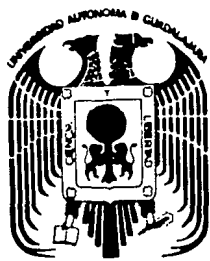


1  
2ej

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA**  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**



TEJIS CON  
FALSA DE ORIGEN

**TRATAMIENTO DENTAL EN NIÑOS MENORES  
DE TRES AÑOS.**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
ROSA MARIA AGUILAR LOAIZA  
ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ  
GUADALAJARA, JALISCO. 1985



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

## CAPITULO I

Pag. 3

### PROBLEMA PSICOLOGICO

- a).- Establecer comunicación con el niño. 4-12
- b).- Las formas más exitosas de establecer comunicación con el niño. 12-14
- c).- La posición de debemos tomar con el niño. 14-17
- d).- Seleccionar temas. 17
- e).- Preparación adecuada para el niño. 18-20

## CAPITULO II

### PRESENTACION DE LOS NIÑOS

- a).- Aquellos con los que nos podemos comunicar. 21-25
- b).- Aquellos con los que nos podemos comunicar por momentos muy pequeños. 25-33-36
- c).- Aquellos con los que la comunicación es imposible. 38-40

## CAPITULO III

### PROBLEMA DENTAL

- a).- Etiología -Caries- 43-48
- b).- Fracturas Dentales. 48-51

c).- Defectos Estructurales	51-57
d).- Infecciones Bacterianas	57-62
e).- Dientas Natales y Supernumerarios	62-63

A).- ARMAMENTO ESPECIAL

1).- Abrebocas Infantil	64
2).- Envoltura Infantil	64
3).- Atarax o Vistaril	64

CONCLUSIONES	69
--------------	----

BIBLIOGRAFIA	65-68
--------------	-------

## INTRODUCCION

El manejo Dental del niño menor de 3 años, es uno de los temas menos tratados por la literatura Dental.

La anestesia General, esperarse a que el niño crezca a los tratamientos provisionales, han sido las rutas más favorecidas por el C.D., cuando se enfrenta al problema Dental establecido en un niño menor de 3 años.

El objetivo fundamental de éste, es presentarle al C.D., un cuadro completo de valoración del problema desde el punto de vista de la clínica Dental.

Para obtener algunas formas eficaces del manejo del niño menor de 3 años, es necesario aceptar cada niño; si supiera que un problema de conducta o un estado de ansiedad pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos, tal aceptación se producirá solo como resultado de estudio investigación continuas en el comportamiento intacto de la Psicología Infantil en relación con la Odontología.

Debemos tomar en cuenta que pocos padres comprenden la desventaja del Odontólogo, presentando a un niño asustado, ansioso, de hecho opuesto al exámen inicial y demás procedimientos.

Solo en raras ocasiones la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del pequeño, la preparación de los padres efectuaron para la primera visita, o las posibilidades de una experiencia lamentable previa.

Sin embargo los padres esperan que el Odontólogo domine por completo la situación, y preste el servicio a sus hijos cualquiera que sea su reacción.

Por eso es muy importante que nosotros sepamos manejar al niño y utili

**lizar las formas y técnicas más adecuadas para cada niño; tomando en cuenta su edad psicológica y fisiológica, para poder realizar cualquier tipo de tratamiento y que su finalidad sea todo un éxito.**

## CAPITULO I

### PROBLEMA PSICOLOGICO

El objetivo fundamental de éste Tema, es presentar al C.D. un cuadro - completo de valoración del problema desde el punto de vista de la Clínica Dental.

Para obtener algunas formas eficaces del manejo del niño de 3 años, -- es necesario aceptar a cada niño.- Si se supiera que un problema -- de conducta o un estado de ansiedad pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos; tal aceptación se produciría como resultado de estudio, investigación continuas en el comportamiento intacto de la psicología infantil en relación con la Odontología.

Por eso es muy importante que nosotros sepamos manejar al niño y utilizar las formas y técnicas adecuadas.

OBJETIVOS que se deben seguir para que se lleva a cabo éste proceso son:

- A).- Establecer comunicación con el niño
- B).- Las formas exitosas de establecer comunicación con los niños.
- C).- Posición que debemos tomar con el niño.
- D).- Seleccionar temas
- E).- Preparación adecuada para el niño.

a).- ESTABLECER COMUNICACION CON EL NIÑO

Ralph M,D: 20: Dice que uno de los principales objetivos es establecer la comunicación y hacerle sentir que el Odontólogo y sus asistentes son sus amigos, y están interesados en él.

Esto puede hacer que el chico tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y de los diversos procedimientos.

El niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento por que carece la capacidad de comunicación con el Odontólogo y el personal auxiliar.- Es importante que el profesional tenga presente que ésta reacción puede ser considerada normal y que es parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él o su personal.- Con esto en la mente debe trabajar con rapidez, suavidad y aún así con cooperación total.

Dentro del problema psicológico del niño tenemos las reacciones a la experiencia odontológica.

ESTAS REACCIONES SON CUATRO.

- 1.- Temor
- 2.- Ansiedad
- 3.- Resistencia
- 4.- Timidez.

El Odontólogo que trata niños se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra unas reacciones definidas.- Puede darse una combinación de varias de esas reacciones.



Ralph M.D: 20- nos dice lo que es el

### TEMOR

Una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia, su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

### ANSIEDAD

La ansiedad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia, su reacción puede ser violenta, agresiva por ejemplo.

Una exhibición de rabietas pueden convertirse en hábito.- Por lo tanto el Odontólogo debe identificar en el consultorio si la reacción es de temor agudo o una rabieta.- Por supuesto si el niño está realmente asustado el Odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud; y si por el contrario es una rabieta, el Odontólogo puede demostrar su autoridad y dominio de la situación.

### RESISTENCIA

Es una manifestación de ansiedad o inseguridad y de hecho el niño se rebela contra el medio, puede hacer despliegue contra el Médico de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando desea.

El Odontólogo tiene dificultades para comunicarse con éste tipo de pacientes, el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier cosa.

Si bien no entra en la responsabilidad del Odontólogo tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en la experiencia previa la educación - en el hogar y el medio.

#### TIMIDEZ

Es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en caso - del paciente de primera vez, suele estar relacionado con una experiencia social muy limitada por parte del niño.- El niño tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el Odontólogo.- Por otra parte la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen en el exceso.- Otro punto muy importante dentro del problema psicológico.

#### El paciente de primera vez

Esta aceptado que la preparación meditada del niño de los padres antes - de la primera visita, dará por resultado un mejor esquema de conducta -- en el consultorio dental.

La preparación bien puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre.- La recepcionista explicará que a - menos que exista emergencia el Odontólogo desearía que la primera visita se arreglara para un momento que le permita completar el exámen e introducir al niño en la odontología sin apuros.

#### Momentos de la Visita

El momento más indicado del día son las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños.

El Odontólogo está mas alerta y más capacitado para lidiar con las reacciones impredecibles.- Sobre todo si se sabe que es poco cooperativo o de alguna manera disminuído.

Con ésta podemos evitar que el niño no esté en la sala de espera, dando le la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse con ruidos desusados o hechos.

Por lo tanto para éste tipo de niños que ya mencionamos, debemos tomar en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de otros pacientes que puedan influir o perturbar al niño.

Watson E.H: 17 Habla acerca del temor, y dice que es en su mayor parte cultivado en el hogar; cree además que hacia los 3 años la vida emocional del niño a quedado establecida y que los padres han determinado si el niño se convertirá en una persona llorosa o quejosa, cuya vida -- estará regida por el temor.

Los niños mayores experimentan en segundo temor, un temor adquirido, de sarrollado por irritación de aquellos que temen.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el Odontólogo debe primero proceder determinar el grado de temor y los factores que - pueden ser controlables por él.

Gesell, A, y Llg, F.L.S. : Menciona un tercer temor, es el resultado - de experiencias desagradables con un animal, un compañero o quizá un médico o Dentista.

Quienes tengan ésta reacción pueden estar irritando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

Algunos niños llegan al consultorio dispuestos a responder con tensión o temor, sobre todo a causa de la manera en que la Odontología les fué presentada en el hogar.

En caso aislado de una experiencia odontológica traumática que dejó sensibilizado al niño y desarrolló en él sus propios temores a partir de padres, familiares y relaciones.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la prevención dental en cuanto al problema de eliminar el temor, incluyendo postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridicularizarlo, retarlo o dejar que observe la atención dental de otro niño.

Ninguno de éstos métodos ha tenido éxito para resolver el problema, por que la mayoría de los niños llegan al consultorio con necesidades de algún tratamiento inmediato.

Por lo tanto no es posible postergar el tratamiento de un niño miedoso en la esperanza de que supere su temor y que se torne más cooperativo.

Lo más eficaz sería que el Odontólogo se enterara de la causa del temor a menudo el niño expresará su temor o relatará algo que escuchó, sobre la experiencia odontológica que lo asustó.

En éste caso el profesional podrá proceder a borrar ésa idea, mediante demostraciones o explicaciones.

Dr. Lenchnner, V. 17 : Habla de uno de sus estudios y vemos cuando interrogó a las madres, en su mayoría preferían las sesiones prolongadas por sí mismas y por sus hijos; las razones dadas para preferir éstas -- incluyeron además del bienestar físico y psicológico del niño y su -- preocupación por tener que pedir permisos en la escuela muy frecuentes.

Dr. Ewald H. y Dr. Helment W. 10 : Opinan que el tratamiento es uno de los más comunes en el arte de curar, pero también uno de los más comunes y desagradables.

La situación es especialmente precaria en la práctica infantil, jamás -- debería olvidarse que de las primeras impresiones que el niño tenga respecto al Dentista, dependerá todo su comportamiento futuro frente al -- tratamiento y cuidado de su dentadura.- Si bien se dá cada vez más importancia a la psicología en el tratamiento odontológico especialmente en los niños; su empleo en la práctica todavía es muy descuidado, sobre todo se descuida la preparación sistemática de los niños para el -- tratamiento odontológico.

Tenemos los factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento odontológico; resultando dos grupos:

1.- Factores Favorables

- a).- Medios educativos para la Salud.
- b).. Influencia positiva de los padres u otras personas.
- c).- Buenas experiencias personales en el consultorio.

2.- Factores desfavorables.

- a).- Haber escuchado experiencias desfavorables ajenas.
- b).- Manifestaciones de abierto rechazo de los padres.
- c).- Experiencias desfavorables propias en el consultorio.

La educación de los niños para el tratamiento comienza con la educación de los padres y educadores, por ser los que tienen más contacto con los niños.- Deben ellos mismos ante todo deshacerse del miedo al Dentista.- Deben adoptar un criterio según el cual puedan sopesar realmente lo positivo y lo negativo, y si por conservar la salud, vale la pena algunas molestias.

Si los padres no están de acuerdo en éstas cosas fundamentales, serán en vano los esfuerzos por educar a sus hijos.

La educación de los niños acerca del tratamiento odontológico, debe tener las siguientes enseñanzas fundamentales, que deben ser sencillas o más amplias, según la edad.

- 1.- La higiene de la boca importante es para la conservación de la dentadura y de la salud general.
- 2.- Una dentadura sana y bien conservada, es un factor importante para la belleza física.
- 3.- Es imprescindible visitar regularmente al Dentista.
- 4.- Eliminación oportuna de lesiones pequeñas.
- 5.- El examen Odontológico requiere de poco tiempo.

Ewald H. 10 : Nos menciona otros puntos que afectan el problema psicológico, como el ambiente del consultorio Dental.

Se olvida que el aspecto de un lugar causa una intensa impresión bien - determinada que puede ser muy intensa y perdurable.- La sala de - espera debe ser agradable, luminosa, con muebles atractivos para el niño.

Tiempo de espera, debe ser lo más breve posible, ya que la sala de espera esté aislada de ruidos.

Dr. Ewald H. 10 : Algunos métodos psicológicos.

Nos dice que ocasionalmente se recomienda el empleo de hipnosis en la práctica Dental.- Es sin duda un método eficaz, principalmente en niños psíquicamente frágiles.

Dr. Heinrich E. 12 : Opina acerca del arte de tratar a la gente y dice que no solo requiere conocimientos psicológicos y experiencias en la - práctica, sino en el constante afán por emplear esos conocimientos y experiencias en la práctica.

Es relativamente fácil ganarse su confianza, pero se le puede perder - también muy rápidamente.

En sus relaciones sentimentales, los niños son inconstantes, siendo sus sentimientos hacia el Dentista condicionados emocionalmente.- Los niños son más vulnerables psíquicamente, no posee suficiente voluntad para soportar cualquier molestia, y no suelen comprender porque tendrían que soportarla.

Desde el momento en que el niño entra en el consultorio, alguien debe ocuparse de él constantemente.

Gardner, G.F. 6 : Las experiencias nos enseñan que es necesario una inminente intervención.

Las experiencias han demostrado, que a veces es más difícil tratar con los padres, que con los niños.

Algunos molestan incluyéndose en el tratamiento, trastornan al niño, lo compadecen innecesariamente, o intentar imponerse con severidad y dureza.

Según experiencias de otros y también nuestras, resulta mejor tratar los niños sin presencia de sus padres.

**(b)**

Dr. Edward J.R. 28 : El nos habla del problema psicológico del niño, y dice que éste es un buen paciente, supuesto que no haya vivido en una atmósfera de expresado temor familiar.- Muchos padres transmiten sus temores y prejuicios, se supone que nacemos con solo dos miedos:

- 1.- El de la pérdida del equilibrio.
- 2.- El miedo a ruidos fuertes.

Todos los otros nos han sido o infligidos o inculcados por fuerzas de nuestro ambiente y fuerzas humanas.- Si la situación ofensora es el consultorio Odontológico, la persona del Odontólogo o de la asistente, o la anticipación de la experiencia odontológica, el niño estará condicionado contra ésta antes de cualquier experiencia sensorial desagradable.



Un episodio violento en la infancia preparará el camino para una fobia dental durante toda la vida.- El niño crecerá y madurará física e intelectualmente, y se hará hombre; pero su madurez emocional con la experiencia odontológica quedará detenida en el nivel infantil.

Tenemos al niño como paciente dental.

El niño pre-escolar que no a sido preparado verbalmente para la experiencia odontológica, se acercará al tratamiento con alguna timidez, pero sin miedo verdadero.- Podrá estar ansioso, pero tan pronto se le convence, será tratable.- La mayoría de éstos niños no condicionados para el miedo, serán excelentes niños como Pacientes.

En verdad su tolerancia al dolor es, a menudo sorprendentemente elevada, si la oportunidad de conocer al niño y tratarlo antes de que haya sido expuesto a la influencia verbal inductores de miedo es igualmente importante, o más aún,- Sin embargo el niño no puede estar protegido mucho tiempo de las presiones atemorizantes con otros niños, comenzará a adquirir de ellos toda clase de valoraciones y normas.- Muchas de éstas valoraciones serán buenas, pero algunas serán malas : todos los temores a la obscuridad de los animales de los Odontólogos y del Médico.

Dr. English O.S. 4 : And Pearson.- Nos habla de su nuevo libro -- problemas emocionales de la vida; refieren neurosis categóricas en niños de dos años y medio.- El peligro de que un niño adquiriera una fobia grave de otros niños pequeños, sin embargo es raro. Cuando el niño entra a la escuela, ingresa también a un ambiente donde los temores expresados en su hogar, transmiten estados de miedo a otros niños a menudo con adornos en el relato.

Un niño que a disfrutado de una relación agradable con su Odontólogo o médico, pelagra con otros niños, oye historias de horror de la experiencia Odontológica y médica, contadas por otros niños, y a la larga se contagia por el miedo y cuando se vea de nuevo con su médico reaccionará desfavorablemente.

Dr. Alfred A. 1 : El dice que lo que observamos en él como adulto - lo consideramos la proyección directa de lo que a experimentado en la infancia.

(C)

C POSICION DE DEBEMOS TOMAR CON EL NIÑO

Dr. Rudolf P.H. 11 :

El opina que una de las principales tareas del Odontopediatra, consiste en la preparación psicológica del niño en todo lo referente a los dientes y al Odontólogo.- El niño debe adquirir una conciencia dental y aprender a superar sus miedos.

Si consigue captar en forma progresiva el sentido e importancia, además debe saber que el niño percibe nuestra inseguridad.

Algunas reglas para el primer encuentro entre el niño y el Odontólogo.

Hay que ahorrarle al niño una espera innecesaria, en especial cuando se trata de la primera visita.

Salude al niño amistosamente, para inspirarle confianza en lugar de miedo.

Hay que evitar los movimientos bruscos y hablar con voz fuerte.

Permítale al niño acostumbrarse al medio ambiente extraño, adopte una actitud tranquila, pero resuelta que inspire seguridad; no utilice -- lenguaje de bebé, sino expresiones claramente comprensibles y adecuadas a la edad.

Deben contestarse con veracidad todas las preguntas del niño.  
Evite palabras tales como : dolor, inyección, torno, pinza, fresar, pinchar, extraer; instruya en éste sentido a los padres y a sus ayudantes.

Hay que mantener el lugar de trabajo libre de instrumental impresionante.

Para un primer informe visual, solo usarán espejos, todos los demás instrumentos deben ser presentados con nombres comprensibles y mostrándole al niño como se emplean y permitirle que los toque.

Hay que evitar cualquier clase de dolor y de malestar durante la primera sesión y en lo posible, también en las siguientes; crear condiciones bucales higiénicas es la mejor introducción en la Odontología Infantil.

El tiempo de atención del niño pequeño es restringido; por lo general una sesión no debe durar más de 20 a 30 minutos.

Dr. Sidney B. Finn. 5 :

Nos menciona algunos aspectos dentro del consultorio Odontológico.

El primer objetivo que deberá alcanzar el Odontólogo, será infundir confianza al niño.- Una manera eficaz de inspirar ésta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar.

La sala de operación debe ser atractivas con algunos dibujos.

Hay que evitar que los niños pacientes vean sangre o adultos con dolores.

Tenemos otro punto muy importante.

#### Personalidad del Odontólogo y Ayudante.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza,- Esto habrá de verificarse con la Ayudante del consultorio, la recepcionista, y el higienista, así como el Dentista.

Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y eso los desalentará aún más.

Si un Odontólogo va a tratar a pacientes Infantiles, deberá asegurarse de tener suficientes conocimientos psicológicos para manejar niños sin producirle traumas.

Cuando se trata al niño por primera vez, hay que llamarle por su nombre de pila.

Si el niño no ha tenido experiencias dentales, lo que va a pasar puede resultar siniestro.- El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y familiar.

Hay que tratar al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural.

#### DURACION DE LA VISITA.

Es muy importante, ambas pueden afectar el conocimiento del niño, no deben permanecer más de media hora, de lo contrario se vuelven menos cooperativos.

Una vez que el niño pierde su compostura, será difícil que vuelva a comportarse o a cooperar.

También la hora de la visita a los niños que todavía no van a la escuela, durante el período normalmente dedicado a la visita.- Porque por lo general éstos niños llegan irritados y son difíciles de manejar.

Los niños no deberán ser llevados al Dentista poco después de una experiencia emocional.

#### SELECCIONAR TEMAS

Aquí nosotros nos debemos poner al nivel del niño en posición y conversación.

Hay que utilizar palabras sencillas y cotidianas que usen los niños de la edad de su paciente.

Hay que elegir temas de conversación que les sean familiares y de acuerdo a su edad.

Hay que hablarles como si fueran mayores de edad, a casi todos les gusta que el Odontólogo les hable de algo interesante, siempre que este trabajando con un niño, no les haga preguntas que requieran respuestas.- Los niños tienden a utilizar como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos al tratamiento.- A la mayoría de los niños les gusta oír hablar al Dentista, se sienten menos olvidados e ignorados.

#### PREPARACION ADECUADA PARA EL NIÑO

### Conocimientos del Paciente

El bueno conocer al paciente Infantil antes de que llegue a la silla dental.- Cuando los padres llaman para pedir cita puede obtenerse información sobre el niño.

Observándolos en la sala de recepción, se está sentado o abrazado a su madre, se puede anticipar dificultades.

Sin embargo, si el niño se sienta solo o juega alejado de su madre se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento Odontológico.

### Atenciones al Paciente

Cada niño deberá recibir la atención completa del Dentista.- Siempre trate al niño como si fuera única en el día.- Nunca hay que dejar solo en la silla al niño, y nunca hay que cambiar al niño de una sala a otra; ésto presentará una situación nueva al niño y causará ansiedad.

### Habilidad y rapidez del Dentista.

El Odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza y mínimo de dolor.- La ayudante es muy conveniente cuando se trabaja con niños. Puede ser muy valioso para ayudar a controlar al niño, y para facilitar los procedimientos operatorios; la manera correcta es generalmente la más sencilla y fácil.

Además tenemos dentro de éstos puntos el uso de palabras que inspiran miedo.

Aquí el Odontólogo deberá evitar palabras que inspiren miedo.

Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como aguja, -- fresa, y sin embargo no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento,

Cuando se trate con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo.

La substitución exacta por la edad del paciente, el uso de admiración, halagos, sutiles alabanzas y recompensas.

En proceso de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos.

Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se porten bien.- Una de las aprobaciones del Dentista, por lo tanto que el Dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que éste se porte bien.- Cuando el niño se porta bien, hay que halagarlo, darle un regalo al niño, son muy buenas recompensas.

### Sobornos al Paciente

Podemos decir categóricamente : nunca soborne a un niño, porque el resultado podría ser que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos.

Sobornos es admitir que el Dentista no puede manejar la situación, es conveniente distinguir entre soborno y recompensa.

### El control propio del Dentista

Nunca deberá perder su dominio y enfadarse, la ira como el miedo, es una reacción emocional primitiva e inmadura.- Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y a disminuído su dignidad.

Si el Dentista pierde su control y levanta la voz, solo asustará más al niño, y se dificultará más aún su cooperación.

Si hubiera que definir los requisitos de un Odontólogo serían:

Gracia.

Habilidad.

Conocimientos.

Inteligencia.



## CAPITULO II

### PRESENTACION DE LOS NIÑOS

#### TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS CON LOS QUE NOS PODEMOS COMUNICAR

Dr. Sergio Guerra L. y Saúl Rotberg. 9 :

Nos hablan acerca de éste tipo de niños y sus reglas.

#### REGLAS GENERALES

- 1.- Este niño es el que se acerca a los tres años de edad.
- 2.- El tratamiento se inicia con la toma de radiografías y presentación de algunos instrumentos.
  - a).- Objetivos : Primera visita.
    - I.- Que el niño pueda tocar la RX ( Foto )
    - II.- Que ponga entre sus dientes la radiografía.
    - III.- Que el niño pueda tocar el aparato de RX ( Cámara )
    - IV.- Que oiga el ruido que hace la cámara al tomar la RX.
    - V.- Conseguir que el niño acepte colocar la foto entre sus dientes.
    - VI.- Una vez establecida la comunicación con éstos niños, valorar la actitud de los padres y decidir si ellos permanecerán en la zona clínica o si es posible y recomendable retirar los del niño y pedirles que esperen en la sala.

- VII.- Presentarle al niño espejos exploradores, pinzas de curación y conseguir que nos permita la exploración de su boca.

### DIALOGO

C.D.- Juanito ¿ Como estás ?

Juanito no responde, pero nos examina con curiosidad,

C.D.- Juanito, te voy a tomar unas fotos.

Juanito nos ve a los ojos y parece no entender.

C.D.- Le enseña las fotos a Juanito.

Juanito las toca.

C.D.- Sienta a Juanito en el sillón dental.-

C.D.- Se coloca una foto en la boca y le dice a Juanito :

- " Voy a poner una foto en tu boca " .

Juanito acepta la proposición.

C.D.- Muy bien Juanito, tus fotos van a salir muy bien.

C.D.- Juanito ¿ Quieres conocer mi cámara ?

C.D.- Le enseña la cámara a Juanito, oye ese ruido que produce y así se inicia una relación en la cual Juanito sin decir una so la palabra ha comprendido y se a comunicado con su C.D.

b).- Segunda Sesión.

Una vez obtenidos los diagnósticos clínicos y radiográficos, la segunda sesión clínica se va a iniciar.

### OBJETIVOS

- I.- Iniciar el tratamiento dental por el cuadrante menos afectado y más rápido de restaurarse, siempre y cuando no haya región que requiera tratamiento dental de emergencia.
- II.- Esta deberá ser una sesión clínica rápida : es la mejor forma de reforzar la confianza que se ganó en la primera sesión.
- III.- Si la zona para trabajar es superior y posterior, es una ventaja clínica, pues la acción de la "agüita" mágica no va a perdurar por un tiempo muy prolongado, y se evita el peligro de que se puedan lastimar la lengua o el labio, como reacción postoperatoria al anestésico local.
- IV.- Utilizar anestésicos local y dique de hule como factores para proporcionar comodidad en el procedimiento clínico, incrementando así la buena disposición del niño hacia el personal dental.
- V.- Se debe reforzar con un regalo la actitud del niño al final de la sesión clínica.- Si los padres no estaban presentes durante el procedimiento clínico, es importante felicitar a éste pequeño paciente enfrente de ellos, y además -- darle gracias por su cooperación.

#### DIALOGO

C.D.- Buenos días, mi cuate.

Juanito : - Buenos días.

La asistente dental sienta a Juanito en el sillón y le pregunta alguna cosa relacionada con su vestimenta, a ésta edad les gusta presumir sus prendas de vestir.

C.D.- Juanito, voy a dormir tu muelita con un poco de agüita mágica ( el uso del diminutivo es una forma acostumbrada - de comunicación con niños de ésta edad ).

Si el niño acepta ésta explicación, el C.D. inicia el procedimiento si resulta alguna pregunta con relación al dolor o si se presenta alguna pregunta o mueca o rechazo, la siguientes explicación es muy efectiva.

C.D.- Mira Juanito, si te molesta cuando te ponga la agüita mágica tu levantas la mano, tú eres el capitán, espero la levantes solo en caso de molestar.

Al momento de introducir la aguja ( Mosquito ) el niño puede iniciar el llanto, en ése momento el C.D. refuerza la explicación anterior y le dice :

- ¿ Que pasó mi capitán ? quedamos que solo la mano, no quiero oír ruidos.

Este es un momento muy importante en el proceso de la comunicación y de contro de la conducta de nuestro paciente, pues el niño, al dar se cuenta de que puede controlar la conducta del C.D. con solo levantar la mano, obtiene la total confianza, tanto en los individuos que lo rodean, como en los procedimientos clínicos que le van a efectuar permitiendo una acomodación de conductas humanas que son aceptables para todas las personas envueltas en los procedimientos clínicos presentes y futuros.

Todos los demás procedimientos clínicos se van efectuando bajo éstas bases, en donde el refuerzo de las comunicaciones multisensoriales - y el uso adecuado de palabras nos llevarán al término feliz de todas

las sesiones clínicas que sean necesarias para obtener un tratamiento dental adecuado.

B).- TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS CON EL QUE NOS PODEMOS COMUNICAR POR MOMENTOS MUY PEQUEÑOS.

Dr. Sergio Guerra L. y Saúl Rotberg. 9 :

Nos habla de los puntos más importantes acerca de éste tipo de niños.

#### REGLAS GENERALES

- 1.- Este niño está generalmente entre los dos años y dos años y medio de edad.
- 2.- El tratamiento se inicia con la toma de radiografías y presentación de instrumentos.
- 3.- La presencia del papá o la mamá es indispensable, en la primera sesión.

a).- Objetivos de la visita.

- 1.- Son los mismos que para los niños con los que se puede comunicar, siempre y cuando en los momentos en que se puede establecer comunicación con los niños, además permita al C.D. efectuar procedimientos clínicos.
- II.- Si los objetivos antes mencionados no se pueden obtener, es recomendable establecer la suspensión de la sesión clínica y dis

cutir con los padres la necesidad de premedicar al paciente, --  
con el objeto de elevar su período de atención.

#### TIPO DE PREMEDICACION Y OBJETIVOS DEL MISMO.

Nuestra experiencia nos indica que el atarax es el medicamento de -  
elección para aumentar el estado de receptibilidad del niño y al mis-  
mo tiempo permite extender el periodo clínico.

¿ Que es el atarax ?

Es un psicosedativo de los llamados menores.- Se usa con los pacien-  
tes con ansiedad, miedo y aprensión.- Atarax es un antihermético --  
antihistamínico, anticolinérgico y actúa como un calmante y supresor  
de estados de ansiedad.

Química del Atarax :

El grupo difenil metano es un psicosedativo del cual el atarax es un  
derivado.

El atarax es un antihistamínico, compuesto a base de Hidroxicina .. -  
( dietilendiamina, diclorhidrato de 1-p cloro benzhidril 4 2 -----  
2 - hidroxietoxil ) suministrado como atarax o vistaril.

El atarax es un polvo blanco, soluble en agua.- Se cree que puede  
convertirse en sal de clorhidrato por la acción es más duradera en -  
ésta forma.

Farmacología del Atarax :

Sedante, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético y ligeramente anticolinérgico; por esto es considerado el agente de premedicación -- de elección para el niño.- Se cree que el Atarax suprime el núcleo del hipotálamo y extiende sus efectos a la porción simpática del sistema nervioso periférico.- Se cree que éste medicamento tiene una acción específica, espasmolítica contra la histamina, acetil colina y serotina en actividad duodenal, puede inhibir efectos somáticos de drogas excitadoras, como la epinefrina y la dexedrina.

El Atarax se absorbe en el tracto gastrointestinal y sus efectos se empiezan a sentir en los siguientes treinta minutos.- Su máximo efecto se sentirá después de dos horas de ser administrado.

Los efectos desaparecen completamente después de seis horas.- El Atarax es reducido y degradado en el hígado y excretado por la orina.

Si no es ingerido en dosis masivas, no tiene efectos nocivos sobre el cerebro o en el sistema reticular o talámico.

El Atarax tiene la habilidad extraordinaria de enmascarar respuestas -- exageradas al estímulo interno y externo, esto sin que el paciente -- pierda noción de sus valores reales.

#### Efectos secundarios

Mareo, relajación total y no produce sueño real.

En Odontopediatría este último efecto es muy deseable, pues no se duerme el niño sedado y éste no pierde su capacidad de aprender.

Ha sido reportado mareo exagerado, pero el efecto es transitorio, también puede ocurrir resecaamiento de la boca.- Se puede potenciar - posiblemente, con domorol, opiáceos, barbitúricos y otros depresores del sistema nervioso central,

Se ha reportado que el Atarax tiende a aumentar las convulsiones.- Este debe de tomarse en cuenta cuando se está trabajando con niños -- que tienen parálisis cerebral o con niños epilépticos.

La mayor parte de los clínicos conectados con la Odontopediatría usan éste medicamento en niños tímidos, excesivamente ansiosos o con temper tantrums.-

Experiencias personales de parte de muchos Odontopediatras han definido a ésta droga como especialmente efectiva en niños pre-escolares y en niños que apenas inician su vida escolar.

El Consejo de Terapia Dental ( 1973 ) el uso del Atarax en el manejo de niños con ansiedad y problemas cardiovasculares, así como en el manejo de niños con parálisis cerebral, pues tiende a reducir la actividad motora esquelética.-

El Dr. Kopel que ha hecho observaciones muy extensas sobre éste medicamento, indica que es un agente muy útil en el tratamiento dental del niño hiperactivo y autísticos.- Una de las propiedades mejores en la que afecta el Atarax al disminuir la agresividad del niño ante situaciones que pueda éste considerarlas como peligrosas para su integridad.



### Dosificación

En términos generales ésta es la dosis que recomendamos para el tipo -- de niños que estamos tratando.

Dosis Inicial : 50 Mg. dos horas antes de la cita clínica.

Segunda Dosis : 25 Mg. una hora antes de la cita clínica.

Vistaril es una presentación muy similar al Atarax, pero de mayor concentración,- Atarax lo produce los laboratorios Roering y el Vista ril, los laboratorios Pfizer.

### Objetivo final

Conseguir la cooperación del niño, aumentar el tiempo de atención y - mejorar la comunicación sin producir sueño.

Tratamiento dental del niño menor de tres años, con el que no se puede establecer comunicación.

Dr. Sergio Guerra L. y Saúl Rotberg. 9 :

Definen a éste tipo de niños.

- I.- Este tipo de niños es, generalmente menor de dos años; también puede ser mayor de dos años y medio, pero sumamente inmaduro en su desarrollo intelectual.- No se puede descartar entre los niños a aquellos que presentan retraso mental o parálisis cerebral con o sin retraso mental.
- II.- Una vez establecido que por los antecedentes del niño no se puede mantener comunicación con él, el C.D. deberá decidir la ruta más adecuada para solucionar el problema dental que le presenta el niño.

III. La ruta que nosotros recomendamos la proporciona el medicamento - clorhidrato de ketamina ( Kelatar ), anestésico general por vía intravenosa o intramuscular.

#### Tipo de anestésico y objetivo del mismo

¿ Que es el Kelatar ?

Es un derivado de la fenociclina (sernylan); es un anestésico general por vía intravenosa o intramuscular.

Esta droga puede usarse para efectuar diagnósticos en medicina general para cirugía menor, para cateterización cardíaca, clínica dental. cirugía en pacientes con quemaduras de todos los grados, procedimientos ginecológicos y obstétricos, cirugía genitourinaria y sigmoidoscopías.

En procedimientos quirúrgicos prolongados, ésta droga podrá ser usada - como inductor de anestésicos o como suplemento del óxido nitroso.

#### Efectos colaterales

Esta droga aumenta la presión sistólica y la diastólica.

Aumenta la frecuencia cardíaca.

Esta contraindicada en pacientes que tienen hipertensión, accidentes - cardiovasculares, o descompensaciones cardíacas.

Puede ocurrir depresión respiratoria si se aplica en forma rápida por vía intravenosa.

También a sido reportada como estimuladora respiratoria.

Ketamina aumenta la salivación y deberá ser usada una droga anticolinérgica en conjunción con éste medicamento.- Han sido también observados sudoración y lagrimeo.

No se debe aplicar en pacientes que tienen infecciones en el tracto -- respiratorio superior.

No se deberá usar en cirugía de la faringe, o la laringe.

El tono muscular puede aumentar, se a observado movimientos atetósicos pueden producirse sueños agradables durante la administración de Keta- mine.

Variados cambios Psíquicos han sido demostrados durante el período de recuperación, incluyendo alucinaciones, delirios, euforia y cambios de imagen corporal, éstas reacciones son más frecuentes en los adultos -- que en los niños.

En comunicación personal, el Dr. Robert Sullivan, de la Universidad de Nebraska, despues de tratar un significativo número de niños con éste - medicamento, nos comunicó que en niños menores de cinco años no fueron reportados efectos colaterales de imagen corporal; nuestra experiencia personal es igual a la del Dr. Sullivan, en más de 30 casos tratados.

Dosis y composición :

Kelatar intramuscular frasco ampula de 10 ml. con 50 mg. por ml.

Kelatar intravenoso frasco ampula de 20 ml. con 10 mg. es producido -- por el laboratorio Parke-Davies.

Vía intramuscular 5 a 10 mg x kg. de peso.

Vía intravenosa 1 a 2 mg. x kg. de peso.

Esta droga deberá ser administrada por un anestésico calificado y con amplia experiencia en el manejo de éste tipo de anestésico en pacien- tes infantiles.

Objetivos finales en el uso de éste tipo de anestésico.

- 1.- En múltiples ocasiones las lesiones dentales de éstos niños son su mamente extensas y requieren de todo el arsenal del cirujano dentista para obtener resultados clínicos óptimos.- El Kelatar puede ser administrado en el consultorio por un anestesista experto y con el equipo de resucitación adjunto.
- 2.- En tratamiento dentales cortos, pero indispensables para el niño, - el uso del Kelatar evitará daños psicológicos por mal manejo -- psico-dental en mentes inmaduras y permitirá fácil y rápida solución de éstos problemas dentales.
- 3.- El uso de éste anestésico permitirá repetir maniobras dentales que hayan fallado, o completar procedimientos clínicos, sin necesidad de internar al niño en un hospital.
- 4.- Económicamente se le evita a los padres el pago de una cama de hospital, servicios de anestesia general, derecho de quirófano.
- 5.- Permite al cirujano dentista tratar al niño con todas las ventajas de trabajar en su medio ambiente y sin tener que romper propiamente la rutina de su consultorio.
- 6.- La recuperación del paciente deberá ser en un medio tranquilo y con luces tenues; ésta evitará al máximo estados de alucinación en el periodo de recuperación.- El niño despues de recuperarse, sale caminando del consultorio dental.
- 7.- El tiempo de recuperación es corto, aproximadamente 30 minutos.
- 8.- Nuestra experiencia positiva posiblemente se derive de las precauciones preoperatorias, que son :
  - a).- En el caso de que se elija éste anestésico para tratamiento dental nos comunicamos con el pediatra para pedir su anuencia, despues de explicar las razones que tenemos para éste tipo de tratamiento.

- b).- Le pedimos al Pediatra que nos proporcione los datos de interes del niño, en relación a la intervención que se va a efectuar.
- c).- El niño es examinado exhaustivamente por el anestesista antes de intervenirlo.
- d).- Le explicamos al anestesista la duración aproximada del procedimiento dental para que él prepare la dosis premedicatoria y la dosis de Kelatar que considere necesaria.
- e).- Proveemos de un lugar adecuado de recuperación a éstos niños.
- f).- Programamos a todos los niños que se van a tratar bajo este sistema el mismo día, y con suficiente tiempo entre uno y otro para evitar fatiga innecesaria tanto del anestesista, como del operador.

William R. Cinotti. y Arthur Grieder. 2 :

Tratar de definir al tipo de niños con el que nos podemos comunicar.

#### EL NIÑO SOCIABLE

Desde el punto de vista de estar libre de problemas emocionales, el primer tipo de niños que podemos mencionar, y el más conveniente quizá, es el sociable, el que se da a los demás.

Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño da do normal tiene un deseo de relacionarse con quienes se ponen en contacto.- La intervención de produce fácilmente; conversa pronto, y muestra un alto nivel de curiosidad, respecto de usted como Odontólogo de lo que piensa realizar y de como lo hará.

Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están motivados por el temor o la angustia.

A éste niño se le puede mostrar los instrumentos, como actúan y cual es su propósito, todo ésto para reforzar la relación que se intenta - realizar con él.

El exámen se convierte en una aventura grata, no es raro que éste niño quiera mirar la boca de su dentista para ver como está por dentro.- Como cada nueva tarea es para él una especie de aventura y una experiencia en su aprendizaje, se le puede delegar parte de la responsabilidad por su cuidado dental.- Hasta el caso de pasar por un procedimiento ligeramente doloroso, éste niño está muy dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

#### EL NIÑO MUY ACTIVO

A falta de mejor nombre, el niño que vamos a describir se le puede - denominar "muy activo", su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciado por la asistente dental.

Cuando llega. usted se da cuenta pronto.- Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre expresándose en tono alto y tocando todo.- Si el Odontólogo llega a ser el tipo obsesivo compulsivo, éste tipo de niño puede ser muy vejante y ponerlo - bien a prueba.- Es el niño de quien la madre, típicamente declara: " No puedo hacer nada con él ", muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio y en especial a cualquier trabajo en la boca.

Cuando se encuentra ésta constelación familiar, se ve quien dispone - es el niño.

Esto no explica porqué el niño es tan activo y al parecer cooperador.

Una mejor apreciación psicológica de la situación, nos dirá que se trata de un niño a quien los padres no pusieron límites definidos y experimenta una intensa angustia.- Al ver las teorías de la personalidad apreciamos que parte de la manera de evitar la angustia proviene de -- contar con una serie muy definida de límites.

El niño que no tiene límites no sabe donde detenerse, o que le está permitido hacer.

Sin límites, se angustia y puede manifestar una exagerada actitud.

La mayoría de ésta hiperactividad motivada por la angustia. podría aliviarse si se le fijaron límites adecuados; como se sale con la suya en su hogar. puede esperar que suceda una situación similar en el consultorio Odontológico.

Casi todos éstos niños, cuando se les recibe planteándoles una frustración mínima y ciertos límites, recurren a todos los medios de que se valieron con los padres; puede tener ataques de rabia, gritar, llorar, o entregarse a cualquier otra forma de comportamiento pueril.

La conducta negativa desadaptada de éstos niños, jamás debe haber aprobación en el consultorio Odontológico.

Como recurso expeditivo, para evitar que éstas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él durante el examen preliminar, ni en las visitas subsiguientes.

Gran parte de su teatralidad tenía por objetivo provocar cierta respuesta de los padres.- Si estuvieran presentes, habría una tendencia a utilizar los recursos destinados a llamar la atención.

Muy rara vez podrá conversar con ellos acerca de la conducta del niño y comentar algunos medios para que se pueda controlar mejor esa conducta en el consultorio.- Muy a menudo surge de esas conversaciones que el niño no está actuando así por su propio temor al consultorio, - sino por el de sus padres; casi todo Odontólogo que haya ejercido algunos años, quisiera tener algún dolor por cada madre ansiosa que le dice a su hijo : - " Ahora no vas a tener miedo ", ¿ No es cierto ?. Esta actitud de parte de la madre conduce invariablemente a una marcada angustia y temor en el niño.- La madre le sembró la idea de que existe algo de que tener miedo en el consultorio Odontológico.

Dr. Willian R. Cinotti. y Arthur Grieder. 2 :

Tambien hablan de aquel tipo de niños con el que nos podemos comunicar por momentos muy pequeños.

El niño angustiado y retraído, entra dentro de éste tipo de niños.

Presenta un problema más serio el niño tímido retraído, angustiado -- que se somete al exámen con apenas algún gemido.- Es el mismo niño cuyos maestros lo consideran callado y complaciente, que nunca da trabajo.- Es tambien el niño que casi con toda seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo de las etapas del tratamiento.

Es casi como si irradiara miedos y preocupaciones,- Quizá esa preocupación tenga por base experiencias previas con Odontólogos o Médicos, pero con mayor frecuencia deriva del tipo de disciplina paterna.



Con éste niño parece modificar su conducta ante las amenazas, se convierte éstas en el método principal de disciplina.

Es debido que entre las formas que tienen éstos padres de intentar - corregir a sus hijos, es posible hayan declaraciones sorprendentes -- como : Si andas por ahí, mordiendo a la gente, te llevaré al Dentista para que te saque los dientes; si no comes, tendremos que llevarte al hospital, si no tomas tus vitaminas, el doctor tendra que dártelas en una inyección.= Para éste niño la vida es una sucesión interminable de temores.

La escuela puede llegar a ser para él la misma pesadilla que su vida - en el hogar.

En razón de los muchos temores y preocupaciones de éstos niños, tiene especial importancia conversar cada paso por realizar.

Debe estar el niño bien informado de todo lo que se le hará y de porque se le hará.

Tambien necesita, si puede hacerlo expresar todas las preocupaciones que se puedan haber ido formando en su mente.- Aunque simpatía y - comprensión sea un buen comienzo, son insuficientes para aliviar los temores y tensiones de éste niño.- Lo que más se necesita y lo - que iniciará más facilmente su conversación, es que se reconozcan en - el curso de la conversación los sentimientos que él experimenta.

Muchas veces los problemas de éste niño temeroso y angustiado, están - fuera del alcance efectivo de la capacidad del Odontólogo.

Algunas veces se podrá obtener el tratamiento necesario de un psicólogo o psiquiatra.- Por ejemplo, podría ser la consecuencia de una práctica religiosa demasiado estricta en su hogar; el niño no puede vivir a la altura de lo que se espera de él y desarrolla intensos sentimientos de culpa.

Otras formas hay de stress o lucha en el hogar que son capaces de generar ésta conducta.- Cuando esas situaciones lleguen a interferir demasiado con el tratamiento Odontológico, lo apropiado podría ser que el Odontólogo sugiera una mayor investigación de los problemas emocionales.

Dr. William R. Cinotti y Arthur Grieder. 2 :

Mencionan otro tipo de conducta de los niños como la de aquellos con los que la comunicación es imposible.

Hay otros tipos de conducta infantiles observables en los niños.- Algunos son completamente negativos y parecen desafiar todo intento por establecer contacto, pueden responder con un "no" a todas las preguntas, y se llega a una impasse que casi no deja esperanza, pero como ésta conducta refleja una maniobra defensiva, aún queda el Odontólogo a menudo la posibilidad de inventar un juego en el cual cada "no" significa un sí, que da permiso al profesional para proseguir su tarea.

La mayoría de los niños de éste tipo negativo, cuando tienen la edad escolar, pueden estar dispuestos a aceptar que les hicieron una buena jugada y desde ése momento cooperarán.

Más el Odontólogo no deberá perder de vista que los motivadores básicos del negativismo del niño pueden ser la angustia y el temor.- La oportunidad para crear una buena relación y aliviar parte de la angustia podrá provenir de la liberación del temor creada a través del juego.

Hay por cierto, otras combinaciones de conducta en los niños, desde -- las muy patológicas y difíciles de manejar, hasta un tipo rutinario, -- que basta un poco de ingenio para resolverlo.- Hay un factor importante que recordar en el trato con los niños; su experiencia ha sido -- muy limitada en muchos aspectos de la vida, los que para los adultos -- puede no significar ya nada, por ejemplo : Les puede interesar mucho una demostración de los instrumentos, del equipo Odontológico, o del -- contenido de muchos de los cajones de los muebles del consultorio.

Hasta puede suceder esto con elementos tan prosaicos como los casos del papel, las varias fuentes de agua, el spray y demás.

Todos los niños aprecian el planteo directo y honesto de cuanto se hará si el procedimiento por realizar fuera necesariamente doloroso o de sagradable, la explicación deberá ser breve y el procedimiento se llevará a cabo con toda rapidez.

En realidad no se debiera dar la explicación en tanto que el procedimiento no haya en verdad comenzado.

Si se da al niño tiempo para sentarse y pensar sobre algo que pudiera ser doloroso, inevitablemente irá acumulando un alto grado de ansiedad.

Serán de esperarse escenas con llantos y gemidos.

No se ridicularizará ésto, ni se deberá hacer una cuestión al respecto las lágrimas, como otras características personales. deben ser aceptadas como lo que son : temor y angustia sobre los nuevos y misteriosos procedimientos por realizar.

CAPITULO III  
PROBLEMA DENTAL Y SU ETIOLOGIA

PRESENTACION POR ORDEN DE IMPORTANCIA Y FRECUENCIA EN ESTOS  
PACIENTES.

1.- CARIES

a).- Rampante Dieta blanda, y dieta mal balanceada.

2.- FRACTURAS DENTALES en dientes anteriores, heridas de tejidos blandos.

3.- DEFECTOS ESTRUCTURALES ( Hipoplasias, enfermedades hereditarias.

4.- INFECCIONES BACTERIANAS y virales.

5.- DIENTES NEONATALES Y SUPERNUMERARIOS

A).- ARMAMENTO ESPECIAL.

1.- Abrebocas Infantil.- Impide que el niño se cansa de tener la boca abierta.

2.- Envoltura Infantil.- Impide que el niño coloque los dedos en la boca cuando estamos usando aparatos.

3.- Atarax o Vistaril.- Tener éstas drogas en el consultorio para premedicar a niños dentro del consultorio, o reforzar la medicación dada en casa.

### CAPITULO III

#### PROBLEMA DENTAL Y SU ETIOLOGIA

Para hacer posible una mejor aplicación de lo que son éstos factores, hemos de enumerar los siguientes puntos:

Dr. Simón Katz. 14 :

Nos habla del problema dental en niños y de sus diferentes tipos de caries.

#### A).- ETIOLOGIA DE LA CARIES

Dice que la caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones químicas complejas que resultan en primer lugar, en la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se las detiene, en la del todo el diente.- La destrucción mencionada es la consecuencia de la acción de agentes químicos que se originan en el ambiente inmediato a las piezas dentarias.

Por lo general se acepta que para las bacterias puedan alcanzar un estado metabólico tal, que les permita formar ácidos, es necesario previamente que constituyan colonias.- Más aún para que los ácidos así formados lleguen a producir cavidades cariosas; es indispensable -- que sean mantenidos en contacto con la superficie del esmalte durante un lapso suficiente.

Todo ésto implica que para que la caries se origine, debe existir un mecanismo que mantenga a las colonias bacterianas, su substrato alimenticio y los ácidos adheridos a la superficie de los dientes.

La placa dental es una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y mucosa gingival y que está formada principalmente - por colonias bacterianas.

PROF. H. LUCAS. 13 : La caries dental es una afección que origina la destrucción de los tejidos duros que forman el diente, fundamentalmente por procesos de descalcificación y desorganización de dichos tejidos.

Es quizá la enfermedad más frecuente del hombre, pues prácticamente -- el 100% de las personas la padecen en el transcurso de la vida.

#### SINTOMAS.

Se manifiesta por una alteración de color y consistencia de la parte atacada. Suele aparecer una mancha blanca, parda o negruzca, que da lugar posteriormente a una cavidad que avanza en profundidad a medida que el proceso continúa, se localiza perfectamente en las fosas, -- surcos y fisuras de todos y en la zona de unión entre cemento y el esmalte, que se denomina cuello, es decir, en aquellas zonas que ofrecen las mejores condiciones para el desarrollo y retención de los microorganismos y restos alimenticios, quedan lugar a fermentaciones.

La Caries en su evolución, puede dar lugar a dos tipos de Caries:

- 1.- Aguda
- 2.- Crónica

La aguda es la evolución rápida y sin tratamiento, puede dar lugar a la destrucción de todos sus tejidos.

La crónica, mantiene un proceso más lento, pero que sin tratamiento -- lleva igualmente la destrucción de los tejidos incluyendo a la pulpa.



### CAUSAS

En primer lugar, la saliva es neutra y alcalina, pero si existe un proceso que modifique dicha alcalinidad, teniendo a la acidez, se convierte en un medio muy favorable para la aparición de la caries.

La alimentación es otro factor que se considera como causa muy importante para la formación de la Caries.

Desde un punto de vista local, los hidratos de carbono se han considerado siempre como un factor primordial en la formación de la Caries, ya que su fermentación en combinación con la acción de los microorganismos habituales de la boca, forma un medio ácido muy favorable para la destrucción de los tejidos.

Dr. Alvin L. Morris y Hany M. Bohaman. 24 : Señala los factores que contribuyen a la caries, ésta se debe a los ácidos que se forman en la boca, y se ha demostrado que también determinados microorganismos orales pueden producir éstos ácidos si en la boca hay los substratos re queridos.

Entre ellos los azúcares, se ha averiguado la procedencia de éstos azúcares.

Los informes de experiencias clínicas indican que sí es posible reducir, eliminar o modificar cualquiera de éstos factores contribuyentes se previene la aparición de nuevas lesiones de caries o al menos se disminuye notablemente.

Menashe Ciepliniski y Antonia Cadena. 18 :

También mencionan algunos factores que influyen en la caries Dental.

La frecuencia de ingestión de azúcares entre comidas es, indudablemente, la práctica que más favorece la creación de caries.- Y la explicación es que la sacarosa, al entrar en contacto con la placa dentobacteriana, produce rápido ácido y se vuelve neutral a la continuidad de la ingestión de tales carbohidratos favorece la formación interrumpida de ácido sobre la superficie del diente, lo cual permite que el proceso carioso sea continuo.

La naturaleza física de los dulces influye poderosamente en el proceso carioso, ya que varía el desarrollo de la lesión, según la consistencia del alimento.- Para ello, los carbohidratos deben hallarse en una forma que impida su eliminación rápida de la boca y los alimentos sólidos son más cariogénicos, debido a que están más tiempo en contacto con la superficie dentaria durante más tiempo, se favorece así una mayor producción continua de ácidos, por su parte los alimentos líquidos son menos cariogénicos, porque están menos tiempo en contacto en la superficie dentaria, aun cuando su concentración de azúcares sea mayor.

La permeabilidad de la placa dentobacteriana a los diferentes dulces depende de su concentración como la sacarosa, las frutas frescas como la manzana, la naranja y las peras, son dulces, pero tienen menos concentración de azúcar y por ello no se difunden y no son cariogénicos.

En general, alimentos detergentes como frutas y verduras crudas, ricas en celulosa y agua, no forman placa, y por eso no son cariogénicas.

Es muy discutida su capacidad para destruir la placa dentobacteriana ya formada en la superficie dental, por la fricción que producen ----

sobre los dientes y algunos autores han demostrado que si se come una naranja o manzana, disminuye el número total del microorganismo oral en forma semejante a como lo hace el cepillado dentario,

Ciertos alimentos como zanahorias, manzanas o caños necesitan de una vigorosa masticación para digerirse, lo cual favorece una mayor estimulación salival durante un período más prolongado de tiempo.

Una vez conocidas las capacidades de producción y mantenimiento, de los nutrientes y las prácticas alimenticias para aumentar o disminuir la caries y justamente con los principios de terapia nutricional, podemos analizar y valorar algunas de las dietas para prevenir y controlar la enfermedad de la caries.

Dr. Port. Euler, 27 :

La Caries se inicia por la acción de agentes acidógenos en la superficie dentaria.

Pertencen a éste grupo, ante todo, las fusobacterias que se encuentran en abundancia en todas las regiones donde las sustancias alimenticias pueden quedar adheridas y mezcladas con la mucina.- Las fusobacterias son por sí mismas muy acidógenas; además en los parajes citados viven en simbiosis con estreptococos, cuyas especies superficiales son aerobias proteolíticas y también acidógenas.

El pábulo requerido para la acidógenia lo reciben ambos grupos de microorganismos de los carbonatos existentes en la boca.- Estas capas superficiales de bacterias actúan atacando primeramente el esmalte y destruyendo su epitelio.

Más adelante provocan la descalsificación de la capa adamantina periférica, la infiltración bacteriana corre pareja con la descalcificación del esmalte, de momento solo quedan rezagados en su penetración las fusobacterias, los estreptococos, que son anaerobios discretos, asumen en ésta fase el papel principal, actúan solo como ácido geno, pero en ésta misma fase se les agrega otro grupo de microorganismos, las bacterias acidógenas, que se distinguen por su elevado coeficiente ácido.- Cuando mayor sea la proporción de éstas últimas, tanto más rápido es el proceso de las caries.

#### FACTORES CONDICIONALES DE LAS CARIES:

Hemos de distinguir los que son locales de los factores generales, por supuesto de ésta separación, no ha de interpretarse exactamente al pie de la letra porque también por ejemplo : el factor constitucional debe actuar localmente.- Los factores locales pueden buscarse en los dientes mismos, en la posición del diente, en las otras circunstancias que concurren en la boca.

#### B).- FRACTURAS DENTALES.

Sidney B. Finn. 5 :

Menciona la frecuencia de fracturas o lesiones en los dientes anteriores.

Se desconoce el número exacto de niños que cada año, sufren lesiones en los dientes.- Sin embargo, la frecuencia, a juzgar por el número de éstas lesiones que se observan en clínicas y consultorios privados debe ser elevada.

Dr. Korn R.D. 16 :

Observe que en un período de dos años, de 408 pacientes privados, 221 ( 54,14 por 100 ) de 6 años de edad o menos, presentaban lesiones en una o más piezas anteriores.

Dr. Ellis y Davey. 3 :

Informaron que de 4,251 niños de escuelas secundarias de una gran ciudad, 4.2 por 100 presentaban piezas anteriores fracturadas.

Marcusy Gutz. 17 :

En estudios separados, informaron sobre mayores frecuencias, de 16 a 20 por 100, respectivamente, éstos últimos porcentajes, se obtuvieron de observaciones clínicas dentales en niños examinados regularmente; por lo tanto tienen más probabilidades de representar la frecuencia de fracturas coronarias en grupos de niños que reciben cuidados dentales en consultorios privados.

Las piezas que más frecuentemente son más afectadas en un episodio traumatizante son los incisivos centrales superiores.

Los niños presentan con más fracturas de piezas permanentes anteriores que las niñas; los niños de 9 a 10 años son el grupo más susceptible a sufrir éste tipo de lesiones en la dentadura permanente.

Los Odontólogos reconocen la existencia de " perfiles " propensos a accidentes, se trata de los niños que presentan piezas anteriores en protrusión con mala oclusión de primera clase, tipo segundo o segunda clase, primera división.

Los niños con el perfil que acabamos de mencionar, presentan frecuencia de lesiones en las piezas anteriores permanentes, dos veces mayor que los niños con otro tipo de oclusiones.

Dr. Mc. Ewen J.D. y Mc. Hugh Wd. 21 :

Encontraron que a medida que aumentaba la sobremordida horizontal, aumentaba la frecuencia de incisivos superiores fracturados.

Estimularon que los niños que presentaban sobremordida horizontal de 1 mm o menos, las probabilidades de fractura eran de 1 entre 25; sin embargo, en el grupo más susceptible, los niños con 10 mm. y más sobre mordida horizontal, las probabilidades de fractura antes de llegar a los 13 años era de 1 entre 4.

Dr. Davey y Ellis. 3 :

Hablan de la clasificación simple y clara de lesiones en piezas anteriores.

Ellos han logrado una clasificación de todas las lesiones.

Estas clasificaciones son como sigue :

Primera clase.- Fractura sencilla de la corona, dentina no afectada o muy poco afectada.

Segunda clase.- Fractura extensa de la corona, afectada a considerable cantidad de dentina, sin exposición de pulpa dental.

Tercera Clase:- Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, con exposición de pulpa dental.

Cuarta clase :- Pieza traumatizada en no vital, con o sin pérdida de la estructura coronaria,

Quinta clase :- Pérdida de la pieza como resultado de traumatismo,

Sexta clase :- Fractura de la raíz con o sin pérdida de estructuras coronarias.

Septima Clase :- Desplazamiento de la pieza sin fractura de corona o raíz.

Octava Clase :- Fractura de la corona en masa y su remplazo.

### C).- DEFECTOS ESTRUCTURALES.

Dr. Sidney B. Finn. 5 :

Dice que gran parte de las anomalías de número, estructura y forma de las piezas, tienen origen hereditario.

La naturaleza de la anomalía depende en alto grado de la etapa embriológica de la manifestación de la capa germinal afectada y del efecto de varios factores modificantes.- La frecuencia de ocurrencia ésta determinada por el modo de herencia y otros factores de probabilidad.

Algunas de éstas anomalías dentales aparecen independientemente como la única alteración hereditaria evidentemente.

Otras representan solo una de un grupo de anomalías que comprenden un síndrome genético o un complejo de enfermedades, por ejemplo : Pueden existir como única anomalía observable en el individuo piezas ausentes y gérmenes de piezas con una historia hereditaria.

Sin embargo, en otros ésta ausencia de piezas puede ir unida a alteraciones de otros tejidos ectodérmicos, como pelo, piel y membrana mu

cosa; se puede llamar entonces el síndrome displasia ectodérmica hereditaria.

Anomalías hereditarias de formación dental y de tiempo de calcificación, aunque la forma dental se hereda al igual que las demás características, ocurren mutaciones que alteran la forma dental o el tiempo del inicio de la calcificación.

Estas mutaciones, que han ocurrido en un largo período de la evaluación de la humanidad, han modificado las piezas molar original de una cúspide observada actualmente en el hombre.- Las mutaciones a través de los tiempos cambiaron la dentadura humana, tal vez más que -- hasta ahora.- Todas éstas mutaciones se transmiten a las generaciones futuras por medio del plasma germinal.- Se han observado muchas mutaciones en forma dental.

Dr. Moody y Montgomery. 23 :

Por ejemplo : tienen una geneología de una familia con mujeres en cuatro generaciones que muestran germinación en los incisivos primarios anteriores.

Kerhaus. G. 15 :

Afirma que la forma dental, así como el tamaño y el color, se heredan al igual que la cúspide de Garabelli.

Se han observado como anomalías hereditarias, piezas en forma de -- gancho.



Parece una posibilidad razonable considerar que ésta es una expresión incompleta de piezas ausentes. Estas anomalías se manifiestan durante el período de desarrollo de iniciación y diferenciación.

Dr. Garn, S.M. Lewis A.S. 7 :

Han observado que el orden del inicio de la calcificación dental varía según la familia. en 21.9 por 100 de los 359 niños estudiados, los segundos molares permanentes inferiores empezaron a calcificarse antes que los segundos premolares inferiores.

Esta variación en el tiempo de calcificación, se producía con mayor frecuencia congénita de los estudios sobre los aspectos hereditarios de la morfología dental, el tiempo de la erupción y el tamaño general del arco y las relaciones han sido realizados con gemelos idénticos y fraternos.

Un estudio de la literatura indica con claridad que el tamaño de las piezas y la dimensión del arco son hereditarios, y que el hacenamiento y espaciado, por la herencia, no son totalmente responsables ciertos tipos de malaoclusiones.

Sidney B. Finn. 5 :

La amelogenesis imperfecta es una anomalía estructural del esmalte, y puede diferenciarse en dos tipos:

#### HIPOPLASIA DEL ESMALTE HEREDITARIO.

En éste tipo, el esmalte es de estructura normal, pero en cantidad abarataada, clínicamente las coronas son amarillas, lisas, brillantes y duras, aunque en ciertos casos pueden existir grandes facetas o estrías.- El esmalte tiene espesor marcadamente menor, lo que da a la corona, forma cónica o cilíndrica y frecuentemente no existe contacto entre las piezas por el alto contenido inorgánico normal del esmalte de piezas normales.

Cuando la hipoplasia es grave; la extrema delgadez del esmalte hace difícil detectar radiográficamente su presencia en las piezas,

Por la delgadez del esmalte se observa excesiva atrición, incluso en niños.- Cuando las piezas están desgastadas hasta el punto de nivelarse con la línea de la encía, es frecuentemente imposible determinar por medio de observación clínica, si la distrofia existe en el esmalte o en la dentina expuesta desgastada y muy pigmentada con esmalte frágil que puede estar presente o no alrededor de las fosas dentales; es común en las anomalías del esmalte y la dentina, por lo tanto, se vuelve esencial para poder establecer el diagnóstico cuando las piezas están muy desgastadas, obtener otra información para diagnóstico como radiografías, o secciones histológicas.- Es desafortunado observar que, a éste respecto, la interpretación exacta de la distrofia a la imaginación del tutor.

#### HIPOCALCIFICACION HEREDITARIA DEL ESMALTE.

Sidney B. Finn. 5 :

En éste segundo tipo de amelogenesis imperfecta, la matriz del esmalte es normal, pero está hipocalcificada; el esmalte es de espesor normal en todas partes, pero es de mala calidad y a veces aparece blando y elástico por cese de función en las etapas iniciales de la maduración.

Como resultado. clínicamente las piezas absorben tinción fácilmente y de blanco opacas a pardo oscuro.- El cambio de color resulta de la absorción de pigmentos de alimentos y líquidos hecho posible por el bajo contenido de agua de éstas piezas.

Las superficies dentales aparecen sin brillo ni lustre, pero el esmalte es de espesor normal y las coronas son de forma normal.- Por su bajo contenido inorgánico, el esmalte es soluble en ácido y no aparece como capa diferenciada en las radiografías, ya que esmalte y dentina son aproximadamente de la misma densidad.

El esmalte sufre fácilmente abrasión, y las coronas se desgastan rápidamente con frecuencia márgenes de la encía.- La dentina expuesta se pigmenta fuertemente de pardo o negro.- El esmalte de las piezas anteriores frecuentemente aparecen normal.

Ambas dentaduras se ven afectadas.- El festoneo de la unión entre dentina y esmalte es normal en ambos tipos de amelogenesis imperfecta al igual que las cámaras pulpares y canales.

Ambos tipos de amelogenesis imperfecta al igual que las cámaras pulpares, y canales.- Ambos tipos amelogenesis son dominantes y heterocigóticos con aproximadamente igual número de vástagos afectados y no afectados. no hay unión con el sexo.

Dr. Michigan Witkop C.J. 19 :

Dice que la dentinogénesis imperfecta hereditaria, es una anomalía hereditaria de la dentina, y es la distrofia hereditaria más predominante que afecta a la estructura de las piezas.

En un estudio de más de 96,000 niños escolares de Michigan, (Witkop encontró que la anomalía afectaba a 8,000 niños,

Se encuentra en diversas nacionalidades de la raza blanca.- Estas piezas poseen alto grado de translucidez y su propiedad refrataria, características que frecuentemente presenta una gama de colores por la luz transmitida.- Las piezas pueden aparecer de gris o pardo azulado, en la luz reflejada.

La dentina es blanda haciendo que las piezas sufran desgaste rápido -- y excesivo, y a menudo se nivela con el margen gingival.

La unión de dentina y esmalte puede no tener el festoneado microscópico típico de las piezas normales, aunque esto no ocurre en todos los casos.

Clínicamente la fractura del esmalte, y así ayudan a la rápida atribución de las piezas.- En áreas desprovistas del esmalte, la dentina que es pronunciadamente hipoplásica, varía de color, de amarillento a pardo oscuro, según la pigmentación extrínseca.

Estas piezas presentan baja susceptibilidad a la caries, aunque la destrucción masiva de la corona simula casi perfectamente casos de caries rampante.

Debido a la rápida atrición de las piezas, cualquier caries que se desarrolle generalmente se detiene.

La mucosa bucal es de aspecto normal, debido a la blandura de la dentina, el Odontólogo a menudo titubea en aplicar fundas de coronas a las piezas anteriores.

El autor a mantenido en observación a un paciente con cuatro piezas de éste tipo durante 16 años con coronas.- Se extrajeron las piezas con sus coronas intactas, para dar lugar a dentaduras completas radiográficamente, las coronas antes de sufrir atrición, son de tamaño normal.- Existe franca disminución característica del tamaño normal de la raíz.- Las cámaras pulpares pueden estar ausentes y los canales pulpares eliminados parcial o totalmente el cemento, la membrana periodontal y el hueso aparecen normales.

#### D).- INFECCIONES BACTERIANAS.

Plaut, H.C. Vincent H. 26 :

En 1896, respectivamente introdujeron el concepto de que la gingivitis ulceronecrotizante aguda de que era causada por bacterias específicas, a saber, el bacilo fusiforme y la espiroqueta, todavía las opiniones divergen respecto a si las bacterias son los factores causales en la gingivitis ulceronecrotizante aguda; algunas observaciones respaldan el concepto de la etiología primaria: siempre se hayan espiroquetas y bacilos fusiformes en las enfermedades.

Dr. Rosebury, Mac Donald, J.B. 21 :

ESTA TESIS NO DEBE  
SER LEIDA SIN EL  
CONSENTIMIENTO DEL  
AUTOR

Describen un complejo fusospiroquetal intermedios, *bonelia buccalis*. vibriones, bacilos fusiformes y microorganismos filamentosos, además del bacilo fusiforme y de *benilia vincenti*.

El hecho de que la gingivitis ulceronecrotizante se produzca en grupos, sugiriendo el contagio, respalda el concepto del origen bacteriano.- Las pruebas de inmunidad en pacientes con gingivitis ulceronecrotizante aguda muestran una reacción definida a cultivos de bacilos fusiformes, sugiriendo la patogenicidad de los microorganismos. Las bacterias y sus productos participan en la destrucción del tejido en la gingivitis ulceronecrotizante aguda.

Sin embargo, el concepto de que éstos microorganismos son los factores etiológicos primarios, se encuentran con una resistencia considerable, establecido sobre los hechos que siguen.

- 1).- Los microorganismos fusospiroquetales son encontrados básicamente en las mismas proporciones en muchos estados bucales, como enfermedad periodontal destructiva crónica, gingivitis marginal y pericoronitis; se requieren otros factores para que se produzca la destrucción rápida en la gingivitis ulceronecrotizante aguda, pero no se ha establecido su significado, los microorganismos en pequeñas cantidades, se encuentran en surcos normales.
  
- 2).- La gingivitis ulceronecrotizante aguda no ha sido producida experimentalmente en seres humanos o animales por inoculación de exudados bacterianos de las lesiones.- Los exudados de la gingivitis ulceronecrotizante aguda, producen absceso fusospiroquetales cuando se inoculan por vía subcutánea en animales de laboratorio y la infección se trasmite libremente en serie.

La inyección introcutánea local de un infiltrado de un bacilo difterioide bucal microaerobio, sin células, que contienen hialuronidasa y condroitinasa agrava las lesiones espiroquetales producidas por treponemas bucales; solamente en una experiencia con animales se -- registró la transmisión de lesiones de modo comparable a lo observado en personas.

Dr. José Otte. 25 :

Las bacterias son vegetales unicelulares con un tamaño de orden de algunas diezmilésimas o milésimas de milímetros.- Se conocen tres tipos morfológicos fundamentales : unos son globulosos o esféricos, los llamados cocos, otros tienen forma alargada, los bacilos y por último, los ipirilos son alargados y retorcidos sobre su eje.- El número de bacterias es casi incontable, unas veces viven en perfecta armonía con el huésped humano, mientras que en otras se caracterizan por su extrema virulencia.

Existe una flora bacteriana normal en toda persona, flora que, si bien es pobre en la superficie de la piel, reviste extrema abundancia en la cavidad bucal y faringe ( estafilococos, neumococos, estreptococos. - en el intestino adquiere gran importancia poco tiempo después del nacimiento, pues los microorganismos ( enterococos bacilos coli ) que allí se instalan, cumplen una función digestiva.

Las vías respiratorias bajas son estériles, generalmente también la -- flora normal es imprescindible y muy abundante, en el aparato genital, sobre todo en la vagina, donde los llamados bacilos de Doderlein, productores de ácido láctico, constituyen un seguro contra la proliferación de otros gérmenes patógenos.

En ocasiones éstas bacterias rompen su equilibrio, ya sea porque se vuelven agresivas o fallen los mecanismos defensivos del organismo, al concurrir ciertas circunstancias externas o internas.- Aparecen entonces reacciones inflamatorias purulentas, localizadas de mayor a menor importancia clínica.

En la piel los estafilococos y estreptococos producen así compuesto de lesiones finamente populares, más de la mitad de los casos también exhiben "lengua de fresa",.

Las señales bucales comprenden mucosa congestionada, especialmente en el paladar, y frecuentemente gargante irritada y pueden tener exudado grisáceo.- La lengua de fresa cuando se presenta, se produce en la fase inicial de la enfermedad.

Este término descriptivo se refiere a una lengua cubierta de blanco - con papilas fungiformes rojas, hiperémicas y adematosas.

Actualmente no existen medidas preventivas para ésta enfermedad, generalmente leve, se han empleado antibióticos para tratarla y para evitar posibles complicaciones.

### Eripipeles.

Son infecciones estreptocócicas agudas producidas en la piel, con afectación ocasional de la membrana mucosa, las eripipeles han respondido con tratamientos generales con penicilina; el tratamiento local es ineficaz; deberá aislarse estrictamente al paciente y deberá protegerse cuidadosamente a los recién nacidos contra cualquier tipo de exposición a ella, ya que son extremadamente susceptibles a ésta enfermedad, que no produce inmunización natural.



Las manifestaciones clínicas pueden comprender fiebre, malestar y vómitos.

Las lesiones epidérmicas del rostro, extremidades, órganos genitales, y area periumbilical son frecuentemente las primeras señales de infección.- Si la cara se ve afectada, presenta inflamación, roja y sensible en las mejillas y en el puente nasal (tipo mariposa).

### Difteria.

Esta enfermedad infantil es causada por *corinebacterium diphterial*, se produce principalmente en los meses de otoño e invierno; al período de incubación le sigue la fiebre, dolor de cabeza, malestar, náuseas y vómitos.

Se puede evitar ésta enfermedad por inmunización y la cooperación de Odontólogos y médicos para apoyar el programa de inmunización es de esencial importancia.

### Tuberculosis.

Esta enfermedad infecciosa causada por *mycobacterium tuberculosis*; aunque la tuberculosis pulmonar es la forma más frecuente de la enfermedad, puede producirse la infección en intestinos, amígdalas y piel.

Las lesiones bucales son raras, y los síntomas clínicos iniciales -- ( fiebre esporádica ) escalofríos, cansancio y malestar, pueden ser uno de los riesgos, radica en la posibilidad de que los profesionales dentales contraigan ésta enfermedad por contacto con algunos pacientes afectados de tuberculosis activa.

La afirmación que hacíamos antes sobre la influencia de la edad y el sexo, en la resistencia a la enfermedad, es especialmente aplicable a la tuberculosis.

Los índices de mortalidad son más elevados durante la infancia y la adolescencia; las mujeres exhiben mayores índices de mortalidad que los hombres.

En ciertos aspectos, la reacción de los lactantes y niños de corta edad a la infección tuberculosa, difiere de la experimentada por niños mayores y adultos.

El tipo de infección tuberculosa, denominada de la infancia, presenta tendencia a que las lesiones pulmonares se localicen en la periferia pulmonar, y además se presenta mayor afectación de ganglios linfáticos regionales.

Las lesiones parenquimatosas y modales a menudo sanan por calcificación.- En el tipo infantil, se desarrolla probablemente deseminación hematogena del tipo de tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa.

E).- Dientes Natales y Supernumerarios.

Dr. Sidney S. Finn. 5 :

Aunque las piezas supernumerarias se pueden encontrar en cualquier región del arco dental, existen lugares donde ocurren con mayor frecuencia.

Uno de los lugares más comunes se localiza entre los incisivos centrales superiores.- En ésta posición, a la pieza supernumeraria se le denomina mesiodens.- Otros lugares comunes se encuentran en la región de los incisivos centrales y laterales y en el área de los premolares; se ha considerado la posible naturaleza hereditaria de ésta afección.

Dr. M.M. Cohen M. Michel. 22 :

Dicen que los dientes que se forman en exceso al número normal se denominan supernumerarios; son el resultado de una actividad dental.

En cuanto a su cronología, los dientes supernumerarios, pospermanentes o contemporáneos de las dentaduras primarias y permanentes, pueden ser normal o atípica y erupcionan o no en la cavidad bucal.

Aunque se presentan en cualquier lugar de los maxilares, son más frecuentes en la región anterior, al de los laterales o entre los centrales.

En ésta última ubicación se denominan mesiodens.- Cuando erupcionan fuera de los arcos dentarios se llaman peridens.

Los molares accesorios son más comunes en el maxilar superior que en el inferior.

Numerosos supernumerarios erupcionados y no erupcionados, se encuentran en la disostosis cleidocraneal, trastorno familiar y hereditario.

A).- Armamento Especial.

Dr. Sergio Guerra L. y Dr. Saúl Rotberg. 9 :

Nos dan algún ejemplo:

Abrebocas Infantil

Impide que el niño se canse de tener la boca abierta.

Impide que el niño coloque los dedos en la boca cuando estamos usando aparatos de alta velocidad; proporciona quietud -- que acelera la acción de los agentes de premedicación.

Envoltura Infantil.

Permite que el niño no se lastime al estarse moviendo el --- sillón.

Es indispensable que los padres estén presentes cuando se use el envoltorio en el niño.

Si es posible que nos ayuden a colocárselo al niño.

Atarax y Vistaril.

Debemos tener éstas drogas en el consultorio para premedicar a niños dentro del consultorio o reforzar la medicación dada en casa.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- ADLER, ALFRED :  
Fundamentos Psicobiológicos en Odontología.  
Understanding Human Nature, Ed. I, New York, Garden City.  
Publishing Co. Inc. 1972.- P.G.
- 2.- CINOTTI WILLIAM R., Y GRIEDER ARTHUR:  
Psicología aplicada a la Odontología.- Primera Edición.  
Editorial Argentina.- Editorial Mundi S.A. IC. YF.  
Pag. 171-178
- 3.- ELLIS R.G; And Davey, K.W. :  
The clasification and tratment of injurias to the teeth of chil  
dren.- Tgh ed; year book medical publishers. Inc.  
Chicago 1970.
- 4.- English, O.S. and Pearson, G.H.J.  
Fundamentos Psicobiológicos en Odontología.  
Emotional problems of living. Inc. 1945.
- 5.- FINN, SIDNEY B.  
Odontología pediátrica.- Cuarta Edición.  
Editorial Interamericana 1976, Pag. 534.
- 6.- G.F. GARDNER :  
Some suggestions for menagement of the cild patient, J.  
Dentistry Childr.- 19:74, 1952.  
Patología, Diagnóstico y terapéutica de la boca y de los  
maxilares de la niñez.
- 7.- GARN, S.M. LEWIS A.B. :  
And Shoemaker, D.W : the sequence of calcification of the  
mandibular molar and premolar teeth. J.D. res: 35 Pag.  
555, 1956
- 8.- GESELL, A. y LLG, F.L. :  
Child development : an introduction to the study of human  
groveth, Nueva York, 1949.-  
Harper and Rove, editores.- Here and there : future  
child population, childres, 11 : 118, 1964.
- 9.- GUERRA L. SERGIO Y ROTBERG SAUL :  
Odontopediatría Revista oficial de la asociación dental mexi-  
cana.- Vol. XXXIII No. 4 Edición Julio-Agosto 1976  
Pag. 67-74

- 10.- HARNDT. EWALD. Y HERMENT WEYERS :  
Patología, Diagnóstico y terapéutica de la boca y de los maxilares en la niñez.  
Editorial Mundi S.A.C.I.F, Junin 895 Buenos Aires  
Pag. 155-165
- 11.- MATZ P. RUDOLF :  
Odontopediatria. Editorial Panamericana Junin 831  
Buenos Aires.- Pag. 132 - 135.
- 12.- HENRICH E. DER SCHMERZ ALS.:  
Philosophisch - psychologisches pro-lem zahnartl.  
Welt 6; 347, 1951.-  
Patología diagnóstico y terapéutica de la boca y los maxilares en la niñez.
- 13.- PROF. H. LUCAS :  
El gran libro de la salud.-  
Enciclopedia médica de Selecciones de Reader Digest.  
Tercera Edición.- Pag. 246-248. 1971.
- 14.- KATZ SIMON :  
Odontología preventiva en acción.-  
Editorial Panamericana.- Pag. 60 - 76 1975.
- 15.- KORHAUSE G. :  
Antropologic and odontología Studies.- Internat J. orthodont  
16 : 640.- 1950
- 16.- KORNS R.D. :  
The incidencia of accidental injury to primary anterior teeth  
J. sent. child, 27: 244, 3er. Quart., 1960 (abstract)  
Pag. 200
- 17.- MARCUSY Y GUTZ :  
Delinquency and coronal fractures of anterior teeth j. dent res.,  
30 : Pag. 513-514, 1951
- 18.- MENASHE CLEPLINSKI Y ANTONIA CADENA :  
Evaluación de métodos para su prevención.- Revista Oficial de  
la Asociación Dental Mexicana.- Vol. XXXII No. 5  
Sep-Oct. 1975 Pag. 39-45
- 19.- MICHIGAN WITKOP. C.J. DENTAL GENETIES :  
1959. J.A.D.A., 60 : 564 1960

- 20.- MC. DONALD, RALPH D.S.D.D.M.S.  
Odontología para el niño y el adolescente; Segunda Edición.  
Buenos Aires, Argentina.- Editorial Mundi 1975  
Pag. 23-33
- 21.- MC. EWEN J.D. Y MC. HUGH, W.D. :  
Predisposing factores associated with fractured incisor  
teeth. Europ ortho Society rep. Congr. lpr. 343-351 1969
- 22.- M.M. COHEM M. MICHEL :  
Odontología Pediátrica.- Editorial Mundi  
Buenos Aires 1957.- Pag. 128
- 23.- MODY, E. AND MONTGOMERY, T.B. :  
Hereditary tendencies in tooth formation J.A.D.A. 21 :  
1774, 1934.
- 24.- MORRIS ALVIN L. D.D.S. PHD. HANY M. BOHOMAN D.M.D.M.S.D.  
La Odontología Infantil en la práctica general.-  
Editorial Labor, S.A.- Tera, Edición 1974  
2da. Edición 1976.- Pag. 163 - 183.
- 25.- OTLE JOSE :  
El gran libro de la Salud.-  
Enciclopedia Médica de Selecciones de Readers Digest 1971.  
Tercera Edición Interamericana.  
Pag. 500 - 501
- 26.- PLAUT H.C. VINCENT, H. :  
Studien zor bakteriellen diagnostik der diphtherie and der  
anginen.- Deutsch med wahnschr. 20 : 920, 1894.
- 27.- PORT. EULER :  
Tratado de la Odontología, Editorial Labor, S.A.  
Barcelona, Madrid.- Quinta Edición. 1951  
Pag. 248-249.
- 28.- RYAN, EDWARD J. D.D.S. :  
Aspectos clínicos de la Psicología.- Segunda Edición,  
Buenos Aires.- Editorial Mundi.- Pag. 80-89
- 29.- ROSEBURY, T. MAC DONALD, J.B. :  
And clark, A. : A bacteriologic devey of gingival scrapings from  
periodontol infections by direct examenation, gueniatepeg



Inoculation and anaerobic cultivation.  
J.D. res., 29 : 718, 1950.

## CONCLUSIONES

EL TIPO DE TRATAMIENTO DENTAL QUE RECIBIRA EL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS ESTA EN RELACION DIRECTA CON EL GRADO DE COMUNICACION MULTISENSORIAL QUE SE PUEDA ESTABLECER CON EL C.D.

LOS OBJETIVOS CLINICOS DE OPTIMA ACTUACION DENTAL SE PUEDE OBTENER SI SE USA LA RUTA PSICO-QUIMICO-CLINICO ADECUADA, CUALESQUIERA QUE SEAN LAS CONDICIONES MENTALES Y DE EDAD DEL PACIENTE.

LOS ANTECEDENTES PSICOLOGICOS Y LA EDAD YA NO SE PUEDEN USAR COMO EXCUSA PARA NO DAR UN TRATAMIENTO DENTAL ADECUADO A LOS NIÑOS PRE-ESCOLARES.

LAS INDICACIONES DE MANEJO PSICOLOGICO, ASI COMO LAS DOSIFICACIONES DEL AGENTE DE PREMEDIACION, SON FUNCIONALES EN NUESTRO CONSULTORIO BAJO LA ATMOSFERA PARTICULAR DE NUESTROS COMPAÑEROS DE PREFERENCIA, PARA QUE LAS INTENTES EN SUS MEDIOS PARTICULARES DE ATENCION DENTAL Y MEJOREN DE ACUERDO A SUS REQUERIMIENTOS.

LA PERSONALIDAD DEL C.D., SU EXPERIENCIA Y SU INFLUENCIA EN ESTOS NIÑOS PUEDEN HACER QUE ESTAS VARIABLES SE VUELVAN INFINITAS.