



COLEGIO ODONTOLOGICO
COLOMBIANO

No. Acceso

Sig. Top. N 109 1987

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☐

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

0.176

7.6

M
109
1987

IATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA

8-6-01-1000

MAR-10-9-8

MARTHA ELENA CORREAL G.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, D.E., MAYO 1987

IATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA

MARTHA ELENA CORREAL GONZALEZ

CODIGO: 822279

Tesis de grado presentada como
requisito para optar al título
de Odontólogo.

Director: JAIRO FORERO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, D.E., MAYO/87

Doctor
JAIRO FORERO
DIRECTOR DE CLINICAS COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
COORDINADOR DECIMO SEMESTRE

Tengo el gusto de presentarle el trabajo de tesis de grado, cuyo tema usted me asignó, y es el de IATROGENIA EN ODONTOPEDIATRIA.

El contenido de éste trabajo en su mayor parte está basado en aportes propios, complementados con breves apuntes de textos.

En él hago mención de algunos errores que se cometen en los procedimientos al realizar tratamientos en los niños, sus causas, consecuencias, formas de diagnóstico y tratamientos.

También se anota la forma de prevenir dichas iatrogenias.

Aunque se abarcaron todos los temas, se amplió en lo posible lo tratado.

Espero sea un trabajo que clarifique las formas de realizar las actividades en un tratamiento y ayude a evitar los errores en los que podría caer el odontólogo durante su ejercicio profesional.

Doy especial agradecimiento a mi directora de tesis, la doctora Patricia Sabogal, quien con su colaboración hizo posible la terminación satisfactoria de nuestro trabajo, porque fué tanto mío como de ella.

Atentamente,

MARTHA ELENA CORREAL GONZALEZ.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.....	0
OBJETIVOS.....	0
1. IATROGENIA.....	1
1.1. IATROGENIA EN LA ADAPTACION DEL PACIENTE EN ODONTO- PEDIATRIA.....	1
2. TIPOS DE IATROGENIA.....	3
2.1. EN OPERATORIA.....	3
2.2. EFECTOS SINTEMATICOS DE LOS ANESTESICOS.....	4
2.2.1. A nivel de sistema nervioso central.....	4
2.2.2. A nivel cardiovascular.....	4
2.3. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.....	5
2.3.1. Grapas para el dique de caucho.....	5
2.4. APERTURA DE LA CAVIDAD.....	6
2.5. OBTURACION.....	6
2.5.1. Fallas por exceso, desborde o convejidad: Exce- siva del material de restauración.....	6
2.6. CONVEXIDAD EXCESIVA.....	7
2.6.1. Fallas por insuficiencia, falta o concavidad Excesiva del material de obturación.....	8

2.6.1.1.	Material insuficiente.....	8
2.6.1.2.	Falta de material de obturación.....	10
2.6.1.3.	Concavidad excesiva de material.....	11
3.	CORONAS DE ACERO.....	13
4.	ENDODONCIA.....	15
4.1.	AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.....	15
4.2.	INFECCION DE CONDUCTOS.....	15
4.2.1.	Obturación de los conductos en dientes temporales ..	16
4.3.	LA PULPOTOMIA.....	16
5.	EN CIRUGIA.....	18
5.1.	ASEPCIA.....	18
5.2.	COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA.....	20
5.3.	USO INPRUDENTE DE LOS ANTIBIOTICOS.....	21
6.	EN PREVENCIÓN.....	23
6.1.	APLICACION DE FLUOR.....	23
6.2.	EL FLUOR LLEGA AL ORGANISMO POR DOS VIAS, QUE SON...	23
6.2.1.	Sistémica.....	24
6.3.	VIAS DE ELIMINACION.....	24
6.3.1.	Dosificación.....	25
6.4.	INDICE DE FLUOROSIS: SEGUN DEAM.....	26
6.5.	INDICE DE FLUOROSIS: SUMATORIA DEL GRADO POR LA FRECUENCIA, SUMATORIA DE LA FRECUENCIA.....	27

6.6.	LOCAL.....	27
6.6.1.	Aplicaciones tópicas 40% de prevención.....	28
6.6.1.1.	Técnicas.....	28
6.6.2.	Autoaplicaciones 30% de prevención.....	28
6.6.2.1.	Técnica.....	28
6.6.2.2.	Síntomas clínicos por intoxicación con flúor...	29
6.6.3.	Colocación de sellantes.....	30
6.6.3.1.	Técnica.....	30
7.	COMO SE CONSIDERA UN PROCEDIMIENTO IATROGENICO.....	33
8.	EL PORQUE DE LA IATROGENIA.....	35
9.	FACTORES QUE INDUCEN A LA IATROGENIA.....	38
10.	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS IATROGENIAS.....	41
10.1.	EN OPERATORIA.....	41
10.1.1.	Aislamiento del campo operatorio.....	42
10.1.2.	Apertura de la cavidad.....	42
10.1.3.	Obturación de la cavidad.....	43
10.2.	EN ENDODONCIA.....	44
10.3.	EN CIRUGIA.....	46
10.4.	EN PREVENCIÓN.....	51

11. COMO EVITAR LA IATROGENIA.....	54
11.1. ASEPSIA.....	56
CONCLUSIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA	59

LISTA DE DIAPOSITIVAS

- Nº 1 Molar inferior con obturación en amalgama de dos superficies contiguas. Se presenta desadaptada, prosa y con recurrencia.
- Nº2 Obturación de amalgama en un molar. Nótese la desadaptación, pigmentación y ausencia de morfología.
- Nº3 Fracaso de una pulpotomía, por mal procesamiento. Nótese la lesión periapical y su avanzado estado.
- Nº4 Laceración de la encía al realizar talla para una corona de acero.
- Nº5 Coronas de acero que están causando irritación e inflamación de la encía adyacente.
- Nº6 Caso semejante al anterior.
- Nº7 Zona hemorrágica producida tiempo después de cementar

las coronas de acero que inicialmente produjeron isquemia.

Nº9 Problemas de sangrado en la encía, en la preparación de dientes para coronas de acero.

Nº10 Mal procedimiento en la colocación de coronas de acero.

Nº11 Falta de control de oclusión al cementar las coronas de acero.

Nº12 Problema oclusal causado por coronas de acero.

Nº13 Caso clínico de una paciente de 8 años, a quien la colocación de coronas de acero, le produjo problemas oclusales como la mordida abierta que se apreciaba.

Nº14 La misma paciente en una vista lateral obsérvese la posición de las coronas.

Nº15 La misma paciente, mostrando el lado contrario al anterior, con el mismo problema.

- Nº16 La misma paciente. Vista del maxilar inferior, donde incluso, los segundos molares tienen coronas de acero que son para molares superiores.
- Nº17 La misma paciente. Vista de las coronas del maxilar superior.
- Nº18 La misma paciente. Nótese la corona del 75 que presenta aplastamiento en el punto del contacto prematuro, a causa de falta de control de oclusión.



OBJETIVOS

Dar a conocer las distintas situaciones en que por cualquier motivo se comete algún error en los procedimientos de un tratamiento en un paciente de odontopediatría.

Analizar las posibles iatrogenias en las diferentes áreas, y comprobar que los descuidos por leves que parezcan, pueden crear problemas mayores a los cuales el pequeño paciente no debería ser sometido.

Graficar aspectos clínicos de ciertas iatrogenias y hacer posible su identificación.

Dar a conocer las situaciones clínicas, en que se comete algún error y obtener una serie de normas para evitarlos.

1. IATROGENIA

Es el problema causado a un paciente por descuido, negligencia, accidente, o falta de conocimientos del operador.

Dichos problemas pueden ser reversibles o irreversible siendo igualmente graves en esencia ya que pudieron ser evitados.

1.1. IATROGENIA EN LA ADAPTACION DEL PACIENTE EN ODONTOPE- DIATRIA

La asistencia de primera vez de un niño a la consulta odontológica puede resultar una ventaja o un problema tanto para el paciente como para el operador; incluso para quienes lo puedan tratar en un futuro.

De las primeras experiencias en el consultorio, en el paciente de corta edad depende su comportamiento y aceptación en los tratamientos posteriores.

Saber comprender la psicología del niño en ese momento es tan

importante como realizarle un adecuado tratamiento oral.

El niño tiene sus razones de llanto, y cuando su actitud es de temor, se debe analizar y dejar que el paciente exprese el porqué de su comportamiento para luego explicarle de una manera clara, sencilla y sincera lo que se le va a practicar, mostrándole todo cuanto hay en el consultorio y diciéndole para qué sirve y cómo se va a utilizar.

Hay quienes obligan al niño a tener un comportamiento tranquilo cuando no lo está, y por supuesto el paciente de ninguna forma va a reaccionar positivamente y sí manifestará rechazo, miedo y aversión a todo lo relacionado con el tratamiento odontológico.



2. TIPOS DE IATROGENIA

2.1. EN OPERATORIA

Anestesia: aplicarla o no depende de diversos factores y aún en su uso se cometen faltas, olvidándose que es un medicamento con el cual se deben tener ciertos cuidados.

La anestesia troncular: a veces llega a ser deficiente porque gran parte del líquido anestésico se ha inyectado en un vaso, trayendo como consecuencia trastornos generales e incluso cardiacos en el paciente.

Muchas anestесias infiltrativas pueden formar hematomas por punción de un vaso de cierta importancia y produciendo extravasación al tejido circundante.

Las fracturas de las agujas de anestesia aunque poco frecuentes suelen presentarse en casos de mala manipulación de la jeringa y a veces desconocimiento de estructuras anatómicas en la pediatría.

La mala localización de el nervio a anestesiar trae como consecuencia un efecto nulo o deficiente y por consiguiente un procedimiento doloroso para el paciente.

2.2. EFECTOS SISTEMICOS DE LOS ANESTESICOS

Cuando por descuido o sobredosificación, es absorbida la anestesia por vasos sanguíneos, hay pérdida de la eficacia anestésica y se verán efectos sistémicos como son:

2.2.1. A nivel de sistema nervioso central.

- Agitación, temblores, confusión, convulsión, según la cantidad de anestésico absorbido.
- Fase depresiva del sistema nervioso central que afecta al centro respiratorio, parcial o total.

2.2.2. A nivel cardiovascular

- En corazón: son depresores de la actividad cardíaca, disminuye la excitabilidad cardíaca, disminución de la velocidad de transmisión de impulsos en la fibra cardíaca.

- A nivel vascular: se produce vasodilatación.

En casos extremos por depresión cardiovascular se puede llegar a un colapso cardiovascular con disminución de la presión sanguínea.

2.3. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

2.3.1. Grapas para el dique de caucho:

- Un error cometido por el operador es el no tener un segmento de hilo dental de 30 cms atado a la grapa y enrollado en su arco antes de ser colocado en el niño.

Una grapa colocada de ésta manera no podrá ser aspirada por el niño.

- La selección correcta de la grapa a usar, a veces es pasada por alto, trayendo como consecuencia, laceraciones de encía, retracciones que a veces no son percibidas por el paciente ni por el operador ya que en la mayoría de los casos está bajo el efecto de la anestesia.
- La mala colocación de una grapa también produce laceración

de los tejidos gingivales y desplazamiento en muchos casos de la adherencia epitelial.

2.4. APERTURA DE LA CAVIDAD

El mal manejo de la alta velocidad conduce a exposiciones pulpares accidentales; ésto acompañado del olvido de la estructura anatómica y microscópica de pulpa, dentina y esmalte en los dientes temporales.

Existen cavidades con ángulos rectos y por consiguiente mala disposición de los prismas del esmalte dando una mala preparación para una obturación.

La extensión por prevención no es válida actualmente, sin embargo hay quienes sacrifican innecesariamente tejido dentario sano en las cavidades.

2.5. OBTURACION

2.5.1. Fallas por exceso, desborde o convejidad: Excesiva del material de restauración.

Es la más común y frecuente de las fallas y se debe en la

mayoría de los casos a no haber usado matriz y cuña para contener el material durante su endurecimiento. Otras veces la matriz estaba colocada de manera incorrecta, floja, desadaptada, se movió durante el fraguado o se retiró antes de tiempo.

Todo exceso de material obturador ubicado en las cercanías del margen gingival, da lugar a una periodontitis marginal por acumulación de placa. Cuando el exceso de material queda en el espacio interdentario, irrita la papila gingival, que sangra espontáneamente o ante el menor estímulo.

Permite la acumulación de placa y restos alimenticios con la consiguiente secuela de halitosis y dolor que termina en una verdadera lesión en el espacio interdentario, atrofia y desaparición de la papila y finalmente bolsa periodontal.

2.6. CONVEXIDAD EXCESIVA

Puede suceder que la restauración colocada no desborde los límites cavitarios pero no reconstruya la forma y contornos adecuados, es decir que sobresalga con respecto a la curvatura de la pared dentaria correspondiente.

Si ésto ocurre a nivel cervical pueden ocurrir dos situaciones:

- Que permita la acumulación de placa entre la parte más convexa o sobresaliente y el margen gingival.
- Que no permita la acumulación de placa, pero en cambio, modifique la curvatura natural de esa cara del diente, dificultando la limpieza por paso de alimentos o directamente la higiene bucal del paciente, con lo cual indirectamente también va a permitir la acumulación de placa.

2.6.1. Fallas por insuficiencia, falta o concavidad excesiva del material de obturación.

2.6.1.1. Material insuficiente

Cuando por algún motivo la cavidad no queda totalmente obturada, los huecos o irregularidades de la superficie van a ser ocupados rápidamente por la placa bacteriana.

Si la cavidad se halla en la zona cervical o en contacto con la papila gingival, la presencia de difícil remoción, dará lugar al comienzo de una inflamación gingival.

Clínicamente esto ocurre en las siguientes situaciones:

- Cuando se obtura con amalgama una cavidad clase II y no se condensa bien el material, especialmente hacia las caras bucal y lingual de la caja proximal. Al retirar la matriz suelen quedar poros o huecos entre la obturación y el borde cavo superficial de la cajuela.

Además del problema de la retención de placa, aquí se produce con mayor rapidez la corrosión de la amalgama dando nuevos poros.

- Si se utiliza un material que endurezca con demasiada rapidez o al que le falte plasticidad.
- Con las resinas reforzadas, ya que es un material difícil de condensar porque se adhieren a los instrumentos que la llevan a la cavidad.

Además algunas resinas tienen un tiempo de polimerización muy corto y en cavidades muy grandes, de difícil acceso o con muchos socavados.

- Con acrílicos de autopolimerización sucede que por ser

tan fluidos pueden quedar burbujas de aire en un borde cavitatio, entre matriz y diente. Allí se produce un poro o hueco con las mismas consecuencias para la encía que las ya mencionadas.

Además en el acrílico existe el problema de la contracción.

2.6.1.2.. Falta de material de obturación

Puede ocurrir por tres motivos:

- Por caída de la obturación sin que se reponga de inmediato.
- Por caída del material obturante temporal.
- Por caída o pérdida de sustancia, fractura o caries ocurrida en un diente sin que el paciente o la madre de éste lo noten.

El dejar cavidades vacías puede traer problemas pulpares, sensibilidad gingival, por ser un sitio ideal para el acumulo de placa.

2.6.1.3. Concavidad excesiva del material

Esto puede ocurrir en las siguientes situaciones:

- En una obturación en el sector anterior de la boca, cuando se utiliza una matriz plástica que no ha sido modificada, dándole una convexidad inadecuada a la cara del diente a restarurar.

Las tiras de milar que se usan para restauraciones con resinas, son generalmente planas y no reproducen la convexidad natural del diente en proximal.

- Ya sea con una matriz plana o una contorneada, si después de insertar el material de obturación, el operador desarrolla una fuerza excesiva con la matriz, ésta se pondrá muy tensa y producirá una concavidad en vez de una convexidad.
- La concavidad puede provocarla la colocación incorrecta de la cuña a nivel cervical, ya que la presión de ésta deforma con facilidad la matriz.

La obturación cóncava crea un espacio entre la papila

gingival y el diente favoreciendo la acumulación de alimentos y placa, ocasionando como consecuencia la inflamación de la papila gingival.

3. CORONAS DE ACERO

Su uso es muy variado y en ello se cometen errores tales como cementarla definitivamente habiendo quedado desadaptada en alguno de sus contornos, trayendo como consecuencia caries recurrente, enfermedad periodontal y pérdida prematura del diente.

Cuando se hace el recorte de una corona de acero para adaptarla al diente en que va a ser colocada, quedan unos bordes cortantes y rugosos que al no ser pulidos con discos de carburo son un trauma constante en la encía al cementar dicha corona.

Hay quienes no controlan la oclusión en una corona de acero cuando quedan altas, alterando la oclusión del paciente que en poco tiempo manifestará patologías oclusales que pueden ir desde el ensanchamiento del ligamento hasta problemas articulares aunque primero se sucedería la pérdida del diente que no soporta (por ser temporal) el trauma oclusal de esa intensidad.

Al tallar un diente que va a recibir una corona de acero
aveces lacera la encía con la fresa, ocasionando retraccio-
nes gingivales futuras.

4. ENDODONCIA

Anestesia: el usarla o no depende de si el diente a tratar es vital o no. Igualmente se cometen iatrogenias como las ya tratadas.

4.1. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

En este procedimiento se hace de vital importancia el dique de goma ya que se usa un instrumental como limas, ensanchadores que son fáciles de aspirar por el paciente. Sin embargo, por negligencia en algunos casos se suprime el aislamiento del campo y se suceden toda clase de accidentes.

4.2. INFECCION DE CONDUCTOS

Al hacer la biopulpectomía, la preparación biomecánica aunque es mínima se puede sobreinstrumentar causando daños al germen dentario próximo.

4.2.1. Obturación de los conductos en dientes temporales

Al empacar la mezcla de oxido de cing eugenol dentro de los conductos se puede llegar a una sobreobturación debido a la amplitud de los conductos y la falta de un control radiográfico produciendo masas de material obturante en la zona apical de la raíz.

Estas sobreobturaciones pueden llegar a formar quistes, granulomas o afectar el gérmen del permanente. Retención.

Otro caso es la perforación de la raíz de un temporal y obturación de ésta con el oxido de cing eugenol causando prontas reabsorciones radiculares.

4.3. LA PULPOTOMIA

Siendo un procedimiento que requiere el máximo de asepsia se ha cído en el grave error de utilizar instrumental no estéril creando de anticipado un mal pronóstico para el tejido pulpar radicular que debería continuar vital y asintomático; pero no siendo así desafortunadamente.

El instrumento usado para cortar la pulpa cameral debe tener

un corte perfecto para no dejar restos del tejido pulpar como sucede en los casos en que no se extirpa completamente; ocurriendo una inflamación pulpar, luego luego viene la necrosis con sus consiguientes resultados negativos, para éste tratamiento.



5. EN CIRUGIA

5.1. ASEPSIA

La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente limpia. Sin embargo, se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención.

Antes de cualquier operación, aún en una extracción sencilla, la boca debe limpiarse bien o aplicarse mercresin en toda la cavidad bucal y la lengua. Todos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados sobre una charola cubiertos con una toalla estéril. En la región operada sólo deben introducirse gasa o esponjas estériles. Las manos del operador deben estar limpias.

Aunque el cirujano no sea el responsable de la infección que se encuentre en la región, sí lo es de la que pueda introducir en la herida.

La cirugía aseptica es la que esta libre de toda infección

o contaminación por instrumentos o materiales empleados al operar.

A pesar de todo lo anterior suele suceder que se olvide o no tenga en cuenta algún detalle de los mencionados y sobreviene la infección.

La infección está influida por:

- La virulencia de los gérmenes.
- El número de los gérmenes.
- La resistencia del huésped.

Galeno, el gran anatomista romano, aconsejaba que el cirujano tuviera un conocimiento básico de la región que iba a operar. Afirmaba: "Si bajo tales circunstancias aún no conoce la posición exacta de un nervio o músculo importantes o una arteria o vena grandes, puede suceder que uno ayude al paciente a morir, o muchas veces, lo mutila en vez de salvarlo".

Algunas de las dificultades en relación con la infección

secundarias y la curación normal de la herida pueden deberse al tratamiento inadecuado de la hemorragia operatoria. La pérdida de sangre es una complicación constante en todo procedimiento quirúrgico.

5.2. COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA

Las complicaciones surgen debido a errores de juicio, mal uso de instrumentos, aplicación de fuerza excesiva, falta de visualización adecuada y la no utilización de todos los métodos diagnósticos antes de actuar.

Disecar a ciegas y buscar objetos a tientas en área como espacios aponeuróticos, puede complicarse con hemorragia masiva o daño nervioso.

Las reacciones demoradas o menos graves, pueden caracterizarse por inflamación en el sitio de inyección, edema angio-neurótico, ardor y urticaria.

Las reacciones anafilactoides se desarrollan rápidamente. El paciente se vuelve extremadamente temeroso, experimenta prurito intenso, y se presenta respiración asmática. Puede desarrollarse rápidamente urticaria, la presión arterial

desciende y el pulso se debilita o se pierde. El paciente puede caer en estado inconsciente, con o sin convulsiones.

Durante la exodoncia, a veces se desplazan inadvertidamente los dientes a bucofaringe, laringe, tráquea y esófago. Los dientes en éstas posiciones pueden provocar graves problemas que podrían haberse evitado observando precauciones sencillas.

En el caso de dientes en laringe, puede producirse un espasmo en ella, bloqueando el intercambio de aire. El diente puede extraerse con laringoscopio y pinzas magill.

Los dientes que son aspirados en el árbol traqueobronquial constituyen un grave problema. El paciente toserá continuamente y podrá producirse cianosis.

5.3. USO INPRUDENTE DE LOS ANTIBIOTICOS

Los resultados más peligrosos de la terapéutica antibiótica son las reacciones tóxicas del huésped y la adquisición de resistencia de numerosos microorganismos. La resistencia adopta dos formas básicas:

- Los tiós naturalmente resistentes que siempre existen

en algunas floras bacterianas, y

- las más peligrosas, los tipos resistentes que se desarrollan como resultado del uso inadecuado e indiscriminado de los antibióticos.

Está comprobado que la resistencia aparece cuando las bacterias son expuestas a una concentración sub-óptima. Es el ejemplo cuando después de una cirugía oral, el operador receta una inyección de penicilina como medida profiláctica y ya no ve al paciente para la terapéutica antibiótica. Este método es lamentable dado que tiene poco valor terapéutico y puede producir microorganismos resistentes que pueden causar gran daño al paciente.

6. EN PREVENCIÓN

6.1. APLICACIÓN DE FLUOR

El flúor reduce la solubilidad del esmalte, inhibe la acción bacteriana.

Artificialmente se encuentra en:

- Dentífricos
- Enjuagatorios
- Anestésicos fluorados
- H_2O
- Sal
- Medicamentos
- Desencivilizantes
- Tabletillas: para osteoporosis en adultos, ya que evita que los huesos pierdan calcio.

6.2. EL FLUOR LLEGA AL ORGANISMO POR DOS VÍAS, QUE SON:

6.2.1. SISTEMICA

Llega por vía interna, digestiva, piel, poros, pulmones.

Se encuentra en el agua fluorada, en la sal fluorada y en tabletas.

En el diente internamente se sustituyen los cristales de hidroxiapatita por cristales de fluorapatita por medio de reacciones químicas de sustitución y fijación permanente. Es una reacción estable.

El flúor debe actuar en tres períodos:

- En la etapa de botón, morfodiferenciación
- Período de mineralización, formación de corona
- Período de erupción y maduración.

6.3. VIAS DE ELIMINACION

- Riñón,
- Sudor,
- Saliva
- Lágrimas

- Leche materna.

6.3.1. Dosificación

En agua; una parte por millón (1 ppm.);

En sal; 180 a 220 partes por millón;

En tabletas; 1 mg.

Cuando las dosis son alteradas se presentan los efectos tóxicos, entre ellos la Fluorosis o esmalte moteado; con sólo ^dañadir 2 ppm en agua.

6.3.2. Características clínicas de la fluorosis

Los dientes más afectados los caninos y terceros molares.

- Area afectada; bordes incisales y cuspídeos.
- La forma de la lesión es irregular.
- En la demarcación no se distingue del esmalte.
- El color es de papel blancusco.

- No hay hipoplasia.

- La comprobación clínica se hace a la luz natural, con mirada tangencial.

6.4. INDICE DE FLUOROSIS: SEGUN DEAM

- Grado 0: no hay nada.

- Grado 0,5: dudoso (leve).

- Grado 1: fluorosis muy leve, manchas blancas de no mas del 25% de la superficie del diente.

- Grado 2: leve, manchas blancas en el 25 y 50% de la superficie del diente.

- Grado 3: moderado, manchas amarillas en el 50 y 75% de la superficie del diente.

- Grado 4: grave, manchas café oscuras y negras en toda la superficie del diente. Los dientes se desboronan.

Para extraer el índice de fluorosis se hace en una comunidad de acuerdo con la frecuencia con que se presenta el grado.

6.5. INDICE DE FLUOROSIS: SUMATORIA DEL GRADO POR LA
FRECUENCIA, SUMATORIA DE LA FRECUENCIA.

Si el resultado es:

- 0,0 - 0,4: es negativo. No hay fluorosis.
- 0,5 - 0,6: se está en la zona límite.
- 0,7 - 1,0: fluorosis leve.
- 1,1 - 2,0: fluorosis moderada.
- 2,1 - 3,0: fluorosis grave.
- 3,1 - 4,0: fluorosis muy grave.

6.6. LOCAL

En este caso no se presenta sustitución sino fijación del
flúor.

Este proceso es inestable.

6.6.1. Aplicaciones tópicas 40% de prevención.

6.6.1.1. Técnicas

- Profilaxis.
- Aislamiento con rollos de algodón.
- Secar sin resecar.
- Aplicar la solución; si es fluoruro de estaño se prepara en el momento de usarla.
- Dejar actuar la solución.
- Retirar los rollos.
- Instrucciones al paciente de no jugar la boca, no dormir ni comer durante la hora. No ingerir leche durante un día.

6.6.2. Autoaplicaciones 30% de prevención

6.6.2.1. Técnica

Se usa NaF al 2%, Autoaplicaciones.

- Primer día: motivación y educación.
- Segundo día: cepillado de autoaplicación.
- Tercer día: cepillado de autoaplicación.
- Cuarto día: cepillado de autoaplicación.
- Quinto día: cepillado de autoaplicación.

Se le da a cada niño 1 vaso con 15 mm de solución para que el niño moje el cepillo y se lo aplique.

Una mala preparación de la solución trae consecuencias fatales ya que el niño puede ingerir la cantidad completa del líquido dado en el vaso, produciendo la intoxicación con flúor.

6.6.2.2. Síntomas clínicos por intoxicación con flúor

Al principio son semejantes a los de veneno enzimático. Se afectan sistema digestivo, cardiovascular y nervioso.

Hay dolor abdominal difuso, vómito, sudoración, sed, espasmos dolorosos en las extremidades, gastroenteritis hemorrágica, nefritis tóxicas agudas, se afectan también hígado y miocardio.

La aplicación de fluoruro de sodio acidulado se realiza cuatro veces al año con intervalos de máximo 8 días. Sólo se hace profilaxis en cada cita y se realiza la aplicación.

Cuando se aplica el fluoruro de estaño, por ser irritante para los tejidos gingivales y mucosas se presentan problemas al regreso del paciente en la siguiente cita manifestando molestias en las mucosas.

6.6.3. Colocación de sellantes

Procedimiento con el cual se logra el selle de fisuras y fosetas de molares y premolares sanos para evitar formación de caries.

6.6.3.1. Técnica

- Clasificación de los dientes.

- Profilaxis y enjuague para eliminar la placa.
- Aislar el diente, evitar la saliva:
 - Tela de caucho
 - Algodones en rollo
 - Eyector.
- Aplicar el desmineralizante, en permanentes es de 1 minuto y en temporales dos minutos.
- Lavasr fuertemente.
- Cambiar los rollos de algodón.
- Secar la superficie que quede de color blanco lechoso.
- Preparar la solución.
- Aplicar la solución.
- Dejar polimerizar por 2 - 3 minutos.
- Retirar los rollos de algodón.

- Controlar la oclusión.

Al olvidar o suprimir alguno de éstos pasos, fracasan los sellantes porque la duración en boca es mínima. También si no se controla la oclusión de los sellantes se crea fácilmente un trauma oclusal.

7. COMO SE CONSIDERA UN PROCEDIMIENTO IATROGENICO

Toda actividad realizada que de por resultado algo no esperado e inconveniente siempre será iatrogénico porque tarde o temprano causará problemas en alguna estructura o sistema del organismo.

Una anestesia que produce mareos en el paciente no es normal y puede desarrollar mayores complicaciones.

La obturación que no llena toda la cavidad en su preparación y contornos seguramente dará recurrencia, fracturas del diente y/o restauración. Si es cerca a la gingiva se presentará la inflamación inicial, supuración y por último bolsa activa con sus correspondientes consecuencias.

Cualquier enrojecimiento por leve que parezca debe ser una voz de alarma para indicar que algo está incorrecto.

Una hiperplasia de tejido blanco, crecimiento anormal sin causa aparente también nos debe llevar a revisar el trata-

miento realizado anteriormente.

Todo aquello que vaya en contra de las técnicas o normas de un procedimiento en un tratamiento es muy seguro que conduzca a una iatrogénia.

Al hacer la revisión del instrumental y materiales a usar en una actividad y encontrar agujas de anestesia ya usadas, limadura de amalgama de baja calidad o convencional, pudiéndose usar las de alto contenido de cobre y paladio, mercurio contaminado, limas dobladas o quebradas, matrices sin adaptar, cuchillas de bisturí usadas, líquido de eugenol contaminado, materiales con fecha de vencimiento caduca, instrumentos de corte romos, mal lavado el instrumental, falta de esterilización de éstos.

Todo ésto sumado a la inseguridad y falta de conocimiento del operador llevará seguro a la iatrogenia y por consiguiente al fracaso del tratamiento realizado.

Al buscar la economía en el costo de un tratamiento muchas veces se concluye en iatrogenia y una inversión futura mayor que la que se pudiera haber planeado inicialmente obteniendo resultados satisfactorios y en más corto tiempo.

8. EL PORQUE DE LA IATROGENIA

Son muchas las respuestas a éste interrogante y al citar algunas se puede conocer la falla de muchos tratamientos.

La negligencia y la deficiencia en el instrumental y materiales usados son dos de las causas mayores y más frecuentes para que el riesgo de error se vea aumentado.

No siempre los productos más costosos son los mejores, pero sí en la mayor parte de los casos los productos más baratos son los peores si no deficientes su calidad, por consiguiente en los resultados al usarlos.

La inseguridad del operador es producto de la conciencia de no tener claros conocimientos sobre lo que está realizando, saber que el material que usa es deficiente y el instrumental no es el adecuado.

Así como la inseguridad de un operador es perjudicial, la confianza en demasía o el confiarse demasiado también trae

sus consecuencias debido a que no siempre las cosas saldrán como se esperan, y se debería estar preparado para cualquier incidente o complicación en el procedimiento que se esté realizando. De no ser así los problemas se agravan y pueden llegar a ser múltiples si no se actúa con rapidez y destreza.

El afán de terminar un tratamiento muchas veces puede prolongarlo por más tiempo del normalmente planeado o incluso indefinidamente. Hay procedimientos que requieren calma y exactitud; esto sólo se logra planificando debidamente el tiempo de cada tratamiento.

La historia clínica es la base más importante de la cual se parte para iniciar un plan de tratamiento, empezando por la anamnesis que en muchos casos se reduce a preguntar el motivo de la consulta, dejando de lado los antecedentes de salud general como por ejemplo hipertensión arterial, coagulopatías, drogas que se estén ingiriendo y muchos otros más.

Un mal diagnóstico conduce a un tratamiento equivocado. El no haber diagnosticado presuntivos y eliminar la interconsulta es un alto riesgo que se corre de cometer iatrogenia, pues no en todos los casos la opinión de un sólo profesional es la última y verdadera.

Invadir campos que no están al alcance de los conocimientos y experiencia como son las especialidades en odontología teniendo como base la odontología general que las limitaciones son humanas y se deben reconocer antes que caer en errores lamentables.



9. FACTORES QUE INDUCEN A LA IATROGENIA

Existen innumerables factores iatrogenicos que a diario se estan produciendo, por lo tanto, es imposible hablar de todos, como consecuencia expondremos algunos que son los mas comunes:

- Falta de conocimiento: el profesional común comulga con la idea de que el estudio solo se realiza durante los años universitarios, por lo tanto, practica técnicas que en su época eran de lo mejor, pero que con el pasar de los tiempos y las nuevas investigaciones se han modificado o sustituido por métodos que profesan la conservación máxima de tejido dentario. Es triste observar como muchos profesionales siguen practicando la operatoria preventiva realizando odontomías innecesarios, por el contrario el profesional actualizado procura realizar los tratamientos mas conservadores. Vale preguntarse si el profesional en otra área médica procura preservar los organos de sus pacientes haciendo hasta lo imposible, el odontólogo porqué no?.

- Sub-utilización equipos e instrumental y biomateriales:
actualmente las nuevas investigaciones han puesto en las manos de los odontólogos un sinnúmero de instrumentos y medicamentos que ayudan a la perfecta atención del paciente, en el caso de las amalgamas con paladio, cuyas propiedades superan a las convencionales, logrando una mejor adaptación marginal y cuidando la percolación por escurrimiento; otro ejemplo es el óxido de zinc Eugenol mejorado que nos brinda una mejor bioestimulación que el óxido de zinc eugenol tradicional, los sellantes de fisuras y fasetas han eliminado la operatoria preventiva que desgraciadamente todavía se realiza. En cuanto a instrumental encontramos una gran variedad en el diseño y tipo con el cual se facilitan muchas técnicas que antiguamente era casi imposible realizar. sin embargo, existen odontólogos que se reusan a emplear dichas técnicas, sin tener argumentos para realizarlas, y talvez pensando en su interior en el factor costo-ganancia.

- Mal manejo de paciente y materiales: cada paciente es un caso clínico diferente y como tal debe tratarse, puesto que del interes que infundimos a nuestros pacientes sobre el cuidado de su salud oral y del tratamiento realizado depende en gran parte el éxito o el fracaso del mosmo.

Los biomateriales tienen indicaciones específicas sobre manipulación y uso, cualquier variación que produzcamos en estos afectan sus propiedades y su eficacia en boca. Sin embargo, parece que la ley general es "Hacerlo como yo quiera" sin tener en cuenta que estamos demeritando el biomaterial y dejando un factor potencial de enfermedad en la boca del paciente.

- Falta de especialización: es incomprensible el hecho de que un odontólogo general atienda todo tipo de tratamiento, puesto que no está preparado para situaciones específicas que ameritan una especialización. Por lo tanto, el paciente niño debe ser remitido o a un odontólogo pediatra, y no intentar realizar tratamientos que están fuera del alcance, puesto que aquí es donde fácilmente caemos en la iatrogenia.

10. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS IATROGENIAS

Toda iatrogenia se puede diagnosticar sea cual fuere el método; pero no todas se pueden tratar, puesto que desafortunadamente existen fallas cometidas que causan problemas irreversibles. Aunque en éstos casos se recurre a la rehabilitación.

10.1. EN OPERATORIA

Anestesia: la absorción por vía sanguínea es evidente en su diagnóstico si se verifican los signos vitales podrá notarse que están alterados.

El tratamiento inmediato es la administración de estimulante cardiaco y constrictor vascular como el etiladrianol, conocido comercialmente como efortil; también se puede suministrar etilnorfenilefrina que actúa sobre los receptores alfa y beta.

Se recomienda la administración de un anticonvulsivante y en

su defecto suministrar oxígeno. Entre los anticonvulsivantes indicados están las benzodiazepinas como el diazepam; esto por no ser depresivos.

10.1.1. Aislamiento del campo operatorio

Los problemas a nivel de periodonto se pueden diagnosticar ya sea por radiografías donde se ve el espacio del ligamento anormalmente, o simplemente en forma clínica al observarse la retracción que sufre la encía por la grapa o simplemente porque está sangrando al haber desprendido la adherencia epitelial.

10.1.2. Apertura de la cavidad

Una exposición pupar se puede diagnosticar tanto clínica como radiográficamente. El procedimiento a seguir depende del estado de la pulpa, es decir si está sana y fué accidental la exposición, o si está infectada cuando la caries ha llegado a ella; otro caso es el no estar aislado debidamente y por medio de la saliva se ha podido contaminar dicha pulpa.

En el primer caso, si el diente es permanente y joven, se hace un recubrimiento pulpar directo. En el caso de que el

diente sea temporal se procede a realizar una pulpotomía.

En el caso en que la pulpa esté infectada, se realiza la pulpotomía si dicha infección sólo alcanza el tejido pulpar cameral, pero si está afecta hasta la pulpa radicular se realiza la pulpectomía y por consiguiente el tratamiento convencional de conductos.

Después de éstos procedimientos se espera el tiempo requerido y se coloca la restauración definitiva, ya sea resina, amalgama o corona de acero.

10.1.3. Obturación de la cavidad

Una obturación mal adaptada se puede apreciar clínicamente al paso del explorador. Si éste método no diera evidencia se recurre al diagnóstico radiográfico que nos muestra radiolucidez en las zonas de desadaptación.

El tratamiento inmediato es retirar la restauración deficiente, limpiar la caries si la hay, por último colocar una buena restauración definitiva, si el tejido remanente lo permite; si no es así se coloca una restauración temporal mientras se procede a colocar algo definitivo.

Cuando los problemas son periodontales también se debe retirar la obturación que está causando el problema, se hace un raspado radicular en la zona afectada y se coloca una buena obturación que esté de acuerdo con las condiciones del tejido periodonto.

En la mayoría de las iatrogenias de operatoria, el tratamiento está encaminado a una nueva operatoria pero ésta vez satisfactoria, y un tratamiento de periodoncia, generalmente fase II.

10.2. EN ENDODONCIA

Cuando se ha perforado un conducto durante su preparación biomecánica, los síntomas de dolor e incomodidad se manifiestan de inmediato; además radiográficamente se puede apreciar la desviación en la perforación.

El tratamiento a seguir depende de la localización de la perforación ya que si dicho conducto se puede rellenar con dentina del conducto principal (dentina no infectada) o si se puede obturar con el mismo material con que se va a llenar todo el conducto, esto siempre y cuando no se hay provocado daño en el ligamento periodontal.

En último caso se procede a realizar la exodoncia para evitar que avance la lesión.

Las sobreobturaciones de los conductos con óxido de zing eugenol se diagnostica radiográficamente al observar una masa radioopaca en el ápice del diente tratado.

Su tratamiento es inevitablemente la exodoncia, ya que si allí se dejara podría causar futuros problemas, tales como , abscesos, quistes, granulomas o impactación del diente permanente que se encuentra en formación. En éste caso la erupción retardada se puede deber a varios factores:

- La infección del absceso que no hace propicio el tejido para la erupción del permanente.
- El endurecimiento del tejido gingival al convertirse en tejido quístico o granulomatoso, impidiendo la erupción del permanente por formar una barrera mecánica.

Cuando se ha permitido la permanencia de un diente temporal sobreobturado en boca el tratamiento inmediato es extraer el diente, retirar la lesión y dejar vía libre para la erupción del permanente. Es aconsejable hacer un control radio-

gráfico, periódicamente.

El fracaso de una pulpotomía se puede deber a muchos factores, entre ellos la iatrogenia.

Luego de haber realizado los procedimientos de la pulpotomía y haber colocado la correspondiente corona de acero, solo se espera el éxito del tratamiento pero si no es así, porque se presenta sintomatología y al control radiográfico comprobamos la formación de una lesión periapical, lo primero que se debe hacer es retirar la corona de acero, limpiar la cavidad y hacer la pulpectomía hasta dejar limpios los conductos y terminar el tratamiento convencional de conductos; finalmente se coloca de nuevo la corona de acero.

10.3. EN CIRUGIA

Algunas dificultades en relación con la infección y la curación de la herida pueden deberse al tratamiento inadecuado de la hemorragia operatoria.

La sangre arterial es de color rojo intenso, relativamente poco espesa y expulsada por pulsaciones, mientras que la sangre venosa es de un rojo más oscuro, con flujo constante,

que puede muchas veces ser controlada por la aplicación de tapones o presión.

El mejor método de controlar la hemorragia consiste en tomar y ligar el vaso sangrante. Todas las arterias cortadas necesitan ser ligadas ya que la pérdida de sangre en estas circunstancias es sumamente rápida.

No todas las hemorragias venosas pueden detenerse con otros métodos que no sean la ligadura; muchas de las grandes venas, al igual que todas las arterias, deben ser ligadas para controlar la hemorragia. Las pinzas hemostáticas pequeñas de Halsted sirven para asir solamente el vaso seccionado. Incluir otros tejidos puede traumatizarlos y necrosarlos.

Las pinzas hemostáticas pequeñas al asir un vaso sangrante se levantan ligeramente para permitir la introducción del material de ligadura alrededor del muñón del vaso y así se lleva a cabo el primer tiempo del nudo quirúrgico.

La gasa es más eficaz que el aspirador mecánico para secar el campo, ya que permite la aplicación periódica de presión sobre el punto sangrante y la hemostasia momentánea. Cuando se quita la gasa, el flujo súbito de sangre permite localizar

rápidamente el vaso sangrante.

Los vasos se ligan con material absorbible como catgut quirúrgico.

Algunas veces es necesario taponar primero la cavidad ósea con un agente hemostático (celulosa oxidada o esponja de gelatina saturada en adrenalina o trombina), antes de aplicar la presión con el tapón.

El sangrado no visible es subcutáneo y generalmente se ocasiona por no ligar un vaso de gran calibre. Entonces es necesario abrir de nuevo la herida y ligar el vaso sangrante. La hemorragia prolongada con pérdida apreciable de volumen de sangre requiere medidas contra choque.

En pérdida sanguínea aguda se aconseja el reemplazo temprano del volumen sanguíneo. Se prefiere la transfusión con sangre completa, fresca y del mismo grupo.

El desplazamiento de objetos a bucofaringe no representa problema, siempre que quedan recursos antes de descender a estructuras más profundas.

Cuando un diente se desplaza a bucofaringe con el paciente

paciente bajo anestesia local, se le pide al paciente mantenerse totalmente quieto y no tomar o tragar aire hasta haber recuperado el diente. Si el caso se produce bajo anestesia general, todo procedimiento habrá de detenerse hasta recuperar el diente. Deberá prevenirse al ayudante para que no mueva el retractor o la punta de aspiración, ya que cualquier movimiento podría causar la pérdida del diente en la laringe o esófago.

Cuando el diente se desplaza o porción posterior de la boca, el reflejo natural del paciente es toser o tragar. En la mayor parte de los casos, el paciente tragará, llevando el diente al esófago. Independientemente de las reacciones del paciente, deberán tomarse radiografías para determinar la localización exacta del diente. Si se encuentra que el diente en el aparato gastrointestinal, deberá recetarse una dieta con mucha masa, y el paciente deberá ponerse en contacto con el dentista en caso de producirse cualquier tipo de síntoma gastrointestinal. Generalmente, el diente se defecará sin incidentes.

Al toser, el paciente puede toser el diente y escupirlo o alojarlo en la laringe, o aspirarlos en el árbol traqueo-bronquial. En el caso de dientes en laringe, puede producirse

un espasmo en ella, bloqueando el intercambio de aire. El diente puede extraerse con laringoscopio o pinzas magill. Si el diente no puede extraerse rápidamente, habrá que establecer una vía aérea. Esto puede lograrse por medio de una cricotirodectomía a través de la membrana cricotiroides de forma triangular, y la tráquea. La membrana cricotiroides se localiza entre el cartílago tiroides (nuez), el más grande de los cartílagos traqueales, y el cartílago cricoides, el siguiente cartílago traqueal inferior. Deberá entonces administrarse oxígeno por la vía aérea establecida hasta extraer el diente e interrumpir el espasmo de la laringe.

Los dientes que son aspirados en el árbol traqueobronquial constituyen un grave problema. Sólo una persona entrenada en los métodos de broncoscopia puede extraer el diente en esta posición. El paciente toserá continuamente y podría producirse cianosis. Deberá administrarse oxígeno hasta que el paciente pueda ser transferido a un área donde puedan tomarse radiografías de tórax y hacerse broncoscopia directa. Se ha asociado la aspiración de dientes y otros desechos durante operaciones dentales a alta frecuencia particularmente de abscesos pulmonares.

Bajo toda circunstancia deberá tomarse una radiografía de

tórax y posiblemente de abdomen, para establecer la localización exacta de cualquier diente desplazado.

10.4. EN PREVENCIÓN

Las fluorosis se diagnostican clínicamente y son fáciles de diferenciar de cualquier otro tipo de mancha como puede ser una hipoplasia.

Diagnóstico diferencial entre:

Características	Fluorosis	Hipoplasia
- Dientes afectados	Caninos y terceros molares	Cualquier diente.
- Area afectada	Bordes cuspidos incisales.	Superficies lisas.
- Forma de la lesión	Irregular	Forma ovalada.
- Demarcación	No se distingue el esmalte.	Están bien demarcadas
- Color	Papel blancusco	Amarillo, crema.
- Hipoplasia	No hay	Si hay.

tar un contacto prematuro causado por un sellante.

El tratamiento es simplemente desgastar el sellante en el punto de contacto que esta causando la interferencia y todo quedará en la normalidad.

11. COMO EVITAR LA IATROGENIA

Son tan sencillas las normas para no caer en la iatrogenia que parece imposible que se puedan dejar de cumplir y complicar un procedimiento que inicialmente parecía mas sencillo en algo tan complejo y en casos, difícil de tratar.

Siempre se debe planificar el tiempo antes de hacer cualquier actividad.

Hacer una revisión del instrumental y material que se va a necesitar para el procedimiento a realizar.

Evitar las economías innecesarias.

En el instrumental se debe observar:

- Aguja nueva para cada paciente.
- Hoja de bisturí nueva.
- Jeringa con succión.

- Instrumentos de corte con perfecto filo.
- Limas rectas, limpias y desinfectadas.
- Fresas de buen corte.
- Piezas de mano en buen estado.
- Esterilización del instrumental que se va a utilizar.

En el material se debe observar:

- Buena calidad
- Fecha de vencimiento no caduca.
- Conocimiento de la manipulación de los materiales.
- Uso adecuado de los materiales.
- Evitar la contaminación de los materiales que pueden sufrirla.
- Seguir las instrucciones del fabricante.

- Ser exacto en la dosificación. Especialmente con el flúor de autoaplicación.

11.1. ASEPSIA

Como en cualquier campo de la cirugía, las bases de la asepsia se aplican a la cirugía bucal, pero el uso de los antibióticos y el mejoramiento de los métodos de anestesia, tanto local como general, han revolucionado la práctica de la cirugía bucal. Muchos procedimientos quirúrgicos que una vez fueron considerados como problemáticos, pueden ahora llevarse a cabo con éxito gracias a la seguridad de la anestesia, a la terapéutica antibiótica y al conocimiento del equilibrio de los líquidos. El uso de los antibióticos no debe disminuir el cuidado metódico en la asepsia, ya que la infección de una herida puede acarrear el fracaso completo de la operación o, cuando menos, prolongar el proceso de curación.

En la cirugía es costumbre cepillar las manos y los brazos hasta los codos diez minutos, enjuagándose frecuentemente con agua corriente, después de lo cual las manos y los brazos se lavan con alcohol antes de ponerse la bata estéril, que abrochará la auxiliar. En cirugía mayor de la boca

todos los camós deben ser estériles, y el operador y sus ayudantes deben llevar cubrebocas, gorros, batas de hule también estériles.

Es mejor esterilizar las agujas hipodérmicas en autoclave que en soluciones.

Las operaciones extrabucales requieren una limpieza cuidadosa de la piel, más allá del campo operatorio.

En los tratamientos de endodoncia no se ahorra tiempo al dejar aislar el campo operatorio, sino por el contrario se está asegurando el tratamiento en sus buenos resultados y estamos previniendo accidentes lamentables que sí llevaría mucho tiempo resolverlos.

Los controles radiográficos nunca están de más en ningún tratamiento especialmente endodóntico.

CONCLUSIONES

Es evidente que los errores cometidos por descuido, siempre se han de manifestar, trayendo consigo todos sus inconvenientes.

La mecanización de las actividades en un tratamiento no debe permitir el pasar por alto ciertos detalles que aunque pequeños, muchas veces suelen ser de vital importancia.

Las finalidades de un tratamiento deben establecerse desde un comienzo para no tener variaciones que puedan perjudicar al paciente.

Ser conciente de que quien está sentado en nuestra silla de odontología, es un paciente muy especial, como lo es un niño, que merece todo nuestro esmero y paciencia durante su tratamiento.