación que despierte la higienista se puede lograr indicándole al paciente que si obtiene un índice de salud bucal aceptable durante dos visitas seguidas podrá pertenecer a un club, que será exclusivo de niños con buen aseo bucal. Para poder ser socios debe-

rá mantener su nivel de salud bucal en óptimas condiciones, se le proporcionará una credencial y un certificado que lo acredite como socio del club.

Este tipo de motivación es del agrado principalmente en la edad de seis a once años.

La higienista deberá distribuir a los padres y - los niños folletos que tengan ciertas características - como el de ser cortos y fáciles de entender porque de - lo contrario no llamarían la atención deseada.

En éstos se ilustrarán las técnicas de cepillado, como utilizar el hilo dental, la importancia del flúor, y todas las medidas preventivas con las que podemos contar.

La higienista asesorará a la madre sobre cuáles son los alimentos que pueden ingerir sin que contengan gran cantidad de carbohidratos, con esto no quiere decir que se van a excluir éstos, ya que sabemos que los carbohidratos dan la energía al organismo.

Logrando tener una alimentación balanceada y siguiendo las técnicas de prevención podemos llegar a tener una buena salud general.

Todo lo anteriormente mencionado, nos demuestra que la personalidad de la higienista debe tener características como son: tener profesionalismo en su trabajo, ser ecuaníme, extrovertida, dedicada a sus pacientes, - etc. Sólo así podrá tener mejor resultado el tratamiento.

e) Momento y duración de la visita. Primera visita.

Cuando se trata a niños, son importantes la hora y duración de la visita, ya que ambas pueden afectar al comportamiento del niño. Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura, por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volver a hacerlo. La hora de la visita del niño tiene mucha importancia en relación a su comportamiento. No debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta, ya que generalmente están adormilados, irritables y son difíciles de manejar. Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene la hora de su siesta, puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora.

Las primeras visitas al Odontopediatra deben ser estructuradas en tal forma que el niño llegue a tener una experiencia interesante y agradable. La primera cita no debe ser delegada al personal auxiliar.

No debemos hacer esperar a nuestros pacientes porque se propiciaría un estado de ansiedad o el niño estaría demasiado inquieto o fastidiado de estar esperando y esto de ninguna manera es bueno, debido a que el resultado de esto va a repercutir en la conducta que observe el niño en el sillón dental.

Al paciente que visita por primera vez un consulo

torio dental podemos situarlo en cualquiera de estos dos grupos: el de aquellos que no han tenido ninguna experiencia odontológica y el de los que ya la han tenido.

Los niños que ya tuvieron experiencia previa reaccionarán de acuerdo a la buena o mala que haya sido ésta.

Quando recibimos por primera vez al niño en el consultorio dental, nuestro comportamiento necesariamente tendrá que ser distinto en cada uno de los casos.

El niño que no ha tenido jamás una experiencia odontológica es candidato ideal para convertirse en un buen paciente. Asiste a la cita confiado, aunque atento a lo que pueda suceder. Si destruimos esa confianza lo convertiremos en un paciente desconfiado, y habremos creado en él cierto temor al dentista.

En la primera visita el Odontopediatra saldrá a recibir al niño llamándolo por su nombre después de que la asistente le ha proporcionado el cuestionario de salud ya contestado por los padres y lo invitará hacer un recorrido por el consultorio.

Lo tomará de la mano y empezarán el recorrido, en primer término se le mostrará la sala operatoria explicándole todo lo que hay en ella y su manejo. Se le enseñará a subir y bajar el sillón dental, como se enciende la lámpara, como se llena el vaso, etc.

Se le enseñará el espejo, el explorador y las pinzas de curaciones, explicándole para qué sirve cada uno de estos instrumentos, dejaremos que él las tome para que no les tenga miedo.

Pasaremos a la pieza de alta velocidad, le indicaremos como funciona y cómo gira la fresa; la pieza de baja velocidad se le demostrará haciéndole girar en su uña una copa de hule para que sienta cosquillas y vea - que no pasa nada.

Se le enseñará la jeringa triple y para qué sirven cada uno de sus botones, se le permitirá al niño - que él los oprima y se de cuenta para qué sirven.

Enseguida pasaremos al cuarto de Rayos X, en el cual se le explicará qué es una cámara para tomar fotografías de los dientes, se le mostrará su funcionamiento indicándole que cuando se prende el foco rojo es como si fuera el flash de la cámara.

Siguiendo el recorrido pasaremos a la sala de - prevención en la cual se le indicará que ahí se le enseñará cómo cepillarse los dientes.

Al pasar al laboratorio se le dirá que es el sitio donde se guardan los moldes de los dientes de los - niños que asisten al consultorio.

Pasando al privado se le dirá que es donde platica el Odontopediatra con sus papás y con los niños.

Llevada a cabo la familiarización en el consultorio se procede llevar a cabo los procedimientos de rutina que serán indoloros, como es el completar el cuestionario clínico, la toma de radiografías, profilaxis, noes aconsejable la toma de modelos de estudio en esta sesión. Deberá dejarse para la sesión subsecuente.

En la primera visita generalmente los padres - acompañan a los niños a la sala de tratamiento, esto -

nos es de gran ayuda para la recaudación de los datos - del pequeño y terminar la elaboración del cuestionario clínico.

En el caso de que el niño sea ya mayor ciertas - preguntas se le dirigirán a él para que se sienta den--tro de la plática y no excluído.

Al realizar la inspección bucal se deberá tener cuidado al introducir el explorador y el espejo para detectar si existe caries o algún otro padecimiento, se realizará en forma delicada para no molestar o lastimar al niño. La inspección se realiza concienzudamente y se registrará en el odontograma del cuestionario de sa-lud.

Teniendo el cuestionario de salud completo continuaremos con la toma de radiografías necesarias.

La toma de radiografías en niños es un poco más difícil ya que la boca del niño es más pequeña, por lo cual no es fácil colocar el paquete y como la toma de éstas es la primera experiencia que tiene el niño, es fundamental que esto sea lo más agradable posible.

Puntos que debemos tomar en cuenta al tomar la radiografía:

- Por medio de eufemismos designar un nombre al aparato de rayos X.
- No usar palabras que se relacionen con dolor, siempre usar otras similares que el paciente comprenda, dependiendo de su edad pero nunca engañarlo.
- Explicarle todo lo que vamos a hacerle.
- Dejar que el niño tome la radiografía antes de colo--carla en la boca.

- Usar babero de plomo para la protección del paciente.
- Uso de cono corto, con exposición de tiempo mínimo.
- Doblar las esquinas de la radiografía para que no moleste.
- Reconocer los esfuerzos del niño a cooperar.
- Empezar por la toma de radiografías oclusales para - posteriormente pasar a las periapicales y por último - las de Bite-Wing o de aleta mordible.

En la primera sesión no debe intentarse un tratamiento definitivo, sino como anteriormente se mencionó sólo tratamientos indoloros. Empezaremos por los procedimientos indoloros porque es más fácil pasar de los tratamientos más sencillos a lo más complicado.

Si el paciente no presenta caries, se podrá llevar a cabo la aplicación tópica de flúor en esta sesión, ya que ésta no es dolorosa.

Debemos mencionar que nunca es bueno dejar un tratamiento para después. Si en la primera ocasión no nos impusimos ante el niño evitando alguna situación desagradable, ni en la segunda, ni en la tercera tendremos éxito.

f) Conversación del Odontopediatra.

El Odontopediatra deberá ponerse al mismo nivel de palabras e ideas de sus pacientes. No tiene caso usar palabras difíciles que el niño no pueda comprender. Hablarle demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprensión. Conviene utilizar palabras sencillas y cotidianas que usan los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar temas de conversación, elijanse temas y situaciones que le sean familiares. Si el

niño es muy pequeño, es aconsejable añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablarle a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto sería como si fuera una ofensa. No utilice palabras de bebé con niños de cuatro o cinco años, los niños se sienten halagados cuando los adultos los consideran mayores de lo que son. Nunca se debe subestimar la inteligencia del niño.

Generalmente los adultos prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo, a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al Odontopediatra, ya que así se sienten menos ignorados y olvidados. En algunas ocasiones, cuando se utiliza un tono monótono y repetición constante, inducirá a un niño temeroso a someterse a inyecciones si no cambia el tono ni la inflexión de la voz al pasar de un monólogo sobre algo interesante al proceso de la inyección. Esta técnica tendrá especial éxito si se continúa el tono monótono cuando se administra la inyección.

g) Conocimiento del paciente.

Es buena táctica conocer al paciente antes de que llegue a la silla dental. Cuando los padres llaman por primera vez para solicitar una cita, puede obtenerse información sobre el niño. Se puede preguntar a los padres cuanto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales. Pueden formularse las siguientes preguntas: ¿Es nervioso?, ¿Ha estado en algún hospital?, ¿Conoce a los dentistas?. Estas preguntas nos pueden dar una idea del comportamiento futuro del niño.

Si un niño está sentado en el regazo de su madre o abrazado de ella, se puede anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo, cuando el niño se

sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir el tratamiento odontológico.

h) Atenciones al paciente.

Todos los niños que acuden al consultorio dental, deberán recibir la atención completa del Odontopediatra. Siempre debe tratarse al niño como si fuera el único paciente que acude al consultorio ese día. Nunca deberá dejarse un niño sentado solo en la silla, ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agrandarse, por eso es necesario que esté presente la asistente. Sin embargo, si el niño está muy atemorizado, es mejor que el Odontopediatra no abandone en absoluto la sala de tratamiento.

i) Habilidad y rapidez del Odontopediatra.

El Odontopediatra debe realizar sus deberes con destreza, habilidad y un mínimo de dolor. Cuando se hacen trabajos operatorios, la manera correcta es generalmente la más sencilla y fácil. Esto no quiere decir que se empleen técnicas descuidadas o trabajos de calidad inferior.

Los instrumentos deberán estar adecuadamente arreglados, para que no sea necesario buscarlos y perder tiempo cuando ya ha empezado la operación, por consiguiente el auxilio de la asistente es fundamental para una mayor habilidad y rapidez por parte del Odontopediatra.

Un niño puede ver claramente cuando existe ineficiencia, aún después de pocas visitas al consultorio y -

el Odontopediatra perderá la confianza de sus pacientes. Trabajar suave y cuidadosamente hacen que el niño soporte molestias. El niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán.

j) Uso de palabras que inspiran miedo.

Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante. El Odontopediatra deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo. Cuando se trata con niños se evitarán los engaños, pero cuando sea posible, se usarán palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conozcan y usen diariamente.

El Odontopediatra debe informarles a los niños lo que se les va a hacer, pero debe evitarse asustarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

Eufemismos; son palabras o frases que se utilizan para suavizar una idea y que el niño pueda comprender y asimilar.

Presentamos algunas palabras que pueden ser cambiadas:

Fresa	"avispita o avioncito".
Inyección	"piquete de mosco o pellizquito".
Sillón dental	"sillón de astronauta".
Cono de Rayos X	"trompa de elefante".
Aparato de Rayos X	"cámara fotográfica".
Caries	"animales que comen la muela".

Dique de hule "impermeable de los dientes".
Anestesia "jugo de fresa que hará dormir a los dientes".

Podemos lograr por medio de la palabra la normalización de la conducta de los desadaptados en el consultorio dental, ya que la palabra es la forma de mayor compenetración y uno de los métodos más eficaces.

k) Uso de halagos sutiles, alabanzas, admiración y recompensa.

Cuando se utilizan los procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Incluso animales de laboratorio aprenden a caminar a través de laberintos complicados para encontrar recompensas de alimentos en la otra punta. Para los pacientes que se portan bien existen muchos tipos de recompensas. La aprobación del Odontopediatra es una de las recompensas más buscadas por el niño, por lo tanto si es reconocida su conducta ejemplar influirá para que éste se porte bien.

Cuando él se comporte bien, es apropiado manifestárselo en ese momento, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Si alaba al niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo.

Los regalos son muy buenas recompensas. Darle un regalo al niño cuando se ha portado bien, es parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos, pueden ser juguetes sencillos, estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que se encuentre en la sala de espera, esto resulta muy eficaz. La variedad de recompensas se extiende de paseos en caballitos hasta modelos de yeso.

1) Ordenes contra sugerencias.

Es necesario asegurarse de la cooperación del paciente en el transcurso del tratamiento dental. Nunca debe pedirse al niño que se someta a una petición para producir las reacciones deseadas. Al pedirle que haga algo, el Odontopediatra en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le da elección al niño, no puede considerar mal comportamiento el que rechace. En cambio si se le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos, dígaselo de manera agradable pero decidida. Debe ser firme cuando la situación lo requiera.

2.- METODOS DE TRATAR AL NIÑO

Para manejar psicológicamente al niño, existen diferentes métodos empleados por los Odontopediatras. Todos ellos están destinados en último término a superponerse y a desarraigar las respuestas de miedo previamente condicionadas.

Aquí se tratan en forma individual todos estos métodos.

a) El método del no-hacer.

Esta técnica se caracteriza por la demora y la postergación. Es cuando el niño es traído al consultorio, pequeño aún, con necesidad de la intervención dental. Empieza a llorar tan pronto como se sienta en el sillón dental. El Odontopediatra, algo confuso e ignorante de como manejar la situación, despacha al niño a modo de disculpa, diciéndole a la madre que regrese con

el niño cuando sea un poco mayor. A los seis meses - vuelve y se repite el mismo patrón de comportamiento - que la vez anterior. Puesto que en los niños pequeños, los temores subjetivos no decrecen por su propia cuenta, los temores y el comportamiento subsiguiente no han mejorado. La verdadera realidad es que el temor a la - odontología puede haber aumentado, puesto que una imagi- nación vívida exagera la necesidad fundamental de huir. La postergación de las situaciones así puede proseguir_ indefinidamente con pésimas consecuencias para los dien- tes.

Si el Odontopediatra hubiera empleado un acerca- miento más positivo en la primera visita, esta posterga- ción innecesaria y descuido de los dientes no se hubie- ra producido.

El niño por naturaleza es perspicaz, por lo cual comprenderá que si el Odontopediatra teme hacer su tra- bajo, debe existir alguna razón para la demora, por lo tanto el temor del niño ha crecido juntamente con el - miedo del Odontopediatra. Todo motivo no explicado ge- nerará temor en el niño.

b) El método de la aplicación frecuente del estí- mulo.

Este método puede exigir frecuentes visitas al - Odontopediatra antes de que la intervención dental sea realmente necesaria. Puesto que los niños tienen un - gran temor a lo que no les es familiar, son aprensivos_ y no están preparados para afrontar una nueva situación, como lo es la visita al consultorio dental antes de ini- ciar el tratamiento, puede familiarizar lo desconocido_ y mitigar cualquier necesidad futura de huir. Este mé- todo da buen resultado con los niños de edad preescolar

y no tanto con los mayores.

c) El método del ridículo.

Este método se caracteriza por la adopción de una actitud de mofa hacia el niño, con el fin de avergonzarlo para que adopte un buen comportamiento. Este método no es muy eficaz, ya que no tiene ningún valor. No sólo es inadecuado sino peligroso cuando se le aplica a los niños. El niño que se sienta en el sillón dental desea ganarse la aprobación del Odontopediatra. Sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan fuerte que hace imposible la cooperación, su comportamiento resulta indeseable. El ridículo social puede producir frustración y resentimiento en el niño.

d) El método de la imitación social.

A los niños les agrada hacer lo que otros niños o personas hacen. En este método se le deja al niño que observe el trabajo dental que se le hace a otros. El observar a un hermano mayor le inspirará más confianza al niño que si se tratara de un extraño. Si el niño ve que el trabajo se hace sin ningún dolor evidente, con frecuencia se sentirá deseoso de que se emprendan los mismos procedimientos con él. A menudo se subirá al sillón sin que siquiera se lo pidan. Si el niño no observa expresión alguna de dolor en la persona que lo ha precedido, pero descubre, para sorpresa suya que al sentarse en el sillón se le lastima, su entusiasmo se puede transformar en desilusión y puede perder la confianza total en el Odontopediatra. Si la intervención será siquiera un poco dolorosa es mejor advertírselo al niño y conservar su confianza, que dejarle pensar que se le ha defraudado.

e) El método verbal.

En esta técnica se procura hablarle al niño para inducirlo a abandonar sus temores, sin darle evidencia concreta alguna de por qué no debe estar asustado. Puesto que el miedo se desarrolla sobre una base emocional, la apelación verbal en el plano intelectual será, por lo general ineficaz. Decirle a un niño que no tiene razón para sentir temores indica una falta de conocimiento, pues el niño no puede evitar sentirse como se siente.

El método verbal debe abandonarse, pues en una situación de miedo el deseo de huir predomina sobre la razón y cualquier invocación o afirmación verbal suena en oídos sordos.

f) El método de la readaptación o sustitución del placer.

En este método el niño se readecúa para poder disfrutar los procedimientos dentales mediante la forma de acercamiento con la guía del Odontopediatra. Pierde su miedo a la Odontología porque aprende que lo desconocido no significa peligro para su seguridad.

3.- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

a) Afecto exagerado.

El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, el Benjamín de la familia, pueden llevar a un cariño exagerado, a demasiadas alabanzas y mimos, por parte de los padres. Esos niños están preparados inadecuadamente para ocupar su puesto en la casa o en la escuela, y

les falta valor en el consultorio dental.

b) Sobreprotección.

Algunas madres insisten en monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle jugar con otros niños. Los síntomas prominentes, expresados en un niño así, son la alternativa de rehuir a otros niños y un comportamiento irresponsable. Generalmente intenta controlar cada situación, y se niega a someterse a cualquier autoridad. Imprudencia, rabieta y fanfarronería, son características comunes y se niega a jugar con otros niños en un pie de igualdad.

c) Demasiada indulgencia.

A veces los padres no le niegan al niño la menor cosa o deseo, dentro de los límites de la entrada económica de la familia, ni se le restringe en ninguna de sus actitudes. Los padres y madres cuya infancia ha sido poco satisfactoria, llena de penurias económicas y estrecheces, son con frecuencia demasiado indulgentes. Los abuelos tienden también a prodigar favores especiales y regalos al niño.

Las situaciones conflictuales o las exigencias de conducta en la casa, por parte del padre, la madre, o abuelos conducen también a la cólera del niño.

El niño demasiado caprichoso, muchas veces considerado como el niño "dañino", es exigente y se lleva mal con los otros niños o personas que no le dan el gusto. - Un acceso de llanto, o un arranque de mal humor, suelen ser comunes y esta exhibición, en el hogar, le recompensan

san en todo cuando pide. Esta misma técnica será empleada en el consultorio dental, a la menor molestia.

Los arranques de mal humor, una manifestación de la ira, son comunes durante la edad preescolar. El niño pateo, grita, y puede retener su respiración hasta quedar cianótico. Tales exhibiciones son casi el doble más frecuentes en los niños a quienes les han resultado un medio provechoso para realizar sus deseos.

d) Ansiedad excesiva.

Expresada por el padre muchas veces cuando ha habido alguna enfermedad seria, o muerte en la familia, o cuando se trata de un hijo único. El padre manifiesta entonces un afecto exagerado y un exceso de protección, y se opone generalmente a que su hijo alterna con otros niños. Se magnifican las enfermedades leves y se impide al niño concurrir a la escuela o cumplir su cita con el Odontopediatra. Muy pronto el niño pasa a depender de los padres por todo y responde con timidez, miedo, reserva y cobardía.

e) Autoridad excesiva.

En estos casos, el padre suele ser indebidamente crítico y regañón, y puede ser rechazante. El niño puede expresar negativismo, esto es, resistencia a los intentos de imponerle un plan de acción. El negativismo en el niño se manifiesta como tensión física, y retirada ante cualquier forma de acercamiento. Puede adoptar una actividad hastiada, que no se modifica ni por la razón o por la persuasión.

f) Desafecto.

La indiferencia de los padres, en la queda poco tiempo para el niño, puede ser evidente por razones sociales o económicas. La incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en el hogar o cuando hay padrastros, pueden conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño. Todo niño necesita el interés, estímulo y guía de sus padres. Todo niño tiene fracasos, y, salvo que reciba cariño y comprensión, se descorazona.

Los síntomas de la inseguridad son expresiones de propia conciencia. Es asustadizo, reticente, prefiere estar solo, es indeciso y tímido, vacila para decirse y es propenso a llorar fácilmente. El niño puede desarrollar malos hábitos, como negarse a comer, morderse las uñas y negativismo. También puede estar mal humorado.

g) Rechazo

Los niños son rechazados, en algunas ocasiones, a causa de los celos entre la madre y el padre, de cargas financieras, porque se le esperaba de otro sexo, o no era deseado, o porque los padres son inmaduros y carecen de responsabilidad.

Un niño con rechazo generalmente se hace egoísta, resentido, vengativo, desobediente, levantisco e hiperactivo. Los arranques de mal humor, las mentiras y robos, son frecuentes.

h) El hijo único.

Con un solo hijo, los padres se inclinan a ser -

demasiado cariñosos, ansiosos, protectores e indulgentes. El niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído.

Si bien las posibilidades recién mencionadas con respecto al hijo único, son bastante comunes, hay muchas familias que tienen un niño que no muestra los síntomas característicos.

i) El niño adoptado.

La tendencia de los padres con un niño adoptado, es ser demasiado cariñosos y considerados, no sólo porque quieren brindarle todas las ventajas en la vida, si no también por el posible comentario que pueden hacer - amigos y vecinos. Un producto común, es un niño tímido, miedoso y retraído.

4.- TIPOS PSICOLÓGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO

a) El niño tímido.

Este es un niño fácil de reconocer, generalmente no quiere entrar al consultorio, busca esconderse de - trás de la madre. En estos casos se le convencerá sin de - mostrar una insistencia excesiva, dominando poco a poco de esta manera su temor y teniendo la oportunidad de en - trar en el terreno de sus afectos, demostrando interés en lo que a él le gusta.

b) El niño consentido.

La excesiva indulgencia, o a veces el rechazo o indiferencia, por parte de los padres hacen que el niño

manifieste una conducta consentida que por lo general - se caracteriza por su desobediencia. Está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, ya sea gritando, pa_ teando, llorando y a veces hasta insultando. En estos_ casos dentro del consultorio dental, se tendrá a veces_ que recurrir a medidas extremas como el teparle la boca para conseguir tranquilizarlo y hacerlo que pueda escu_ char al Odontopediatra, que le hablará con voz suave pe_ ro firme. El manejo de este niño es muy importante des_ de la primera cita, deberá hacérsele el tratamiento pla_ neado un manejo adecuado; de otra manera, el niño repe_ tirá sus berrinches, ya que le darán buen resultado pa_ ra evitar que el Odontopediatra haga su labor.

c) El niño caprichoso.

Es por lo general hijo único, el más pequeño de la familia, ha sido adoptado o ha permanecido enfermo - durante mucho tiempo. Por lo mismo, se le complace en casi todo. Normalmente se comporta bien, pero le dis-- gusta que se le pida algo que le moleste.

d) El niño desafiante.

Generalmente, esta actitud la presentan niños - que han sido sobreprotegidos por sus padres y desafían_ la autoridad del Odontopediatra negándose a abrir la bo_ ca. En estos casos, el Odontopediatra deberá imponer - disciplina para lograr su cooperación.

e) El niño temperamental.

Es el tipo de paciente que cabe dentro de todos_

los tipos, a veces coopera y a veces no, se presenta - cansado o aburrido.

f) El niño débil mental.

Todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse en forma individual, en cada caso en particular. Generalmente se caracterizan por la lentitud con que siguen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental. El Odontopediatra deberá valorar si su tratamiento se efectuará bajo anestesia general o local.

g) El niño cooperador.

Es el niño que debemos manejar con mayor cuidado, para no hacer de él un mal paciente.

Es importante que se tengan en consideración los dos aspectos siguientes para el tratamiento del niño.

1.- En relación con los padres.

Informar a los padres lo que deben decirle al niño. Lo que no deben mencionarle, señalar que no conviene manifestar sus temores al niño, ni usar a la Odontología como castigo o asegurarle que no se le hará ningún tratamiento. Ni dar información detallada respecto al tratamiento que se le realizará en el Consultorio dental. A una pregunta que requiera una contestación extensa o detallada, el padre indicará que será el Odontopediatra quien la conteste.

2.- En relación con los niños.

a) A partir de los tres años los niños no entrarán al consultorio dental acompañados de sus padres.

b) Si el niño no quiere entrar, debemos salir por él.

c) Si llora lo dejaremos llorar un rato.

d) Después se le dirá que no se le permite llorar dentro del consultorio, empleando una actitud firme y a la vez amable, explicándole posteriormente las razones y la necesidad de efectuar el tratamiento.

e) Si grita se hará alguna maniobra no agresiva para impedir que siga gritando, puesto que si no establecemos comunicación con él no podremos realizar ningún tratamiento.

f) Realizar siempre algún tratamiento o maniobra.

g) Valorar posibles excusas, como en el caso del niño que quiere ir al baño. Solamente lo dejaremos ir una vez. El problema de náuseas se resolverá trabajando siempre con dique de hule.

h) Respetarlo, no engañarlo sobre lo que se le va a hacer, pero si utilizar otros términos evitando así asustarlo.

i) Dejar que crea que él es quién maneja la situación. Se le dirá: "coloca tu brazo izquierdo sobre el brazo del sillón de manera que descansa sobre él". Si en algún momento sientes alguna molestia, levántalo y en ese momento detendremos todo lo que estamos haciendo.

do y nos explicarás cuál es el problema. Pero recuerda que solamente debes levantar el brazo cuando haya un problema".

5.- PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO

En el desarrollo psicológico del niño existe una serie complicada de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta. También se refiere a la adquisición por parte del niño, de conocimientos, destrezas e intereses.

A pesar de que la maduración está determinada por factores propios del individuo, el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo. Siendo así que cada ser es una personalidad separada, cuyas experiencias en la infancia son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

a) Del nacimiento a los dos años.

En esta etapa, el niño depende completamente de su madre, en lo que a cuidado y protección se refiere, por lo que se encuentra unido fuertemente a ella, de tal suerte que la considera como parte de él. Como consecuencia de este sentimiento de seguridad del niño, conviene mantener inalterada esta unión, teniéndolo durante las maniobras odontológicas sentado en el regazo materno. Así, el Odontopediatra procederá a su tarea en forma positiva sin preocuparse de la resistencia o llanto del pequeño, pues son normales a esta edad.

b) De dos a tres años.

Esta es una etapa de transición entre la conduc-

ta de bebé a la de un niño preescolar, en la que el niño trata de ser independiente, en su medio ambiente familiar. Cuando haya alguna situación de tensión o de peligro, el pequeño trata de regresar a la protección de la madre. Su conducta se caracteriza porque distrae su atención fácilmente de una cosa a otra, teniendo un campo de intereses amplios y variados.

Sin embargo, esta es la edad ideal para llevar al niño al Odontopediatra y comenzar un programa de atención dental preventiva. A esta edad el pequeño deberá ir acompañado por la madre, excepto en los casos que manifieste ser muy independiente. El niño de tres años es capaz de sentarse en el sillón por si solo. No habla mucho con extraños, pero puede obedecer órdenes sencillas cuando se le dan directamente. El niño no expresa bien sus experiencias y sentimientos por medio de las palabras, debido a que no posee vocabulario suficiente para hacerlo. Si el niño está asustado puede responder positivamente a un acercamiento hablándole con voz suave y cariñosa o, por el contrario, perder el contacto con los extraños rápidamente volviendo a la protección materna. Sin embargo su tratamiento se llevará a cabo sin la presencia de la madre, por las siguientes razones:

- Comparte su atención entre la madre y el Odontopediatra.
- Recibe órdenes repetitivas, al dar una indicación el Odontopediatra, la madre automáticamente repite la orden lo que molesta al niño.
- El uso inapropiado de vocabulario por parte de la madre.
- Actitudes negativas de los padres: amenazarlos o proyectar sus temores al tratar de efectuar algún tratamiento.
- La sobreprotección excesiva.

c) El niño de cuatro a seis años.

A esta edad el niño desea ser independiente y lo manifiesta de manera agresiva. Su medio ambiente es la familia, los sentimientos y emociones crecen y disminuyen rápidamente y sus enemistades son tan inestables como sus amistades.

En general, se prefiere tratar al niño sin la presencia inmediata de sus padres.

A los cinco años se encuentra una amplia variedad de patrones de conducta que van desde el niño que no coopera, que se encuentra asustado, inseguro y aún fuertemente unido a la madre, hasta el niño que se conforma, dócil y sumiso, o a la del que coopera ampliamente porque se siente seguro y disfruta de una nueva experiencia en el consultorio dental.

d) El niño en edad preescolar.

Los pequeños que aún no asisten al jardín de niños o no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos o poco sociales, por lo general temen a los extraños hasta que se identifican con ellos. En cambio, los niños que asisten a la escuela se vuelven más sociables y están más dispuestos a relacionarse con extraños y aceptar mejor cualquier tratamiento.

e) El niño en período escolar.

Se divide en tres etapas:

- Temprana (de 1o. al 3er. año de primaria).
- Intermedia (del 4o. al 6o. año de primaria).

- Final (del 1o. al 3er. año de secundaria).

La etapa temprana comprende, aproximadamente de los seis a los ocho años de edad, en la que el niño ya se encuentra listo para iniciar una existencia independiente, a llevar una vida social más amplia; aprende a llevarse con los demás y las normas y reglamentos de la sociedad. Al mismo tiempo, aprende a aceptarlos, siendo ésta una de las fases más importantes de su vida. Es to sucede frecuentemente a los nueve años pero hay ocasiones en que ocurre a los seis.

La etapa intermedia comprende aproximadamente de los nueve a los doce años de edad. De los ocho a los nueve empieza a romper sus relaciones con su casa, fase por la que debe pasar antes de alcanzar su madurez e in dependencia.

A los nueve años el niño ya tiene experiencia pa ra adaptarse y cooperar, aún cuando el procedimiento sea doloroso, aceptando al Odontopediatra como autoridad, - por lo que no es necesario llegar a forzarlo. Es ésta su mayor y principal diferencia con el preescolar.

A los diez años al niño le gusta demostrar que - es capaz de realizar acciones muy difíciles. Con raras excepciones, a los doce años suelen desdeñar todas las actitudes de niños y son firmemente independientes.

A los doce años, el niño está lleno de curiosi--dad factor que el Odontopediatra puede utilizar para ga nar su atención y confianza.

f) El niño en etapa final.

Comprende de los trece a los dieciocho años.

Durante esta etapa se introducen muchas alteraciones importantes como resultado del marcado desarrollo físico, mental y emocional. Este período exige un conocimiento y una comprensión especial por parte del Odontopediatra, si es que ha de tratar con éxito al adolescente. Aunque a esta edad el pequeño ha dejado de ser un niño, no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado como adulto. Se enfrenta al problema de quererse independizar de la autoridad que le proporciona su familia, rompiendo con muchos de los principios familiares basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión, alejándose de su casa. El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabilidad. En la adolescencia temprana, el chico quiere acaparar los privilegios del niño y del adulto.

Todas estas etapas por las que pasa el niño desde el nacimiento hasta la adolescencia son necesarias y de gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

Si un niño vive ridiculizado
aprenderá a ser tímido.

Si un niño vive avergonzado
aprenderá a sentirse culpable.

T E M A I V

MANEJO DEL NIÑO IMPEDIDO Y SU TRATAMIENTO

En otros tiempos, los padres de un niño disminuían frecuentemente se veían tan envueltos en los problemas médicos, sociales y familiares de criar al niño que no lograban apreciar la importancia de la atención odontológica.

En los últimos veinte o treinta años se han producido enormes cambios en la actitud general hacia individuos nacidos con impedimentos mentales o físicos. Gracias a los incansables esfuerzos de la profesión médica y de varias agencias médicas se ha eliminado casi totalmente el velo de superstición y vergüenza antes asociados con los impedidos, y se acepta ahora generalmente el hecho de que estos desafortunados individuos son seres humanos con requerimientos especiales de habilitación.

Actualmente, los padres de niños impedidos saben que éstos necesitan expertos cuidados dentales, restaurativos y preventivos.

El estado dental de los niños impedidos puede estar relacionado directa o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales.

El niño que nació con el labio o paladar hendido o con ambas deformaciones, puede también padecer problemas dentales muy complejos y graves. Los niños retarda

dos mentales y los que sufren parálisis cerebral, enfermedades cardíacas, y trastornos hemorrágicos pueden no tener problemas dentales específicos, pero sus incapacidades físicas o mentales a menudo impiden hábitos dentales y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud dental.

Tratar dentalmente a la mayoría de los niños impedidos no requiere singulares esfuerzos por parte del Odontopediatra. El cuidado dental de estos niños generalmente puede llevarse a cabo con los procedimientos seguidos para niños normales. Casi todos estos niños pueden ser atendidos en el consultorio dental, aún cuando requieran algunas consideraciones médicas específicas. El Odontopediatra puede resolver los problemas dentales más graves y complejos que afectan a niños impedidos, siempre que tenga los conocimientos, la paciencia y la comprensión requeridos para el tratamiento dental de estos niños.

Muchos Odontopediatras se muestran renuentes a aceptar a estos niños como pacientes, esta renuencia puede basarse en la falta de conocimientos del Odontopediatra sobre los impedimentos particulares que afectan a los niños, y sobre las diversas precauciones y técnicas requeridas para poder tratarlos dentalmente.

La primera visita del niño disminuido al consultorio dental es la más importante, porque es el momento en que el Odontopediatra y su personal pueden comunicar su capacidad e interés por aceptar al niño para su tratamiento.

Debemos tomar en cuenta que es sumamente importante tomarse un tiempo considerable para la evaluación del paciente y los padres, pues los Odontopediatras de-

ben interpretar cuidadosamente las observaciones y actos de los padres para planificar el mejor método de tratamiento.

1.- SINDROME DE DOWN

Es una enfermedad en que existe capacidad mental subnormal asociada, con una variedad muy amplia de anomalías y de trastornos funcionales: los dos tipos principales son las deformidades craneanas y faciales.

Aunque muchos factores, como edad avanzada de la madre y anomalías uterinas y placentarias han sido consideradas causas de la enfermedad, las investigaciones citogenéticas recientes revelan una aberración cromosómica. Este síndrome se debe a un defecto o trisomía del cromosoma veintiuno.

Características clínicas.- Se caracteriza por una cara plana, fontanela anterior grande, suturas abiertas, ojos oblicuos pequeños con pliegues en el epicantho, boca abierta, prognatismo frecuente, subdesarrollo sexual, anomalías cardíacas e hipermovilidad de articulaciones. En realidad, los defectos son tan variados que resulta difícil dar una lista completa.

Manifestaciones bucales.- Los pacientes suelen presentar macroglosia con protusión de lengua, así como lengua fisurada o guijarrosa debido al agrandamiento de las papilas, también es común que tengan paladar alto. Los dientes tienen malformaciones, de las cuales las más comunes son la hipoplasia adamantina y la microdoncia.

Algunos investigadores han demostrado que exis--

ten grupos de enfermos con síndrome de Down que tienen enfermedad periodontal avanzada, casi invariable, que no parecía de origen local; así también comentaron la sorprendente cantidad de pacientes con ausencia completa de caries dental.

Tratamiento dental.- Antes de iniciar el tratamiento dental en niños con Síndrome de Down, el Odontopediatra debe obtener una historia clínica del paciente. A pesar de que estos pacientes tienen un alto índice de caries dental y enfermedades periodontales, no representan problemas dentales específicos.

Estos pacientes no están acostumbrados a tratar con personas extrañas a su medio, por tal motivo cuando son llevados al consultorio dental pueden estar demasiado inquietos o intranquilos, y manifiestan gran ansiedad, por lo cual es aconsejable que se practique la quimioterapia para premedicación. Deberá consultarse al médico que atiende al niño sobre la elección de premedicación.

La anestesia local, se puede administrar de manera segura, ya que no existen contraindicaciones al empleo. El Odontopediatra deberá prever posibles movimientos bruscos de la cabeza del paciente, y la jeringa deberá ser mantenida firmemente en su lugar en el momento de inyectar.

Cuando no se logra el nivel de cooperación necesario para poder realizar trabajos restaurativos ordinarios, o si el niño necesita tratamiento dental extenso y de habilitación, la única esperanza de tratar con éxito al paciente será recurrir al empleo de anestesia general.

2.- PARALISIS CEREBRAL

Es un término que se aplica a un grupo de estados que varían en manifestación y grado y tienen en común una lesión del cerebro que afecta el control motor. La lesión puede ser congénita, adquirida en el momento del parto o en la vida postnatal. Las manifestaciones varían en tipo y grado dependiendo de la ubicación y gravedad del daño cerebral.

Características clínicas.- Esta enfermedad es un trastorno del sistema nervioso que se manifiesta en varios tipos de disfunciones neuromusculares, como espasticidad, atetosis, ataxia, rigidez o temblores.

Los niños con parálisis cerebral sufren alta frecuencia de retardo mental. Se calcula que treinta y seis de cada cien tienen C.I. menor de cincuenta, y veintiuno de cada cien tienen C.I. entre cincuenta y sesenta.

La espasticidad se caracteriza por hipercontractilidad de los músculos, y rigidez general en las secciones afectadas. Esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de la extremidad.

La atetosis se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y desordenadas, y se observa aproximadamente en cuarenta y cinco de cada cien niños que sufren parálisis cerebral.

La ataxia es pérdida de la coordinación muscular que produce falta de equilibrio y marcha insegura. Se observa aproximadamente de diez de cada cien niños.

Se describe la siguiente clasificación para mencionar el área afectada por este trastorno.

Hemiplejia.- Afectación de la mitad del cuerpo.

Cuadraplejia.- Afectación de las cuatro extremidades.

Paraplejia.- Afectación de las piernas únicamente.

Monoplejia.- Afectación de una extremidad únicamente.

Manifestaciones bucales.- La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen índice de ataque cariioso más elevado que los niños normales. Este aumento puede atribuirse a su incapacidad de mantener buena higiene bucal, a la tendencia de sus padres a mimarlos con alimentos blandos y cariogénicos y a la mayor frecuencia de defectos hipoplásicos del esmalte en la pieza dental.

La mala higiene bucal y la dieta blanda contribuyen a un aumento importante del número y la gravedad de enfermedades periodontales en pacientes de parálisis cerebral. La maloclusión en estos niños puede atribuirse a funciones musculares anormales y a la posición poco natural de la lengua, características en niños afectados de parálisis cerebral.

Tratamiento dental.- Estos niños no presentan problemas dentales específicos a excepción del mayor grado de caries dental y enfermedades periodontales. La principal preocupación del Odontopediatra es lograr ajustar sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del paciente individualmente. El Odontopediatra sólo podrá tener éxito siempre que obtenga una his-

toria clínica minuciosa del niño antes de la primer visita al consultorio dental.

Los trabajos dentales en niños impedidos pueden lograrse sólo gracias a trabajo de equipo bien coordinado entre el Odontopediatra y sus auxiliares.

La mayoría de estos niños llevan vidas retraídas y están poco acostumbrados a tratar con personas extrañas, por tal motivo el Odontopediatra puede prever en sus pacientes gran aprensión, en estos casos es aconsejable la quimioterapia para premedicación pero deberá consultarse al médico que atienda al niño, para poder hacer la elección de premedicación. El medicamento más empleado para reducir ansiedades y espasmos musculares es clorhidrato de clordiacepóxido (librium). Deberá acomodarse lo mejor posible a los niños impedidos en la silla dental. Una silla ajustada en posición inclinada hacia atrás da más apoyo y sensación de seguridad al paciente, cualidad especialmente importante para niños afectados de ataxia. Los espásticos pueden requerir más apoyo y control, lo que será tarea de la asistente dental. Los procedimientos restrictivos, como empleo de correas, raramente son necesarios y podrán dificultar el manejo del niño en vez de facilitarlos, ya que restricciones excesivas pueden provocar espasmos musculares involuntarios.

En niños con parálisis cerebral no existen contraindicaciones para el empleo de anestesia local.

Nunca podrá ser excesiva la importancia concedida a la Odontología preventiva para niños impedidos. Deben mostrarse las técnicas de cepillado adecuadas, y debe recalcarse la importancia de limitar alimentos cariogénicos. Si el niño vive en un área donde no exista agua fluorada, deberá aconsejarse el uso de tabletas de fluoruro.

3.- RETRASO MENTAL

El retraso mental, tal como esta denominación se emplea desde el punto de vista diagnóstico, representa un menoscabado de la inteligencia, desde el comienzo de la vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo el período de crecimiento, que se manifiesta por una maduración lenta e incompleta, disminución de la aptitud para aprender y una mala adaptación social. En esta enfermedad existen características intelectuales por debajo de la normalidad en niños con defectos de desarrollo, como debilidad mental, idiotez, imbecilidad, mongolismo, oligofrenia y moronismo.

Generalmente estos niños tienen C.I. menor de setenta.

La Organización Mundial de la Salud aconseja la división de niños mentalmente subnormales en las siguientes tres categorías principalmente:

a) Subnormalidad leve.- Con C.I. de cincuenta a sesenta y nueve y edad mental en el adulto de ocho a doce años.

b) Subnormalidad moderada.- Con C.I. de veinte a cuarenta y nueve y edad mental en el adulto de tres a siete años.

c) Subnormalidad grave.- Con C.I. de cero a diecinueve y edad mental en el adulto de cero a dos años.

Manifestaciones bucales.- Con excepción de los mongoloides, los niños retardados mentales no sufren problemas dentales característicos. Sin embargo por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos, -

sufren índices de caries y enfermedades periodontales - más elevados que los niños normales.

Tratamiento dental.- Antes de formular un plan - racional para tratar a pacientes mentalmente retardados, el Odontopediatra debe conocer la edad mental del niño para saber qué grado de cooperación puede esperar de él y hacer los ajustes necesarios en los procedimientos de tratamiento.

La mayoría de los pacientes retardados mentalmente que llegan al consultorio entran a la categoría denominada subnormalidad leve, y puede tratarse a la mayoría de estos niños con algo más de firmeza y comprensión que las requeridas para tratar a pacientes de ocho a diez años.

Si no se logra el nivel de cooperación necesario para poder realizar trabajos restaurativos ordinarios o si el niño retardado necesita tratamiento dental extenso y de habilitación, la única forma de tratar con éxito al paciente será mediante el empleo de anestesia general.

4.- OLIGOFRENIA

Con grandes dificultades se tropieza en el tratamiento de niños retardados. Sólo excepcionalmente se - puede influir psicológicamente sobre idiotas o retardados. Algunos son apáticos y se comportan pasivamente - durante el tratamiento. En su mayoría, sin embargo son excitables y sólo pueden ser dominados con premedicación intensa o por anestesia general. Los niños débiles se dejan influir por sugestión cuando no son intranquilos. Muchas veces es suficiente distraer su atención;-

a veces ayuda a alabar su comportamiento. Aún cuando colaboran bien, nunca puede preverse su comportamiento y por eso siempre se les dá premedicación. Lo mismo vale para niños primitivos, que si bien no son débiles mentales, tienen inteligencia muy por debajo de la normal.

Manifestaciones bucales.- Estos pacientes, como en el caso de pacientes con retraso mental no tienen problemas dentales característicos, pero sí sufren índices de caries elevados y enfermedades periodontales, debido a su mala higiene y hábitos dietéticos cariogénicos.

Tratamiento dental.- El tratamiento en los niños Oligofrénicos es similar al aplicado en los niños con retraso mental.

5.- EPILEPSIA

Los términos epilepsia y trastorno convulsivo recidivante pueden usarse indistintamente. Estos términos designan un variable complejo sintomático caracterizado por accesos recidivantes o paroximales de inconciencia o alteraciones de la conciencia con sucesión o no de espasmos musculares tónicos o clónicos u otros comportamientos anómalos. Si la causa de los ataques de un enfermo no puede hallarse, se puede decir entonces que tiene una epilepsia idiopática o criptogénica; si se puede demostrar una anomalía cerebral, se habla entonces de epilepsia orgánica o sintomática. Diversos son los trastornos que pueden causar descarga nerviosa anormal en el cerebro, lo que producirá un ataque.

Los trastornos pueden manifestarse en forma de ataques diferentes; el Odontopediatra deberá poder reco

nocer dos de ellos:

Ataque del pequeño mal.- Este ataque se caracteriza por episodios de pérdida momentánea y repentina del conocimiento. El niño adquiere cara inexpresiva y suspende cualquier tipo de actividad voluntaria que hubiera iniciado anteriormente. A esta pérdida del conocimiento pueden acompañar las sacudidas rítmicas de cabeza y brazos. La duración de cada ataque es de aproximadamente diez segundos y el niño se recupera rápidamente.

Como estos ataques son muy breves casi no representan dificultad para tratar al paciente.

Ataque del gran mal.- Como lo indica su nombre, el ataque clásico del gran mal es mucho más violento que el de pequeño mal. Típicamente, los ojos giran en las órbitas, se dilatan las pupilas, y la cara enrojece o palidece. Se pierde el conocimiento, el cuerpo sufre un espasmo tónico que detiene la respiración, y el niño se torna cianótico. A los diez o treinta segundos, al espasmo tónico le sigue una fase clónica de probablemente varios minutos de duración, en la que los músculos se contraen violentamente y se presenta también salivación profusa, sudor y evacuaciones involuntarias de intestinos y vejiga. Gradualmente las contracciones musculares se vuelven menos violentas y cesan. Generalmente, después del ataque, el niño permanece estuporoso y cae en sueño profundo, que puede dar una hora o más. Al despertar, puede sufrir intensos dolores de cabeza y mostrar signos de inquietud durante un período de duración variable.

Si el paciente sufre un ataque de gran mal, el objetivo principal del Odontopediatra es evitar que el niño se lesione. Deberá insertarse una ayuda bucal de caucho o plástico para evitar que se muerda la lengua,-

y deberá colocarse al paciente en una posición en que no pueda lesionarse.

Tratamiento dental.- El Odontopediatra debe familiarizarse con el tipo de y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento. Deberá saber diferenciar entre el pequeño mal y el gran mal, para poder satisfacer las necesidades de un buen tratamiento.

6.- CARDIOPATIA CONGENITA

La cardiopatía congenita se debe a anomalías estructurales del corazón; estas anomalías se dividen generalmente en dos grupos.

a) Cardiopatía congénita acianótica.- Los pacientes de este grupo sufren corto circuito de izquierda a derecha y diversidad de defectos cardíacos, como defecto del tabique auricular, defecto del tabique ventricular, estenosis aórtica congénita, conducto arterioso permeable y estenosis pulmonar.

b) Cardiopatía congénita cianótica.- Los pacientes de este grupo nacen con defectos que causan corto circuito de derecha a izquierda, y al hacer ejercicios se vuelven cianóticos. Ejemplo de defectos cardíacos comprendidos en este grupo son: trasposición de los grandes vasos, arteria de la válvula tricúspide y tetralogía de Fallot.

Manifestaciones bucales.- Las cardiopatías congénitas aparecen frecuentemente como una anomalía asociada en niños con Síndrome de Down y niños nacidos con hendidura de paladar, de labio o ambas. La mayoría de

los niños afectados por estos trastornos del desarrollo también sufren diversos problemas dentales de diferente gravedad y complejidad. Con estas excepciones, los niños con cardiopatía congénita no presentan problemas dentales específicos diferentes de mayor grado de caries y enfermedad periodontal que el encontrado comúnmente en la mayoría de los niños impedidos.

Tratamiento dental.- Antes de iniciar cualquier tratamiento dental en niños con cardiopatía congénita o adquirida, es esencial que el Odontopediatra obtenga una historia cuidadosa de la enfermedad cardiaca de su futuro paciente. Deberá consultar al médico familiar y al cardiólogo para conocer la capacidad del niño para soportar el tratamiento dental planeado, las posibles complicaciones que puedan surgir y todas las medidas de precaución que puedan ser necesarias.

Al tratar a niños que sufran enfermedades cardiacas, uno de los primeros objetivos del Odontopediatra debe ser evitar endocarditis bacteriana. Esta grave complicación la causa generalmente *Streptococcus viridans*, encontrado comúnmente alrededor de las piezas.

Muchos de los tratamientos dentales, como raspado y extracciones dentales, van seguidos de bacteriemias, lo que puede causar endocarditis en niños con defectos cardiacos. Es esencial emplear antibióticos profilácticos antes y durante 48 horas después de comenzar este tipo de tratamiento. El medicamento más empleado es penicilina potásica bucal; sin embargo, en todos los casos habrá de obtenerse la completa aprobación del médico familiar antes de llegar a emplear cualquier antibiótico.

Si se siguen medidas de precaución, pueden tra--

tarse a la mayoría de los niños con cardiopatía congénita con cierto margen de seguridad en el consultorio dental. Los pacientes que sufren defectos cardiacos graves, que produzcan importante incapacidad y que requieran tratamiento dental extenso, serán mejor tratados en el hospital, bajo los efectos de anestesia general.

7.- HEMOFILIA

La hemofilia es una enfermedad sanguínea con una larga e interesante historia, se caracteriza por un tiempo de coagulación prolongado y tendencias hemorrágicas. Esta enfermedad es hereditaria; el defecto está en el cromosoma X y es transmitido como rasgo recesivo mendeliano ligado al sexo, por ello, la hemofilia se da solo en hombres, pero es transmitida por una hija no afectada a un nieto. Los hijos de un hemofílico son normales y no portan el rasgo; las hijas heterocigotas transmiten el efecto a la mitad de hijos y como un rasgo recesivo a la mitad de hijos. La presencia de hemofilia es teóricamente posible en una mujer homocigota y se han registrado algunos raros casos.

Puede producirse sangrado en cualquier lugar, pero es más común en músculos, riñones, boca y articulaciones; son particularmente vulnerables las articulaciones de la rodilla de niños que empiezan a caminar.

Manifestaciones bucales.- Aunque los niños hemofílicos no sufren enfermedades dentales especiales, cualquier tratamiento dental que se planea realizar en ellos es grave, ya que existen enormes riesgos.

Nunca podrá darse demasiado énfasis a los consejos que deben darse para mantener buen cuidado dental y

evitar enfermedades dentales, ya que el tratamiento preventivo en estos niños minimizará el tener que recurrir a tratamiento restaurativo que podrá resultar muy arriesgado.

Tratamiento dental.- En tratamientos dentales ordinarios, el Odontopediatra, al tratar a niños hemofílicos, debe tomar enormes precauciones para evitar lacaciones tisulares. Al rebajar y pulir, en reducciones de estructura dental subgingival y adaptación de bandas de matrices deberá ejercerse extremo cuidado para mantener la integridad de los tejidos periodontales. Si se presentaran hemorragias menores, generalmente podrán controlarse con apósitos quirúrgicos junto con agentes hemostáticos como trombina.

En estos niños se contraíndica el empleo de anestesia local, excepto cuando sufren fuertes dolores, en cuyo caso deberá emplearse con cuidado extremo. Debe evitarse el bloqueo mandibular porque esta forma de inyección puede causar hemorragia en los espacios faríngeos laterales, donde es difícil aplicar medidas de control.

En hemofílicos, las extracciones dentales deberán planearse solo como último recurso, después de haber descartado toda posibilidad de mantener la pieza con ayuda de pulpectomías corrientes o terapéutica del canal pulpar.

Deberán observarse extremas medidas de precau-ción en todos los pacientes que sufran algún trastorno hemorrágico, como, por ejemplo los denominados pseudohe-mofílicos, que pueden ser hombres o mujeres con perío-dos de sangrado característicamente prolongados.

Cuando haya que recurrir a extracciones u otros procedimientos quirúrgicos y se prevén hemorragias excesivas, deberá hospitalizarse al paciente para poder manejar mejor cualquier tipo de complicación que pueda surgir en el transcurso de la operación.

Antes de internar al paciente en el hospital, el Odontopediatra deberá organizar un plan de tratamiento.- Este plan, junto con la historia médica del paciente, deberá ser discutido por el Odontopediatra, el médico familiar, y el personal del hospital, para diseñar un plan médico que incluya análisis de sangre detallado para determinar el tipo de problema hemorrágico, tiempo de coagulación y sangrado y cuenta de plaquetas. Al finalizar estas etapas, el hematólogo deberá coordinar el tratamiento médico del niño.

Como mencionábamos antes, generalmente está contraindicado el empleo de anestesia local en niños hemofílicos. En estos pacientes, el tratamiento más seguro será la anestesia general, administrada por un anesthesiólogo bien capacitado, que conozca el problema sanguíneo del paciente.

8.- PALADAR HENDIDO Y LABIO LEPORINO

Las fisuras faciales pueden producirse a lo largo de muchos planos de la cara, como resultado de fallas o defectos del desarrollo o la maduración de los procesos embrionarios. Así podemos reconocer anomalías como las hendiduras oblicua y transversal de la cara, que se extiende desde el labio superior o ala de la nariz hasta el ojo y la comisura labial hasta el oído, respectivamente. Sin embargo, la más importante de las fisuras facia

les, es el labio leporino superior o inferior.

El labio leporino inferior es una anomalía extremadamente rara que se produce en la línea media del labio inferior; se debe a una falla en la unión, la cual no da lugar a la formación del arco mandibular, ni la persistencia del surco central de la protuberancia mandibular. Sólo está afectado el labio, pero ocasional--mente lo están el labio y el maxilar inferior.

El labio leporino es la más común e importante - de las fisuras labiales; el labio leporino y el paladar hendido están en estrecha relación desde el punto de - vista genético, embriológico y funcional. Se cree que esta hendidura en el labio superior se debe no a la falta real de unión de las protuberancias sino a la pene--tración mesodérmica y a la obliteración de los surcos - ectodérmicos que separan estas masas mesodérmicas que - en realidad constituyen las protuberancias faciales. - Tanto la ausencia o deficiencia de estas masas como su falta de penetración en los surcos ectodérmicos lleva a la destrucción del ectodermo y se produce la hendidura. Como la penetración se produce entre cada uno de los pares de masas mesodérmicas laterales y la masa mesodérmica central única, es obvio que la hendidura superior es unilateral o bilateral, pero no la línea media. A ve--ces, sin embargo, parte de la protuberancia central es defectuosa, o falta y la fisura resultante aparece en - la línea media.

El paladar hendido representa un trastorno de la fusión normal de las protuberancias palatinas; falta de unión debido a la ausencia de fuerza, interferencia de la lengua o disparidad de tamaño de las partes afecta--das. El paladar blando y la úvula se forman no como re

sultado de la fusión de las partes, sino como la extensión posterior de las protuberancias palatinas; así, una fisura de estas estructuras es básicamente una extensión de una fisura del paladar blando.

Existe una clasificación de labio y paladar hendidos basada en patrones morfológicos y embriológicos. - Esta clasificación parece que es la más aceptada y empleada por los investigadores dedicados al problema.

Enumeramos a continuación los principios básicos de esta clasificación:

GRUPO I. Hendiduras del paladar primario. Este grupo comprende todas las hendiduras localizadas antes del agujero incisivo, es decir, todas las formas y grados de labio hendido, y combinaciones de labio hendido y proceso alveolar hendido (abreviatura normal: LH).

GRUPO II. Hendiduras en posición posterior al agujero incisivo. Este grupo comprende todos los grados de hendiduras del paladar duro y blando (abreviatura común PH).

GRUPO III. Combinaciones de hendiduras en paladares primarios y secundarios. Este grupo comprende una combinación de los grupos I y II (abreviatura normal: PLH).

Tratamiento quirúrgico.- Los principios fundamentales de procedimientos quirúrgicos consisten en volver a colocar y suturar las secciones hendidas.

El cierre quirúrgico del labio hendido se realiza generalmente entre las dos y doce semanas de edad. - Para llevar a cabo este tipo de cirugía existen técnicas

variadas. La elección del método será dictada por la experiencia del cirujano con las diversas técnicas y por las condiciones morfológicas de la hendidura.

La edad óptima del paciente en qué intentar la operación de cerrar el paladar está sujeta a cierta controversia. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos prefieren realizar esta operación cuando el paciente tiene de 18 a 24 meses de edad.

La meta final en la cirugía de paladar hendido es proporcionar un mecanismo que separe adecuadamente las cavidades bucal y nasal del paciente, de manera que no exista interferencia en el crecimiento de huesos faciales o en el desarrollo del lenguaje, audición y oclusión dental normales.

De las diversas técnicas operatorias aceptadas para cerrar un paladar hendido, el principio básico en la mayoría es el empleo de colgajos mucoperiosticos, que se obtienen en los procesos palatinos óseos y se ponen en contacto en la línea media. Frecuentemente, el cirujano combina este cierre de la línea media con el denominado empuje hacia atrás del colgajo, un procedimiento que logra proporcionar longitud adecuada al paladar blando para permitir el cierre velofaríngeo durante las funciones del lenguaje y deglución.

Si el cirujano considera que no se puede obtener cierre velofaríngeo adecuado con este método, puede crear un puente de tejido entre la faringe y el paladar blando. Esto se logra disecando un colgajo de la pared posterior de la faringe, extendiéndolo hacia adelante y suturándolo al borde posterior desnudo al paladar blando.

En las últimas dos o tres décadas se han podido observar enormes mejoras en los resultados estéticos y funcionales de la cirugía de paladar y labio hendidos.- A pesar de estos adelantos, ocasionalmente encontramos individuos con hendidura cuyos resultados quirúrgicos distan mucho de ser satisfactorios.

Tratamiento dental.- La presencia de hendiduras en el labio, en el paladar o en ambas en recién nacidos pueden hacer surgir diversos problemas dentales. Muchos Odontopediatras se muestran abiertamente aprensivos en aceptar como pacientes personas con estas deformaciones congénitas.

La extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes puede variar considerablemente, y por lo regular está dictada por la gravedad de la deformación original. Algunos pacientes, como los nacidos con hendiduras de sólo el paladar blando, pueden requerir únicamente los cuidados dentales ordinarios prestados a todos los pacientes dentales. Con la mayor gravedad de la hendidura original, aumentan el número y la gravedad de los problemas dentales del paciente. No hay ningún problema insuperable, y la mayoría de ellos no requieren los servicios de un especialista.

En algunos casos, el Odontopediatra puede verse participando en un proceso de habilitación inmediatamente después del nacimiento del paciente. El Odontopediatra puede ser llamado para confeccionar un instrumento semejante a una base de dentadura superior. Este aparato sirve a dos propósitos:

- 1) Facilita la alimentación del lactante con paladar hendido, y

2) Evita la caída del maxilar superior.

Como regla general, se hace la visita inicial al Odontopediatra cuando el paciente tiene de dos a tres años. En las primeras visitas deberá examinarse al niño, administrarle ligera profilaxia, y permitirle familiarizarse con el Odontopediatra y su medio.

Las preparaciones de cavidades en pacientes con hendidura palatina, labial o ambas cosas no difieren de procedimientos seguidos en pacientes normales. Deberá emplearse anestesia tópica y local en casos que lo requieran.

Los pacientes con labio hendido, paladar hendido o ambas cosas, frecuentemente presenta piezas supernumerarias en la dentadura primaria y permanente. En la dentadura primaria, se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera natural, o puede hacerse la extracción después de la pérdida de piezas adyacentes. La mayoría de las piezas supernumerarias en la dentadura permanente se extraen lo antes posible.

En pacientes con hendiduras labiales, palatinas o ambas, se observa a menudo hipoplasia del esmalte dental. Este defecto ocurre con mayor frecuencia en los incisivos permanentes centrales y laterales, en posición inmediatamente adyacente al lugar de la hendidura. Cuando sea posible, deberán restaurarse estas piezas, incluso si esto requiere colocar coronas de acero inoxidable. Es de vital importancia conservar estas piezas para su empleo futuro como bases para coronas individuales o puentes dentales.

Los problemas ortodónticos generalmente se asocian con todas las hendiduras que afectan al alvéolo, al

paladar o a ambos. El Odontopediatra, puede aprovechar sus conocimientos de ortodoncia preventiva para cuidar a estos pacientes, pero la mayoría de estos problemas requieren evaluación y tratamiento administrado por un ortodontista que tenga amplios conocimientos.

Los procedimientos delicados y complicados para la fabricación de instrumentos para el lenguaje deberán enviarse a un prostodontista adiestrado en este campo.

La mayoría de los aparatos para el lenguaje consisten en una armazón de dentadura parcial con una extensión del armazón de metal al área hendida. Esta extensión, cubierta con acrílico procesado, proporciona cierre adecuado del espacio velofaríngeo durante las funciones de lenguaje y deglución.

Debemos de tomar en cuenta que durante el tratamiento dental en niños impedidos, un obstáculo para lograr un resultado eficaz es la intranquilidad y el poco manejo que tiene el paciente. Por ello requerimos del auxilio del óxido nitroso como un analgésico y la anestesia general durante el tratamiento. Ambas medidas ayudan a que el Odontopediatra realice su trabajo, ya sea tranquilizándolo o durmiéndolo.

Oxido nitroso.- Con niños impedidos, la analgesia por inhalación de óxido nitroso puede ser un método seguro y eficaz para disminuir la aprensión o la resistencia al tratamiento dental. En realidad existen pocas contraindicaciones para su empleo, excepción hecha de niños con grave retardo mental o trastornos emocionales de la misma severidad.

El Odontopediatra que se encuentre familiarizado con la administración de óxido nitroso como analgésico

puede combinar este procedimiento junto con premedicación y anestesia local, para superar muchos de los problemas asociados con niños impedidos. Esta analgesia disminuye la espasticidad muscular y los movimientos no coordinados del paralítico mental, y disminuye la tensión física y las molestias, logrando de esta manera que el paciente soporte períodos de tratamiento más largos.

La analgesia para niños impedidos deberá limitarse a la etapa de analgesia relativa por el empleo de flujo de óxido nitroso relativamente bajo y flujos altos de oxígeno, que permanezcan por debajo de los niveles de excitación. La analgesia relativa se utiliza principalmente para relajar al paciente y aumentar su cooperación. Durante los períodos más dolorosos del tratamiento dental, esta analgesia relativa puede complementarse con el empleo de anestesia local, siempre que la afección del paciente lo permita.

El niño con impedimentos muy graves se requiere premedicación para disipar la aprensión que frecuentemente acompaña a su primera experiencia con analgesia. Deberá consultarse al médico del paciente para decidir con él el tipo de terapéutica medicinal que se va a seguir.

Se requiere de paciencia y comprensión al administrar por primera vez analgesia de óxido nitroso. Debe concedérsele al niño tiempo para ajustarse a esta experiencia. Deberá demostrársele cómo se emplea la máscara y puede hacerse correr el juego de gases sobre las manos y mejillas del niño, antes de colocar la máscara. Si existe resistencia, se puede controlar con suave restricción física y un flujo de óxido nitroso de 50 por 100 directamente hacia los orificios nasales. Esta mez

cla puede producir efecto ligeramente eufórico y relajar al paciente lo suficiente para permitir la colocación de la máscara; después de esto, deberá reducirse la concentración del óxido nitroso al nivel apropiado, generalmente un flujo de 10 a 15 por 100.

Como la comunicación verbal con niños impedidos es frecuentemente difícil e insegura, el Odontopediatra debe ser capaz de evaluar el nivel de analgesia por el observado, notando los cambios físicos y de conducta en el paciente. Cuando se ha logrado el nivel apropiado de analgesia, el Odontopediatra puede iniciar el tratamiento.

Anestesia general.- Al empleo de algún anestésico general, siempre se incurre en riesgo de vómito, espasmo y apnea; por lo tanto, podrán preverse medidas más suaves, aunque posiblemente menos potentes, cuando se emplee dicho agente.

La reacción del niño, especialmente si está bajo premedicación, es generalmente de cooperación, siempre que el Odontopediatra sea paciente y comprensivo. Esto se verifica incluso en niños que parezcan incapaces del control físico y mental requerido para tratamientos dentales acertados. Si fallaran estos procedimientos de manejo del paciente, o si necesitan amplio tratamiento dental un niño gravemente impedido con anestesia general ofrece una posible solución al problema.

Los niños que pertenezcan a las siguientes categorías necesitarán usualmente anestesia general:

- 1.- El niño no cooperativo, que se resiste al tratamiento a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo comunes.

2.- El niño con trastornos de la hemostasia que requieran tratamiento dental extenso.

3.- El niño retardado mental cuyo impedimento - sea tan grave, que dificulte toda comunicación entre - Odontopediatra y paciente.

4.- El niño afectado de trastornos del sistema - nervioso central que se manifiesten por movimientos in- voluntarios y extremos.

5.- El niño con grave cardiopatía congénita, con- siderado incapaz de tolerar la excitación y cansancio - provocados por el extenso tratamiento dental.

Si se tiene que recurrir a la anestesia general_ para el tratamiento dental en un paciente, el lugar más adecuado y seguro será el tratarlo en un hospital. Esto se debe a que en este sitio contamos con los elementos_ suficientes para la aplicación de la anestesia así como un especialista en la administración de la misma. Es - de primordial importancia trabajar en combinación con - el médico del paciente debido a que él nos proporcionará los datos requeridos para evitar riesgos en el perío_ do de anestesia general.

Si un niño vive criticado
aprenderá a condenar.

Si un niño vive con hostilidad
aprenderá a pelear.

CONCLUSIONES

Al llegar a la finalización de la elaboración de este trabajo encontramos los siguientes puntos concluyentes:

1) Un ambiente agradable y con rasgos familiares nos proporcionan una disminución en el stress del paciente y por lo tanto una mayor cooperación durante el tratamiento. El personal del consultorio tiene que infundir confianza y ánimo tanto a los padres como a los niños. El lograr atender un mayor número de pacientes con procedimientos más rápidos, sólo se obtendrá si se cuenta con personal capacitado a las necesidades de la práctica odontológica.

2) El manejo adecuado del niño es nuestra llave del éxito. Esto involucra la psicología infantil aplicada al paciente, así como las técnicas odontológicas adecuadas que se utilicen.

De lo anterior recalcamos que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento son esquemas fundamentales para la salud bucal del niño.

3) El Odontólogo tendrá cuidado con presentar una dualidad en sus mensajes al comunicarse con el niño, ya que esto desorientará y atemorizará al paciente, haciéndolo temeroso o agresivo al tratarlo durante su visita al consultorio. No olvidaremos que los niños son particularmente curiosos y sensibles, por ello trataremos de fomentar su interés por participar en el tratamiento dental.

4) Seremos cautelosos y profesionales para resolver los problemas de conducta que vayan presentando los pacientes en las visitas al consultorio. Existen generalidades para reacondicionar a un paciente pero debemos tener cuidado para utilizar la mejor técnica en cada caso.

5) Al tratar a pacientes con impedimentos físicos y mentales tendremos que trabajar en coordinación con su médico, debido a que él conoce su estado de salud y por lo tanto la medicación a que está sujeto. El tener los conocimientos para tratar al niño impedido son de suma importancia ya que sólo así resolveremos sus padecimientos actuales. La anestesia general nos será de gran ayuda siempre y cuando tengamos el personal y los medios adecuados para aplicarla.

6) Por último diremos que otro de nuestros principales objetivos es crear una conciencia de responsabilidad en los padres y niños con respecto a la conservación de su salud dental y general.

Sólo podremos ser sanos en nuestros pensamientos y acciones siempre y cuando conservemos una salud integral en nuestros cuerpos y mentes.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Bijou Sidney and Baer Donald. Psicología del desarrollo infantil, "Teoría empírica y sistemática de la conducta". Ed. Trillas, 1969, págs. 33, 41, 42, 96.
- 2.- Brauer John C. Odontología para niños. Ed. Mundi, Buenos Aires, 1959, págs. 22-38.
- 3.- Dabout. Diccionario de Medicina, 1974.
- 4.- E.Harndt, H. Weyers. Odontología Infantil. Ed. - Mundi, págs. 155-157.
- 5.- Figge M. Some factors in the etiology of maternal - rejection, Smith college studies en social work, - 1932, págs. 237-260.
- 6.- Gesel Arnold. El niño de 5 a 10 años. Ed. Paidós, 1971.
- 7.- Hogeboom, Floyd Eddy. Odontología Infantil e Higiene Odontológica, 1958.
- 8.- Kenner Leo M. O. Child Psychiatry. Carlies Thomas publisher, 1966, págs. 74-81.
- 9.- Lener Michael H. Clínicas Odontológicas de Norte - América. Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana, 1973, págs. 35, 50.

- 10.- Massler M. Psychology in dentistry for children.-
Dental clinics of North America, Oral habits, -
1962, págs. 22, 132.
- 11.- Mc. Donald E. Ralph. Odontología para el niño y
el adolescente. Ed. Mundi, págs. 25-29, 399-400,
483-485.
- 12.- M. Evangeline Jordon. Tratamiento Odontológico -
de la infancia. Ed. Labor, S.A., Barcelona, Ma--
drid. Buenos Aires, 1934, págs. 1-12.
- 13.- Nelson, et al. Tratado de Pediatría. Salvat Edi--
tores, 1971, págs. 1111-1112, 1350-1352.
- 14.- Odontólogo Moderno. Junio-Julio, 1979, págs. -
8-18.
- 15.- Peinado Altable José. Paidología, Psicología In--
fantil, 1958.
- 16.- Raymer R. Conditions Emotional Reactions, Exper.-
Psychol, 1920, págs. 1-14.
- 17.- Sidney B. Finn. Odontología Pediátrica. Ed. In--
teramericana, 1976, págs. 1-3, 9, 29-39, 491-510.
- 18.- Stanley L. Robbins, Tratado de Patología. Ed. In--
teramericana, 1968, págs. 482-483, 700.
- 19.- Stone and Church. Childhood and adolescence. Ed.
Nueva York, 1959.
- 20.- William Craig. Hand over mouth Technique, Journal
of dentistry for children, November-December, -
1971, págs. 387-389.

21.- William G. Shafer, et al. Tratado de Patología Bu
cal. Ed. Interamericana, 1979.