

ejemplar
56



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA U.N.A.M.
CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM EL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO CLINICO.

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a n

Cepeda Fuenlabrada Martha Belinda
Gutiérrez Aguirre Yolanda Félix

San Juan Iztacala, Febrero de 1979.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

P R O L O G O.

Este trabajo está destinado a la mejor comprensión del manejo del paciente infantil en el consultorio del Cirujano Dentista.

Como precursor en el tratamiento al paciente infantil tenemos al Dr. Raymond (1875) el cual se expresaba de la siguiente manera: "Congraciarse con el niño y la mitad del tratamiento ha sido efectuado" lo cual subraya la importancia que tiene dar una buena impresión al niño, para lograr este objetivo primordial, es necesario tener conocimientos sobre psicología infantil, así como del desarrollo del niño, lo cual redundará en una mayor comprensión y por lo tanto atención adecuada en el paciente infantil.

La prevención de problemas que pueden perturbar la salud a nivel Odontológico, es muy importante; aún cuando ésta no se realiza únicamente en niños, son éstos los personajes principales para los programas preventivos, pues la adquisición de buenos hábitos orales durante el período infantil son determinantes para su posterior desarrollo dental.

Por lo tanto creemos que el Cirujano Dentista deberá esforzarse continuamente y realizar un enfoque adecuado, para acercarse al niño y a sus padres, evitando en ellos el temor que tengan ante el dolor, alteraciones estéticas y factores económicos.

Cabe señalar que el Cirujano Dentista no puede pretender que el niño o sus padres lo reciban favorablemente, salvo que, como profesional esté convencido que la Odontología Infantil es esencial, y esté dispuesto a realizar todos los esfuerzos a su alcance para brindar un servicio Dental adecuado.

CAPITULO II

GENERALIDADES SOBRE PSICOLOGIA INFANTIL.

LOS CONOCIMIENTOS EN EL CAMPO DEL DESARROLLO INFANTIL DEBEN ESTAR AL ALCANCE DE TODOS LOS PROFESIONISTAS CUYAS ACTIVIDADES SE RELACIONAN CON EL BIENESTAR PSICOLOGICO Y FISICO DEL NIÑO.

La conducta humana es determinada por factores tales como La Herencia, medio ambiente y múltiples sucesos que dan por resultado la personalidad del sujeto.

Los factores que han de influir en el desarrollo empiezan a surgir aún antes de que el individuo sea concebido, y no nos referimos sólo a la personalidad y madurez de los padres, sino también a las circunstancias que determinan si el embarazo es esperado, deseado, no deseado, repudiado o vehementemente anhelado. El estado emocional de la madre en cada uno de estos casos influirá definitivamente la vida del niño en el futuro.

Las primeras semanas de vida extrauterina -- son sumamente importantes para su desarrollo. El recién nacido no requiere de constante atención y gratificación, lo único que necesita es que sus necesidades básicas a esa edad sean atendidas por un ser humano que se mantenga disponible.

Entre la tercera y quinta semana de vida, el niño responde con sonrisas cuando se presenta la cara de cualquier persona, porque lo asocian con -

sensaciones placenteras que ha tenido cuando la madre gratifica sus necesidades.

Del sexto al doceavo mes el bebé pasa por -- una etapa de ansiedad cuando se le separa de la madre.

La siguiente fase aproximadamente de los 12- a los 18 meses se caracteriza por los logros motores del bebé, que empieza a caminar y domina progresivamente las cosas que le rodean.

La tercera fase se extiende de los 18 meses a los 24, se caracteriza por la aparición de las primeras verbalizaciones y un manejo de su autonomía. La expresión "NO" aparece y es utilizada constantemente, cada cosa que se le pide o se le ofrece produce un "NO" que representa el ejercicio de su autonomía.

De los dos a los tres años se hace notable su actitud de posesión, tomando algunos juguetes como inseparables, teniendolos con el todo el tiempo y hasta durmiendo con ellos.

Entre los tres y seis años de edad sigue conformandose con las normas de conducta que aprueban o desaprueban su proceder. Trata de evitar castigos por mal comportamiento, vemos por ejemplo que trata de esconder algún objeto que rompió o que culpa a otras personas o a cosas inclusive, de sus actos. En esta edad les es difícil reconocer lo real de lo ficticio, viven en estos dos mundos, y les encanta escuchar historias y cuentos de hadas,

por lo que después dirán mentiras e imaginarán cosas que cuentan como ciertas, llegando a creer en sus propias fantasías.

De los siete a los ocho años, gradualmente va dándose cuenta de lo que es bueno y lo que es malo.

En esta edad empiezan los remordimientos - cuando cometen actos indebidos, desean ser perdonados cuando hacen algo, malo, aún cuando les sea molesto admitirlo.

El dinero a esta edad es de gran importancia para ellos. Les gusta que les regalen monedas para guardarlas en alcancías o para comprar golosinas.

Facilmente son sometidos por gente extraña.

En nuestro ejercicio profesional encontramos en los niños diferentes temperamentos:

NIÑOS COOPERATIVOS.

El niño que entra sonriendo al consultorio y que se sienta gustoso al sillón, por lo general es excelente paciente; este tipo de pacientes por lo general provienen de una familia disciplinada, cuyos padres juiciosamente orientan y encauzan sus actividades.

La actitud de los hijos es el reflejo de los padres, si ellos les indican que el consultorio dental no es un cuarto de castigo sino un lugar en

el cual le pueden aliviar una molestia, al comprenderlo el chico será receptivo en su primera visita y tratará de serlo en las siguientes.

NIÑOS TIMIDOS.

Estos niños vienen acompañados de alguien -- que nos indica la razón de la visita y nos cuenta los padecimientos.

Al acercarse al sillón, se esconde detrás de su acompañante para evitar el contacto directo con el dentista; generalmente no contestan cuando se les pregunta o interroga, no miran directamente si no que rehuyen la mirada, miran hacia el suelo, -- mantienen la cabeza baja.

Las razones por las que el niño es tímido -- pueden ser: la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, poco -- afecto de los padres, ser hijo único, los sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres.

Estos niños son fácilmente manejables, pues lo que se les indica lo aceptan sin resistencia y sin comentarlo.

El niño tímido generalmente habla poco, es -- una persona pusilánime, medrosa y de poca acción, -- muy propenso a avergonzarse y no se siente seguro de sí mismo.

La asistente y el profesional deben hacer to

da clase de esfuerzos para que el niño se sienta - lo mejor posible.

NIÑOS INCORREGIBLES.

Son personas de educación deficiente por tolerancia de los padres. Cometan escenas teatrales, hacen explosión de sus emociones y estallan en chillidos queriendo evitar con ello el encuentro con el dentista. Gustan de sentirse dueños de la situación.

A los niños deberá explicarseles por qué y para qué están en el consultorio, qué es lo que se les vá a hacer. El convencimiento es el mejor medio de persuasión, pero muchas veces en este tipo-especial de niños el método más indicado es la fuerza, la que se usará no para hacerles daño, sino para mostrarles que no son los amos de la situación.

Como estos niños estallan en fuerte llanto y es imposible que nos oigan ya que no lo quieren, - esta indicado taparles la boca con la mano para -- que puedan escuchar lo que tenemos que decirles. - Es también conveniente explicarles que si lloran - sin motivo no sabremos distinguir cuando tenga molestia o cuando simplemente fuera el berrinche, -- por lo que le aconsejamos callar, o bien indicarle que de cualquier manera se llevará a cabo el tratamiento, el que se logrará mejor y con menos molestias si coopera con nosotros.

Hemos usado combinaciones de fuerza física y

convencimiento. Si reacciona bien se le felicita por haber cooperado con nosotros, lo cual lo hará sentirse orgulloso.

Estos niños son generalmente muy consentidos por ser hijos únicos, únicos en su sexo o bien ser los menores de la familia. En estos casos debemos indicar a los padres que si contamos con su cooperación fortaleciendo nuestra actitud el niño se disciplinará, en cambio si duda inclinándose a concederle preferencia, nuestra acción se habrá anulado y fracasará el tratamiento.

Es raro que el tratamiento que se ha mencionado deba repetirse en la cita siguiente. El paciente gana más confianza en las próximas visitas y se convertirá en uno de los mejores amigos del odontólogo a medida que el tratamiento adelante.

NIÑOS DESAFIANTES.

Generalmente son niños varones los que desafían al odontólogo, no lloran ni hacen escenas pero tienen frases características como: "No abro la boca", "No me importan los dientes", "No quiero -- que me toquen" etc.

Si tenemos la confianza de los padres, el mejor procedimiento es que el pequeño quede solo en el consultorio. El problema esta resuelto aplicando el mismo tratamiento anterior, esto convencerá rápidamente al chiquillo de "quien manda en el consultorio".

Hablado y ejecutando con firmeza, el niño - doblará su altivez y cooperará con nosotros. Estos niños llegan a ser pacientes excelentes y muy-buenos amigos en corto tiempo.

NIÑOS ENFERMOS.

Los tratamientos dolorosos en estos niños deben ser pospuestos hasta que se hayan recuperado, - poniendo entretanto curaciones sedantes, excepto - en casos de emergencia.

Los niños enfermizos son generalmente los mejores pacientes pues están habituados al dolor y - al sufrimiento, mientras que el que ha sido sano - presentará mayor reacción a cualquier molestia.

NIÑOS MIEDOSOS.

Las causas por las que los niños son miedo--sos dependen en gran parte de los padres.

Hay muchos padres irreflexivos que hacen comentarios como los siguientes: "Oscar, si no te --sientas y te estas quieto, el Doctor te vá a sacar los dientes".

Tal advertencia no debe pasarse por alto, sería correcto que aclarásemos: "Oscar, un dentista-nunca saca un diente, salvo que sea necesario. - - Siempre te diré la verdad, y quiero que tu también la digas, cuando estoy trabajando, si realmente te molesta levanta la mano y me detendré un momento,-

recuerda que confío en tí".

El miedo sólo puede ser vencido estableciendo confianza con el individuo.

La personalidad del niño se modela por la -- educación y por el medio ambiente, a menudo el niño de un hogar modesto es mejor paciente que el niño rico.

LOS PADRES EN EL CONSULTORIO.

Los niños pequeños no vienen solos al consultorio, los traen sus padres, habitualmente la mamá.

Cuando la relación madre-hijo es correcta, - las cosas salen bien. Si el niño se siente querido y seguro en su hogar, no le será tan difícil -- adaptarse a la situación odontológica. Pero si -- los sentimientos de los padres respecto al dentista no son positivos, si ellos expresan sus temores y ansiedades o las mal disimulan, si han presentado al odontólogo como figura castigadora, las cosas no serán tan fáciles.

El niño nace única y exclusivamente con dos temores:

- 1.- La pérdida del equilibrio.
- 2.- A los ruidos súbitos.

en consecuencia todos los temores que no sean éstos, han sido adquiridos en el medio en que se desarrolla. El temor al dentista ha sido adquirido, es un reflejo condicionado.

En vista de esto, para lograr entender al niño se deberá conocer a los padres.

Brauer sostiene que "Ejercer odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre sin su confianza, sólo puede resultar un fracaso".

Existen distintas categorías de padres en el consultorio:

Padres sobre-protectores.- El impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación del niño.

Generalmente el niño sobreprotegido no tiene iniciativa, no toma decisiones por sí mismo.

Los padres dominantes.- Presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos, son humildes sin empuje social, con ansiedades profundas y sentimientos de inferioridad.

Los padres indulgentes.- Presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social, - demandan gran atención, afecto y servicio, son desconsiderados y egoístas. Son niños muy difíciles de tratar en el consultorio y debe usarse con - - ellos algo de disciplina como medio de obtener su cooperación.

El padre indiferente.- Tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados, son inseguros, agresivos, - desobedientes, nerviosos. Estos niños están necesitados de atención y bondad.

Pero más importante que clasificar, es comprender y lograr la cooperación de los padres para facilitar la labor con los niños.

Se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Deberán tener confianza total - en el odontólogo y confiar el niño a su cuidado.

Kelsten, Wolff y Peabody en un intento por lograr la cooperación de los padres y facilitar la labor con los niños, recurren a instrucciones escritas:

Luego de destacar que de sus actitudes depende en gran medida la capacidad de su hijo para cooperar, lleva tres sugerencias:

1.- Que su hijo no sepa del temor que usted pueda tener con respecto al tratamiento dental. El temor que él ya tiene más el suyo pueden anularlo.

2.- Comprenda que las radiografías, la limpieza y las instrucciones sobre higiene bucal permiten al Dentista examinar a fondo y preparar psicológicamente al paciente para el tratamiento.

3.- No insista en pararse junto a su hijo mientras está en el sillón dental. En este consultorio disponemos de tiempo para adecuarle a su nueva experiencia.

RECUERDE: No puede esperarse que el niño tenga confianza en su Doctor, salvo que le demuestre que usted sí la tiene.

Como cada quien prefiera, escritas o hablar personalmente. Si es conveniente dar instrucciones a los padres y solo agregamos las siguientes:

1.- Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo.

2.- Expliqué a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos, esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

3.- Recálque el valor de obtener servicios dentales regulares.

4.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Esto puede significar para el niño que tiene que enfrentarse a algún peligro.

5.- Debe instruirse a los padres para que nunca --traten de vencer el miedo de sus hijos por medio --de burlas o ridiculizando los servicios dentales.-- Esto crea resentimientos hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

6.- Los padres deben evitar comentarios negativos y exagerados de otros niños.

7.- El padre no debe prometer al niño lo que vá a hacer o no el odontólogo.

8.- Unos días antes de la cita se debe comunicar --al niño de manera natural que vá a visitar al dentista. Los padres no deben mostrar al niño exceso de entusiasmo, simpatía ni temor por esta visita.

9.- Por último, los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar en la sala de tratamiento a menos que el odontólogo se lo indique.

EL CIRUJANO DENTISTA FRENTE AL PACIENTE INFANTIL

La primera visita es fundamental. Todo el futuro odontológico depende de la forma en que el dentista conduce esta primera consulta.

El principal problema consiste en solucionar la menor o mayor ansiedad que el niño trae al consultorio, pues la mayoría llega con algo de aprensión y miedo.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por el deseo de evitar lo desagradable y doloroso.

El miedo al dolor puede manifestarse por conducta desagradable. A pesar del deseo que tiene el niño de agradar se le hace imposible ser complaciente por temor a lo que "cree" que vá a suceder.

El profesionista tiene a veces problemas para entender esta actitud, aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño.

Su condicionamiento regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental; se puede decir que el niño se comportará en el consultorio 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 gritos y lá-

grimas, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Sin embargo el comportamiento de un niño puede a veces ser modificado.

Así el niño, cambiará su comportamiento si se hace que no le resulten sus "ataques emocionales", de esta manera el niño aprende que en el consultorio no vá a lograr nada con su mala conducta, es decir, perderá motivación para seguir comportándose así.

Si se maneja al niño adecuadamente es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de como impresione el odontólogo al niño, una vez que haya ganado su confianza y exista una buena relación, deben realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

Se pueden anotar ciertas sugerencias para establecer una armoniosa relación con el paciente infantil.

Tratándose de niños, es importante la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar el comportamiento del niño; de ser posible no deben permanecer en el sillón más de media hora.

Cuando se trate de un paciente infantil, llámelo por su nombre de pila.

No demuestre exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente, trátelo de manera natural, de otra manera despertará desconfianza en el niño.

Cuando sea posible se debe dirigir la conver

sación hacia el niño, cuando haga la historia clínica pregunte para que el pequeño le conteste lo que pueda, el resto lo contestará el acompañante.

El paciente debe tener todo tipo de explicaciones, luego de la explicación asegurarnos que ha entendido.

Si el procedimiento tiene que producir dolores aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

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

Es completamente inadecuado emplear el torno en la primera visita; este instrumento requiere -- una explicación y una demostración de su funcionamiento. Da buenos resultados hacer la prueba en la uña del niño, con el air rotor y una copa pulidora de caucho.

El odontólogo deberá realizar sus deberes -- con destreza, rapidez y mínimo de dolor, sin que esto implique realizar un trabajo de calidad inferior.

A veces es difícil hacerse comprender porque el niño grita con fuerza y gradualmente va llegando a la histeria. En ese momento hay que usar medios físicos para calmar al paciente. Se coloca suavemente la mano sobre la boca del niño indicándole que esto no es un castigo, sino un medio para

que oiga lo que le vamos a decir. Hablele con voz normal aclarandole que retirara la mano cuando pare de gritar.

Nunca debiera usar actitudes sarcásticas ni desdeñosas. Las amenazas, engaños, violencias físicas, nunca dan buenos resultados.

TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO EN ODONTOPEDIATRIA.

A través del reacondicionamiento el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos.

Con simpatía y tacto se establece la relación y de esta forma estamos en camino de que el niño pierda el miedo y se convierta en excelente paciente.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente al dentista y por qué; esto se puede saber preguntando a los padres de sus sentimientos personales hacia la odontología.

Es buena política conocer al paciente infantil antes de que llegue al consultorio, cuando los padres llaman para pedir cita puede obtenerse información sobre el niño. Pregunte: ¿Cuánto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales? ¿Teme el niño ir al dentista? ¿Es nervioso? ¿Se lleva bien con los adultos? ¿Ha estado en el hospital? ¿Tiene miedo a su médico?.

Cuando se conoce ya la causa del miedo, con-

controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

En procesos de aprendizaje el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las que más busca el niño es la aprobación del dentista; por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño, constituye un estímulo para que éste continúe portándose bien.

Cuando alabe al niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo, digale que "hoy se portó muy bien" en vez de decirle que "ha sido un niño muy bueno".

Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

Por lo que se refiere a sobornos, podemos decir categóricamente: "Nunca soborne a un niño". DE hacerlo, el resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones.

Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa, la línea divisoria es en realidad muy tenue.

Recompensar, es reconocer que hubo un buen comportamiento después que se terminó la operación.

El soborno se dá o se promete para inducir buen comportamiento.

LA CONVERSACION DEL DENTISTA.

Cuando habla con los niños el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas.

Hablar demasiado confundirá al niño, y le -- producirá desconfianza y aprensión. Utilice palabras sencillas y cotidianas, las que usan los niños de la edad de su paciente, elija temas y situaciones que le sean familiares.

Cuando esté trabajando con un niño, no le haga preguntas que requieran respuestas, si tiene algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

CAPITULO IV

ASPECTOS DE LA PRACTICA CON NIÑOS.

a) La Asistente.

La primera persona con la que el niño se pone en contacto al llegar al consultorio, es la asistente dental.

De este primer encuentro depende en gran parte la respuesta positiva del pequeño. La actitud espontánea y genuina cordialidad se captan de inmediato, lo mismo que la sonrisa de compromiso, el desgano, el tono seco y poco amable.

Por supuesto que no debe tomarse como asistente dental a una persona a quien no le gusten los niños. La cualidad fundamental que debe tener la persona que va a colaborar con nosotros, además de grata presencia es madurez emocional.

No consideramos conveniente demasiada familiaridad con el niño, pues éste desconfía de las excesivas demostraciones de afecto por parte de una persona desconocida.

Quando se pide cita telefónica o personalmente, la asistente deberá registrar algunos datos para la conducción de la primera cita, ejem: ¿Es la primera vez que el niño asiste a un consultorio dental? ¿Ya fue atendido en otra oportunidad? ¿Cómo resultó la experiencia? ¿Está con dolor? ¿Desde cuándo?. De estas averiguaciones previas podemos-

orientarnos bastante en cuanto al niño, sus acompañantes y su posición frente a la odontología.

Una asistente que sepa observar y escuchar -- más allá de las palabras, puede proporcionar el -- profesional una muy valiosa información.

Hasta ahora hemos considerado el valor de -- nuestra colaboradora en función de simple recep--cionista. Parece innecesario insistir en la impor--tancia de la ayuda técnica junto al sillón.

B) LA SALA DE RECEPCION.

Es sin duda "La vidriera del consultorio" y el primer impacto que recibirán al niño y sus padres.

No creemos necesario ni fundamental decorarlo especialmente con motivos infantiles, sino ofrecer un ambiente grato y sobrio.

Se podrá disponer de una mesita y sillitas -- especiales para que el niño pueda dibujar o leer -- con comodidad.

Los libros y revistas deben elegirse cuidadosamente, pues no todos son adecuados y algunos resultan contra producentes.

El profesional podrá asesorarse en cuanto a la selección.

Nos permitimos sugerir que el odontólogo co-

nozca el material de lectura que tiene en su sala de recepción ésta nos dá un motivo para comentar - con el niño.

Una observación que merece señalarse: la preferencia por algún libro o revistas determinadas - que leen una y otra vez sin ocuparse de otros se - puede deber a que el cuento elegido presenta situaciones y conflictos parecidos a los que ha sufrido el mismo y al verlos expuestos y tal vez solucionados en una forma u otra, lo alivia y satisface, -- pues así siente dominar la situación.

En cuanto a las revistas para adultos dire-- mos que deben estar "al día" en buena medida reflejan los gustos y tipo de consultorio que se tiene.

La música en la sala de recepción y en el -- consultorio contribuye a crear ese ambiente grato-- que queremos dar. La selección responde a gustos-- personales, pero un concierto, música ligera, algunos temas modernos merecen aprobación.

Además de revistas y libros es bueno que los niños encuentren elementos para dibujar y trabajar en plastilina, por medio de esta actividad pueden-- descargar buena parte de la gresividad y tensión-- contenidas en el consultorio. El dibujo permite - la expresión de los sentimientos, por eso nos parece muy necesario facilitarles que lo hagan. El -- análisis de los dibujos ofrece un riquísimo mate-- rial que permite comprender al niño, facilitando - la formación del vínculo cordial con el dentista,-- base del buen éxito en el tratamiento.

C) EL CONSULTORIO.

No consideramos necesarias instalaciones ni decoraciones especiales para atender niños.

Cabe mencionar "EL CIRCO" que así lo denomina y eso parece ser el del Dr. Smitdt (1960). En la sala de recepción está la boletería. La puerta que conduce al consultorio y sobre cuyo dintel se lee CIRCO, simula una jaula por la que se ven un mono, un león, una cebra... El equipo es un enorme payaso de cuyo vientre emergen las jeringas de aire y agua, de un gran bolsillo pueden escogerse revistas múltiples infantiles, el foco simula la boca de un terrible animal con dientes y lengua de acrílico y un par de cuernos. (Nos preguntamos, cual sería la impresión del niño al acercarse a este bicho) el techo es una lona multicolor. Los varios miles de niños que han visto la habitación la han observado con emociones que van desde el miedo manifiesto a extremos de sorprendente asombro y felicidad. En general, el niño propenso a las lágrimas en el consultorio convencional, reacciona casi de la misma manera en el circo.

Es un ejemplo entre muchos, de cuanto se hace para "atraer y distraer al niño". Todo lo cual contrasta con la sobriedad y sencillez que hemos visto en numerosos consultorios especializados de primera línea donde hemos comprobado que "los mejores entre los Paidodoncistas" no complican sus prácticas con trucos, dispositivos, premios o at--mósferas de países de hadas.

Weinberg (1956) dijo que: "un consultorio no es un circo de tres pistas un consultorio es y debe seguir siendo, un consultorio odontológico y no un cuarto de juegos. No se trata de alejar la mente del niño de la realidad que enfrenta. Por otra parte el niño esta muy pendiente de lo que se le vá a hacer, y suponer que todo lo exterior le haga olvidar el motivo central de su preocupación es -- querer ignorar el problema de fondo.

Todos estos consultorios "disimulados" se -- nos ocurren excelentes técnicas publicitarias, para determinados medios sociales, pero no atañen en absoluto al ejercicio de la buena paidodoncia.

D) UNIFORMES.

Desde que iniciamos la atención exclusiva a niños, descartamos el color blanco de nuestro consultorio. El celeste, el verde nilo, el beige, el gris perla, resultan menos traumatizantes y más sedantes.

Existen muchísimos médicos y odontólogos -- quienes no tienen problemas de conexión usando el color blanco. Lo importante es quien está dentro del uniforme y la simpatía y seguridad que transmite. En última instancia, el uniforme es cuestión de preferencias y comodidad personal.

E) HORARIOS.

Es indudable que en la práctica combinada, - un niño que plantea un problema de conducta, per-- turba al profesional y le obliga a un ajuste emo-- cional para el que no siempre está preparado.

Si mientras está haciendo una extracción y - otro paciente espera para una impresión funcional, se "anuncia" sorpresivamente un niño llorando, la rutina del consultorio se altera.

Pero en un consultorio organizado donde los- pacientes son citados a horas fijas para su trata- miento, el odontólogo firmemente interesado en - atender niños, podrá establecer días determinados, con horas determinadas, para esa labor. Con la -- elasticidad necesaria por supuesto para emergen- - cias.

PRIMERA VISITA DEL PACIENTE INFANTIL.

HISTORIA Y EXAMEN CLINICO.

Después de examinar y diagnosticar cuidadosamente y trazar un plan de tratamiento adecuado, se logra el mejor servicio dental para niños.

El diseño siguiente es un ejemplo de lo que debe hacerse en un examen completo:

1.- Historia Clínica.

- a) Queja principal del paciente.
- b) Historia Clínica.

2.- Examen Clínico.

- a) Apreciación general del paciente.
- b) Examen bucal detallado.
- c) Examen radiográfico y pruebas especiales.

3.- Diagnóstico.

Se dá basandose en todas las anomalías, su naturaleza, su etiología y su importancia.

El examen clínico comienza, en realidad, en el momento en que el niño entra al consultorio. Observamos entonces su aspecto. Esa visión de conjunto puede orientarnos en cuanto a su estado físico y anímico. Tenemos así la impresión de un chico saludable o enfermizo, débil o robusto.

La historia clínica se realiza en la primera entrevista, siguiendo naturalmente un cierto orden al conducirla, pero no hay inconveniente en alterarlo según las circunstancias.

La historia clínica debe ser una cosa viva, integrada no un - interrogatorio tipo burocrático. Hay que escuchar mucho y observar más.

La duración y enfoque depende de las circunstancias que rodean cada caso, en situaciones de emergencia la historia se limita a los puntos esenciales relacionada con la lesión que se trata, así como la presencia o ausencia de enfermedades generales relacionados con el tratamiento inmediato.

A continuación se muestra un modelo de historial clínico:

DRA _____
 ODONTOLOGIA EN NIÑOS _____ FECHA _____

NOMBRE _____
 EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 DOMICILIO _____
 TELEFONO _____
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACION DE ESTE HISTORIAL _____
 RELACION: PADRE _____ MADRE _____ OTRA _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ OCUPACION _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ OCUPACION _____
 REFERIDO POR _____

HISTORIA ODONTOLÓGICA _____

HISTORIA MEDICA _____

ALIMENTACION _____

HIDRATOS DE CARBONO _____
 TIPO _____
 OPORTUNIDAD _____
 HIGIENE BUCAL _____

ANOMALIAS DENTALES _____

HABITOS ORALES _____

OCLUSION _____

TEJIDOS BUCALES:

PISO BOCA _____

MEJILLAS _____

LABIOS _____

PALADAR DURO _____

PALADAR BLANDO _____

LENGUA _____

ENCIA _____

ACTITUD DEL NIÑO _____

ACTITUD DE LOS ACOMPAÑANTES _____

NOTAS ESPECIALES _____

PLAN DE TRATAMIENTO _____

El primer punto a desarrollar sería obtener información general sobre el paciente. Es importante tomar el nombre que proporciona la información del historial para cualquier aclaración posterior, así como la ocupación de los padres, esta información nos da una idea de la situación económica y el medio social en que se desarrolla el niño.

En segundo término es necesario conocer la historia odontológica, si es que existe. Suelen existir experiencias previas en uno o varios consultorios, nos será muy útil saber "Lo que pasó" - para orientar nuestra conducta. En muchos casos podemos aclarar el origen de fobias y actitudes negativas al saber su razón de ser.

Con la historia odontológica nos enteramos de cosas importantes, anotaremos algunas con el comentario que nos sugieren, entre otras cosas podemos preguntar:

¿Visita periódicamente al dentista, o es la primera vez?

¿Cómo fueron sus relaciones con el Doctor?

¿Tienen los padres temor a la visita al dentista?

Aclarado lo que se refiere a historia odontológica pasamos a otro punto igualmente importante, la historia médica:

¿Lo vé un médico general o un pediatra?

¿Quién es?

¿Cómo son sus relaciones con él?

¿Qué enfermedades ha padecido?

¿Qué vacunas se le han aplicado?

¿A qué intervenciones se ha sometido? cuándo?

¿Qué tipo de anestesia se utilizó?

¿Hubo complicaciones post-operatorias?

¿Es alérgico a la penicilina? ¿A otros medicamentos?

¿Es propenso a la hemorragia?

¿Tiene antecedentes diabéticos?

¿Ha tenido problemas con anestesia local?

El siguiente tema a tratar es el que se refiere a la alimentación, su calidad y su equilibrio, el carácter físico de la dieta (presencia o ausencia de alimentos detergentes). Al tomar estos datos tenemos que tener en cuenta que la dieta adecuada para cada ser humano está en relación con diversas circunstancias, tales como actividad, sexo, edad, clima, enfermedad etc.

Registramos por separado lo referente a azúcar y golosinas en cuanto a cantidad, tipo y oportunidad de la ingestión.

Recordemos que hay diferentes "escalas de peligrosidad" de los hidratos de carbono. No todos son igualmente perjudiciales, ni en todos los mo--

mentos tienen la misma repercusión desde el punto de vista de acción cariogénica.

En este momento podemos invitar al niño a sentarse en el sillón dental para empezar el examen bucal.

La cavidad bucal es la meta del examen para-diagnostico. El odontólogo que realiza un buen examen bucal, cuenta las cavidades en último lugar, no en primero.

Revisaremos la higiene bucal, buena o mala, presencia de sarro o tartaro, de pigmentaciones, deben ser registrados en nuestra ficha.

El uso de "pastillas reveladoras" permite iniciar muy objetivamente la educación de este asunto. Nos enteraremos de lo siguiente:

- ¿Cuántas veces se cepilla al día?
- ¿Es correcta su técnica de cepillado?
- ¿Qué tipo de cepillo usa?
- ¿Sabe usar el hilo dental?

Ocupándonos ya, más específicamente de los dientes, registraremos las anomalías dentarias que pudieran existir: en cuanto a color, tamaño y forma de las piezas dentarias.

Las malformaciones de dientes que más comúnmente se observan son: Dens in dente, incisivo de Hutchinson, hipoplasia de Turner entre otras.

Posteriormente comprobaremos si existen hábitos, tales como: succión anormal (posición mandibular adelantada, lactancia no fisiológica) succión del pulgar y dedos, interposición y succión de lengua, morder labios y uñas, hábitos anormales al tragar (deglución impropia) anomalías respiratorias (respirador bucal)

OCCLUSION.-

El primer paso que se hará en el examen de la boca del niño es pedir que cierre (que junte sus dientes) y asegurarnos de que lo haga bien: observaremos el trayecto de la apertura y cierre, controlando posibles desviaciones o impedimentos anatómicos o funcionales, trabas dentarias, hábitos musculares o problemas de articulación temporomandibular.

TEJIDOS BUCALES.- Observamos inicialmente:

LABIOS.- Registraremos su nivel: normal, bajo, alto
 su tono: normal, hipo o hipertónico.
 su volumen: normal, aumentado o disminuido
 sus frenillos: normales, altos, bajos, cortos.

CARRILLOS.- Esta deberá ser examinada minuciosamente posibilidades de mordeduras, pigmentaciones quemaduras por aspirina u otros elementos químicos, aftas etc.

- PALADAR DURO.**- En cuanto al paladar es importante registrar las fisuras, torus, las rugas palatinas, también si existen quemaduras, aftas, fistulas. Junto con esto veremos amígdalas y garganta.
- PALADAR BLANDO.**--Observamos también posibles quemaduras aftas, fistulas, sin omitir garganta y amígdalas.
- LENGUA.**- Deberá ser estudiada en cuanto a su tamaño, posición, frenillos, mucosa y posibilidad de hábitos o problemas funcionales, en la zona sublingual rínulas.
- ENCÍA.**- Merece el tejido gingival y periodontal - especial consideración. Muchas manifestaciones que se hacen visibles en la juventud puede haber empezado muchos años - - atrás, de modo que es de suma importancia este estudio. Observaremos, si la encía - es normal en cuanto a su color, consistencia, tamaño textura o si se aparta de la normalidad en forma leve, moderada o grave.
- PISO DE LA BOCA.**- Observaremos si existen irritaciones o pigmentaciones, si su color, aspecto, tamaño es normal.
- ACTITUD DEL NIÑO.**- Al entrar el niño al consultorio nos ha impresionado como alegre o triste asustado o sereno, comunicativo, retraído, farolero o -

... del niño fanfarrón etc. Pero debemos ser cautelosos en nuestras apreciaciones. La observación de la facies del niño, de su semblante, puede ser también orientadora, no solo en cuanto a su estado de ánimo o físico, sino también en cuanto a oclusión y determinados hábitos.

ACTITUD DE LOS

ACOMPAÑANTES.- Los acompañantes pueden tener actitudes erróneas que pueden alterar el comportamiento de los niños, haciendo que el manejo en el consultorio dental resulte difícil.

NOTAS ESPECIALES.- Es necesario reservar un buen espacio en la ficha para todas las observaciones y comentarios dando como resultado un mejor y más amplio conocimiento de ese niño, sus padres, su ambiente, las preferencias del niño, algo de sus amigos, de la escuela, de las vacaciones, del nacimiento de un hermanito etc. Todo esto nos ayuda a formar su "historia social".

PLAN DE TRATAMIENTO.- Es muy importante formular un plan de tratamiento, para esto es necesario integrar todos los elementos ayudando

nos con el examen radiográfico. El Plan de tratamiento - puede sufrir modificaciones, por supuesto conviene anticipárselo a los padres, explicándoles las razones.

MODELOS DE ESTUDIO

Para obtener modelos de estudio útiles es necesario tomar modelos fieles de cada arcada. Estos no sólo son una ayuda valiosa para el dentista, sino que también son útiles para la presentación - del caso al paciente.

Al examinar los modelos de estudio debemos - observar dentro de la arcada los siguientes puntos:

- 1.- Permiten observar cómo se realiza el ajuste de oclusión en cada niño. (Es decir, si está en la -- clase I, clase II o clase III).
- 2.- Número de dientes presentes, la relación que -- guardan entre si y su posición dentro de la arcada.
- 3.- Grado de sobre mordida vertical y horizontal.
- 4.- Tejidos blandos, frenillos, paladar.
- 5.- Observar si se vá realizando correctamente el - cambio de dentición.

Los modelos de estudio articulados también - orientan sobre los siguientes temas:

- 1.) Determinar los resultados estéticos y funcionales.
- 2.) Posibilidad de fabricar portaimpresiones individuales.

Los modelos de estudio son auxiliares valiosos, permiten estudiar el caso en ausencia del paciente, reduciendo así el tiempo de trabajo en la silla.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

La radiografía es uno de los instrumentos de diagnóstico más importantes para detectar cualquier tipo de lesiones. Todo examen buco-dentario sin radiografías es incompleto para la odontopediatría.

Este tipo de examen es necesario que se realice en la primera visita de el paciente al consultorio, proporciona un medio agradable e indoloro - de inducir al niño a cualquier tipo de tratamiento. En niños de muy poca edad se puede observar cierta resistencia y temor que puede desaparecer fácilmente demostrándole como se toman las radiografías.

Las radiografías deberán emplearse principalmente para proporcionar las siguientes ocho categorías de información.

1.- LESIONES CARIADAS INCIPIENTES.- Gran cantidad de lesiones incipientes interproximales no pueden ser detectadas con el espejo y explorador usuales por lo que deberán ser localizadas con Rayos X.

Si nos basamos únicamente a usar sólo el explorador para detectar caries, cuando estas lleguen a ser detectables, estarán ya tan avanzadas y profundas que incluso llegarán a arriesgar la integridad de el diente, debido a las grandes cámaras-pulpaes y al rápido progreso de caries en los niños.

2.- ANOMALIAS.- Existen anomalías de dientes que son asintomáticos y no son visibles.

Estas anomalías pueden hallarse sólo por medio de la radiografía, entre estas podemos anotar las siguientes: dientes supernumerarios, mesiodent, macrodoncia, microdoncia, piezas fusionadas, anquilosadas y germinadas, mal posiciones dentarias, dens in Dent, odontomas, hipoplasias y piedras pulpares.

3.- ALTERACION EN LA CALCIFICACION DE LAS PIEZAS.- Entre las enfermedades particulares de los dientes que producen alteraciones en calcificación podemos mencionar: amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta, displasia dentinal, piedras pulpares.

4.- ALTERACIONES EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO.- Es muy común que pueda haber gran variación en la edad de erupción de los dientes de los niños.

La radiografía puede proporcionar un indicio temprano de un retraso del desarrollo y puede indicar el grado del retraso o la precocidad de la erupción.

5.- ALTERACIONES EN LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.- Los Rayos X pueden ser de gran ayuda para diagnosticar patología apical. Las causas que producirían estas alteraciones pueden ser locales y generales. Entre las locales pueden mencionarse: irritación, oclusión traumática, caries etc. Entre los factores generales: infecciones bacterianas y locales, avitaminosis y discracias sanguíneas.

Los Rayos X pueden ayudar no tan solo en el-

diagnostico, sino a establecer un buen pronóstico- para tener mayor posibilidad de éxito en cualquier tratamiento.

6.- ALTERACIONES EN EL HUESO DE SOPORTE.- Se pueden observar radiográficamente muchos cambios en la estructura osea, ya sea en el maxilar o en la mandíbula que indican enfermedad local o general.- Entre las enfermedades locales que pueden producir destrucción osea, están: absesos, quistes, tumores, osteomielitis. Entre las enfermedades generales están el raquitismo, el escorbuto, el hiperparatiroidismo, la distosis cleidocraneal, discracias sanguíneas, diabetes etc.

7.- CAMBIOS EN LA INTEGRIDAD DE LAS PIEZAS.- Las radiografías rutinarias frecuentemente revelan la primera causa que hace que el dentista sospeche que la pulpa ha muerto. Las radiografías son de utilidad para detectar raíces fracturadas, reabsorvidas, fijación de dientes primarios sobre permanentes, dilaceraciones, desplazamientos, anquilosis, fracturas oseas y cuerpos extraños.

8.- EVALUACION PULPAR.- Muy importantes son las radiografías en la evaluación y el tratamiento, ésta ayuda a determinar la profundidad de la lesión cariosa y su proximidad con la pulpa, muestra la forma de la pulpa permite evaluar el estado de los tejidos periapicales, es indispensable para obturaciones de canales de raíz y para evaluar obturaciones finales.

TIPO DE PELICULAS PARA UN EXITOSO TRATAMIENTO.

Entre las radiografías intrabucales que se deben usar de rigor, mencionaremos la Periapical, de aleta mordible y oclusal.

La película intrabucal más pequeña mide 20 X 31 mm. aunque se ha designado específicamente como película para niños, se usa generalmente en niños que tengan pequeñas cavidades bucales. Puede usarse como película periapical o como de aleta mordible.

La siguiente película mide 23 X 39 mm. Esta radiografía puede usarse como película periapical de piezas anteriores permanentes, o como película periapical o de aleta mordible para niños más jóvenes.

La película que se usa más, mide 30 X 40 mm. periapical para adulto, se puede usar como película oclusal para niños pequeños y si se usa como de aleta mordible constituye una película ideal.

Las películas de aleta mordible, están disponibles conoapendices incluidos como parte del paquete.

La película oclusal mide 56 X 75 mm. puede utilizarse para tomar radiografías oclusales en ambos arcos, en niños mayores.

CAPITULO VIII PREVENCIÓN.

NUTRICION.- La nutrición se define como la suma de los procesos relacionados con el crecimiento, conservación y reparación del organismo viviente como conjunto.

No deberá haber necesidad de justificar la importancia de la nutrición, puesto que la ingestión correcta de todos los nutrientes es vital para la preservación y mantenimiento de la vida.

LOS COMPONENTES DE UNA DIETA ADECUADA.

Los nutrientes han sido clasificados en 6 -- grupos principales: Proteínas, Hidratos de carbono, Lípidos, vitaminas, minerales y agua.

A todos éstos se les necesita diariamente para promover un crecimiento óptimo para manutención de los tejidos corporales y para regular las funciones metabólicas.

NIVELES DE NUTRICION.- Se consideran 5 niveles:

1.- Existe la posibilidad de una **SOBRENUTRICION** de bida a una alimentación excesiva. Se caracteriza este estado por obesidad.

2.- **NUTRICION NORMAL.** En este caso el organismo recibe la cantidad y calidad apropiados de alimentos, de acuerdo a sus necesidades, dando por resul tado funciones normales y buena salud.

3.- En este tercer estado no existe impedimento de función o salud alterada, pero las reservas son po bres, se encuentran en un estado limítrofe.

4.- Desnutrición Marginal, pero suficiente para -- crear un perjuicio en la constitución o en la función. El caso clínico es sutil.

5.- Franca desnutrición con todos sus signos y sí tomas clínicos.

Los dentistas deben obtener una evaluación - cualitativa y cuantitativa de la dieta, lo que nos dá la probabilidad de encontrar un signo de defi-- ciencia nutricional. Una advertencia dada por el dentista cuando hay un excesivo uso de comida ca-- riogénica, que es evidencia de una dieta inbalan-- ceada, es muy acertado.

IMPORTANCIA DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN LA DIETA.

Los hidratos de carbono desempeñan una fun-- ción en el organismo: proporcionan energías, tie-- nen una función estructural ya que forman parte de los tejidos de sostén y tienen una tercera función que es la de reserva, almacenándose en los órganos para que en un momento dado proporcionen energía.

Hay que hacer énfasis para que el paciente - deje por completo la ingestión de hidratos de carbono refinados entre comidas, pero no han de qui-- tarse todos los hidratos de carbono de la dieta, - ya que son necesarios para satisfacer las necesidades energéticas.

El asesoramiento idealmente, debe estar encaminado a hallar sustitutos adecuados para los hidratos de carbono refinados.

Los experimentos en animales y seres humanos demostraron que el efecto cariogénico de las diferentes clases de azúcares depende de su adhesividad a la superficie dental, por eso se recomienda cubrir las necesidades diarias con las formas menos "pegajosas" podrían ser polisacáridos como harina y papa.

La permanencia de pan blanco es mucho mayor que la del pan negro, pudiéndose deducir que la harina blanca tiene mayor acción cariogénica.

Limitando el suministro de alimentos a 3 comidas diarias, con alimentación normal, se obtuvo una disminución de caries. Estas observaciones experimentales han sido comprobadas clínicamente, en las que a pesar del agregado de azúcar de caña, -- restringido estrictamente a las 3 comidas, no se observó ningún aumento especial de caries.

El efecto cariogénico de dulces y golosinas entre las comidas ha sido comprobado por varios autores en investigaciones minuciosas; los estudios sugieren que una ingestión excesiva de carbohidratos no solo inicia la caries sino que aumenta la velocidad de las ya existentes.

TECNICAS DE CEPILLADO.

Además del empleo de fluoruros, dietas y --- otros procedimientos profilacticos para la prevención de caries es necesario una buena técnica de cepillado.

Está comprobado que el cepillo dental con un dentífrico neutro, inmediatamente después de las comidas, es un medio eficaz para DISMINUIR la caries dental.

OBJETIVOS DEL CEPILLADO.

- 1.) Quitar todos los restos alimenticios, mucina, materia alba y reducir en cierto modo los microorganismos que se encuentran en la boca.
- 2.) Estimular la circulación gingival.
- 3.) Estimular la queratinización de los tejidos para hacerlos más resistentes a cualquier tipo de agresión.
- 4.) Reducir el grado de microorganismos que se encuentran en la boca.

La eficacia del cepillado dental está ampliamente relacionada con el diseño del cepillo y la técnica de cepillarse.

Aunque hay gran variedad de cepillos en el mercado, el que necesitamos para llevar a cabo correctamente el cepillado debe llenar los siguientes requisitos:

- a) Mango recto.
- b) Las hileras de cerdas deberán ser cortadas a -- una misma altura y sus extremos deben ser redondos.
- c) Las cerdas pueden ser naturales o de nylon, las últimas conservan su firmeza más tiempo.

Para mejorar el control de la placa el cepillado ha de ser complementado con un auxiliar como el hilo dental limpiadores interdentarios, enjuagues bucales.

Actualmente existen numerosas técnicas de cepillado, las más recomendables son:

METODO DE BASS

Se recomienda realizarla con cepillos blandos, colóquese la cabeza del cepillo paralela al - plano oclusal con las cerdas hacia arriba, por detrás de la superficie distal del último molar. Colóquense las cerdas a 45 grados respecto al eje mayor de los dientes y fórcense los extremos de lascerdas dentro del surco gingival. Ejérzase una presión suave y dése al cepillo un movimiento vibratorio hacia adelante y hacia atrás. Desciendase elcepillo y muévase hacia delante y repítase el proceso en la zona de los premolares.

Para alcanzar la zona palatina de los dientes anteriores, colóquese el cepillo verticalmente Método de Stillman y McCall.

En este método, el cepillo se mueve hacia la cara oclusal con un movimiento de vibración hasta que deja de estar en contacto con los dientes.

METODO MODIFICADO DE STILLMAN.

El borde del mango se coloca al ras de las superficies oclusales o bordes incisales de los dientes para que las puntas de las cerdas no lleguen a la mucosa alveolar, entonces las cerdas se presionan ligeramente sobre el margen gingival moviendo las cerdas hacia abajo o hacia arriba según la arcada. En cada posición se incluyen 3 dientes.

METODO DE FONES.

En este método la arcada tanto superior como inferior se aproximan, el cepillo se coloca en posición horizontal con las cerdas en ángulo recto con la cara bucal de los dientes. Se hace un movimiento circular grande, tocando tanto los dientes superiores como inferiores, se repite varias veces este movimiento. Se hacen los mismos movimientos en las caras linguales de los dientes, pero aquí se cepilla una sola arcada a la vez.

METODOS COADYUVANTES DE LIMPIEZA.

Algunos pacientes no poseen la destreza manual suficiente para utilizar el cepillo dental -- sin provocar irritación a la encía. En la encía pueden existir varias zonas de inflamación y es di

fácil que el paciente coloque el cepillo sobre la encía sin que las puntas de las cerdas aumenten la irritación. En estos casos se utiliza un paño fino mojado en agua caliente para limpiar la encía y el tercio cervical.

APLICACIONES DE FLUORUROS.

Las aplicaciones tópicas de fluoruros son un paso muy importante en la prevención, pues este -- procedimiento disminuye o inmuniza en cierto grado el avance de las caries sobre todo en los niños. - Para este tipo de tratamiento se han investigado - infinidad de fluoruros, llegándose a la conclusión de que los mejores en la actualidad son los fluoruros de sodio al dos por ciento y fluoruro estañoso al ocho por ciento en niños y al diez por ciento - en adultos.

LA FLUORURACION DEL AGUA.

El fluor es uno de los elementos más activo y casi siempre combinado con los elementos abajo - del fluor en la tabla periódica. Si los fluoruros se ingieren acompañados de alimentos sólidos o de leche y en especial en grandes cantidades de sales cálcicas, disminuye de modo considerable la absorción, debido a la formación de sales de calcio poco solubles.

Se ha demostrado y comprobado que el fluor - no produce ningún efecto sobre el desarrollo somático y psíquico de los niños que habitan en regiones

en donde el agua que beben contiene concentración óptima de flúor, sin embargo cuando se ingieren -- diariamente grandes cantidades de fluor durante -- largo tiempo pueden originar:

- a) FLUOROSIS ANQUILOSANTE.
- b) OSTEESCLEROSIS ASINTOMATICA.
- c) ESMALTE MOTEADO.

a) FLUOROSIS ANQUILOSANTE.- En esta enfermedad se necesita una ingestión de 20 a 80 miligramos diarios durante un período de 10 a 20 años, generalmente son casos de intoxicación en la industria o puede deberse a que el agua contenga gran concentración de fluoruros naturales.

b) OSTEESCLEROSIS ASINTOMATICA.- Esta se presenta en personas adultas que ingieren cantidades menores de fluor que en el caso anterior, pueden presentar estas personas al cabo de 5 a 10 años un aumento asintomático en la opacidad de ciertos huesos a los rayos X.

c) ESMALTE MOTEADO.- (Fluorosis dental crónica) la fluorocis dental se debe a la ingestión de altas cantidades de ion fluoruro (2 mg./litro de fluor)- durante el desarrollo de los dientes permanentes.

La fluorosis se conoce más comunmente como esmalte moteado, y científicamente suele denominarse fluorosis dental crónica endémica.

En los dientes afectados en menor grado el esmalte tiene aspecto calizo, debido a la calcificación insuficiente de la matriz y a las alteraciones en el índice refractario. En los dientes más intensamente afectados las áreas calizas se vuelven pigmentadas y oscuras; además, en algunas regiones en las que hay una concentración elevada de fluoruro en el agua potable, algunos individuos pueden presentar hipoclasia en la superficie. Con frecuencia el esmalte punteado muestra una estructura en bandas que corresponde a las épocas del año en que la ingestión de fluor fue más alta y otras que corresponden al cambio de residencia a otra región o al cambio en el agua.

ACCION DEL FLUOR EN LA LIMITACION DE LA CARIES.

Se ha comprobado que los dientes tratados con fluor en aplicaciones tópicas tienen una solubilidad en los ácidos reducida y se ha demostrado que el esmalte tratado de esta manera posee una dureza superficial aumentada, así las aplicaciones tópicas de fluoruro pueden disminuir la permeabilidad del esmalte.

Se ha demostrado que el tejido dentario con fluor absorbido inhibe la formación de ácido a partir de los hidratos de carbono por intermedio de los microorganismos.

Es importante el que se incorpore fluor a la superficie adamantina cuando hay probabilidad de que pueda producirse caries.

APLICACION TOPICA DE FLUOR.

Dentro de los fluoruros que se han utilizado para aplicación tópica podemos citar a los siguientes: fluoruro de potasio, fluoruro de plomo, fluoruro de sodio y fluoruro estañoso.

TECNICA DE APLICACION DEL FLUORURO DE SODIO.

Se aplica en una proporción del 2% con el nombre de "Técnica de los cuatro".

Se hacen estas aplicaciones en los cuatro sectores de la boca, cada arcada o sector recibe cuatro aplicaciones de cuatro minutos cada una. Estas aplicaciones se hacen con intervalos de una semana hasta completar cuatro.

Las edades que se consideran óptimas para dichas aplicaciones son: 3, 6, 9 y 12 años.

Para el éxito de dichas aplicaciones se deben seguir los siguientes pasos:

- 1.- Limpieza de los dientes. Esta debe realizarse con cepillos y una mezcla de piedra pómez y glicerina, para los espacios interproximales se usa hilo de seda y nylon.
- 2.- Aislación de los dientes a topicar. Se puede usar la aislación relativa con rollos de algodón, o bien aislar por zonas con dique de hule, tratando de que desde el momento en que se empieza el tratamiento y mientras dure la aplicación ni la sa

liva ni el algodón toquen el diente, en caso de -- que esto suceda es preferible empezar de nuevo.

3.- Secado. Los dientes del sector a topicar, ya aislados, son secados con aire a presión.

4.- Topicación. Se aplica fluoruro de sodio al 2% en agua destilada por medio de torundas de algodón tratando de que llegue a todas las superficies de los dientes.

Después de la primera sesión se puede suplir la limpieza con cepillo y pasta pomez por lo habitual con dentrífico.

APLICACION DEL FLUORURO ESTAÑOSO.- Primeramente se hará una profilaxis cuidadosa, seguida de aislamiento de los dientes, después secado con aire comprimido y humectación con solución acuosa al ochopor ciento recientemente preparada de fluoruro estañoso, durante cuatro minutos, se recomienda repetir el procedimiento a intervalos de seis a doce meses.

Es conveniente advertir al paciente que no coma, beba, ni se lave la boca durante la siguiente media hora del tratamiento.

El fluoruro estañoso parece particularmente eficaz en el caso de los dientes que acaban de brotar.

El fluoruro de estaño se prepara al diez por ciento para los adultos y para los niños al ochopor ciento.

PROFILAXIS.- Como otro método de prevención para la caries dental está la profilaxis que debe realizarla el odontólogo en el consultorio dental, o el paciente como tratamiento sistemático en su hogar.

La técnica emplea instrumentos manuales y mecánicos. La profilaxis se debe practicar con intervalos de tiempo de tres a seis meses.

S U M A R I O

Se explican las diferentes etapas del desarrollo infantil para mayor comprensión de la conducta del niño.

Se hace notar la influencia de los padres en el comportamiento del niño.

Se hace hincapié en la importancia de el comportamiento del cirujano dentista en la primera cita, afirmándose que de la conducción de ésta depende la conducta futura de nuestro paciente.

Se menciona el consultorio, la asistente, la sala de recepción, los uniformes y horarios como elementos para brindar una mejor atención a nuestros pequeños pacientes.

Se considera que para tener un diagnóstico certero y plan de tratamiento adecuado, es indispensable realizar la historia clínica del paciente, tomar estudios radiográficos y modelos de estudio.

Se dice que un examen buco-dentario sin radiografías es incompleto.

Se afirma que la fluoración de el agua es el método más importante en la prevención de caries.

Se asegura que el cepillado dental, inmediatamente después de las comidas, es un medio muy eficaz para disminuir la caries dental.

Se hace énfasis en el efecto cariogénico de los hidratos de carbono ingeridos "entre comidas".

C O N C L U S I O N .

Al finalizar este trabajo, estamos convencidas de que todo profesionista que tenga interés y gusto por la odontopediatría, debe tratar de obtener el máximo de conocimientos sobre esta área, y ponerlos al servicio del niño.

El esfuerzo, la dedicación y habilidad que pongamos en cada niño, obtendrá como resultado el futuro éxito.

No pretendemos imponer criterios. Este trabajo solamente es un esfuerzo más, realizado para concluir nuestro paso por esta nuestra querida escuela.

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

Odontología Práctica
M. Michel Cohen. D.M.D.
Editorial Mundi S.R.L.
Buenos Aires, Argentina.

Atlas de Odontopediatría.
David B. Low.
Thompson M. Lewis.
John M. Davis.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, Argentina.

Odontopediatría Clínica.
Sidney B. Finn
Editorial Bibliográfica.
Argentina.

Tratado de Odontopediatría Clínica.
Walter C. McBride
Editorial Labor S.A.
Argentina.

Odontología para niños.
John Charles Brawer
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina.

Prevention Dentistry for children
College of Dentistry

Clinical Procedures Guide.
Dentistry for children.
College of Dentistry.
Richard J. Mathewson.

Desarrollo Infantil Normal.
Monografías de la Asociación
Mexicana de Psiquiatría Infantil.

Temas de Odontología Pediátrica.
Samuel Leyt.

I N D I C E

CAPITULO I

PROLOGO

CAPITULO II

GENERALIDADES SOBRE PSICOLOGIA INFANTIL

CAPITULO III

LOS PADRES EN EL CONSULTORIO

CAPITULO IV

EL CIRUJANO DENTISTA FRENTE AL PACIENTE INFANTIL

CAPITULO V

ASPECTOS EN LA PRACTICA CON NIÑOS

- a) Asistente
- b) Recepción
- c) Consultorio
- d) Uniformes
- e) Horarios

CAPITULO VI

PRIMERA VISITA DEL PACIENTE INFANTIL

- a) Historia clínica
- b) Examen clínico
- c) Modelos de estudio

CAPITULO VII

EXAMEN RADIOGRAFICO

CAPITULO VIII**PREVENCION**

- a) Nutrición
- b) Técnicas de cepillado
- c) Profilaxis
- d) Aplicación de fluor

SUMARIO**CONCLUSIONES****BIBLIOGRAFIA****INDICE**