



Colecionando Conhecimentos

4º ANO

ADAPTAÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO À CONSULTA ODONTOLÓGICA

O paciente pediátrico, por sua condição especial, tem características especiais que devem ser consideradas no momento do tratamento em consultório. Embora se recomende, por prevenção, que a primeira consulta odontológica da criança seja feita a partir do primeiro ano de idade, é aos três anos que a criança começa a mostrar melhor sua habilidade para relacionar-se, o que nos permite uma melhor comunicação com ela e a possibilidade de fazê-la entender, mediante recursos muito simples, que somos seus amigos e que nossa intenção é ajudá-la a ter uma boa saúde bucal.

A primeira consulta odontológica é muito importante e a impressão que o paciente pediátrico tem dela será determinante para a realização do tratamento necessário nas visitas seguintes. É por isso que devemos estar preparados para este encontro desde o começo.

Quando a criança entra no local onde será atendida, devemos saber como vamos nos dirigir a ela.

Falar de assuntos que a interessem, como seu filme ou história em quadrinho preferida, ajuda estabelecer uma boa comunicação.

Nesta primeira visita, devemos explicar ao paciente TUDO o que vamos fazer e QUAL É a finalidade do que vamos fazer.

É preciso entender que precisamos respeitar o paciente e entender seus temores e ansiedades.

É importante não mentir em nossas explicações. Podemos informá-lo, passo a passo, de cada procedimento, utilizando palavras que não se associem com nada que seja desagradável. Para isso, existem técnicas que, bem utilizadas, nos ajudam a conseguir que a criança aceite a experiência.

É importante levar em consideração que, salvo se for necessária a realização de um tratamento de emergência, bastará, na primeira consulta, fazer um levantamento clínico em que “vamos contar todos os dentes”, ver “se você está escovando direitinho”, “tirar umas fotos” (radiografias coronais) e aplicaremos flúor tópico, o qual é uma “geléia para fazer com que os dentes fiquem mais bonitos”.

Devemos apresentar ao paciente a pinça, com a qual colocamos algodão, o espelho “para ver melhor dentro de sua boca” e o explorador, que é um “contador de dentes”.

Mostrar o instrumental que vamos utilizar para “limpar seus dentes” é também um recurso muito valioso.

O micromotor é uma “escovinha que joga água para lavar os dentes sujos”. Devemos dizer à criança que está se comportando bem e agradecer por seu bom comportamento.

Ao final da consulta, certamente receberá um prêmio por ter-se comportado de “modo excelente”. O prêmio pode ser um adesivo, um detalhe para colocar em sua camiseta, um pequeno presente, enfim, um reforço positivo que garanta uma conduta semelhante nas futuras visitas.

Outra técnica que podemos utilizar é a apresentação de “modelo”, que consiste em permitir que a criança presencie o tratamento realizado com outro paciente que se comporta muito bem e, assim, conseguir que ela o imite.

Existem outros recursos que podemos utilizar na consulta para conseguir dessensibilizar a criança e diminuir o grau de ansiedade, como, por exemplo, a musicoterapia, ou seja, utilizar música de relaxamento enquanto explicamos os procedimentos utilizados com voz suave e agradável.

Outra opção é a utilização de jogos ou truques de magia. O ambiente que cerca a criança deve ser sempre agradável. Por isso, a colocação de um móvel ou brinquedo perto do equipamento ou pendurado na lâmpada ajudará o paciente a relaxar um pouco mais. O uso de um babador compatível com sua idade, com desenhos e cores, e fazer com que a criança participe do tratamento, segurando alguns instrumentos, são formas de integrá-la como parte importante do tratamento.

É preciso lembrar a importância de sempre reforçar no paciente o comportamento positivo, para conseguir que ele se repita no futuro, e pedir aos pais ou representantes que continuem esse reforço, dizendo à criança: “Você se comportou muito bem no dentista!” e “se você se comportar, vou levar você outra vez ao dentista como prêmio”.

Resumo

Adaptação do paciente pediátrico à consulta odontológica

- Chamar a criança pelo nome;
- Comentar com o paciente assuntos de seu interesse (filmes e histórias);
- Explicar ao paciente, passo a passo, cada procedimento;
- Substituir as palavras com conotação desagradável por outras;
- Realizar procedimentos muito simples na primeira consulta, como, por exemplo, um histórico clínico, radiografias coronais e aplicação de flúor. Não esquecer de agradecer o paciente por seu bom comportamento, com reforço positivo para que esse comportamento se repita nas visitas seguintes;

Outras técnicas:

- Modelo: realizar um tratamento com paciente que se comporta bem para que a criança o imite;
- Utilização de jogos, truques de magia;
- Musicoterapia: música para relaxar



Tópico elaborado por
Dr. William Carrasco C.
Ex-presidente da Sociedade
Venezuelana de Odontopediatria
Professor da cátedra de Odontologia
Pediátrica da Faculdade de
Odontologia da Universidade Central
da Venezuela

PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA: PULPOTOMIA

Para começar, é necessário definir dois termos importantes: emergência e pulpotomia.

Segundo o Dr. Lasala, define-se como “emergência” a necessidade imperiosa de resolver, com extrema rapidez, um problema. Em Odontologia, o problema a ser resolvido é patológico e pode ter sido causado por traumatismo, inflamação dolorida, infecção, hemorragia, etc.

De acordo com o glossário de procedimentos da Associação Americana de Endodontia (AAE), pulpotomia é a remoção cirúrgica da porção coronária da polpa com a idéia de manter a vitalidade da parte radicular remanescente.

Para o Dr. Lasala, é a exérese ou remoção parcial da polpa viva sob anestesia local, completada com a aplicação de medicamento que, protegendo e estimulando a polpa residual, que favorece a cicatrização e a formação de uma barreira calcificada de neodentina, permitindo a conservação da vitalidade pulpar.

Como medicamentos, utilizam-se hidróxido de cálcio em pó misturado com água destilada e outros preparados comerciais como Calxyl, Puldent, etc.

Atualmente, recomenda-se a utilização de MTA (Mineral Trioxide Aggregate), que está sendo estudado como agente para o recobrimento pulpar direto e que demonstrou ser biocompatível, produz menos inflamação pulpar e uma ponte de dentina maior do que o produzido pelo hidróxido de cálcio. Contudo, nossa experiência baseia-se mais no hidróxido de cálcio (3).

Indicações

De acordo com o guia clínico de Endodontia da AAE, a pulpotomia é indicada para nos seguintes problemas clínicos:

1. Exposição da polpa ou pulpíte irreversível de dentes temporários sem patologias que possam pôr em perigo o dente sucessor.
2. Como procedimento de emergência até que o tratamento endodôntico possa ser realizado.
3. Como procedimento em dentes permanentes com ápice imaturo até o final de seu desenvolvimento, seja em razão de cárie ou traumatismo.

Objetivos

1. Aliviar e evitar situações adversas de sinais e sintomas.
2. Para induzir evidência radiográfica de fechamento apical ou reparação sem danificar o tecido de apoio.

Técnica:

O caso mais comum é o de dentes jovens imaturos que sofreram traumatismo envolvendo a câmara pulpar.

1. Exame clínico: avaliar os tecidos moles, mobilidade, tempo de exposição da polpa, Radiografias. Utilizar lupas ou aumento possível e diagnóstico.
2. Anestesia, isolamento (pode ser à distância), desinfecção do campo operatório; pode-se lavar a cavidade com clorexidina 2%.
3. Abertura da cavidade ou câmara com broca redonda grande, de acordo com o dente (recomenda-se colocar a broca sobre a radiografia. Isto nos ajuda a ver o tamanho aproximado da broca que vamos utilizar).

4. Remoção da polpa coronária com a broca selecionada em baixa velocidade e usando uma cureta de dentina de cabo largo para regularizar.

5. Lavagem da cavidade com soro fisiológico e clorexidina a 2%. Para controlar a hemorragia, aplicar leve pressão, com cotonete impregnado de anestesia contendo adrenalina, trombina ou ciclocapron; lavar com clorexidina a 2% e soro fisiológico.

6. Exame para ver se a ferida pulpar é nítida e se o sangramento foi controlado.

7. Limpeza das bordas com cureta de dentina, secagem com cotonete e, em seguida, colocação de pasta de hidróxido de cálcio com água destilada sobre a cavidade pulpar; pressione levemente; podem ser usados outros medicamentos como cálcio, puldent e MTA (5).

8. Limpeza das paredes com cureta de dentina e secagem com cotonete (não utilizar ar), colocação de camada de cimento, tipo vidro ionomérico (6), e, em seguida, a restauração permanente de imediato.

Pós-operatório

Nos casos bem selecionados, o pós-operatório deve ser assintomático. Contudo, alguns casos apresentam leve dor que pode ser tratada com analgésico e não deve passar de três dias, quando a dor é aguda, intensa e o prognóstico é reservado.

Nos casos em que a pulpotomia é feita de emergência em um dente permanente com ápice formado, coloca-se como medicamento o eugenol e recomenda-se fazer o tratamento de canal o mais rápido possível.

Quando realizada em dentes temporários, recomenda-se colocar formaldeído como medicamento para substituir o formocresol que, segundo relatos, é citotóxico.

Sugeriu-se o uso de formocresol em pulpotomias e demonstrou-se que ele produz calcificação do sistema de canal, dificultando a remoção do tecido, complicando a endodontia futura. Portanto, se esta técnica for utilizada, recomenda-se realizar a terapia endodôntica o mais rápido possível (6).

A partir de 4 a 6 semanas, inicia-se a formação da ponte de dentina e recomenda-se fazer controle após seis meses, doze meses e dezoito meses, para verificar:

- 1 – Ausência de sintomas.
- 2 – Presença de ponte de dentina.
- 3 – Em dentes imaturos, observa-se o estreitamento gradual do canal e acabamento da formação radicular e apical.

Bom prognóstico:

Evidenciado com a formação da ponte de dentina e a formação completa da raiz.

BIBLIOGRAFIA:

1. American Association of Endodontics "Glossary" Contemporary Terminology for Endodontics, 1998.
2. Lasala A., "Endodoncia" 4a. ed. Ed. Científicas y Técnicas S.A., Masson y Salvat, Espanha, 1992:263.
3. Torabinejad M. e col., "Physical and chemical properties of a new root-end filling material", J. Endod, 1995:21 349-53.
4. American Association of Endodontics: "Guide to Clinical Endodontics", 2004:9.
5. Kyung-San M. Y. col. "Human pulp cell response to portland cement in vitro", J. Endod, 2007:33:163-6.
6. Gerstein H. "Techniques in clinical Endodontics", 1 ed., WB Sanders Company, USA, Philadelphia, 1983 pp. 133-161.



Tópico elaborado por
Dr. Enrique Perez
Membro Honorário da Sociedade
Venezuelana de Endodontia
Professor aposentado
Universidade Central da Venezuela