



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL PACIENTE INFANTIL Y ACTITUD PROFESIONAL
DEL CIRUJANO DENTISTA

autorice C. D. M. C.
Millan

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

OSCAR NAVARRETE REYNA

México, D. F.

1981





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EL PACIENTE INFANTIL Y ACTITUD PROFESIONAL
DEL CIRUJANO DENTISTA.

SUMARIC.

Prólogo.

I.- Al Cirujano Dentista.

- A.- El Cirujano Dentista ante la sociedad.
- B.- Relaciones Humanas.

II.- El paciente infantil.

- A.- Patrones de conducta.
- B.- Entrevista con el niño y sus padres.
- C.- Educación sobre Odontología Infantil a los padres.
- D.- Como debemos tratar a los niños.
- E.- Preparación del niño.
- F.- Conducta a seguir.
- G.- Recompensas.

III.- Primera visita al consultorio.

- A.- La importancia de la primera visita.
- B.- Historia clínica y exámenes preliminares.

IV.- Diferentes medicamentos y materiales que se usan pa
ra la restauración de dientes primarios.

- A.- Cementos.
- B.- Amalgama.

C.- Resina.

D.- Coronas.

E.- Anestésicos.

V.- Diversos métodos utilizados en Odontología Infantil.

A.- Preparación de cavidades.

B.- Tratamientos pulpares.

C.- Métodos de prevención de caries.

VI.- Conclusiones.

Bibliografía.

PROLOGO.

El estudio del paciente, es tan intrincado como el de sí mismo; como persona y como profesional, más ésta dificultad, lejos de desanimarnos nos atrae y nos induce a estudiar y conocer el trato que damos, el que buscamos y el que recibimos de nuestros pacientes, ya sean jóvenes adultos o niños.

Nuestra profesión de Cirujanos Dentistas ha de responder, lógicamente de acuerdo al grado de difusión que hagamos de ella. Lo que cosechemos, sin lugar a dudas será aquello que hemos sembrado en nuestros pacientes y el público en general; así pues, tenemos la obligación de considerar que, somos nosotros los Cirujanos Dentistas los que tenemos el conocimiento de lo bueno y lo malo en cuanto a lo referente a la Odontología; y por fidelidad a estos principios, no debemos dejar a las mayorías que ignoran normas tan elementales en el cuidado de la boca y en la forma de prevenir tantos males que en ella se inician o tienen repercusión.

Para que logremos interesar a nuestros pacientes en lo que en la mayoría de los casos francamente desconocen debemos empezar por conocerlos, y para esto, casi siempre con lo que contamos más a menudo es, la cita que damos, y que debemos por lo tanto aprovechar al máximo, para co

nocer en el menor tiempo posible, el interés y actitud por la salud de su boca y la de los suyos, en el caso del niño y sus padres, como de los demás pacientes en general. No hay nada mejor que tener conocimientos de antemano, del tipo de paciente que hemos de tratar, para así mismo ayudarlo a disminuir sus temores y a que tenga un mejor concepto de la higiene y de la salud bucal.

Antes que nada, para que aprendamos, enseñemos y obtenamos algo de lo que nos brinda la Odontología actualmente, advirtamos su objetivo, el de las personas y el nuestro.

1.- AL CIRUJANO DENTISTA.

Es preciso que te conozcas a tí mismo, para que sepas lo que concierne a tu semejante, luego es necesario que tu razonamiento intervenga para establecer las adecuadas observaciones, entre lo que aprendes y el total de conocimientos en la suma de lo que has aprendido, que al final de todo, es cuanto forma la experiencia, de esta comparación resultará un juicio que te ayude a distinguir: La Sabiduría - de la ignorancia; Lo Justo - de lo injusto; Lo Fidedoso - de lo impío; Lo Digno - de lo indigno, y tantos otros aspectos, de los atributos y defectos de la vida humana.

Es una verdad que el carácter es lo que nos hace ser lo que somos, en cambio, la reputación es lo que la gente cree que somos, y estas formas de carácter creo que deberían definirse de la siguiente manera:

- 1.- CARACTER: Indole, modo de ser en sí mismo, propio, en el aspecto individual es nuestro yo, del que solo Dios y cada uno puede tener conocimiento de como es realmente.
- 2.- CARACTER: Condición, conjunto de razones o circunstancias con que se dá a conocer una cosa, distinguiéndose por sí misma de las demás.

Esta definición de carácter equivale profesionalmente a la reputación.

La primera acepción de carácter condiciona a la segunda. Para el Cirujano Dentista, la honradez debe ser la base de su carácter; debemos cuidar de este atributo como parte integral de lo que estamos formados; este modo de ser, con el que normalmente se diferencia una persona de otra y que en resumen es lo que en realidad somos, queda al criterio de cada uno.

Pero en cuanto al carácter como reflejo del profesionalista, Como Cirujanos Dentistas, tenemos rasgos comunes que nos diferencian de otros profesionistas, tanto como puede diferenciarse una mentalidad de otra.

A.- EL CIRUJANO DENTISTA ANTE LA SOCIEDAD.

El valor ético del Cirujano Dentista, no solo reside en su moralidad, sino también en su conciencia, intenciones y propósitos encaminados a pensar y obrar con la mejor de las voluntades hacia el bien; ya que profesionalmente nuestro ejercicio se presta a posibles malas interpretaciones, que pueden muy bien no ser infundadas si se tienen antecedentes de actos de conducta fallidos. En este caso nuestra ética profesional sería relativa a nuestros pacientes, y nuestra profesión requiere tácitamente confianza y seriedad absolutas, cualidades que lógicamente atraerán pacientes de la misma condición. Así pues el valor de nuestra ética puede reportarnos perjuicios o beneficios que en consecuencia denigrarán o enalzarán nuestra reputación como Cirujanos Dentistas.

Debemos pensar bien y obrar de la misma manera, porque si es verdad que todo comportamiento implica una serie de nexos al conocimiento de la verdad que se persigue, también es cierto que la conducta es inseparable de su autor de manera que si al hacer algo pensamos mal, lo más probable es que lo que estamos haciendo tenga igual característica; es más, hay que recordar que todo estado mental se refleja en el cuerpo, siendo esto así, desembarcámonos en la medida posible de perjuicios mentales al estar ejerciendo nuestra profesión para que tratemos a nuestro

paciente sin desvíos y con toda nuestra atención.

No convirtamos nuestra conducta profesional en una simple operación mecánica; nuestra profesión es eminentemente social y la sociedad aprueba o crítica aquello que para la misma resulta útil o perjudicial; no pensemos de una manera y nos comportemos de otra; nadie se engañará a sí mismo; es ingrato vivir de la farsa. El Cirujano Dentista que no tenga por base la honradez es un charlatán embaucador, indigno de su título, inconsciente de los deberes para con la humanidad y para consigo mismo.

Nuestra profesión nos ofrece un amplio campo para actuar ante la sociedad que precisa de nuestros servicios, no tanto al trabajo dental concerniente, como de la demanda de educación higiénica bucal, de la que poco o nada conocen las mayorías. Obviamente la más elemental higiene debe empezar por la boca, y somos nosotros los que debemos crear, impulsar y mantener este básico principio; pero desde luego empezando por nosotros mismos; esto es: " Prediquemos con el ejemplo ", es importantísimo que seamos el reflejo de lo que decimos y hacemos con todas las personas, pero sobre todo con más énfasis con nuestros pacientes, a los que hablaremos en términos claros que reflejen con exactitud lo que pretendemos inculcarles.

B.- RELACIONES HUMANAS.

La cortesía que demostramos a nuestro personal, pacientes y público en general, hará aumentar la simpatía de ellos hacia nosotros y hacia la tan temida profesión dental. Siendo corteses demostramos que respetamos a quienes tratamos y que además los consideramos importantes; esto es un seguro camino para que nos ganemos la cooperación que tanto necesitamos en nuestro ejercicio y desde luego con la aprobación de estas personas.

La cortesía tiene tanta importancia en nuestra vida privada como en nuestra profesión; así pues, desarrollemos el sentido de la cortesía experimentando lo siguiente cada vez que tengamos ocasión:

1.- SENTAMOS PLACER EN SATISFACER A LOS DEMAS.

Hagamos cuanto esté a nuestro alcance para que las relaciones con nuestros pacientes sean constructivas, así ellos nos verán con un interés cada vez mayor.

2.- ACOSTUMBREMONOS A SONREIR.

No basta que nos guste la gente, debemos demostrarlo con una sincera y cariñosa sonrisa; esto no cuesta nada y conquista mucho. Muy a menudo es el límite entre el triunfo y el fracaso.

- 3.- TRATAMOS A NUESTRO PERSONAL Y COLEGAS COMO QUEREMOS QUE NOS TRATEN.

Esto es muy conocido y muy viejo, pero es algo que tenemos que tener bien presente. Apliquémoslo.

- 4.- DIGAMOS SIEMPRE GRACIAS Y POR FAVOR.

Esto significa más que muchas palabras altisonantes y vanas, porque indican que apreciamos los esfuerzos de los demás y hacen que deseen cooperar con nosotros.

- 5.- ESCUCHEMOS CON ATENCION.

Cuando alguien nos hable no interrumpamos, especialmente si esta persona está diciendo lo contrario de lo que pensamos; respetemos sus sentimientos e ideas. Conduzcámonos con educación y atendamos a lo que nos dicen.

- 6.- NO DISCUTAMOS.

Aún cuando tengamos que perder o ganar, respetemos el derecho de cada persona a tener ideas propias; siempre es posible contestar cortésmente. Más si estamos equivocados admitámoslo de inmediato y con énfasis.

- 7.- SEAMOS AMABLES AL HABLAR POR TELEFONO.

La reputación propia y la de nuestro consultorio no solo está basada en la calidad de los servicios que prestamos, sino también en la forma amable, interesada, cortés y alentadora del servicio que podamos o no prestar por teléfono.

8.- SEAMOS PUNTALES.

Esta es una de las mayores cortesías que podamos hacer, estemos a tiempo o antes en nuestras citas esto hará que la gente se sienta inclinada a considerarnos personas responsables de nuestros deberes y obligaciones.

9.- CUMPLAMOS NUESTRAS PROMESAS.

No prometamos más de lo que podemos dar o cumplir. Por ejemplo: No ofrezcamos terminar un tratamiento cuando otros compromisos anteriores nos lo impidan. El entusiasmo es una condición maravillosa, pero mejor es rehusar que prometer en vano. Así cuando prometamos algo, hagamos cuanto esté a nuestro alcance por cumplir bien, siendo cuidadosos en este aspecto conseguiremos que nos tengan confianza.

10.- NO HAGAMOS PATENTES NUESTRAS PREOCUPACIONES PERSONALES ANTE NUESTROS PACIENTES.

Si no podemos desprendernos y olvidar del todo

nuestros problemas personales, mantengámoslos dentro de nosotros, no lo comuniquemos a ellos ni dejemos que se trasluzcan; esto es un detalle de buena educación, además consideremos que ellos tienen tantos problemas como nosotros.

11.- SEAMOS PARTICULARMENTE CUIDADOSOS PARA ATENDER QUEJAS.

Las quejas son descorazonadoras, especialmente cuando se ha hecho lo posible por tratar al paciente con toda justicia. Lo importante es no dejar que nos abrume, oigámosla con naturalidad; aunque la queja sea irrazonable no lo hagamos notar así. A nadie le gusta que lo crean insensato, expliquemos el porqué de la causa o razón del problema. Si podemos rectificar un error hagámoslo inmediatamente. Así cuando un paciente se queje de un tratamiento efectuado escuchémoslo con educación, atendamos y no lo interrumpamos, agradezcámosle por venir directamente a nosotros en lugar de quejarse en público. Pidámosle disculpas por las molestias. Hay que considerar las quejas de acuerdo con los pacientes.

12.- SEAMOS ALEGRES.

A nadie le gusta la gente triste e irritable, por lo general estas personas tienen pocos amigos.

II.- EL PACIENTE INFANTIL.

" Poco puede esperarse del adulto, el hombre inteligente empieza por el niño ".

Goethe.

Y la verdad es que es mejor empezar por el principio para ir de acuerdo con un orden; así tendremos ventajas para nosotros mismos como Cirujanos Dentistas, como para nuestros pequeños pacientes, pues ellos al tiempo de beneficiarse a su edad, se benefician posteriormente cuando son jóvenes y adultos, a la vez que a las personas responsables de ellos.

Un niño sano requiere de atención dental desde los dos años, aún cuando por razones de salud pueden requerir de nuestros servicios recién nacidos. De los dos años en adelante, los padres deberán solicitar una revisión completa de su boca.

Hay que ver al niño no como a un paciente actual e inmediato, sino como un paciente a través de los años y como una relación perdurable, debemos tener estabilidad emocional para tratarlos adecuadamente, también estudiar y conocer los factores que influyen en su conducta. Conducta es igual a: Factores hereditarios más experiencias primarias. Estas experiencias pueden ser positivas o negati

vas, si son negativas deforman el desarrollo psicológico del niño; si son positivas obviamente lo enriquecen. A parte de esas experiencias el niño tiene patrones de conducta característicos para cada edad, por lo tanto es un error tratar de acelerar el desarrollo natural psicológico del niño.

El ser humano nace con tres emociones primarias que son: El temor, el amor y la cólera. Hay que reconocerlas para evitarlas o fomentarlas según convenga.

A.- PATRONES DE CONDUCTA.

- 1.- DOS AÑOS: El niño a esta edad no es capaz de relacionarse por largo rato con personas, no entiende bien, ni pronto a los mandatos, hay que ayudarlo a que obedezca porque depende de su madre. No debemos esperar que niños menores de tres años respondan a lo que se les indica en el sillón dental.

- 2.- TRES AÑOS: Es sociable y tiende a complacer a los demás, es el comienzo de la semi-independencia. Trata de agradar y es susceptible a la alabanza, se puede pactar con él y si se le da una buena razón cooperará en cosas que de ordinario no le agradan hacer. Es la edad del "yo también". Ponen interés en el compañero de juegos que puede ser imaginario, aunque la madre es casi siempre la preferida.

- 3.- CUATRO AÑOS: Es la edad del "porqué y el como". El niño expresa independencia, es un gran conversador, todo actividad; puede vestirse solo y le agrada la compañía, así alardea y se jacta de lo que posee, responde a nuestros mandatos y puede ganarse apelando a su espíritu de independencia son cooperadores y tienen mucha imaginación.

4.- CINCO Y SEIS AÑOS: El niño puede distinguir entre la verdad y la mentira además de que ya es capaz de autocríticarse, le gusta terminar lo que ha empezado y tiene tendencia a intimar con los demás y le gusta ser el centro de atracción, pues trata de andar bien vestido y adquirir nuevos conocimientos, es amante de la alabanza y seguro de sí mismo, empiezan a interesarle personas ajenas a su familia, especialmente en niños que se encontra en la escuela y en fiestas. Hay un desper-tar del sentido social que se hace evidente al poco tiempo de ingresar a la escuela, por lo que le agradan las actividades fuera del hogar y se dá cuenta de que también hay un sexo opuesto. Es la edad de la independencia.

5.- OCHO Y TRECE AÑOS: Es la edad pre-adolescente, le gusta asumir prerrogativas adultas y es leal a sus compañeros de escuela y de la calle, le gusta hacerse notar; es la edad en que le interesa la competencia deportiva y las cosas mecánicas. Tiene patrones de conducta especiales relacionados al sexo opuesto. El varón se asocia frecuentemente con arrebatos de ira; mientras que la niña por su sensibilidad tiende a llorar fácilmente y experi-menta mayor dificultad para adaptarse emocional-mente. Los problemas relacionados con la ansie-

dad y el miedo son más frecuentes en la niña. Los niños se tornan agresivos y las niñas empiezan a interesarse por la apariencia de su cuerpo y de la moda en su vestir.

B.- ENTREVISTA CON EL NIÑO Y SUS PADRES.

Los niños no vienen al consultorio por sí mismos, sino que por lo general son traídos por sus padres o acompañados por personas mayores responsables de ellos; desgraciadamente en la mayoría de éstas visitas los padres traen a sus hijos para que les saquemos el diente que está causándole molestias o dolor. Casi puede asegurarse que no les importa tanto el dolor del niño como las molestias que éste les ocasiona.

En estos y en todos los casos de consulta infantil, a menos que sea una emergencia, no debemos concretarnos a la molestia que nos indican, pues es frecuente que la razón de que tengamos pacientes infantiles es por causa de un dolor por el cual no puede comer ni dormir, haciéndonos partícipes de un mal rato a sus padres que a su vez tratan de quitarle el dolor dándole analgésico, mientras se dan tiempo de una cita con nosotros; aunque no siempre ni todos piensan de ésta manera. Mientras que hay padres que no se preocupan de aquel dolor hasta que se presenta otra vez, entonces recurren de nuevo al analgésico y así se va transcurriendo el tiempo de dolor en dolor y de pastilla en pastilla, hasta que un día notan al niño con la carita inflamada y quejándose de un dolor tan intenso que no podrían calmar docenas de pastillas, así que deciden hacer lo que debieron haber hecho desde antes que se pre-

sentara el primer dolor: Llevar al niño con el Dentista.

En estas condiciones insistiremos en repetir lo que probablemente ya saben y que no le dan la importancia que tiene.

Recomendaremos que el primer aviso notorio contra la salud del niño, son la falta de higiene bucal o el cepillado incorrecto, que no esperen la presencia de síntomas tales como las manchas y caries, aún cuando no haya dolor provocado. Que al niño hay que llevarlo con el Dentista cuando cumpla dos años para un reconocimiento, aunque no se vea o se sienta el menor indicio de la necesidad de un tratamiento, en todo caso esto lo decidiremos nosotros.

Con más razón no hay que cerrar los ojos ante la evidencia del tratamiento de un diente enfermo; no hay que perder la oportunidad de curarlo, aún cuando esto no presente molestias ni se tengan consecuencias aparentes. Haremos notar a los padres que las enfermedades son más fáciles de curar cuando comienzan las mismas y que las caries dentales no son una excepción, pues no duelen hasta que son lo suficientemente profundas para afectar el nervio. Insistiremos en los trastornos que ocasionan las pérdidas de los dientes primarios prematuramente, ya que se cree que estos no tienen importancia pues van a ser

reemplazados, pero son fundamentales a esta edad. Explicaremos que el abandonarse a este error trae entre otros males los siguientes:

- A.- La mala posición en el alineamiento de los dientes, este se traduce en una apariciencia desagradable que los hace poco sociables.

- B.- Cuando un diente sale antes de lo debido por una extracción prematura rara vez o nunca tienen su posición correcta, provocando una sobrecarga de la presión masticatoria en determinados lugares de las arcadas dentarias, lo que constituye que algunos dientes realicen esfuerzos excesivos y otros poco o ninguno, este desequilibrio en la fuerza de masticación se traduce en enfermedad de los dientes, la encía y el hueso que forma parte del soporte del diente, ocasionándose a veces la pérdida a plazos cortos de la dentadura.

- C.- Los dientes afectados por caries, aunque no duelan tienden a ocasionar en el resto del cuerpo malestares como reumas y enfermedades como la miocarditis a veces con desenlaces fatales, dependiendo de la resistencia del organismo afectado.

Es necesario inculcar al niño los mejores hábitos de higiene bucal a fin de estimularlo a tener sus dientes limpios; nosotros habremos de indicar la mejor manera de lograrlo contando desde luego con la influencia de los padres, pues de ellos depende en gran parte el comportamiento del niño y lógicamente el éxito de nuestra labor.

Diplomáticamente hay que hechar en cara a los padres en presencia del niño la responsabilidad que tienen de cuidar de él, tanto de su salud como su educación dental. Recomendaremos a los padres que la falta de costumbre de ir con el Dentista desde la infancia, trae consigo el mismo descuido cuando se es mayor.

Distingamos al niño que ha sido educado por sus padres y que ve al Dentista como a un amigo, pues desde el principio será nuestro aliado. Así como al niño que obra de acuerdo con el poco sentido común de sus padres que han hecho que el niño vea al Dentista como al peor de sus enemigos, que es capaz de torturarlo y por lo cual este rechaza toda relación con nosotros.

Hemos de enfrentarnos con valor a los padres que no aprecian la importancia de la necesidad de un tratamiento Odontológico Infantil, cuando así lo demanda el estado de su boca, y diferenciar entre los que no quieren y los que no pueden hacerse económicamente responsables de

la salud bucal del niño.

Debemos adoptar una actitud y una habilidad adecuada para conducir razonablemente a la madre, al padre o a la persona responsable del niño a aceptar con paciencia las veces que sea necesaria la presencia del niño en el consultorio, ya que el tiempo es un factor importante en relación con los problemas de conducta del niño a que hemos de enfrentarnos profesionalmente.

C.- EDUCACION SOBRE ODONTOLOGIA INFANTIL A LOS
PADRES.

Hay que inculcar a los padres que la verdad es la mejor aliada cuando se quiera conseguir algo de sus niños, sobre todo en el tratamiento de sus dolencias. Por ejemplo: Si al dar al niño una medicina de sabor amargo se le engaña diciéndole que no le va a saber mal, que es dulce, se logrará quizá por el momento que el niño la tome, pero él se dará cuenta inmediatamente que se le ha engañado y para la siguiente ocasión en que haya necesidad de darle la misma medicina u otra diferente será casi imposible convencerlo de que la tome, aunque esta vez tenga buen sabor en realidad; creerá con toda justificación que lo están engañando otra vez y que le va a saber tan mal como la anterior.

En cambio si se le explica de antemano los beneficios que va a obtener de ese corto momento, en términos que él lo entienda, de que se curará muy pronto y así podrá salir a jugar, además de que se le premiará, la tomará con gusto, además de sentirse satisfecho de poder cooperar a su más rápido restablecimiento. Un elogio por haber tomado la medicina, será también una gran ayuda para lograr que él esté dispuesto siempre a sacrificarse por un momento para obtener beneficios posteriores.

Lo mismo ha de decirse respecto a los tratamientos dentales o a las simples visitas al consultorio dental, porque a todos los niños a los que no se les ha explicado el bien que reciben de los Cirujanos Dentistas, sienten un miedo y rencor terribles especialmente cuando se les amenaza con frases tales como: " Si te portas mal te llevo al Dentista para que te saque la muela ", etc., etc

Para hacer comprender a los padres de familia la importancia de la Odontología Infantil, podremos recurrir a conferencias y demostraciones audio-visuales, en fin, a cuanto favorezca a mantener vivo el interés por la salud y la higiene bucal de sus hijos. Hagámosles notar lo malo de ciertos hábitos infantiles como:

A.- Cuando al estar sentados apoyan un lado de la cara sobre su mano teniendo el codo en un punto fijo, esto al parecer proporciona cierta comodidad y parece inofensivo, pero al convertirse en un hábito en el niño puede provocar la deformación de las arcadas dentarias en el lado donde recibe la presión de la mano, pues esto además de alterar la posición de los dientes, deforma el contorno facial.

B.- El morder lápices, plumas, reglas o cualquier

objeto duro, trae como consecuencia la separación de los dientes por lo general los anteriores y aún cuando estén en oclusión céntrica los molares, quedarán abiertos en el cuadrante anterior.

- C.- El chocarse el dedo o los dedos que además de la mala apariencia que produce trae trastornos en el habla y algunas palabras sonarán defectivamente por esta anomalía de los dientes.

- D.- Deberá vigilarse que no abran botellas de refregcos, que no partan nueces o trituren hielo o caramelos con los dientes, ya que la consecuencia de este mal uso de los dientes se traduce en fracturas que pueden ocasionar la pérdida del diente afectado.

El hábito de ingerir dulces sobre todo fuera de las horas de comida, provoca que queden adheridos parte de éstos en las superficies dentarias, lo cual contribuye a la formación de caries, por lo que se les recomienda enjuagarse bien la boca si no es posible cepillarse los dientes al momento. Así cuanto más azúcar se elimine de su dentadura menor será la posibilidad de caries.

Se insistirá en la visita periódica a nuestro consul

torio cada seis meses a partir de los dos años de edad, pues con esto es sabido, es de sobra la cantidad de enfermos a los que podemos prevenirles o curarles sus defectos a tiempo.

D.- COMO DEBEMOS TRATAR A LOS NIÑOS.

Para tratar a los niños hay que tener presente que no son adultos, sino seres pequeños en proceso de crecimiento y que este desarrollo natural se hace por etapas por lo que no debemos de extrañarnos de sus fantasías o de su vago concepto de responsabilidad y conducta, en sus diversas etapas.

Los niños no pueden comportarse normalmente bajo el criterio del adulto de lo que deben hacer o no, debemos comprender que en los niños encontraremos siempre un comportamiento infantil, por lo que necesitan del afecto que debe demostrarse en tal forma que se sientan importantes y queridos.

Cuando queramos conseguir ayuda del niño para un tratamiento dental, le diremos siempre la verdad, aunque sea lo más difícil a seguir. La verdad tiene un valor incalculable y esencial en la conducción de pacientes infantiles, ya que si mentimos a un niño tendremos que mentirle indefinidamente, hasta que tarde o temprano descubra que se le ha mentido y como consecuencia empezará a utilizar los embustes considerando que la mentira es justificable. Y la mentira por el contrario jamás es justificable, mucho menos cuando se le dice a un niño, porque influiría un modo definitivo en su conducta. Siempre

habrá de explicársele la realidad de las cosas y al mismo tiempo ayudárle a enfrentarse a ellas con valor y fortaleza. La verdad es una fortaleza, pues el niño que sabe lo que se le va a hacer podrá soportar con más ánimo los dolores, contratiempos e incomodidades que otro niño al que se le ha dicho una mentira sobre lo que va a sentir. El que está bien informado gracias a la veracidad de nuestras palabras, cooperará de buen grado y puesto que sabe que siempre le decimos la verdad comprenderá que no necesita recurrir a otros para satisfacer sus dudas. El niño que descubre que el Dentista lo engaña pretenderá engañarlo a su vez y se dirá: " El doctor cree que yo me trago todos sus cuentos, pero no soy tonto porque sí me doy cuenta y no me dejaré ". Y esta forma de actuar de uno y de otro no benefician nada a ninguno de los dos.

La verdad debe decirse con tacto, llana y sencillamente, y así esto no dañará ni el presente ni el futuro del niño. Así que hay que considerar lo siguiente: Los niños en sí desconocen la mentira y son esencialmente sinceros por esto que la falta de sinceridad de los demás los hacen recelosos y los hieren en lo más vivo.

Tengamos en cuenta el impacto que causa en los pequeños al descubrir un engaño, si nos percatamos de ésta verdad nos abstendremos de pequeñas mentiras. Aún con la mejor intención no debemos engañar a los niños, abusando

de su credulidad que es precisamente parte de su sinceridad.

Es de gran importancia en nuestro consultorio la actitud que adoptemos ante los niños, así están más atentos a lo que hacemos que a lo que decimos; de nuestro comportamiento dependerá el de ellos, sobre todo en las siguientes citas. Así que es preciso causarles una buena impresión, pues las buenas cualidades como las malas perduran en ellos, y así haremos cuanto esté de acuerdo en desarrollar su apego al cuidado de su boca. Consideremos que las primeras impresiones emocionales producen un efecto casi permanente en la actitud de una persona ante cierta situación, sobre todo en cuanto a operaciones dentales se refiere es particularmente cierto tanto en adultos como en niños.

Los niños que llegan por primera vez a un consultorio dental están atemorizados sobre todo si la razón de su visita es un dolor; entonces el Dentista es un extraño para él, hará aumentar su temor, ya que estas condiciones y de acuerdo a su carácter solo confiaré en la persona que lo acompaña; en ésta visita no pretenderemos mucho, bastará con que se siente en el sillón y nos muestre su diente enfermo. Esto es suficiente; claro que si se pregunta a más podemos hacerle una pequeña curación de la que

estemos seguros que no le causará el más mínimo dolor; jamás se le hará nada que le produzca dolor en la primera cita, a menos que sea una emergencia.

En toda ocasión se le hablará cariñosamente pero sin abandonar nuestra autoridad, teniendo en cuenta que la conducta del niño se modificará mejor con ejemplos y sugerencias en lugar de exigencias, de manera que si en la primera visita solo conseguimos que el niño abra la boca con solo ordenárselo esto será suficiente pues ya hemos ganado algo de su confianza. Esto lógicamente va de acuerdo con los patrones de conducta del niño, así como a su edad cronológica y mental.

E.- PREPARACION DEL NIÑO.

Esta fase de la Odontopediatría comienza desde que el niño se nos presenta en el consultorio junto con sus padres. El éxito dependerá tanto de nuestro recibimiento afable y amistoso como de lo que hagamos y digamos, la forma en que escuchemos, la atención que pongamos y la seguridad y paciencia con que dominemos la situación. Para preparar al niño y ajustarlo a nuestra norma de conducta, debemos considerar lo que le gusta o le disgusta, tanto de lo que le rodea como de nosotros mismos. De acuerdo con su carácter será la fórmula que empleemos desde los puntos de vista siguientes:

- 1.- Los que son educados normalmente por sus padres o sea a los que se les explica con verdad todo lo que preguntan por difícil que parezca, a los que no se les miente en ningún aspecto y no están influenciados por los prejuicios de los adultos. En este tipo de niños no existen problemas si no se los creamos, y si es indispensable crearles un problema de voluntad, ayudémoslo a resolverlo y a hacerle ver el beneficio y la importancia de éste para su salud; diciéndole la verdad a estos niños cooperarán ya que no es justificable engañarlos por ninguna razón.

- 2.- Los que son y estan atemorizados por sus padres ya sea con engaños o exagerándoles consecuencias si no se portan de tal o cual manera; a éstos procuraremos causarles las menores molestias posibles, difundieéndoles libertad de acción y confianza; para esto habrá de acostumbrárseles al ambiente dándoles tantas citas como sean necesarias a su condición, hasta atenuar o desaparecer ese temor infundado.
- 3.- Los que son educados rígidamente y se les impone tal conducta que no deberan eludir o comentar siquiera lo impuesto y se presentan en nuestro consultorio tímidos retraídos y avergonzados. Entonces nuestra actitud se tornará jovial sin llegar a lo infantil; por lo general son buenos pacientes a los que debemos premiar por su obediencia y cooperación espontánea para con nosotros.
- 4.- Los que heredan un temperamento facilmente exitable en tal forma que son excesivamente nerviosos, son niños que a primera vista parecen intratables y que por lo general requieren medicación previa, ya que se resisten a permanecer en el sillón dental; en éstas condiciones después de las citas que se requieran se les hará tratamiento

to indoloro para doblegar sus temores poco a poco. Retiraremos a sus padres de su presencia para que no le quede más remedio que confiar en nosotros, se le darán citas a las primeras horas cuando no estemos agobiados por el trabajo y con servemos mejor la serenidad.

- 5.- Los que son caprichosos, dominantes y tratan de imponer su voluntad a todo el mundo, por lo general son incorregibles y somos nosotros los que nos impondremos haciéndole notar que a pesar de sus deseos, contrarios a los nuestros, el trabajo que necesite habrá de efectuarse y que si no coopera se recurrirá a la fuerza, lo que generalmente lo doblega. Desde luego es de preferirse el convencimiento y esta puede ser en citas sucesivas hasta que abandone su conducta o por lo menos la disminuya favorablemente.

La Odontopediatría constituye una verdadera especialización pues hay que considerar que los niños no son responsables muchas veces de su manera de ser, principalmente cuando es adversa a un comportamiento noble, y sí directamente sus padres y el medio ambiente en que viven.

F.- CONDUCTA A SEGUIR.

Debemos considerar los siguientes factores en cada paciente infantil, constituya o no uno de los tipos cl
sificados:

- 1.- Diagnóstico del caso a tratar.
- 2.- Salud general del niño.

Teniendo conocimiento de su estado antes de empezar con el tratamiento que requiera, habremos de recordar lo si
guiente:

- 1.- No ejecutar ninguna operación dolorosa o de lar
ga duración durante la primera cita.
- 2.- En el caso necesario de mitigar el dolor, se le hará un tratamiento sencillo.
- 3.- No engañarle ni esconder los instrumentos para que el niño no los vea.
- 4.- Si hay que aplicar algún medicamento, se escoge
rá el de sabor y olor menos desagradable.

- 5.- Mientras se cura se le hablará, de manera que la conversación lo distraiga.
- 6.- En cada momento hacer cuanto nos ayude a captar su confianza.
- 7.- Alejarlo de los familiares, pues pueden adelantar un comportamiento adverso a nuestro propósito.
- 8.- Esperar el tiempo suficiente para que se familiarice con el ambiente clínico.
- 9.- Darle valor, alentarle y agradecerle su cooperación y recomendarle después de cada intervención el cuidado de su boca.

G.- RECOMPENSAS.

Existen muchas maneras de recompensar a nuestro paciente infantil que se ha comportado debidamente durante el transcurso del tratamiento a que necesit6 someterse, por ejemplo: Reconociendo ostensiblemente un buen comportamiento y una conducta excelente de manera que el niño sepa cuando se es un buen paciente y esto lo estimule a fomentar la actitud que se ha propuesto para tratamientos futuros.

Se elaborará su conducta del momento. Por ejemplo: En lugar de decirle al niño que es una buena persona, mejor ha de decirsele que ese día se ha portado muy bien en el sillón; si es que el niño no se ha portado bien de acuerdo a su carácter, estimulémoslo a que se comporte mejor la próxima vez.

Los regalos son una excelente recompensa después de un buen comportamiento, aunque lo que más nos importa es impresionar favorablemente al niño respecto al cuidado de su boca, más que el regalo en sí mismo.

Así que hay que diferenciar el regalo del soborno, pues el soborno jamás dejará que logremos algo bueno y lo más probable es que se prolongue el mal comportamiento

to, por el efecto de ser sobornado nuevamente.

Además el soborno es una forma de reconocer que no se es lo suficientemente capáz en una determinada situación y es casi seguro que un niño inteligente saque ventaja de esta forma de actuar. Sobornar es dar o prometer algo para inducir a un fin. En este caso puede ser satisfacer nuestros deseos.

Recompensar en este caso es reconocer el buen comportamiento del niño una vez terminado un tratamiento, sin promesa previa de un premio. Después de terminar un tratamiento y recompensar a nuestros pacientes infantiles, es nuestro deber recordarles la visita periódica, independientemente del tratamiento realizado; esto se debe hacer por medio de una tarjeta especial para este fin, la cual enviaremos por correo al tiempo que creamos necesario después de la última visita, y la enviaremos directamente al niño, no a sus padres, esto no solo los hará sentirse importantes, sino también ayudará a aumentar su interés y su celo por el cuidado de sus dientes y su boca en general.

Esta tarjeta de recordatorio significa para el niño que nos preocupamos por su salud y lejos de mortificarle nuestra actitud le agradará. Junto con el testimonio de la buena conciencia del tratamiento que hemos efectuado

esta tarjeta nos asegura en cierta forma la vuelta del paciente y con éste una entrada que beneficiará nuestra economía, luego esta atención se convierte en conveniencia para ambas partes.

También esto quiere decir que el hecho de terminar un tratamiento a un paciente, es solamente un decir, por que realmente no se deja de estar ligado a un paciente. Si lo tratamos honradamente y con eficiencia, tendremos más acercamiento, aún pasado algún tiempo.

Este comportamiento incluye a los pacientes adultos, aunque a ellos en lugar de recompensas les daremos satisfacción y educación dentales adecuadas a su rango y amor propio, esto con la garantía del buen servicio que prestamos, nos satisfecerá a la vez al honrar a la profesión dental y al obtener de ella utilidad y prestigio.

III.- PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO DENTAL.

A.- LA IMPORTANCIA DE LA PRIMERA VISITA.

A través de la guía del Dentista, el niño aprende a aceptar y a disfrutar los procedimientos del tratamiento dental. Perderá su miedo a la práctica dental cuando aprenda que las situaciones dentro del consultorio con las que no está familiarizado no presentan peligro para su seguridad. Las buenas relaciones entre profesional y paciente se lograrán mediante solidaridad y tacto y así los procedimientos operativos se convertirán en agradables interludios, que serán esperados con placer por ambos, el niño y el dentista. Debido a que este método ha sido tan exitoso, el objetivo de este capítulo será el describir las técnicas empleadas para condicionar la actitud del niño hacia el Dentista desde la primera visita al consultorio.

El peso inicial en la primera consulta es determinar si el niño tiene un miedo impropio hacia la práctica dental, y si es así, las razones de esta actitud. Esto puede ser descubierto preguntando a los padres acerca de sus opiniones y sentimientos hacia la Odontología, así como sus actitudes hacia ésta; además de observar cuidadosamen

te al niño. Una vez que la causa del miedo es descubierta, el control del paciente vendrá a ser un procedimiento más sencillo dentro de su tratamiento.

El siguiente paso es familiarizar al niño con el consultorio y todo su equipo, tratando de no producirle alarma. Con esto quiero decir que nos ganemos la confianza del niño, para así cambiar su miedo por curiosidad y cooperación. Todos los niños son curiosos e inquietos, cualquier novedad en equipos o mecanismos les interesa y haga los deleita. ¿Qué mejor lugar hay que un consultorio dental para encontrar cosas que estimulen el interés del niño? El miedo puede ser alejado permitiendo al niño probar todas las piezas del equipo. El dentista debe explicar como funciona cada pieza, y así el niño se familiarizará con el sonido y función de cada accesorio. Haremos que la pieza de mano con una copa de hule corra sobre la uña de su dedo, para que pueda sentir por sí mismo como funciona y su consistencia. Le demostraremos la jeringa de aire, luego casualmente la colocaremos en su regazo para que la pruebe. Se le explicará el funcionamiento del control de pie de la pieza de mano, y así sabrá el niño que el taladro no está fuera de control, pero que si es necesario puede pararse cuando uno quiera.

Después de familiarizar al paciente con el equipo, el

siguiente objetivo será ganarnos su completa confianza, escogiendo cuidadosamente las palabras e ideas adecuadas para la conversación, y el entendimiento debe ser buscado sin mucha pérdida de tiempo. Cuando la confianza se establece el dentista debe convencer al niño de la idea que el conoce y simpatiza con sus problemas; la conversación del profesional debe alejarse de los problemas emocionales y familiares del niño. Hablemos de mascotas, compañeros de la escuela, deportes o materias y deberes escolares. Relatemos de lo mal que nos sentimos que nuestro perro o mascota no lo podamos traer al consultorio con nosotros; si al niño le gustan las mascotas un entendimiento y solidaridad de parte del niño aflorará hacia nosotros; o si él tiene dificultad con una materia escolar, remarquemos lo difícil que nosotros encontramos esa materia también. Digámosle que podemos entender sus problemas porque tuvimos los mismos cuando íbamos a la escuela, de ésta manera construiremos un mutuo entendimiento y confianza junto con nuestro paciente. Un Dentista debe humanizar sus relaciones con el niño.

Y ahora es tiempo de señalar el objeto del tratamiento dental, el dentista debe enfatizar que él mismo cuando niño tuvo que ir al dentista porque el "Arreglarse" los dientes es necesario; y que encontró que la mejor forma de hacer esto, generalmente era cooperar con el dentista; pero que él no sabía como cooperar hasta que el den -

tista le dijo como y lo fácil que encontró como hacerlo. En este momento el niño seguramente estará receptivo para recibir su primera adoctrinación en su tratamiento dental.

Durante esta primera visita haremos los menores y menos dolorosos procedimientos posibles. Obtendremos su historia clínica. Le daremos indicaciones de su cepillado de dientes instruyéndolo en el uso del cepillo y la cera dental; informaremos al paciente que cepillaremos sus dientes con la pequeña copa de hule con la que estuvo jugando, así limpiaremos sus dientes y pondremos solución tópica de flúor en ellos. Podremos tomar también radiografías. Si permitimos al niño tocar y sentir la unidad de rayos X, y le explicamos su función, no tendremos dificultad; la unidad de rayos X la describiremos como una gran cámara fotográfica y a la película como al lugar donde aparecerá la fotografía de sus dientes, así cuando vea el revelado de la radiografía estará orgulloso de su comportamiento.

Es bueno empezar a trabajar de la operación más fácil a la más compleja, a menos que un tratamiento de emergencia sea necesario el Dentista puede o no trabajar dependiendo del caso, con los padres del niño dentro del consultorio; generalmente durante la primera visita los pa

dres pasarán al consultorio para obtener un entendimiento del papel de ellos en la vigilancia de la buena higiene y hábitos orales y el adecuado conocimiento del control dietético para la prevención de enfermedades dentales. Por medio de pastillas reveladoras de placa, antes y después del cepillado podemos demostrar esto. Si tenemos material audiovisual y de lectura podremos adotar en salud dental al niño y a sus padres por un período más largo.

Desafortunadamente los niños vienen a su primera visita al consultorio sufriendo de dolor en sus dientes y con necesidad de un tratamiento más extenso; en estas situaciones como en las otras, la sinceridad del dentista es esencial. La franqueza y honestidad pagarán buenos dividendos en la conducta y actitud del niño. Podrá decirse al niño de una manera casual, que algunas veces puede haber dolor en lo que se le ve a hacer, se le puede indicar que cuando sienta que le duele demasiado, el dentista puede parar o buscar una manera en la cual no le duela tanto, o tratar de hacerlo lo más suave posible. La sinceridad prevalecerá a través de todas las futuras citas dentales; y puede hacersele recordar esto al niño antes de cada operación dental.

En el manejo de niños muy pequeños para entender ex

plicaciones la relación debe intentarse a través de la conversación acerca de cosas o eventos de la propia experiencia del niño. Háblémosles con voz natural y amable, y si es necesario, de todas maneras trabajaremos aunque el niño este llorando.

Ocasionalmente los niños pre-escolares gritan fuerte y por algún tiempo en el sillón dental, con estos gritos y llanto es difícil hacerse entender; así que mandar al padre fuera del cuarto será suficiente para callar al niño. En otras ocasiones el dar al niño tiempo suficiente para llorar, será adecuado; de cualquier manera, hay algunos casos en la experiencia de cualquier dentista, cuando las actitudes de los padres son equivocadas y se le induce al niño a un miedo impropio y este se conduce a sí mismo a un estado de histeria. Aquí es cuando debemos calmar al paciente lo suficiente para que pueda oír lo que tenemos que decirle.

El método más simple de hacer esto es colocando suavemente nuestra mano sobre la boca del niño, indicándole que no es un castigo, sino para que pueda oír lo que tenemos que decirle; tratando de no bloquear la respiración oral. Mientras el niño llora, digámosle suavemente al oído, que quitaremos nuestra mano de su boca cuando deje de llorar; no debe haber ninguna traza de malicia en

nuestra voz. Una vez que termine de llorar; quitemos la mano de su boca y hablemos de alguna otra cosa enteramente apartada de la Odontología. Es sorprendente lo efectivo que es esto y como estos niños se convierten en pacientes ideales; ellos no se sentirán por esto, sino que harán lo que deba hacerse por su bien.

Generalmente se esforzarán por ser más cooperativos y hasta se convertirán en nuestros "cuates". El poner la mano sobre la boca del paciente, es una medida extrema y solo debe emplearse como un último recurso en un paciente histérico, cuando todos los otros métodos o recursos hallan fallado; aunque a veces es necesario usar esta técnica en niños mimados y caprichosos.

Los procedimientos disciplinarios como estos consumen tiempo, los dentistas frecuentemente decimos que no tenemos tiempo disponible para entrenar niños; una hora para entrenar al niño para que sea un buen paciente dental, nos asegurará que este será nuestro paciente durante toda su vida. Y esa hora será la más provechosa en nuestra práctica profesional.

B.- HISTORIA CLINICA Y EXAMENES
PRELIMINARES.

El éxito del cuidado dental en los niños, estará mejor apoyado después de un cuidadoso examen, un acertado diagnóstico y la formulación de un apropiado plan de tratamiento. La manera en la cual esto puede ser completado durante la primer visita del niño al consultorio dental, ayudará en toda la relación profesional y amistosa entre el Dentista, el niño y sus padres; una actitud cálida y amistosa por parte del Dentista hará aflorar la amistad del más aprehensivo de los niños y el interés de los padres en el tratamiento y cuidados que se requieren en el niño durante éste. Todo el examen y su rutina debe ser acompañados con movimientos lentos y tranquilos, utilizando un mínimo de instrumentos para evitar alarmar al niño. Las preguntas que hará el Dentista deberán tomar la forma de una conversación sencilla; de ésta manera se ahorrara tiempo, y tanto el niño como sus padres estarán apropiadamente preparados para cualquier tratamiento dental, que se vaya a seguir. Una vez que se haya asegurado una amistosa cooperación, el Dentista procederá a los pasos del examen clínico.

1.- EXAMEN ARMADO:

El niño deberá estar sentado en una posición cómoda

moda, en un sillón dental diseñado para niños o en un sillón dental para adultos apropiadamente ajustado para él. A un lado deberán de estar la lámpara dental y la jeringa de aire y solamente se usarán un espejo dental y un explorador; el nombre de cada instrumento será referido al niño para satisfacer su curiosidad.

Para un exámen completo deberá tenerse los instrumentos considerados en la siguiente lista; pero sin que el niño los vea. Un asistente capacitado deberá tenerlos listos para cuando sean necesarios:

Alcohol	Guttapercha
Alginato	Forta-impresiones
Articulador	Dique de hule
Papel de articular	Espojas
Nechero de Bunsen	Abate-lenguas
Forta y cubre objetos	Vitalometro
Algodón	Cera calibrada N.ºm.
	28
Torundas de algodón	Sonda periodontal
Seda dental	

Evaluacion del niño:

El contacto inicial con el padre es usualmente

por teléfono; la recepcionista del consultorio dental deberá preguntar la naturaleza de la futura cita. Hay tres tipos de cita para consulta que comunmente son: Emergencia, Exámen periódico y primera cita.

La consulta de emergencia usualmente se limita al exámen del sitio dañado y está basicamente diseñada para llegar a un diagnóstico inmediato seguido de una temprana terapia y eliminación del padecimiento actual.

El exámen periódico es el que sigue después de haber completado el tratamiento inicial, su objetivo sirve para comparar los cambios que hayan ocurrido desde que se completó el tratamiento inicial; el exámen periódico se hace en la mayoría de los casos cada cuatro a seis meses el siguiente cuadro es un ejemplo de lo concienzudo que debe ser un exámen clínico:

1.- Historia del caso:

- a) Padecimiento actual del paciente.
- b) Historia clínica prenatal, natal, posnatal e infantil.

2.- Exámen clínico:

- a) Valoración general del paciente.
- b) Exámen oral detallado.
- c) Exámenes suplementarios y tests especiales.

3.- Diagnóstico y Plan de tratamiento:

- a) Sumario de todas las anomalías, su naturaleza, su etiología y su importancia.

Historia del caso:

La historia clínica del paciente infantil puede ser dividida en: Estadísticas vitales, historia paterna y materna, historia prenatal y natal e historia posnatal e infantil.

Las estadísticas vitales son esenciales para los re cords del consultorio y oficiales. De ésta información el Dentista obtiene cierto conocimiento del estrato social de la familia del niño. El Médico del niño debe ser no tificado en el caso de alguna futura emergencia o si se necesita alguna información médica adicional. El padeci miento actual debe ser transcrito en las propias palabras del niño o de la madre, este puede que sea un problema agudo o eramente el deseo de cuidados de rutina.

La historia paterna y materna, provee algunas indicaciones del desarrollo hereditario del paciente, esta también diseñada para indicar al dentista, el valor que dan los padres al cuidado de su propia dentadura. Desde la actitud de los padres hacia el dentista, será un reflejo de la aprehensividad del niño; así como los deseos de los padres reflejarán la estimación hacia un tratamiento y su cuidado dental.

La historia prenatal y natal, también provee claves acerca del origen de anomalías de color, forma y estructura de los dientes desiguales permanentes; el dentista se dará cuenta del efecto de los medicamentos y disturbios metabólicos que ocurrieron durante la etapa formativa de los dientes.

La historia posnatal e infantil, revisa los sistemas vitales del paciente, también da alguna información de tratamientos preventivos contra las caries, anomalías del desarrollo de importancia dental, alergias, hábitos nerviosos y la conducta y actitud del niño hacia su recuperación.

La duración y dirección de la historia dependen de las circunstancias que rodean cada caso; en situaciones de emergencia la historia se limitará esencialmente a la presencia o ausencia de enfermedades sistémicas de

importancia para una terapia inmediata. En algunos otros casos los padres pueden llenar un cuestionario de historia clínica, en la sala de espera durante la primera visita, esto ahorra tiempo y al mismo tiempo instruye a los padres acerca del interés del dentista hacia el niño al que trata.

2.- EXAMEN CLINICO:

El examen clínico del niño se hará en una lógica y ordenada secuencia de observaciones y procedimientos de examen y en una manera sonriente y amigable. Un acercamiento sistemático produce mucha más información acerca de procesos morbosos insospechados que el más fortuito método de examinación. En casos de emergencia el examen se enfocará hacia el sitio de la lesión y se usarán métodos auxiliares de diagnóstico como las radiografías para arriber a un inmediato diagnóstico. En el examen no hay patrones de rutina o procedimientos establecidos. Por lo que las circunstancias y la cooperación del niño determinarán el curso de acción. De todas maneras el examen completo se hará después que la condición de emergencia sea aliviada.

Los procedimientos clínicos del examen incluyen

a las series radiográficas de rutina, con radiografías interproximales y periapicales que se compararán con los datos obtenidos en el examen y si es necesario se formulará el plan de tratamiento.

El examen será una evaluación concienzuda del paciente, el siguiente recuadro muestra los alcances de dicho examen.

a.- Examen general del paciente (incluyendo eg-
tatura, foniatría, porte y manera de caminar
manos y temperatura)

b.- Examen de cabeza y cuello:
cabello y cuero cabelludo
inflamación facial y asimetría
articulación temporomandibular
oidos
ojos
nariz
cuello

c.- Examen de la cavidad oral:
aliento
labios, mucosa labial y bucal

saliva
gíngiva y espacio sublingual
paladar
amígdalas
dientes

- d.- Foniatrfa, deglución y musculatura perioral:
posición de la lengua durante el habla
ceceo anterior o lateral
posición lingual en descanso
control en la deglución
posición labial en descanso

3.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

El éxito de un tratamiento dental se basa en un exacto diagnóstico y en un puntilloso plan de tratamiento. Debemos considerar tres factores: Urgencia, secuencia, pronóstico; los cuales evaluaremos antes de empezar cualquier tratamiento. Una bien organizada secuencia del tratamiento nos evitará la repetición de éste y nos ahorrará tiempo, esfuerzo y dinero. Un patrón de secuencia nos sirve para recordar las fases del tratamiento, el cual debe considerar la atención a las necesidades totales del niño.

IV.- DIFERENTES MEDICAMENTOS Y MATERIALES
QUE SE USAN PARA LA RESTAURACION DE DIENTES
PRIMARIOS.

Los factores que deberemos tomar en cuenta en la se-
lección de los materiales de obturación y restauración
van de acuerdo a las necesidades del caso y son:

- 1.- La edad del paciente: La edad en algunas ocasio-
nes nos impide emplear el material que pu
diéra mos considerar como el más apropiado; así en el
caso de los niños, teniendo en cuenta el tamaño
reducido de la boca, la excesiva salivación, el
temor al dentista, etc., nos impide en la mayo
ría de los casos la preparación correcta de la
cavidad y el uso del material que podrí
amos considerar como el ideal en éstos casos como es la
amalgama.

Así es que usaremos materiales menos laboriosos
y que requieran tener la boca abierta durante
menos tiempo, como son los cementos de fosfato
de zinc o cementos de plata o cobre. Estas ob-
turaciones temporales no van a permanecer mucho
tiempo en la boca y hay que advertirlo a los pa-
dres ya que generalmente son colocados en los

dientes temporales, más si se trata de dientes permanentes deberemos usar materiales de mayor estabilidad.

El dentista para poder tratar eficientemente a estos pequeños pacientes, además de seleccionar correctamente su instrumental, los medicamentos y materiales, necesita tener tino, astucia, conocimiento de la psiquis del niño, bondad, firmeza, determinación, destreza y sobre todo mucha paciencia. Debemos también tratar de explicarles, lo que se les va a hacer sin engañarlos jamás para ganar su confianza. Recordemos que un niño que le tiene fe a su dentista, no lo cambiará nunca por ningún otro.

- 2.- El segundo factor es la friabilidad del esmalte: Si el esmalte es frágil no es conveniente emplear en éstos pacientes materiales como el oro colgativo, porque el martilleo sobre sus dientes provocará su ruptura dejando márgenes débiles, en éstos casos en Odontopediatría es aconsejable el uso de materiales que tengan resistencia de borde como son las coronas de acero-cromo.
- 3.- El tercer factor es la dentina hipersensible o

hiperestesia dentinaria. En caries de segundo grado incipiente, es decir que la caries apenas ha penetrado a la dentina, existe muchas veces **exceso de sensibilidad**, debido a dos causas **principales**: La exposición por mucho tiempo de la cavidad a los fluidos bucales. La otra causa puede ser provocada por el operador durante el **fresado de la cavidad al usar fresas sin filo**. En éstos casos de Hiperestesia no usaremos **ma**teriales obturantes que transmitan los cambios **térmicos**, tal como son los materiales metálicos y si es indispensable su uso colocar antes una capa protectora de Dycal o cemento de óxido de zinc y eugenol.

- 4.- Las condiciones **físicas e higiénicas del pacien**te: No haremos intervenciones largas en pacien**tes débiles, nerviosos, aprehensivos, atípicos,** etc. En operatoria nos contentaremos con eli**mi**nar el tejido carioso y haremos una obtura**ci**ón provisional hasta que mejoren las condicio**nes del paciente**. En pacientes muy susceptibles a las caries no usaremos silicatos.
- 5.- La fuerza de oclusión es otro factor que tomare**mos en cuenta**, por ejemplo: En cavidades de cla**se IV**, en Odontopediatría se usará mejor las co

ronas de policarbonato o de acero-cromo, con su característica preparación.

- 6.- La estética en los dientes anteriores: Entre los materiales obturantes que cumplen mejor ésta función se encuentran los silicatos, la porcelana cocida, las resinas acrílicas y los materiales de resina cuarzo. Pero en el tratamiento de pacientes infantiles preferiremos usar las coronas de policarbonato en el caso de sus anteriores primarios.
- 7.- La mentalidad y decisión de los padres de nuestro pequeño paciente, pues hay quienes no entienden el valor de la Odontología y no desean que ellos mismos o sus hijos se sometan a un tratamiento operativo cuidadosamente hecho. Así, éstos pacientes no necesitan sino más que una buena obturación, que no sea laboriosa.
- 8.- Este factor se refiere al gasto de la operación, es conveniente hacer varios presupuestos, resaltar las ventajas y desventajas de los materiales que se vayan a usar y señalar el porque de la diferencia del costo.

A.- CEMENTOS.

Motivo de preocupación e investigación, ha sido siempre en la Odontología Operatoria, la búsqueda de protectores pulpares, que inhiban la acción destructora de la caries y al mismo tiempo ayude a los odontoblastos a formar dentina secundaria, que calcifique la capa profunda de la dentina cariada. Muchos operadores aconsejan quitar toda la capa de dentina pigmentada por la caries, aún cuando ésta esté dura; para obturar en un campo libre de bacterias y gérmenes, ésto sería ideal si no se corriera el riesgo de hacer una comunicación pulpar franca, o cuando menos tocar las líneas de recesión de los cuernos pulpares produciendo con ello una vía rápida de invasión de la pulpa.

Personalmente creo que es mejor conservar esa dentina pigmentada pero firme y colocar sobre ella sustancias que protejan la pulpa y que de algún modo, ya sea directa o indirectamente influyan en la calcificación de ésta capa de dentina pigmentada.

No todos los medicamentos usados han dado resultados positivos, o si los han producido, tienden a causar lesiones pulpares irreparables, aún cuando estos cementos indicados hayan esterilizado la cavidad. Más sin embargo

el cemento de OXIDO DE ZINC y EUGENOL es muy superior a todas las sustancias probadas y no causa irritación pulpar.

Este cemento mantiene una acción bactericida probablemente debida a la poca cantidad de EUGENOL libre que se encuentra siempre presente, aún después de fraguar la mezcla. Cabe recordar la acción quelante del EUGENOL que inhibe a las bacterias proteolíticas y a sus enzimas.

Los estudios y la práctica indican que la colocación de HIDROXIDO DE CALCIO sobre la capa de dentina que nos ocupa, va a contribuir con iones de calcio a calcificar a esa dentina. El Hidróxido de Calcio permite la formación de un protaminato de calcio que irrita levemente a los odontoblastos para que formen neodentina.

Concluyendo, parece ser que los únicos cementos medicados que podemos considerar buenos en la actualidad son: EL HIDROXIDO DE CALCIO y EL OXIDO DE ZINC y EUGENOL.

Para seleccionar cual de los cementos medicados debemos usar, nos guiaremos por un síntoma que es el dolor. Si no hay dolor usaremos HIDROXIDO DE CALCIO, que incluye en algunos casos, llega a techar la cámara pulpar, pero si hay dolor usaremos OXIDO DE ZINC y EUGENOL, que tiene propiedades sedantes.

Una vez elegido el cemento medicado, aislamos la cavidad con dique de hule, torundas de algodón y eyector de saliva; secamos con algodón el diente a tratar, lo esterilizamos con fenol o eugenol, nunca con alcohol porque es irritante, a continuación empleamos aire caliente para secar y colocaremos el cemento indicado el cual previamente hemos preparado.

El HIDROXIDO DE CALCIO viene en forma de pasta, ligta para colocarse, o en dos pastas que se mezclan, una es la base y otra el catalizador, que se mezclan entre sí, y las llevamos a la cavidad con ayuda de un empacador liso y humedecido en alcohol, lo empacamos solamente en el piso de la cavidad sin tocar las paredes adyacentes

El OXIDO DE ZINC y EUGENOL viene en forma de polvo y líquido los cuales mezclamos en una lozeta con una espátula para cemento, y a continuación lo llevamos a la cavidad en la misma forma señalada. Como ambos cementos no son duros, debemos protegerlos con un cemento que sea duro como el cemento de FOSFATO DE ZINC, así pues colocaremos una segunda capa de este cemento que proteja al cemento medicado de elección. Este cemento de FOSFATO DE ZINC, no es un cemento medicado, todo lo contrario es un irritante pulpar por lo tanto no debemos colocarlo en el fondo de la preparación sino para proteger al cemento me

dicado. Después de esto, lo dejamos endurecer, lo puli-
mos como si se tratara del piso de la cavidad y entonces
podremos colocar ya el material obturante definitivo.

En casos de cavidades que no sean profundas, coloc-
remos un sellador que impida que los tubulos dentinarios
absorban sustancias extrañas, este aislante es el BARNIS
DE COPAL o CCELODION, que también actúa como protector pul-
par a distancia.

B.- AMALGAMA.

Se dá el nombre de amalgama, a la unión del mercurio con uno o varios metales. En tanto que la aleación es la mezcla de varios metales sin la presencia del mercurio. El mercurio tiene la propiedad de disolver a los metales formando con ellos nuevos compuestos. Las amalgamas, según el número de metales que tienen, en su composición se llaman binarias, terciarias, cuaternarias y quinquarias. Las amalgamas dentales pertenecen al grupo de las quinquarias.

La aleación comunmente aceptada y que cumple con los requisitos necesarios para obtener una buena amalgama es la que tiene la siguiente fórmula:

PLATA.....	65 - 70 % mínimo.
COBRE.....	6 % máximo
ESTAÑO.....	25 % máximo
ZINC.....	2 % máximo

VENTAJAS:

La amalgama es de fácil manipulación, tiene una gran adaptabilidad a las paredes de la cavidad, es insoluble a los fluidos bucales, tiene alta resistencia a la compresión y se puede pulir fácilmente.

DESVENTAJAS:

Es antiestética, tiene una gran tendencia a la contracción, expansión y escurrimiento; tiene poca resistencia de borde y es gran conductora térmica y eléctrica.

Como ya dijimos una de las ventajas de la amalgama es su fácil preparación, y la forma que se comprime en la cavidad ya preparada adaptándose totalmente al diseño de la cavidad y la facilidad con que se labra durante el período de plasticidad, para así poder adaptarla exactamente a la anatomía dental. Sin embargo la contracción que a veces sobreviene durante el fraguado de la amalgama, puede neutralizar esta ventaja. Entre las causas que tienden a producir contracción podemos citar, el exceso de estaño, las partículas demasiado finas por la exagerada moledura al hacer la mezcla y la presión exagerada al comprimir la amalgama dentro de la cavidad.

Lo opuesto, o sea la expansión, generalmente es cui pa de la mala manipulación y son tres los factores que intervienen en ellas:

- a) CONTENIDO DEL MERCURIO.- Cuando hay exceso de mercurio existe expansión. Para evitar esto debemos pesarlo, igualmente la aleación de tal manera que quede en la proporción de ocho partes de mercurio por cinco de aleación, y antes de empacar la mezcla en la cavidad,

exprimirla de manera que quede en la proporción de cinco por cinco.

- b) LA HUMEDAD.- La amalgama debe ser empacada con una se quedad absoluta; para este usaremos en los casos nec sarios el dique de hule, el eyector de saliva, rollos de algodón, etc.

Por otra parte debemos evitar amasar la amalgama con los dedos y la palma de las manos, pues el sudor tiene entre otros ingredientes cloruro de sodio que favorece de un modo notable la expansión, por lo tanto es muy con veniente amasar la amalgama en las mantas ad-hoc a esta función o en un pedazo de hule del que usamos para el dí que y así poder evitar tocarla con los dedos.

En las clases I y V en DIENTES o MOLARES debemos en cerrar la amalgama en la cavidad para evitar la expansión lo cual es fácil hacer con los procedimientos operativos normales, pero en las clases II compuestas o complejas debemos usar matrices, aunque en Odontopediatria preferi mos muchas veces la opción que nos ofrecen las coronas de acero-cromo.

Otra de las desventajas de la amalgama es el escurri miento.- Que es la tendencia que tienen algunos metales a cambiar de forma lenatamente bajo las presiones cons

tantes o repetidas, en este caso las fuerzas de oclusión. Este escurrimiento en las amalgamas dentales depende del contenido de mercurio y de la expansión.

En el caso de nuestros pacientes infantiles preferimos usar, la amalgama sin ZINC, lo cual nos evitará la expansión de este material obturante, debido a la excesiva salivación de los niños.

La amalgama de PLATA es el material más usado para restauraciones en niños, en ambos casos de dentición primaria o permanente.

En esta dentición primaria se puede usar indiscriminadamente tanto en dientes posteriores como en anteriores estos últimos cuando se busca más la salud y fisiología del diente que su estética; mientras que en la dentición permanente su uso está generalmente restringido a los molares y premolares; en tanto que en dientes anteriores son más usadas las restauraciones estéticas que igualan el color de los dientes.

PROPIEDADES DE LOS COMPONENTES DE LA AMALGAMA:

PLATA.-

Le da dureza, por eso tiene mayor porcentaje en su composición.

ESTAÑO.-

Aumenta la plasticidad y acelera el endurecimiento.

COBRE.-

Evita que la amalgama se separe de los bordes de la cavidad.

ZINC.-

Evita que la amalgama se ennegrezca.

La práctica de volver a amalgamar y trabajar una masa de amalgama parcialmente fraguada, es mala, por que reduce su resistencia. De hecho, si se añade una sola gota de mercurio a la cantidad normal de la mezcla parcialmente fraguada, la resistencia a la compresión de la amalgama resultante de este error, será aproximadamente la décima parte de la resistencia normal.

MANIPULACION:

Primeramente, pesaremos la aleación y el mercurio; antiguamente se usaban unas básculas especiales para esta función; actualmente contamos con dispensadores mecánicos que dan la cantidad requerida de uno y otro material con solo oprimir un botón o girarlo. También hay pilde ras prepesadas las cuales son usadas junto con el dispensador mecánico de mercurio. A su vez podemos encontrar en el mercado cápsulas pre-portionadas que contienen can

tidades exactas de aleación y mercurio.

Después se coloca en un mortero o en un amalgamador eléctrico, este último tiene la ventaja de que el tiempo y la energía que se le aplica en el batido de la amalgama sean los adecuados. Entonces obtendremos una mezcla homogénea y estarán bastante equilibrados los factores de expansión, contracción y escurrimiento. En caso de no contar con el amalgamador eléctrico usaremos mortero de cristal con su mano de mortero.

C.- RESINAS.

COMPOSICION.-

El acrílico es una resina sintética del metacrilato de metilo, perteneciente al grupo de los termoplásticos. Se presenta en el comercio en forma de polvo y líquido. El líquido es el monómero del metacrilato de metilo al cual se ha agregado un agente ligante, tiene además un inhibidor de la polimerización que es la hidroquinona y un acelerador. El polvo es el polímero que es metacrilato de metilo modificado con dimetil-para-toluidina que hace las veces de activador y peróxido de benzoilo que es el agente iniciante de la polimerización.

Cuando el monómero y el polímero se mezclan, se transforman primero en una masa plástica la cual al enfriarse se convierte en una sólida. A este fenómeno se le llama autopolimerización. Esto se efectúa en la boca a una temperatura de 37 grados centígrados en un tiempo que varía de 4 a 10 minutos y una vez transcurrido este tiempo la resina puede pulirse.

Hace tiempo que aparecieron en el comercio acrílicos que contienen fibras de vidrio para darles mayor dureza, más no han dado el resultado esperado, ya que sufren cam

bios dimensionales. Con estos materiales siempre debemos colocar un barniz protector antes de obturar.

MANIPULACION DEL ACRILICO DE AUTOCPLINERIZACION.-

Hay dos técnicas de aplicación: La de condensación y la de pincel. La primera se efectúa mezclando polvo y líquido hasta la saturación; se espera un minuto y a continuación se lleva a la cavidad con un obturador liso, y se espaca comenzando por las retenciones, y se prosigue hasta llenar la preparación, se deja un poco de exceso de material y se presiona con una tira de celuloide, que se sostiene sobre el acrílico hasta que este se haya endurecido. A continuación retiramos esta matriz de celuloide y la obturación está lista para ser pulida. Esto se hace con discos de lija o con fieltros impregnados de blanco de España.

El sistema del pincel es el siguiente: Con un pincel de pelo de mara Núm. 0 ó 00, se toma un poco de líquido y se satura con él una pequeña bolita de polvo, se lleva a la cavidad y se coloca en el fondo, procurando rellenar las retenciones; se limpia el pincel y se repite la operación.

Es conveniente señalar que lógicamente tanto el polvo como el líquido se colocan en distintos recipientes; y entre cada una de las operaciones señaladas debemos de

pasar un poco del líquido con el pincel para que el material fluya y cuando está terminado el relleno de la cavidad, se espera a que se endurezca colocando algún lubricante sólido sobre él. Una vez endurecida la masa se pulle en la forma ya antes indicada.

Las resinas acrílicas son materiales muy estéticos, pero debemos pulirlos perfectamente para que no absorban la humedad y cambien por esta causa su coloración; la principal desventaja de éste material son los cambios dimensionales ocasionados por los cambios térmicos. Por otra parte debido a los modificadores del polímero se oxida fácilmente haciendo que la obturación cambie de color.

COMPUESTOS DE RESINA-CUARZO.-

Estos materiales no son ni acrílicos ni silicatos y resisten perfectamente a las fuerzas de la masticación en los dientes anteriores. Los podemos usar en preparaciones de clase III, V, y combinando en IV. De preferencia en dientes anteriores.

La preparación de la cavidad, es igual a la que preparamos para cualquier obturación, es decir con retenciones adecuadas para material insertado en estado plástico,

MANIPULACION.-

Sobre el block de papel especial que viene en el estuche, se coloca una mínima cantidad de la pasta universal utilizando la espátula de plástico que también trae el estuche; y con el otro extremo de la espátula se coloca la misma cantidad del catalizador. Nunca usaremos el mismo extremo de la espátula para las dos pastas, pues se catalizaría todo el producto, y por lo tanto perderíamos toda nuestra inversión en él.

Se mezcla de 20 a 30 segundos con la misma espátula y procederemos a obturar la cavidad previamente afilada y desecada. Podemos comprimir el material obturante con pinzas y torundas de algodón.

Si se usan matrices de celuloide estas deberán acunarse y no es necesario lubricarlas. El tiempo máximo es de 90 segundos; después de 5 minutos procederemos a pulir la obturación por los medios usuales.

D.- CORONAS.

Las coronas prefabricadas, es uno de los avances de la Odontología durante los últimos años. Actualmente hay cerca de una docena de compañías encargadas de satisfacer en este aspecto las necesidades del Dentista; así, pues se fabrican y se ponen a la circulación en el comercio, coronas de acero-cromo y coronas de policarbonato.

Dentro del manejo de pacientes infantiles, cuando tenemos de decidir cuando usar una corona o cuando colocar una restauración de metal, el siguiente criterio nos será una útil guía. Así que las coronas prefabricadas ya sean de acero-cromo o de policarbonato están indicadas en:

- 1.- En caso de caries extensa que abarque dos o más caras de un diente.
- 2.- En reincidencia de caries.
- 3.- En fracturas de la corona.
- 4.- En desgaste dental por abrasión o por bruxismo.

5.- En hipoplasia del esmalte.

6.- En presencia de caries raspante o intrínseca.

7.- En dientes primarios con tratamiento endodóntico.

Las ventajas que nos ofrecen en la práctica las coronas de acero-cromo son:

1.- Son buenos mantenedores de espacio.

2.- No pierden su brillo original.

3.- No son solubles a los fluidos bucales.

4.- Se colocan en una sola sesión.

5.- Devuelven al diente tanto su anatomía como su fisiología.

6.- Protegen a los dientes hasta su exfoliación.

En el uso de las coronas de acero-cromo tendremos necesidad de instrumentos especialmente fabricados para éste propósito, como son:

Pinza para acomodar.
Pinza para festonear.
Tijeras para recortar oro.
Piedras montadas.
Discos de hule.
Corona prefabricada de acero-cromo.

Los pasos a seguir para la preparación del diente y para la cementación en este de una corona acero-cromo son los siguientes:

1.- Hacemos la preparación con fresa protésica larga de diamante 169 L., haciendo cortes en mesial y distal convergentes hacia oclusal. Debemos checar que no se forme un escalón debido a este tallado, sino más bien debe quedar como el terminado en chaflán de prótesis en el tercio cervical del diente. Con un explorador comprobaremos el área de contacto de manera que este no se atore.

2.- Después rebajaremos las caras vestibular o labial y lingual o palatina según sea el caso.

3.- A continuación rebajaremos la cara oclusal siguiendo su anatomía, ya que las coronas acero-cromo en su interior llevan grabados los negativos de la anatomía oclusal del diente a tratar.

4.- Checaremos la oclusión para saber el espacio que necesitará la corona.

5.- Comprobaremos que la zona cervical de la corona quede un milímetro por debajo del borde libre de la encía.

6.- Al revisar ésto, debemos ver si la corona se ajusta bien o forma zonas de izquemia.

7.- Si esto último pasa, debemos recortar y/o festonear el contorno de la corona para que se ajuste adecuadamente.

8.- Cuidaremos que estos cortes se hagan aparte del paciente para que lo que se corta no le penetre en los ojos. Lógico también es que el Cirujano Dentista use lentes para su protección en la clínica.

9.- Procederemos a abombar la corona.

10.- Luego festonearemos el último milímetro del contorno cervical de la corona.

11.- Ya así preparada la corona la cementaremos en el diente previamente protegido con DYCAL. Los cemen

tos de elección son el óxido de zinc-eugenol y/o el oxi
fosfato de zinc. Algunos Dentistas al probar el ajuste
de las coronas prefieren hacer a éstas una pequeña perfo
ración para que salga el excedente de cemento y para des
pues quitar rápida y fácilmente la corona.

12.- Después de colocada la corona la puliremos
con disco de hule. Necesario es decir que antes de colo
car la corona fué pulida con piedras montadas y disco de
hule en su interior.

13.- Tomaremos una radiografía de la pieza con
su corona para ver que la corona se ajuste perfectamente
al diente.

14.- Por último checaremos la oclusión de la co
rona con respecto a sus antagonistas.

Por otra parte las coronas de policarbonato y celuloido
de se usan en los dientes anteriores debido a que son eg
téticas. También vienen en tamaños y anatomías especifi
cas para cada diente. Este tipo de resinas se cementan
con resina, y la preparación de los dientes que las reci
ben es casi la misma que en los de coronas de acero-cro
mo.

La preparación de los dientes para corona de policarbonato y para corona de celuloide es la siguiente:

1.- Se rebajan las caras vestibular, lingual, mesial y distal, además de rebajar un milímetro del borde incisal.

2.- Retiraremos las caries existentes con fresa pequeña de bola.

3.- Haremos retentiva nuestra corona por medio de un canal en la unión del tercio cervical con el tercio medio. Lo cual hará que la resina penetre en éste canal.

4.- Adaptaremos nuestra corona al diente recortando o puliendo el excedente. O en su caso adquiriremos la que mejor se adapte al diente a tratar.

5.- Barnizaremos el diente con hidróxido de calcio líquido (PULP-DENT).

6.- Podremos hacer una pequeña perforación a la corona para que salga el excedente de la resina con que la **ce**mentaremos

7.- Tenemos la opción de colocar un protector **ter**mico como el oxifosfato de zinc y después cementar con

resina o usar solo ésta sobre la capa de hidróxido de calcio líquido; ya que la resina pierde su adherencia frente al óxido de zinc-eugenol.

8.- Cementamos la corona con resina.

9.- En coronas de celuloide, citaremos al paciente 24 horas después de cementar ésta, con el objeto de retirar la capa de celuloide que habrá conformado para ese entonces una corona de resina, la cual procederemos a pulir.

E.- ANESTESICOS.

La anestesia general tiene un lugar propio en el tratamiento dental de los niños. Generalmente es usada como un último recurso cuando todas las demás alternativas han sido rechazadas o han sido improductivas. Pero la discusión de las propiedades y usos de la anestesia general no se hará en ésta tesis ya que el Dentista que desea perfeccionarse en esta técnica requiere de un específico entrenamiento.

La anestesia local y la regional son las más usadas en la Odontología, para el control efectivo del dolor en los tratamientos dentales. La anestesia local y regional es en ambos casos la supresión de la sensibilidad en una región o en una parte específica del organismo, y es transitoria y reversible. Se obtiene por medio de agentes químicos como los fármacos y por agentes físicos como el frío, los choques eléctricos, etc.

En este capítulo nos interesaremos por los fármacos anestésicos por ser los más usados en la práctica dental. Así que comenzaremos por considerar sus propiedades:

- 1.- Producir anestesia sin dañar al nervio o tejido que lo rodea.

2.- Las terminaciones nerviosas deberan bloquear se sin que se produzca excitamiento.

3.- No deben ser irritantes.

4.- La concentración para producir anestesia debe ser baja.

5.- Su acción debe ser rápida y duradera.

6.- Debe ser eficaz en cualquier parte del organismo donde se administre.

La anestesia se manifiesta al ir desapareciendo las siguientes sensaciones:

Dolor

Tacto

Frío

Presión

Movimientos articulares.

Es obvio que para indicar cualquier tipo de anestesia en nuestros pacientes debemos hacer una cuidadosa Historia clínica y evaluación del estado general de salud de nuestro pequeño paciente. Ya que hay que tener especial

cuidado con enfermos respiratorios, alérgicos, con discrasias sanguíneas, pacientes que tomen corticoesteroides, diabéticos, hepáticos, pacientes que tomen fenotiazinas, embarazadas, pacientes en ayunas y pacientes con problemas cardiovasculares.

Los anestésicos más usados son dos de acuerdo a su grupo y a su eliminación. Y son los ésteres y las amidas.

Los ésteres se eliminan en la sangre por medio de la colinesterasa plásmática.

Las amidas se eliminan en el hígado por medio de las esterazas y otras enzimas.

Dentro de los ésteres consideramos a:

Novocaína.

Fontocaína.

Monocaína.

Nezacaína.

Y dentro de las amidas a:

Xilocaína.

Carbocaína.

Marcaína.

Citanest.

Generalmente los anestésicos van acompañados de un vasoconstrictor para que se reduzca la toxicidad de la droga y para que su tiempo de acción sea más prolongado.

Los cuidados básicos al aplicar la anestesia son:

- 1.- Revisar que los cartuchos no estén agrietados ni tengan basura.
- 2.- Checar que las agujas no estén obturadas ni chuecas.
- 3.- Al administrar la droga revisaremos los signos vitales del paciente.
- 4.- Usaremos jeringas de aspiración.
- 5.- Si el paciente es nervioso es conveniente premedicarlo.
- 6.- Evitaremos tocar el anestésico, spray o ungüento, pues podremos tener problemas de hipersensibilidad al fármaco.

V.- DIVERSOS METODOS UTILIZADOS EN
ODONTOLOGIA INFANTIL.

La decisión de restaurar un diente primario debe estar basada en más factores que en la sola razón de que este diente esté afectado por caries. Lo que el Dentista decida hacer dependerá de su total conocimiento de la dentición primaria, como de su habilidad y manejo del niño.

Algunos de los factores que se deben considerar antes de la restauración de un diente son:

- 1.- Edad del niño.
- 2.- Grado de la caries involucrada.
- 3.- Condición del diente y del hueso de soporte vistos radiográficamente.
- 4.- Tiempo normal de exfoliación.
- 5.- Efectos de la remoción o retención, en la salud del niño.
- 6.- Consideración del espacio en la arcada.

El Dentista sabio constantemente enseña el inestimable valor de preservar la dentadura primaria del niño en el estado más natural posible. La mayor meta que tratamos de alcanzar es la de cuidar la integridad de los dientes deciduos, así como mantener su función y su exfoliación normal.

Al lograr esta meta, el Dentista tendrá la satisfacción de saber que ha acertado en todos sus puntos para preparar el camino a una saludable dentición permanente, que erupcionará y tomará sus lugares correctos dentro de las arcadas dentales y de esta manera contribuir a la salud integral del niño. Si uno de esos dientes primarios se pierde prematuramente, se hará a la dentadura permanente un daño significante y verdadero.

A.- PREPARACION DE CAVIDADES.

La clasificación de la preparación de cavidades en dientes permanentes creada por Black puede ser ligeramente modificada y aplicada a los dientes primarios. Estas modificaciones pueden ser ordenadas de la siguiente manera:

CLASE I.- En fosetas y fisuras de las superficies oclusales de molares y premolares y en las caras bucal y lingual de todos los dientes.

CLASE II.- Todas las superficies proximales de molares y premolares con acceso establecido desde la superficie oclusal.

CLASE III.- Todas las superficies proximales de los dientes anteriores involucrando o no una extensión labial o lingual.

CLASE IV.- Restauración proximal de los dientes anteriores que involucran también la restauración de un ángulo incisal.

CLASE V.- En el tercio cervical de todos los dientes.

Los mismos **pasos** predeterminados en la preparación de cavidades deben ser seguidos tanto en dientes primarios como en permanentes. Estos pasos son:

- 1.- Diseño de la cavidad.
- 2.- Forma de resistencia.
- 3.- Forma de retención.
- 4.- Forma de conveniencia.
- 5.- Remoción del tejido carioso.
- 6.- Tallado de las paredes adamantinas.
- 7.- Lavado y secado de la cavidad.

El seguir estos principios de Ingeniería y Diseño nos permitirán un **más fácil** acceso al área, nos proveerá un **máximo de retención** y una **gran resistencia** a las fuerzas de compresión de la restauración completa durante la **mag**ticación, además de prevenir contra una posible **reinci_**dencia cariosa.

CAVIDAD CLASE I PARA FOSAS Y FISURAS:

Para zonas defectuosas o cariadas de la superficie oclusal con una pequeña fresa de cono invertido haremos un movimiento de socavado hacia arriba y abajo se extenderá la preparación por toda la cavidad oclusal para incluir fosas y fisuras; las paredes de la cavidad serán un poco convergentes hacia oclusal formando ángulos redondeados con el piso de la cavidad lo cual protegerá los cuernos pulpares, además de que la preparación de una mezcla de amalgama de la plasticidad recomendada y el uso de una presión suficiente de condensación, producirá una buena adaptación del material a las paredes de la cavidad y una retención adecuada para la obturación.

CAVIDAD PROFUNDA CLASE I:

Lo primero que haremos en este caso será usar fresas de fisura para eliminar el esmalte que cubre la lesión cariosa. Después quitaremos la dentina cariada con fresas redondas o cucharillas.

CAVIDAD CLASE II:

El primer paso en la preparación de una clase II en dientes primarios es el socavado del borde marginal con fresa de cono invertido Núm. 35 en la fosa o en la fisura oclusal. Haremos cuidado al atravesar este reborde para no dañar la cara proximal adyacente del diente con

tigo al que estemos tratando. Haremos un escalón proximal para eliminar completamente la caries del piso de la cavidad. La preparación de la porción oclusal se extenderá por los surcos y fosetas en forma de cola de milano. El ángulo formado por la pared axial con la vestibular y la lingual debe acercarse a los 90 grados.

Las paredes vestibular y lingual deben diverger hacia cervical siguiendo la forma externa del diente hasta llegar a la zona de autoclisis. Las paredes de la cavidad deberán ser terminadas con fresas de fisura los prismas del esmalte que estén sin sostén.

CAVIDAD CLASE III:

Se puede abrir la cavidad con una pequeña fresa de cono invertido, que puede servir para establecer la forma de la cavidad y la pared cervical de ésta, el asiento cervical debe ser llevado hacia gingival hasta romper el contacto con el diente adyacente. La extensión de la preparación hacia incisal estará regida por la cantidad de tejido de sostén en la zona. Esta preparación permite una retención adicional en forma de cola de milano ya sea en la cara labial como en la cara lingual del diente a tratar.

CAVIDAD CLASE IV:

En Odontopediatría preferimos hacer la preparación específica para coronas de acero-cromo, policarbonato y celuloide.

CAVIDAD CLASE V:

A esta preparación le daremos una forma de semiluna.

B.- TRATAMIENTOS PULPARES.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO:

Este tratamiento se hace cuando no hay comunicación con la pulpa. Colocaremos una curación de Oxido de Zinc-Eugenol y sobre éste cemento de Oxifosfato de Zinc. Esta cementación la dejaremos por aproximadamente seis semanas.

En la siguiente cita haremos un control radiográfico para comprobar la formación de dentina secundaria; hecho esto, quitaremos la curación con cucharilla y volveremos a colocar los mismos medicamentos; y paso seguido procederemos a obturar la pieza a tratar.

RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO:

Es el tratamiento que se sigue cuando hay comunicación pulpar causada por el Dentista al limpiar la cavidad. Así pues, limpiaremos y lavaremos la cavidad con suero Fisiológico y la secaremos con torundas de algodón estériles; a continuación colocaremos Dycal o hidróxido de calcio puro, sobre ésta base pondremos Oxido de Zinc-Eugenol y después cemento de Oxifosfato de Zinc.

El recubrimiento pulpar directo en dientes primarios

solamente se hará cuando hagamos comunicación pulpar que no exceda de un milímetro dentro de la cámara pulpar. Más si hay exceso de sangrado haremos pulpotomía o pulpectomía, según sea el caso a tratar.

PULPECTOMIAS VITALES:

PASOS PARA LA PULPECTOMIA CON HÍDROXIDO DE CALCIO:

- 1.- Anestesiarnos al paciente.
- 2.- Aislar al diente a tratar con dique de gule o rollos de algodón.
- 3.- Remoción total del tejido carioso.
- 4.- Antes de hacer el acceso a la cámara pulpar, lavaremos la cavidad con suero fisiológico o agua bidestilada, luego secaremos perfectamente.
- 5.- Acceso a la cámara pulpar.
- 6.- Extirpación del tejido pulpar por medio de cucharillas filosas.
- 7.- Conhibiremos la hemorragia con torundas de

algodón estériles y a continuación lavamos la cavidad pulpar con zonite y suero fisiológico y procedemos a secar.

- 8.- Colocaremos una base de hidróxido de calcio puro (Pulp-Bent), con un espesor de 2 milímetros.
- 9.- Fondremos luego una curación sedante de Oxido de Zinc-Eugenol y sobre ésta oxifosfato de Zinc.
- 10.- Dejaremos en observación la pieza durante ocho días, si no hay reacción la obturaremos definitivamente.

PASOS PARA LA PULPECTOMIA CON FORMOCRESOL:

- 1.- Anestesiarse al paciente.
- 2.- Aislar con dique de hule o rollos de algodón.
- 3.- Remoción del tejido carioso.
- 4.- Lavado de la cavidad con suero fisiológico o agua bidestilada.

- 5.- Acceso a la cámara pulpar.
- 6.- Extirpación del paquete pulpar con cucharillas o con fresas hasta llegar a la entrada de los conductos radiculares.
- 7.- Combimos la hemorragia.
- 8.- Lavado y secado de la cavidad pulpar.
- 9.- Colocaremos una pequeña torunda de algodón impregnada de Formocresol, dentro de la cavidad pulpar, durante 5 minutos.
- 10.- Retiramos la torunda y notaremos que queda tejido necrosado de color negro oscuro, de manera que lo retiraremos de las paredes, unos el que está en la entrada de los conductos para evitar que sangre de nuevo.
- 11.- Colocaremos un cemento a base de polvo de óxido de zinc, una gota de eugenol y una gota de formocresol, lo cual mezclaremos hasta que tenga una consistencia cremosa. La colocaremos en el piso de la cavidad pulpar.
- 12.- Nuestra segunda base será cemento de óxido

de zinc-eugenol. Todo lo cual cubriremos con cemento de oxifosfato de zinc.

- 13.- La obturación definitiva en dientes primarios con tratamiento pulpar es la corona de acero-cromo o la corona de policarbonato.

Este tipo de pulpotomía es la más exitosa en Odontología Infantil, ya que en la misma sesión se puede obtener definitivamente.

PASOS PARA LA PULPECTOMIA EN DIENTES PRIMARIOS:

- 1.- Anestesiarse al paciente.
- 2.- Aislar el diente con dique de hule.
- 3.- Remoción del tejido carioso.
- 4.- Acceso a la cámara pulpar.
- 5.- Extirpación de la pulpa.
- 6.- Extirpación del paquete vasculonervioso radicular por medio de tiranervios.
- 7.- Limado del conducto radicular.

- 8.- Ensanchado del conducto radicular.
- 9.- Lavado del conducto.
- 10.- Secado del conducto con puntas de papel.
- 11.- Mezclar el óxido de zinc-eugenol hasta darle una consistencia cremosa y condensar éste dentro del conducto radicular por medio de léntulos o jeringa. Nunca utilizar en la obturación materiales rígidos o no absorbibles debido a que el momento de la absorción normal de las raíces de los dientes primarios se producirá una patología en el diente succe-daneo.
- 12.- Colocación de la corona prefabricada, ya sea de acero-cromo o policarbonato.

C.- METODOS DE PREVENCIÓN DE CARIES.

Entre los principales problemas de higiene dental el primero es el de la caries. En algunos países, especialmente los de nivel de vida más alto, casi el 100 % de la población sufre caries y ésta es capaz de atacar la dentadura de niños de dos años y hasta de menos. La investigación de las causas de la caries prosigue activamente en laboratorios de todo el mundo y han sido considerables los progresos hasta ahora realizados en el conocimiento de algunas, por lo menos, de dichas causas y de los métodos de prevención. El descubrimiento de la eficacia del flúor para prevenir la caries dental es probablemente el resultado más trascendental de la investigación odontológica en el curso del presente siglo. A continuación trataré de disertar acerca de la acción del flúor sobre los dientes y de la forma en que se usa y aplica.

El flúor protege el esmalte de los dientes. El flúor tomado en el agua o píldoras, es absorbido por el intestino; éste método es más eficaz cuando comienza en el nacimiento y continúa hasta que todos los dientes, ya sean primarios o permanentes hayan erupcionado, porque así el flúor es incorporado a todos los dientes durante su formación.

Parece ser que el principal beneficio del flúor radica en que aumenta la estabilidad del mineral del esmalte. También se observa una correlación entre la resistencia a las caries y la cantidad de flúor incorporado en el exterior del esmalte. La aplicación externa de flúor directamente en los dientes de los niños ayuda a fortalecer el esmalte; en el inicio de las caries cuando todavía son inadvertidas el flúor parece combinarse inmediatamente con el esmalte, por eso los tratamientos con flúor en esa etapa puede ayudar a remineralizar los lugares debilitados.

Otros mecanismos de acción del flúor no están aún bien definidos, algunos Dentistas piensan que las sales del flúor inhiben los procesos metabólicos de las bacterias en las placas que se adhieren a los dientes; mientras otros dicen que la actividad de la placa disminuye solo temporalmente con la aplicación del flúor. No obstante los tratamientos frecuentes pueden ofrecer alguna protección contra las bacterias.

También otros colegas creen que la autoaplicación de flúor puede sustituir en el futuro los tratamientos tradicionales. Si los niños y los adultos se aplicaran el flúor en forma de enjuagues al cepillarse los dientes o de otras formas resolverían el problema de la escasez de profesionales y fondos que obstruyen los tratamientos tra

dicionales con flúor en todo el país.

La fluoruración del agua es importante en cualquier programa nacional para la prevención de las caries. Más de 150 millones de personas en unos 30 países se benefician actualmente con la fluoruración del agua, el principal defecto de este método es que se limita a las zonas que poseen sistema central de distribución de agua.

Para tratar de resolver el problema de la utilización del flúor por los niños de zonas geográficas donde es imposible la fluoruración del agua en las escuelas, es muy aconsejable el uso de las tabletas de flúor, agregar flúor a la sal y la aplicación tópica de flúor.

VI.- CONCLUSIONES.

Para el Odontólogo, como para cualquier otro profesional, el estudio sistemático no concluye con el cumplimiento de las materias adquiridas en el aula universitaria. El estudio constante es para el Dentista más que una necesidad una obligación; es verdad que la práctica hace al maestro, pero ésta, por lo menos en el caso de la Odontología, requiere además una cierta suma de conocimientos científicos.

Así como hay Dentistas dedicados al trabajo diario del consultorio, existen también investigadores, en centros especializados, preocupados por encontrar nuevas fórmulas de tratamiento más eficaces y que ofrezcan al paciente un restablecimiento más completo y si es posible en un tiempo más o menos reducido. Se estima que diariamente en el mundo entero, más de diez mil Dentistas pasan alrededor de ocho horas tratando de encontrar mejores técnicas terapéuticas, nuevos medicamentos, etc.

¿ Cuántos Dentistas existen en toda la República, preocupados por informarse, aunque sea en una mínima proporción, de los adelantos que en materia de Odontología se alcanzan en el mundo entero ?.

La cantidad de publicaciones sobre aspectos odontológicos

gicos oscila actualmente en el mundo entero, alrededor de siete mil revistas. De ellas más de cinco mil son por entero especializadas. Esta cantidad abarca unas dieciséis revistas y esto hace que por cada especialidad existan unas quinientas publicaciones. El resto, cerca de dos mil abarcan una serie de especialidades o están dedicadas al Dentista de práctica general. No obstante lo anterior, la cantidad de publicaciones es muy significativa y hace prácticamente imposible el leerlas todas.

Es verdad que no hace falta leerlas todas para estar más o menos al día en seguro que en el mundo no existe un Dentista que por lo menos, se lea la décima parte de lo publicado. Sin embargo, es necesario, para ofrecer siempre un servicio de calidad, enterarse de las técnicas que van surgiendo y de los nuevos medicamentos que se van descubriendo. No para convertirse en un profesional muy actualizado sino para ofrecer al paciente la posibilidad de un alivio más eficaz, más duradero y si se puede más al alcance de sus posibilidades culturales y por supuesto económicas.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bakwin, H. y Bakwin R. M.
" CLINICAL MANAGEMENT OF BEHAVIOR DISORDERS IN CHILDREN " . W. B. SAUNDERS. PHILADELPHIA, PA.
1966.

- 2.- Barber, Thomas K. y Lassler, Maury.
" MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y LABORATORIO ". DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS.
1976.

- 3.- Esponda Vila R.
" ANATOMIA DENTAL ". MANUALES UNIVERSITARIOS C.U. MEXICO.
1970.

- 4.- Finn, Sidney B.
" CLINICAL PEDODONTICS ". W. B. SAUNDERS. PHILADELPHIA, PA.
1973.

- 5.- Mc. Donald, Ralph E.
" ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE ". MUNDI. MEXICO, D.F.

1971.

6.-

" MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA ". LABORATORIOS
ASTRA.

7.- Terres Larico Carlos.

" TERAPEUTICA PULPAR EN ODONTOPEDIATRIA ". ODOM.
TOLOGO MODERNO. MEXICO, D.F. JUN.-JUL.

1979.

8.-

" APUNTES ". DRA. MARIA ELENA WILLAN.

9.- Salvador Llanes Jesús.

" ODONTOLOGIA PREVENTIVA ". TESIS. MEXICO,
D.F.

1978.

10.- Trejo Quiróz Patricia.

" GENERALIDADES SOBRE ODONTOPEDIATRIA ". TESIS
MEXICO, D.F.

1979.