



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

J. B.

**PREVENCION DE CARIES Y MANEJO DEL NIÑO
EN ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
Leticia Guzmán Ballhausen



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

- Introducción.
- I Caries.
 - II Caries dental y dieta.
 - III Higiene bucal.
 - IV Placa Dento Bacteriana como factor predisponente en la caries dental.
 - V Características psicológicas del niño en las diferentes etapas de desarrollo.
 - VI Patrones de conducta de los padres.
 - VII Tipos de conducta en el niño.
 - VIII Aspectos psicológicos infantiles dirigidos a la práctica odontológica.
 - IX Reacciones infantiles a las experiencias odontológicas.
 - X Fluoruros en la prevención de caries

INTRODUCCION

La prevención de caries es de máxima importancia para el odontólogo más que detener o reparar ya las existentes, tan importante es este objetivo, que la odontología preventiva es una rama fundamental en plena evolución.

El temor adquirido en el tratamiento odontológico, ya sea por experiencias propias de los niños o por la de los padres influyen en el descuido del tratamiento odontológico y conducta de éstos.

La caries puede aparecer en grado alarmante en niños menores de dos años de edad e incrementándose en su edad escolar. Por lo que se considera de vital importancia que el odontólogo de práctica general, debe utilizar sus conocimientos odontopediátricos y de odontología preventiva en su máxima extensión.

I Caries

I CARIES.

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas que ha padecido la humanidad y una de las causas principales de la pérdida dentaria, --- siendo ésta, un proceso infeccioso, continuo, lento e irreversible que - mediante un mecanismo químico-biológico desintegra los tejidos del diente.

Hay numerosas teorías acerca de la Etiología de la caries, entre todas, - son tres las que prevalecen después de múltiples investigaciones.

- A) Teoría Acidogénica.
- B) Teoría Proteolítica.
- C) Teoría Multifactorial.

A) Teoría Acidogénica. Un grupo de investigadores, publicó desde 1867, - la teoría de que la caries era causada por bacterias productoras de - ácido; MILLER posteriormente encontró microorganismos en la dentina - cariada y reportó que la caries se debía a los ácidos liberados por - las bacterias, tales ácidos disolvían los elementos inorgánicos. MI- LLER encontró también que los almidones, los azúcares y la carne incu bados in vitro con saliva y mantenidos a la temperatura corporal, pro ducían ácido capaz de descalcificar dentina sana.

Es decir, esta teoría sostiene que el ácido producido por alimentos o bacterias es el que descalcifica el esmalte.

B) Teoría Proteolítica. Esta teoría sostiene que la parte orgánica del esmalte juega un papel importante en el proceso carioso, el esmalte tiene estructuras de material orgánico (laminillas del esmalte), éstas pueden ser senderos para los microorganismos a través del esmalte.

Algunos investigadores admitieron que la proteólisis estaba acompañada de formación de ácidos e inclusive demostraron que los microorganismos, destruían la porción inorgánica del esmalte.

C) Teoría multifactorial. Esta teoría surge en 1947 y sostiene que la caries surge por la relación de tres factores. Factores relativos al diente, a la saliva y a la dieta.

a) DIENTE

Composición

Características morfológicas

Posición

b) SALIVA

Composición

P. H.

Cantidad

Factores antibacteriales

c) DIETA

Características físicas

Calidad de la dieta

Contenido de: Vitaminas. carbohidratos, fluor.

**La caries puede clasificarse de acuerdo a su localización en los -
dientes en:**

- 1) Caries de fosetas y fisuras**
- 2) Caries de superficie lisa**
- 3) Aguda**
- 4) Crónica**

II Caries dental y Dieta

II CARIES DENTAL Y DIETA

Los carbohidratos, grasa y protefnas, son los alimentos más comunmente ingeridos por toda la población a nivel mundial.

CARBOHIDRATOS. Son los más cariogénicos, principalmente por la sacarosa, ya que al entrar en contacto con la placa dental bacteriana, produce ácidos que destruyen al diente. Las bacterias degradan la molécula de sacarosa en dextranas y ácidos, el dextranà extracelular ayuda a la acumulación de placa bacteriana a la superficie del diente. Los áci-- dos producen la desmineralización de la superficie del esmalte. El -- dextrana intracelular actúa como alimento de reserva de la bacteria pa-- ra la producción de ácido prolongado.

Para que se produzca la caries dental, los carbohidratos deben:

- 1) Estar presente en la dieta en cantidades significativas.
- 2) Desaparecer lentamente, o ser ingeridos frecuentemente.
- 3) Ser fácilmente atacados por bacterias cariogénicas.

La sacarosa se encuentra presente en la dieta como azúcar refinada o - de caña y se le ha llamado "criminal del arco" de la caries dental, -- por su amplio empleo en la dieta cotidiana, y los informes que existen sobre su capacidad de favorecer el crecimiento y proliferación de bac-- terias cariogénicas.

GRASAS. Son consideradas cariostáticas por la capacidad que se encuentra en ellas de producir una película aceitosa protectora sobre la su--

perficie de los dientes y previene la penetración de ácidos al esmalte.

Se dice que tiene acción antibacteriana cuando se es mezclada con carbohidratos, pues éstos disminuyen su acción cariogénica.

PROTEINAS. Son nutrientes que requiere el organismo para su crecimiento óptimo, la conservación y reparación de los tejidos la síntesis de muchas de éstas constituyen el organismo, tales como: anticuerpos, hormonas y enzimas.

A nivel bioquímico; las proteínas son moléculas formadas por miles de átomos que forman cadenas de aminoácidos; habiendo dos tipos de éstas: - Proteínas vegetales y proteínas animales. Sin embargo, sus funciones son las mismas.

Funciones de las proteínas:

- 1.- Formación y renovación de tejidos corporales.
- 2.- Funciones enzimáticas y hormonales.
- 3.- Funciones defensivas (formar anticuerpos).
- 4.- Distribución del agua contenida en el cuerpo.

Ya que las proteínas se empiezan a metabolizar al entrar en contacto con la mucina (componente de la saliva), hacen que el agua se distribuya por toda la cavidad bucal y así se acumule más placa dentobacteriana.

III Higiene bucal

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es un procedimiento que realiza el paciente en su hogar y consiste en la eliminación de restos alimenticios, depósitos blandos y placa bacteriana.

La falta de higiene bucal o la higiene defectuosa y no sistemática, son los factores más preponderantes, ya que facilitan la acumulación y formación de la placa dentobacteriana.

Elementos para una adecuada higiene bucal:

- Cepillo y pasta dental.
- Pastillas y soluciones reveladoras de placa dentobacteriana.
- Palillos estimuladores dentales y cepillos interproximales.
- Frecuencia del cepillado.
- Tipos de cepillo a usar

Secuencia de enseñado de cepillado:

- Demostrar técnica de cepillado en un modelo.
- Que el paciente cepille los dientes delante de un espejo.
- Señalarle sus errores hasta que los corrija.

Características del cepillo dental:

- Adecuado en tamaño, forma y textura
- De fácil y eficiente manipulación
- Fácil de limpiar y que no retenga partículas nocivas

- Durable y barato
- De puntas redondeadas.

Componentes de las pastas dentales:

- Abrasivo. Para pulir.
- Agua. Para consistencia.
- Humectantes. Para evitar sequedad,
- Detergentes. Para facilitar la limpieza.
- Agentes terapéuticos. Usos varios (FLUOR)
- Colorantes, saborisantes.

Objetivos de las pastas dentales:

- Limpieza y pulido de los dientes.
- Disminución de la incidencia de la caries.
- Promoción de la salud dental.
- Dar sensación agradable de limpieza bucal.

Hilo dental.

- Debe ser suave para remover la placa bacteriana y los residuos en las zonas proximales afectadas.

Componentes deseables de las pastillas reveladoras.

- Capacidad para teñir la placa bacteriana, de tal modo, que resalte de las porciones más limpias de los dientes.
- Ausencia de retención prolongada de colorante.
- No debe afectar obturaciones.
- No debe causar efectos perjudiciales sobre la mucosa, ni algún daño, -

provocado por la ingestión accidental, evitar reacciones alérgicas.

- Debe tener un sabor agradable.

El comienzo de la higiene oral debe ser desde que los dientes estén brotando; deberán limpiarse con gasas húmedas o isópos.

Al año y medio deben limpiarse diariamente en las noches, por dentro y -- por fuera.

De dos a cuatro años de edad, se usará la técnica de cepillado horizontal, circular o de fregado.

De cuatro a ocho años de edad, con la técnica de Fones.

De ocho años en adelante, se utiliza la técnica de Bass; esta es la técnica más recomendable.

Técnica de Bass.

También se le llama limpieza del surco gingival, se utiliza un cepillo suave, colocándolo a cuarenta y cinco grados con respecto a el eje longitudinal del diente con las cerdas hacia apical, con movimientos suaves y cortos de adelante hacia atrás.

MÉTODOS DE ENSEÑANZA DE LA HIGIENE DENTAL

Estos métodos se deben de difundir en:

- A) Las escuelas**
- B) Clínicas odontológicas**
- C) En el consultorio privado**
- D) En las comunidades**
- E) En brigadas**

**IV Placa Dento Bacteriana como factor
predisponente en la caries dental.**

PLACA DENTOBACTERIANA, COMO FACTOR PREDISPONENTE EN LA CARIES DENTAL

El principal factor etiológico de la caries es la acumulación de la placa dentobacteriana sobre las superficies dentales y gingivales.

El control de la placa debe de ser de vital importancia en la práctica de la odontología. Todos sabemos que el mejor tratamiento dental fracasará, si se carece de un programa de higiene oral adecuado y sistemático.

Existe el método clásico por el cual se puede lograr el control de placa- y consiste en la remoción de la placa por medios mecánicos como lo es, el cepillado dental.

PLACA BACTERIANA.

Denominada también placa dental, es una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y a la mucosa gingival y está formada principalmente por colonias bacterianas, agua, células epiteliales descamadas, glóbulos blancos y residuos alimenticios.

Esta placa necesita de un adhesivo para mantener unidas las colonias entre sí y al esmalte dentario.

Esta función adhesiva está formada por varios polisacáridos sumamente viscosos y los más comunes son los llamados dextranos y levanos que son sintetizados por los micro organismos, en especial de la sacarosa (azúcar común).

El estreptococo mutans es el principal responsable de la formación de -- dextranos, en tanto que el actynomices viscosus, desempeña su papel en - la formación de los levanos.

Los ácidos cariogénicos están formados por los microorganismos en el interior de la placa y el P H de ésta última, está en relación con la ma-- yor o menor concentración microbiana.

La placa dentobacteriana forma parte de lo que se ha denominado integumentos dentales de la boca incluyéndose entre éstos:

Película adquirida.- Es una delgada capa o película acelular

Placa dental.- Depósito suave, blanquecino además de origen microbial.

Materia alba.- Depósito suave, blanquecino sin arquitectura específica.

Restos alimenticios.- Alimentos retenidos, frecuentemente removido por - saliva y por la acción muscular de la boca.

DESARROLLO DE LA PLACA.

La placa dental comienza su desarrollo a partir de la película adquirida que es de origen salival, es una película o matriz orgánica, sin estructura, perceptible que permanece casi totalmente libre de células bacterianas, desde las doce horas hasta las veinticuatro horas siguientes.

Los microorganismos se van agregando y colonizan la pellicula junto con células epiteliales de exfoliación, y productos microbianos.

La secuencia de la formación de la placa según Eastcott y Stallard, se explica como sigue:

- Primera hora no se nota ningún cambio en la superficie dental.
- Segunda hora se observa una capa ondulante, casi continua, de apariencia granular y se notan las primeras bacterias.
- Tercera hora, la superficie está completamente cubierta y el material que la cubre es lisa, sin depresiones.
- Cuarta hora, la superficie se ve con finas depresiones y con bacterias en zonas indefinidas y no generalizadas.
- Quinta hora, la superficie se ve cubierta con un material que presenta salientes redondas, en toda la superficie ya se observan (cocos).
- Décima segunda hora, se sigue viendo la cubierta con ligera apariencia granular y con algunos cocos.
- Décima cuarta hora, la mayoría de la cubierta se ha perdido y pequeños rodetes de bacterias aparecen por primera vez (estreptococos, neisseries y nocardias)

- Cuadragésima octava hora, se observan bacterias filamentosas.
- A los nueve días se ven espirilas y espiroquetas.

Para la colonización de la placa se necesita dos procesos esenciales:

- 1.- Adhesión, fijación o implantación de los microorganismos. En la pellicula o en la superficie dental dada por polisacáridos extracelulares como las dextranas o probablemente por receptores presentes en la superficie celular como también la unión interbacterial.
- 2.- El crecimiento y multiplicación de los microorganismos una vez fijados a la superficie dental.

Composición de la placa.

La placa consiste principalmente de microorganismos, células epiteliales, leucocitos, macrófagos y una matriz extracelular adherente, 80% de agua y 20% de sólidos.

Para que la placa tenga una bien organizada estructura es necesario que exista una matriz que permita la colonización bacteriana, la mecánica de la formación de esta matriz a partir de la pellicula adquirida es desconocida, aunque se cree que tiene que ver con la saliva, con el metabolismo bacteriano a partir de nutrientes ingeridos o una combinación de ambos.

Dentro de los microorganismos más frecuentes encontrados, tenemos que en

una fase inicial hay cocos, estreptococos viridians y mutans, estafilococo dorado y albus, así como algunas especies de lactobacilos. Eventualmente hay actinomicetes y norcadias. Se han visto evidencias de que el -- estreptococo mutans y sangis residen preferentemente en las superficies dentales, y las espiroquetas y el bacilo melaninogénico en el surco gingival.

Metabolismo de la placa.

La presencia del estreptococos mutans es importante pues presenta la habilidad de sintetizar los polisacáridos extracelulares a partir de la sa carosa, así también el actinomicete y viscosus, es sabido que dichos polisacáridos tienen algo que ver con la adherencia de la placa.

La placa tiene un PH variable con tendencia a aumentar, si se come algo dulce, pero después de la masticación no baja de 5.7.

También se sabe que para producir caries se necesita un PH ácido.

Metabólicamente, la placa es un sistema, con considerable actividad variando ésta por la dieta, la saliva, el fluido cervical y los descamati--vos bucales.

Los factores intrínsecos como los componentes de la cavidad bucal y la -- flora bacteriana y los factores extrínsecos, como antibióticos y la comida, juegan un papel importante en el mantenimiento de la placa.

Potencial patológico de la placa.

Como ya se mencionó la placa forma parte importante de los procesos de ca

ries y enfermedad parodontoal.

Para que se establezca la caries debe existir una interacción entre la placa, el huésped (diente), el sustrato y el tiempo; además de varios factores que aunque no son fundamentales, pueden influir como la raza y el sexo, la herencia, la salud general, la zona geográfica, la saliva, la estructura dental posición dental.

Acerca de la enfermedad parodontal, diremos que se han hecho muchos estudios que demuestran que la acumulación de la placa dentobacteriana en la región del margen gingival producirá, inicialmente inflamación y eventualmente destrucción del tejido paradontal.

Prevención de la placa.

El diagnóstico temprano, y la remoción regular y sistemática de los depósitos bacterianos, es la parte más importante en el tratamiento preventivo de las enfermedades parodontales y caries.

En los seres humanos la placa forma una armazón que se calcifica y si queremos prevenir la formación del sarro, este proceso debe ser interrumpido tempranamente en la interfase formada por la superficie dental y el medio bucal.

Los estudios en la prevención de la placa están esencialmente encaminados a interferir en cualquiera de los tres pasos principales:

1.- La fijación del material proteínico al esmalte libre o cubierto por la película.

2.- El crecimiento de microorganismos y matriz en el esmalte.

3.- La transformación de la placa suave en la estructura dura y mineralizada.

Actualmente, el mejor método para prevenir el desarrollo de la placa, es la remoción mecánica, utilizando el cepillo dental y los auxiliares orales.

**V Características psicológicas del niño
en las diferentes etapas de desarrollo**

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO

1) Recién nacido.

Al nacer el niño provee un gran sentido emocional que incluye el miedo, alegría y hambre.

En ocasiones acuden al dentista los padres para que examinen a su hijo, que en ocasiones todavía no ha cumplido el año de edad, esta petición puede ser a la existencia de un diente natal, erupción retardada de los dientes, a la presencia de dientes deformados o manchados, a inserciones de los frenillos anormales.

Al niño no debe examinársele en la recepción debido a que no se requiere una buena fuente luminosa, al momento de pasar al consultorio el niño deberá de hacerlo con la madre y pedirle que se siente en el sillón dental con un cojín para recargar la cabeza del niño así podrá sujetar al niño, para que el Odontólogo examine la boca del infante. El Odontólogo debe de evitar movimientos bruscos, para no asustar al niño. Deberá de comunicarse a la madre, que los gritos de su niño son una respuesta normal a esta edad.

2) Niño de dos a tres años de edad.

No tiene la capacidad suficiente para permitir relaciones interpersonales prolongadas; él prefiere aún el juego solitario y le gusta más mirar lo que los niños juegan, que participar en él. El niño de esta edad no permite que otros niños jueguen con sus juguetes, se divier-

te más con juguetes que tengan movimiento, como por ejemplo coches, - tren, carreola, etc..

En algunas ocasiones, el Odontólogo tendrá que tratar con niños de - dos años de edad, por lo que es conveniente observar su conducta y - conocer su comportamiento a esta edad, para mayor comprensión con -- éste.

Su vocabulario es en esta edad muy pobre por lo que su capacidad de comunicación es difícil. El vocabulario varía entre doce y mil pa- labras.

A esta etapa se el conoce como "Precooperativa", el niño es demasiado pequeño para comprender todo con palabras, es necesario que to-- que y conozca los objetos, para que se familiarice con éstos.

El Odontólogo debe permitir al niño, que participe en el consulto-- rio dental, como por ejemplo: Que sostenga el espejo, que sienta la taza de goma, que huela la pasta. Al hacerlo, tendrá una mejor --- idea de lo que el Odontólogo va hacer.

En esta edad el niño casi sin excepción debe de pasar al consulto-- rio acompañado de su padre o madre.

Niño de tres años de edad.

El niño a los tres años de edad es más sociable, trata de agradar y conformar a los demás, se puede pactar con él, es susceptible a las

alabanzas en esta etapa, sobre todo, son muy cooperativos, por eso - se conoce como la edad del "yo también".

El Odontólogo puede comunicarse con más facilidad con el niño de tres años de edad, pues éste es más conversador y con frecuencia, cuenta - historias al dentista, es conveniente señalar los factores positivos.

A esta edad, pueden ya pasar solos al consultorio dental, en cuanto - están familiarizados con el personal y los procedimientos.

3) Niño de cuatro a seis años de edad (Preescolar).

En los niños de cuatro a seis años de edad, es la etapa del "por qué" y el "cómo", es cuando el niño se cree independiente y crea en ocasiones resistencia, en esta edad, es un gran conversador, puede vestirse sólo, jugar con compañeros, su vocabulario ya es más amplio, por lo - que ya puede contestar por sí sólo, puede llegársele a él alabando su independencia. Son cooperadores y muy imaginativos.

El niño a esta edad escucha con gran interés y gentilmente responde - bien a las indicaciones que se le hacen verbalmente.

Los niños a esta edad tienen una mente vivaz y tienden a exagerar sus conversaciones.

Niño de cinco años de edad.

En esta edad el niño ya no es tan imaginativo, en algunas ocasiones - diferencia entre verdad y mentira, es seguro de sí mismo, le gusta -- terminar lo que ha comenzado, ya está capacitado para aceptar ciertas reglas.

La relación personal y social están mejor definidas, ya que el niño no siente temor al dejar a sus padres en la sala de espera.

Para que el preescolar se adapte con rapidez y se sienta a gusto en el consultorio, todo el personal deberá reflejar amistad e interés.

El Odontólogo debe mostrarse contento, al ver al paciente niño y expresar ese contento con voz suave.

El niño de seis años.

A esta edad, ya tiene interés por las personas fuera de su hogar, la independencia es característica de esta edad, su sentido de sociabilidad es mayor, ya que asiste a la escuela y se separa de los lazos familiares.

Sus manifestaciones tencionales son mayores, a esta edad suele haber preguntas de temor, muchos de los preescolares tienen temor a los perros, a lo desconocido, a los traumatismos en su cuerpo.

El niño a esta edad no depende únicamente de la autoridad familiar, por lo que dentro del tratamiento odontológico, podremos lograr cierta autoridad escolar.

4) Preadolescente.

Entre los ocho y trece años, tienden en ocasiones a tomar actitudes de adultos, es la edad también de la competencia.

5) Adolescentes.

A esta edad tratan de agradar y ser admirados por todos. Tienden a

adoptar posturas de adulto, a su vez detestan a éstos, así como las críticas de su cabello, vestir, etc.

Es importante que en el consultorio, se le haga sentir importante, -- como por ejemplo, fijar las citas con el adolescente, pedirle su opinión sobre algo del consultorio, darle a él las instrucciones de la higiene oral.

VI Patrones de conducta de los padres

PATRONES DE CONDUCTA DE LOS PADRES

Pocos padres comprenden la desventaja del Odontólogo cuando le presentan a un niño con miedo, temor, asustado, con conducta negativa al tratamiento odontológico. Es por esto, que la preparación de los padres para la primera consulta sea importante.

1.- Protección excesiva de los padres.

El niño necesita afecto y cariño, cuando el impulso es exagerado de los padres, puede interferir en la educación de los niños; generalmente el niño con protección excesiva no puede por lo general tomar decisiones por sí sólo.

Los padres que sobre protegen a sus hijos presentan niños delicados, temerosos, tímidos, estos niños no son agresivos y por lo general -- necesitan un empuje social.

El Odontólogo tiene que romper esa timidez haciendo que confíe en su capacidad de ser un magnífico paciente.

No es raro que estos padres insistan en pasar con el niño a la consulta odontológica, con estos padres debe una tener mucho tacto.

Exageración de mimos es común en los abuelos, sobre todo, si el nieto pasa gran parte del día con ellos, especialmente si el padre o la madre están ausentes la mayor parte del día.

2.- Indiferencia o rechazo.

Puede considerarse varios grados de indiferencia, causada por el trabajo o debido a problemas emocionales de los padres.

El padre que es indiferente con sus hijos, hace que éstos se sientan olvidados e inferiores, inseguros de sí mismos y del lugar que ocupan en la sociedad; desarrollan resentimientos, son poco colaboradores. Los niños no deseados sufren de afecto y principalmente de --- amor y generalmente son tratados con desprecio y en algunas ocasiones con brutalidad, se les critica públicamente. Es lógico que estos niños no se estimen así mismos se vuelven suspicaz, vegetativo, combativo, poco popular, nervioso, o demasiado activo.

Este niño en el consultorio dental es difícil de manejar. La desobediencia de este niño no deberá de ser tratada como rechazo, sino comprendiéndolo y haciéndose amigo de él, en lo posible sus peticiones---deberán de respetarse, porque estos niños necesitan de mucha atención y bondad. En muchos casos el niño rechazado se porta mal para llamar la atención, se le va a enseñar que el tratamiento dental, es mucho más agradable cuando se porta bien.

3.- Padres dominantes.

Los padres que son dominantes, exigen a sus hijos más responsabilidad que la que deben de asumir a su edad, son extremadamente críticos, exrictos a veces cuando no cumplen con las cosas que obligan a los niños, los rechazan. Estas molestias y críticas constantes de sarrollan en el niño resentimiento, evasión, inquietud, sumisión. --- Tiene miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes, despa

cio y con el mayor retardo posible. Estos niños llegan a ser buenos pacientes odontológicos, si son tratados amablemente.

4.- Ansiedad excesiva de los padres.

Se caracteriza por preocupación excesiva de los padres a los niños y esto es el resultado de una enfermedad, accidente o tragedia familiar anterior. Se demuestra al niño exceso de afecto, protección, mimo, no se le permite al niño, que juegue sólo o trabaje, se exagera en las enfermedades leves. Los niños generalmente son tímidos, temerosos y huraños, les hace falta capacidad para tomar sus propias decisiones. Son generalmente buenos pacientes pero constantemente hay que reforzar su seguridad.

5.- Identidad.

Estos casos son cuando los padres, tratan de revivir sus propias vidas en sus hijos, dan al niño todo lo que fué negado para ellos --- Este niño llora con facilidad no tiene confianza en sí mismo y hace pocas cosas por miedo al fracaso.

Al tomar en cuenta las actitudes de los padres, es necesario cierto grado de dominación por parte de estos y sumisión por la de los hijos para que se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que tienen presiones desagradables en su casa, por los padres, suelen aceptar las experiencias exteriores con animación e interés. Si el dominio de los padres se administra adedadamente y se es justo, tenderán los niños a ser buenos pacientes dentales. El niño que crece sin presión paterna, crece con dificultad para adquirir la capacidad de acentuar las situaciones de la vida, propiciará el tratamiento dental, es sólo uno; ningún niño deberá venir sin compañía, ya que es una experiencia nueva para él.

El hijo único o adoptado puede recibir demasiadas indulgencias de sus padres, tendiendo éstos a ser desobedientes, egoístas y sobre todo a tener mal genio. Si las actitudes de los padres son moderadas, el niño puede estar bien centrado, la relación entre hermanos también influye en el comportamiento del niño, la dominación de un hermano mayor, la rivalidad que puede existir entre éstos, puede influir en el comportamiento odontológico del niño.

Los hogares de padres divorciados pueden ser dañinos para una buena personalidad, pueden llevar sentimientos de culpa, inseguridad, apatía, de presión, sin embargo, los matrimonios desechos son menos destructivos para la formación del carácter que los desajustes y conflictos de un matrimonio mal llevado.

Un hogar armonioso es aquel en que los niños son queridos y educados -- con amor y comprensión, es excelente para la formación de carácter y -- personalidad.

Existen diferentes tipos de padres y esto trae como consecuencia pequeños pacientes de diferentes conductas, y esto debe ser controlado por el Odontólogo. Pero si se deberá indicar a los padres la necesidad de considerar ciertas indicaciones a su niño, con el fin de facilitar el tratamiento dental.

No hablar en forma exagerada de la visita al dentista, limitarse a decirle al niño, en forma simple, que juntos irán al dentista a que le cure sus dientes.

No se deberá mentir a el niño en lo que respecta a la visita a el dentista; como por ejemplo, que no le van a inyectar.

No tratar de vencer el miedo, por medio de burlas o ridiculizándolo -- frente a el dentista.

No tomar la odontología como amenaza o castigo.

No se deberá hacer comentarios delante de los niños sobre temas que puedan causarle temor.

Los padres no sólo tendrán la misión de llevar al niño al consultorio dental, sino que deberán intervenir para el buen cuidado de sus dientes mediante consejos, pláticas e inclusive ir juntos a sepillarse los dientes, para transmitirle así el hábito.

VII Tipos de conducta en el niño

TIPOS DE CONDUCTA EN EL NIÑO

- 1.- Niño tímido, vergonzoso, asustadizo.
- 2.- Consentido o incorregible.
- 3.- Desafiante.
- 4.- Miedoso.
- 5.- Enfermo.

NIÑO TIMIDO, VERGONZOSO, ASUSTADIZO

El temor es uno de los estados emocionales que frecuentemente se experimentan en la infancia, hay varias razones por las cuales el niño se convierte en tímido, vergonzoso, o asustadizo, en algunas ocasiones puede deberse a una experiencia social limitada o a una sobreprotección de los padres, por ser hijo único.

Es fácil descubrir para el Odontólogo al niño asustado, ya que tratará de esconder la cara, detrás de su madre o padre, mirará a otra parte, -- cuando se le esté dirigiendo la palabra. Este niño responde con pocas palabras y hace pocos comentarios, esta es una de las reacciones, comunes en los niños de edad preescolar o en niños que no han ido al jardín de niños.

En estos casos, el Odontólogo deberá conocer al niño a través de la madre. Investigar qué es lo que le gusta al niño, que hobby tiene, conocer su nombre de pila, y como se le llama de cariño.

NIÑO CONSENTIDO O INCORREGIBLE

El Odontólogo distinga al niño mimado o incorregible, por la exagerada-

facilidad que los padres demuestran al perdonarlo o por el rechazo de los padres con los niños. Este niño puede golpear, patear, tirarse al suelo, estar de mal humor sin motivo alguno; intentando por estos medios llamar la atención de los padres, hasta conseguir que lo lleven a casa o por lo menos que lo saquen del consultorio dental. Por lo general el padre o la madre empiezan, en ese momento, a ofrecer varias promesas. Si el Odontólogo muestra que está enojado, irritado o expresa antipatía por el niño, el padre se dará cuenta de tales situaciones y tendrá un motivo, para asumir una actitud protectora hacia el hijo. Este niño, puede también percibir, cualquier signo de enojo por parte del Odontólogo, la reacción del niño será inconveniente. Por lo cual el Odontólogo no deberá mostrar enojo, debe hacer todo lo posible por tratar de explicar al niño, las razones por las cuáles tiene que acudir al tratamiento dental, el Odontólogo deberá tomar todas las precauciones, con el objeto de completar el tratamiento odontológico, actuando con gran afecto.

Cuando el paciente pone obstáculos, por algún tiempo o no acepta cualquier acercamiento o comentario razonable con el Odontólogo, se deberá acudir a conversar con el padre, para estar de acuerdo en el procedimiento del niño. Si el padre coopera y decide continuar el tratamiento en la forma recomendada por el Odontólogo; el primer paso será convencer al pequeño paciente, para que acepte ser ayudado y tan pronto como el tratamiento se termine, podrá volver a su casa. En ocasiones se tendrá que separar al niño, de la madre o acompañante, éste deberá esperar en la sala de espera. El niño en ocasiones se resistirá, a los esfuerzos, para retenerlo en el sillón dental y no dejará de llorar.

Durante el llanto no puede oír ni entender los comentarios del Odontólogo y el resultado será una completa falta de cooperación del niño.

Si continúa llorando, y se niega a responder a los comentarios amables, como último recurso, se le sostiene firmemente las manos y los pies; la mano del operador, se coloca con firmeza sobre la boca y nariz del paciente, durante cinco o diez segundos y se trata de explicar, que no será necesario hacerlo, pero se procede así hasta que deje de llorar.

Este sólo tratamiento, es por lo general suficiente, aunque en algunas ocasiones, es necesario repetirlo varias veces; pero casi siempre el --- Odontólogo debe ser el dueño de la situación.

El Odontólogo una vez que ya controló al paciente niño debe felicitarle sinceramente y, de ser posible hacerle sentir importante, tomando participación en el consultorio dental, como pedirle que se sostenga el espejo dental etc. Posteriormente, cuando se ha terminado el tratamiento, se le dirá que se está orgulloso de él, se le comunicará a su madre o padre, cuál fue el tratamiento efectuado. El paciente ganará más confianza en cada nueva visita.

NINO DESAFIANTE

Algunos pacientes niños que están demasiado protegidos por sus padres, desafían al Odontólogo para que intente hacerle cualquier trabajo. Estos niños no lloran y rara vez dicen mucho. La expresión más común es que el paciente niño no quiere abrir la boca.

Este niño por lo general es altanero y si se consigue cooperación, hay que soportar su fanfarronería. Cuando se ha obtenido la confianza y -- consentimiento del padre para que el niño pase sólo al consultorio dental, el problema está resuelto, estos niños llegan a ser buenos pacientes dentales y se convierten en amigos en corto tiempo.

NIÑO MIEDOSO .

El Odontólogo se encuentra con obstáculos de ciertos comentarios en diarios, revistas, películas. Esta publicidad que crea risa, desanima a -- mucha gente para visitar el consultorio dental.

En muchas ocasiones los padres suelen tomar, como amenaza llevarlos al - dentista, si el niño no se porta bién; por lo tanto está ocasionando que el paciente niño, tenga miedo a asistir a la consulta dental. En otras- ocasiones los padres o familiares hacen algún comentario negativo respecto al Odontólogo para crear en los niños miedo, causando falsas experiencias ajenas a él.

La primera visita del paciente niño, se le debe dar a conocer todo lo -- que el dentista hace realmente y explicar que no se extraen muelas, sólo que sea necesario. Debe decirsele siempre la verdad y que se desea que él también nos la diga.

Al dar confianza al paciente niño, será la forma de ser vencido el miedo.

EL NIÑO ENFERMO

En niño enfermo, debe de recibir un tratamiento mínimo y necesario, para calmar el dolor y eliminar cualquier infección, si es aconsejable, que - sea hasta que esté lo suficientemente fuerte, para completar el trata--- miento dental.

**VIII Aspectos psicológicos infantiles dirigidos
a la práctica odontológica.**

ASPECTOS PSICOLOGICOS INFANTILES DIRIGIDOS A LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

Cuando el Odontólogo tiene la responsabilidad de trabajar con pacientes-
niños, debe prever que la tarea no resulte difícil.

Requiere de la adquisición y utilización de amplios conocimientos y técnicas odontológicas, siendo gran parte de ellas similares a las usadas -
con los adultos, existiendo otra parte cuyo uso es exclusivo para niños.

Si el Odontólogo es consciente y se esfuerza por dominar las situaciones
con pacientes niños, se dará cuenta que trabajar con niños, es una de --
las experiencias más satisfactorias.

La odontología infantil generalmente se trata de la prevención. El den-
tista que trabaja con niños, tiene tres responsabilidades:

- a) Con su paciente
- b) Consigo mismo
- c) Para la comunidad

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.

DECORACION.- Deberá considerarse el tipo de decoración del consultorio, prestando principal atención al ambiente de éste, donde haya una atmósfera familiar y amistosa, lo más parecida al ambiente en que se desarrolla el niño; por que ayudará a establecer el contacto inicial; como la música, canciones de cuna; paisajes en el espacio del Oeste, caricaturas, etc., ayudan a desvanecer el miedo y dan un toque cálido y de fantasía al consultorio dental. Una pecera es siempre, una fuente de entretenimiento, ésta puede ser instalada en la sala de espera o dentro del consultorio dental. La música es un buen relajante en la sala de espera -- tiene efecto reconfortante, tanto para los padres como para los niños. -- Además, el niño pequeño, puede también interesarle las revistas, libros de cuentos, así como revistas para los adultos.

PAPEL DEL ODONTOLOGO

Es recomendable que el Odontólogo sea amistoso, atento y amable con el niño y sus familiares. El Odontólogo dará con inteligencia a entender al niño, quién es él para que obedezca las órdenes dentro del consultorio dental; puesto que algunos niños abusan de la amistad, que se les -- brinda y tratan de manejar al dentista.

La ropa que debe usar el Odontólogo es recomendable que no sea blanca, más bien de un color claro, lo que evitará asociaciones de ideas con experiencias negativas, que hayan vivido con otros médicos y hospitales.

El Odontólogo será capaz de contestar inteligentemente las preguntas, de los pacientes y sus padres, para transmitir la seguridad y los cuidados dentales adecuados.

La buena Odontología no empieza en el sillón dental, sino en el hogar, - con una buena higiene bucal adecuada, la participación de los pacientes y de la comunidad para las fluoraciones. De esta manera se puede efectuar la odontología preventiva sin el sillón dental.

PRIMER ENCUENTRO ENTRE EL NIÑO Y EL ODONTOLOGO

El Odontólogo y sus colaboradores deberán recordar que el niño, desconoce por completo el tratamiento dental.

Las primeras visitas deben efectuarse en forma tal, que el niño tenga -- una experiencia interesante y agradable.

El primer objetivo en el manejo exitoso, es establecer confianza y comunicación donde sienta que el Odontólogo y sus colaboradores sean, sus -- amigos que estén interesados en ayudarlos, esto puede lograrse, haciendo que el niño tome conciencia de la importancia de su cuidado bucal.

PASOS QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA EN EL PRIMER ENCUENTRO DEL NIÑO CON EL ODONTOLOGO.

- Que no sea larga la espera.
- Saludar al niño amistosamente, tanto el doctor como sus ayudantes, de bemos inspirar confianza en lugar de miedo.
- Evitar hablar con voz fuerte y golpeada y menos movimientos bruscos.
- No utilizar un lenguaje rebuscado, ni de bebé, sino expresiones claras, comprensibles adecuadas a cada edad del niño.
- Debe evitarse el uso de palabras que signifiquen dolor, infección, inyección, por lo tanto hay que instruir en este sentido a los ayudantes y padres.

- Deberá mantenerse el consultorio dental, agradable, limpio, evitar cosas impresionantes a la vista del niño.
- Todo instrumento antes de llevarse a la boca, deberá mostrarse y explicar su función, permitiéndole que lo toque.
- El tiempo de atención deberá ser corto, no más de veinte a treinta minutos.
- Si la primera visita, llega el niño con alguna urgencia, como por ejemplo, dolor o accidente dentario, se le dará el tratamiento lo menos traumático posible.
- Cuando el niño llegue acompañado de sus padres o de algún acompañante, ellos brindarán un sentimiento de protección; pero no deben inmiscuirse en el desarrollo del tratamiento odontológico. En ocasiones los niños pueden ser espectadores del tratamiento odontológico, esto resulta ventajoso por su valor educativo.
- Puede afirmarse que para el Odontólogo, con buena disposición y preparación profesional, puede atender a niños de cualquier edad y etapa evolutiva; a veces resulta necesario, cierta severidad para poder realizar el tratamiento odontológico. La ética profesional prohíbe rechazar el tratamiento de un niño.

Niños que en su casa son indisciplinados, en ocasiones en el consultorio dental son disciplinados. Está en la intuición del Odontólogo elegir el momento propicio para poder proceder con energía.

**IX Reacciones infantiles a las experiencias
Odontológicas.**

REACCIONES INFANTILES A LAS EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS

- 1.) Temor
- 2.) Ansiedad
- 3.) Resistencias
- 4.) Timidez

1.- Temor. El temor es una de las emociones que más frecuente se presentan en la infancia.

Lewery estima, que el temor es en la mayoría de los casos cultivado en el hogar, tal como los estallidos de amor o rabieta.

Sin embargo, los niños parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad. Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, este es un temor adquirido por imitación de aquellos que temen. Un tercer temor resulta de experiencias propias desagradables.

No debemos de suponer que todos los niños temen al tratamiento dental, sino pensar que pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

El Odontólogo deberá comenzar con el niño y procurará enterarse de la causa del temor. El Odontólogo procederá a borrar la imagen equivocada del tratamiento odontológico mediante explicaciones o demostraciones. Las explicaciones deberán enfocarse hacia lo que hará o está haciendo, uso del instrumental, hasta llegar a los procedimientos normales de rutina, que sean necesarios para el servicio dental. Si bien el control con la voz es suficiente para superar los temores del niño, en algunas acciones será necesario emplear restricción para poder pro

bar al niño que el procedimiento es en verdad, distinto de lo que él imagina o se le había dicho.

- 2.) **Ansiedad.** La ansiedad e inseguridad está probablemente relacionada con el estado de temor. Los niños angustiados, se asustan ante toda nueva experiencia, su reacción puede ser el berrinche, el niño que hace demostraciones de rabietas en su hogar se le recompensa, esto puede convertirse en hábito. Cuando el niño se comporta en forma similar en el consultorio, el Odontólogo demostrará comprensión y proceder con lentitud.

- 3.) **Resistencia.** La resistencia es una manifestación de ansiedad e inseguridad, que provoca que el niño se revele contra el medio, este niño puede hacer rabietas y provocar vómitos, cuando no se desea adaptar, otros se convierten en retraídos, como por ejemplo, no participando en juegos o no hablando con extraños y en algunas ocasiones ni con los conocidos. El Odontólogo debe mostrarse decidido a efectuar el tratamiento dental, pero siempre explicándole el tratamiento, nunca debe dejarse regresar al niño, sin haberle efectuado un tratamiento ligero; ya que la resistencia puede aumentar en las consultas siguientes.

- 4.) **Timidez.** Es otra reacción que se observa en los niños, en el consultorio dental, este caso es generalmente, en niños que se presentan por primera vez en el consultorio dental, la timidez puede reflejar una tensión, resultante de que los padres esperan demasiado del niño o es protegido por exceso, este generalmente presenta una relación social con poca experiencia, a este niño tenemos que crearle la seguridad permitiendo que el niño tímido pase al consultorio dental con sus padres o acompañante. Es conveniente que observe en el consultorio dental a un niño bien adaptado al tratamiento dental.

**X Fluoruros en la prevención
de caries.**

FLUOR

LOS FLUORUROS EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

Todos los alimentos en mayor o menor grado contienen fluor como son los mariscos, yema de huevo, quesos, etc.

El Flúor se mide partes por millón en los líquidos y en miligramos en los alimentos.

La aplicación de solución de fluoruros en la superficie dentaria es un método valioso en la prevención de la caries, ya que el esmalte se hace más resistente a la caries mediante la utilización de flúor.

Con el objeto de proveer de flúor al esmalte dentario, se han investigado varias formas de adicionarlo, siendo este procedimiento conocido como Fluoroterapia; dividida en Fluoroterapia Endógena y Fluoroterapia Exógena.

La Fluoroterapia Endógena.- Consiste en la administración de Flúor por ingestión tratando de que llegue hasta el esmalte dentario y se fije en este tejido.

La forma más sencilla y económica de administrar Flúor por ingestión, es -- adicionándolo al agua de consumo (este procedimiento recibe el nombre de -- Fluoruración del agua.

La diferencia de concentración de Flúor depende de las condiciones climatológicas ya que en un clima caluroso corresponde un consumo mayor de agua y la concentración de ésta deberá de ser menor. Otra forma de Fluoroterapia endógena es la ingestión de tabletas; la dosis ideal de Flúor recomendada es de un miligramo diario.

Los procedimientos endógenos son únicamente utilizables durante el período de amelogénesis. Si no se inicia una adecuada ingestión de fluoruro desde el período prenatal hasta los siete años de vida, el efecto del flúor ingerido en otra etapa, será prácticamente inútil.

FLUOROTERAPIA EXOGENA

Cuando no ha sido posible proteger al esmalte durante su formación y -- nos acostumbramos con un diente que ya ha hecho erupción y cuyo esmalte es más susceptible a caries por insuficiencia de flúor podemos incorporárselo en su estructura superficial mediante procedimientos que consisten en utilizar tópicamente fluoruros en soluciones; los compuestos más usados son: Fluoruro de Sodio, Fluoruro Estanoso, Fluoruro Fosfato Acidulado, éstos deben ser aplicados por el cirujano dentista.

También podemos encontrarlo en pastas dentífricas y en soluciones para enjuagatorios bucales, con las siguientes ventajas y desventajas.

VENTAJAS

(Dentífricos, soluciones para enjuagatorios bucales, geles, tabletas, - etc.).

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

Por su economía está al alcance de la mayor parte de las personas.

Por su facilidad de manipulación se puede realizar en cualquier momento.

DESVENTAJAS

Si no se sigue una técnica adecuada el aporte del Flúor es insuficiente.

Se puede perder la regularidad del tratamiento.

Una ingestión de Flúor sobredosificada podría en determinado momento producir daño.

Acción tóxica del Flúor.- La causa del envenenamiento por fluoruro es -- desconocida, sin embargo, es posible enunciar alguna hipótesis sobre los efectos agudos del fluoruro que pueden traducirse en importantes desviaciones del funcionamiento normal del organismo:

- a) Inhibición de las enzimas
- b) Modificación de electrólitos en el plasma.
- c) Daños específicos a determinados órganos.

Sintomatología de los envenenamientos agudos de fluoruro:

- Síntomas. Nauseas, vómito, ardor y dolor abdominal, diarrea deshidratación, debilidad muscular, escalofríos, palidez, cianosis, disnea, - latidos cardiacos poco audibles.

TRATAMIENTO

- 1.- Infusión intravenosa de solución glucosa al 5%.
- 2.- Lavados gástricos con agua de limón, ingerir agua de limón o leche.
- 3.- Tratamiento de shock con solución salina o sangre, es necesario tener al paciente abrigado, se le administra oxígeno e hipertensores, - y correcta rehidratación.

FLUOROSIS

La fluorosis, es una pigmentación anormal del esmalte ocasionada por exceso de flúor combinado con otras sales en el agua de consumo.

La característica clínica de la fluorosis dental consiste, en la existencia de pequeñas áreas discrómicas e hiperocrómicas en el esmalte; este cambio de color puede variar desde amarillo claro hasta el café oscuro, dependiendo de la cantidad de Flúor que contenga el agua de consumo así como la concentración en ella de otros minerales.

APLICACION TOPICA DE SOLUCIONES FLUORADAS AL ESMALTE

La técnica de las aplicaciones, tópica de Flúor, cualquiera que sea la solución usada o el vehículo en que se encuentre es básicamente la misma y consiste en los siguientes pasos:

- 1.- Debe de efectuarse una cuidadosa profilaxis en la superficie dentaria (mediante pasta abrasiva, cepillos o discos de hule) se debe de eliminar los restos de placa bacteriana, es conveniente hacer un enjuagatorio con algún colorante, que nos muestre si todas las superficies han sido debidamente preparadas.
- 2.- Aislar las piezas dentales para evitar la humedad, para los niños se aísla mediante rollos de algodón.
- 3.- Una vez aislado el diente se procede a secar la superficie del mismo, mediante una corriente de aire con la jeringa triple, el secado permite deshidratar ligeramente la superficie adamantina y así facilitar la absorción de la solución de fluoruro que vamos a depositar en el esmalte.

4.- Este paso será la aplicación de Flúor, cualquiera que utilicemos, debemos de tener la seguridad de que el diente queda totalmente -- impregnado de la solución de fluoruro, no es suficientemente pasar una torunda de algodón rápidamente, sino que debemos cubrir efectivamente la corona dentaria, la aplicación debe de hacerse con -- instrumentos no metálicos para no alterar la concentración de ---- Flúor.

5.- Una vez terminado, deben permanecer los rollos de algodón en su sitio, por lo menos treinta segundos para permitir la absorción de -- la solución por el esmalte antes que la saliva vuelva a tomar contacto con la superficie dentaria. Debe de recomendarse al paciente no enjuagarse la boca, ni ingerir ningún líquido, ni alimento, -- por lo menos durante una hora siguiente al tratamiento.

FLUORURO DE SODIO

Número de aplicaciones tópicas

4 cada 3 años.

Detiene la caries incipiente.

No.

Sabor de la solución

Agradable.

Irritante a la mucosa

No.

FLUORURO DE ESTAD

Número de aplicaciones tópicas

1 anual

Detiene la caries incipiente

Probablemente antes de la pérdida de la continuidad

Superficial

Sabor de la solución

Desagradable

Irritante de la mucosa
Sf.

FLUORURO DE SODIO ACIDULADO
Número de aplicaciones tópicas
1 semestral.

Detiene la caries incipiente
No.

Sabor de la solución

Agradable.

Irritante a la mucosa
No.

Bibliografía

- 1) Hotz Rudolfp: Odontología para niños y adolescentes.
Editorial Médica Panamericana.
- 2) Braver, Charles: Odontología para niños.
Editorial Mundi.
- 3) Katz, Simón: Odontología preventiva en acción.
Editorial Panamericana.
- 4) Vaogham Mc Kay, Nelson: Tratado de pediatría.
Editorial Salvat.
- 5) Finn, Dr. Sidney B.: Odontología pediátrica.
Editorial Interamericana.
- 6) Odontopediatría Facultad de Odontología S.U.A.
- 7) Patología Bucal Facultad de Odontología S.U.A.
- 8) Apuntes Patología General Facultad de Odontología s.u.a.
- 9) Apuntes de Odontología Preventiva UNITEC
- 10) Dr. Marcelo Friedenthal Diccionario Odontológico