



Coleccionando **Conocimientos**

4to AÑO

www.colgateprofesional.com

ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

El paciente pediátrico, por su condición especial de niño, posee características especiales a considerar al momento de ser tratado en el consultorio odontológico. A pesar de que es a partir del primer año de edad cuando por motivos de prevención se recomienda la primera visita al Odontólogo, es a los tres años cuando el niño comienza a mostrar mejor sus habilidades para interrelacionarse, lo que nos permite comunicarnos mejor con él y hacerle entender, mediante recursos muy sencillos, que somos sus amigos y que nuestra intención será la de ayudarlo a tener una buena salud bucal.

La primera visita odontológica es muy importante, y la impresión que el paciente pediátrico tenga en esa oportunidad será determinante para la realización del tratamiento necesario en las siguientes citas. Es por ello que debemos manejar muy bien desde el comienzo este encuentro.

Al ingresar el niño al lugar donde será atendido debemos saber cómo dirigirnos a él adecuadamente.

Hablarle de temas de su interés ayudará mucho a establecer una buena comunicación, como por ejemplo, pedirle que nos hable de su película o comiquita preferida.

En esta primera visita debemos explicarle al niño TODO lo que le haremos y PARA QUÉ se lo haremos.

Recordemos que debemos respetarlo y entender sus temores y ansiedades. Es muy importante no mentirle en nuestras explicaciones. Podemos decirle paso a paso de qué se trata cada procedimiento, utilizando palabras que no se asocien con nada desagradable. Para ello, existen técnicas que bien utilizadas nos ayudarán a lograr que el niño acepte con agrado la experiencia.

Una técnica muy útil es la siguiente: explicarle al niño los procedimientos sustituyendo palabras como “dolor” por “molestia”, “anestesia” por “juguito para dormir el diente”, “pinchazo” por “picadita de zancudo”, y cuando le vamos a decir que “se te va a dormir”, lo podemos sustituir por “vas a sentir hormiguitas”. De esta manera, lograremos desensibilizar al niño y lograr la aceptación deseada.

Es importante tomar en cuenta que, a menos que sea necesaria la realización de un tratamiento de emergencia, en la primera cita bastará con hacer la historia clínica donde “contaremos todos los dientes” y veremos “si te los estás cepillando correctamente”, tomaremos un par de “fotos” (radiografías coronales) y aplicaremos fluoruro tópico, el cual será “una jalea muy rica para que los dientes se pongan más bonitos”.

Le presentaremos la pinza con la que colocaremos los algodones, el espejo para ver mejor dentro de su boca y el explorador, que es “un contador de dientes”.

Enseñar el instrumental que vamos a utilizar para “limpiar sus dientes” también es un recurso muy valioso.

La turbina es “una escobita que bota agua con la que lavaremos los dientes sucios”. Debemos hacerle saber al niño lo bien que se está portando y agradecerle su buena conducta.

Al final de la visita, seguramente obtendrá un premio por haberse portado excelente. Este premio puede consistir en una calcomanía, un detalle para colocarse en su franela, un pequeño presente, en fin, un reforzamiento positivo que nos garantizará lograr una conducta similar en futuras visitas.

Otra técnica que podemos utilizar es “el modelamiento”, que consiste en permitir que el niño presencie el tratamiento que estamos realizando a otro paciente que se porta muy bien y así lograr que él lo imite.

Existen otros recursos que podemos utilizar en la consulta para lograr desensibilizar al niño y disminuir el grado de ansiedad, como es la musicoterapia, utilizando música de relajación al tiempo que le explicamos al niño los procedimientos utilizados con una voz suave y agradable.

Otra opción es la utilización de juegos como trucos de magia. Siempre será agradable para el niño el ambiente que lo rodea. Es por esto que colocar un móvil o un juguete cerca de la unidad o colgando de la lámpara lo hará relajarse un poco más. Colocarle un babero de acuerdo a su edad con dibujos de muñequitos y a colores, y permitirle que participe en el tratamiento sosteniendo algunos instrumentos para que nos lo dé al pedírselo, lo integrará como parte importante en el tratamiento.

Recordemos la importancia de reforzar en el paciente las conductas positivas para lograr que se repitan en el futuro, y pedirle a los padres o representantes que en la casa deben continuar con este refuerzo diciéndole al niño frases como:

“¡Qué bien te portaste en tu visita al Odontólogo!” y “si te portas bien te vamos a llevar de nuevo al Odontólogo como premio”.

RESUMEN ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA CONSULTA

- Llamar al niño por su nombre.
- Comentar con el paciente aspectos de su interés (películas y comiquitas).
- Explicar al niño, paso por paso, todos los procedimientos.
- Sustituir las palabras que representen desagrado por otras.
- Realizar procedimientos muy sencillos en la primera cita, tales como historia clínica, radiografías coronales y aplicación de fluoruro. No olvidar agradecer al niño su buena conducta, reforzándolo positivamente para lograr que se repitan las conductas deseadas.

Otras Técnicas:

- Modelamiento: realizar tratamiento a un paciente que muestra buena conducta para que la imite.
- Utilización de juegos como trucos de magia.
- Musicoterapia: música de relajación.



Tema desarrollado por
Dr. William Carrasco C.
Ex Presidente de la Sociedad Venezolana
de Odontopediatría. Prof. de la Cátedra
de Odontología Pediátrica
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

URGENCIAS MÉDICAS MÁS FRECUENTES EN ODONTOLOGÍA

Las urgencias médicas son situaciones en las cuales la vida del paciente no está en riesgo y no hay compromiso de órganos vitales, pudiendo agravarse si no son atendidas en un tiempo breve, transformándose en una emergencia médica en la cual sí hay compromiso de la vida del paciente.



CRISIS HIPERTENSIVA

Es la elevación aguda de la presión arterial capaz de llegar a producir cambios estructurales o funcionales en diferentes órganos, siendo las cifras límites a considerar de tensión arterial sistólica mayor de 210 mm/Hg y/o la diastólica mayor de 120 mm/Hg.

1. Al paciente presentar una crisis hipertensiva, se le debe administrar Captopril triturado de 25 mg sublingual.
2. Si a los 30 minutos la tensión mejora debe acudir a un centro asistencial a realizarse estudios, si no mejora, repetir paso número 1.
3. Tomar tensión a los 30 minutos, si no mejora, administrar una ampolla de 20 mg de Furosemida vía intravenosa y llevar al paciente a un centro asistencial, ya que estamos en presencia de una emergencia hipertensiva.
4. Se debe informar en el centro asistencial todos los medicamentos administrados y las dosis de los mismos.

CRISIS CONVULSIVA

1. Venoclísis periférica preventiva en pacientes epilépticos.
2. Mantener la calma.
3. Conocer que las crisis son autolimitadas.
4. Suspender procedimiento.
5. Retirar todos los objetos de la boca. No introducir ningún objeto en la boca del paciente.
6. Colocarlo en posición decúbito supino (en el suelo).
7. Mantener vía aérea permeable.
8. Monitorear los signos vitales.
9. Tratamiento farmacológico, elegir entre: Diazepam 10 mg diluidos en 10 cc de agua destilada, aplicar de forma lenta por EV o IV 5 cc y repetir hasta 3 veces cada 10 minutos (sólo de ser necesario), Midazolam 10 mg EV lento o difenilhidantoina sódica 15-20 mg/kg diluido lentamente, la dosis máxima es 1 gramo.
10. La dosis en niños es de 0,5 mg a 0,3 mg por Kg/peso.
11. En caso de crisis prolongadas (>10 min.), deberá acudir a un centro hospitalario o atención médica especializada.
12. No se recomienda conducir después de una crisis.



REACCIÓN ANAFILÁCTICA

Es una reacción alérgica severa con compromiso de dos o más órganos blanco y riesgo de vida, de instalación progresiva.

1. Mantener la calma.
2. Mantener la vía aérea permeable.
3. Administrar oxígeno.
4. Iniciar con antihistamínicos de Ira. generación difenhidramina 25-50 mg vía oral o hidroxizina 25 mg vía oral.
5. En caso de presentarse angioedema administrar corticoides (prednisona 40 mg) por vía oral.
6. Verificar respuesta al tratamiento. Si esta es buena después de unas horas, dar de alta con uno de los siguientes antihistamínicos de segunda generación (cetirizina, loratadina, desloratadina o fexofenadina), e informar al paciente la causa que desencadenó la reacción, para prever futuros contactos con el medicamento desencadenante.
7. Si se ve afectado otro sistema, administrar adrenalina 1 amp. de 1 cc a 1/1000, vía subcutánea o intra muscular 0,3 a 0,5 ml. En niños 0,01 ml/Kg / dosis con un máximo de 0,5 mg. De no mejorar, repetir dosis a intervalos de 10 min en un máximo de 3 dosis.
8. Si mejora, administrar Corticoides (Metilprenisolona 250 mg bolo EV) a fin de evitar posibles recaídas.
9. De no mejorar, trasladar al paciente a un centro asistencial para que se continúe el tratamiento y hacer referencia de los medicamentos y dosis administrados.

HEMORRAGIA POR EXODONCIA, ACCIDENTES CON APARATOS DE CORTE O INSTRUMENTO PUNZO CORTANTE



1. Mantener la calma.
2. Identificar el sitio de donde procede la hemorragia.
3. Verificar si el sangrado es de origen venoso o arterial (venoso es no pulsátil de color oscuro y tono opaco, arterial es pulsátil de color rojo intenso y brillante).
4. Realizar hemostasia (por compresión con gasas o con pinzas hemostáticas una vez visualizado el vaso sangrante).
5. Realizar sutura (no absorbible).
6. Si el sangrado procede de un alvéolo post extracción dental reciente, realizar compresión de tablas óseas y colocar gasas como taponamiento. Si el sangrado persiste, colocar un tapón hemostático (gelatina absorbible), de continuar, colocar una gasa impregnada con Ácido Tranexámico de forma compresiva en el alvéolo, pudiendo suturarla.
7. Recordar que la anestesia odontológica con vasoconstrictor es de mucha utilidad en algunos casos.

Tema desarrollado por

Dr. Oscar Augusto Mora Rincones

Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía
Bucu-Maxilofacial

Profesor Asociado de la Facultad de Odontología
UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Colaboradores:

Dr. Álvaro Luis Díaz Carvajal (Odontólogo)

Dr. Julio César Corona Rodríguez (Odontólogo)

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA: PULPOTOMÍA

Para iniciar esta información es necesario definir dos términos importantes: Emergencias y Pulpotomía.

De acuerdo con el Dr. Lasala, se define como “Emergencia” la necesidad imperiosa de resolver con extrema rapidez un problema, bien sea de una situación patológica o por un problema privado. En Odontología el problema que hay que resolver es patológico, que puede ser por traumatismo, inflamación dolorosa, infección, hemorragia, etc.

Pulpotomía, de acuerdo al glosario de procedimientos de la Asociación Americana de Endodoncia (AAE), es la remoción quirúrgica de la porción coronaria de la pulpa vital con la idea de mantener la vitalidad de la parte radicular remanente.

Para el Dr. Lasala es la exeresis o remoción parcial de la pulpa viva bajo anestesia local, completada con la aplicación de medicamento que, protegiendo y estimulando la pulpa residual, favorecen la cicatrización y la formación de una barrera calcificada de neodentina, permitiendo la conservación de la vitalidad pulpar.

Como medicamentos se ha utilizado generalmente hidróxido de calcio en polvo mezclado con agua destilada y otros preparados comerciales como calxyl, puldent, etc.

Actualmente se está recomendando la utilización de MTA “Mineral Trioxide Aggregate” que se ha venido estudiando como agente para recubrimiento pulpar directo y ha mostrado que es biocompatible, produce menos inflamación pulpar y un puente de dentina mayor que el producido por hidróxido de calcio, sin embargo, nuestra experiencia ha sido mayor con hidróxido de calcio (3).

INDICACIONES:

De acuerdo a la guía clínica en Endodoncia de la AAE, la Pulpotomía está indicada en las siguientes condiciones clínicas:

- 1.- Exposición de pulpa vital o pulpitis irreversible de dientes temporales que no presenten patologías que puedan poner en peligro el diente sucesor.
- 2.- Como procedimiento de emergencia hasta que el tratamiento de Endodoncia pueda realizarse.
- 3.- Como un procedimiento en dientes permanentes con ápice inmaduro hasta que se termine su desarrollo, esto puede ser por caries o por traumatismo.

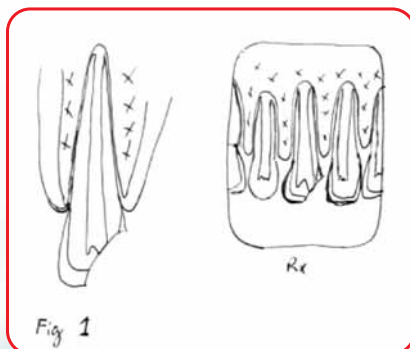
Objetivos:

- 1.- Aliviar y prevenir situaciones adversas de signos y síntomas.
- 2.- Para inducir evidencia radiográfica de cierre apical o reparación sin dañar el tejido de soporte.
- 3.- Favorecer la reparación biológica de un defecto resortito.

Técnica: (Representación gráfica del procedimiento)

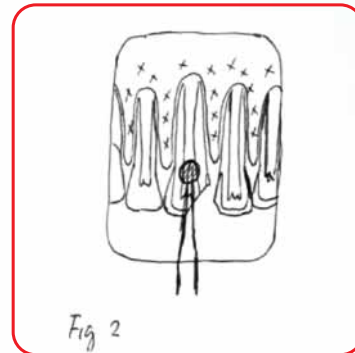
Los casos que más se presentan es de dientes jóvenes inmaduros que han sufrido un traumatismo que involucra la pulpa cameral.

1.- Examen clínico: evaluar tejidos blandos, movilidad, tiempo de la pulpa expuesta. Radiografías utilizar lupas o aumento posible más fracturas y diagnóstico (Figura 1).

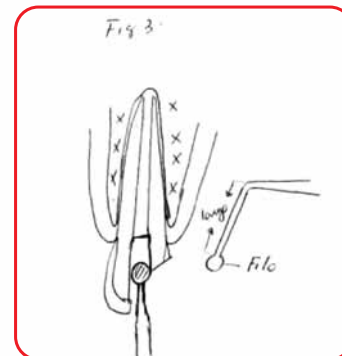


2.- Anestesia, aislamiento (puede ser a distancia), desinfección del campo operatorio y se puede lavar la cavidad con Clorexidina al 2%.

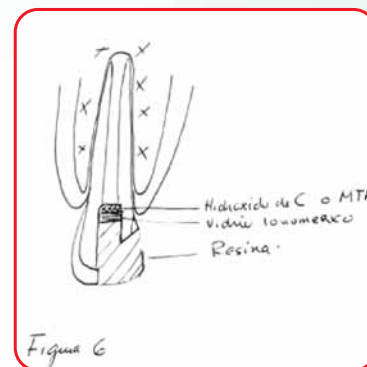
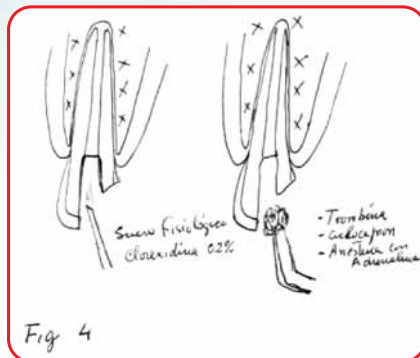
3.- Apertura de la cavidad o cámara con una fresa redonda grande según el diente (se recomienda colocar la fresa sobre la radiografía. Esto nos ayuda a ver el tamaño aproximado de la fresa que vamos a utilizar) (Figura 2).



4.- Remoción de la pulpa coronaria con la fresa seleccionada a baja velocidad y utilizar cucharita de dentina de mango largo (filosa) para regularizar (Figura 3).



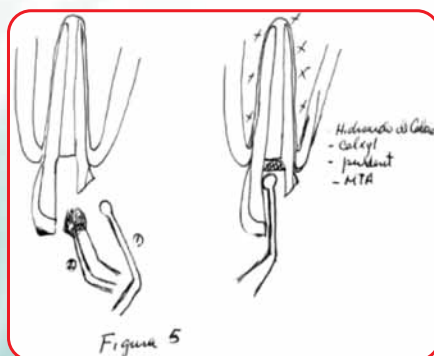
5.- Lavado de la cavidad con suero fisiológico y clorexidina al 2%. Para controlar la hemorragia aplicar ligera presión, con torunda de algodón impregnada con anestesia que contenga adrenalina, trombina o ciclocapron; lavar con clorexidina al 2% y suero fisiológico (Figura 4).



6.- Examinar que la herida pulpar sea nítida y se tenga controlado el sangramiento.

7.- Se limpian los bordes con cucharita de dentina, se seca con torunda de algodón y luego se coloca una pasta de hidróxido de calcio con agua destilada sobre el muñón pulpar; presione ligeramente; se pueden usar otros medicamentos como calcio, puldent y MTA (5) (Figura 5).

8.- Se limpian las paredes con cucharita de dentina y se secan con torunda de algodón (no utilizar aire), colocar una capa de cemento, tipo vidrio ionomérico (6), y luego la restauración permanente de inmediato (Figura 6).



POST-OPERATORIO:

En los casos bien seleccionados debe ser asintomático; sin embargo, algunos casos presentan dolor leve que se pueden tratar con analgésicos y esto no debe pasar de tres días, cuando el dolor es agudo, intenso y el pronóstico es reservado.

En los casos en que la Pulpotomía es hecha por emergencia en un diente permanente con ápice formado, se coloca como medicamento eugenol y se recomienda hacer el tratamiento de conducto lo más rápido posible.

Cuando se realiza en dientes temporales se recomienda colocar como medicamento formaldehído para sustituir el formocresol que se ha reportado que es citotóxico.

Se ha sugerido el uso de formocresol en Pulpotomías y se ha demostrado que produce calcificación del sistema de conductos y el tejido se hace difícil de remover, complicando la futura endodoncia, por lo tanto si esta técnica ha sido utilizada se recomienda realizar la terapia endodóntica lo más rápido posible (6).

A partir de 4 a 6 semanas se iniciará la formación del puente de dentina y se recomienda hacer controles a los 6 meses, un año y 18 meses, para verificar:

1-Ausencia de síntomas.

2-Presencia de puente de dentina.

3-En dientes inmaduros se observa: estrechamiento gradual del conducto y terminación de la formación radicular y apical.

Pronóstico bueno:

Se evidencia con la formación del puente de dentina y la formación completa de la raíz.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- American Association of Endodontic "Glossary" contemporary terminology for Endodontics. 1998.
- 2.- Lasala A. : Endodoncia 4ta. ed. Ed. Científicas y técnicas S.A. Masson y Salvat, España 1992; 263.
- 3.- Torabinejad M. y col.: Physical and chemical properties of a new root-end filling material. J Endod 1995;21: 349-53.
- 4.- American Association of Endodontics: Guide to Clinical Endodontics. 2004:9.
- 5.- Kyung-San M.Y col.: Human pulp cells response to portland cement in vitro. J Endod 2007; 33: 163-6.
- 6.- Gerstein H.: Techniques in Clinical Endodontics. Ied. W.B. Sanders Company USA Philadelphia. 1983 pp 133-161.



Tema desarrollado por

Dr. Enrique Pérez

Miembro Honorario de la Sociedad
Venezolana de Endodoncia

Profesor Jubilado

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA