



**UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y
DE LA SALUD**

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN INTEGRAL DE UN
PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
ASOCIADO CON HIPERACTIVIDAD**

ANA KARINA GARCÍA NÚÑEZ

TUTOR: DRA. VERÓNICA CEPEDA

JULIO, 2013

INDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN.....	1, 2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.3.1 GENERAL.....	5
1.3.2 ESPECÍFICOS.....	5
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	6
2.1.1 DEFINICIÓN.....	6
2.1.2 CAUSAS.....	7,8,9,10
2.1.3 CLASIFICACIÓN.....	10, 11,12
2.1.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMO NEUROIMAGEN.....	12,13
2.1.5 TRATAMIENTO.....	13,14
2.1.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	14, 15
2.1.6 ADAPTACIÓN DEL PACIENTE PARA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	16

2.1.6.1	MOTIVACIÓN.....	16, 17,18,19
---------	-----------------	--------------

2.2 ETIOLOGÍA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS

2.2.1	ECOLOGÍA DE LA CAVIDAD BUCAL.....	20
-------	-----------------------------------	----

2.2.1.1	PLACA DENTAL.....	21
---------	-------------------	----

2.2.1.2	SUSTRATO.....	21, 22
---------	---------------	--------

2.2.2 CARIES

2.2.2.1	CONCEPTO.....	22,23
---------	---------------	-------

2.2.3 AGRESIÓN PULPAR EN LA DENTICIÓN PRIMARIA

2.2.3.1	PATOLOGÍA PULPAR.....	23,24
---------	-----------------------	-------

2.2.3.2	DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR.....	25
---------	---	----

2.2.3.3	DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR.....	26
---------	--	----

3. RESOLUCIÓN DEL CASO

3.1	MOTIVO DE CONSULTA.....	27
-----	-------------------------	----

3.2	HISTORIA CLÍNICA.....	27-37
-----	-----------------------	-------

3.3	MOTIVACIÓN.....	37- 39
-----	-----------------	--------

3.4	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	39
-----	-----------------------------	----

3.5	PLAN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.....	40
-----	---------------------------------------	----

3.5.1	RESOLUCIÓN DE URGENCIAS.....	40
3.5.2	CONTROL DE LA INFECCIÓN Y REINFECCIÓN BUCAL	
3.5.2.1	INACTIVACIÓN DE LESIONES CARIOSAS.....	40,41
3.5.2.2	CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA BACTERIANA.....	41
3.5.2.3	CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA BACTERIANA.....	42,43
3.5.3	CONTROL DEL MEDIO CONDICIONANTE.....	44
3.5.4	CONTROL DE LAS INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS.....	44
3.5.4.1	EXTRACCIONES DENTARIAS.....	44-46
3.5.4.2	TRATAMIENTOS PULPARES.....	46
3.5.4.2.1	PULPECTOMÍA.....	46, 47
3.5.4.2.2	PULPOTOMÍA	48, 49
3.5.5	REHABILITACIÓN.....	49
3.5.5.1	CORONAS ESTÉTICAS ANTERIORES.....	49 - 52
3.5.5.2	CORONAS METÁLICAS POSTERIORES.....	52 - 55
3.5.5.3	COLOCACIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO.....	55 - 57
3.5.5.3.1	BANDA Y ASA.....	57
3.5.6	MONITOREO.....	58
3.5.6.1	FOTOS FINALES.....	59- 61
4.	DISCUSIÓN.....	62
5.	CONCLUSIONES.....	63

6. ANEXOS.....	64 - 68
7. BIBLIOGRAFÍA	69 - 71

RESUMEN

En la clínica de Especialidades de la Universidad Internacional del Ecuador se realizó la rehabilitación integral de un niño de 4 años de edad con diagnóstico TDAH siendo la caries y presencia de focos sépticos sus principales problemas como factores de destrucción generalizada en su dentición temporal que afectaban su salud general.

Los niños con diagnóstico de TDAH presentan manifestaciones bucodentales muy características de éste síndrome, se asocian a una alta prevalencia de caries, enfermedad periodontal, glositis y candidiasis oral; que si no son tratados oportunamente dichas patologías se agravan y puede producir infecciones generalizadas, como es el caso del paciente.

Su situación psicológica no nos permitió el inicio del tratamiento hasta crear un vínculo de confianza entre el niño y el profesional, ya que por su situación debíamos manejarnos con mucha cautela al momento de atenderle, adicionalmente el niño tenía experiencias odontológicas traumáticas pasadas. Sin embargo, cabe recalcar que el niño acudió a la consulta con la cara edematizada y con compromiso sistémico por lo que debíamos atender la emergencia, estableciendo una vía de drenaje de la infección y con cobertura antibiótica, para manejar la urgencia y aliviar el dolor y la desesperación del niño y la madre.

En el plan de tratamiento se estableció la realización de terapias pulpares con la posterior rehabilitación con coronas metálicas en el sector posterior, y coronas estéticas en el sector anterior, para devolverle su sonrisa. Además se procedió con la exodoncia de algunos dientes que tenían gran destrucción coronaria y no podíamos realizar su rehabilitación.

Palabras Claves: TDAH, Infección.

ABSTRACT

In the clinical specialty of the International University of Ecuador was carried out the comprehensive rehabilitation of a 4-year-old boy with ADHD diagnosis still caries and presence of septic foci their main problems as factors of widespread destruction in their dentition affecting their overall health.

Children diagnosed with ADHD have oral manifestations very features of this syndrome associated with a high prevalence of caries, periodontal disease, glossitis and oral thrush; that if they are not treated promptly such pathologies fester and can produce widespread infections, such as in the case of the patient.

His psychological situation did not allow us the beginning of the treatment up to create a bond of trust between the child and the professional, since by its situation we should deal with great caution at the time of your call, in addition, the child had past traumatic dental experience. However, it should be emphasized that the child went to the consultation with the face swollen and with systemic involvement by what we should respond to an emergency, establishing a track of drainage of the infection and antibiotic coverage, to handle the urgency and relieve the pain and despair of the child and the mother.

In the treatment plan is established the realization of pulpar therapies with the subsequent rehabilitation with metal crowns in the area at the back, and aesthetic crowns in the anterior sector, in order to give you back your smile. In addition, it proceeded with the extraction of some teeth that had large coronary destruction and we could not perform their rehabilitation.

Key Words: ADHD, infection.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno del desarrollo que presenta un patrón de hiperactividad e impulsividad conocido como TDAH. Es considerado en la actualidad una enfermedad crónica, que se desarrolla en la infancia y que se encuentra en pacientes odontológicos rutinarios. Es imprescindible realizar una completa historia clínica para conocer a lo que nos enfrentamos y saber manejar al paciente con esta patología. (Benavente, 2001)

Son bien conocidas las manifestaciones bucodentales que sufren los pacientes con TDAH, ya que se asocian a una alta prevalencia de caries, enfermedad periodontal, glositis y candidiasis oral por ello es necesario incluirlos dentro de un programa individualizado para evitar que se agraven dichas patologías. (Carrillo Díaz, 2009)

Dichos niños poseen un comportamiento muy variable e impredecible en el consultorio odontológico, ya que pueden pasar de estados agresivos, histéricos e incluso, temerosos hasta llegar a ser aprensivos en cuestión de minutos.

Por esta razón, en la atención del niño con hiperactividad no existen recetas, ya que cada paciente constituye una entidad, puesto que sus reacciones tienen que ver con el diario vivir y sus frustraciones a los que ellos se enfrentan en su condición de salud, hacen distintas las respuestas de cada día que la plasman en la sesión odontológica.

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características de la situación.

El propósito de este trabajo es poner en práctica una correcta motivación del paciente hiperactivo y conseguir realizar todas las actividades odontológicas

programadas sin someterlo a sedación o anestesia general para lograr rehabilitarlo odontológicamente.

Entre esas técnicas se pueden mencionar: métodos afectivos en el manejo de la comunicación, el cual aparece en la guía de la Academia Americana de Odontopediatría, también se reseñan otros métodos, como el manejo de la conducta con imágenes visuales, modelamientos, entre otras. (Morella, 1995)

Es de suma importancia comprender que la adaptación del niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza y aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología. (International Association of Dental Traumatology, 2007)

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se trata de un paciente de 4 años de edad, el cual acude a la consulta para chequeo y resolución de urgencia, el cual fue atendido en otra casa de salud en donde le manifestaron que todos los procedimientos odontológicos lo debían realizar bajo sedación y anestesia general, porque el niño presenta varios focos sépticos con presencia de fístulas y varios dientes destruidos parcial y totalmente; adicionalmente es poco colaborador e hiperactivo y su situación odontológica está interfiriendo con su estado de salud general. La madre decide acudir a la clínica, ya que no está de acuerdo con la decisión.

¿Por qué el paciente tiene esta condición odontológica? ¿Cómo se le puede solucionar éste problema? ¿Tiene algún compromiso sistémico que influye en su patología oral o es simplemente un paciente mal manejado y necesita ser atendido de otra manera para que nos colabore y cumplamos nuestras expectativas de tratamiento?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La atención de pacientes pediátricos que tengan algún tipo de alteración sea esta psicológica o física difiere completamente de la atención a niños sin ninguna discapacidad, es por esta razón que el odontólogo debe estar capacitado para atender este sector vulnerable que no está aislado de nuestra sociedad. Ya que se necesita un correcto manejo de los procedimientos y la situación emocional tanto del niño como de sus familiares.

Es por esta razón que el niño con hiperactividad debe ser atendido como un individuo especial, que requiere toda nuestra atención y cuidado, ya que sus emociones y estados de ánimo son muy variables en cuestión de minutos. Debido a esto debemos dar toda nuestra entrega al momento de la atención con el fin de lograr nuestros objetivos y obtener resultados positivos en el tratamiento odontológico.

Los niños con TDAH son personas con alta incidencia de caries y patologías asociadas, por lo que sus tratamientos deben ser duraderos, retentivos, funcionales y estéticos.

En este caso como el niño presentaba varios focos sépticos y caries múltiples y extensas, se procedió a inactivar caries, a intervenir procesos infecciosos; y la posterior rehabilitación con coronas metálicas en el sector posterior ya que son más duraderas y devuelven la función masticatoria, es decir cumplen con los requerimientos del paciente. Y en el sector anterior se procedió a colocar coronas de resina para devolver la estética al paciente y su autoestima ya que el no sonreía.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General:

- Realizar la rehabilitación integral de un paciente con TDAH.

1.3.2 Específicos:

- Disminuir la prevalencia de caries en el paciente utilizando medidas preventivas.
- Motivar a un paciente con TDAH para evitar el uso de anestesia general en un tratamiento odontológico.
- Diseñar y aplicar un tratamiento adecuado a la edad y conducta del paciente.
- Mejorar la salud integral y el estado físico del paciente, devolviendo la función, estética y el autoestima

2.1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

2.1.1 DEFINICIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es un problema asociado a la falta de atención, exceso de actividad, impulsividad o una combinación de estos, que se presenta en las primeras etapas de vida de un niño. (Waldman, 1995)

Históricamente, la alteración de TDAH estaba relacionada con una disfunción cerebral mínima, y se utilizaban los términos como hiperactividad o reacción hipercinésica como términos aislados. (Waldman, 1995)

En 1980 el DSM III, se cambia el término de reacción hipercinésica por el de “desorden de déficit de atención”. (Tirado, 2004)

Se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención en una actividad durante un período de tiempo continuo y la dificultad para recibir órdenes y cumplirlas, como y cuando se le pide. Además de esto, hay niños en los que se observan problemas de autoestima debido a que no pueden mantenerse dentro de un grupo por periodos de tiempo largos, y los padres no suelen asociar a dicho trastorno. A su vez, se puede asociar con frecuencia a otros problemas y sus consecuencias se aprecian en distintos ambientes de la vida del niño, no solo el escolar, sino con la familia y así también con otros niños y con sus educadores, siendo estas interrelaciones clave en el desarrollo del niño. (Tirado, 2004)

Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) tienen el mismo cuadro clínico. En algunas predominan los síntomas de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad (lo que se conoce como TDAH combinado o mixto). (DSM-IV, 1993)

Es decir, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se puede desglosar en varios subtipos, dependiendo de qué grupo de síntomas predominen.

2.1.2 CAUSAS

Actualmente, la causa específica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es desconocida. Sin embargo, cada vez se tienen más evidencias que se trata de un trastorno heterogéneo, multifactorial, del cual parece improbable encontrar una única causa. Los conceptos iniciales que lo definían como un daño cerebral mínimo han evolucionado gracias a estudios de neurobiología y fisiopatología, neuroimagen y genética para buscar las posibles causas o desencadenantes. Del mismo modo, aunque los factores psicosociales no se consideran actualmente como la principal causa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el estudio de las disfunciones familiares existentes en niños con esta patología, han revelado que también estos factores tienen un importante papel en el desarrollo de los síntomas, en la aparición de otros problemas frecuentemente asociados al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y por lo tanto en el diseño de los tratamientos. (Moreno, 1999; Safer D. Y., 1979)

El pronóstico de las personas con este síndrome viene determinada por un alto número de factores, unos intrínsecos, que radican en las propias condiciones constitucionales del individuo y otros extrínsecos, provenientes de las condiciones ambientales en las que se desarrollan y se piensa que deben madurar. (Moreno, 1999; Gómez, 1998)

Entre las primeras predominan los factores genéticos, mucho más importante que ningún otro, de los que pueden intervenir en la etiología y en la evolución, bajo todos los aspectos de estas personas.

Entre los factores extrínsecos, cuentan como importantes el entorno familiar, escolar y el ambiente social en el que crecen. (Miranda, L., & Jarques., 2001)

Se reconoce que toda la ayuda personal orientativa, farmacológica y psicológica puede resultar muy provechosa. Dado que este síndrome no acaba de manifestarse clínicamente durante la niñez, ni en épocas juveniles posteriores, sino que dura toda la vida, es preciso preparar lo mejor posible bajo todos los aspectos a niños y jóvenes para un futuro. (Miranda, L., & Jarques., 2001)

Tener en cuenta que, algunos de los condicionantes del pronóstico, se van a reconocer en la edad adulta, pero se vienen forjando desde épocas pasadas (el sobrepasar el nivel de competencia y caer en nivel de incompetencia). (Miranda, L., & Jarques., 2001)

Existen factores de pronósticos favorables, que predicen un futuro optimista y factores desfavorables que hacen esperar todo lo contrario y que suelen corresponder a las mismas condiciones. (Mendez, 2001)

Podemos resumir los factores favorables y desfavorables para la evolución de estas personas a continuación:

FACTORES FAVORABLES
Trastorno poco severo.
Buen nivel intelectual.
Familia de clase media
Colegio en el que sepan y/o puedan acoplarlo
Toda la paciencia del mundo con ellos
Buen entendimiento de padres y profesores
No darles ni exigirles más de lo razonable
Evitarles (o retirarles de) compañías poco recomendables.
No fumar, no alcohol, no drogas
Conseguir que aprendan a escuchar
Adecuado encauzamiento profesional
Conseguir que aprendan a convivir con los demás “de igual a igual”.
Buena elección de pareja.

Hacerles conocer que existe un nivel de competencia para cada uno (todos incluidos) y no sobrepasarlo

(American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994)

FACTORES DESFAVORABLES
Afectación grave.
Nivel intelectual bajo.
Comienzo muy temprano de la sintomatología.
Familia de clase muy alta o muy baja.
Nivel cultural y social muy bajos con delincuencia y desarraigo familiar.
Habitar en barrios marginales (por el ambiente de agresividad en el que pre-domina “la ley del más fuerte” y el razonamiento es interpretado como signo de debilidad).
Problemas familiares (de varios tipos, especialmente la mala relación entre los padres).
Estar a nivel de incompetencia en la función que desempeñe
Insensibilidad ante el sufrimiento de los demás (incluidos los animales)
Incapacidad para escuchar y respetar a los demás. Crianza mal orientada (excesivamente permisiva o represiva, escaso diálogo y poco realismo
Falta de aceptación de que todas las personas tienen los mismos derechos y deberes sea cual fuere su sexo, tendencia sexual, edad, raza, religión, nacionalidad, etc., y que todos deben ser escuchados, respetados y comprendidos de igual manera.
Muchos trastornos comórbidos
Mal control de la impulsividad
Mala elección de pareja
Mal encauzamiento profesional.
Inicio temprano de la actitud oposicional desafiante
Excesiva agresividad y crueldad (incluso con los animales).

Consumo de tabaco, alcohol y drogas tanto más peligroso como precoz es el inicio
Falta de control (prestándole mucha comprensión y paciencia
Rotación por muchos colegios (por diversas causas)

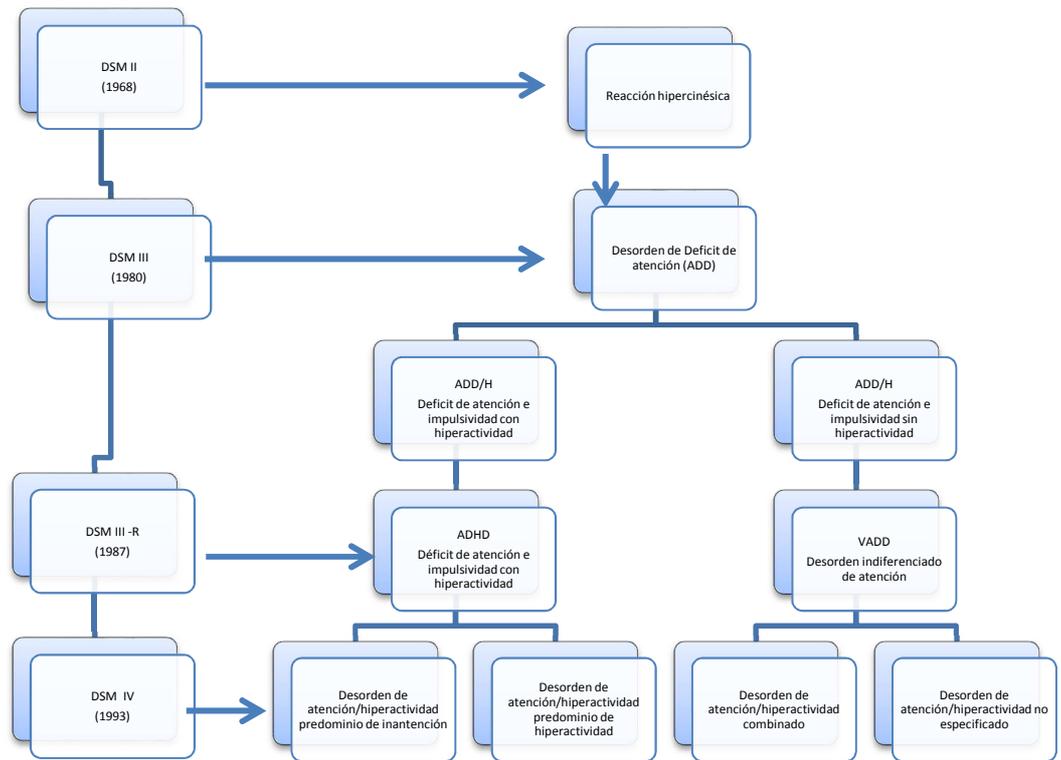
(American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994)

2.1.3 CLASIFICACIÓN

El motivo de utilizar una clasificación, es describir el desorden para facilitar la comunicación entre diferentes profesionales, intentando que los niños con determinado déficit reciban unos adecuados servicios, manteniendo sus individualidades. (Tirado, 2004)

El sistema de clasificación internacional de los trastornos mentales comprende cuatro categorías diagnósticas: (Tirado, 2004)

- a) Trastorno de la actividad y de la atención
- b) Trastorno hiperactivo disocial
- c) Otros trastornos hiperactivos
- d) Trastorno hiperactivo no especificado



CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO ADHD DESDE EL DSM-II HASTA EL ACTUAL DSM-IV
 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 1994)

En 1994 la Asociación Americana de Siquiatría estableció los parámetros diagnósticos para TDAH

El diagnóstico requiere evidencia de los tres signos fundamentales del síndrome: Déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. (DSM III- R)

- Déficit de atención: Seis o más de los siguientes síntomas, persistiendo por al menos seis meses, a un grado que es mala adaptación e inconsistente, con el nivel de desarrollo que debería tener el paciente.

Fallo para prestar atención profundamente a los detalles	Evita las conversaciones que requieren esfuerzo mental sostenido
Dificultad para sostener la atención en las actividades	Pierde u olvida cosas necesarias para las actividades
No escucha cuando se le habla directamente	Se distrae fácilmente por estímulos externos
No sigue las instrucciones que se le dan	Es olvidadizo en las actividades diarias
Dificultades para seguir conversaciones	

- Hiperactividad e Impulsividad: Persistencia, por al menos durante seis meses, de seis de los siguientes síntomas: (DSM III- R)

Hiperactividad	Impulsividad
Es intranquilo	Contesta las preguntas antes de serle formuladas
Se levanta del asiento cuando debería permanecer sentado	Tiene dificultades para esperar su turno
Va de un sitio para otro en situaciones en las que debería estar quieto	Interrumpe o molesta a los otros niños
Tiene dificultades para jugar sosegadamente	Actúa como si "estuviera movido por un motor"
Habla excesivamente	

2.1.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMO NEUROIMAGEN

Para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) no es necesario realizar pruebas de imagen, salvo en casos concretos. No obstante, dichas pruebas hechas en trabajos de

investigación, están ayudando a conocer que pasa en el cerebro de los niños con TDAH y en concreto, si se detectan factores que puedan ser causa del mismo. (Safer, 1980)

Con las pruebas de neuroimagen, se ha visto que en algunas zonas concretas del cerebro, hay una actividad menor de la esperada, que estaría en relación con la falta de atención y el exceso de movimiento. En estas zonas podría existir un funcionamiento anómalo de algunos neurotransmisores que pueden provocar un déficit en las funciones de esas zonas. Este funcionamiento deficiente o anormal, se presenta principalmente en el lóbulo frontal del cerebro, el cuál es el encargado de coordinar las funciones cerebrales, lo que justifica la falta de atención y concentración de los pacientes por períodos largos de tiempo. (Safer, 1980)

2.1.5 TRATAMIENTO

El tratamiento de los niños y jóvenes con TDAH, conlleva una serie de acciones que deben llevarse en conjunto, para obtener un resultado eficaz de tratamiento a largo plazo. Se recomienda, dar información adecuada a los padres acerca de este síndrome, intentando tranquilizar, relajar y motivar al entorno de los pacientes, para facilitar y sacarlos adelante. (Carmen Junque, 2009)

Llegar a los padres y profesores, que no son culpables de nada. El problema está en el niño, que lleva el cuadro en su constitución y tampoco es culpable de su cuadro. Que este síndrome persiste siempre, pero no es impedimento para que los sujetos que lo presentan sean personas normales. Las mejores medicinas para ellos son la paciencia, comprensión, la ayuda y la firmeza de criterio, pero sin renunciar al chantaje. (Carmen Junque, 2009)

No mostrar debilidad con ellos nunca (admiran y obedecen al fuerte), sin utilizar la fuerza física, excepto si hay que defenderse. Intentar motivarlos para realizar actividades físicas, como deportes de equipo y contacto con otros niños.

Medicarlos con fármacos que puedan ayudarles a estar tranquilos, más clarividentes y menos obsesivos. En la actualidad los productos farmacológicos están muy estandarizados, y aunque muchos de ellos resultan excesivamente costosos, el hecho que entren en la protección de la Seguridad Social, los hace más accesibles en algunos países, en nuestro caso no, porque no está contemplado dentro del Sistema de Salud Social Ecuatoriano. (Carmen Junque, 2009)

Sin embargo, se debe tener presente que todo tratamiento debe estar acompañado de apoyo psicológico, muchas veces más necesario para las madres, que para los propios pacientes. (Carmen Junque, 2009)

2.1.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Desde el punto de vista farmacológico se sabe que, las sustancias estimulantes suelen calmar a estos sujetos y los tranquilizantes los ponen más nerviosos. No hay inconveniente, en recomendar bebidas de cola con cafeína o café, además de los fármacos estimulantes principalmente metil-fenidato de liberación rápida o de liberación lenta, anfetaminas de liberación rápida y de liberación lenta. Resultan muy eficaces las sustancias antiobsesivas, tipo risperidona. Todas estas sustancias pueden tener su utilidad y pueden presentar algún efecto colateral y desencadenar exacerbación en patología casi siempre ya existente (hepatopatía y glaucoma por parte de la atomoxetina, crisis epilépticas, tics y glaucoma en el caso del metilfenidato) (Uchigakiuchi, Meyer, & Orimoto, 1998)

Por ello, conviene comenzar siempre por dosis pequeñas para comprobar tolerancia, incrementándola poco a poco, hasta la que se da como óptima terapéutica. No se recomienda, la administración de barbitúricos, diacepóxidos, valproato sódico y similares porque aumentan la inquietud. El fármaco estimulante de elección es el metil-fenidato en cualquiera de sus presentaciones, aunque la de liberación lenta, se ha impuesto definitivamente entre los niños que ya pueden tragar la pequeña cápsula, los adolescentes y los adultos debido a la comodidad de una toma al día (por la mañana con el

desayuno), se mantienen los niveles de la medicación en sangre sin altibajos a lo largo del día, mientras que la presentación en liberación rápida tiene una vida corta en sangre, se requieren 2-3 tomas al día y presenta fases en que, debido a su bajo nivel en sangre, su eficacia disminuye. Las dosis, en una y otra presentación, están entre 0,3 y 1 mg/Kg/día. (Uchigakiuchi, Meyer, & Orimoto, 1998)

Se puede administrar todos los días o bien descansar en las fechas que no hay actividad escolar.

Los efectos colaterales del metil-fenidato son mínimos y el único requisito imprescindible para su administración es el del control médico periódico. Otra sustancia eficaz puede ser la dextro-anfetamina en dosis de 0.15 a 0.40 mg/Kg/día, repartida también en dos tomas, de forma análoga a la aplicación del metil-fenidato. (Uchigakiuchi, Meyer, & Orimoto, 1998)

La atomoxetina, es aparentemente la única sustancia que puede competir con el metil-fenidato de liberación lenta. Las dosis de atomoxetina están alrededor de 1,2 mg/Kg/día en una sola toma por la mañana. Los resultados parecen buenos, pero aún es pronto para poder equipararlos con los del metil-fenidato de liberación lenta. (Uchigakiuchi, Meyer, & Orimoto, 1998)

La risperidona, es un antipsicótico que funciona muy bien como tratamiento coadyuvante sobre el TDAH, especialmente asociado con el metil-fenidato. Se utiliza en dosis de 1 a 2 mg/día, repartido en dos tomas (mañana y tarde) (Uchigakiuchi, Meyer, & Orimoto, 1998)

Además de las sustancias mencionadas, también se prescriben ocasionalmente antidepresivos del tipo de los tricíclicos. La necesidad de medicación por parte de los sujetos hiperactivos y la eficacia de los mismos, puede prolongarse durante la edad adulta. Parece que las medicaciones utilizadas para el tratamiento del TDAH pierden eficacia con el tiempo, especialmente a partir del tercer año de tomarlas. En algunas se observa este descenso de efectividad mucho antes. (Uchigakiuchi, Meyer, & Orimoto, 1998)

2.1.6 ADAPTACIÓN DEL PACIENTE PARA CONSULTA ODONTOLÓGICA

La atención odontológica en pacientes pediátricos, necesita de algunas consideraciones especiales a tomar en cuenta. La pauta general indica que es preferible, la diplomacia al control absoluto. (Brandil, 2009)

La perspectiva es que los odontólogos, como integrantes de un equipo multidisciplinario de salud, deben estar conscientes del alcance de los métodos que utilizan, teniendo siempre en cuenta, los principios psicológicos relacionados con el crecimiento, el desarrollo y la edad del paciente. Los niños no son adultos pequeños, por lo tanto exigen un comportamiento específico para ellos. Se debe tener siempre presente que los niños se encuentran en proceso de desarrollo del lenguaje, el intelecto, las capacidades motoras y la personalidad, lo cual se debe asociar con la medicina, así como los factores sociales y culturales, que afectan la salud y el comportamiento de los niños.

La conducta infantil depende del aprendizaje y el desarrollo. Los modelos de comportamiento que representan la norma para un grupo de edad cronológica en particular, ofrecen un medio adecuado para clasificar, el nivel esperable de cooperación, contando con variaciones. (Barber & Luke, 2009)

Es esencial que las primeras citas odontológicas sean positivas, para de esta manera lograr un efecto decisivo sobre la actitud y predisposición a futuro. (Brandil, 2009; Barber & Luke, 2009)

Se puede realizar la atención odontológica con varias técnicas como:

- Motivación
- Sedación
- Anestesia General

2.1.6.1 MOTIVACIÓN

Los odontólogos que trabajan con niños, deben manejar distintos enfoques y técnicas, dependiendo del tipo de personalidad del niño. Mientras que un niño

de temperamento fácil, es flexible como para adaptarse a un cambio rápido de planes, uno con un patrón de adaptación lenta requiere más tiempo. Los niños de temperamento difícil suelen responder mejor a los odontólogos, que establecen una sólida estructura de apoyo basada en la confianza. Los niños de adaptación lenta, requieren del profesional, paciencia, calma y sensibilidad. (Cameron, 2010)

Un odontólogo que conoce las capacidades de los niños a las distintas edades, puede aprovechar esa información para comunicarse con un pequeño a su nivel y para dimensionar las expectativas de un niño, en la consulta odontológica. Por lo tanto; siempre es útil estar familiarizado con una serie de hitos del desarrollo vital del niño, siendo conscientes que hay un amplio margen de variabilidad, en lo que respecta a la edad a la que los niños alcanzan esos hitos. (Cameron, 2010)

Es necesario que el odontólogo utilice una comunicación verbal y gestual para fomentar una conducta positiva en el niño, manteniendo el respeto y demostración hacia él como persona, además de compartir con él, las explicaciones de los procedimientos a realizarse. Además debe dar instrucciones claras, con una comunicación al nivel adecuado para el niño. (Cameron, 2010)

Además de las comunicaciones del odontólogo y el personal de la consulta, muchos aspectos de la asistencia dental pueden organizarse de modo que favorezcan las reacciones positivas en el niño. Las capacidades englobadas en el acrónimo PRIDE, conforman una conceptualización que ayuda a que el personal de salud estructure su comportamiento frente a niños y jóvenes.

PRIDE (Cameron, 2010)

- PRAISE (ELOGIO): las indicaciones en este apartado pueden ser marcadas o no marcadas.
- REFLECTION(REFLEXIÓN): este punto demuestra la capacidad por parte del odontólogo, de escuchar al niño y puede manifestarse simplemente repitiendo algunas de sus palabras y puede enriquecerlas.

- ENQUIRE(PREGUNTAS): este punto se centra en plantear preguntas al niño o animarlo a responder. Las preguntas abiertas favorecen la creación de una interrelación positiva y generan más información que las cerradas.
- DESCRIBE(DESCRIBIR): se enfoca en el comportamiento y describe las acciones del niño, siempre bajo perspectivas positivas.
- ENTHUSIASM (ENTUSIASMO): Se requiere de manifestaciones de satisfacción y entusiasmo ante el niño, para contrarrestar la imagen negativa que puedan proyectar los medios de comunicación, otros niños e inclusive los propios padres. (Cameron, 2010)

El uso de los recursos de PRIDE, será bien recibido por parte de los niños y contribuye a que la consulta dental, sirva como refuerzo y resulte agradable. No obstante, estos recursos no deben aplicarse de forma automática, sino con criterios adaptables, ajustados a la personalidad del profesional y del niño. (Cameron, 2010)

Herschell 1980 ofrece ocho procedimientos conductuales para atenuar la ansiedad de los pacientes pediátricos, que pueden aplicarse, como se detalla a continuación:

1. Técnica decir-mostrar-hacer: Informar, mostrar y realizar parte del procedimiento.
2. Humor y Juego: Uso de imágenes divertidas, proponiendo juegos de imaginación.
3. Distracción: Dirigir la atención hacia comportamientos, ideas o sensaciones que distraigan al paciente.
4. Refuerzo Positivo: Recompensa, material o no, ante los comportamientos deseados.

5. Aportación de Modelos: Ejemplos o demostraciones de lo que hay que hacer.
6. Modelado: Aproximación progresiva al comportamiento deseado.
7. Atenuación: Aportación de medios que favorezcan el comportamiento deseado con progresiva disminución del control.
8. Desensibilización sistémica: Reducción de la ansiedad, presentando primero un objeto o situación, que suscite poco temor e introduciendo después estímulos que puedan generar más inquietud. (Cameron, 2010) (Mercado R. C., 2011)



**PACIENTE ANTES DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCIA
AÑO: 2012**

2.2 ETIOLOGÍA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS

2.2.1 ECOLOGÍA DE LA CAVIDAD BUCAL

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, que avanzan hacia la dentina y pueden llegar a la pulpa dental. (Caufield, 2002)

La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta, por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como; el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros, como se muestra en la figura 1. (Caufield, 2002; Uribe Echevarría, 1990)

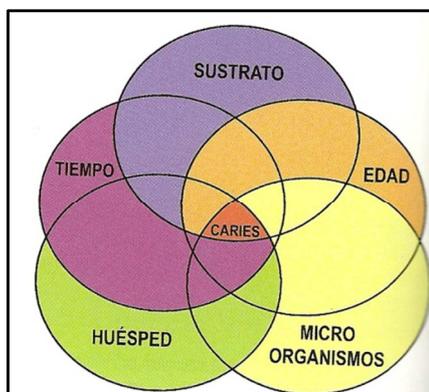


FIGURA 1. ESQUEMA PENTAFACTORIAL PROPUESTO POR URIBE ECHEVARRÍA Y PRIOTTO, 1990

2.2.1.1 PLACA DENTAL

Comunidad de microorganismos aerobios y anaerobios que viven en simbiosis y se adhieren a estructuras duras y blandas dentro de la cavidad oral, formando una película constituida por bacterias y materiales abióticos. (Miller, 1890; Marsh, 2003)

La placa dental tiene un potencial patógeno y su presencia se asocia a la caries y la infección periodontal.

La placa dental supragingival se encuentra en las superficies dentales y está constituida predominantemente por bacterias sacarolíticas gram positivas. Esta placa se continúa teóricamente con la albergada en el surco gingival, lugar en el cual las condiciones del hábitat y la distinta composición de los elementos defensivos del hospedador, seleccionan una microbiota diferente, que forma parte de la llamada placa subgingival. La placa dental subgingival se encuentra dentro del surco gingival y en ella abundan las bacterias gram negativas proteolíticas. (Mercado C. , 2011)

2.2.1.2 SUSTRATO

La presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Pero el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva, denominada alfa amilasa salival o ptialina, la cual es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca, podría escindirlos hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte. Un proceso similar sucede a nivel de la placa dental, donde los microorganismos que la colonizan empiezan a consumir dichos carbohidratos y el resultado de esta metabolización produce ácidos que disminuyen el pH a nivel de la interfase

placa - esmalte. La persistencia de un pH inferior a 5, eventualmente produce la desmineralización del esmalte. Además la presencia de hidratos de carbono no es tan importante, cuando la frecuencia con la que el individuo consume, se limita a cuatro momentos de azúcar como máximo, de esta manera la disminución brusca del pH puede reestablecerse por la acción de los sistemas amortiguadores salivales, que son principalmente el ácido carbónico/bicarbonato y el sistema del fosfato. Figura 2 (Marsh PD, 1995; Buishi, 1998)

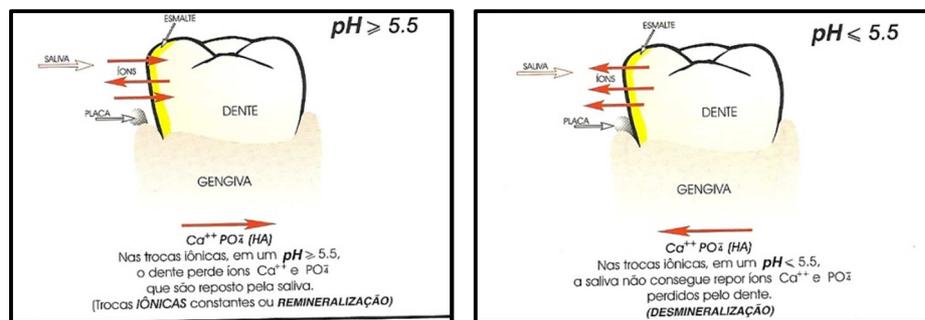


FIGURA 2. TERAPEÚTICA Y ACTIVIDAD CARIOGÉNICA
FUENTE: ODONTOPEDITRÍA CLÍNICA
AUTOR: BUISCHI IA.
AÑO: 1998

2.2.2 CARIES

2.2.2.1 CONCEPTO

Es un desequilibrio mantenido en la cavidad oral, de tal modo que los factores favorecen la desmineralización predominan sobre los que favorecen la remineralización y reparación de los tejidos. (Mount, 2007) (Figura 3)

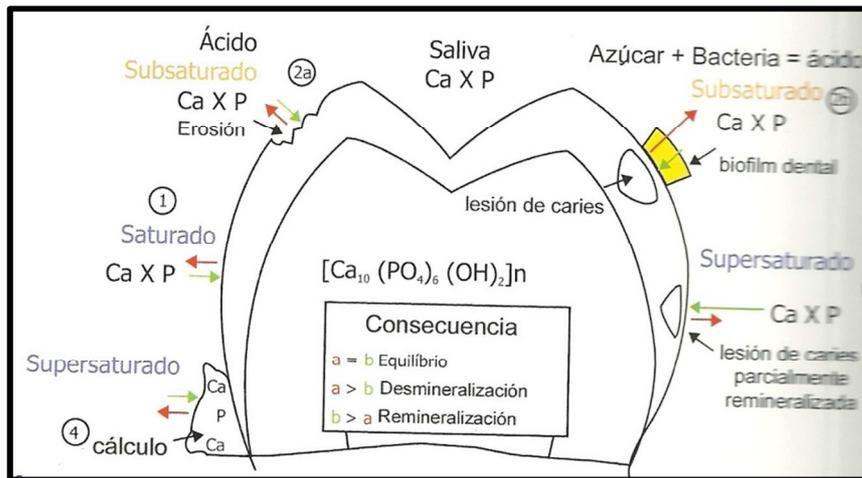


FIGURA3. PROCESO BIOQUÍMICO DE LA FORMACIÓN DE CARIES
FUENTE: TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA
AUTOR: LÊA ASSED BEZERRA DA SILVA
AÑO: 2008

2.2.3 AGRESIÓN PULPAR EN LA DENTICIÓN PRIMARIA

2.2.3.1 PATOLOGÍA PULPAR

Desde el punto de vista histológico, la pulpa dental es un tejido conjuntivo formado por células, fibras, sustancia fundamental, vasos y nervios. Estos elementos se encuentran organizados en zonas identificables, de afuera hacia adentro las capas son: (Cate, 1985; Noemi, 1992)

- Zona odontoblástica: está formada por el cuerpo de los odontoblastos alineados a lo largo de la dentina, dentro de la cual tiene su prolongación protoplasmática que, según algunos estudios, se extiende solo hasta alrededor de 0.7mm de la pulpa, y , según otros, hasta el límite amelodentinario. (Noemi, 1992)
- Zona escasa en células o Acelular: se trata de una zona con escaso contenido celular cuyo ancho depende de la actividad celular de las capas mesenquimáticas subyacentes. (Noemi, 1992)
- Zona rica en células: está formada por células conjuntivas indiferenciadas o no, que abastecen la población odontoblástica por diferenciación. (Noemi, 1992)

- Zona Central: está formada por células conjuntivas, fibras, vasos, nervios, colágeno y sustancia fundamental. (Noemi, 1992)

La pulpa del diente primario, si bien guarda coherencia con ésta disposición histológica, se caracteriza por sufrir fenómenos de envejecimiento o degeneración que la conducen a ser rica en fibras y escasa en células. Este proceso rápido de envejecimiento tisular, coherente con la corta expectativa de vida del diente primario, determina un potencial de recuperación disminuido. (Noemi, 1992)

Debido a esto la pulpa de los dientes temporales se diferencia de los definitivos en el número de odontoblastos que forman la empalizada que es considerablemente menor que en la de los dientes definitivos. Este fenómeno condiciona otra característica típica de la pulpa del diente primario: la velocidad de avance de las lesiones inflamatorias que en ella asientan. Este hecho tiene transferencia clínica ya que la rápida transformación entre diferentes estadios de la historia natural de la enfermedad pulpar ofrece: (Noemi, 1992)

- Escasas posibilidades para diagnosticar estadios intermedios
- Escaso margen de tiempo para la acción terapéutica
- Pocas expectativas de éxito si se emplean técnicas que exijan un importante potencial de recuperación tisular.

El piso de la cámara pulpar tiene características peculiares. Es más poroso y permeable que el de los dientes permanentes, y permite el pasaje de microorganismos o sus toxinas al espacio interradicular. (Noemi, 1992)

La inflamación pulpar puede oscilar de aguda a crónica y puede ser precipitada por lesiones mecánicas, químicas, bacterianas o por combinación de ellas. Inicialmente la lesión de las células o los subproductos enzimáticos del metabolismo bacteriano pueden producir la liberación o activación de mediadores químicos, que a su vez causan vasodilatación, un incremento en la permeabilidad de los vasos sanguíneos y leucotaxis. Estos mediadores químicos, junto con el cambio en el metabolismo, contribuyen a los signos básicos de la inflamación evidentes en cualquier tejido conectivo. Hay varios

tipos de mediadores químicos que pueden desempeñar un papel en la inflamación pulpar. (Barber & Luke, 2009; Pinkham, 2004)

2.2.3.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR

Cuando se intenta determinar el estado de la pulpa de un diente en tratamiento, es muy importante obtener una cuidadosa historia del paciente respecto a la incidencia, intensidad y causas del dolor en el diente. El dolor reportado tendrá una duración mayor de minutos y aparecerá en forma espontánea, más que por un estímulo como el azúcar, el calor o el frío. (Noemi, 1992)

Hallazgos clínicos como una fístula o inflamación en la mucosa lingual o bucal, movilidad del diente o sensibilidad a la percusión, son todas indicaciones que puede haber ocurrido necrosis de la pulpa aún sin inflamación o enrojecimiento de la mucosa. A menudo puede provocarse una respuesta dolorosa de un diente con una pulpa necrótica, por la palpación en el área de los ápices radiculares del diente afectado. Durante el procedimiento de restauración, la exposición clínica de la pulpa durante la eliminación de la caries, es una indicación para realizar un tratamiento pulpar. (Barber & Luke, 2009) (Pinkham, 2004) (Cameron, 2010) (Figura 4)



**FIGURA 4. LESIÓN CARIOSA EN SEGUNDO MOLAR
FUENTE: TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA
AUTOR: PAULO NELSON FILHO
AÑO: 2004**

2.2.3.3 DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR

Las radiografías mostrarán la extensión de la lesión cariosa, la posición y proximidad de los cuernos pulpares, la presencia y posición del sucesor permanente y el estado de las raíces y del hueso que los rodea. El examen radiográfico deberá considerarse obligatorio antes de llevar a cabo procedimientos endodónticos. La presencia de caries en la furcación, la reabsorción radicular interna o externa y las lesiones óseas periapicales o de furcación, son contraindicaciones para el tratamiento endodóntico en la dentición temporal, de forma que se deben extraer los dientes temporales con estos signos radiográficos. (Pinkham, 2004; Noemi, 1992) (Figura 5)



**FIGURA5. LESION CARIOSA EN EL SEGUNDO MOLAR
FUENTE: TRATADO DE ODONTOPEDIATRÍA
AUTOR: PAULO NELSON FILHO
AÑO: 2008**

3. RESOLUCIÓN DEL CASO

3.1 MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 4 años de edad, acude a la Clínica de Especialidades de la Universidad Internacional del Ecuador con su madre y abuela materna.

La madre refiere que el niño es poco colaborador, tiene diagnóstico de hiperactividad y desea que se le atienda al niño de urgencia, porque llega a la consulta con el lado izquierdo de la cara edematizado.

La madre nos comenta que fue referida por el Hospital Baca Ortiz de Quito a la Clínica, ya que iba a ser intervenido, bajo anestesia general, debido a su estado psicológico y mal estado generalizado de las piezas dentarias, que comprometían su estado sistémico.

Como primer paso se procede a llenar la historia clínica del niño y el correspondiente consentimiento informado. (Anexo 1)

3.2 HISTORIA CLÍNICA (Anexo 2)

➤ DATOS GENERALES

Paciente N.N., de 4 años de edad, sexo masculino, de nacionalidad ecuatoriana nacido en la ciudad de Quito, sin cédula de ciudadanía.

Reside en la provincia de Pichincha, Ciudad de Quito, en el Cantón Rumiñahui, Parroquia Alangasí, Ushimana – Selva Alegre.

Actualmente estudia en la “UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR AZRIEL”.

Vive con su Madre, Padrastro, Hermano del Padrastro y medio Hermano. Pero está al cuidado de vecinos, abuelos maternos, tíos, conocidos; debido a esto, no tiene figuras claras de autoridad, ni de paternidad. Para el niño todos los hombres a su cuidado son su papá



PRIMERA IMAGEN DEL NIÑO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012

➤ **RIESGO BIOLÓGICO GENERAL**

Es imprescindible esta parte de la historia clínica, debido al estado en que llegó el niño a la consulta, su aspecto general era descuidado, poco colaborador, y su estado psicológico de hiperactividad.

➤ **ANTECEDENTES MATERNOS**

Ante las preguntas realizadas la madre refiere que tuvo anemia y desnutrición en el embarazo. Fue abusada psicológica y físicamente durante este periodo por parte del padre del niño. Consumió drogas y alcohol durante el embarazo, debido a una depresión por la situación familiar que vivía. Su parto fue normal, asistido.

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

- A.P.F: Cáncer de Seno Abuela Paterna.

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

- PRENATAL: Infección de Transmisión Sexual, madre atendida por este problema(no refiere el nombre de la afección)
- NATAL: Baja talla y peso al nacer.
- INFANCIA: Neumonía, Desnutrición, Violencia Intrafamiliar.
- DIAGNÓSTICO SICOLÓGICO: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN ASOCIADO CON HIPERACTIVIDAD.

➤ **TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

La madre refiere que el niño fue tratado farmacológicamente durante 2 años, con antidepresivos, pero debido a que el Estado dejó de proveerle los medicamentos, decidió suspender el tratamiento.

El niño presenta agresividad, hiperactividad, poca colaboración y no escucha órdenes de ninguna persona, por el maltrato recibido durante su infancia temprana, la madre no pone límites. Adicionalmente presenta bajo peso y talla para su edad.

- PESO : 12kg
- TALLA: 84 cm

➤ **ESTADO GENERAL ACTUAL:**

- PESO:19.2 kg
- TALLA: 96cm

➤ RIESGO BIOLÓGICO ESPECÍFICO

A los 2 años 6 meses, acudió a la consulta odontológica por primera vez, debido a que presentaba un edema generalizado del lado derecho de la cara por un diente en mal estado.

Durante esta visita el niño fue poco colaborador, se comportó extremadamente aprensivo por lo que el odontólogo que le trató, decidió extraer el diente # 64 en mal estado y lo remitió al Hospital de Niños Baca Ortiz de Quito, por su estado general odontológico que era severo y estaba comprometido su estado de salud general.

➤ HISTORIA DE DIETA

- LACTANCIA MATERNA: SI, hasta los 2 años
- BIBERÓN: SI, hasta los 3 años.
- CHUPÓN: NO
- ALIMENTACIÓN: Variada pero poco nutritiva, el niño escoge que comer, golosinas a cualquier momento del día y sin supervisión.
- MOMENTOS DE AZÚCAR: 12 aproximadamente

Estos datos fueron obtenidos mediante las encuestas realizadas a la madre.

➤ HIGIENE BUCODENTAL

La madre refiere lo siguiente, con respecto a la higiene bucodental del niño:

- CEPILLADO: Cuando se acuerda, sin supervisión ni técnica. En la noche pero luego de cepillarse ingiere alimentos.
- Pasta Dental: Si
- Enjuague Bucal: No

➤ **EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL:**

Al examen intraoral presenta edema facial del lado derecho inferior de la cara, con tumefacción, dolor, rubor y fiebre.

A la palpación los ganglios cervicales se encuentran dolorosos e inflamados.

Tejidos blandos como labios y carillos se encuentran en buen estado. La encía vestibular maxilar se encuentra de color morado y encontramos presencia de fístulas a nivel de los incisivos superiores.

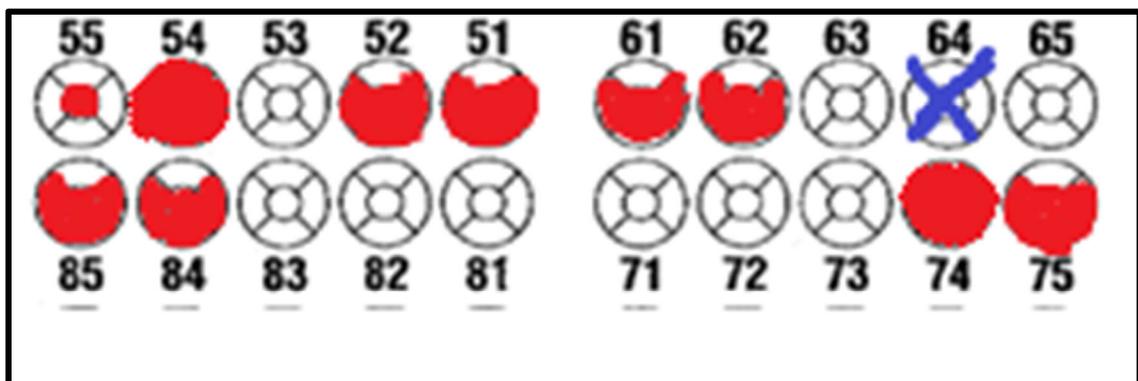
Lengua, paladar duro y blando se encuentra en buen estado.

Presencia de caries en los molares # 55, 54, 65, 74, 75, 84.

Presenta caries en los dientes # 52, 51, 61, 62 y 85 con necrosis pulpar.

Ausencia del diente #64.

➤ **ODONTOGRAMA:**



INDICE ceo: 10

- c : 9
- e : 1
- o : 0

➤ **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**



RX PANORÁMICA INICIAL

NOVIEMBRE 07, 2011

Nombre del Médico: _____ Fecha: _____
 Nombre del Paciente: NIÑO MATEO USHINA Edad: 4,7 años

EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA

	Resultados	Result.	V. Refer.
Hemoglobina	13.7 g/dl /	Cayados	-- 0 - 5%
Hematocrito	44 % /	Segmentados	36 % 55 - 65%
Leucocitos	6000/mm3 /	Linfocitos	63 % 25 - 35%
Sedimentación Wintr.	8 mm/h /	Monocitos	-- 4 - 8%
G. Rojos	4 840000/mm3 /	Eosinófilos	1 % 0.5 - 4%
		Basófilos	-- 0 - 2%
		C. Inmaduras	--

Caracteres celulares: Normales

VALORES DE REFERENCIA

	Adultos	Niños
Hemoglobina H:	13.5 - 18 g/dl	12 - 16 g/dl
M:	12 - 16 g/dl	
Hematocrito H:	42 - 54%	37 - 44%
M:	38 - 46%	
G. Rojos H:	4.5 - 6.5 millones/mm3	4.2 - 5.2 millones/mm3
M:	4.10 - 5.6 millones/mm3	
Leucocitos H-M:	4000 - 11000/mm3	4 - 11000/mm3
Sedimentación H:	1 - 10 mm/h	1 - 10 mm/h
M:	1 - 15 mm/h	

EXÁMENES DE LABORATORIO

FOTOS INICIALES:



**IMAGEN DE FRENTE DEL NIÑO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012**



**IMAGEN DE FRENTE DEL NIÑO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012**



**PERFIL IZQUIERDO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012**



**PERFIL DERECHO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012**



FOTO INTRAORAL EN OCLUSIÓN
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012

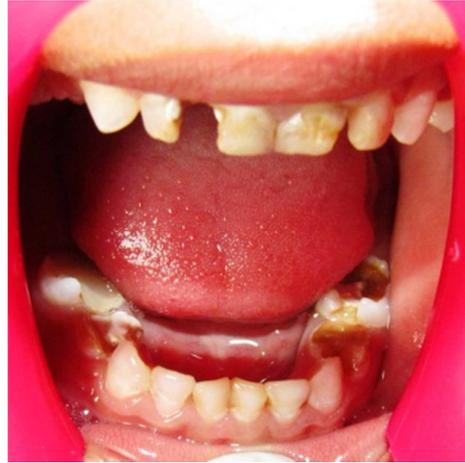


FOTO INTRAORAL
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012



MAXILAR SUPERIOR
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012



MAXILAR INFERIOR
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012



MAXILAR SUPERIOR
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012



OCLUSIÓN DEL PACIENTE
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012

➤ **PERFIL SICOLÓGICO:**

- Estado Anímico: Inquieto, Temeroso, Hiperactivo, No sigue órdenes, Falta de concentración.
- Sueño: Irregular.
- Sociabilidad: Aislamiento.
- Conducta Odontológica: NO COLABORA

Según Freud el niño se encuentra en la etapa Fálica o Genital Infantil que comprende la edad entre los 3 y 5 años. Según esta edad consideramos que la actitud del niño presenta falo, es exhibicionista, desfoga su hiperactividad, mediante la masturbación y centra su atención en los genitales.

En esta edad se manifiesta el Complejo de Edipo; el cual es una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo opuesto, por el temor a perder sus genitales.

Tiene un excesivo temor y frustración por la castración, el daño a su cuerpo y el recambio dental. Por lo tanto hay que tener mucho cuidado en las indicaciones cuando se realiza las extracciones.

Según Piaget está en la etapa Pre- Operatoria, el niño manifiesta características de esta etapa porque el lenguaje no es muy claro, necesita el por qué y para qué de las cosas, y debemos darle explicaciones claras de lo que realizamos. Cree que los elementos tienen vida propia, porque no diferencia entre realidad y fantasía, para el niño no importa la intención sino las consecuencias. Tampoco tiene una idea clara del tiempo y espacio.



**PACIENTE EN LA CONSULTA
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012**



PRIMEROS DIBUJOS ANTES DE SER ATENDIDO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012

3.3 MOTIVACIÓN

El niño se encuentra en la edad de 4 años, es decir, en la etapa Fálico o Genital Infantil según Freud y Pre- Operatorio según Piaget.

Creamos un ambiente de juego y recreación mediante el uso de crayones y plastilina antes de la atención odontológica, para desvincularle por un momento del stress que sentía el niño cuando acudía a la consulta.



COLLAGE
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012/2013

Durante esta edad, se deben dar explicaciones cortas con observación directa de su boca a través del espejo de mano, por lo tanto enfatizamos en la explicación al niño y a la madre para conseguir resultados óptimos durante el tratamiento.

Se le indicó al niño como son los dientes, de qué color son, cuántos tiene él, y cuántos debería tener.

Se le explicó al paciente qué es la placa bacteriana y cómo se la elimina mediante un correcto cepillado, la colaboración y supervisión de un adulto responsable del niño.

Adicionalmente, se le explicó la formación de la caries, por qué se dañaron sus dientes, el porqué del dolor al comer, pero adaptándolo a términos que pueda entender. Cómo se fortalecen los dientes y cómo se los cuida.

Además cómo se restauran una vez que han sido curados, para que pueda sonreír y alimentarse.

Se creó consciencia en el niño y la madre de que deben tener cuidado en la dieta y limpieza; ya que la boca es parte del cuerpo y si él no posee una buena salud dental, todos sus problemas sistémicos no iban a ser resueltos. Se le explicó el efecto de azúcares, carbohidratos, golosinas, bebidas gaseosas, jugos azucarados, el efecto nocivo sobre su boca y como estos pueden producir daño a los dientes definitivos, si el niño y la madre no cambiaban sus hábitos. Siempre se reforzó la técnica de cepillado en el niño y la madre. Y se creó consciencia en que los dientes son órgano y pilar fundamental en el desarrollo sistémico y emocional de todo ser humano.

Para la realización de los procedimientos, se utilizó ayudas didácticas como juguetes, posters y dibujos para que el niño entendiera el procedimiento a efectuar previo a la realización de los mismos y evitar que se sienta amenazado o agredido por nuestra parte. Sobretudo quizá lo más importante es brindarle cariño y ganarse la confianza mediante la paciencia. Como se evidencia en las imágenes a continuación.



MOTIVACIÓN DEL NIÑO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2012/2013

3.4 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

- Gingivitis
- Lesiones Cariosas en los Dientes #55, 54, 65,74, 75, 84
- Necrosis Pulpar en los dientes # 52, 51, 61, 62, 85
- Ausencia del diente #64.
- Diastemas generalizados
- Desgaste generalizado
- Nivel de Actividad y Riesgo: Paciente con actividad cariogénica y riesgo alto.

3.5 PLAN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

De acuerdo al diagnóstico establecido se propone realizar lo siguiente:

3.5.1 RESOLUCIÓN DE URGENCIAS

- Establecer una vía de drenaje de la infección del diente # 85
- Se recetó antibióticos y analgésicos. Como antibiótico se recetó Amoxicilina de 500mg en suspensión cada 8 horas por 7 días. Y como Analgésico Tempra (acetaminofen) en jarabe 2.5 ml cada 8 horas por 5 días.
- Se le atendió al día siguiente para continuar con el tratamiento, que era la realización de una Pulpectomía.

3.5.2 CONTROL DE LA INFECCIÓN Y REINFECCIÓN BUCAL

3.5.2.1 INACTIVACIÓN DE LESIONES CARIOSAS

En los dientes # 55, 54,65,74,75,84 se realizó la remoción de caries en su totalidad utilizando fresas de alta y baja velocidad y cucharetas. Se desinfectó las cavidades con clorhexidina al 2% y se colocó Óxido de Zinc Eugenol.

En los dientes 52,51,61,62 se realizó la apertura coronal y se procedió a colocar una torunda con formocresol y Óxido de Zinc Eugenol.

Como el niño no es colaborador tuvimos problemas en la remoción y colocación de la pasta de Óxido de Zinc Eugenol ya que no soportaba la pasta en boca, y lo que hacía era retirar de su boca las restauraciones; debido a esto

decidimos colocar Ionómero de Vidrio para evitar la reinfección y contaminación de las superficies ya tratadas.



**INACTIVACIÓN DE LESIONES CARIOSAS
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**

3.5.2.2 CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA BACTERIANA

Se debe crear una cultura de limpieza del sistema estomatognático para crear hábitos y destrezas de higiene dental en el niño.

Lo ideal es realizar el cepillado tres veces al día, con énfasis en la noche antes de acostarse.

Para los niños se recomienda el uso del cepillo de cerdas suaves con algún dibujo en el mismo para que el niño se sienta motivado y vea su cepillado como algo divertido y lo realice con gusto y no se lo olvide.

La técnica recomendada para ésta edad es la horizontal debido a la destreza, ya que sólo está desarrollada su motricidad gruesa y no la fina. Además siempre debe estar supervisada por un adulto, para que la misma sea realizada de manera adecuada. Esta técnica consiste en colocar el cepillo de manera horizontal, perpendicular a las superficies de los dientes y se frota siguiendo esa dirección, adelante y atrás. Debe efectuarse con colaboración de la madre con la técnica mano sobre mano hasta que el niño aprenda.



TÉCNICA DE CEPILLADO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

3.5.2.3 CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA BACTERIANA

FLÚOR

El fluoruro de Sodio tópico aceptado tiene una concentración del 2%, aplicado directamente sobre la superficie de los dientes limpios y secos. (ADA, 2006)

Para la colocación del flúor en gel se procedió a realizar la siguiente técnica

1. Limpieza de la cavidad con el empleo de cepillo profiláctico y pasta.
2. Enjuague
3. Colocar al paciente en posición erecta y con la cabeza hacia adelante.
4. Preparar las cubetas superior e inferior, colocando la cantidad especificada por el fabricante.



PREPARACIÓN DE CUBETAS
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO:2013

5. Secar las superficies dentarias.
6. Colocar las cubetas en boca; primero la inferior y luego la superior, por la falta de colaboración del paciente. Siempre ayudados del suctor.



COLACIÓN DE FLÚOR EN GEL
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

7. Esperar 1 minuto y retirar.
8. Indicaciones al paciente y a la madre, de no comer, ni beber agua durante 30 minutos.

Para esta clase de niños es preferible utilizar flúor barniz que es de acción inmediata y de fácil manipulación.

3.5.3 CONTROL DEL MEDIO CONDICIONANTE

El niño tiene 12 momentos de azúcar en el día, por lo que se le indicó a la madre que éstos deben ser reemplazados por frutas y verduras, evitando en lo posible carbohidratos y azúcares procesados. Evitar el consumo de jugos azucarados, dulces, colorantes, bebidas gaseosas y controlar la frecuencia de la ingesta de los mismos.

3.5.4 CONTROL DE LAS INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS

Las indicaciones para extraer dientes a los niños son: lesiones cariosas que han progresado sobre la superficie radicular o son tan grandes que la restauración es imposible, con patología apical o de la bifurcación que no responde a la terapéutica pulpar o con patología pulpar con riesgo médico que comprometa la condición sistémica del paciente. Los dientes con fractura de la corona o de la raíz que no puedan ser restaurados, como era el caso del paciente.

3.5.4.1 EXTRACCIONES DENTARIAS

Las exodoncias se deben planificar al final del tratamiento de operatoria y endodoncia para evitar traumas en el niño.

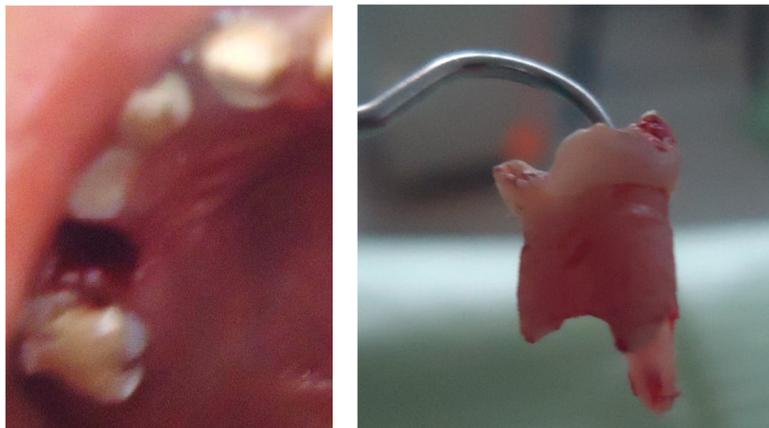
Se planificó la extracción de los siguientes dientes temporales #54 y 74, los mismos que tenían posible fractura a nivel de furca debido a la extensión de la caries

Se realizó la sicoprofilaxis quirúrgica antes de la realización de la cirugía para evitar traumas y miedos en el niño con el fin de tener colaboración por parte de

él y continuar con el tratamiento, que consistió en la realización de dibujos por parte del niño.

➤ **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

1. Radiografías periapicales pre-quirúrgicas para observar que dientes vamos a extraer, situación anatómica y proximidad del diente definitivo.
2. Colocación del anestésico tópico
3. Anestesia infiltrativa en el diente superior # 54 y técnica troncular con mepivacaína al 3% para el bloqueo del nervio alveolar inferior para la extracción del diente# 74
4. Sindesmotomía no profunda.
5. Movimientos de lateralidad, hacia vestibular y palatino o lingual, circunferenciales y de tracción y expulsión
6. Control de la hemostasia mediante el empleo de una gasa, y evitar que el niño vea la sangre.



EXODONCIA DEL DIENTE # 54
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

7. Indicaciones al paciente:
 - No exponerse al Sol
 - Dieta blanda por 3 días
 - Higiene Bucal

- Hielo Local 48 horas, cada 15 minutos en la zona de la extracción
- Consumir líquidos
- Administración de Medicamentos: Buprex en caso de dolor.

3.5.4.2 TRATAMIENTOS PULPARES

3.5.4.2.1 PULPECTOMÍA

Es la eliminación completa de todos los tejidos pulpares del diente y solo se puede considerar para dientes con las raíces intactas.

En los dientes deciduos, el ápice anatómico puede estar hasta 3mm. más arriba que el ápice radiográfico.

En este caso se procedió a realizar la Pulpectomía en los dientes 51, 52, 61, 62 y 85 mediante la siguiente técnica:



**PRESENCIA DE FÍSTULAS EN SECTOR ANTERIOR SUPERIOR
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**

1. Radiografía inicial
2. Control del dolor y aislamiento relativo con algodones por falta de colaboración del paciente.
3. Eliminación completa de la caries
4. Conductometría
5. Instrumentación



INSTRUMENTACIÓN DIENTE # 51
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

6. Irrigación con Hipoclorito de Sodio al 2.5%, Suero y Clorhexidina



IRRIGACIÓN DEL DIENTE # 52
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

7. Secar la cavidad
8. Obturación de los canales con una pasta viscosa a base de Óxido de Zinc Eugenol, de consistencia semilíquida para que pueda ingresar fácilmente en los canales radiculares. Otra opción puede ser la pasta de Yodoformo.
9. Obturación de la cámara pulpar con una pasta de Óxido de Zinc Eugenol de consistencia pastosa, la cual atacamos con un gutaperchero para sellar la cavidad.



SELLADO DE LOS DIENTES # 51 Y 52
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

10. Radiografía Final.

3.5.4.2.2 PULPOTOMÍA

Es la técnica endodóntica más utilizada en la dentición decidua. El objetivo principal de este tratamiento, es amputar la pulpa coronal inflamada y preservar la vitalidad de la pulpa radicular, facilitando así la exfoliación normal del diente temporal.

En el caso del paciente se realizó pulpotomía en los dientes 55, 54, 65, 75 y 84 mediante la siguiente técnica:

1. Radiografía inicial
2. Anestesia Tópica e Infiltrativa
3. Aislamiento relativo con algodones por falta de colaboración del paciente.
4. Eliminación completa de la caries desde la periferia a la pulpa.
5. Eliminación del techo cameral



ELIMINACIÓN DEL TECHO CAMERAL DEL DIENTE # 55
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

6. Amputación de la pulpa coronal y control de la hemorragia
7. Aplicación de formocresol en dilución al 1/5.
8. Colocar Oxido de Zinc Eugenol en el lugar de la amputación de la pulpa.
9. Radiografía Final.



OBTURACIÓN DEL DIENTE # 55
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

3.5.5 REHABILITACIÓN

Los dientes que han presentado gran destrucción coronaria y/o tratamientos pulpares requieren restauraciones.

Las restauraciones en odontopediatría, son el resultado dinámico de materiales cada vez mejores y evolucionados, técnicas conocidas que no han cambiado desde hace muchos años y no difieren de las restauraciones en dientes definitivos

En la actualidad la tendencia es que las preparaciones sean más conservadoras y estéticas, especialmente en dientes anteriores con el fin de crear un ambiente más positivo en el niño y sus padres, para que visualicen las modificaciones en los tratamientos, de tal forma que exista una mayor colaboración por parte de ellos, como un incentivo de los cambios en su boca.

3.5.5.1 CORONAS ESTÉTICAS ANTERIORES

Los dientes anteriores son importantes para la estética, desarrollo de la cara y fonética, debido a esto se considera la restauración de los mismos, así su permanencia en boca sea por un corto período.

Debido a esto se procedió a reconstruir los dientes 51, 52,61 y 62 con la técnica de coronas preformadas de plástico, aplicando el siguiente protocolo:

1. Colocar aislamiento absoluto, de canino a canino, utilizando arco, dique de goma e hilo dental.



AISLAMIENTO ABSOLUTO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

2. Preparar los muñones.
3. Colocar Ácido fosfórico al 15% por 2 minutos en cada diente



ACONDICIONAMIENTO ÁCIDO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

4. Lavar.
5. Secar por 10 segundos.



SECADO DE LA SUPERFICIE
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO : 2013

6. Colocar el adhesivo, frotar en toda la superficie del diente, secar para eliminar burbujas y colocar una segunda capa.



COLOCACIÓN DEL ADHESIVO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA

7. Recortar el margen de una forma, molde y tamaño adecuado hasta conseguir una longitud adecuada de la corona preformada de acetato.
8. Colocar resina dentro de la corona, presionar lentamente contra el muñón del diente y eliminar los restos sobrantes antes de la polimerización



COLOCACIÓN DE CORONAS PREFORMADAS
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

9. Polimerización de la resina con la lámpara de luz halógena desde todos los ángulos.



POLIMERIZACIÓN
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

10. Extracción de la matriz plástica, debido a que la superficie resultante está lisa y brillante, no necesita pulido.

11. Proceder a retirar el aislamiento.



RETIRO DE AISLAMIENTO Y CORONAS DE ACETATO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

12. Comprobar la oclusión y hacer bisel en cervical.

13. Control.

3.5.5.2 CORONAS METÁLICAS POSTERIORES

Las coronas metálicas de acero inoxidable son restauraciones extra-coronarias preformadas, que se utilizan en la restauración de dientes muy destruidos, molares que han sido sometidos a tratamiento endodóntico, molares hipoplásicos y en niños con alto riesgo de caries, como era el caso del paciente.

Una vez realizadas las pulpotomías en los dientes: 55, 54, 65, 75, 84 y 85 se procedió a colocar las coronas metálicas mediante la siguiente técnica:

1. Preparación de los muñones en los molares: 55, 54, 65, 75, 84 y 85.



PREPARACIÓN DE MUÑONES
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

2. Reconstrucción de la corona con Ionómero de vidrio, ya que el desgaste coronal era significativo.



**RECONSTRUCCIONES CORONARIAS
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**

3. Tallado
4. Desgaste oclusal con una fresa en forma de flama, con un desgaste aproximado de 1 a 1.5 mm.

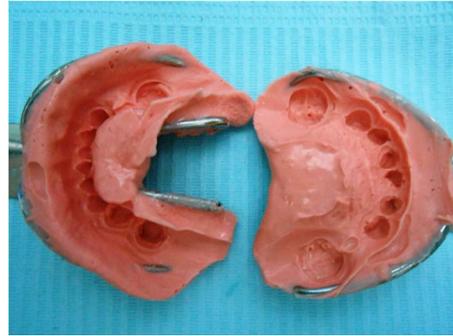


**TALLADO DEL DEINTE # 55
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**

5. Desgaste proximal con una fresa troncocónica, igual de 1 a 1.5 mm, retirando puntos de contacto interproximales.
6. Desgaste vestíbulo lingual o palatino, de 1 a 1.5 mm sin línea de terminación con paredes paralelas y convergentes hacia oclusal.
7. Toma de impresiones con Alginato



A) TOMA DE IMPRESIONES



B) IMPRESIONES SUP. E INF.

**FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**

8. Vaciado de modelo de Yeso para enviar al laboratorio



**MODELOS DE YESO SUP. E INF.
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**

9. Para la cementación se procedió a realizar aislamiento relativo

10. Desinfección del diente con clorhexidina al 2%.

11. Cementación de las coronas metálicas, utilizando cemento de ionómero de vidrio (meron), se coloca la corona en boca con presión, se retira el excedente de cemento y se le pide al niño morder un suctor para que ejerza presión.

12. Control oclusal.



**MODELOS DE YESO SUP. E INF.
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**



**CORONAS METÁLICAS EN DIENTES # 75,84 Y 85
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013**

Para sustituir el espacio perdido por extracciones realizadas se considera el uso de mantenedores de espacio.

3.5.5.3 COLOCACIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO

Son dispositivos fijos o removibles que cumplen la función de mantener el espacio en boca por algún diente perdido.

En la dentición primaria, el tratamiento de la pérdida de espacio es de suma importancia, ya que puede influir en el desarrollo dental de los dientes definitivos, pues dificulta la erupción de los dientes definitivos y se disminuye la longitud del arco.

En este paciente se utilizó Banda y Asa

3.5.5.3.1 BANDA Y ANSA

En este caso se procedió a realizar el siguiente protocolo:

1. Tallar el diente.
2. Ajustar las bandas, que debe estar 1 mm por debajo de las crestas marginales mesial y distal.
3. Toma de impresión con Alginato
4. Correr la impresión en yeso
5. Fabricar el ansa con alambre 0.036 pulgada de diámetro
6. Ajustar la banda
7. Probar en boca
8. Limpieza de la superficie del diente con clorhexidina al 2%
9. Proceder a mezclar Cemento dual a base de ionómero de vidrio (Merón) y se coloca el mismo en la banda.
10. Colocar en boca.
11. Retirar excesos de cemento y verificar oclusión.



MANTENEDORES DE ESPACIO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

3.5.6 MONITOREO

El monitoreo del paciente es trimestral, porque es un paciente con riesgo cariogénico alto.

Su higiene oral mejoró ya que se realiza el cepillado 3 veces al día con supervisión y técnica.

Sus momentos de azúcar se redujeron paulatinamente de 12 a 8 hasta llegar a 4.

3.5.6.1 FOTOS FINALES



PACIENTE REHABILITADO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013



REHABILITACIÓN SECTOR ANTERIOR
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013



OCCLUSIÓN LADO IZQUIERDO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013



OCLUSIÓN LADO DERECHO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013



MAXILAR SUPERIOR
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013



MAXILAR INFERIOR
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013



PACIENTE REHABILITADO
FUENTE Y AUTOR: ANA KARINA GARCÍA
AÑO: 2013

4. DISCUSIÓN

Los pacientes con trastornos psicológicos deben ser atendidos por profesionales capacitados y entrenados en el tema, los cuales deben conocer las características tanto físicas como psicológicas de dichos pacientes, ya que aparte de ser niños y necesitan un trato especial son seres humanos con otra manifestación psicológica que requiere nuestra dedicación y estudio para su atención.

La mayoría de profesionales no se creen capaces de atender este tipo de pacientes ya que los consideran pacientes problema, y la solución más fácil es remitir en el mejor de los casos o atenderles bajo anestesia general, con el fin de evitarse malos ratos al momento de enfrentarse a uno de éstos pacientes. Ya que es más fácil entrar a intervenir a un individuo dormido que no diga nada ni refute cualquier accionar nuestro. Pero no consideramos la situación psicológica que estamos creando en el niño cuando realizamos esto, ya que no estamos respetando sus individualidades y quizás hasta podamos agravar su situación psicológica, al impedirle formar parte activa del tratamiento como cuando lo realizamos bajo motivación y con su consentimiento, ya que el observa los cambios y entiende el porqué de las cosas.

5. CONCLUSIONES

- La atención de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad no es fácil, pero esto no quiere decir que sea imposible; se necesita de mucha paciencia, dedicación, tiempo y cariño que debemos entregar a éstos niños, que equivocadamente la sociedad los ha catalogado como malcriados y que por ésta razón muchos profesionales los rechazan y prefieren no atenderles para evitarse malos ratos.
- La motivación vs anestesia general en estos pacientes es clave al momento de realizar su atención, ya que debemos tener presente que debemos respetar las individualidades de los seres humanos, porque son momentos que marcan la vida, y que si no se maneja de manera adecuada podemos agravar su situación psicológica.
- Los procedimientos de rehabilitación deben ser los más acertados cuando se trata de pacientes pediátricos, por ésta razón la combinación de coronas estéticas de resina y metálicas; ya que cumplen las funciones que necesitamos en los niños. Conjuntamente la utilización de mantenedores de espacio fijos como banda y Asa vs aparatos removibles, que por la condición de los pacientes no son tolerables.
- Un paciente que se ve bien crea confianza en sí mismo, lo que le permite desarrollarse en el medio y ayuda a su estado de salud general.

6. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACIÓN

FECHA: 24 de Mayo de 2019

YO: Judith Jemmy García Paccha con CI N°. 171467259-7

En conocimiento que la Clínica de especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.

Se me ha explicado adecuadamente las actividades esenciales que se realizaran sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiendome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.

NOMBRE PACIENTE: Judith Jemmy García Paccha
Judith García Paccha
FIRMA PACIENTE

ESTUDIANTE: Ana Karina GARCÍA

TUTOR: Dra. Sindy Acosta
x Sindy Acosta
FIRMA TUTOR

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA

		UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGIA CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS						
Ana Karina Garza								
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD.UO	COD.LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
U.I.D.E.		Clínica #2		-0-	P.	Q.	D.	1853
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN								
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CEDULA DE CIUDADANIA
Ushira		Garza		Christopher		Mateo		-0-
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N°-MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (URB)
Ushimara				Ushimara	Alajosa	Quito	Pichincha	D
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD(PAIS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO		ESTADO CIVIL	
10/03/08	Quito	Ecuatoriana	Mestizo	4	M	X	X	Inicial
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE
24/05/12		Estudiante		Azriel		-0-		Vecinos
EN CASO NECESARIO LLAMAR A			PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° DE TELEFONO	
Judith Garza			Madre		Ushimara		085947640	
COD-CÓDIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORSIADO VIU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE								CÓDIGO
								ADMISIONISTA



HISTORIA CLÍNICA

FECHA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	FIRMA DEL TUTOR
22/05/12	#85 Pulpectomía (Instrumentación)	Hidroxido de Ca++/ S/A./C./A./D./ Caltaxol/Seringa	Dra. Sandy Acosta	Dra. Sandy Acosta
23/05/12	#85 Obturación de conducto	S./Clorox/Seringa	Dra. YMB	Dra. BETHA
13/05/12	#85 Resina	Amalgamo/Aluminio Oxidado/Cinc/Monofosfo A./Adhesivo/Comp. Eugenol. RAE/Cloroxidina	No se realizó	_____
27/05/12	Resina #85	Acido/Adhesivo/ RAE	Dra. YMB	Dra. BETHA
27/05/12	Apertura #61	Maxitrol Caltaxol	Dra. BETHA	_____
11/07/12	Introducción Limpieza e Inst. #61	Cloroxidina Suera/Seringa	Dra. BETHA	1a Sesión
21/07/12	#52 Emergencia	A. con V. Oxidado Zinco	Dra. BETHA	Dra. BETHA
31/07/12	#55 Emergencia	Oxidado de Cinco	Dra. BETHA	Dra. BETHA
31/07/12	#54 Emergencia	Oxidado de Cinco	Dra. BETHA	Dra. BETHA
07/08/12	R. con V.I. #61	Cloroxidina Keto Habr.	Dra. BETHA	Dra. BETHA
07/08/12	R. con V.I. #52	Clor/Ketac No lar	Dra. BETHA	Dra. BETHA
	Feminina	cuarto	año	
19/10/12	Apertura # 51	HCl / Formocresol/ Seringa/Alto	Dra. Cepeda	Dra. Cepeda
19/10/12	Apertura # 61	HCl/Formocresol/ Seringa/Alto	Dra. Cepeda	Dra. Cepeda
9/11/12	Apertura # 51	Hcl/Formocresol Seringa	Dra. Cepeda	Dra. Cepeda
9/11/12	Apertura # 61	Hcl/Formocresol Seringa	Dra. Cepeda	Dra. Cepeda
16/11/12	Limpieza e Instrumentación	HCl/S/Cl/Formocresol/Alto	Dra. Cepeda	Dra. Cepeda



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL

Nombre de Paciente: Matteo Ushina No historia Clínica: 1853

Nombre del Estudiante tratante: Ana Karina García

FECHA: 16/04/13

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas mas cercano que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)

Paciente de sexo Masculino de 4 años de edad acude a la consulta a esta clínica, manifestando dolor en pieza # 74 la que le impoibilita comer, debido a esto se considera la extracción de dicha pieza.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? Si
Tiempo Transcurrido de la última extracción

Anterior semana
Indique las razones para extracciones previas Caries Profunda / Destrucción Total de Corona

¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? No

¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? No refiere

¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción?
Ninguna.

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Esta bajo tratamiento medico? NO

Historia de Intervenciones quirúrgicas NO

Padece o ha padecido de? ADHA

Enfermedades Cardiovasculares Hipertensión

Higado Riñon Sangre

Semana de Gestación ¿Qué semana? T.A.

Temperatura 38° Pulso Rep Peso

Toma medicación? NO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX Panorámica / Periapical.

Laboratorio Clínico:
Ninguno.

Diagnostico:
Destrucción coronal de pieza #74, no viable para realizar tto. de endodoncia.

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato)
Anestesia Infiltrativa; posibles complicaciones: Hemorragia, Infección, hinchazón, fractura, dolor post operatorio.

Evolución:

Ana Karina García
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Karina García

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.

7. BIBLIOGRAFÍA

- International Association of Dental Traumatology. (2007). *Protocolo para el manejo de lesiones traumáticas dentarias*. Recuperado el 15 de 12 de 2012, de www.iadt-dentaltrauma.org
- ADA. (junio de 2006).
www.aapd.org/porf/media/policies_guidilines/g_fluoridetheraphy.pdf.
Recuperado el 04 de 2013, de
www.aapd.org/porf/media/policies_guidilines/g_fluoridetheraphy.pdf.
- Barber, T. K., & Luke, L. S. (2009). *ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA*. MEXICO DF: MANUAL MODERNO.
- Benavente, I. M. (2001). TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc*, 2001, 4(1): 92-102, 92-102.
- Brandil, W. E. (2009). *Odontología Pediátrica*. D.F.México: Manual Moderno.
- Buishi. (1998). *ODONTOLOGÍA CLÍNICA*. VENEZUELA: AMOLCA.
- Cameron, R. W. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. España: ELSEVIER MOSBY.
- Carmen Junque, J. B. (2009). *MANUAL DE NEUROPSICOLOGÍA*. CARACAS: SINTESIS.
- Carrillo Díaz, M. M. (2009). Trastornos de la conducta en el niño. *JADA*, 252-255.
- Cate, T. (1985). *PRECONC*. WASHINGTON: OPS.
- Caufield, T. y. (2002). *ATLAS DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA*. Barcelona: Masson.
- DSM III- R*. (s.f.).
- DSM-IV*. (1993). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Nueva York.
- Filho, P. N. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Sau Paulo: Amolca.
- HS, H. (1998). *RESEARCH ISSUES IN EARLY CHILDHOOD CARIES*. DENTAL ORAL EPIDEMIOLOG.

- JL, C., & MILGROMP. (2004). *EVALUATION OF FLUORIDE RELEASE FROM COMMERCIALY AVAILABLE FLUORIDE VARNISHES*. DENTAL ASSOCIATION.
- Marsh PD, B. D. (1995). *DENTAL PLAQUE AS BIOFILM*.
- Mercado, C. (2011). *ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA*. MADRID: RIPANO.
- Mercado, R. C. (2011). *ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA*. MADRID: RIPANO.
- Miranda, A., L., A., & Jarques., Y. (2001). *TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. UNA GUÍA PRÁCTICA*. MÁLAGA: ALJIBE.
- Mooney, B. (s.f.). *OPERATORIA DENTAL INTEGRACIÓN CLÍNICA*. BOGOTA: PANAMERICANA.
- Morella, G. d. (1995). *Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica*. Caracas: Disinlimed.
- Moreno, I. (1999). *HIPERACTIVIDAD, PREVENCIÓN EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN LA INFANCIA*. MADRID: PIRÁMIDE.
- Mount, G. (2007). *CONSERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DE LA ESTRUCTURA DENTAL*. BUENOS AIRES: HARCOURT BRACE.
- Noemi, B. (1992). *TRATAMIENTOS PULPARES EN DIENTES PRIMARIOS*. WASHINGTON: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
- Pinkham. (2004). *ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA*. MÉXICO: MC GRAW HILL.
- Safer. (1980). *A FAMILIAL FACTOR IN MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION. BEHAVIOR GENETICS*. NEW YORK: WILEY.
- Safer, D. Y. (1979). *NIÑOS HIPERACTIVOS: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*. MADRID: SANTILLANA.
- SB, F. (1980). *Odontología Pediátrica*. Interamericana.
- Silva, L. A. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Sao Paulo: Amolca.
- Solete Maria, P. N. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. Santos.
- THYLSTRUP, & CAUFIELD. (1997).
- Tirado, A. J. (2004). *NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES*. MADRID: Mc Graw Hill.
- Uchigakiuchi, P., Meyer, K., & Orimoto, L. (1998). *MODELOS CAUSALES ANALÍTICO - FUNCIONALES Y DISEÑO DE PROGRAMAS DE*

TRATAMIENTO: CONCEPTOS Y APLICACIONES CLÍNICAS A PROBLEMAS DE CONDUCTA INFANTIL. ESPAÑA: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CONDUCTUAL.

Uribe Echevarría, P. E. (1990). *OPERATORIA DENTAL CIENCIA Y PRÁCTICA.* MADRID: AVANCES MÉDICOS DENTALES.

Waldman, L. L. (1995). *PROBLEMAS EMOCIONALES.*

WD, M. (1890). *THE MICROORGANISMS OF THE HUMAN MOUTH.* PHILADELPHIA: PA.