



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN
Y ESTUDIOS AVANZADOS EN ODONTOLOGÍA**

“DR. KEISABURO MIYATA”

**“LA ENDODONCIA EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES:
UNA PROPUESTA DE RESTRICCIÓN FÍSICA PARA SU TRATAMIENTO”**

PROYECTO TERMINAL

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENDODONCIA**

PRESENTA:

C.D. Isabel Alejandra Marrufo Mireles

DIRECTOR:

E.E. BRISSA ITZEL JIMÉNEZ VALDÉS



TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, JULIO DEL 2013

INDICE

I.- INTRODUCCION.....	1
II.- ANTECEDENTES.....	4
1.- ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS.....	5
1.1.-Odontologo.....	5
1.2.-Personal auxiliar.....	5
1.3.-Padres.....	6
1.4.-Niños.....	6
1.5.-Primera visita odontológica.....	7
2.- PACIENTES DE DIFICIL MANEJO.....	7
2.1.- El paciente con necesidades especiales.....	7
3.- MANEJO DE CONDUCTA.....	10
3.1 Técnicas de adaptación.....	10
3.1.1.- Decir, Mostrar, Hacer.....	10
3.1.2.- Control mediante la voz.....	10
3.1.3.- Desensibilización	10
3.1.4.- Modelamiento.....	11
3.1.5.- Reforzamiento Positivo.....	11
3.1.6.- Condicionamiento.....	12
3.1.7.- Sedación Intravenosa.....	13

4.- RESTRICCION FISICA MECANICA.....	15
4.1.- Ventajas.....	15
4.2.- Desventajas.....	15
4.3.- Ejemplos de restrictores físicos.....	15
4.4.- Ejemplos de restrictores físicos para la cabeza.....	16
4.5.- Ejemplos de restrictores físicos para el cuerpo.....	16
5.- EN QUE PACIENTES SE RECOMIENDA USAR RESTRICCION FISICA.	16
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
IV.- HIPOTESIS.....	21
V.- JUSTIFICACION.....	22
VI.- OBJETIVO GENERAL.....	23
VII.- OBJETIVO ESPECIFICO.....	23
VIII.- DISEÑO METODOLOGICO.....	24
1.- Materiales.....	24
2.- Procedimiento.....	25
3.- Fotos.....	27
IX.- DISCUSION.....	31
X.- CONCLUSIONES.....	33
XI.- BIBLIOGRAFIA.....	34

INTRODUCCION

Se denomina PACIENTE ESPECIAL O CON CAPACIDADES DIFERENTES a aquel que tiene limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o condiciones que requieran actuaciones médicas y/o servicios especiales.

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en que vive.

Las personas con discapacidad cada vez más nos ofrecen un reto hacia los constantes obstáculos que entorpecen su acceso a servicios que muchos de nosotros consideramos por demás obvios, en particular la SALUD.

El aspecto ODONTOLOGICO es uno de los problemas de salud que afectan a un alto porcentaje de la población con algún tipo de discapacidad.

A pesar del hincapié que los odontopediatras han puesto en la prevención y detección oportuna de la caries, siguen ocurriendo casos de pérdida prematura de dientes temporales y permanentes en pacientes jóvenes, sobre todo en aquellos pacientes que podríamos llamar “difíciles”, no por el tratamiento que requieren sino por la disposición de éste al servicio que se le brinda, esto se incrementa de sobremanera en el caso de pacientes pediátricos de difícil control y pacientes pediátricos o no con presencia de capacidades diferentes (2). Su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos. Por esta razón, en la atención del paciente pediátrico y del paciente con capacidades diferentes no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de salud o de la propia discapacidad, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular. (2,5)

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del paciente con capacidades diferentes o con discapacidad. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea. Entre esas técnicas se mencionan principalmente los métodos afectivos en el manejo de la comunicación (guía de la Academia Americana de Odontopediatría) (7), manejo de la conducta con imágenes visuales y modelamientos. No obstante, cabe señalar, que no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación triangular odontólogo-niño-padre. Sin embargo, tiene especial influencia en esta relación: la experiencia, el conocimiento bio-sicosocial del paciente, así como también, el grado de sensibilización y humanización del profesional de la Odontología. (13)

DISCAPACIDAD.

El individuo portador de discapacidad se puede definir como aquel que padece una alteración funcional permanente o prolongada; motora, sensorial ó mental, las cuales lo hacen dependiente total o parcialmente de otros para sus necesidades básicas, implicando esto desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

- La OMS introduce también tres términos para referirse al individuo con capacidades diferentes:
- **Deficiencia:** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para un ser humano.
- **Minusvalía:** es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide

el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de edad, sexo, factores sociales y culturales).

- Al unir estos tres conceptos se entiende que no solo se trata de una persona que presenta una patología, sino que como consecuencia de la misma, no puede desarrollar sus potencialidades en su vida y en su medio social.

Existen cinco tipos principales de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano que afectan: mental, física, psíquica, auditiva y visual. Sin embargo., ninguna deberá representar un obstáculo para su atención odontológica.

ANTECEDENTES

El comportamiento poco cooperativo del paciente pediátrico en la consulta odontológica se debe a varios factores: ambiente odontológico, relación con el personal auxiliar, las actitudes de los padres y además el tipo de conducta que presenta cada niño en particular (10,8). Para el profesional de la odontología debe ser de vital importancia la experiencia de la primera visita al consultorio dental. Debe tratar de que el niño tenga una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que esta no se convierta mas tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro.

Es imprescindible lograr y mantener la colaboración del paciente al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología. (4)(5)

Dentro de las variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica se encuentran (7, 8,11):

- Ambiente odontológico
- Odontólogo
- Personal Auxiliar
- Padres
- Niños
- Primera visita odontológica

1. AMBIENTE ODONTOLOGICO

El primer objetivo que debe alcanzar el especialista, será infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto. (2,3)

1.1 Odontólogo

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe ejercer su trabajo con decisión sin importar las condiciones que limiten a un individuo ya que en el ejercicio de su profesión no existen diferencias, además es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los pacientes con precisión a través de todos los medios auxiliares de diagnóstico. El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser, establecer comunicación lo cual permitirá no solamente que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento. (9)

El lenguaje a usar por el Odontólogo dependerá de la edad del niño, además el utilizar una voz suave y clara serán de mucha ayuda para lograr un acercamiento

1.2 Personal auxiliar

La manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que está sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala operatoria. Así como deberá ser un coadyuvante durante la atención odontológica (1,3).

1.3 Padres

La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones. Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas. (4) Observando así, padres manipuladores, hostiles, sobre indulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño (14).

1.4 Niños

Para lograr el tratamiento dental del paciente pediátrico en la consulta odontológica, debe comprenderse su conducta, por ello es importante conocer las etapas de crecimiento de éstos y la actitud que los padres tienen con sus hijos. La conducta va a variar de acuerdo a la edad que tenga el niño. Una buena guía es la señalada por Magnusson (10) en donde refiere el perfil de maduración de los años preescolares señalados por la edad cronológica.

DOS AÑOS: Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor. Cansancio fácil.

TRES AÑOS: Curiosidad sobre el mundo de alrededor. Mayor contacto verbal. Deseo de imitación.

CUATRO AÑOS: Gran actividad física y mental. Inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias. Confianza en sí mismo.

CINCO AÑOS: Estabilidad emocional. Pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseo de ser aceptado; sensible a las alabanzas y recriminaciones.

SEIS AÑOS: Alternancia entre el afecto y el rechazo. Autoafirmación. Tendencia a ser hipocondriaco. Poco interés por el orden y la limpieza. (8).

Pero qué pasa con los pacientes que no siguen estos patrones?

1.5 Primera visita odontológica

La primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella. Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sean necesarios tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, colocación de selladores, fluoruros, etc. (4). Se tratará de ir de lo más sencillo a lo más complejo, sin embargo en pacientes con capacidades diferentes la frecuencia de las visitas a la consulta odontológica es por una urgencia convirtiendo la primera visita en una experiencia no tan grata.

2. PACIENTES DE DIFÍCIL MANEJO (6,7,8)

Para la atención del paciente pediátrico, existen diferentes tipos de conductas que han hecho existir técnicas básicas para su manejo.

2.1 El paciente con necesidades especiales

Se define **paciente especial** a aquel que tiene limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o condiciones que requieran actuaciones médicas y/o servicios especiales. El tratamiento odontológico de este tipo de pacientes está íntimamente relacionado con su conducta y su patología. Cabe esperar que un paciente con retraso mental severo, sea incapaz de colaborar en la consulta dental debido a su condición médica.

Los pacientes con necesidades especiales tienen una alta incidencia de patología bucal debido a una serie de factores como: alteraciones motoras que impiden una

correcta masticación y deglución; alimentación de textura blanda y con alto contenido de azúcares fermentables que propician la aparición de caries, alteraciones neurológicas que dificultan la cooperación al momento del cepillado dental. La salud bucal por lo general se ve comprometida debido a otros problemas de salud sistémicos.

Otra razón de la disminución del nivel de salud dental es la incapacidad de motivación de los niños y de los padres para realizar la higiene oral adecuada debido a disfunciones motoras o mentales.

La función inadecuada del sistema masticatorio en niños con parálisis cerebral causa problemas con la masticación, disminuyendo también el auto cuidado dental.

El manejo del paciente con necesidades especiales depende del grado de su invalidez. Normalmente, alrededor del 14% de los niños con parálisis cerebral son capaces de colaborar durante el tratamiento odontológico a pesar de que este tipo de pacientes no visitan al dentista a tiempo para el control, solo ocurre cuando aparece dolor. Usualmente, la mayoría de los tratamientos para este tipo de pacientes suele ser radical y muchos dentistas prefieren realizar extracciones siendo la mejor opción antes que planificar tratamientos en los órganos dentales que requieren restauraciones complejas y / o tratamiento de conductos. (15)

Los problemas de salud bucodental en pacientes con discapacidad visual se ven exacerbados debido a que no están en posición de identificar alguna patología en etapas tempranas y por lo tanto tomar acciones para solucionarla.

Debemos valorar muy bien el uso de métodos restrictivos y de protección para el paciente, ya que posiblemente nos enfrentaremos a conductas no cooperadoras, así como también la estancia del paciente dentro del consultorio deberá ser lo más reducida posible con el fin de no proporcionarle estímulos innecesarios.

La ceguera no cambia los métodos convencionales de tratamiento dental, sólo los modifica, una vez conocidos éstos, el cirujano dentista deberá considerar esta labor como un reto y una oportunidad para aumentar sus recursos mediante el uso de su creatividad, así como obtener experiencias que los satisfagan, brindando una atención tanto de calidad como de calidez(16,6,8,12)

En el caso de pacientes con autismo, debido a sus características conductuales y psicológicas, los protocolos que habitualmente estamos acostumbrados a emplear, deberán modificarse en cierta medida. La labor de la familia y de los centros de educación especial son fundamentales para la consecución de nuestro objetivo: conseguir unos niveles óptimos de salud dental.

La compañía de padres o educadores favorece la cooperación del niño en la consulta. Utilizaremos en todo momento el decir –mostrar– hacer, enseñándole al niño los materiales con los que estará ya familiarizado gracias a las sesiones preparatorias del centro de educación.

El uso de técnicas restrictivas se limitará a los casos más graves, teniendo en cuenta que estos pacientes, en la mayoría de los casos, requerirán un mayor número de sesiones de desensibilización, usando como último recurso la anestesia general. (17)

3. MANEJO DE CONDUCTA

3.1 Técnicas de adaptación

3.1.1- DECIR, MOSTRAR, HACER: La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Pinkhan (12) señala que deberá realizarse antes de comenzar cualquier maniobra excepto la inyección del anestésico local y otros procedimientos complicados, por ejemplo, extirpación pulpar. Sin embargo, otros autores sugieren que no se debe excluir esta técnica al momento de colocar el anestésico local. Deberá explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá. El éxito de esta técnica dependerá del uso de un vocabulario sustituto para los instrumentos y procedimientos con la finalidad de que el niño pueda entenderlo.

3.1.2- CONTROL MEDIANTE LA VOZ: Este método requiere de ejercer autoridad por parte del odontólogo durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante pues deberá de proyectar la idea de "Aquí mando yo". (10). Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, gana la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles. (10, 1)

3-1-3- DESENSIBILIZACION: Se emplea para aminorar los temores y la tensión del paciente. Se logra estimulando la relajación a medida que el paciente se "desensibiliza" frente a procedimientos que le producen ansiedad. Es poco práctica en Odontología, porque requiere de varias sesiones, se aplica a pacientes con fobias extremas. (4, 1)

3.1.4- MODELAMIENTO: Se realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental. Un niño es capaz de aprender patrones de conducta mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe, estos procedimientos reducen la ansiedad acerca de lo desconocido. (4,1). Para que esto sea eficaz se deben seguir ciertas condiciones:

1. Que el observador esté en estado de alerta,
2. El modelo debe tener status,
3. Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo las cuales deberán ser apreciadas por el observador.

3-1-5- REFORZAMIENTO POSITIVO: Se sabe que el ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables. Estos reforzadores pueden ser:

+Materiales y tangibles: regalos pequeños, calcomanías.

+Reforzadores sociales: pueden ser verbales como elogios o felicitaciones y no verbales como abrazos y sonrisas.

+Refuerzos de actividad: participación en una actividad agradable y jugar.

Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo. Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Alabe mejor el comportamiento que al individuo. Ejemplo, en lugar de decirle que ha sido un niño muy bueno; dígale que hoy se portó muy bien en la silla dental (8,2).

3.1.6- **CONDICIONAMIENTO:** Cuando los niños lleguen al consultorio dental para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa, se pueden establecer pautas de comportamiento adecuado mediante el empleo del refuerzo positivo. Se utilizará la técnica decir, mostrar, hacer, el tratamiento debe hacerse con honestidad, similar a las expectativas creadas. (2)

ESQUEMATIZACION DE LAS CONCLUSIONES TECNICAS PARA TRATAR CONDUCTAS DIFERENCIALES DEL PACIENTE:



Facilita la integración de la conducta - odontólogo - niño - padres.
 -Posibilita la adaptación de comportamientos positivos presentes y futuros del niño en el consultorio odontológico.

Por otro lado, la atención dental del niño con capacidades del desarrollo, muchas veces representa un reto para el odontólogo general, no por los tipos de tratamientos o la modificación de las técnicas que se aplican, sino por el manejo del comportamiento propio de este tipo de pacientes. Generalmente, en la atención de niños de difícil manejo y con capacidades diferentes se debe aplicar algún tipo de restricción, ya sea PSICOLOGICA, QUIMICA O FISICA. (9) La restricción FISICA, puede ser aplicada de un modo preventivo antes de que se presente un mal comportamiento, para seguridad y bienestar del paciente (restricción física de custodia) o después de que se presente un comportamiento no deseado en donde debe realizarse o continuarse el tratamiento dental (restricción física de conducta). Para la aplicación de restricción física pueden ser empleados aditamentos y aparatos mecánicos (restricción física mecánica) conociendo los posibles riesgos médicos y legales que esto conlleva, las ventajas y desventajas de su aplicación, por lo tanto este aditamento deberá ser generador de seguridad y lo menos posible traumático para el paciente durante el momento de ser utilizado es decir, se deberá lograr que el paciente no se sienta castigado o amenazado cada vez que va a ser empleado dicho aditamento, de fácil colocación, producir inmediatamente supresión de la conducta no deseada y mantener este nuevo comportamiento de cooperación durante todo el procedimiento operatorio. (3, 5,6)

3.1.7- SEDACION INTRAVENOSA: La sedación IV se ha convertido en una importante y preferente alternativa de la anestesia general (GA), reduciendo las dificultades en el manejo de pacientes y en el tratamiento rutinario dental de pacientes con capacidades diferentes.

Es sabido que los pacientes especiales presentan una gran cantidad de problemas dentales y que su tratamiento requiere de mucha precisión por lo que es necesaria su completa cooperación por lo que otra alternativa para su tratamiento es la sedación IV con propofol, la cual presenta varios inconvenientes:

- La necesidad de hospitalización
- El uso del quirófano
- El uso de un cuarto de recuperación
- Las posibles complicaciones respiratorias y cardiovasculares
- Y su alto costo

Esta sedación se caracteriza particularmente por una rápida recuperación aun después del uso de dosis prolongada. La profundidad de la sedación es diferente y dependerá del tipo de tratamiento a realizar, en endodoncia se requiere de un nivel 4 de sedación, lo cual significa que el:

Nivel 1.- completamente despierto y orientado

Nivel 2.- soñoliento

Nivel 3.- ojos cerrados y se despierta a una mediana estimulación física

Nivel 4.- ojos cerrados y se despierta a una fuerte estimulación física

El tiempo de sedación total se divide de la siguiente manera:

1. Periodo preoperatorio: tiempo entre que el paciente se sienta en el sillón dental y el inicio del tratamiento
2. Periodo operatorio: tiempo entre que se inicia y se termina el tratamiento
3. Periodo post operatorio: tiempo entre que se termina el tratamiento y se envía el paciente a casa.

Durante el tratamiento es muy importante aislar el campo de trabajo y como es sabido en endodoncia es extremadamente necesario por lo que un dique de hule y una buena succión son la mejor opción para poder realizar el tratamiento

minimizando así el riesgo de la inhalación de algún tipo de instrumento o sustancia.(18)

4. RESTRICCIÓN FÍSICA MECÁNICA

4.1 Ventajas

- *El niño aprende rápido que no le vale combatir
- *No se maltrata el personal , ni los padres ni el paciente
- *Es posible aplicarla a pacientes grandes y fuertes, pacientes con capacidades diferentes
- *La fuerza aplicada siempre es la misma, del principio al fin de la cita y no se cambia por difícil que sea el tratamiento

4.2 Desventajas

Principalmente no existe relación personal, no hay calor humano entre el restrictor y el paciente ya que la relación resulta ser tirante y fría.

- El paciente al tratar de soltarse, se puede maltratar
- No está siempre disponible en todos los consultorios dentales
- Algunos de ellos son aditamentos costosos
- El personal requiere estar entrenado para su correcta aplicación
- A los padres no les agrada su aplicación por el maltrato psicológico que pudiera ocasionarle a su hijo.

4.3 Ejemplos de restrictores físicos (4,8)

- *Bandas de tela de diferentes largos y de 5 cm de ancho con velcro en las puntas, para la sujeción al sillón dental
- *Correas de Posey
- *Tubos de plástico para mantener los brazos estirados

- *Inmovilizadores anatómicos tipo férula (usados en ortopedia)

4.4 Ejemplos de restrictores físicos para la cabeza (2)

- # Posa cabeza de la silla de ruedas
- #Casco de plástico (casco de ciclista)
- #Bandas de tela (5cm de ancho) con velcro
- #Rectángulos de vinil (de colocación bilateral)

4.5 Ejemplos de restrictores físicos mecánicos para el cuerpo (12,14)

- -Papoose Board
- -Restrictores de vinil y de madera de cuerpo completo, tipo papoose board,
- Sábana triangular
- -Pedi Wrap
- -Sábana o paño para envolver al niño sellado con maskin tape
- -Camillas para bebé
- -Cinturones de seguridad de cochecitos, porta bebés y sillas de ruedas

5. EN QUE PACIENTES SE RECOMIENDA USAR RESTRICCIÓN FÍSICA?

1. Niños con capacidades diferentes, que se sienten mejor y más seguros con la restricción física
2. Niños con discapacidades mentales principalmente con retardo mental moderado y severo
3. Niños desafiantes, histéricos, beligerantes o poco tolerantes
4. Niños que aunque traten de cooperar presentan movimientos involuntarios

5. Niños premedicados que no disponen de un nivel de conciencia completo y que pueden reaccionar bruscamente
6. Niños que llegan con emergencias dentales que les están provocando temor, y ansiedad (casos de traumatismo dentoalveolar o que hayan sufrido algún accidente).
7. Cuando ya es estrictamente necesario pues ya las órdenes para mejorar el comportamiento han sido dadas y no se logra obtener la conducta deseada.
8. En citas de control y seguimiento de pacientes que por diferentes motivos fueron intervenidos por anestesia general
9. Para realizar tratamientos preventivos o de pocas restauraciones cuando no es posible algún tipo de restricción química
10. En pacientes que no colaboran con la higiene oral diaria y requieren de tratamiento integral incluyendo tratamientos de especialidad como endodoncia y /o cirugía
11. Niños que llegan con emergencias médicas y odontológicas y que por razones de tiempo no se pueden aplicar otras técnicas.

El odontólogo como profesional de la salud y el especialista (odontopediatra) tienen la obligación de dar un servicio calificado a las personas que lo necesiten sin importar las condiciones que lo acompañen , ni el comportamiento que ellas presenten. Se debe dar un servicio efectivo y eficiente sin hacer algún tipo de diferencia.

Todas las personas tienen derecho a una buena salud oral, con una buena función y sin presentar dolor ni infección, y el odontólogo debe proveer estas condiciones, cualquiera que sea el tipo de paciente que las solicite.

En el caso de pacientes con condiciones especiales generalmente se deberá aplicar la restricción física para lo cual es de suma importancia conocer los beneficios y desventajas de su uso para poder mantener a los padres en condiciones de tranquilidad. Debido a esto, el propósito de este trabajo es presentar el diseño de un **Papoose Board** como alternativa para llevar a cabo la restricción física que cumpla o satisfaga las necesidades del odontólogo y/o especialista para la atención del paciente de difícil manejo y en especial del paciente con capacidades diferentes.

Para este diseño se ha hecho énfasis en tomar en cuenta sus principales desventajas en cuanto a su uso creyendo que este proyecto solucionará en gran medida todas estas tomando factores como: disposición y posición del área de trabajo, mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio dental, ergonomía y análisis antropométrico del paciente con la finalidad de crear algo posiblemente nada traumático, innovador, ergonómico y sobretodo funcional que mejore los tiempos de trabajo del operador (odontólogo, especialista) creyendo que no solo se **verá favorecido** el campo odontológico y sus diferentes especialidades, sino también el campo hospitalario, incluso auxiliar en el campo de la rehabilitación física.

La endodoncia pediátrica comprende diferentes tipos de tratamientos entre los que destacan los siguientes:

1. Pulpotomías
2. Pulpectomías
3. Revascularización
4. Tratamiento de Traumatismos dentó-alveolares
5. Apexificaciones y/o
6. Apexigenesis.

Todos estos tratamientos requieren de realizar actividades minuciosas en un tiempo determinado por lo cual es imprescindible contar con la cooperación del paciente. Como es sabido en los pacientes con capacidades diferentes este sería el principal obstáculo que podría limitar la eficacia de ejercer un buen tratamiento endodóntico, por lo cual la propuesta de esta alternativa de restricción física reduciría en gran medida esta desventaja

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El manejo de pacientes pediátricos con capacidades diferentes en endodoncia es un hecho común a pesar de que se manejan medidas en el campo de la prevención para que el problema no llegue hasta este grado pero aun así, cuando llega a ser requerida la realización de alguna terapia pulpar en este tipo de pacientes y sabiendo que las técnicas endodónticas y los tiempos en esta disciplina son tediosos y largos hace aún más complicado atender a este tipo de pacientes por los riesgos que conlleva hacerlo por algún movimiento brusco del paciente. Sabemos que hay diferentes técnicas de control y que muchas de ellas pueden llegar a ser traumáticas o hasta afectar el estado físico y emocional del paciente, por lo que debemos tener en cuenta técnicas que nos permitan realizar los tratamientos sin poner en peligro la integridad del paciente , por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta ¿resultara esta nueva alternativa de restricción física Papoose board más efectiva para el tratamiento de pacientes pediátricos y con capacidades diferentes en el área de endodoncia?.

HIPOTESIS

Hi.- Es posible realizar las diferentes terapias pulpaes en endodoncia pediátrica utilizando la nueva propuesta de Papoose Board como restricción física en pacientes pediátricos y con capacidades diferentes.

H0.-No es posible realizar las diferentes terapias pulpaes en endodoncia pediátrica utilizando la nueva propuesta de Papoose Board como restricción física en pacientes pediátricos y con capacidades diferentes.

JUSTIFICACION

Debido a que los pacientes pediátricos son difíciles de atender en el consultorio dental por sus diferentes tipos de conducta y a que los pacientes con capacidades diferentes son personas que tienen alguna inhabilidad física o mental por lo cual les es un poco más difícil soportar un tratamiento dental largo como lo es la terapia pulpar, es importante tener en cuenta técnicas de manejo y aditamentos auxiliares que puedan favorecer su atención pronta y de ser posible afectar en el menor grado su integridad física y emocional.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este proyecto es introducir el uso de un nuevo diseño de restricción física Papoose board para el mejor manejo de niños y pacientes con capacidades diferentes en endodoncia.

OBJETIVO ESPECIFICO

+Sensibilizar e informar a los profesionales en endodoncia sobre las diferentes técnicas y aditamentos auxiliares para el manejo de pacientes con capacidades diferentes.

+Presentar las ventajas de utilizar la nueva alternativa de Papoose Board como medio de restricción física.

DISEÑO METODOLOGICO

MATERIALES

Para la fabricación de la tabla (Papoose Board), se utilizaron los siguientes materiales:

- 5kg de fibra de vidrio
- 4kg de resina
- 9g de catalizador
- 1lt de pintura automotriz
- ½ lt de poliuretano
- 1kg de gelcot
- 1kg de cera desmoldante
- 4 pzas de lijas
- 1kg de caucho
- 150g de catalizador
- 200g de diluyente
- 5g de colorante
- 2m tela

- 2m espuma de poliuretano
- 2m de velcro y
- 1 pza de hilo.

PROCEDIMIENTO

Proceso de producción

ASIENTO

Elaboración del molde de yeso: se prepara la plancha de yeso para poder tallar el molde, se talla el molde con plantillas para tener una mayor precisión, ya listo el molde se le aplica un sellador y se coloca la película separadora.

Aplicación de gelcot: Cuando la cera desmoldante seca se aplica el gelcot que es una delgada paca que da acabado y graba la impresión del modelo

Preparación de la resina: Para poder adherir la fibra de vidrio al molde se prepara resina natural que funciona como aglutinante a la hora de aplicar la fibra de vidrio

Aplicación de la fibra de vidrio: Ya lista la resina y previamente cortada la fibra en pedazos se aplica dando de 2 a 3 capas de acuerdo al grosor deseado y se deja secar.

Fase de desmolde: Ya seca la pieza se procede a desmoldar aplicando aire entre el molde y el modelo

Proceso de fijado y resanado: La pieza se lija hasta quitar imperfecciones y se resanan los detalles para proceder con el pintado

Proceso de pintado: Se aplica el primario, se deja secar, se le da una asentada y se procede a pintar, se deja secar y se termina el proceso.

PROCESO DE PRODUCCION DE PIEZAS DE CAUCHO

Elaboración de modelos de caucho: Ya terminado el modelo del asiento se le aplica una película desmoldante y se vacía el yeso para sacar el modelo de la pieza.

Elaboración de positivos: Listo el modelo se procede a hacer el molde de yeso para verter el caucho

Modelos finales de caucho: Se deja gelar el caucho y se abren los moldes, se inyecta aire y se retiran los modelos recortando los sobrantes.

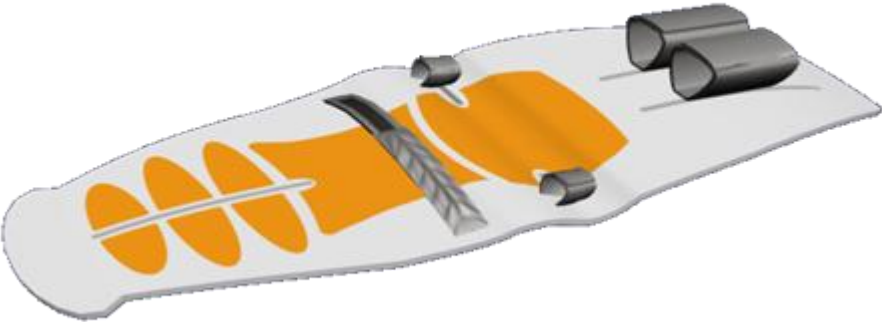
PROCESO DE PRODUCCION DE BANDAS RESTRICTORAS

Se marcan los patrones en cartón, se recortan en tela y se cosen posteriormente se rellenan con espuma de poliuretano y se les cose el velcro.

FOTOS



Esquema del pappose





Diferentes tipos de mascarar



Facil adaptación al sillón dental

Cómodo para el paciente



Fácil de ajustar al paciente



Fácil manejo del paciente al momento del tratamiento

DISCUSION

Los principales factores que se tomaron en cuenta en la elaboración del papoose son los siguientes:

1. Ergonomía
2. Antropometría
3. Ergonomía aplicada
4. Biomecánica
5. Fisiología
6. Perfil psicológico del niño
7. Perfil físico del niño

Fue importante tomar en cuenta estos factores desde la ergonomía hasta el perfil psicológico y físico del niño tomando en cuenta el valor de la comodidad tanto del paciente como del operador. Es importante señalar que el uso de éste será determinante en las experiencias de un paciente sano que pudiera presentar rechazo al tratamiento así como del paciente de difícil manejo y principalmente del paciente con capacidades diferentes el que puede no comprender completamente el procedimiento y la importancia de la inmovilidad durante este mismo.

En cuanto a las medidas antropométricas dependiendo de la edad se tomaron en cuenta las siguientes dimensiones:

1. Peso
2. Estatura
3. Altura del ojo
4. Altura del codo
5. Altura vertiente humeral
6. Altura del hombro

7. Altura del codo flexionado
8. Altura de la muñeca
9. Altura del dedo medio
10. Altura del nudillo
11. Altura de la rodilla
12. Anchura máxima del cuerpo
13. Alcance del brazo frontal
14. Profundidad del tórax
15. Altura del tobillo
16. Perímetro de pantorrilla

De esta manera se pretende lograr una restricción física con ajuste seguro, confortable, fácil de transportar y limpiar con una percepción de innovación e higiene para el adulto y una percepción de diversión y seguridad para el niño ya que se elabora mediante un estándar de dimensiones reales.

CONCLUSIONES

1. La interrelación padres- educadores- odontólogo resulta imprescindible en aras a una consecución completa de nuestros objetivos de tratamiento.
2. El odontólogo que atienda al niño con discapacidad, debería conocer los protocolos de desensibilización sistemática existentes, con la finalidad de evitar situaciones de rechazo a futuros tratamientos odontológicos por parte de estos niños.
3. El empleo de estos sistemas reduciría la necesidad de la realización sistemática de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general.

El mantenimiento de nuestros objetivos de salud pasará por instruir a padres y educadores acerca de la importancia de la prevención a nivel oral, enfatizando la necesidad de revisiones periódicas que controlen el riesgo de enfermedad oral en el niño con discapacidad.

El Manejo de alternativas que propongan nuevos diseños para llevar a cabo la restricción física deberán ser tomados en cuenta con mayor frecuencia para evitar excluir a los pacientes con capacidades diferentes en la atención odontológica en las diferentes especialidades como lo es en la Endodoncia y tratar de disminuir la cantidad de tratamientos radicales como la extracción del órgano(s) dentario(s) para dejar de convertirse en lo único que les podemos ofrecer a este tipo de pacientes que de acuerdo a las condiciones propias de la discapacidad lo último que se desea es propiciar la pérdida prematura de los órganos dentarios afectados.

BIBLIOGRAFIA

1. Braham, Raymond, Morris, Merle: (1989). Odontología Pediátrica. Editorial médica Panamericana, S.A., Buenos Aires.
2. De Figueredo L., et al., Odontología para el Bebé, Actualidades Médico odontológicas Latinoamericas, Venezuela., 2000
3. Feigal, Robert: (1997). Manejo de la conducta del niño a través de métodos no farmacológicos Journal of Pedriatric Dentistry Practice (Edición en español) 1 (4a): 67-77
4. Finn, Sidney: (1976). Odontología Pediátrica. 4ta. edición. Editorial Interamericana. México
5. Foxx, R.M., Decreasing Behoviors of Severrely Retarded and Autistic Persons. Research Press, Ill., 1982., pg. 51-59
6. Garzón de, Morella: (1995) Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Editorial Disinlimed, C.A., Caracas.
7. Harris, N. & García Godoy F., Odontología preventive Primaria. Manual Moderno, 1era. Ed. México . 2001., pag. 410 Koch, Goran Modéer, Thomas,
8. Kohen, M., Michael: (1957). Odontología Pediátrica. Editorial Mundi, S.R.L., Buenos Aires.
9. López Jordi, María del Carmen: (1997). Manual de odontopediatría. Editorial Nueva Editorial Interramericana, S.A. México.
10. Magnusson, Bengt O.; Koch, Goran, Poulsen Sven: (1985). Odontopediatría Enfoque sistemática Editorial Salvar Editores. S.A. Barcelona.
11. Mc Donal, Ralph E.; Avery, David R.: (1990) Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta. edición . De. médica Panamericana. Buenos Aires.
12. Pinkhan, J.R.: (1996). Odontología Pediátrica. 2da. edición. Editorial Nueva Editorial Interamericana, S.A. México.
13. Poulsen, Sven, Rasmussen, Per: (1994). Odontopediatría -enfoque clínico.

Editorial médica panamericana, S.A., Buenos Aires.

14. Snawer, Kenneth: (1982) Manual de Odontopediatría Clínica. Editorial Labor, S.A. Barcelona.
15. Grizie, Renata: (2011) Dental Health and Dental Care in Children with Cerebral Palsy; Coll. Antropol, 35, 3: 761-764 (*1)
16. Mendoza, Roberto: (2006) Propuestas didacticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual; Revista ADM vol LXIII No. 5 (*2)
17. Gómez, B., Badillo, V., Martínez, E.M., Planells, P. *Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática.* Cient Dent 2009;6;3:207-215. (*3)
18. Chaushu, Stella: (2002) Intravenous sedation: an adjunct to enable orthodontic treatment for children with disabilities; European Journal of Orthodontics , 24; 81-89 (*4)