

enero 2018



BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 17 N°71

CONTENIDO

EDITORIAL

El niño y su familia: Efectos de la hospitalización

TEMA 1

Doctor: ¡La niña no come!

TEMA 2

Odontopediatría:
Lo que el pediatra debe saber

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Q.

fbarreraq@gmail.com

Dr. Carlos Madrid P.

dr_camp@yahoo.com

Dra. Daniela Ugarte C.

daniela.ugartec@gmail.com

SECRETARIA

Yini Esbeile L.

SERVICIO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO.
Santa Rosa 1234 - SANTIAGO
Teléfono: 22 574 8801



SAVAL www.saval.cl



Revista de circulación exclusiva para personal médico

Amoval[®]

AMOXICILINA / SAVAL

Único en su especie



Primero en Chile
en incorporar en su fabricación
un principio activo de origen enzimático



Unidad | **Pediatría**

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.savall.cl y/o a través de su representante médico.

www.savall.cl

LS
SAVAL

• EDITORIAL •

EL NIÑO Y SU FAMILIA: EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

Dr. Jaime Valderas J., Servicio de Pediatría HCSBA - Unidad de agudos
Profesor Asistente de Pediatría Universidad de Chile.

Algo de Historia

Antes de la era antibiótica, la hospitalización, como medida de aislamiento era el principal tratamiento dado por la necesidad de frenar la diseminación de dicha enfermedad, siendo el paciente alejado de su familia y seres queridos por largos períodos de tiempo, no existiendo grandes cuestionamientos a estas medidas hasta que, recién, Florence Nightingale puso en duda el beneficio real de la separación del niño y su entorno. En 1946, el psicólogo René Spitz describe un tipo de Depresión que se produce en bebés (de 6 a 9 meses) cuando son separados de una madre amorosa por un período de tres meses o más, observado en niños institucionalizados y posteriormente en niños hospitalizados. En Inglaterra en 1950, fue necesaria una ley que permitiera el ingreso de los padres a los hospitales para acompañar a sus hijos internados y en EE. UU. sólo se permitía el ingreso de padres por 2 horas a la semana. Recién en 1986 se publica la carta de Derechos del Niño Hospitalizado, siendo en 1990 ratificada por Chile, cuyo objetivo es hacer valer y reconocer la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los niños.

Impacto del Problema

No hay muchos estudios que enfrenten este problema. Algunas estadísticas chilenas estiman que entre un 10 y 37% de los niños y jóvenes menores de 18 años hospitalizados presentarían alguna alteración sicoemocional. Cifras similares se observan en otros países latinoamericanos.

La hospitalización puede ser una herramienta muy útil utilizada en forma adecuada y juiciosa, pero en una proporción no despreciable se utiliza en forma no adecuada, pudiendo, un ingreso hospitalario, ser no justificado hasta en un 17% y la estancia hospitalaria mayor a la requerida hasta un 15%, por lo que este dato es el primer llamado de atención a nuestra responsabilidad profesional.

Características del Paciente Pediátrico

La niñez y adolescencia, se caracterizan por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social. El niño tiene un pensamiento de tipo concreto (comprende lo que “conoce, observa y toca”) y una percepción del tiempo diferente a la del adulto. Es egocéntrico.

En relación al concepto de muerte, este varía según su edad y desarrollo:

- Aproximadamente a los 4 años el niño tiene un concepto muy elemental de la muerte, sus pensamientos no le permiten entender que es una situación irreversible. Al decirle que alguien conocido murió lo escuchará sin grandes demostraciones afectivas y a los pocos días volverá a preguntar por la misma persona.
- Aproximadamente a los 6 años comienza a tomar conciencia que sus padres se pueden morir y ello le genera mucha angustia.
- Aproximadamente entre los 7 y los 8 años el niño toma conciencia de que todos podemos

morir, sin detenerse demasiado a cuestionarse si eso le va a suceder a él.

- Aproximadamente a los 9 años el niño toma conciencia de que él también es mortal y abandona definitivamente la idea de inmortalidad.

Factores Causales en el impacto de la Hospitalización de un niño

1.- Factores Personales

- Edad, desarrollo cognitivo y biopsicosocial del niño, siendo la edad más susceptible entre los 4 meses a 6 años.
- Naturaleza y grado de severidad de la enfermedad que padece, por ejemplo, enfermedades o patologías que generen dolor, generarán mayor alteración afectiva en el paciente.
- Naturaleza de experiencias previas.

2.- Factores Familiares

- Separación de la madre. Este es el factor más importante y determinante de los que intervienen en este complejo proceso.
- Estrés paterno y materno. Existen estudios que demuestran la relación directa del estrés materno y/o paterno e infecciones asociadas a atención en salud de los pacientes.

3.- Factores Hospitalarios

- Contacto con ambiente y cultura extraños: Debemos reconocer que el ambiente hospitalario constituye una “cultura” diferente y muchas veces agresiva dado por la estructura de atención vertical, lenguaje particular, uso de uniformes, etc.
- Continuos cambios del personal hospitalario que no permiten al niño establecer un vínculo afectivo e identificar una figura de apoyo cercana.
- Duración de la estancia en el hospital: Está

demostrado que desde la segunda noche de estadía hospitalaria se genera un impacto clínicamente significativo en el niño.

- Organización del centro hospitalario, que dice relación con espacios recreativos y educativos para los pacientes y espacios para el confort de los acompañantes.
- Ausencia de información que se le ofrece al paciente.
- No considerar en la relación médico-paciente al trinomio madre, paciente y familia. Recordar que no existen niños enfermos sino que familias enfermas.
- Salud mental del Equipo de Salud: Nuestro deber es aliviar el dolor de nuestros pacientes y no agregarles un estrés adicional.

Efectos de la hospitalización en el niño

El ingresar de un niño a un centro hospitalario va a significar para él o ella:

- Interrupción de su vida cotidiana.
- Entrar a un mundo desconocido.
- Enfrentarse a procedimientos invasivos y dolorosos.
- Pérdida de autonomía y falta de información.
- Preocupación del niño por situación de sus padres.
- Pérdida de la protección materna.
- Pérdida de la intimidad.
- En lactantes, aumenta el riesgo de pérdida de lactancia materna, efecto observado a los 2 y 6 semanas posterior a la hospitalización.

Esta serie de eventos se traducirán en el niño o niña en MIEDO. Los miedos más frecuentemente referidos por los pacientes son:

- A lo desconocido.
- Al contacto con un entorno extraño.

- A la muerte.
- A la anestesia.
- A la mutilación corporal.
- Al dolor.
- A la separación familiar.
- A las agujas e inyecciones.
- A la alteración del ritmo normal de vida y de las relaciones con los compañeros.
- Al retraso escolar.

La presentación clínica o el cuadro clínico que podemos observar en un niño hospitalizado se caracteriza por:

- Alteraciones conductuales: agresividad, desobediencia y conducta de oposición.
- Déficits de atención y dificultad para concentrarse.
- Depresión: tristeza, pérdida de interés por las cosas, falta de apetito, pérdida de energía y alteraciones del sueño.
- Ansiedad: miedos, tensión y ansiedad de separación.

Este cuadro clínico es el que se conoce como "Hospitalismo", aunque actualmente hospitalismo también se utiliza en aquellos pacientes que no quieren ser dados de alta ya que se sienten cómodos en el ambiente hospitalario.

Las repercusiones a mediano y largo plazo, lo que significa que el problema se soluciona con el alta del paciente, pueden ser muy importantes y en diferentes ámbitos:

- Impacto Psicológico: Sentimientos de ansiedad (pudiendo estar presente entre 77 y 90% de los pacientes) y depresión (presente en un 50 a 60% de los pacientes), alteraciones emocionales o alteraciones de la personalidad, Depresión Anaclítica cuadro clínico severo producido por la privación de la figura materna.

- Impacto Físico: Alteraciones en la apariencia física y en la conciencia de la propia imagen corporal.
- Impacto Social: Alteraciones en las relaciones e interacciones sociales con iguales (compañeros de colegio, hermanos, amigos, familiares).
- Impacto Ocupacional, especialmente a nivel educacional.

Repercusiones en la familia del paciente

- Estrés: Al igual que en el niño, la hospitalización generará en la familia estrés, sentimientos de miedo, angustia o ansiedad, amenaza de muerte.
- Reorganización de la Familia por cambio de domicilio o ciudad, costos económicos, por pérdida o descuido de relaciones personales y emocionales.
- Aumentado el riesgo de accidentes: El padre de un niño hospitalizado tiene mayor riesgo de sufrir accidentes mientras su hijo se encuentra internado.
- Descuido de los hermanos del paciente.
- Aumento del riesgo de alteraciones psicológicas en hermanos del paciente, siendo la edad más susceptible entre los 3 a 6 años.

El impacto en la familia puede pasar por 3 fases:

- 1.- Crisis o Pre diagnóstica: Caracterizada por un alto nivel de ansiedad ante la incertidumbre que genera un diagnóstico y pronóstico desconocido para ellos.
- 2.- Crónica o Post diagnóstica: El concepto crónica no tiene una acepción de tiempo. Se caracteriza por una disminución de la ansiedad, aparece la esperanza y la motivación por la mejoría del niño. Etapa donde es factible constituir un equipo junto al personal de salud en pos de la mejoría del paciente.

3.-Terminal: Corresponde a resolución del problema ya sea con el alta o muerte del paciente.

¿Cómo enfrentar este problema?... mejor dicho ¿Cómo prevenirlo?:

- Considerar al niño como una persona activa, pensante y participativa.
- Evaluar alternativa de manejo y tratamiento domiciliario.
- Considerar la hospitalización como última alternativa de tratamiento.
- Hospitalizar sólo cuando el beneficio supera el riesgo y justifica el costo emocional del paciente y su familiar.
- Disminuir estancia hospitalaria; Alta en momento adecuado.
- Fomentar vínculos afectivos; Figura de apoyo cercana.
- Fomentar la actividad, procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre. La mejor indicación terapéutica para un niño es el Juego.
- Proporcionar apoyo emocional al niño y paliar sus déficits afectivos.
- Reducir las carencias escolares (“Aulas Hospitalarias”).
- Incorporación de la familia en los cuidados del niño. Nuestro Servicio de Pediatría fue pionero en este tema, demostrando que mejora la Calidad de la Atención, optimiza el uso de los recursos, atenúa el impacto de la hospitalización en el estado nutricional, permite Educación y capacitación de la madre y la familia y aumenta la satisfacción del usuario.
- Procurar entregar información al paciente en una forma y lenguaje adecuado a su desarrollo.
- Cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales (humorterapia).
- Atender a la formación del carácter y la voluntad del niño, en el sentido de apelar a su esfuerzo y animarle al trabajo (fomentar la resiliencia).

- Lograr la adaptación a la hospitalización y a la situación de enfermedad a través de decoración de paredes, música en las salas, ropa de cama con colores, uniformes “entretenidos” del personal, equipamiento médico con elementos infantiles.

Recomendaciones prácticas

Medición del tiempo

- Marcar junto al niño en una especie de planilla los días que va a requerir tratamiento o internación etc.
- Ayudarlo a relativizar los tiempos, por ejemplo, utilizar algún referente que el niño ubique como fechas de cumpleaños, Navidad, vacaciones, etc.

Pensamiento concreto

- Dibujar las partes del cuerpo sobre las cuales se desea explicar, pero en el contexto del cuerpo en su totalidad.
- Indagar la comprensión de las palabras que utilizamos, ¿Tú sabes que quiere decir...?.
- Utilizar para las explicaciones, el “como si fuera...”, para que el niño se pueda hacer una clara idea de lo que le queremos transmitir.

Pensamiento mágico y egocéntrico

- Desculpabilizar con ejemplos concretos como ser: muchas veces no hiciste caso y antes no te habías enfermado así, cuántas veces te peleaste con tu hermano y nunca te enfermaste, si lo niños se fueran a enfermar cada vez que hacen rezongar, todos los niños estarían enfermos todos los días.

Temor provocado por el medio extraño

- Que el niño pueda tener consigo objetos de su mundo conocido, por ejemplo: su biberón, chupete,

su juguete preferido, su almohada, su pañito, etc.

- Explicar cómo es el lugar a donde va a ir.
- Explicarle que su madre o acompañante va a estar con él, que no le van a abandonar.
- Explicar la función del material técnico que ve y sobre todo, el que se va a utilizar con él, en el lenguaje acorde a la edad del niño, por ejemplo: viste que no estas pudiendo respirar bien, es porque no llega la cantidad de aire que tu cuerpo necesita, a esto le llamamos mascarilla, por este tubito pasa aire y te vamos ayudar a que llegue más aire a tus pulmones que son los que te ayudan a respirar.

Miedo provocado por personal desconocido

- Conocer el nombre de pila de los integrantes del personal que van a trabajar con el niño.
- Realizar presentación formal del equipo que lo va a atender.
- Utilización de términos sencillos que le traduzcan al niño lo que indefectiblemente va a vivir.
- Desdramatizar la situación al niño, sin engañar ni minimizar. No se le puede decir por ejemplo frente a una punción que no le va a doler, ello hace que el niño no confíe en su médico y en quienes lo están cuidando. Se le dirá que le va a doler un poco pero que es necesario hacerlo para mejorar.
- Tener un trato cordial y cálido.

Procedimientos

- Explicar al niño, en qué va a consistir y básicamente qué es lo que él va a vivir y sentir, ello reduce la ansiedad y aumenta por tanto la tolerancia al dolor. No es necesario explicar procedimientos cruentos al detalle.
- El personal debe utilizar términos de uso común delante del niño.
- Buscar la colaboración del niño y que pueda ayudar en alguna manera de la maniobra, como

ayudar a sostener mascarilla o inhala cámara. Lo cual le devuelve control al niño y lo hace concentrarse en lo que tiene que hacer y ello ayuda a disminuir la angustia.

- Habilitar una vía de expresión de dolor, por ejemplo a través del llanto, apretar a alguien, gritar o decir alguna mala palabra y guiar a no moverse para una mejor punción.
- Evitar el dolor en el niño con las técnicas analgésicas adecuadas.

Disminuir Impacto en la familia

- Trato humanizado por parte del personal (Empatía).
- Información clara y comprensible.
- Hacerla partícipe en cuidados del paciente.
- Personal de salud competente.
- Personal interesado en el estado de la familia.
- Evitar conflictos de comunicación entre el personal de salud.

Derechos del Niño Hospitalizado

La Declaración de los Derechos Humanos de 1948 incluía implícitamente los derechos de todos los niños. Sin embargo, dada su condición de dependencia de los adultos y su mayor grado de vulnerabilidad en crisis humanitarias, con el tiempo fue necesario crear nuevas herramientas jurídicas.

Desde 1946 estaba en funcionamiento el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Ayuda a la Infancia (UNICEF), un organismo especializado en la protección de la infancia en Europa y que luego extendió su ámbito de acción al resto del mundo. Sin embargo, aquella labor requería elementos más específicos. Fue así como, en 1959, los 78 países que conformaban la ONU aprobaron de forma unánime la Declaración de los Derechos

del Niño, un documento que recoge 10 principios inherentes a la infancia y que son de obligado cumplimiento. Esta declaración sirvió de referencia para otros documentos que se publicaron años más tarde, entre ellos la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado, que fue redactada por el Parlamento Europeo en 1986 y ratificada por Chile en 1990.

Carta de los derechos del Niño Hospitalizado

- A.-** Derecho del niño a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.
- B.-** Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
- C.-** Derecho de sus padres o de la persona que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.
- D.-** Derecho de los padres, o de la persona que los sustituya, a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
- E.-** Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose, en la medida de lo posible, a los mismos enfermos y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
- F.-** Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
- G.-** Derecho del niño a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.
- H.-** Derecho del niño a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
- I.-** Derecho a ser tratados con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
- J.-** Derecho (y medios) del niño de contactar con sus padres, o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
- K.-** Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los niegan, o no estén en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.
- L.-** Derecho del niño a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.

M.- Derecho de los niños a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el Hospital, y a beneficiarse de la enseñanza de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicio a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos médicos que se siguen.

N.- Derecho de los niños a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados y de educación, así como de juegos, libros y medios audiovisuales adecuados y adaptados a su edad.

Bibliografía:

- Barrera, F., Moraga F. et al. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Rev chil pediatr 2007; 78 (1):85-94.
- Rev. Ped. Elec. [en línea] 2009, Vol 6, N° 1. ISSN 0718-0918.
- Rev. Med. Clin. Condes - 2005; 16(4): 236 - 41.
- Anales españoles de Pediatría, 1999; 51(3): 241-50.
- Paciente Pediátrico Hospitalizado; Depto. Psicología Médica. U. de la República Uruguay.
- Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo; Osasunaz. 5, 200.
- Niños hospitalizados; Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles.

• TEMA 1 •

DOCTOR: ¡LA NIÑA NO COME!

Dr. Fernando Mañé Garzón

El Dr. Fernando Mañé Garzón, es un distinguido médico pediatra, pionero de la Genética Clínica, biólogo, académico e historiador de la ciencia, de la Universidad de Montevideo Uruguay, reconocido por sus pares por ser un excelente clínico y sus valiosas condiciones humanas: Compromiso, perseverancia con el estudio, preocupación permanente por sus pequeños pacientes. Parte de cuya experiencia la relata en este libro Memorabilia, del cual hemos extraído un interesante tema. Otros libros escritos por Mañé Garzón son: Clínica Viva en el año 2008 e Historia de la Genética clínica en Uruguay.

Padre de seis hijos, una de las cuales siguió la senda pediátrica. En efecto, terminados sus estudios de medicina, la Dra. María Rosa Mañé Lezica vino a hacer su beca de Pediatría a nuestro servicio clínico de Pediatría del HCSBA, por allá por la década del 90. Se distinguió por su carácter estudioso, responsable y su espíritu alegre. Posteriormente se trasladó con su familia a México.

Tuve el privilegio de conocer al Dr. Mañé, durante la beca de Pediatría de su hija, oportunidad en la cual nos acompañó a una reunión clínica de un muy interesante paciente. Un grato recuerdo y una agradable sorpresa, entusiasmado bajó al podio del auditorio y se explayó en la patología del paciente que acababa de conocer con una versatilidad envidiable.

Varios años previos a ello, la Dra. María Jesús Rebollo, que trabajaba con el Dr. Fernando

Monckeberg en CONIN (Corporación para la Nutrición Infantil), resolvió hospitalizar una niña desnutrida para su estudio. Al ver esa niña dijimos: “Que curioso una desnutrida tan alegre, cuando deben ser tristes”. Fue nuestro primer acercamiento al Cocktail Party síndrome o síndrome de Russell, sin embargo en ese momento pudo más la ignorancia. Su diagnóstico final fue confirmado y su evolución parecida a lo relatado por el Dr. Mañé en su libro. Patología neuroquirúrgica conocida hoy en día con diversas denominaciones (Síndrome de emaciación diencefálica, síndrome diencefálico de la infancia y otros). Una vez sospechada clínicamente, el avance en neuroimagenología permite actualmente un rápido diagnóstico. La histología ha demostrado que corresponden a astrocitomas pilocíticos.

Un interesante comentario de su colega, neonatólogo uruguayo, Dr. Jorge Vásquez, resume la importancia que ha tenido el Dr. Fernando Mañé Garzón para Uruguay: “Cuándo el maestro no esté, seguramente, la pediatría no será la misma”⁵.

Dr. Francisco Barrera Q.
Editor.

I

Mis guardias de pediatría como internista de retén del CASMU eran todos los martes (isalvo las vacaciones!). Así pues, en vez de los martes iorquídeas!, los martes iretén! Coincidían con uno de mis días de consulta, que se extendía toda la tarde, lo que hacía que algunas veces, muy contadas, tenía que interrumpirla por resolver un caso urgente, cosa no muy cómoda pues los sanatorios de la Institución quedan muy cerca del Sanatorio Larghero, donde tenía mi consulta.

Fue un martes de 1974. El telefonista-recepcionista del Sanatorio N°2 «Constancio Castells», en la actualidad intendente del Sanatorio, don Duncan, me llamó por teléfono a la consulta para decirme: «Doctor, aquí hay una señora desesperada porque su hija no come. Como creo que no es un caso para que Ud. venga en seguida y como la madre está muy angustiada y dispuesta a que le resuelvan cuanto antes el problema, si quiere la envío por allí», a lo que accedí gustoso.

Media hora después estaban la madre y la niña ante mí. Empecemos por la madre. Era una española, una gallega fornida y rubiona que me dijo: «Doctor, ¡La niña no come! No es un decir. ¡No come nada! Hace tres días que no prueba bocado», e irrumpió en un sordo e incontenible llanto. Recién entonces me detuve a observar a la niña. Tenía cuatro años, pero parecía de siete por su altura, larga, flaca, bien coloreada, de semblante risueño y dispuesta a hablar. Al mirarnos observé en ella algo que me dejó impresionado, sus pupilas se movían horizontalmente como el disco del péndulo de un pequeño reloj: ¡Un claro nistagmus! Espontánea y risueñamente la niña empezó a hablar, a hablar

en forma incontenible y llamativa para su edad. Me explicaba que no tenía ganas de comer, que cuando tuviera prefería tal o cual alimento, que tal otro no le apetecía sino bajo cierta forma. Una locuacidad incontenible y eufórica.

El que quedó contenido y nada eufórico fui yo. El diagnóstico está hecho: tumor del quiasma óptico dando el patognomónico y típico síndrome de Russell: emaciación, euforia (cocktail party síndrome) y nistagmus. Se agregó en este caso el hipercrecimiento. La madre se calmó cuando le dije que comprendía su angustia pues la niña tenía una enfermedad que le quitaba el apetito y era necesario internarla inmediatamente. Quedó así la pobre madre más tranquila, había una causa, que me libré muy bien de decirle en ese momento cual era, y cuyo tratamiento empezaría de inmediato. «¡Si lograra hacerla comer, doctor! » era su única preocupación.

Cuando de noche llegué al sanatorio ya estaban los primeros exámenes realizados: síndrome de hipertensión endocraneana, con disyunción de suturas, edema crónico bilateral de papila. Me dispuse a llamar al neurocirujano, doctor Walter Perillo, quien vino inmediatamente. Quedó asombrado con la historia clínica, e indicó una arteriografía que al día siguiente realizó el doctor de Tenyi, la que puso en evidencia un enorme tumor de la base proyectado a nivel del quiasma óptico e invadiendo zonas vecinas. Quedaban dudas sobre la operabilidad, por lo cual y dado el tamaño y localización profunda del tumor hicimos una consulta con el profesor Román Arana Iñíguez, quien concurrió al día siguiente. Los tres vimos a la flaca y eufórica paciente y su arteriografía, que delimitaba una enorme masa pro y supraselar.

No tengo experiencia en niños, pero voy a hacer como Ricaldoni, dijo². Era un tumor de difícil abordaje, muy grande, de naturaleza desconocida y cuyo pronóstico es muy malo. Pero ante la disyuntiva lo mejor era sacarlo. Y con Perillo hicieron las consideraciones quirúrgicas pertinentes. Se operó. Era una enorme masa inextirpable en forma completa, que Perillo y Miguel Estable, que lo ayudaba, intentaron reducir con poco éxito; así era de vascularizada y friable su textura.

El posoperatorio fue tormentoso, hizo crisis de descerebración. Sufrimiento de tronco por un edema cerebral difícil de controlar, pero todo esto fue cediendo, aunque quedó con una descerebración casi completa. Meses después murió, afortunadamente, pues sólo tenía vida vegetativa.

Llevé personalmente los trozos de tumor, junto a un corto resumen de la historia clínica, al neuropatólogo del Instituto de Neurología, Pedro Médoc, quien los recibió con particular deferencia. Pocos días después me llamó para que fuera a ver los preparados y retirar el informe. No me hice esperar. Al día siguiente estaba en su laboratorio. En cuanto me vio me dijo con su habitual seriedad, serenidad y corrección de expresión, que tan bien le cuadraban: «¡Mañé, me trajiste el Paraíso en formol!». Y recorriendo con su mirada la mesa tomó un preparado que rápidamente enfocó en su microscopio y me hizo mirar: se trataba de un gliohemangioblastoma de una variedad rarísima que lo había trastornado por su singular belleza histológica.

II

He asistido cuatro pacientes con este particular y

patognomónico síndrome, que fácilmente relevado permite hacer el diagnóstico con total certeza. Fue descrito por Russell en 1951, basándose en varios casos.³

El primero que vi fue en 1959, siendo jefe de Clínica del profesor José María Portillo, con Atilio García Güelfi, quien realizaba con gran éxito y competencia la primera neurocirugía del niño en el país. Había ingresado la tarde anterior un niño de nueve años, largo y flaco. ¡pesaba nueve kilos!. El examen era completamente normal, salvo su indiferencia ingenua y risueña a su estado y el inefable nistagmus. Luego de los exámenes habituales para esos casos - en aquellos tiempos, radiografía, estudio oftalmológico y una neumoencefalografía que practicamos nosotros mismos-, pudimos ubicar el tumor de la base y pensamos que podría tratarse de un craneofaringioma aunque no tenía calcificaciones supraselares.

Fue operado en nuestro Hospital Pedro Visca, hazañas que se repitieron durante varios años, y debemos decir que con el mayor de los éxitos. Era un enorme glioma de esa región que invadía el quiasma y que afortunadamente pude extirpar casi por completo. El posoperatorio no tuvo accidentes, y a los pocos días empezó a alimentarse bien, y a aumentar de peso. Se fue de alta en excelentes condiciones generales, de buena salud, aunque ciego. El quiasma óptico, totalmente atrofiado por la compresión del tumor, había sufrido una última aniquilación con la extirpación del mismo. Años después lo vimos, siendo ya adolescente, tocando el acordeón en la estación de ferrocarril Atlántida. No sería extraño que aún deambule por esos lares. Se llama Jorge Barreto.

El segundo caso lo asistimos en la sala 5, sala Antonio Carrau, del mismo hospital. Ya estaba sensibilizado a esta enfermedad y había leído todo lo referente a ella. ¡Siempre me han fascinado los síndromes diencefálicos! Servía también en la cátedra de mi maestro Portillo, como jefe de Clínica, mi querido colaborador y amigo Leopoldo Peluffo. Una mañana comencé a pasar visita y me enfrenté a la primera cuna. Y vi, vi si pero no podía creer a mis ojos, un infante de ocho meses, casi desnudo, cubierto sólo por una camisilla, parado, prendidas sus manos a la baranda, flaco, piel y huesos, que reía a más y menos a todos quienes lo miraban. Me acerqué y vi sus pequeños ojitos negros como azabache con un inconfundible movimiento rítmico. Me di vuelta y llamé a Peluffo: «¡Leopoldo mirá!». Asombrado me miró como diciéndome: «¿Qué quiere con este distrófico?», y le dije: «¡Ya! ¡Pásalo al Instituto de Neurocirugía para operarlo! ¡Tiene un tumor del quiasma óptico!»». Nadie me creyó. Sólo Peluffo acogió el mandato y con una breve esquila fue remitido al centro neuroquirúrgico referido. Llegó, fue visto y no faltó quien dijera: «¡Este Mañé está loco! Mirá el desnutrido que nos manda y más encima con el diagnóstico de síndrome de Russell», que nadie conocía y menos tratándose de un tumor situado en el quiasma óptico. Pero siempre hay alguien dispuesto a la duda, que significa dispuesto a aprender, y por tanto a enseñar. Y ese alguien fue la profesora María Delia Bottinelli, quien pidió una tregua al duro ataque que me cernía y que estaba próximo a triunfar, la que obtuvo no sin cierto esfuerzo. Los que saben, saben o saben donde saberlo. Así fue que en unos minutos en la biblioteca pudo confirmar mi diagnóstico. Luego de una neumoencefalografía que precisó la extensión del proceso tumoral fue operado por el profesor Arana con el mayor éxito⁴.

III

El cuarto caso es de hace pocos años. La historia es totalmente similar a la anterior, con algunos avatares que le dan aún más dramatismo. En las mismas circunstancias, al pasar visita con el Jefe de clínica, internos, residentes y posgraduados, por la sala de lactantes, advertí un desnutrido que enviaban desde Durazno para ser sometido a una antrotomía por su distrofia severa.

Tenía siete meses, pesaba cuatro kilos. Interrogué a la madre, una joven muy lúcida y prolija: «¡Doctor, no hay forma de hacerle comer!», mientras conversaba pude observar el claro nistagmus horizontal. Y continué interrogando: «Señora ¿Es muy triste o se ríe?». A lo que presurosa contestó: «¿Triste? ¡Vive riendo! ¡No sé porqué no come! A veces oigo carcajadas desde la pieza del lado».

Otro tumor del quiasma. Rápido estudio ocular con atrofia bilateral de papilas, disyunción discreta de suturas. Pero ¡oh dificultad!, una tomografía computada fue totalmente normal. Rudo golpe, más no me aparté del diagnóstico, aunque tenía prácticamente todas las opiniones en contra. Revisamos la bibliografía. Hay algunos casos de síndrome de emaciación diencefálica sin tumor. Podía ser uno de ellos. Vigilamos al paciente, que era asistido por el doctor Bismarck Mourelle en Durazno, y le rogamos enviarlo tres meses después. Una nueva tomografía, hecha con un aparato de mayor resolución, mostró un enorme tumor de la base proyectándose sobre el quiasma óptico. Fue operado por Atilio García Güelfi a pedido nuestro. No logró más que aspirar zonas necróticas y no pudo extirparlo. Tan unido estaba a las estructuras vecinas.

IV

La enseñanza que me dejó este caso no cayó en saco roto. Leopoldo Peluffo, pocos meses después de haber vivido el segundo caso que hemos relatado, fue a París a hacer su especialización en Neurología Infantil, en el servicio del profesor Stéphane Thieffry en el Hopital des Enfants Malades. Llevaba pocos días, tratando de ubicarse entre tantos staguiaries, muchos de ellos aún en los albores de sus conocimientos clínicos, cuando pasando visita con el interno y el jefe de Clínica ven a un infante emaciado ello es

una rareza extrema en los países desarrollados, eufórico y con nistagmus. El jefe de Clínica ya veterano en las lides diagnosticas neurológicas, preguntó a los presentes, luego de leer la historia y de realizar el examen que les sugería ese caso. Silencio absoluto, nadie aventuraba opinión tan atrevida como extraviada. Fue tras ese prolongado silencio que el nuevo del grupo, nuestro amigo Leopoldo Peluffo, en un francés aún rudo, profirió modestamente su opinión: «Tumor del quiasma, síndrome de emaciación diencefálica de Russell. Desde ese día nadie lo puso en duda: fue considerado como quelq'un.

Bibliografía:

- 1.- Memorabilia. Una introducción a la Pediatría. Mañé G., F. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo 1997.
- 2.- Doctor Ricaldoni: ¿Usted asiste niños? En Memorabilia, Mañé G., F. Capítulo XI, pp 73-78.
- 3.- Russell A., A diencephalic síndrome of emaciacion in infance and childhood, Arch. Dis. Child., 1951, 26:274-278.
- 4.- Mañé Garzón, F., Santana Alfonso, R. y Purriel, J, Síndrome de Russell por tumor del quiasma óptico (Síndrome de emaciación diencefálica del lactante), Arch. Pediatr. Uruguay, 1974, 45: 240-247.
- 5.- www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias87/nueva.htm

• TEMA 2 •

ODONTOPEDIATRÍA: LO QUE EL PEDIATRA DEBE SABER

Dra. Paula Chávez M., médico programa formación pediatría Universidad de Chile
Servicio de Pediatría Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Durante su quehacer profesional el pediatra con frecuencia debe abordar aspectos vinculados a otras especialidades, entre ellas la odontología.

La salud bucal es un componente indispensable de la salud general ya que influye positivamente no sólo en el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicación y relaciones sociales) de las personas. Aunque la educación sanitaria relacionada con la odontología ha mejorado notablemente en los últimos años, todavía no es una práctica habitual llevar al niño al dentista a revisiones periódicas cuando no presenta patología, sin embargo es el pediatra quien los controla desde que nace, lo que le permitiría detectar cualquier alteración del desarrollo dentobucofacial.

La odontopediatría es la especialidad de la odontología que trata el cuidado oral preventivo y terapéutico de niños y adolescentes¹. Como pediatras el examen de la boca y faringe es parte ineludible del examen físico general infantil, lo que nos lleva a jugar un rol fundamental tanto en la promoción de la salud oral, la detección precoz de patología odontológica y la derivación oportuna, lo que mejora en forma importante el pronóstico de los pacientes, con la posibilidad de disminuir la duración de tratamientos futuros e incluso prescindir de éstos.

La recomendación actual es promover la primera visita al odontólogo simultánea a la aparición del primer diente temporario, alrededor de los 6 meses

o hasta 6 meses después de su aparición². Si, por diversas razones, esto no ocurre es el pediatra quien debe dictar recomendaciones sobre higiene y salud oral desde el nacimiento y mantenerlas hasta que se concrete la relación niño-odontólogo.

Según una encuesta realizada a 164 pediatras en el contexto del 50º Congreso Chileno de Pediatría³ el 66,87% declaró nunca haber recibido instrucción en salud oral, lo que se contrapone con que un 64% de ellos diagnostica caries en preescolares en un mes común de ejercicio profesional, cifras que no dejan de llamar la atención.

Epidemiología

Las enfermedades de la cavidad oral son altamente prevalentes tanto a nivel mundial como nacional. La carie dental es un problema de salud pública, datos publicados en el informe consolidado “Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010”⁴ muestran que los niños de 2 años de edad tienen una prevalencia de caries de alrededor de 17%, la que a los 4 años aumenta al 50%, existiendo mayor carga de enfermedad en nivel socioeconómico medio y bajo. Si bien en los últimos años las cifras han disminuido globalmente, aún continúa siendo un problema incluso en países industrializados.

Dentición: dientes de leche y definitivos⁵

Alrededor de la 4^{ta} semana de vida intrauterina se

da inicio a la calcificación de los gérmenes dentarios que forman la denominada "lamina dentaria" dentro de los maxilares en desarrollo, a partir de la cual se formarán las futuras piezas dentarias⁽⁵⁾. La aparición en boca de las distintas piezas de la dentición decidua o temporaria, coloquialmente denominada "de leche" se da entre los 6 meses y los 2 años y medio⁽⁶⁾, siguiendo normalmente un orden establecido, pero no estricto, donde comúnmente los primeros en aparecer son los incisivos centrales inferiores, superiores, laterales, caninos y finalmente los molares. Es importante mencionar que en un estudio nacional, se estableció en 8.7 meses el promedio de edad para el inicio de la erupción dentaria⁽⁷⁾. El número de dientes temporales es de 20 y terminan de aparecer, con seguridad, a los 3 años de edad.

Los dientes de leche necesitan tanta atención como los permanentes; sus características morfológicas le permiten cumplir funciones fundamentales de fonación, masticación y asegurar el estímulo funcional para el desarrollo de los arcos dentarios, preservando el espacio y delimitando el trayecto por el que deberán erupcionar los dientes definitivos. La pérdida prematura por caries determinará la disminución de los espacios que predispondrá a apiñamiento dental, impidiendo la adecuada higiene y función, favoreciendo la presencia de nuevas caries, alteraciones de encía y hueso subyacente.

La dentición mixta implica la coexistencia entre dentición temporaria y permanente. Simultáneamente al recambio de los incisivos centrales inferiores aparecen los primeros molares permanentes, denominados "Molares de los 6 años", por su edad de aparición, hasta los 10 años en que ocurre el último recambio dentario

de caninos y molares. La importancia del primer molar permanente⁶, cuya erupción puede pasar inadvertida sin que otro diente caiga, radica en las trascendentales funciones que desempeña en la determinación de la mordida del niño a futuro, la eficacia de la masticación adulta y ser el pilar para la ubicación de las piezas posteriores.

La no aparición de los primeros dientes en la edad en la que "deberían" aparecer en la boca, es motivo frecuente de consulta al pediatra, ya que el tema es razón de socialización entre los padres. El inicio de la dentición normal se ha establecido entre los 6 y 18 meses, considerándose como normal incluso hasta los 2 años y medio. La erupción retrasada se define como la presencia de 0 dientes a los 13 meses. La anodoncia o ausencia de formación de los gérmenes dentarios se presenta en menos del 1% de la población, afectando comúnmente a un sólo diente, correspondiendo la verificación radiológica de la ausencia de estos.

Por otro lado el adelanto de la erupción dentaria o erupción prematura⁷ es un escenario mucho menos frecuente, pudiendo corresponder a un "Diente natal" que será visible desde el nacimiento, incluso si no ha erupcionado por completo, o a un "Diente neonatal", que comienza a erupcionar durante los primeros 30 días de vida extrauterina. Por muchos años ha generado mitos en los padres, que deben ser despejados por el pediatra, desde aquellos que los vinculan con malos presagios hasta la ingesta del diente durante el amamantamiento. En todos los casos, está indicada la interconsulta con el odontopediatra quien verificará radiográficamente si se trata de un diente de la dentición normal o

de un supernumerario, en cuyo caso estaría indicada su extracción.

Controles de salud⁶ y criterios de derivación

Para facilitar el seguimiento del normal desarrollo y mantención de la salud oral se han establecido hitos de controles a distintas edades, los cuales el pediatra debe conocer para buscar e indicar de forma dirigida en cada uno de sus pacientes.

• **0 a 6 meses:** aún en ausencia de dientes se debe recomendar la higiene del reborde gingival con gasa, promoviendo la lactancia materna exclusiva como la alimentación óptima durante esta etapa; en caso de requerir el uso de fórmula láctea esta no debe ser azucarada.

• **6 meses a 1 año:** junto con la aparición de los incisivos, se debe recomendar la primera visita al odontólogo. Mantener limpieza de dientes y rebordes gingivales con cepillos “de dedo”, aumentar la consistencia de la papilla y utilizar objetos diseñados para morder y/o enfriables para aliviar síntomas de la erupción dentaria.

• **1 a 2 años:** con la aparición de caninos y molares de leche se debe instaurar el hábito del cepillado de dientes después de cada comida con un cepillo pediátrico de cerdas suaves, con énfasis en los molares y uso conjunto de hilo dental, tarea a cargo aún de la madre. Evitar consumo de dulces, eliminar biberón nocturno al año y medio y diurno a los 2 años e ir avanzando en consistencia de los alimentos según desarrollo muscular.

• **2 a 4 años:** en este período ya se encuentran todos los dientes de leche presentes, se debe mantener el cepillado luego de cada comida,

enseñando progresivamente al paciente a cepillarse por sí solo. Suprimir uso de biberón y chupete.

• **4 a 7 años:** se inicia recambio dientes temporarios por lo que se debe enseñar al niño a cepillarse sólo, tomando su mano y guiando movimientos.

• **6 a 12 años:** culmina recambio dientes temporarios por definitivos, se debe verificar cepillado independiente y su frecuencia. A los 6 años derivar a atención odontológica GES. En pacientes que tengan alteraciones esqueléticas se recomienda valoración por ortodoncista.

La derivación a odontopediatra se ha realizado hasta el día de hoy basado en los siguientes enfoques:

- Por control: existiendo edades priorizadas en las que el dentista debe realizar los controles de salud bucal, definidas según riesgo biológico y corresponden a los 2, 4 y 6 años de edad.

- Por riesgo: de acuerdo a la aplicación de las pautas de evaluación bucodentaria, los profesionales de salud pueden derivar al niño o niña para evaluación odontológica durante todo el período hasta los 6 años.

- Por daño: en el caso de pesquisar patología bucal, anomalías dento-maxilares y/o dientes perinatales en los controles de salud infantil, los profesionales de salud deben derivar al odontopediatra. En el caso de detectar signos y síntomas de urgencias odontológicas, la derivación para atención GES urgencias odontológicas ambulatorias debe ser inmediata. Cualquier alteración en aspecto, coloración, presencia de inflamación, heridas o

úlceras de más de 10 días de evolución, en zonas de tejidos duros o blandos, se debe derivar de forma inmediata.

Caries dentales

Corresponde a una enfermedad infecciosa mediada por bacterias, transmisible, de evolución crónica que afecta tejidos duros del diente⁸. El *Streptococcus mutans* es el primer microorganismo involucrado, se transmite de persona a persona y especialmente de madre a hijo. Su etiología es multifactorial donde el desequilibrio ecológico juega un rol trascendente en permitir que bacterias comensales se transformen en patógenas capaces de producir ácidos dañinos con graves repercusiones para la salud del niño a corto y largo plazo. Un estudio realizado en la región de Los Lagos⁹ mostró la relación existente entre malnutrición por exceso y caries dentales, determinando un riesgo relativo de 1,4, es decir, existe 1,4 veces más probabilidad de sufrir nuevas lesiones por caries en pacientes que presenten sobrepeso u obesidad en relación a los individuos que presentan un peso adecuado para su talla, lo que resulta preocupante considerando la alta prevalencia de malnutrición por exceso en nuestro país.

La relación entre el uso de medicamentos azucarados, especialmente soluciones antibióticas y antiinflamatorias, y la aparición de caries ha sido demostrada en varios estudios, a través del análisis de la variación del Ph de la placa dental que se genera luego de ingerirlos¹⁰, dicha asociación se ha observado especialmente en pacientes crónicos con mayor uso de fármacos, en quienes el riesgo aumenta proporcionalmente al tiempo de uso de medicamentos. Una solución

sería sustituir dichas formulaciones por otras libres de azúcar, pero para ellos es indispensable concientizar tanto a médicos, farmacéuticos y familiares del potencial cariogénico de estos fármacos para potenciar el cepillado de dientes posterior a su ingesta y el desarrollo de políticas de etiquetado que identifiquen aquellos fármacos con alta composición de azúcar.

Población control con enfoque de riesgo odontológico (CERO)⁸

Hasta el día de hoy el enfrentamiento de las caries ha sido restaurador, tomando acciones ante el daño ya establecido, los beneficios serían sin duda mayores si se logran establecer controles preventivos según el riesgo que presenta cada paciente con el objetivo de modificar aquellos factores alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud. Es por esto que se hace necesario modificar nuestro paradigma de atención de salud, cambiando desde un enfoque centrado en la administración de la enfermedad, focalizado en la recuperación del daño, a un enfoque centrado en mantener la salud.

El programa CERO se refiere al seguimiento realizado a través de controles odontológicos a usuarios menores de 6 años con o sin patologías orales, con el fin de mantener población sana o de compensar y detectar en forma temprana éstas mismas. Ingresan a control odontológico los beneficiarios del sistema público de salud a los 6 meses de vida, quienes deben asistir al menos una vez al año a control hasta el egreso al cumplir los 6 años, con el objetivo de mejorar la eficiencia y efectividad de la atención de las pacientes en riesgo de patologías orales contribuyendo a reducir la prevalencia e incidencia de las

patologías orales más frecuentes en la población a través de la reducción de factores de riesgo y controles de higiene y hábitos saludables. El ingreso al programa lo realiza el profesional odontológico, pudiendo recibir derivaciones desde otros profesionales, técnicos o personal de SOME en controles del programa infantil, Chile Crece Contigo o consulta espontánea. Las principales áreas de intervención se han definido en 6: Motivación, cepillado, dieta, barniz de flúor, sellantes y solicitud de radiografía según corresponda.

Este programa fue lanzado durante el presente año por el Ministerio de Salud y se espera su introducción paulatina a todos los establecimientos de atención primaria.

Salud oral en niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS)

NANEAS son un grupo de pacientes crecientes y de alto riesgo de enfermedades de la cavidad oral. Poseen condiciones sistémicas que afectan los tejidos periodontales, lo que asociado a una higiene oral difícil de realizar, dietas poco vigiladas, polifarmacia y escaso o ausente control odontológico favorece el desarrollo de enfermedad periodontal o caries¹¹, lo que obliga a realizar una búsqueda activa de estas alteraciones que permita una derivación precoz. Alteraciones frecuentes de observar son hipotonía muscular, alteraciones de deglución, anomalías de oclusión dentaria con o sin desarmonías maxilofaciales.

Algunos grupos de pacientes poseen alteraciones particulares, entre ellos los con trastorno del espectro autista¹² presentan más frecuentemente caries y enfermedad periodontal favorecidas por hábitos parafuncionales como bruxismo,

erupción dentaria alterada por cambios gingivales asociados a anticonvulsivantes, trauma dentoalveolar y mal oclusión, asociado a una hipersensibilidad perioral que, sumado al difícil manejo conductual, hacen al examen de la cavidad oral un desafío complejo; la polifarmacia favorece la posibilidad de desarrollo de efectos adversos entre ellos xerostomía e hiposalivación, por lo que aumentar el consumo de agua y disminuir las gaseosas serían medidas simples y útiles. Para favorecer el contacto odontólogo paciente se recomienda evitar la derivación inmediata con solicitud de anestesia general, intentando un primer acercamiento con una inspección pausada partiendo por el rostro con las manos para luego llegar a cavidad oral con instrumentos, idealmente atender a primera hora en la mañana y en un ambiente tranquilo.

Los pacientes con parálisis cerebral¹¹ también requieren un cuidado especial dado la difícil higiene oral, el consumo de alimentos y fármacos azucarados, la incompetencia muscular que altera el sellado labial y lleva a una postura anterior de la lengua, facilitando el inicio y mantención del hábito de interposición lingual y rumiación. La falta de estímulo funcional genera una hipofunción muscular que favorece el mal desarrollo de los maxilares, predisponiendo a una mordida abierta anterior con resalte aumentado. La enfermedad periodontal es frecuente debido a la acumulación de placa bacteriana que se ve favorecida por la respiración bucal. Además, la presencia de disfagia mantiene alimento residual en la boca aumentando el riesgo de aspiración y actuando como reservorio de patógenos bacterianos.

Otro grupo importante son los pacientes con síndrome de Down¹³ quienes pueden presentar una pérdida prematura de dientes determinada por un factor tisular e insuficiente circulación sanguínea

que facilita la pérdida de inserción del saco gingival; además no es infrecuente la cronología de erupción alterada como variante de normalidad.

Mito o realidad

- ¿La erupción dental puede provocar fiebre?: La asociación entre erupción dentaria y fiebre es una creencia bastante generalizada que puede llevar a minimizar enfermedades febriles concomitantes. Un metaanálisis de Massignan et al¹⁴ analizó los signos y síntomas asociados a la erupción dentaria, observándose la presencia de alguno de ellos en el 70,5% de los casos. Los más comunes fueron irritación de encías, irritabilidad y salivación. La fiebre era descrita en menor proporción y, al analizar los trabajos, se pudo observar que la definición de fiebre correspondía más bien a un ascenso de la temperatura corporal sin alcanzar rangos febriles, por lo que se puede concluir que la fiebre no forma parte del espectro de síntomas y signos asociados a la aparición de dientes.

- ¿Si el niño usa chupete le saldrán los dientes chuecos?: Si bien la succión del chupete es diferente de un hábito de lactancia y, por lo tanto, puede alterar las presiones de los tejidos blandos mientras se produce el crecimiento, diversos estudios han demostrado que dicha

alteración sólo se produce si el uso del chupete se prolonga por más de 6 horas al día y después de los 2-3 años¹⁵, por lo tanto su uso juicioso, limitando horas de permanencia, evitando la adición de sustancias dulces y optimizando las medidas de higiene, puede otorgar beneficios importantes como disminución de muerte súbita entre el mes y el año de edad, alivio del dolor en procedimientos menores y evitar la succión digital, sin mayores efectos adversos demostrados.

Conclusión

El cuidado de la dentición temporaria representa la piedra fundamental sobre la cual se edificará el futuro sistema dentario. Su cuidado, sin embargo, no es percibido con la relevancia que corresponde. El pediatra tiene un rol determinante en el proceso de tender puentes hacia el cuidado especializado por parte del odontólogo de niños, pero es fundamental que refuerce el mensaje de cuidado de las piezas dentarias temporarias, aprovechando el contacto y la confianza que tiene ante los padres, recomendando la primera visita al odontopediatra ante la aparición del primer diente, potenciando el enfoque de prevención actual por sobre el antiguo de reparación.

Referencias:

- 1.- Palma Fernández JC. Odontología para pediatras. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 207-12.
- 2.- American Academy of Pediatric Dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry; 2015.
- 3.- Hope Lopez, Bárbara et al. Conocimientos y Actitudes de los Pediatras Chilenos sobre Salud Oral. Int. J. Odontostomat., Temuco, v. 7, n. 2, p. 245-251, agosto 2013.
- 4.- Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010.
- 5.- Sandoval Ríos, Félix. Principios básicos de odontología para el pediatra. 1º Parte. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 2015. 54(1), 50-54.
- 6.- Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Minsal 2014.
- 7.- Cunha R, Carrilho F, Torriani D, Garbeline W. Natal and Neonatal Teeth: Review of the Literature. American Academy of Pediatric Dentistry. 2001; 23:158-9.
- 8.- Orientación técnico administrativa población en Control con enfoque de Riesgo Odontológico (CERO). Subsecretaría de Redes Asistenciales - Ministerio de Salud 2017.
- 9.- Zaror S, Carlos et al. Asociación entre malnutrición por exceso con caries temprana de la infancia. Revista Chilena de Pediatría. Santiago, v. 85, n. 4, p. 455-461, julio 2014.
- 10.- Ali Mentés. PH changes in dental plaque after using sugar-free pediatric medicine. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Vol 25, Number 4/2001.
- 11.- Nelson Vargas. Pediatría para NANEAS. 2009. Cap. Atención odontológica de NANEAS Pag 353-374.
- 12.- Udhy J. Autism Disorder (AD): An updated review for paediatric dentists. J Clin Diagn Res. 2014. Feb 8(2):275-9.
- 13.- Lizama M. Recomendaciones de cuidados en salud de personas con Síndrome de Down: 0 a 18 años. Rev Med Chile. 2013; 141(1):80-89.
- 14.- Massignan, C., Cardoso, M., et al. Signs and symptoms of primary tooth eruption: A meta-analysis. Pediatrics. March 2016, Vol 137/ISSUE 3.
- 15.- Arian Gederi. Pacifiers: A Review of Risks vs Benefits. Dent Update 2013; 40: 92-101.

Clavinex®

AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / SAVAL

Antibioterapia que se distingue
por su **CALIDAD**



Unidad **Pediatría**

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl y/o a través de su representante médico.

www.saval.cl

LS
SAVAL

Cooperación Científica Laboratorios SAVAL

Centro SAVAL Acceso personalizado a información biomédica



- Una red de centros a lo largo del país
- Atención profesional especializada en búsqueda de información
- Bases de datos de nivel mundial
- Artículos a texto completo
- Diseño de presentaciones y material gráfico
- Actividades de extensión científica
- Auditorios y salas de reuniones



Planta Farmacéutica SAVAL



- Tecnología de vanguardia
- Certificada según normas internacionales