

# CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA INFANTIL

(Coordinadora: Profa. Encarnación Vallejo Bolaños)

## Programa teórico

El programa teórico lo estructuramos en seminarios. No consideramos la necesidad de impartir lecciones magistrales, pues éstas han sido tratadas en cursos previos.

**El seminario** tiene como principio estimular la participación activa del alumno mediante la discusión. Se benefician el pequeño grupo que lo realiza y el resto de los alumnos, pues éstos, además de ampliar sus conocimientos, no permanecen pasivos, sino que participan mediante preguntas y dando sus opiniones. El grupo que lo realiza no debe ser superior a dos o tres, con ello se pretende estimular el trabajo en equipo, de especial importancia para el futuro en una profesión que tiende a la individualización.

En la elección de los temas participarán profesores y alumnos, seleccionándose en el curso anterior. A través de los años de experiencia en la asignatura Odontología Infantil y Ortodoncia Integradas, los profesores han podido conocer, que si bien los alumnos han adquirido y superado los conocimientos necesarios en cada una de las asignaturas previas, estos conocimientos se recuerdan más a medida que más se llevaron a la práctica, pero ésta en algunas disciplinas es insuficiente. Quizá, esta sea la principal causa de que los alumnos no recuerden parte de los contenidos de estas disciplinas anteriores. Este problema se ha venido resolviendo por el profesor, en la clínica y de forma individual, cuando el alumno se dispone a realizar el diagnóstico, tratamiento etc. y no recuerda los conceptos teóricos necesarios y previos. La estrecha relación entre los profesores, ha permitido conocer cuales son los conceptos que los alumnos olvidan con más frecuencia. Consideramos que volver a explicar alumno por alumno lo que se supone debiera saber, constituye una tarea que puede solventarse de forma más eficaz en los seminarios. Por esta razón a la hora de elegir los temas, los profesores orientaremos sobre esta problemática. Los alumnos al respecto, están de acuerdo que efectivamente hay conceptos que quisieran volver a tratar y con motivo del seminario, la implicación del alumno sería mayor. Por lo tanto, proponemos volver a tratar sobre algunos temas que ya fueron impartidos en otras disciplinas. Consideramos

imprescindible la colaboración de los profesores de estas asignaturas, porque probablemente ellos conozcan más ampliamente los temas de su disciplina y, además, porque de no ser así podríamos orientar el abordaje del tema desde otros puntos de vista, con lo que posiblemente cometeríamos el error de desorientar al alumno. Por otra parte, los profesores debemos de despertar en el alumno la necesidad de conocer más allá de lo conocido, orientando sobre temas que no han sido tratados previamente. Si éstos estuvieran claramente definidos en un perfil determinado, se pedirá a los profesores del mismo la supervisión de su elaboración.

La selección de los seminarios se hará en el curso anterior. Los temas a tratar pueden ser escogidos por los alumnos o bien el profesor puede elegir un tema que favorezca la participación y la discusión, o uno que considere que plantea dudas a los alumnos.

Para la distribución, el grupo total de alumnos, alrededor de cuarenta y cinco, se divide en cuatro grupos, de esta forma el número de alumnos por seminario será aproximadamente de once.

Se realizarán diez seminarios por cada grupo, lo que permite que todos los alumnos de cada grupo tengan la oportunidad de preparar un seminario en grupos de dos o tres. Los temas a tratar serán diferentes para cada uno de los diez seminarios e iguales para cada uno de los tres grupos.

Una vez distribuidos, los alumnos dispondrán del primer trimestre para su preparación. Durante ésta, los profesores prestarán su ayuda, orientando en la elaboración y recomendando las correcciones necesarias. La bibliografía para cada tema, previamente habrá sido seleccionada por los profesores de la asignatura. Se aconseja utilizar esta bibliografía como paso a otras que el alumno considere de interés, así como los conocimientos e indicaciones de otros cursos y profesores. Para la elaboración de la exposición, los profesores indicarán y facilitarán las vías de acceso a los medios informáticos, audiovisuales u otros, adecuados según la necesidad.

La exposición del seminario debe ser clara para que el resto de los alumnos entiendan y capten lo que se expone, favoreciéndose, por otra parte, la participación de estos alumnos con preguntas y opiniones, estableciéndose así un diálogo abierto, donde

el profesor hace de moderador. Dicha exposición en un principio será semanal, durante el segundo trimestre, los lunes desde las diecisiete a las diecisiete cincuenta horas (duración aproximada de una hora). En un mismo lunes podrán tener lugar cuatro seminarios, para los cuatro grupos diferentes, en cada una de las cuatro aulas que disponemos. Para cada grupo y seminario se dispondrá de un profesor.

A continuación describimos la programación de los seminarios para el próximo curso académico:

**SEMINARIOS 1-2. LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICA Y DE ALETA DE MORDIDA COMO MEDIOS DIAGNÓSTICOS.**

**SEMINARIOS 3 y 4. PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO PULPAR EN DENTICIÓN TEMPORAL Y DIENTES PERMANENTES INMADUROS (I y II).**

**SEMINARIOS 5 y 6. MALOCLUSIONES MÁS FRECUENTES DE DESARROLLO POSTNATAL: ETIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ (I y II).**

**SEMINARIOS 7 y 8. TRAUMATISMOS EN DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES JÓVENES (I y II).**

**SEMINARIOS 9 (1ª parte) y 10 (2ª parte). MALTRATO Y NEGLIGENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.**

**SEMINARIOS 1-2. LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICA Y DE ALETA DE MORDIDA COMO MEDIOS DIAGNÓSTICOS**

Estos seminarios se realizarán sobre la radiografía panorámica y dos radiografías de aleta de mordida, correspondientes a cada uno de cuatro pacientes infantiles diferentes. Los objetivos serán comunes, pero en distintos pacientes.

***Contenidos:***

Anatomía normal de la región facial. Desarrollo normal de la dentición. Anomalías del desarrollo de la dentición. Lesiones por caries y traumatismos.

***Objetivos específicos:***

1. Señalar en la radiografía panorámica las cinco regiones anatómicas topográficas en que se divide esta radiografía, así como hallazgos de posibles anomalías en dichas regiones.

2. Estimar, mediante la radiografía panorámica, en qué fase de desarrollo dental se encuentra el niño/a.

3. Explicar, con la radiografía panorámica, algunos métodos para la estimación de la edad dental mediante estadios de calcificación de los dientes, así como la edad dental del niño/a.

4. Identificar en la radiografía panorámica si hay anomalías dentales numéricas.

5. Identificar en la radiografía panorámica si hay anomalías dentales de tamaño, forma y estructura.

6. Estimar en la radiografía panorámica si hay alteraciones en la transición dental, así como en la posición y vía de erupción de los dientes.

7. Identificar en la radiografía panorámica posibles quistes y neoplasias de origen odontogénico.

8. Reconocer la presencia de caries, trastornos pulpares y periodontales comparando ambos medios radiográficos, radiografía panorámica y radiografía de aleta de mordida.

9. Estimar en la radiografía panorámica los efectos tardíos de los traumatismos.

## **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

Carézian R, Pasquet G. Diagnóstico por la imagen en Odontostomatología. Barcelona: Masson, 1993.

Chomenko AG. Atlas for maxillofacial pantomographic interpretation. Chicago: Quintessence, 1985.

Duterloo HS. Atlas de dentición infantil. Diagnóstico ortodóncico y radiología panorámica. Barcelona: Labor, 1992.

Guy Poyton H. Oral radiology. Philadelphia: Decker, 1989.

Langland O, Langlais RP, Morris CR. Principles and practice of panoramic radiology. Philadelphia: Saunders, 1982.

Manson-Hing LR. Panoramic dental radiography. Illinois: Springfield, 1976.

## **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

Ericson S, Kurol J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. Am J Orthod Dentofac Orthop 1987; 91: 483-492.

García Ballesta C. Anomalías de la dentición: número, tamaño y forma. En: Barbería Leache E (ed). Odontopediatría. Barcelona: Masson, 1995: 53-84.

Haavikko K. Tooth formation age estimated on a few selected teeth. A simple method for clinical use. Proc Finn Dent Soc 1974; 70: 15-19.

Ireland E, Black JP, Scures CH. Short roots, taurodontia and multiple dens invaginatus. J Pedod 1987; 11: 164-175.

Kaba D, Marecheaux SC. A fourteen – year follow-up study of traumatic injuries to the permanent dentition. J Dent Child 1989; 56: 417-425.

LLena C, Catalá M, Forner L. Dientes dobles: presentación de casos. Odont Pediat 1991; 1: 26-35.

Mendoza A, Domínguez A, Solano E. Anquilosis alveolodentaria. Odont Pediat 1994; 3: 57-64.

Nolla CM. The development of permanent teeth. J Dent Child 1960; 27: 254-266.

Palma Gómez de la Casa M, Vallejo Bolaños E, López Trujillo JM. La ortopantomografía como complemento del examen clínico para el diagnóstico de caries dental en niños y adolescentes. Odont Pediat 1997; 5: 141-143.

Palma Gómez de la Casa M, Vallejo Bolaños E. Edad dental, edad fisiológica.

Rev Esp Ortod 1998; 28: 253-260.

Vallejo Bolaños E, Palma Gómez de la Casa M, España López AJ. Análisis de las distintas metodologías existentes para la evaluación de la edad dental y su relación con la edad cronológica. Arch Odontoestomatol 1998; 14: 459-466.

Vallejo Bolaños E, López Trujillo JM, Roldán Nofuentes JA, Del Castillo Salmerón R. Validez del método de Haavikko aplicado a niños españoles, en relación a la edad de formación dentaria, edad dental. Rev Esp Ortod 1998; 28: 161-168.

Van der Linden FP, Wassenberg HJ, Bakker PJ. Aspectos generales del desarrollo de la dentición. Rev Esp Ortod 1980; 10: 2-18.

## **SEMINARIOS 3 y 4. PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO PULPAR EN DENTICIÓN TEMPORAL Y DIENTES PERMANENTES INMADUROS (I y II)**

### **SEMINARIO 3. PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO PULPAR EN DENTICIÓN TEMPORAL Y DIENTES PERMANENTES INMADUROS (I)**

#### ***Contenidos:***

Diferencias pulpares anatómicas e histológicas entre dientes temporales y permanentes. Lesiones pulpares: etiología, diagnóstico y clasificación. Pulpotomía con formocresol y las alternativas a este medicamento.

#### ***Objetivos específicos:***

1. Explicar porqué difiere la terapéutica pulpar en ambas denticiones, temporal y permanente.

2. Describir los principales factores etiológicos de las lesiones pulpares en dentición temporal y permanente joven, así como los medios diagnósticos disponibles para la detección de dichas lesiones.

3. Describir la clasificación general de lesiones pulpares, así como los tipos de tratamiento disponibles en la actualidad para dichas lesiones en dientes temporales y permanentes inmaduros.

4. Definir los conceptos de protección pulpar, pulpotomía, pulpectomía, tratamiento de conductos y apicoformación.

5. Describir el formocresol, en cuanto a su composición, propiedades de sus componentes y respuesta histológica del tejido pulpar remanente, en el tratamiento de pulpotomía en dentición temporal.

6. Enumerar las indicaciones y contraindicaciones de la pulpotomía en dentición temporal.

7. Explicar la técnica de la pulpotomía al formocresol, así como la evolución histórica de las variantes en la técnica de pulpotomía.

8. Enumerar los efectos indeseables del formocresol.

9. Describir otras alternativas al formocresol en la realización de las pulpotomías en dentición temporal.

#### **SEMINARIO 4. PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO PULPAR EN DENTICIÓN TEMPORAL Y DIENTES PERMANENTES INMADUROS (II)**

##### ***Contenidos:***

Pulpectomía y tratamiento de conductos. Recubrimientos pulpares indirecto y directo. Pulpotomía en dientes permanentes inmaduros. Apicoformación.

##### ***Objetivos específicos:***

1. Justificar la actitud del Odontólogo/a general y del/la Odontopediatra ante la pulpectomía y tratamiento de conductos en dentición temporal.

2. Estimar las indicaciones y contraindicaciones de la pulpectomía y tratamiento de conductos en dentición temporal.

3. Describir la técnica y materiales utilizados actualmente en la pulpectomía y tratamiento de conductos, así como el seguimiento de este tratamiento.

4. Describir la evolución, hasta nuestros días, de las pulpectomías y tratamientos de conductos en dentición temporal, en cuanto a la técnica y medicamentos.

5. Explicar las indicaciones del recubrimiento pulpar indirecto, así como la técnica de este tratamiento.

6. Explicar las indicaciones del recubrimiento pulpar directo, así como la técnica de este tratamiento.

7. Describir la pulpotomía en dientes permanentes jóvenes, en cuanto al propósito, indicaciones y contraindicaciones.

8. Explicar la pulpotomía en dientes permanentes jóvenes en lo referente a la técnica y seguimiento.

9. Describir la inducción a la apicoformación, en cuanto al propósito, indicaciones y contraindicaciones.

10. Explicar la inducción a la apicoformación en lo que respecta a la técnica y seguimiento.

#### **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

Andlaw RJ, Rolk WP. Manual de Odontopediatría, pp.103-112. México: Interamericana, 1989.

Barbería E. Terapéutica pulpar. En: Barbería E (ed). Odontopediatría. Barcelona: Masson, 1995: 253-266.

Braham RL, Morris ME. Odontología Pediátrica, pp. 178-202. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1987.

Finn SB. Odontología Pediátrica. México: Interamericana, 1983. pp. 179-198.

McDonald RE, Avery DR. Odontología pediátrica y del adolescente, pp. 409-436. Buenos Aires: Panamericana, 1990.

#### **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA**

González Rodríguez E, Ostos Garrido MJ, Peñalver Sánchez MA, González Márquez MI. Libro de prácticas de Odontopediatría. Granada: Universidad de Granada, 1998.

Canalda SC. Biomecánica del ápice abierto. Rev Esp Endod 1988; 7: 56-58.

Canalda SC. Inducción del cierre apical en el diente con necrosis pulpar y el ápice no formado. Av Odontoestomatol 1990; 4: 15-20.

Croll P. Pulpotomía con óxido de cinc eugenol y restauración con corona de acero inoxidable de un molar primario. Quintessence Esp 1993; 549-554.

Domínguez A, Solano E. Root canal treatment in necrotic primary molars. J Pedodontic 1989; 14: 36-39.

Domínguez A, Mendoza A, Solano E. Tratamiento de canales radiculares en molares temporales necróticos. Endod 1991; 9: 92-97.

Domínguez A, Mendoza A, Solano E. Valoración del tratamiento de la pulpotomía al formocresol de dientes temporales en 59 pacientes. Av odontoestomatol 1992; 8: 161-166.

Fuks BA y cols. Assessment of a 2 percent buffered glutaraldehyde solution in pulpotomized primary teeth of school children. J Dent Child 1990; 57: 371-375.

García Godoy F. Evaluation of iodoform paste in root canal therapy for infected primary teeth. J Dent Child 1987; Jan-Feb: 30-34.

Jackson K, Rolk PW, Potts CJ. Vital pulpotomy of fracture immature incisor: a retrospective study. Int J Paediat Dent 1990; 6: 103-108.

Ketley CE, Goodman JR. Formocresol toxicity: is there a suitable alternative for pulpotomy of primary molars?. Int J Paediat Dent 1991; 2: 67-72.

Kopel MH. Consideration for the direct pulp epping procedure in primary teeth. A review of the literature. J Dent Child 1992; 59: 141-149.

Llamas R y cols. Patología pulpar no inflamatoria o pulposis. Rev

Odontoestomatol 1994; 4: 31-39.

Llamas R y cols. Patología pulpar inflamatoria: Patogenia. Pulpitis. Pulpa necrótica. Reabsorción interna. Av Odontoestomatol 1994; 3: 169-181.

Fuks AB. Current concepts in vital primary pulp therapy. Eur J Paediatr Dent 2002; 3: 115-20.

Ibricevic H, Al-Jame Q .Ferric sulphate and formocresol in pulpotomy of primary molars: long term follow-up study. Eur J Paediatr Dent 2003; 4: 28-32.

Zarzar PA, Rosenblatt A, Takahashi CS, Takeuchi PL, Costa Junior LA. Formocresol mutagenicity following primary tooth pulp therapy: an in vivo study. J Dent 2003; 31: 479-85.

Hunter M, Hunter B. Vital pulpotomy in the primary dentition: attitudes and practices of Specialists in Paediatric Dentistry practising in the United Kingdom. Int J Paediatr Dent 2003; 13: 246-50.

Agamy HA, Bakry NS, Mounir MM, Avery DR. Comparison of mineral trioxide aggregate and formocresol as pulp-capping agents in pulpotomized primary teeth. Pediatr Dent 2004; 26: 302-9.

Vij R, Coll JA, Shelton P, Farooq NS. Caries control and other variables associated with success of primary molar vital pulp therapy. Pediatr Dent 2004; 26: 214-20.

## **SEMINARIOS 5 y 6. MALOCLUSIONES MÁS FRECUENTES DE DESARROLLO POSTNATAL: ETIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ (I y II)**

### **SEMINARIO 5. MALOCLUSIONES MÁS FRECUENTES DE DESARROLLO POSTNATAL: ETIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ (I)**

#### ***Contenidos:***

Hábitos más frecuentes en la infancia, repercusiones dentoesceléticas y tratamiento. Pérdidas de espacio: etiología, diagnóstico y repercusiones.

***Objetivos específicos:***

1. Describir los cambios orofaciales que pueden observarse en los respiradores bucales.
2. Indicar las medidas preventivas y terapéuticas para evitar el hábito de respiración bucal.
3. Explicar la etiopatogenia de la deglución anómala.
4. Describir el tratamiento del hábito de deglución anómala.
5. Estimar las repercusiones del hábito de succión sobre las estructuras dento-esqueléticas.
6. Explicar los medios disponibles para la eliminación del hábito de succión.
7. Describir la etiopatogenia y el tratamiento de los hábitos labiales.
8. Enumerar los factores que influyen en la pérdida de espacio y su diagnóstico.
9. Estimar la etiología, el diagnóstico y las repercusiones de las pérdidas prematuras de dientes temporales.

**SEMINARIO 6. MALOCLUSIONES MÁS FRECUENTES DE DESARROLLO POSTNATAL: ETIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ (II)**

***Contenidos:***

Prevención y tratamiento de las pérdidas de espacio. Etiología y tratamiento precoz de las mordidas cruzada posterior, cruzada anterior y abierta anterior no esqueléticas.

***Objetivos específicos:***

1. Describir los medios para la prevención de la pérdida de espacio.
2. Nombrar los aparatos removibles más habituales para recuperar el espacio perdido.
3. Enumerar los aparatos fijos más habituales para recuperar el espacio perdido.
4. Explicar el concepto y la etiopatogenia de la mordida cruzada posterior.
5. Conocer los medios disponibles para el tratamiento precoz de la mordida cruzada posterior.
6. Definir el concepto y la etiopatogenia de la mordida cruzada anterior.
7. Describir las medidas terapéuticas para corregir precozmente la mordida cruzada anterior.
8. Definir el concepto y la etiopatogenia de la mordida abierta anterior no esquelética.
9. Describir las medidas terapéuticas para el tratamiento precoz de la mordida abierta anterior no esquelética.

#### **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

- Canut JA. Ortodoncia clínica, pp. 95-387. Barcelona: Salvat, 1988.
- Christensen J, Fields HW. Hábitos bucales. En: Pinkham. JR. Odontología Pediátrica. México: Interamericana McGraw-Hill, 1996: 375-389.
- Finn SB. Odontología Pediátrica, pp. 326-338. México: Interamericana, 1983.
- Graber TM. Ortodoncia: teoría y práctica, pp. 511-520. México: Interamericana, 1974.
- Morris ME, Braham RL. Hábitos bucales y su manejo. En: Braham RL, Morris ME (eds). Odontología Pediátrica. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1984: 420-424.

Turley PK. Problemas ortodóncicos comunes. En: Barber TK, Luke LS (eds). Odontología Pediátrica. México: El Manual Moderno, 1985: 244-276.

#### **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA**

Carol J. Placas ortodóncicas activas. Rev Esp Ortod 1971; 1: 55-80.

Graber TM, Neumann B. Aparatología ortodóncica removible, pp.196-300. Buenos Aires: Panamericana, 1987.

Mendoza A, Solano E. Problemas transversales. Av Odontoestomatol 1990; 6: 285-292.

Mendoza Mendoza A, Solano Reina E. Manejo del espacio I. Bases fisiopatológicas del desarrollo de las arcadas. Rev de Act Estomatol Esp 1990; 391: 45-51.

Mendoza Mendoza A, Solano Reina E. Manejo del espacio II. Mantenedores de espacio. Rev de Act Estomatol Esp 1990; 392: 57-72.

Mendoza A, Solano E. Manejo del espacio: III Recuperadores. Rev Iberoam Ortod 1992; 2: 23-32.

Mendoza Mendoza A, Solano Reina E. Mantenimiento del espacio. En: Barbería Leache E (ed). Odontopediatría. Barcelona: Masson, 1995: 349-366.

Menéndez M, Travesí J, Baca A. Repercusión entre superficie adenoidea, maloclusión y crecimiento facial. Ort Esp 1989; 30: 63-68.

Ngan PW, Wei SH. Tratamiento de la mordida cruzada posterior en dentición temporal y en las primeras fases de la dentición mixta. Quintessence Esp 1991, 4: 367-375

O'Ryans FS, Gallagmer DM, Labanc JP, Epker BN. The relation between nasorespiratory function nad dentofacia morphology: A review. Am J Orthod 1982; 82: 403-410.

Proffit WR, Mason RM. Myofunctional therapy for tongue thrusting: bak ground and recommendations. JADA 1975; 90: 403-411.

Solano Reina E, Mendoza Mendoza A. Tratamiento temprano de la maloclusión. En: Barbería E (ed). Odontopediatría. Barcelona: Masson, 1995: 367-398.

Ustrell JM. Ortodoncia precoz. Rev Eur Odontoestomatol 1990; 6:551-557.

Ustrell JM. Ortodoncia precoz. Rev Eur Odontoestomatol 1990; 6:551-557.

15. Solano Reina E, Mendoza Mendoza A, Solano Reina A. Hexahélis: distalador intraoral de doble función. Eficacia en el distalamiento. *Ortod Esp* 2002; 42: 59-66.

## **SEMINARIOS 7 y 8. TRAUMATISMOS EN DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES JÓVENES (I y II)**

### **SEMINARIO 7. TRAUMATISMOS EN DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES JÓVENES (I)**

#### ***Contenidos:***

Factores predisponentes, causas, clasificación y diagnóstico de los traumatismos dentarios en la infancia. Tratamiento de las fracturas y de las lesiones traumáticas del ligamento periodontal de dientes temporales.

#### ***Objetivos específicos:***

1. Describir los factores predisponentes y las causas de los traumatismos dentales en la infancia.
- 2 . Clasificar los distintos tipos de lesiones traumáticas.
3. Señalar los datos que deben recogerse en la anamnesis y exploración clínica en el diagnóstico de los traumatismos dentales.
4. Estimar la necesidad del uso de pruebas de diagnóstico complementarias de vitalidad pulpar en los traumatismos dentales.

5. Explicarla importancia del uso de radiografías en el diagnóstico de lesiones traumáticas dentarias, así como otras pruebas complementarias.

6. Describir el tratamiento de las fracturas coronarias y corona-raíz de dientes temporales.

7. Describir el tratamiento de las fracturas radiculares de dientes temporales.

8. Estimar el tratamiento más adecuado en cada una de las siguientes lesiones traumáticas del ligamento periodontal de dientes temporales: contusión, subluxación, luxaciones y avulsión.

9. Explicar las posibles repercusiones de los traumatismos de dientes temporales sobre los gérmenes de los dientes permanentes.

#### **SEMINARIO 8. TRAUMATISMOS EN DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES JÓVENES (II)**

##### ***Contenidos:***

Tratamiento de las fracturas y de las lesiones traumáticas del ligamento periodontal de dientes permanentes jóvenes. Complicaciones de las traumatismos.

##### ***Objetivos específicos:***

1. Explicar las medidas terapéuticas de las fracturas coronarias no complicadas en dientes permanentes jóvenes.

2. Estimar el tratamiento de las fracturas coronarias complicadas en dientes permanentes jóvenes.

3. Explicar los principios terapéuticos y pronóstico en casos de fracturas de corono-raíz en dientes permanentes jóvenes.

4. Describir los principios terapéuticos y pronóstico en las fracturas radiculares de dientes permanentes jóvenes.

5. Estimar la importancia del control de seguimiento de las fracturas radiculares en dientes permanentes jóvenes.

6. Estimar el tratamiento y pronóstico en las siguientes lesiones traumáticas del ligamento periodontal de dientes permanentes jóvenes: contusión y subluxación.

7. Describir el pronóstico y el tratamiento de la luxación intrusiva en dientes permanentes jóvenes.

8. Explicar el tratamiento y pronóstico en cada una de las siguientes lesiones traumáticas del ligamento periodontal en dientes permanentes jóvenes: luxaciones extrusiva y laterales.

9. Evaluar el pronóstico y tratamiento de las avulsiones de dientes permanentes jóvenes.

10. Describir las complicaciones más frecuentes de los traumatismos dentarios en la infancia y adolescencia.

#### **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

Andreasen JO, Andreasen FM. Lesiones dentarias traumáticas, pp. 9-154. Madrid: Panamericana, 1990.

Barber RL, Luke LS. Odontología Pediátrica, pp. 203-218. México: Manual Moderno, 1985.

Barbería E. Lesiones traumáticas en Odontopediatría. Barcelona: Masson, 1997.

Braham RL, Morris ME. Odontología Pediátrica, pp. 312-317. Buenos Aires: Panamericana, 1987.

García Ballesta C. Lesiones traumáticas de los dientes en desarrollo. En: Barbería E (ed). Odontopediatría. Barcelona: Masson, 1995: 269-317.

Magnusson BO, Koch G, Poulsen S. Odontopediatría. Enfoque sistemático, pp. 325-

352. Barcelona: Salvat, 1987.

#### **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

Andreasen JO. Lesiones traumáticas de los dientes. Buenos Aires: Labor, 1980.

Andreasen FM, Andreasen JO. Treatment of traumatic dental injuries. Shift in strategy. *Int J Technol Assess Health Care* 1990; 6: 588-602.

Belanger G, Kluender RL. More about avulsed primary teeth. *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 12

Caprioglio D, Falconi P, Vernole B. I traumi dei denti anteriori in pedodonzia, pp. 3-128. Milán: Hasson, 1987.

Chaparro J, Feito J, Murillo C, Jiménez A. Traumatismos dentofaciales. Estudio estadístico de traumatismos en un grupo de niños sevillanos. *Rev Actual Odontoestomatol* 1991; Junio: 49-59.

Feito J, Jiménez A, Murillo C. Traumatismos dentofaciales. *Rev Actual Odontoestomatol* 1990; 49: 47-48.

Kaba AD, Marecheaux SC. A fourteen-year follow-up study of traumatic injuries to the permanent dentition. *J Dent Child* 1989; 56: 417-425.

Linares García M, Baca García P, Ostos Garrido MJ. Fracturas coronorradiculares completas. Una posibilidad de tratamiento conservador. *Av Odontoestomatol* 1991; 7: 657-661.

Mendoza A, Solano E. Traumatismos en al dentición temporal y permanente inmadura (I). *Quintessence Esp* 1993; 6: 28-44.

Mendoza A, Solano E. Traumatismos en la dentición temporal y permanente inmadura (II). *Quintessence Esp* 1993; 6: 11-125.

Robertson A, Andreasen FM, Andreasen JO, Noren JG. Long-term prognosis of crown-fractured permanent incisors. The effect of stage of root development and associated luxation injury. *Int J Paediatr Dent* 2000; 10: 191-9.

Majorana A, Pasini S, Bardellini E, Keller E. Clinical and epidemiological study of traumatic root fractures. *Dent Traumatol* 2002; 18: 77-80.

Qin M, Ge L, Bai R. Use of a removable splint in the treatment of subluxated, luxated and root fractured anterior permanent teeth in children. *Dent Traumatol* 2002; 18: 81-5.

Feely L, Mackie IC, Macfarlane T. An investigation of root-fractured permanent incisor teeth in children. Dent Traumatol 2003; 19: 52-4.

**SEMINARIOS 9 (1ª parte) y 10 (2ª parte). MALTRATO Y NEGLIGENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.**

**SEMINARIO 9. MALTRATO Y NEGLIGENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: 1ª parte.**

***Contenidos:***

Introducción. Clasificación. Etiología.

***Objetivos específicos:***

1. Justificar la importancia del Odontólogo/a ante el maltrato infantil.
2. Describir cada uno de los maltratos infantiles que pueden ser vistos por el Odontólogo/a.
3. Explicar el concepto de “negligencia dental”.
4. Describir los factores condicionantes del maltrato infantil y que son útiles para el Odontólogo/a en la detección de dicho maltrato.

**BIBLIOGRAFÍA.** La misma que se describe al final del seminario 10.

**SEMINARIO 10. MALTRATO Y NEGLIGENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: 2ª parte.**

***Contenidos:***

Repercusiones en el niño. Importancia del Odontólogo/a en la detección y

diagnóstico. Pronóstico y tratamiento. Responsabilidades legal y ética del Odontólogo/a.

1. Conocer las repercusiones psicológicas, de comportamiento y físicas a que conlleva el maltrato de interés para el Odontólogo/a que trata a niños/as y adolescentes.

2. Describir los aspectos más importantes en la detección y el diagnóstico, por parte del Odontólogo/a, del maltrato infantil.

3. Estimar el pronóstico del niño/a maltratado, así como la actitud del Odontólogo/a ante el tratamiento.

4. Describir los aspectos legales concernientes al Odontólogo/a ante los casos de maltrato infantil.

#### **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

ADA Council on Dental Practice. The dentists' responsibility in identifying and reporting child abuse, 1989.

Jessee SA. Child abuse. *J Dent Child* 1999; 66: 17-22.

Jiménez Morago J, Oliva Delgado A, Saldaña Sage D. Maltrato y protección a la infancia en España, pp. 17-20 y 45-61. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.

Kempe RS, Kempe CH. Los niños maltratados. Madrid: Morata, 1979.

Mouden LD, Bross DC. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *JADA* 1995; 126: 1173-80.

Needleman HL Maltrato y abandono infantil. En: McDonal RE y Avery DR (eds). *Odontología pediátrica y del adolescente*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1990: 33-44.

Sanger RG, Bross DC. Implications of child abuse and neglect for the dental profession. *JADA* 1982; 104: 55-56.

#### **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA**

Becker DB, Needleman HL, Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. *JADA* 1978; 97: 24.

Coyne J. Detection of child abuse. *Dentistry* 1991; February: 5-9.

Current trends in child abuse reporting and fatalities: the result of the 1997 annual fifty state survey. The National Committee to Prevent Child Abuse, May 1998.

Dodge KA, Bates JE, Pettit GS et al. Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 632-43.

Fernández Delgado FJ, Vallejo Bolaños E, López Trujillo JM. Diagnóstico odontológico forense en el reconocimiento de niños maltratados. *Quintessence Esp* 1999; 12: 287-291.

Gracia E, Musitu G. El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Madrid: Ministerio de asuntos sociales, 1993.

Jessee S. Detecting and reporting child maltreatment-dentists' obligations. *Gen Dent* 1994; 42: 218-21.

Jiménez J, Moreno MC, Oliva A, Palacios J, Saldaña D. El maltrato infantil en Andalucía. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, 1995.

Kassebaum DK, Dove SB, Cottone JA. Recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists. *Gen Dent* 1991; 39: 159-62.

Vadiakas G, Roberts MW, Dilley DCH. Child abuse and neglect: ethical and legal issues for dentistry. *J Mass Dent Soc* 1991; 40: 13-15.

Fernández Delgado FJ, Vallejo Bolaños E, López Trujillo JM. Diagnóstico odontológico forense en el reconocimiento de niños maltratados. *Quintessence Esp* 1999; 12: 287-291.

Higgins DJ. The importance of degree versus type of maltreatment: a cluster analysis of child abuse types. *J Psychol* 2004; 138: 303-24.

Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs* 2004; 9: 332-8.

Iler RF, Jamrozik K, Weller DP. Suspected child abuse: false positives or false negatives?. *Med J* 2004; 181: 240-1

### **Programa clínico práctico (10,5 créditos)**

Tiene como objetivo el desarrollo de las conductas motoras o el adiestramiento y adquisición de destrezas por parte del alumno.

Las prácticas clínicas se realizan en situación real, ante pacientes infantiles. Nosotros aspiramos conseguir que el alumno aprenda a valorar el aparato estomatognático como una unidad y al paciente infantil como un todo. Se enfocará así, cuando se pretenda mantener la ausencia de toda patología o restaurar la salud perdida.

Debido a que la Clínica Odontológica Integrada Infantil es una disciplina eminentemente práctico-clínica y a que los alumnos en cursos anteriores han realizado prácticas preclínicas y llegan a nuestra asignatura con cierto bagaje clínico, en nuestro programa desde el principio comienzan a realizar la actividad clínica odontológica, poniendo en práctica las enseñanzas adquiridas previamente, así como las presentadas en el contenido teórico de nuestra asignatura.

La programación de las prácticas clínicas la estructuramos:

- A cada profesor se le asigna un grupo reducido de alumnos.

- Los niños y adolescentes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada, en demanda de diagnóstico y tratamiento, son recepcionados por profesores de la Facultad, que los distribuye convenientemente, mediante la realización de un estudio general, para así poder valorar su patología y la mayor o menor complejidad. Los de menor complejidad, son tratados por alumnos de cuarto curso y los más complejos, por alumnos de quinto curso, en nuestra disciplina.

- El profesor encargado del grupo debe estar presente desde el inicio al final de la actividad clínica de sus alumnos en los pacientes, dirigiendo y supervisando la misma.

- Los alumnos realizarán en los pacientes una historia clínica completa que recogerá esencialmente: datos de filiación, motivos por los que el niño viene a la clínica, historial del niño desde la etapa prenatal a la actual, historial familiar (de especial importancia para ciertas patologías bucales), tipo de lactancia, hábitos, alergias y sus tipos, enfermedades generales y otras locales que pudieran repercutir en el aparato estomatognático. Posteriormente, pasarán a realizar las exploraciones generales y complementarias necesarias y la exploración clínica sistematizada y pormenorizada de toda la cavidad bucal. Con todo ello, elaboran un diagnóstico y un plan de tratamiento previos que posteriormente presentarán al profesor, éste, junto al alumno, comentará con detalle todos los datos recogidos, orientará sobre la necesidad de consultas interdisciplinarias, sobre la realización secuencial del tratamiento y en qué fase del tratamiento debe ser derivado al especialista, cuando el caso así lo requiera. Una vez que el profesor ha dado y firmado su aprobación, el plan de tratamiento será presentado a los padres, que deben ser motivados junto a su hijo. Una vez aceptado por los mismos se iniciará el tratamiento.

A continuación se resume la estructuración del desarrollo de las prácticas clínicas:

1. Admisión de pacientes
2. Historia clínica, exploración y pruebas complementarias.
3. Determinación de necesidades. Jerarquización. Confección del plan de tratamiento.

4. Presentación del plan de tratamiento a los padres. Motivación.
5. Realización de tratamientos integrados.

Al organizar las prácticas clínicas, el profesor debe procurar que la complejidad de los trabajos a realizar se ajuste a la habilidad y grado de adiestramiento del alumno. De tal forma, que comience por los tratamientos más simples y continúe por los que requieren mayor adiestramiento y capacitación, dejando para el final los más complejos. Pretendemos con ello que el proceso enseñanza-aprendizaje se realice de forma progresiva, beneficiándose el alumno y el paciente.

Con esta metodología, el profesor estimula al alumno a que abra su mente a un conjunto de posibilidades que debe poner en juego, a la hora de planificar los tratamientos con visión de futuro en los niños. Por otra parte, debe acrecentar las responsabilidades ética y deontológica, mediante el estímulo y refuerzo de los valores de sus alumnos.

Probablemente con esta metodología los alumnos se educan en la metódica del trabajo, buscando la mejor solución para cada problema en forma secuencial e integrada.

Las prácticas clínicas comienzan en octubre y finalizan en junio, disponiendo la asignatura de diez y medio créditos clínicos. Para su realización disponemos de una sala con un total de 26 gabinetes o boxes. Tendrán lugar los lunes y los martes desde las 17 a las 19 horas. En cada box trabajan dos alumnos, uno como operador y otro como ayudante, alternándose en ambos días. El profesor debe estimular al que hace de ayudante para que participe en todo el proceso de diagnóstico, prevención y tratamiento, pidiendo sus opiniones. Por otra parte, se debe potenciar el que los alumnos participen de los trabajos de otros compañeros, ayudando a buscar solución a sus dificultades.

Para cada alumno se dispone de una ficha y un libro. En éste, y en la página correspondiente figura el número de práctica, fecha, nombre y apellidos del paciente, su número de historia, el tratamiento, puntuación, observaciones y firmas del profesor y del alumno. De esta forma queda recogido el tratamiento realizado y la aprobación del mismo por el profesor, así como su evaluación. Ésta, por tanto, es continua y se refiere no solo al aspecto técnico, sino también a la actitud del alumno ante el paciente y en su

propia evaluación, respecto a los conocimientos teóricos que recuerda y en su defecto el interés por volver a estudiarlos.

Estos controles son revisados al final de cada trimestre y cada profesor expone ante los demás, el conocimiento que tiene de sus alumnos y cuáles son las dificultades y problemas que éstos más frecuentemente encuentran.

### **Las tutorías**

En nuestra disciplina a cada profesor se le asigna su mismo grupo de prácticas, ya que con él tiene un contacto más directo. Durante todo el curso los alumnos pueden acudir a su tutor en el horario asignado para tutorías. Durante este tiempo el profesor está a disposición de los alumnos para aclarar dudas sobre la enseñanza de la disciplina y para intentar resolver problemas particulares del alumno; fomentándose una mayor relación entre alumno y profesor. Éste, amplía su información respecto al grado de aprendizaje del alumno, pudiendo así orientarlo y motivarlo, aunque nos sólo en este aspecto, sino también en la realización de trabajos de revisión o investigación; lo que es de gran interés para despertar la vocación universitaria en quien tiene las capacidades y valores necesarios.

Las tutorías son, por tanto, un complemento fundamental de la actividad docente. Es quizás el método más personalizado de que dispone la enseñanza, al permitir una relación profesor-alumno en la que el alumno recibe una información pormenorizada de su grado de aprendizaje.

### **Recursos**

Los recursos materiales de que disponemos son de dos clínicas, una con 26 gabinetes o boxes dentales (para las prácticas de los lunes) y otra de 17 boxes (para las prácticas de los martes), 4 aulas y un despacho.

Los recursos humanos que se disponen actualmente son:

1 profesora titular a tiempo completo (Encarnación Vallejo Bolaños): 240 horas de docencia.

3 profesores asociados a tiempo parcial (José Matías García-Anlló López y José Manuel López Trujillo e Isidoro Cabrera Fernández):  $180 \text{ h} + 180 \text{ h} + 180 = 540$  horas de docencia.

Total de horas de docencia: 780 horas

### **Evaluación**

En la disciplina de Odontología Infantil y Ortodoncia Integradas tanto los conocimientos teóricos como los aspectos prácticos y clínicos tienen una gran importancia, por lo que utilizamos varias formas de evaluación de las presentadas para valorar a nuestros alumnos.

En nuestro objetivo de valoración continua de todo el periodo de aprendizaje, observamos todo el proceso de realización y no solo el producto final, con lo que tenemos en cuenta los diversos aspectos de la labor del alumno, estudiante durante su proceso lectivo con nosotros: asistencia a clases, tutorías, intervenciones en seminarios, prácticas, trabajos, disertaciones, etc., así como exámenes. Esta valoración integral nos permite emitir una calificación muy objetiva del alumno, no sólo por el resultado de una prueba, sino por la evaluación con un contacto directo a lo largo de todo un curso. Toda esta información queda reflejada en la ficha del alumno.

Debido al carácter eminentemente clínico de nuestra asignatura la mayor parte del tiempo se dedica a las prácticas clínicas, en éstas el alumno continuamente integra teoría y práctica. Por esta razón la evaluación debe ser continua, desde el principio al final, día a día. Ya mencionábamos que para cada alumno se dispone de un libro de prácticas, en el que se describe cada día la práctica realizada y su evaluación. Ésta, es un reflejo de los conocimientos en los ámbitos cognoscitivo y psicomotriz, las habilidades,

las actitudes, el nivel deontológico y ético, las reacciones ante problemas y la habilidad para resolverlos. Quizá, sea la parte de la evaluación más difícil, pues exige el código moral y ético que todo profesor debe continuamente tener presente en aras de la objetividad. Este sistema de evaluación puede ser el más adecuado para evaluar al alumno en nuestra asignatura, teniendo en cuenta una serie de factores, fundamentalmente:

- 3 Realización de una historia clínica completa y adecuada.
- 3 Expedición de pruebas complementarias afines.
- 3 Interpretación correcta de datos.
- 3 Establecimiento de un plan de tratamiento adecuado.
- 3 Realización correcta de la jerarquización del tratamiento.
- 3 Calidad de los tratamientos efectuados.
- 3 Manejo del paciente.
- 3 Empleo de la clínica e instrumental, según los principios ergonómicos exigidos.
- 3 Actitud del alumno con el paciente infantil y con sus padres.
- 3 Duración apropiada del tratamiento y de las citas.
- 3 Desarrollo de una actitud favorable en los niños y sus padres hacia la conservación de la salud oral.

Por ello pretendemos que el alumno realice todos los tipos de trabajos clínicos que pueda encontrarse posteriormente en su práctica profesional, puntuándose la calidad de éstos y no su cantidad, por ello no exigimos un número mínimo de trabajos a realizar.

Una vez evaluada la práctica, al pie de página firman el profesor y el alumno, lo que permite a éste, en ese momento, hacer comentarios sobre su evaluación. Aunque el profesor durante todo el desarrollo de la práctica vaya orientando, en este momento de la evaluación hay otra oportunidad: para el alumno, pues le permite comprender razonablemente cuales son sus dificultades y para el profesor, que puede orientarle a resolverlas y a motivarle. Por otra parte, consideramos que esta pueda ser también una forma de evitar la subjetividad que pudiera llevar implícita este tipo de evaluación.

La calificación para cada una de las prácticas clínicas se realiza en base a las medidas: Alta, media y baja.

Con esta evaluación sistemática y continua no solo conocemos, juzgamos y mejoramos el progreso del alumno, “evaluación formativa”, sino que además nos permite observar la marcha y efectividad del proceso formativo y qué elementos de nuestro programa funcionan y cuales deben modificarse.

Consideramos, por otra parte, necesario hacer un examen al final de curso, para evaluar las enseñanzas de los seminarios y las prácticas clínicas. Este examen consiste en responder por escrito a las preguntas que se hacen en los siguientes apartados:

a. Cinco preguntas cortas y abiertas sobre un caso clínico, para lo cual se le muestra al alumno todos los datos necesarios de un paciente infantil para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

b. Cinco cuestiones breves y variadas correspondientes a la teoría desarrollada en los seminarios.

Este tipo de examen nos permite, por una parte, conocer los conceptos teóricos y prácticos aprendidos durante el curso y por otra, ayuda a compensar posibles subjetividades en la evaluación continua de las prácticas.

Las respuestas y las calificaciones a las preguntas, previamente han sido elaboradas por consenso entre los profesores de la asignatura, disponiendo cada uno de una copia de las mismas. Las puntuaciones máximas serán de dos puntos para cada pregunta. La puntuación global es de *Sobresaliente* (más de 8 puntos), *Notable* (de 7 a 8 puntos), *Aprobado* (de 5 a 6,9 puntos) y *No apto* (menos de 5 puntos).

En cuanto a la valoración final, estamos de acuerdo en que el programa clínico-práctico represente el setenta por ciento y el examen final el 30%. Se debe aprobar por separado la práctica y la teoría y después se procede a la obtención de la nota media.

Respecto a la evaluación en el ámbito afectivo, es una parcela difícil de evaluar, las actitudes, valores o intereses de ellos y más aún traducirlas a cifras.

Debido a la subjetividad de la evaluación afectiva, vale la pena dedicar un esfuerzo para saber en qué medida se han logrado estos objetivos por parte del alumno, para lo que recurrimos a la *observación* y *entrevista*.

Para la observación, cada profesor va anotando en la ficha del alumno, los comportamientos que tienen lugar durante el desarrollo de sus las actividades. Posteriormente, se contrastan entre los profesores las anotaciones recogidas individualmente para cada alumno.

La entrevista, la consideramos importante para conocer información de la personalidad del alumno, aparte de que nos puede sacar de dudas en cuanto a la opinión que teníamos de él por la observación.

Para los **exámenes de septiembre**, para la parte clínica elaboramos 5 preguntas cortas sobre un caso clínico que haya sido dignosticado y tratado en la asignatura durante el curso. El alumno responderá verbalmente y dispondrá de una hora.

Para la parte teórica, el alumno podrá optar por examinarse oral o escrito. El examen consta de 5 preguntas breves relacionadas con los seminarios y la teoría que se ha aplicado en la clínica durante el curso. El alumno dispondrá de una hora.

En ambos casos, para la teoría y la práctica, las respuestas y calificaciones de cada pregunta previamente han sido elaboradas por los profesores de la asignatura, disponiendo cada uno de una copia. La calificación máxima por pregunta será de 0,5 puntos. Considerando *No apto* menos de 5 puntos, *Aprobado* de 5 a 6,9 puntos, *Notable* de 7 a 8 puntos y *Sobresaliente* más de 8 puntos.