



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**“ EL CIRUJANO DENTISTA FRENTE AL PACIENTE
INFANTIL ”**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

MA. DE LOURDES DIAZ VERDEJO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO 1990



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

PROLOGO

CAPITULO I

" GENERALIDADES SOBRE PSICOLOGIA INFANTIL " Pag. I

CAPITULO II

" LOS PADRES EN EL CONSULTORIO " Pag. 7

CAPITULO III

"EL CIRUJANO DENTISTA FRENTE AL PACIENTE INFANTIL " Pag.10

CAPITULO IV

" ASPECTOS EN LAS PRACTICAS CON NIÑOS " Pag 14

CAPITULO V

" PRIMERA VISITA DEL PACIENTE INFANTIL " Pag.18
Y HISTORIA CLINICA

CAPITULO VI

"EXAMEN RADIOGRAFICO " Pag. 27

CAPITULO VII

"MANIFESTACIONES BUCALES DE ALGUNAS EMP. GENERALES EN NIÑOS" Pag. 31

CAPITULO VIII

" PREVENCIÓN " Pag. 46

" SUMARIO " Pag. 57

" CONCLUSIONES " Pag. 59

" BIBLIOGRAFIA " Pag. 59

PROLOGO

Esperando que estos temas sean de utilidad al odontólogo, para la mejor comprensión y manejo del niño en el consultorio dental.

"Congraciarse con el niño y la mitad del tratamiento que ha sido efectuado"

Sabemos que 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.

Es muy importante la prevención de problemas que puedan perturbar la salud a nivel odontológico; aún cuando está no se realiza unicamente en niños, son estos los personajes principales para los programas preventivos, pues la adquisición de buenos hábitos orales durante el periodo infantil son determinados 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 sus padres, evitando en ellos el temor que tenga ante el dolor, alteraciones estéticas y factores económicos.

De antemano es sabido que el Cirujano Dentista no puede esperar que el niño o sus padres lo reciban favorablemente, por lo tanto este deberá actuar en forma profesional y estar convencido que la odontología infantil es esencial estando dispuesto a agotar todos los esfuerzos a su alcance para brindar un servicio dental adecuado a cada caso que se le presente. En todas las actividades en las que el profesionista se relaciona con el bienestar físico y psicológico del niño, éste deberá aplicar todos sus conocimientos sobre el desarrollo infantil.

CAPITULO I

" PSICOLOGIA INFANTIL "

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 á un antes de que el individuo sea concebido, y no nos referimos solo a la personalidad y madurez de los padres, sino también a las circunstancias que determinan si el embarazo es esperado, deseado, no deseado, repudiante o vehemente anhelado. El estado emocional de la madre de cada uno de estos casos influir á definitivamente la vida del niño en lo futuro.

LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA EXTRAUTERINA:

Son sumamente importantes para el desarrollo del niño las primeras semanas de vida, el recién nacido no requiere de constante atención y gratificación, lo único 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 asocia con sensaciones placenteras que han tenido cuando la mamá gratifica sus necesidades.

DEL SEXTO AL DOCEAVO MES DE VIDA:

El bebé pasa por una etapa de ansiedad cuando se le separa de la madre.

DE LOS OCHO A LOS DIECIOCHO MESES DE VIDA:

Esta etapa se caracteriza por los logros motores del bebé, que empieza a caminar y domina progresivamente las cosas que lo rodean.

DE LOS DIECIOCHO A LOS VEINTE Y CUATRO MESES:

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 TRES AÑOS DE VIDA:

Se hace notable su actitud de posesión, tomando algunos juguetes como inseparables teniéndolos con él todo el tiempo y hasta durmiendo con ellos.

ENTRE LOS TRES AÑOS Y SEIS AÑOS:

Sigue comportándose 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 o que culpa a otras personas o a cosas inclusive, de sus actos. En esta edad 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 empieza 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 le regalen monedas para guardarlas en alcancías o para comprar golosinas. Fácilmte son sobornados por gente extraña.

En nuestro ejercicio profesional encontramos en los niños diferentes temperamentos.

	Cooperativos
	Tímidos
Niños:	Enfermos
	Incorregibles
	Desafiantes
	Miedosos

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 proviene de una familia disciplinada, cuyos padres juiciosamente orientan y encausan 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 si no un lugar en el cual se pueden aliviar una molestia, al comprenderlo el niño será receptivo en su primera visita y tratará de serlo en la siguiente.

NIÑOS TÍMIDOS:

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 e 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 ho-

gareño, 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 comentario.

El niño tímido generalmente habla poco, es una persona pusilánime medrosa y de poca acción, muy propenso a avengonzarse y no se siente seguro de sí mismo, la asistente y el profesional deben hacer toda 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, gustando sentirse dueños de la situación como estos niños estallan en fuerte llanto y es imposible que nos oigan ya que no lo quieren, está 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 el tenga dolor o molestia o simplemente fuera el berrinche, por lo que le aconsejamos callar, o bien indicarles 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 bién se le felicitará por haber cooperado con nosotros lo cual le hará sentir se orgulloso.

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

Es raro que el tratamiento que se ha mencionado pueda repetirse en la cita siguiente, el paciente gana confianza en las próximas visitas y se convertirá en la cita siguiente uno de los mejores amigos del odontólogo a medida que va avanzando el tratamiento.

NIÑOS DESAFIANTES:

Generalmente son niños varones los que desafían al odontólogo, no lloran ni hacen escenas pero tienen frases muy características como: "No abro la boca", "No me interesan los dientes". "No quiero que me agarren". Si tenemos la confianza de los padres, el mejor procedimiento es que el pequeño quede solo en el consultorio dental. El problema está resuelto aplicando el mismo tratamiento anterior, esto convencerá rápidamente al chiquillo de "Quién es el que manda en el consultorio". Hablando y ejecutando con firmeza, el niño doblegará 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 postergados hasta que se hayan recuperado, poniendo entre tanto curaciones, sedantes, excepto en casos de emergencia. Los niños enfermizos son generalmente los mejores pacientes pues están habituados al dolor o 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 miedosos, dependen en gran parte de los padres.

Hay muchos padres reflexivos que hacen comentarios como los siguientes: "Edgar, si no te sientas y te estás serio el Dentista te va a sacar los dientes."

Tal advertencia no debe pasarse por alto, sería correcto que aclarásemos -
"Edgar un Dentista nunca saca un diente,salvo que sea necesario.Siempré -
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 confió en ti."

El miedo solo puede ser vencido estableciendo confianza con el individuo.
La personalidad del niño se modela por la educación y por el medio ambien_
te,a menudo el niño de un hogar modesto es mejor paciente que el niño rico.

CAPITULO III

"LOS PADRES EN EL CONSULTORIO "

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

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

El niño nace única y exclusivamente con dos temores:

I.- La Pérdida de Equilibrio.

II.-A los Ruidos Súbitos.

En consecuencia todos los temores que no sean estos, han sido adquiridos en el medio ambiente que se desarrollan. El temor al Dentista ha sido adquirido, es un reflejo condicionado. En vista de esto, para lograr entender al niño se deberá a conocer a los padres. Brainer sostiene que. "Ejercer la odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre sin su confianza, solo puede resultar un fracaso" Existen distintas categorías de padres en el consultorio.

PADRES SOBRE PROTECTORES:

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

Generalmente el niño sobre protegido no tiene iniciativa, no toma decisiones por si mismo.

PADRES DOMINANTES:

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

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 un poco de disciplina como medio de obtener su cooperación.

PADRES INDIFFERENTE:

Tienen 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 de 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.

Peabody en su intento por lograr la cooperación de los padres y facilitar la labor con los niños, recurren a instrucciones escritas;

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

1).-Que su hijo no sepa el temor que usted pueda tener con respecto al tratamiento dental. El temor que el ya tiene más el suyo puedan anonadarlo.

- 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 si la tiene.

Como cada quien prefiere, 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).- Explique a los padres que si muestra valor en asuntos odontológicos, esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe correlación entre los temores de los niños y de sus padres.
- 3).- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares.
- 4).- Pida a los padres no soborne a los 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 ridiculizándolo los servicios dentales. Esto crea resentimientos hacia el Dentista y dificultad para 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 asistir 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 lo indique.

CAPITULO III

"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 está 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 va a suceder.

El profesionista, aunque el comportamiento del niño le 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 lágrimas, 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 va a lograr nada con su mala conducta, es decir, perderá motivación para seguir comportándose así.

si se maneja al niño adecuadamente es raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de como impresione al odontólogo al niño, una vez que haya ganado realizarse los trabajos correctivos sin retrasos. se pueden anotar ciertas sugerencias para establecer una armoniosa relación con el paciente infantil.

- 1).-Tratando 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.
- 2).-No demuestre exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente, trátelo de manera natural, de otra manera despertará desconfianza en el niño.
- 3).-Cuando sea posible se debe dirigir la conversación hacia el niño, cuando haga la historia clínica pregunte para que el pequeño conteste lo que pueda, el resto lo contestará el acompañante.
- 4).-El paciente debe tener todo tipo de explicaciones, luego la explicación ya dada nos tendremos que asegurar que el niño ha entendido.
- 5).-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.
- 6).-Es buena táctica pasar de operaciones sencillas a más complejas, a menos que sea necesario algún tratamiento de urgencia.
- 7).-Es completamente inadecuado emplear la pieza de mano 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.
- 8).-El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor, sin que esto implique realizar un trabajo de calidad inferior.
- 9).-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 métodos físicos para calmar al paciente. Se coloca suavemente la mano sobre la boca del niño indicándole que esto no es un castigo, si no un medio para que oiga lo que le vamos a decir, hablele con voz normal aclarándole que retirará la mano cuando pare de gritar.
- 10).-Nunca deberá usar actitudes sarcásticas ni desdeñosas. Las amenazas, engños, violencias físicas, nunca dan buenos resultados.

"TECNICAS DE RECONDICIONAMIENTO EN ODONTOPEDIATRIA"

A través del recondicionamiento 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 recondicionamiento 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. Pregunto: ¿Cuanto sabe el niño sobre Dentistas? ¿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, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

En procesos de aprendizaje el castigo y la recompensa son eficaces. 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 esté continué portándose bien.

Cuando alabe el niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo, dígamele que "Hoy se portó muy bien" en vez de decirle "Ha sido un niño muy bueno". Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que 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 condecoraciones. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa, la línea divisoria es en realidad muy tenue.

Recompensar, es reconocer que hubo un buen comportamiento después de que se terminó la operación. El soborno se da o se promete para inducir buen comportamiento.

" LA CONVERSACION DEL DENTISTA "

Cuando habla con los niños el odontólogo deber'a ponerse asu mismo nivel en posición y conversación, en palabras o 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 este trabajando con un niño, no le haga preguntas que requieran res puestas, si tiene algunos instrumentos en u 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 de espontánea y genuina cordialidad se captan de inmediato lo mismo que la sonrisa de compromiso, el desganado, 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 su durez emocional.

No consideramos conveniente demasiada familiaridad con el niño, pues es té descendia 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, ejemplo: ¿Es la primera vez que el niño asiste a un consultorio dental? ¿Ya fué atendida en otra oportunidad? ¿Como resultó la experiencia? ¿Está con dolor? ¿Desde cuando?. De estas averiguaciones previas podemos decir que ya tenemos - como orientarnos 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 al profesional una muy valiosa información. Hasta ahora hemos considerado el valor de nuestra colaboradora en función de simple recepcionista. Parece innecesario insistir en la importancia de la ayuda técnica junto al sillón.

B) SALA DE RECEPCION :

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

No creemos necesario ni fundamental decorarlo especialmente con motivos infantiles, sin ofrecer un momento 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 ya que algunos resultan contraproducentes.

El profesional podrá asesorarse en cuanto a la selección, nos permitimos sugerir que el odontólogo conozca el material de lectura que tiene en su sala de recepción está nos da un motivo para comentar con el niño.

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

En cuanto a las revistas para adultos diremos que deben estar al "día" en buena medida reflejan los gustos y tipos 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 actividad, agresividad, y tensión contenidas en el consultorio.

C) EL CONSULTORIO :

No consideramos necesarias instalaciones y decoraciones especiales para atender niños.

Cabe mencionar "EL CIRCO" que así lo denominó y eso parece ser el del Dr. Smith (1960). En la sala de recepción está la boletería.

La puerta que conduce al consultorio y sobre cuyo cartel se lee CIRCO simula una jaula por la que se ve un mono, un león, una cebra.

El equipo es un enorme payaso de cuyo vientre emergen las jeringas de aire y el 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, cuál sería la impresión del niño al acercarse a este bicho) al 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 la lágrima 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 "parodontistas" no complican sus prácticas con trucos, dispositivos premios o atmósferas 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 está muy pendiente de lo que se le vá hacer, y suponer que todo lo exterior le haga olvidar el motivo central de su preocupación es querer ignorar el problema de fondo.

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 quién 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, perturba al profesional y le obliga a un ajuste emocional para él, 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 futura rutina del consultorio se altera.

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

CAPITULO V.

"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 da basándose 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.

¿Lo vio un médico general o un pediatra?

¿Quién es ?

¿cómo son sus relaciones?

¿Qué enfermedades ha padecido?

¿Qué vacunas se le han aplicado?

¿A que intervenciones se ha sometido? ¿Cuándo?

¿Qué tipo de anestesia se utilizó?

¿Hubó complicaciones post-operatorias ?

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

¿ Es propenso a las hemorragias?

¿ Tiene antecedentes diatéticos ?

¿A tenido problemas con anestesia local ?

El siguiente tema a tratar es el que se refiere a la alimentación, su ca lidad y su equilibrio, el carácter físico de la dieta (presencia o ausen cia 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, enferme dad 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 momentos tienen la misma repercusión desde el punto de vista de acción cario génica.

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 diagnóstico. 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 tárra ro dentario, de pigmentaciones, deben ser registrados en nuestra ficha. El uso de "pastillas reveladoras" permite iniciar muy objetivamente la educación de este asunto.

Nos enteramos de lo siguiente:

- ¿ Cuantas 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 los dientes que más comunemente 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 ad lengua morder labio y uñas.
- Hábitos anormales al tragar (deglución impropia).
- Anormalidades respiratorias z(respirador bucal).



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CLINICA INFANTIL

I.- Información General

Nombre:		Diminutivo	Edad	
Fecha de Nac.	Lugar de Nac.	Dirección		
Teléfono	Grado Escolar	Padre o acompañante		
Nombre del alumno		Fecha de examen	1er.Ex.	2do.Ex.
			3er.Ex.	

Señale una de las casillas

- | | Sí | No |
|--|-----|-----|
| 1.- ¿ Goza su hijo de buena salud ? | () | () |
| 2.- ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida ? | () | () |
| ¿ Porqué motivo ? _____ | | |
| 3.- ¿ Ha estado hospitalizado ? | () | () |
| 4.- ¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento ? | () | () |
| ¿ A cuáles ? _____ | | |
| 5.- ¿ Toma su hijo algún medicamento actualmente ? | () | () |
| ¿ Qué clase de medicamento ? _____ | | |
| 6.- ¿ Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales ? | () | () |
| ¿ Qué trastornos ? _____ | | |
| 7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes: | | |

	Edad		Edad		Edad
Asma () _____		Sarampión () _____		Fiebre reumática () _____	
Paladar hendido () _____		Tosferina () _____		Tuberculosis () _____	
Epilepsia () _____		Varicela () _____		Fiebres Eruptivas () _____	
Enf. Cardíaca () _____		Escarlatina () _____		Otras: _____	
Hepatitis () _____		Difteria () _____		_____	
Enf. Renal () _____		Tifoidea () _____		_____	
Trastorno Hepático () _____		Paperas () _____		_____	
Trastornos del lenguaje () _____		Poliomelitis () _____		_____	

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------|
| 8.- ¿ Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes ? | Sí | No |
| | () | () |
| 9.- ¿ Tiene dificultades en la Escuela ? | () | () |
| 10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____ | | |
| 11.- Motivo de la consulta: _____ | | |
| 12.- Recomendado por: _____ | Experiencias Odontológicas | sí no |
| 13.- Observaciones: _____ | previas | () () |
| | Actitud del niño hacia el Odontólogo | |
| | Favorable | Desfavorable |

II.- Tejidos Blandos.

Labios _____ Lengua _____
Mucosa bucal _____ Piso Boca _____
Paladar _____ Glándulas salivales _____
Velo del paladar _____ Ganglios _____
Amígdalas _____ Observaciones: _____
Tejido Gingival _____

III.- EXAMEN DENTAL.

Higiene Oral: Bueno () Regular () Malo ()
Métodos y frecuencia _____
Dientes: _____
Faltantes _____ ausencia congénita _____ Anomalías de _____
Forma _____ Tamaño _____ Color _____ Número _____ Posición _____
Textura _____
Observaciones: _____ Fracturas _____

OCLUSION:
Neutroclusión _____ Mordida abierta _____
Distocclusión _____ Mordida cruzada anterior _____
Mesioclusión _____ Mordida cruzada posterior _____
Sobremordida _____ Observaciones: _____
Apiñamiento anterior _____

IV.- HABITOS.

Succión del pulgar () Protrusión de lengua ()
Otros dedos () Otros _____
Morder labios () Anotaciones: _____
Respirador bucal () _____

V.- ORTODONCIA PREVENTIVA y/o INTERCEPTIVA

Edo. actual del problema: _____ Diagnóstico _____

Análisis de dentición mixta: _____ Plan de tratamiento: _____

Premedicación: _____
Drogas _____ Dosis _____
Observaciones _____

OCCLUSION:

El primer paso que se hará en el examen del niño es pedirle que cierre su boca (que junte sus dientes) y asegurarnos de que lo haga bien: observaremos el trayecto de la apertura u 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 ó hipértónico.

su volumen : normal, aumentado o disminuido.

sus frenillos: normales, altos, bajos, cortos.

CARRILLOS:

ESTA deberá ser examinada minuciosamente posibilidades de mordeduras, pigmentaciones, quemaduras por aspirinas 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:

Observaremos también posibles quemaduras aftas, fistulas, sin omitir garganta y amígdalas.

LENGUA:

Deberá ser estudiada en cuanto a su tamaño, forma, posición, frenillos, mucosa y posibilidad de hábitos o problemas funcionales en la zona sublingual rónulas.

EN CIA:

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, triste, asustado o sereno, comunicativo, retraído, farolero o fanfarrón etc. Pero debemos ser cautelosos en nuestras apreciaciones. La observación de las facies del niño, de su semblante, puede ser también orientadora, no solo en cuanto a su estado de ánimo o físico, si no 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 ayudándonos con el examen radiográfico. El plan de tratamiento puede sufrir modificaciones, por su puesto 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 solo son una ayuda valiosa para el Dentista, si no que también son útiles para la presentación del caso al paciente.

Al examinar los modelos de estudio debemos observar dentro de la arca da los siguientes puntos:

- 1).- Permiten observar cómo se realiza el ajuste de oclusión en cada ni ño. (Es decir, si está en la clase I, clase II o clase III).
- 2).- Número de dientes presentes, la relación que guardan entre sí 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 siguien tes temas:

- 1).- Determinar los resultados estéticos y funcionales.
- 2).- Posibilidades de fabricar porta impresiones individuales.

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

CAPITULO VI

" 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, proporcionar 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 facilmente 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 solo 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 pulpareas 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 solo 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 variedad 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 de 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
- Discracias Sanguíneas.

Los rayos X pueden ayudar no tan solo en el diagnóstico, si no 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 ósea, ya sea en el maxilar o en la mandíbula que indican enfermedad local o general.

Entre las enfermedades locales que pueden producir destrucción ósea, 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, reabsorbidas, fijación de dientes primarios sobre permanentes, dilaceraciones, desplazamientos, anquilosis, fracturas óseas y cuerpos extraños.

9).- EVALUACION PULPAR:

Muy importantes son las radiografías en la evaluación y el tratamiento, está 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 deben usar de rigor, mencionaremos la periapical, de aleta mordible y oclusal.

La película intrabucal más pequeña mide 20x31 mm. aunque este destinado específicamente como película para niños, se usa generalmente en niños que tenga 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, pernanetas, 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 aletas mordibles están disponibles como apéndices incluidos como parte del paquete. La película oclusal mide 56 x75 mm. Puede utilizarse para tomar radiografías oclusales en ambos arcos, en niños mayores.

CAPITULO VII

" MANIFESTACIONES BUCALES DE ALGUNAS ENFERMEDADES GENERALES EN NIÑOS "

A) VARICELA:

Clasificada entre las enfermedades de la infancia, de carácter contagiosa e infecciosa, causada por el virus del herpes zoster el cual en los niños causa la varicela y en los adultos el herpes zoster.

Presenta un periodo de incubación: de 10 días a 3 semanas, con síntomas como malestar general, fiebre.

Clínicamente: aparece una erupción papular en cara tronco y extremidades superiores e inferiores, estas papúlas se transforman en vésiculas que forman costras, que desaparecen sin dejar cicatriz.

En la mucosa bucal también aparecen estas lesiones, varían de tamaño y pueden presentarse aislados o en grupo.

Cuando las vesículas de la mucosa bucal se rompen se convierten en pequeños cráteres ulcerados rodeados de eritemas (Esta ulceración es causada por la acción irritante de los alimentos.) y se presentan antes de las agrupaciones cutáneas;

B) SARAMPION: O RUBEOLA

Enfermedad viral causada por un mixovirus; se manifiesta en la niñez y es contagiosa y de fácil transmisión tiene un periodo de incubación: de 7 a 10 días con síntomas como congestión nasal conjuntivitis, dolor faríngeo, diarrea; Las manchas de Koplin son patognómicas del sarampión y se observan dos o tres días antes que aparezca la erupción. El lugar más frecuente en la mucosa bucal es frente a los primeros molares o en la zona interna del labio inferior con manchitas blanco azuladas de tamaño puntiforme, rodeadas de una aureola rojo bri

llante, al principio solo son pocas pero más tarde aumentan en cantidad y se unen. Además de estas lesiones específicas también hay eritema y edema de la encía y mucosas con zonas de coloración rojo-azuladas en el paladar blando.

de 4 días a una semana después de la incubación aparece la erupción cutánea que generalmente afecta primero a cara y cuello extendiéndose posteriormente a tronco y extremidades, esta dermatitis consiste en lesiones maculopapulares rojas.

A veces pueden presentarse complicaciones como infecciones secundarias que afecten el oído y mastoides.

C): ESCARLATINA:

Enfermedad causada por el estreptococo Beta Hemolítico del grupo A; su período de incubación es de unos días a una semana, en sus primeras manifestaciones se presenta como una infección faríngea con dolor de garganta y fiebre que varía entre los 38 y 39.5 grados centígrados días después se presenta una erupción cutánea, atribuida a una exotoxina eritematosa, que aparece primero en tronco y posteriormente en cara y extremidades; en la boca se produce una coloración rojo intensa difusa de la mucosa bucal; las papilas fusiformes de la lengua se agrandan y se inflaman apareciendo como protuberancias enrojecidas; a esta característica se le llama lengua aframbuesada ó lengua en forma de fresa, también se presenta una superficie cabarral, según las lesiones van desapareciendo, el enrojecimiento cede, la lengua adquiere una forma de zarzamora, hasta que finalmente se normaliza tanto en color como en tamaño de sus papilas.

D) DIFTERIA:

Su etiología es el *Corynebacterium diphtheriae* es una infección aguda que se presenta en el 60% de los niños menores de 10 años; se disemina por medio de la boca; tiene un periodo de incubación de 2 a 5 días con síntomas iniciales de prostración, fiebre y vómito, El pulso se torna irregular y débil, la garganta se encuentra enrojecida con dolor y con dificultad para comer; en la zona de amígdalas y región faríngea aparece la formación de una pseudomembrana blanco-grisácea, friable a modo de cortina, la cual está constituida por fibrina, Leucocitos y células epiteliales las cuales se necrosan; si esta membrana se renueva deja al descubierto superficies ulcerosas y sangrantes sobre el cual se forma otra vez la membrana rápidamente.

E) DEFICIENCIAS NUTRICIONALES:

La nutrición es la forma de procesos físicos y químicos lo cual el organismo es capaz de absorber y asimilar sustancias que se encuentran dentro de este, las cuales tienen capacidad formadora de tejidos así como dar color, nutrición a los tejidos ya presentes.

Las sustancias más nutrientes que se encuentran en los alimentos son carbohidratos, proteínas, minerales, vitaminas y agua, los cuales deben ser resultado de acuerdo necesidades propias del organismo, con el fin de que prevalezca el estado de salud.

La nutrición interviene como factor etiológico en mayor o menor grado en casi todos los padecimientos.

La nutrición es uno de los principales factores en las relaciones huesped-parásito. La salud en tejidos orales va a depender de una dieta adecuada que cooperará a la preservación en tejidos de soporte de dos maneras:

- 1).- Por medio de la estimulación local en los tejidos circundantes al diente.
- 2).- Proporcionando a los tejidos los nutrientes indispensables para la conservación de la salud. La ausencia de ciertos elementos en la dieta, podrían ocasionar daños considerables, como un ejemplo en ausencia de vitamina "C" provocaría gingivorragias y hasta incluso pérdidas dentales.

En odontología se ha estudiado la vitamina "C" debido a las manifestaciones bucales del escorbuto, sin embargo, las alteraciones orales en la encía aparecen tiempo después que los síntomas generales de este mal.

Para la cicatrización de las heridas es necesario el ácido ascórbico ó vitamina "C" así como para la producción y mantenimiento de las células endoteliales vasculares. La falta de esta vitamina causará un desequilibrio en el mecanismo formado del tejido conectivo y degeneración de la capa endotelial de los vasos.

Son raros los casos de lesiones bucales en ausencia de vitamina "A" sin embargo, en algunos casos puede haber reducción del flujo salival y aparecer zonas hiperqueratinizadas en la mucosa bucal.

La tiamina o vitamina B1, su deficiencia actúa en el metabolismo de los carbohidratos y su carencia produce el beriberi con extericizaciones bucales como péridas de las papilas linguales, edena y dolos.

La falta de niacina o ácido nicotínico (muy importante en la oxidación intracelular) nos produce pelagra. Se observa que la mucosa bucal se inflama y sangra fácilmente, la lengua se pone de color rojo sódido, aumenta de volumen, desaparecen papilas y presenta indentaciones laterales.

Por lo general los trastornos orales debidos a la falta de vitamina "B" son causados por la ausencia de algún elemento de este complejo. Los cambios orales más frecuentes son:

- inflamación gingival.
- Enrojecimiento
- Ulceración
- Erosiones e inflamación de toda la mucosa oral.
- Inflamación de la lengua
- Queilosis, así como otras.

La vitamina "D" en su función principal es la de absorción del fósforo y calcio, realiza la absorción a nivel de la membrana mucosa en el intestino, así como la calcificación de hueso y cartilago; está provoca dientes anormales, retraso en la erupción de los dientes, retraso también en el crecimiento óseo y mal oclusión.

Las proteínas ocupan una función importante en la relación del organismo en contra de las infecciones, son éstas de caracter esencial en la conservación de fagocitos que actúan destruyendo las bacterias.

Las grasas son transformadas en energía y están fuertemente involucradas en la absorción de algunas vitaminas.

Los carbohidratos actúan de manera indispensable en el funcionamiento de la glándula tiroides, el yodo y el hierro son los de mayor acción; en desarrollo y metabolismo de los huesos el fósforo, calcio y magnesio; en el equilibrio electrolítico el sodio y potasio; así como muchos más en menor o mayor escala son necesarios a la función del organismo.

Los líquidos, forman una necesidad inobjetable tanto los intracelulares como los extracelulares, ya que estos son formadores de un 70 % del peso total correspondiente al 5 % el plasma celular.

Es necesario hacer notar que tanto el aumento así como la deficiencia de éstos puede acarrear problemas ya sea a nivel general - como en cavidad oral. Por lo tanto en una composición como en su consistencia. Esto es porque el primero es ligado a los cambios anabólicos y catabólicos en el tejido parodontal y el segundo porque la masticación vigorosa provoca estímulos fisiológicos en el parodonto.

Es importante, mencionar algunos de los trastornos ocasionados por cierto tipo de dieta, la consistencia blanda actúa como una materia adherente la cual facilitaría el crecimiento bacteriano, así como también la formación de sarro. Las carencias nutricionales pueden dar lugar a la disminución en la resistencia del organismo, involucrando tejidos parodontales; dan lugar también a cambios metabólicos de tejido conectivo de encía y hueso caracterizándose osteoporosis del hueso alveolar.

GJ): ANEMIA ERITROBLASTICA DE CUOLEY:

La anemia se ha considerado como un estado patológico de la sangre, se define como deficiencia en cantidad y calidad eritroblástica se ha definido en una caída considerable de los eritrocitos circulante, a una disminución de la cantidad de hemoglobina en una unidad de sangre.

CARACTERISTICAS CLINICAS GENERALES:

Es un trastorno con características hereditarias, particularizando por anemia hemolítica, esplenomegalia, eritrocitos nucleados en la sangre periférica y lesiones esqueléticas generalizadas.

Estos cambios esqueléticos presentados son mínimos o no llegan a existir durante el primer año de vida y la osteoporosis característica en esta enfermedad en los infantes siempre va seguida por una esclerosis. Las lesiones esqueléticas más afectadas las encontramos en fémur y metacarpos. Retrasándose también en la pneumatización de los senos paranasales.

Durante los primeros 2 años de vida, en los niños se da una palidez, fiebre, escalofríos y debilidad general, coloración vetébrica debida a exceso de pigmentos biliares provocando por hemólisis de eritrocitos anormales. Los facios se observan con las características mongólicas, con hueso frontal y parietales prominentes por un subdesarrollo de los maxilares, los huesos malares y propios de la nariz son cortos y está se observa aplanada.

Los cambios provocados en la boca por esta enfermedad consisten en palidez y cianosis de las mucosas. Marcada maloclusión debida a un sobrecrecimiento en el borde alveolar del maxilar.

Los dientes sufren una separación marcada, el trabeculado óseo denota una rarefacción generalizada de los maxilares, esto es que se conserva una red mal dispuesta, con desaparición de la cortical en algunas zonas.

ETIOLOGIA:

Las causas provocantes de esta enfermedad son desconocidas.

TRATAMIENTO:

El pronóstico de éste es malo, muriendo los pacientes a temprana edad, agravándose éstos mientras más temprano aparece la enfermedad. Esta enfermedad no permite tratamiento alguno, las transfusiones repetidas se observan con buenos resultados en casos aislados mientras en algunos otros provocan algún alivio. "temoral".

G) LEUCEMIA AGUDA Y SUBAGUDA:

Los cambios clínicos que se presentan en la boca en pacientes con leucemia son:

- Un color rojo azulado.
- Difuso
- Cianótico de toda la mucosa gingival.
- La superficie se torna brillante.
- Un agrandamiento edematoso difuso que borra los detalles de la superficie gingival.
- Redondeamiento y tensión del margen gingival y de las papilas dentarias.
- Diversos grados de inflamación
- Se presenta con ulceración necrosis y formación de una pseudomembrana.

Microscópicamente, la encía presenta un infiltrado denso, difuso con predominio de leucocitos inmaduros, los componentes del tejido conectivo normal son desplazados por las células leucémicas y está acumulación celular es más densa en la capa reticular del tejido conectivo los vasos sanguíneos están dilatados y contienen predominantemente células leucémicas; la cantidad de células sanguíneas rojas disminuye. El epitelio puede estar adelgazado ó hiperplásico, la encía marginal presenta un componente inflamatorio notable además de las células leucémicas y la naturaleza de estas células depende del tipo de leucemias.

HJ): HIPERPLASIA DE LA ENCIA:

La hiperplasia de la encía puede ser fibrosa y provocada en casos por medicamentos tales como el Dilantín Sódico .

Su etiología se desconoce y se piensa que un tipo de irritación local ligado a un factor de constitución predispone su desarrollo. La hiperplasia gingival fibrosa presenta un agrandamiento debido a un aumento del tejido fibroso, no es una inflamación gingival aunque esta puede darse como un crecimiento localizado y limitado en zona específica afectando a las papilas interdetales.

La hiperplasia gingival generalizada o fibrosa difusa característica en las personas jóvenes, la remoción quirúrgica es el tratamiento más adecuado, sin embargo tiende a reincidir.

La herencia junto con los trastornos endocrinos han sido nominados como causantes etiológicos de este padecimiento aún cuando existen pruebas suficientes no es posible marcar esta relación como provechante.

El tejido atacado muestra un color ligeramente más pálido al normal. Su consistencia es firme, elástico, denso, difícil de comprimir o separar del diente su superficie es regular, suave y no presenta hemorragias así como tampoco dolor.

La única referencia proporcionada por el paciente es la deformada que presenta provocando protrusión del labio debido al agrandamiento. Los dientes pueden estar cubiertos total o parcialmente.

En este padecimiento el único tratamiento eficaz es la remoción quirúrgica del tejido fibroso, la eliminación de irritantes locales, así como el mantenimiento bucal estrictamente limpio contribuye a un mejoramiento. La incidencia de agrandamiento del tejido fibroso es inevitable pero de lento proceso la cual ayudaría a nuevas remociones presentando períodos largos de inactividad.

El problema provocado por Dilantin Sódico (medicamento anticonvulsivo utilizado en pacientes epilépticos) presenta un agrandamiento gingival al cual algunos autores han referido que cuando se dosifica éste, si es acompañado de una buena higiene bucal, se puede reducir la incidencia de este padecimiento de un 10% hasta un 50% de los casos.

El uso de Dilantin solo afecta a ciertos pacientes desconociéndose el porqué y la manera de cómo provoca la hiperplasia. Es la encía el único tejido que responde de manera tan severa hacia este medicamento. La reacción gingival puede presentarse después de 2 a 3 semanas posteriores al tratamiento con este medicamento aunque lo normal es que aparezcan en 2 ó 3 meses.

El problema va en aumento de tamaño de la encía interesando encía marginal posteriormente encía insertada y después dientes.

Solo cuando este padecimiento presente algún trastorno cruzado tal como inflamación causada por irritantes locales presentará gingivorragias.

FACTORES DETERMINANTES DE LA GRAVEDAD DEL PADECIMIENTO SON:

A).- susceptibilidad del paciente al medicamento.

B).- Dosificación del medicamento

C).- Tiempo de iniciación terapéutica.

Mientras exista una continuidad en el uso de este medicamento el padecimiento seguirá presente, la disminución tanto en uso como en dosis provocará una disminución en el problema.

Podrán utilizarse algunos otros medicamentos anticonvulsivos en pacientes epilépticos obteniéndose buenos resultados tales como con el Musoline que no causa hiperplasia gingival, pero en algunos casos es preferible controlar por otros medios la hiperplasia de la encía y no utilizar medicamentos menos eficaces.

El tratamiento de este problema se hará por medio de gingivoplastia aunque con reincidencia en la mayoría de los casos.

Es aconsejable el uso de un cepillo con cerdas duras para la higiene adecuada.

I).- ENFERMEDAD DESTRUCTIVA CRÓNICA EN NIÑOS:

La parodontosis que se manifiesta como destrucción ósea y pérdidas dentales no son comunes en niños, pero se han observado casos de este padecimiento su etiología no puede ser específica, la destrucción es general y el pronóstico es malo.

ETIOLOGIA:

- Estudios realizados no proporcionan datos precisos sobre la causa de la parodontosis. Aunque no ha podido atribuirse a ninguna enfermedad específica, puede estar relacionada con alguna de las alteraciones generales. Entre estas podemos encontrar a la
- Diabetes.
 - Anemia.
 - desnutrición
 - Enfermedades infecciosas y
 - Factores genéticos.

El proceso inflamatorio causado se debe a irritantes locales, algunos autores atribuyen a estos irritantes locales como factor de gran importancia.

Uno de estos factores locales bien podría ser el traumatismo occlusal el cual inicia destrucción de parodonto y hueso alveolar.

En la etiología de este padecimiento se cuentan un sin número de factores además de los tejidos parodontales afectados de inflamencias que alteran su reacción a factores locales. Ningún factor aislado siendo general o local podrá ser considerado como un factor determinante en la parodontosis.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La parodontosis se caracteriza por el en sanchamiento de los espacios parodontales, pérdida de la lámina du ra, reabsorción del hueso alveolar, trastornos en la cementogénesis y pérdida de las fibras principales del ligamento parodontal que es tás son reemplazadas por tejido conectivo fibroso.

Los dientes se tornan con movilidad y pueden desviarse. La oclusión - se vuelve traumática ocasionando pérdida mayor de hueso en estas zo nas.

Cuando algunos dientes o todos están interesados simultanea mente, el grado de reabsorción del hueso es más o menos regular en todas las porciones afectadas. Esta enfermedad puede progresar rápi damente, hasta llegar a un punto en que se hace muy difícil el sal var los dientes de su exfoliación. ni bolsas, ni inflamación son - parte formadora de esta alteración, aunque ambas podrán presentar se como complicaciones secundarias pero cuando la parodontosis se encuentra bien establecida .

Cuando se presentan dichas alteraciones o complicaciones 1 las lesiones parodontales son muy semejantes y probablemente no pue den diferenciarse en la parodontitis primaria y a esto se le nom bra parodontitis compleja ó parodontitis secundaria.

La parodontitis en sus primeros estadios no es reconocida clínica mente, si no que por medio de un estudio radiográfico revela pér dida ósea alveolar en una zona específica. El primer signo clínico es la formación de bolsas profundas caracterizándose en un solo di ente aún cuando los dientes continuos presenten su estructura - - ósea normal.

TRATAMIENTO:

Cuando los signos de la parodontosis se presentan si mltaneamente con una enfermedad generalizada, el control de esta última ayudada con una técnica parodóntica local forma la base - del tratamiento.

El tratamiento local influye al equilibrio oclusal, en especial cuando se ha producido una desviación dentaria, con contacto prematuros de interferencia. Puede ser muy alta la ut ilización de férulas dentales. La parodontosis avanzada casi si empre tiene mal pronóstico.

J): PERIODONTITIS:

Hay dos tipos de periodontitis:

- Simple
- Compleja ó Compuesta.

Es el tipo más común de enfermedad parodontal, se le conoce con el nombre de piorrea sucia y paradentitis.

ETIOLOGIA:

De la periodontitis simple es causada por una gran variedad de irritantes locales que generan inflamación gingival y extensión de la inflamación hacia los tejidos periodontales de soporte.

CLINICAMENTE: Se puede localizar en un solo diente o en un grupo de dientes; hay inflamación crónica de la encía, bolsas parodontales a veces purulentas, pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y pérdida de dientes.

La periodontitis puede ser indolora, pero se puede presentar síntomas como sensibilidad al tacto y alimentos; a cambios térmicos como consecuencia de la denudación de las raíces; dolor irradiado profundo durante la masticación por acumulo forzado de alimentos dentro de las bolsas parodontales; síntomas pulpares sensibilidad a cambios térmicos y alimentos dulces ó dolores punzantes consecuencia de pulpitis.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PERIODONTITIS: compuesta son las mismas que las de la simple, pero esta se origina por los efectos combinados de la irritación local más el trauma de la oclusión que agravan los efectos destructores de la inflamación.

CAPITULO VIII

" PREVENCIÓN "

NUTRICIÓN:

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 EDECUADA:

Los nutrientes han sido clasificados en 6 grupos principales:

- Proteínas
- Hidratos de Carbono
- Lípidos
- Vitaminas
- Minerales y
- Agua

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

" N I V E L E S D E N U T R I C I O N "

Se consideran 5 niveles de nutrición:

1).- Existe la posibilidad de una SOBRENUTRICION debida a una al
imentación excesiva. Se caracteriza este estado por obesidad.

2).- NUTRICION NORMAL:

En este caso el organismo recibe la canti
dad y calidad apropiadas de alimentos, de acuerdo A sus nece
sidades, dando por resultado funciones normales y buena salud.

3).- En este tercer estado no existe impedimento de función o sa
lud enterada, pero las reservas son pobres, se encuentran en
en un estado limftrofe.

4).- DESNUTRICION 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 síntomas clínicos.

Los Dentistas deben obtener una evaluación e
cuantitativa y qualitativa de la dieta, lo que nos da la proba
bilidad de encontrar un signo de deficiencia nutricional.
Una advertencia dada por el dentista cuando hay un excesivo
uso de comida cariogénica, que es evidencia de una dieta inba
lanceada, es muy acertado.

" IMPORTANCIA DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN LA DIETA "

Los hidratos de carbono desempeñan una función en el organismo: proporcionan energías, tienen 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 energías.

Hay que hacer énfasis para que el paciente deje por completo la ingestión de hidratos de carbono refinados entre comidas, pero no han de quitarse 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 dulce y golosinas entre las comidas han sido comprobado por varios autores en investigaciones mi nuciosas; los estudios sugieren que una ingestión excesiva de carbohidratos no solo inicia la caries si no que aumenta la - velocidad de las ya existentes.

" TECNICAS DE CEPIL LADO "

Además del empleo de fluoruros, dietas y otros padecimientos profilácticos 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 las caries dental.

" OBJETIVOS DEL CEPIL LADO "

- 1).- Quitar todos los restos alimenticios, mucina, materia al ba y reducir en cierto modo los microorganismos que se encuen tran 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 mer cado, el que necesitamos 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 realizarlas 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. Colónquese las cerdas a 45 grados respecto al eje mayor de los dientes y fórcense los extremos de las cerdas dentro del surco gingival. Ejérzase una presión suave y dése al cepillo un movimiento vibratorio hacia adelante y hacia atrás. Desciendase el cepillo y muévase hacia adelante 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 esté 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, entoncés 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.

2 METODOS COADYUVANTES DE LIMPIEZA "

En 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 difícil 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 2 % y el fluoruro estéril al 8 % en niños y al 10 % en adultos.

LA FLUORURACION DEL AGUA:

El fluor es uno de los elementos más activos 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 fluor, sin embargo cuando se ingiere diariamente grandes cantidades de fluor durante largo tiempo pueden originar:

- A).- Fluorosis Anquilosante
- B).- Osteoesclerosis Asintomática
- 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, en general son casos de intoxicación en la industria o puede deberse a que el agua contenga gran concentración de fluoruros naturales.

B).- OSTEOSCLEROSIS ASINTOMÁTICA:

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

C).- ESMALTE MOTEADO:

(Fluorosis Dental Crónica) La fluorosis dental se debe a la ingestión de altas cantidades de ión fluoruro (2 mg./ litro de flúor) durante el desarrollo de los dientes permanentes.

La fluorosis se conoce más comúnmente 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 hipoplasia 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 flúor fué 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 flúor en aplicaciones tópicas tienen una solubilidad en los ácidos reducidos 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 flúor absorbido inhibe la formación de ácido a partir de los hidratos de carbono por intermedio de los microorganismos.

Es importante el que se incorpore flúor 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 las aplicaciones tópicas podemos citar a los siguientes:

- a).- Fluoruro de Potasio
- b).- Fluoruro de Plomo
- c).- Fluoruro de Sodio
- d).- 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:

- I).- 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.
 - II).- 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 saliva ni el algodón toquen al diente, en caso de que esto suceda es preferible empezar de nuevo.
 - III).- Secado. Los dientes del sector a topicar, ya aislados, son secados con aire a presión.
 - IV).- 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 poméz por lo habitual con dentrífico.

APLICACION DEL FLUORURO ESTAÑOSO:

Primera mente se hará una profilaxis cuidadosa, seguida de aislamiento de los dientes, después secado con aire comprimido y humectación con solución acuosa al 8 % 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 se prepara al 10 % para los adultos y para los niños al 8 %. El fluoruro estañoso parece particularmente eficaz en el caso de los dientes que acaban de brotar.

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, afirmando que de la conducción de está 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 un 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 cepillo 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 E S :

Al finalizar este trabajo, estamos convencidos de que todo profesionalista que tenga interés y gusto por la odontopediatria, 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.

Como renglón importante hemos estudiado las consecuencias que pueden tener los padecimientos generales, para el desarrollo normal de la dentición. Es frecuente que una enfermedad general propia de la infancia; como sarampión, varicela, anemia, tenga su derivación a través de exteriorizaciones bucales, hemos mencionado en términos generales los diferentes tipos de manifestaciones que se dan en esos casos, haciendo un estudio de los factores que los provocan así como de la forma de alcanzar un diagnóstico preciso y encontrar el tratamiento o método conveniente al caso.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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

Atlas de Odontopediatría

David. B Low.

Thompson M. Lewis.

John M. Davis.

Editorial Mundi.

Buenos Aires, Argentina.

Tratado de Odontopediatría Clínica

Walter C. McBride

Editorial Labor S.A.

Argentina.

Odontología Práctica

M. Michel Cohen. D.M.D.

Editorial Mundi S.R.L.

Buenos Aires Argentina.

Odontología Clínica.

Sidney B. Finn

Editorial Bibliográfica

Argentina.