Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Hispanic and Latin American Edition

Editado en Miami | www.dental-tribune.com | No. 8, 2013 Vol. 10

Odontología para bebés

Foto: Cortesía de State Archives of Florida

«El ballet submarino» de las sirenas de Weeki Wachee.

DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Hispanic & Latin America Edition

Director General
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com
Miami, Estados Unidos
Tel.: +1-305 633-8951

Directora de Marketing y Ventas
Jan Agostaro
j.agostaro@dental-tribune.com

Diseñador Gráfico Javier Moreno
j.moreno@dental-tribune.com

COLABORACIONES
Los profesionales interesados en colaborar deben contactar al director.

Esta edición mensual se distribuye gratuitamente a los odontólogos latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

Dental Tribune Hispanic and Latin America Edition es la publicación oficial de la **Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA)**.

Dental Tribune Study Club
El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscríbase gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DT International
Licensing by Dental Tribune International

Group Editor: Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107
Clinical Editor Magda Wojtkiewicz
Online Editor Yvonne Bachmann
Claudia Duschek
Copy Editors Sabrina Raaff
Hans Motschmann

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Director of Finance Dan Wunderlich
Business Development Claudia Duschek
Media Sales Managers
Matthias Diessner (*Key Accounts*)
Jan Agostaro (*International*)
Melissa Brown (*International*)
Peter Witteczek (*Asia Pacific*)
Maria Kaiser (*USA*)
Weridiana Mageswki (*Latin America*)
Hélène Carpentier (*Europe*)
Marketing & Sales Services Esther Wodarski
Nicole Andrä
Accounting Karen Hamatschek / Anja Maywald
Executive Producer Gernot Meyer

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 *173*
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

Regional Offices
ASIA PACIFIC
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105–111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 |Fax +8523113 6199

THE AMERICAS
Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2013 Dental Tribune International.
All rights reserved.

PORTADA:
Dos de las sirenas de Weeki Wachee en una imagen de 1949. Vea el reportaje sobre este parque estatal de la Florida en este número.

La odontología para el bebé

Por Mario Elías Podestá*

Esta edición de Dental Tribune Latinoamérica está dedicada a un tópico que tiene cada vez mayor importancia: la Odontología bebés, considerados éstos como los pacientes de cero a tres años. El número ha sido dirigido en calidad de Director Invitado por el Dr. Mario Elías Podestá, uno de los mayores expertos en este tópico, y cuenta con la colaboración de las principales figuras de la especialidad, como el Dr. Luiz Walter, pionero a nivel mundial en el tratamiento odontológico de bebés.

El Dr. Mario Elías Podestá, irujano Dentista, Maestro en Investigación y Docencia Universitaria y Doctor en Educación. Docente de Odontopediatría.

El estudio de la Odontopediatría como disciplina organizada tiene casi cien años. Durante este tiempo son muchos los avances científico-tecnológicos realizados en el área, y muchos también los maestros que han colaborado a su desarrollo.

El respeto por el odontólogo pediatra ha ido en aumento y son cada vez más las personas que acuden en su búsqueda para resolver problemas simples como los originados por caries dental, y más especializados, como urgencias odontológicas y traumatismos.

Los objetivos de tratamiento han cambiado también, pasando de la mera resolución del problema que aqueja al paciente sin considerar la parte emocional, a tratarlo de manera adecuada desde el punto de vista psicológico, intentando que «la operación» no deje huella negativa en la psiquis del paciente. Además, era común que el dentista dejara de lado el tratamiento antes de los tres años por tener la creencia (paradigma) de que es una edad en la que el niño «poco o nada» responde desde el punto de vista psicológico.

> ***«El respeto por el odontólogo pediatra ha ido en aumento y son cada vez más las personas que acuden en su búsqueda para resolver problemas simples como los originados por caries dental.»***

El advenimiento de la "Odontología para el bebé" en la década de 1980 ha demostrado que es posible una atención integral de estos pacientes, desde el punto de vista educativo, preventivo y restaurador y con gran éxito psicológico, ofrecienndo a un ser humano sin experiencias previas a tener un acercamiento con la odontología, que será fundamental para conservar su salud bucal.

Los primeros intentos y la consecución de una práctica ordenada se la debemos al Prof. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter, que junto a su equipo de la Universidad Estatal de Londrina, en Paraná (Brasil), logró integrar los conocimientos para tal fin y obtuvo éxitos importantes en la reducción de caries dental, tratamiento y prevención de otras enfermedades bucales y un correcto manejo psicológico a cortas edades, terminando así con ese paradigma social.

Posteriormente, otras universidades e instituciones brasileñas optaron por el camino del profesor Walter y la disciplina cuenta hoy en día con muchos seguidores en Brasil, América Latina y el mundo. Este número especial de Dental Tribune pretende abarcar los diferentes temas inherentes a esta disciplina, de manera simple pero con rigor académico.

Me siento honrado porque entre los colaboradores de esta edición destacan los profesores doctores Luiz R. de Figuereido Walter y María Salete Nahás Pires Correia. Los acompañan los destacados profesores doctores Farlí Ap. Carrilho Böer de la UEL en Londrina (Brasil), José Carlos Imparato de la USP (São Paulo), Rita Villena de la Universidad San Martín de Porres de Lima (Perú), María Ap. Moreira Machado y Yara Guimaraes de FO-USP de Baurú (Brasil), Marlene Seclén de la Fuerza Aérea del Perú en Lima (Perú), Gustavo Tello de la USP en São Paulo (Brasil), Gloria Read de la Fuerza Aérea Dominicana (Santo Domingo, República Dominicana), César Arellano y Paloma Elías, de la Universidad Alas Peruanas de Lima (Perú).

Cada uno de estos profesores posee un desarrollo clínico y docente único de la Odontología para Bebés y sus áreas afines. Por eso es tan valioso su colaboración en este número especial, que ofrece conceptos multidisciplinarios que los tiempos actuales exigen en la formación de los profesionales de la salud. DT

** Cirujano Dentista, Maestro en Investigación y Docencia Universitaria y Doctor en Educación. Docente de Odontopediatría, Universidades Inca Garcilaso de la Vega y Alas Peruanas de Lima (Perú). Autor del libro «Odontología para Bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico», Ed. Ripano. Correspondencia: marioeliaspodesta@hotmail.com.*

Una filosofía necesaria en la práctica odontopediátrica

*Por Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter**

Las actividades de la "Bebé Clínica" de la Universidad Estatal de Londrina (UEL) se basan en la filosofía y doctrina de atención al menor de 3 años, cuyas bases fueron el concepto de atención precoz, mantenimiento de la salud, determinación del riesgo, así como el que sostiene que "la educación genera prevención".

** El Dr. Walter, pionero mundial del concepto y de las clínicas de Odontología para Bebés, es Profesor Senior de la Universidad Estadual de Londrina de Paraná (Brasil), Jefe del equipo de Odontopediatría de la Facultad de Ciencias de la Salud y creador de la Bebé Clínica de la UEL. Además, es autor del libro «Odontologia para o Bebê: Odontopediatria do nascimento aos 3 anos» (Artes Médicas, 1996). Correspondencia: lw@sercomtel.br.*

Antes de nosotros existieron conceptos ligados, de los cuales mencionamos algunos[1]:

Pereira (1929), en Brasil, en el libro "Educación Dental del niño" enfatiza un cuidado especial desde el vientre materno, con la formación de piezas dentarias sanas y bien calcificadas. Preconiza la colaboración entre dentistas y pediatras para lograr una verdadera promoción de hábitos de higiene. Es el primero en manifestar que el niño nunca debe dormir con la boca sucia.

Costa (1939) afirma que la actividad odontopediátrica debería ser entre los 2 y los 12 años y que sólo en casos raros de aparición de piezas dentarias precozmente (natales y/o neonatales) se debería intervenir.

Robinson y Naylor, en Inglaterra (1963), afirmaron que si bien los métodos preventivos en niños en edad escolar estaban bien documentados, pocos eran los que relataban control de hábitos alimentarios como medios de prevención de caries en bebés (énfasis en niños de edad escolar y poca en bebés).

Nowak (1978) decía que el niño debería ir al dentista entre los 3 y 5 años; sin embargo, afirma que los cirujanos dentistas tienen conciencia de que esta atención debe ser iniciada los más pronto posible, o sea, próximo a la época del inicio de la erupción de los dientes.

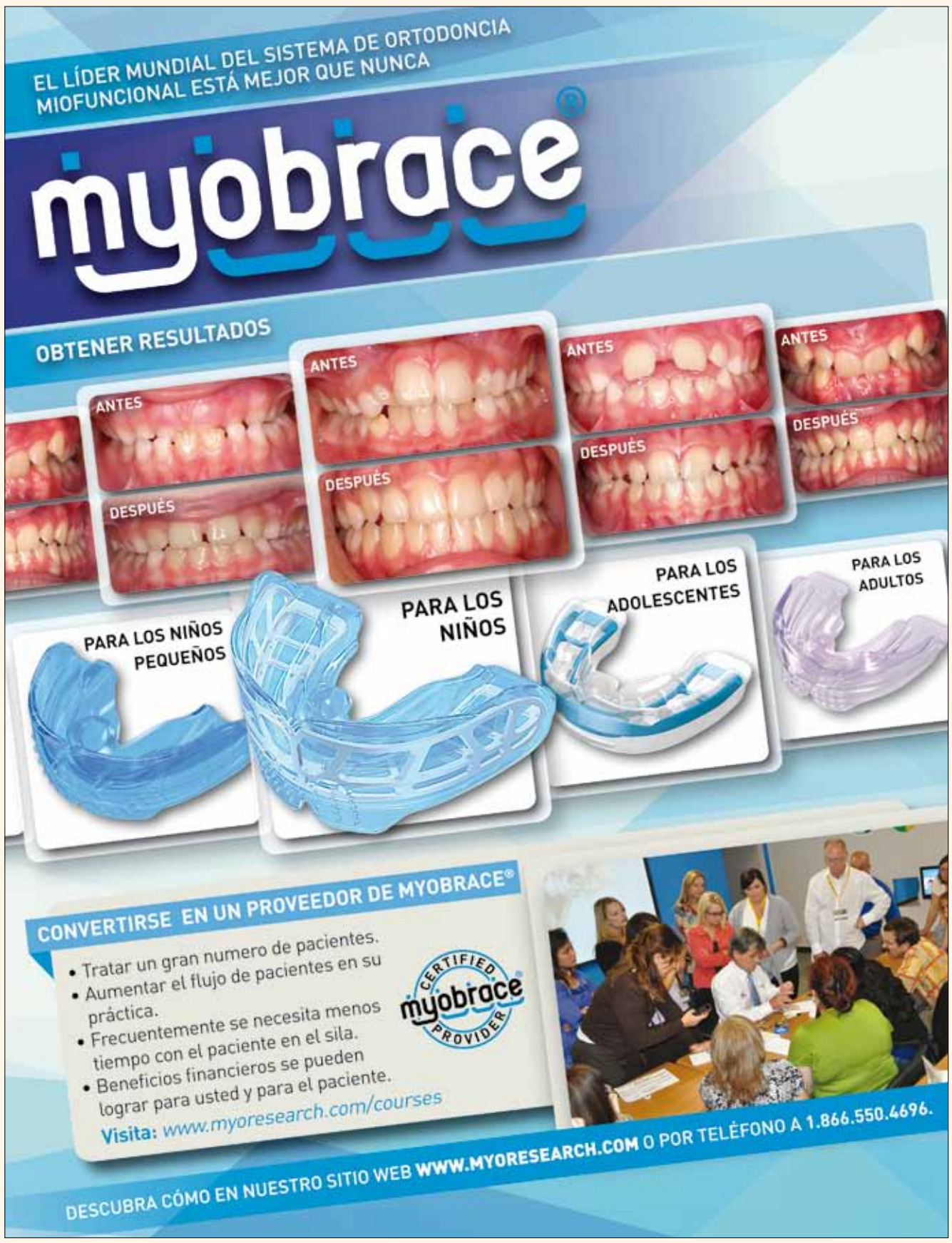
Persson *et al.* (1985) relataron que en Suecia los programas preventivos para caries dental los organiza el Servicio Público de Salud Dental, donde las orientaciones son transmitidas a los padres como procedimiento estándar, cuando el niño tiene seis meses de edad, lo cual se repite a los 18 meses de edad. Los autores informaron que hubo un progreso en la salud dental: un 45% de la muestra estudiada (Umea en 1970) tenía caries dental, con índice ceo-s de 2,5 y luego en el estudio de 1985 sólo un 10% de los niños tenía caries, con un índice ceo-s de 0,3.

Morinushi *et al.* en Japón (1982), afirmaron que el camino más seguro para el mantenimiento de salud bucal era la incorporación de una guía de salud bucal en el momento del examen médico. Esta orientación sobre cuidados diarios fue transmitida a madres de niños de 4 meses de edad y sus resultados evaluados después de 12 meses. Concluyeron que el refuerzo de las instrucciones de cuidados diarios debe ser dado a intervalos de 3 a 4 meses y que el control de la alimentación con alta cantidad de azúcar es importante para el mantenimiento de la salud.

Cushing y Gelbier en Inglaterra (1988) informaron que en 1977 fue introducido en Londres un programa de cuidados dentarios en los departamentos de servicio social de las cunas. En este programa se enseñaban prioritariamente fundamentos de educación odontológica y una acción profesional de control mensual y bianual era realizada como profilaxia con crema dental fluorada con dederos de goma, pensando básicamente en reducir las necesidades de tratamiento y en estabilizar la salud dental.

Elvey y Hewie (1982), en EE UU, afirmaron que muchos problemas podrían ser evitados si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre terapia con flúor, hábitos bucales y sus consecuencias, desarrollo de las denticiones y métodos de prevención.

Blinkhorn (1980) destacó la necesidad de que el cirujano dentista imparitera



educación sobre la salud (en gestantes y durante la lactancia), estableciendo rutinas que podrían prevenir o controlar las enfermedades más frecuentes de la cavidad bucal en los bebés.

Goepferd (1989) en la Universidad de Iowa, basado en una serie de datos de ocurrencia de caries de mamadera en bebés (1984-1986), creoó un programa destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras potencialmente dañinas para la salud bucal del niño. En base a los resultados obtenidos, indicó que la primera visita debe ser ejecuta alrededor de los 6 meses de edad, época en la que se consigue mayor eficacia en la atención primaria y el control de las caries dentales. Afirmó que los pediatras deben recomendar el primer examen odontológico en la fase etaria entre 1 a 2 años.

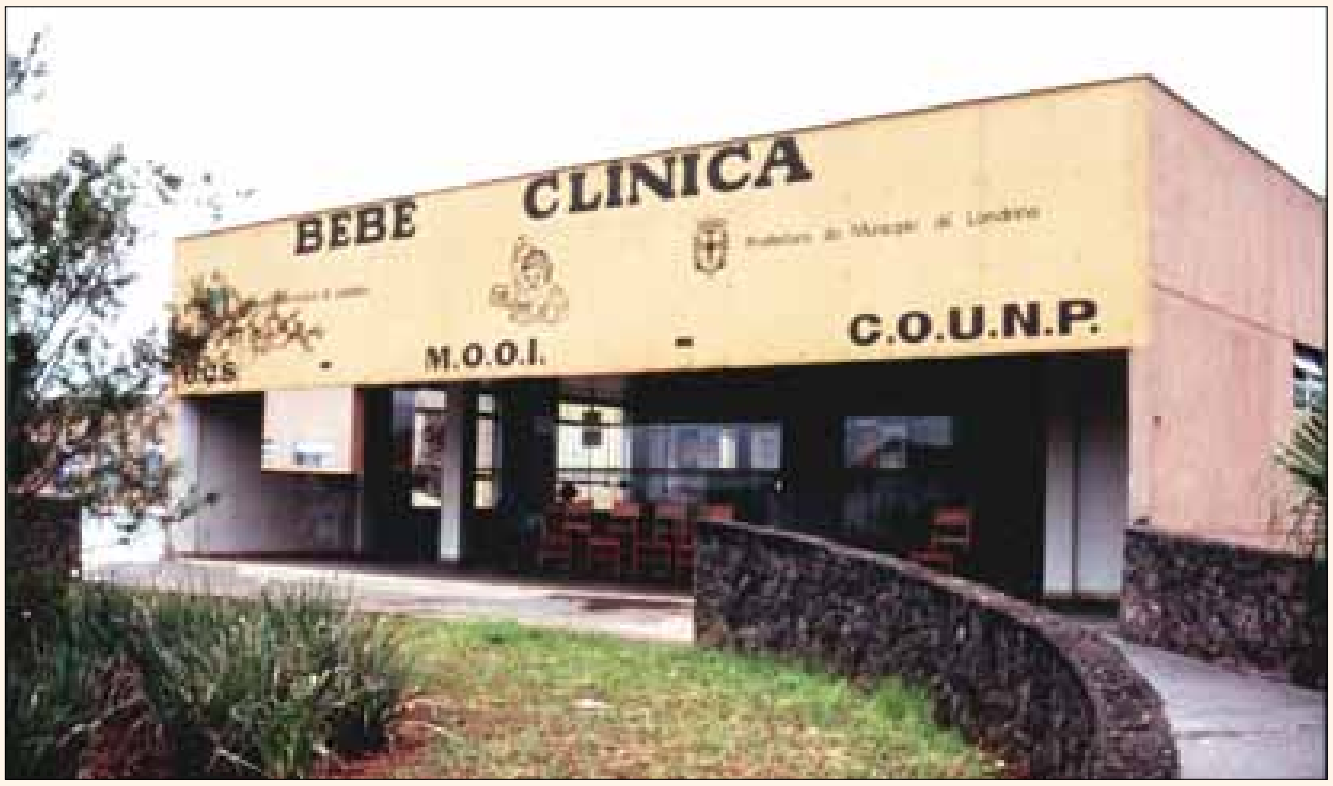


Fig. 1. La Bebe Clínica, esfuerzo universitario, municipal y político con una filosofía especial.

Filosofía de práctica

La actividad de la Bebé Clínica se inició en 1983 (proyecto que nació en con el apoyo de la Financiadora de Estudios y Proyectos-FINEP de Brasil), y desde entonces se ha logrado transformar la actitud del ciudadano de Londrina: el paradigma de que sólo se debe preocupar por la salud bucal de su hijo "a partir de los dos o tres años" ha cambiado a "desde el nacimiento". Esto se refleja en los valores que encontramos: al inicio, en el primer año, el índice de caries llegaba al 12%, el cual posteriormente se redujo al 3,2%. En este período nos enfocamos en el aspecto preventivo de la salud bucal más que en el tratamiento de sus secuelas (Fig. 1).

Antes de nuestra intervención existían manuales que recomendaban la limpieza a partir de la erupción de los primeros dientes, pero los mismos recomendaban la atención profesional desde los 3 años. Lo que distinguía a la UEL del resto de establecimientos es que unimos la educación con lo prevención y lo curación en un grupo etiario que no era considerado por la odontopediatría convencional. Nuestro proyecto consideraba la creación de técnicas de abordaje para menores de 12 meses (por ejemplo la hamaca-camilla para bebés denominada Macri) y el seguimiento de niños de hasta 30 meses, extender estos conocimientos a Salud Pública y procurar el entrenamiento de su personal en la filosofía educativa-preventiva y curativa.

Pero esta visión iba más allá. Si la educación es el principio de esta práctica, entonces la educación debe ser impartida a los sujetos que estaban más cerca de los menores, en este caso las madres y los pediatras.

La práctica de la Odontología para bebés es pionera en Londrina y Brasil, y gracias a que en su momento tuvimos una idea y una filosofía de la práctica que abrazamos y se hizo realidad. Esto debe ser imitado, en todos los países, en todas las regiones, en todos lados. Los procedimientos que propugna esta "filosofía de la práctica" no se basan en el costo del instrumento o del material, sino en las ganas del profesional de ayudar a su pequeño paciente y de erradicar la enfermedad que nos atañe directamente: la caries dental (Fig. 2). DT

Referencias

1. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o Bebê: Odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

Fig. 2. Equipo de profesores y personal administrativo de la Bebé Clínica, dirigida por el Dr. Luiz Walter (sentado).

La educación es el soporte de la práctica

Por César Arellano Sacramento[1] y Mario Elías Podestá[2]

Quienes tratamos al menor de 36 meses nos consideramos educadores. La madre-bebé (y su entorno) es el educando, y la mujer debe ser educada en toda etapa de su vida, pues es el vector más importante para la transmisión de la educación[1].

La educación es un proceso de permanente cambio que engloba distintos niveles — cultural, humanista y científico[2]—, y puede obtenerse de diferentes formas.

La Odontología para Bebés se basa en la EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL DE BEBÉS (ESBB)[3]. Es un tipo de educación cuyo educando no es un solo individuo, sino la díada madre-bebé. Si bien sus métodos y técnicas están dirigidos a las madres (o responsables) de los menores de 36 meses, su objetivo es lograr el mantenimiento o recuperación de la salud bucodental del bebé e indirectamente el de la madre.

La ESBB, incluida en la llamada *Filosofía educativa de la odontología preventiva*, engloba la transmisión de información sobre la historia natural de la enfermedad, sus factores etiológicos, los hábitos alimentarios que la producen, los cuidados para el mantenimiento de la salud o prevención, así como el adiestramiento necesario para lograrlo[3].

Fig. 1. Un bebé cepilla a un muñeco en el consultorio dental.

La ESBB puede realizarse en el ámbito particular (consultorio dental, universidad, clínica, ONG, etc.) o estatal. El Estado administra el sistema educativo a través de los órganos competentes del sector[2] y puede llegar más rápido, y en teoría con más eficiencia, (pediatras, pediatras neonatólogos, ginecólogos y obstetras, enfermeras y auxiliares de enfermería)[1], que los profesionales del ámbito civil.

Es sabido que la salud y su cuidado integral comienza en la familia y continúa en la escuela, el centro de trabajo y en las demás organizaciones sociales4. El ser humano no nace sabiendo: aprende a andar, a comer, a hablar, escribir, etc. Esto implica una modificación de su comportamiento[5].

Para lograr la educación de un sujeto es necesario que éste aprenda (aprendizaje) lo que se le enseña (enseñanza)[6]. Aprendemos pensando por nuestra cuenta, así como percibiendo y actuando; cuando

1. Cirujano Dentista, Especialista en Odontopediatría, Maestro en Investigación y Docencia Universitaria y Doctor en Educación. Profesor Asociado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de Lima (Perú), y de la EAP de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de Lima (Perú). Ex-presidente de la Asociación Peruana de Odontología para Bebés. Correspondencia: marioeliaspodesta@hotmail.com.

2. Cirujano Dentista, Maestro en Salud Pública. Asociado Fundador de la Asociación Peruana de Odontología para Bebés. Profesor de la EAP de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de Lima (Perú). Autores del libro «Odontología para Bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico», Ed. Ripano.

TODO LO QUE DESEABAS AHORA ES REALIDAD

PATTERN RESIN
Resina acrílica utilizada para la elaboración de modelos, cofias, postes, coronas telescópicas o cónicas, implantes y puentes.

ALIKE
Fórmula de rápido fraguado, resina temporal autocurable para coronas y puentes. Cura de 5 a 6 minutos y puede ser terminado y pulido fácilmente.
Cualquiera sea el tamaño de la restauración realizada con Alike, ésta es fácil de colocar y puede mantener un sello impermeable en el margen cervical hasta que esté lista la restauración final.

GC FUJI CEM
Cemento de Ionómero de Vidrio Reforzado con Resina para Cementaciones Finales. Permite cementar restauraciones indirectas – coronas y puentes de porcelana o resina fusionados a metal así como inlays y onlays de porcelana, metal y resina.

DA EL SIGUIENTE PASO
PARA MEJORAR TU PRÁCTICA DENTAL

WWW.GCAMERICA.COM
PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNICARSE AL TELÉFONO: (708) 897-4003 USA

GC AMERICA INC.

intentamos resolver problemas que nos interesan, la corteza cerebral interactúa con el sistema límbico —el órgano de las emociones— y con el sistema endocrino[7].

El ser humano va aprendiendo desde muy pequeño sobre el entorno en que le ha tocado vivir. Sin embargo, un área que madura más rápidamente parece ser el hemisferio cerebral derecho, encargado de las emociones y de aspectos más amplios de la comunicación (vista, olfato, audición, etc.)[8,9].

Se cree que ello se debe a una cuestión evolutiva y de supervivencia. La teoría del apego y de las regulaciones[8,9], describe procesos que se dan en el cerebro del bebé y de la madre. Una comunicación de cerebro a cerebro, similar a una sincronización de estados. Cuando el bebé llora (cerebro derecho), la madre responde al llamado (cerebro derecho).

Es necesario tener en cuenta esta situación cuando educamos, pues estamos batallando no sólo con ideas preconcebidas (ansiedad materna), situación psicofísica del bebé (ansiedad del bebé), sino también con situaciones evolutivas de supervivencia. La madre quiere proteger a su bebé de cualquier daño y el llanto en la consulta (por procedimientos tan simples como limpieza con gasa) puede ser interpretado como un daño.

Esto puede ser resuelto mediante la educación, dando a conocer las diversas situaciones que se pueden producir durante la consulta. Indicar que el llanto es una respuesta normal del bebé y que mientras no se le realicen procedimientos cruentos, no se debe temer por su seguridad.

Esta educación debe ser constante, porque el conocimiento que no se transmite se pierde. Esta tesis del «uso y desuso» fue formulada hace más de un siglo por Tanzi y Lugaro, recogida por Ramón y Cajal, redescubierta y refinada por Donald Hebb, y confirmada experimentalmente en el curso del último medio siglo[10].

Nosotros enfocamos la ESBB desde el punto del *aprendizaje significativo*[11], que relaciona los nuevos conocimientos con lo ya conocidos. Esto presume la revisión, modificación y enriquecimiento de la nueva información. El aprendizaje se convierte en *funcional* cuando puede ser utilizado en nuevas situaciones para efectuar nuevos aprendizajes, dependiendo de los conocimientos previos.

Para que esto suceda el nuevo material debe ser coherente, claro y organizado. El educando debe disponer de los conocimientos necesarios para asimilar y atribuir un significado a la nueva información. Y debe estar motivado para aprender[5].

En la ESBB buscamos en la madre un objetivo de cinco puntos en base al *aprendizaje significativo*[11]*:*

1. El plazo de tiempo en el que se realiza la acción.
2. Los sujetos que van a llevar a cabo dicha acción.
3. Condiciones importantes para su ejecución.

Fig. 2. Primera limpieza bucal en el recién nacido realizada en neonatología.

Fig. 3. Uso de gasa para la limpieza de mucosas.

4. La acción que el educando ejecutará demostrando lo que aprendió
5. El producto observable de dicha acción.

Adaptando estos objetivos al tema de la odontología para bebés, podemos decir que[5]:

«Al término de la charla e instrucción sobre odontología para bebés las madres, de forma grupal e individual, y con ayuda de separatas u otro tipo de ayudas, realizarán la limpieza bucodental en sus bebés de forma adecuada».

1. Un plazo de tiempo: «Al termino de la charla e instrucción.»
2. Sujetos que la ejecutan: «Las madres…»
3. Condiciones bajo las cuales realizan esta acción: «De forma grupal e individual, y con ayuda de separatas u otro tipo de ayuda".
4. Acción: «Realizarán la limpieza bucodental en sus bebés».
5. Criterios: «De forma adecuada».

Para estos se utilizan dos técnicas de ESBB: la técnica educativo-informativa (EI) y la educativo-demostrativa (ED). Estas pueden ser utilizadas según las circunstancias en que se encuentren el educando y los educadores[5].
La técnica educativo-informativa (EI) transmite información mediante la palabra hablada (charlas) y el uso de una cartilla motivadora (o similar). Esta técnica debe realizarse después llenar la parte de la Historia Clínica que no necesita la presencia del bebé; de preferencia, en una segunda consulta fijada por el odontólogo. Lo ideal es que los padres asistan solos a la charla, dejando al bebé al cuidado de alguien durante el corto tiempo que dure la consulta. La razón de esto es que el padre ponga toda su atención en el clínico y que la charla no sea interrumpida por el llanto o alguna travesura del bebé. Una charla permite que el padre exprese puntos que no haría en un cuestionario (pregunta-respuesta), pues la metodología es diferente[5].

La técnica educativo-demostrativa (ED), con ejemplos operativos (instrucción), busca lograr en el educando (madre o sustituta), destrezas manuales (de preferencia directamente en el bebé) luego de charlas y uso de elementos como cartilla motivadora[3].

En la consulta odontológica privada recomendamos utilizar la técnica ED, pues las condiciones son ideales. En caso de estar en presencia de un gran número de personas, se debe usar la técnica EI, pues no se podrían expresar adecuadamente las técnicas manuales con la ED.

Un estudio[12] halló que la técnica ED fue ligeramente menor en promedio de IHOS que la técnica EI (menos placa bacteriana; media: ED=0.9707; EI=1.2045). Clínicamente, no es relevante desde el punto de vista de la disminución de placa blanda; por ello, se recomienda que la técnica EI (solo charla) sea utilizada cuando no se puede realizar *charla e instrucción* (ED).

Sugerimos incluir en la charla lo siguiente:

- Importancia de la díada madre-bebé[8,9].
- Boca y maxilares del recién nacido.
- Erupción dentaria: importancia de la secuencia y cronología.
- Anatomía e histología dentales: importancia de los dientes primarios.
- Caries dental: historia natural, factores que intervienen y factores desencadenantes para su producción.
- Higienización.
- Importancia del flúor en la prevención de las caries.
- Consecuencias de la pérdida de estructura dentaria: mantenimiento y pérdida de espacio.
- Traumatismos y sus consecuencias: cómo actuar frente a ellos y prevención.
- Habla: articulación de la palabra, frenillos, etc.

En cuestión del mantenimiento de la salud, el mejor camino es una bien implantada medida educativa. Partiendo de la premisa de que «la educación genera prevención»[13]:

> *Es imposible para logar el éxito que el que brinda salud se ubique en un plano superior (jerárquico, económico, social, etc.). Es imprescindible que el proceso sea horizontal y que vaya de la mano con una coparticipación del ciudadano que la recibe y del Estado-Institución-Técnico que la da*[5].

El objetivo de la *filosofía educativa de la odontología preventiva* es ser una herramienta, una forma de actuar del profesional para el odontólogo, brindar un orden y un por qué al sistema educativo que se emplea en la Odontología para bebés[5].

La ESBB como herramienta educativa utiliza un enfoque racionalista del aprendizaje como construcción del significado (pues ve al estudiante, la madre, como un constructor de contenidos significativos: un ser autónomo autoregulado, que conoce sus propios procesos cognitivos y tiene en sus manos el control del aprendizaje). El método de enseñanza que utiliza es de transmisión (pues está organizado para conducir hacia objetivos ya conocidos para quienes los transmiten pero desconocidos para quienes lo reciben). La técnica de enseñanza que emplea es el diálogo (pues no exige conocimientos sino que lleva al sujeto a la reflexión. La virtud del diálogo es que el alumno sienta que es capaz de pensar), y como evaluación utiliza pruebas orales y prácticas[5].

Es necesario aclarar que lo anterior no es un dogma y que esta herramienta es perfectible. Sin embargo, creemos que en la actualidad es la herramienta más adecuada para lograr los objetivos deseados. DT

Consulte las referencias en www.dental-tribune.com

Tetric® N-Collection

Un completo sistema restaurativo nano-optimizado

Descubra nuestra última colección

Tetric® N-Collection

Tetric N-Ceram® | Tetric N-Ceram® Bulk Fill | Tetric N-Flow® | N-Etch | Tetric N-Bond® | Tetric N-Bond® Self-Etch

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | 9494 Schaan | Principality of Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

Ivoclar Vivadent Marketing Ltd.
Calle 134 No. 7-B-83, Of. 520 | Bogotá | Colombia | Tel.: +57 1 627 33 995 | Fax: +57 1 633 16 63

Ivoclar Vivadent S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur No. 863 | Piso 14, Col. Napoles | 03810 México, D.F. | México
Tel. +52 (55) 50 62 10 00 | Fax +52 (55) 50 62 10 29

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Aspectos psicológicos y clínicos de la atención de niños pequeños

Por Maria Salete Nahás Pirés Corrêa[1] y Gustavo Tello Meléndez[2]

La psicología ayuda a comprender y explicar las relaciones humanas[1,2]. En odontopediatría es importante el conocimiento de esta ciencia para un adecuado manejo de la conducta del niño, ya que permite que la consulta odontológica en la primera infancia sea una experiencia fascinante, positiva, confortable y sin traumas.

La Odontopediatría actual se basa en una atención odontológica preventiva, es decir, precoz y oportuna, interceptando y controlando el inicio de enfermedades y alteraciones en el bebé[3,4,5]. El cambio de una odontología curativa a una no invasiva hace que los cirujanos dentistas y odontopediatras hoy en día estén preparados y capacitados para atender a los niños desde el nacimiento.

La Asociación Dental Americana (ADA), la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD), la Asociación Americana de Pediatría (AAP), la Asociación Europea de Odontopediatría (EAPD), la Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP) y la Asociación Brasileña de Odontopediatría (ABO-Odontopediatría), recomiendan que la primera visita del niño al consultorio odontológico ocurra antes del primer año de vida[6,7,8,9]. Esta visita debe incluir un examen clínico de la cara y cavidad bucal, evaluando patrones de normalidad, posibles procesos patológicos, anomalías congénitas y de desarrollo. Además, se deben brindar orientación a los padres sobre hábitos alimentarios y de higiene bucal adecuados, hábitos bucales deletéreos, uso racional del flúor y del dentífrico fluorado[10,11].

La primera visita del niño al consultorio odontológico puede generar una situación de estrés, por ser una experiencia nueva en un ambiente desconocido. Por eso, es importante que se dé en un ambiente adecuado, con personal capacitado y apropiadas actitudes del profesional para garantizar el éxito de la atención[12,13].

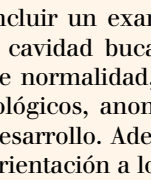
El miedo y la ansiedad en odontología tienen una etiología multifactorial que incluye género, edad y origen cultural del niño, actitud del profesional y ansiedad de la madre[14,15]. Todo esto perjudica la atención odontológica y el adecuado desarrollo psicológico del niño, lo que puede llevar en el futuro a no ser tratado apropiadamente, lo cual afectará su calidad de vida[4].

Teniendo en consideración que la atención odontológica en niños pequeños se basa en un correcto manejo de la conducta, describimos propuestas para prevenir o disminuir la ansiedad y el miedo a la consulta odontológica del bebé y del niño en edad pre escolar.

Técnicas no farmacológicas en el manejo del comportamiento

1. Técnicas no restrictivas

a) Comunicación no verbal



1. La Dra. Salete Nahás especialista en Odontología para Bebés, Profesora de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo, Profesora del máster de Odontopediatría de la Universidad Cruzeiro do Sul; coordinadora del curso de especialización y actualización en Odontopediatría, El bebé hasta los 3 años. Además, es autora de los libros «Odontopediatría en la 1ª infancia», «Salud Bucal del bebé al adolescente», y «Conducta clínica y Odontológica en Odontopediatría» y de más de 50 publicaciones en revistas científicas de la especialidad. Correspondencia: msnpcorr@usp.br.

2. El Dr. Tello, Bachiller en Estomatología y Cirujano Dentista por la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, es Maestro en Estomatología por la UIGV, con postgrado en Atención Odontológica para Bebés por la Universidad Estadual de Londrina (Brasil) y co-autor del libro «Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico».

EXCELENCIA Y ACEPTACIÓN

Lo que hemos alcanzado

Desde su creación en 1993, Neodent ha alcanzado importantes retos y se ha transformado en una de las empresas dentales con mayor potencial de crecimiento.

Nuestra mentalidad es **100%** por Usted

Más de **30'000** profesionales utilizan nuestros productos[1]

Más de **5** millones de implantes vendidos[2]

96,5% de tasa de éxito[3]

Más de **150** publicaciones científicas

Cerca del **33%** participación de mercado en Latinoamérica[4]

Más de **245.000** pacientes tratados con implantes Neodent en Brasil[5]

[1] Información interna Neodent (datos en archivo)
[2] Montes CC, Pereira FA, Thomé G, Alves EDM, Acodo RV, Souza JR et al. Failing factors associated with osseointegrated dental implant loss. Impl Dent. 2007;16(4):404-412.
[3] Latin American Markets for Dental Implants, Final Abutments and Computer Guided Surgery 2012, Millennium Research Group, Inc.
[4] Fuente: BRIC markets for Dental Implants 2012, Millennium Research Group

www.neodent.com.br

NEODENT

20 Años