



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

SARA GUARNEROS ESPARZA

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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

I N D I C E

INTRODUCCION	1-2
CAPITULO I: FINALIDAD DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA	3-12
CAPITULO II: EXAMEN DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	13-21
CAPITULO III: DIETA	22-28
CAPITULO IV: PLACA BACTERIAL Y DENTIN	29-39
CAPITULO V : CONTROL DE EXFLORESCENCIAS DENTALES Y MUCOSAS PREVENCIÓN DE CARIES.	40-49
CAPITULO VI: PREVENCIÓN FERTILITARIA	50-61
CAPITULO VII: EL NIÑO DENTIFERO	62-84
CAPITULO VIII: ASPECTOS PREVENTIVOS EN LA ODONTOLOGIA RESTAURATIVA	85-87
CONCLUSIONES	88-89
BIBLIOGRAFIA	90

INTRODUCCION

La Odontología Preventiva es una rama de las ciencias -
 medicas ya que se va encargar de educar a seleccionar y -
 poner en práctica el tratamiento adecuado para evitar y pre -
 venir la aparición de enfermedades bucodentales.

No solo vamos a proporcionar una lista de procedimien -
 tos que deben ponerse en práctica para evitar o limitar un -
 proceso patológico, sino que trata de que el paciente pueda comunicar -
 les algunos conocimientos a sus familiares y amigos para desarro -
 llar en él la habilidad de obtener correcta información, en -
 provecho de su salud.

La importancia de la Odontología Preventiva es que es -
 la relacionada con el estudio de las actividades humanas y -
 las interrelaciones psicológicas.

No se pretende de esta manera, reducir al pacien -
 te a ser un sujeto pasivo, sino que se debe tener una higiene -
 bucal que evita el desarrollo de enfermedades.

El objetivo principal de la Odontología Preven -
 tiva es educar al paciente en hábitos bucodentales para que sea capaz de -
 evitar o limitar el desarrollo de enfermedades bucales mediante la co -
 rrección de hábitos bucales nocivos, higiene bucal y terapéu -
 tica preventiva, así como educar al paciente en hábitos bucales por el -
 dentista, para que el paciente pueda actuar en su favor.

Otro de los objetivos de esta es dar a conocer al profesional, a proporcionar el servicio más efectivo de salud dental a su paciente y a la comunidad así como también el entender que la prevención representa una parte esencial de la práctica dental.

FINALIDAD DE LA ODONTOLOGIA

PREVENTIVA

La profesión dental se ha concentrado en todos los países en trabajos que son casi restaurativos en su totalidad.

Esto ha conducido a una odontología con servicios más remunerativos en su totalidad dedicada a los aspectos más complejos de la reconstrucción. Mientras más técnica y más seguida técnicamente por el paciente, más valor se le da en el trabajo.

Necesitaremos los servicios de dentistas de habilidad manual, para tiempo prolongado debido a la gran acumulación de destrucción dental existente de todas clases. Por lo obvio que la práctica de la odontología conviene más reparadora y reconstructiva como la hemos conocido, pero más hará para detener el aumento de esta destrucción. Por lo tanto, es necesario que se estimule a aquellos que trabajarán tiempo y esfuerzo a la prevención de las enfermedades dentales.

Lo que está sucediendo en la actualidad es que la práctica dental va tomando las siguientes formas:

1. Hay muchos dentistas que se ocupan solamente en la prevención en términos de formas, es la prevención, ense-

hanza y conferencias para la profesión y para el público aplicando eficientemente métodos para poner en práctica sus convenciones.

2. Otros dentistas actualmente la mayoría sienten que su entrenamiento los ha capacitado para tratar la considerable cantidad de padecimientos dentales existentes y continuarán haciendo esto.
3. Un número creciente de dentistas están combinando las actitudes ya mencionadas y practican un enfoque modificado satisficendi una actitud preventiva ante todas las formas restauradoras de odontología que son planeadas e influyen de manera simultánea al enfermo en igual forma.

Existen individuos e instituciones que afirman que la moda de la odontología preventiva es casi exclusivamente comercial y coinciden con la repentina aparición en los últimos años de un enorme mercado de productos dentales preventivos de todas clases, las cuales son de venta no sólo a los dentistas sino también al público en general y obviamente esto es, para los fabricantes de productos dentales, un campo mucho más lucrativo.

Hay un interés considerable de otras causas coincidentes que motivan el actual interés.

1. Aunque durante unos meses se han producido en la mayor parte de las fábricas algunas mejoras en la salud que han permitido aumentar un poco la producción en muchas fábricas con grandes resultados, en ciertos lugares mínimos de producción se han producido, debido a enfermedades, que se han producido en algunas fábricas en las que se han producido algunos accidentes que se han producido en algunas fábricas en las que se han producido algunos accidentes.

2. El primer problema que se ha producido en las fábricas es el aumento de la producción que se ha producido en algunas fábricas en las que se han producido algunos accidentes.

Hay un número de factores que se han producido en las fábricas que se han producido en algunas fábricas en las que se han producido algunos accidentes.

En algunos casos se han producido algunos accidentes en las fábricas que se han producido en algunas fábricas en las que se han producido algunos accidentes.

El problema de la salud que se ha producido en las fábricas es el aumento de la producción que se ha producido en algunas fábricas en las que se han producido algunos accidentes.

res inhibitorios y tienden a mejorar la posición del dentista en-
promover el cambio.

El dentista está en una lucha con sus enseñanzas básicas-
en que le enseñaron solamente a cortar y destruir cosas defec-
tuosas.

FILOSOFIA DEL CAMBIO A LA PREVENCIÓN EN LA PRÁCTICA DENTAL

Se ha establecido que muchos dentistas están ansiosos de hacer el cambio de una etiología pasiva reparadora a una que considere la prevención como prioridad principal, tener - el progreso de la enfermedad dental.

Además, un factor clave por que se cree que la etiología restauradora se vuelve más dominante, el tratamiento se restringe a menos enfermos dentales en el tiempo que requiere y - por supuesto al costo del servicio.

"La etiología más fuerte para una enfermedad victima - de necesidad creciente para el tratamiento dental"

ACTIVIDAD EN CLÍNICA

1. El dentista debe estar capaz de hacer las medidas preventivas necesarias para evitar la enfermedad dental resistir con sus procedimientos restauradores típicos.
2. Así, el dentista debe ser capaz de hacer las medidas preventivas necesarias para evitar la enfermedad dental resistir con sus procedimientos restauradores típicos.

3. La prevención conviene hacerlo en equipo.
4. El intento solo mostrar por que la prevención - realmente funciona, la revela ineficacia y falta - de confianza, el cual en una lista de cosas entre y sus presentas.
5. Debenos también mostrar el momento de cuando - del equipo a cada de la prevención de la persona - a él.
6. La prevención conviene hacerlo en forma con - el entrenador, el cual debe de ser el mejor visito - para solo mostrar el cual de la lista en forma de una revista, el cual en la de cada cual.
7. El intento solo mostrar que la prevención no con - viene en la prevención de la persona, el cual en - unier del cual de la lista con la firma - de la persona.
8. El intento solo mostrar el momento de cuando - del equipo a cada de la prevención de la persona - a él.
9. El intento solo mostrar el momento de cuando - del equipo a cada de la prevención de la persona - a él.

materiales, no deberían ser considerados como aceptables.

10. Es también fácil de creer que la odontología preventiva es sinónimo de prevención de caries. De hecho, la enfermedad periodontal es la responsable de una mayor cantidad de pérdidas de dientes y a menudo se ignora su presencia hasta que es demasiado tarde.

No obstante, en los últimos tiempos, la gingivitis y la enfermedad paraodontal, no solamente se controlan y re-vertibles.

11. La satisfacción del paciente se debe estar satisfecha con un procedimiento al respecto de todas las auxiliares preventivas, tales como cepillo dental, dentífrico, seda limpiadora, teleros bucales, etc. Así la salud bucal - interdentaria y la salud de las encías.

RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU COMUNIDAD

Actualmente el dentista está cada vez más consciente de sus responsabilidades hacia su comunidad. Estas responsabilidades trascienden lo que le toca hacer personalmente en la clínica, para volver la salud dental de todos los pacientes de la comunidad. Como miembro de la profesión buscaría siempre el lugar que le corresponde, así como el dentista y el odontólogo para la salud pública en la comunidad en general de la comunidad. El dentista es y debe ser un agente clave en los programas de salud dental por tratar la salud dental, ya que puede hacer mucho para mejorar la salud de la comunidad a este respecto.

Al ir ver en la profesión dental que la gente aprecie en su justo valor la salud dental, así como que se aprecie algo que no es rentable.

El mejor método de educar a la comunidad es a través de los programas de salud dental.

Este punto que se ha mencionado anteriormente y se discute en gran parte de las necesidades de la comunidad y del desarrollo de estos tipos de programas.

Para satisfacer las necesidades de los que no pueden -- costear servicios odontológicos privados, habrá que establecer programas de salud.

Para que los programas dentales de la comunidad sean -- completos, deberán comprender el servicio de prevención.

Los programas preventivos deben ser tanto educativos -- como clínicos, han que servir para reforzar la importancia de pre -- servir los dientes y para enseñar a los niños y limitar im -- posibilidad de la mala caries.

Las necesidades de la comunidad, desde el punto de -- vista de los servicios dentales, se deben atender por la con -- tinuidad de curar el enfermo, por la educación y autoedu -- cación, sobre los procedimientos de diagnóstico de la comunidad -- y el plan de salud dental para enfrentar la eventual in -- problema.

Es necesario tener en cuenta, además, por la ne -- cesidad de tener en cuenta la educación dental, el siguiente -- plan de trabajo de prevención dental, que incluye entre métodos -- y técnicas de prevención de enfermedades bucales y autoedu -- cación.

Desde el punto de vista de la educación, es importante la im -- portancia de la educación dental, y para ello se la técnica de -- capacitación de los dentistas, que se debe dar por la educación con -- modelos de dentistas de otros países, que exhiben una pe --

lícula.

Factores lentes. Debe ser un instrumento el papel que desempeñan los cristales de la industria de lentes lentos, y deben discutirse los roles de los lentes de contacto, especialmente entre los niños.

Debe aclararse también el hecho de que un lente equilibrado, que contenga tal cantidad de elementos correctivos, para la ablucción de la vista, para la salud.

Profesores de la escuela de niños de los países progresivos tales como el Canadá, los Estados Unidos, etc., que una función educativa tan alta, que se debe de establecer en la comunidad de los países de desarrollo.

Un programa preventivo de higiene, basado en conferencias, material educativo.

Al establecer un programa preventivo de salud, debe ser un comité de personas que trabajen con el personal del niño. Entre ellos se debe incluir a los padres, maestros y personal relacionado con la salud.

EXAMEN DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Deberían estar enterados de los diferentes grados de prevención y cómo realizarlos para el control de las enfermedades bucales.

1. Prevención primaria por las medidas de higiene para evitar la aparición de algunas enfermedades.
2. Prevención secundaria de las enfermedades bucales y evitar su progresión a la simple restauración o mediante el uso de prótesis. Algunas veces en este período puede haber "reversión" a la normalidad en el curso de la enfermedad.
3. Prevención terciaria de las enfermedades bucales mediante el uso de prótesis para controlar los efectos secundarios de la enfermedad, para restaurar la función bucal, reducir los ataques alternos de la enfermedad de la enfermedad.

En general, la enfermedad bucal de la enfermedad en el segundo período de la enfermedad, se preparó para buscar mejoramiento, evitar la progresión y el enfrentarse con esto fue considerado como el mejor enfoque posible. El resultado fue una buena comprensión de los problemas y figuras-

En la etapa 3, posteriormente no se detectó la presencia de enfermedad periodontal.

ENFOQUE PREVENTIVO EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Antes de adelantarse en cualquier tratamiento restaurativo, nuestra primera finalidad debe ser el mantenimiento o conservación de la salud bucal del paciente.

Nuestro enfoque debe ser:

Establecer una buena comunicación entre el dentista y el paciente.

Historia clínica, general y dental.

Examen clínico.

Uso de auxiliares para el diagnóstico.

Discutir el plan preliminar con el paciente.

Preparación inicial por miembros del equipo dental (y esto incluye el clínico y el tratamiento personal).

Revaloración.

Discusión del plan definitivo.

Tratamiento inicial para los problemas (si lo hubiera).

Si a partir de cualquiera de estos puntos, podemos establecer un vínculo de comunicación como guía para relacionar el tratamiento dental en cada enfermo como se presenta.

COMUNICACION

Es necesario desde el principio, aconsejar al paciente -
quien originalmente se ha presentado con alguna idea de lo -
que desea. Esta es la razón de su visita al dentista.

Puede ser la razón que le ha llevado al dentista.

Fue lo que deseaba conseguir por nuestra evaluación.

En este período es importante también para el dentista -
que introduzca lo más pronto posible la idea de que la acti -
tud de la práctica es diferente.

HISTORIA CLINICA

Usualmente la historia clínica se toma en dos partes -
historia clínica dental y historia general.

Verificar primero el estado general del paciente -
y registrar cualquier detalle que pueda ser útil para la -
averiguación de los antecedentes actuales y presentes y cual -
quier tratamiento especial.

Algunas veces resulta interesante la historia dental an -
tes que la historia general, especialmente si el paciente -
trae dolor o alguna otra condición que puede ser de la historia mé -
dica. Cualquier aspecto importante de la historia médica, por -
ejemplo, una fiebre reumática de X años de edad, debe mar -
carse con una pequeña estrella roja, en el expediente en el mar -
gen superior derecho, para llamar la atención y añ -
dido en el diagnóstico general.

En la práctica dental el odontólogo profesional debe -

rá formular una "historia clínica" que le ayude a conocer el estado general de la salud de su paciente desde la primera consulta.

Se facilitará la información de los antecedentes y hábitos de vida y restauración de la dentadura.

Primeramente se deberá hacer un estudio de los antecedentes que deban de ser facilitados, como, por ejemplo, el estado civil.

Verificar que el paciente no padezca de enfermedades hereditarias, o que haya sufrido de enfermedades de naturaleza infecciosa, así también que no haya padecido de enfermedades que puedan ser de carácter agudo, como, por ejemplo, la diabetes, o una alergia a los medicamentos.

Respecto al tratamiento que el paciente haya recibido en el pasado, se debe verificar que no haya padecido de enfermedades anteriores que puedan haber afectado al sistema dental, como, por ejemplo, la diabetes.

Verificar que el paciente no padezca de enfermedades que puedan afectar al sistema dental, como, por ejemplo, la diabetes, o que haya sufrido de enfermedades que puedan ser de carácter agudo, como, por ejemplo, la diabetes, o una alergia a los medicamentos.

Examinar y registrar el estado de la dentadura natural y artificial.

El paciente deberá ser examinado de un profundo-

por caries, afecciones periodontales, obturaciones defectuosas - restauraciones, prótesis mal ajustadas falta de higiene bucal - y otros procedimientos generales.

Se realizará un examen panorámico de maxilar, mandibula - articulación temporomandibular, paladar duro y blando, piso de la boca, glándulas salivales la saliva misma y ganglios linfáticos, revisando y registrando todos los lados anteriores nos conducirá a detectar y corregir alteraciones y lesiones que se presentan en el tratamiento de las caries del paciente a nuestra consulta.

Estudio radiográfico de los dientes dentadura, además nos ayudaremos de la palpación y percusión.

Señal de importancia sobre los resultados de laboratorio estudios sanguíneos, análisis bacteriológico, estudio histopatológico y análisis de orina.

Nos será de utilidad el estudio de la dieta de diagnóstico y un examen físico general, sobre todo de tipo general, nos será de utilidad tener en cuenta el estado de la nutrición, complejidad, actividad y capacidad de la orina.

El estudio de la presión arterial, ritmo cardíaco y tensión arterial por la noche y por la mañana para determinar la existencia de trastornos orgánicos.

Sistema respiratorio, cuando es necesario un respirador -

bucal, si presenta hinchazón, cuando en que se presenta una fosa nasal obliterada y la respiración de nuestro paciente se encuentra alterada, tendremos que localizar la causa que provoca dicha alteración para que sea tratada.

Aparato digestivo es imprescindible conocer el estado en que se encuentra ya que en algunas enfermedades las lesiones que valen del uso de los analgésicos y otros medicamentos en casos de gastritis y úlceras pépticas.

Sistema urinario, la función de los riñones es transmitir los residuos que se producen en el organismo para ser eliminados.

Sistema nervioso, el cerebro es el centro de los nervios, reflexos, coordinación, equilibrio, sensibilidad, transmisión de la sensación del dolor.

Aunque sea difícil para el paciente, el estado de salud de nuestro paciente debe ser tratado de bien sintomático que verá mejoría en el uso de los medicamentos adecuados en las enfermeras, así como el uso de los medicamentos que le nuestro paciente.

EXAMEN CLINICO

El examen clínico no debe limitarse a las hileras de dientes sino a toda la persona. Empieza todo que se sienta en el sillón, se observan signos de febrilidad, nerviosismo, palidez facial, labios blanquecinos.

El paciente que está convenientemente sentado, se le pide que cierre la boca y se inspecciona la cara, la cabeza y el cuello en forma metódica anotando cualquier anomalía aparente. Después de esto, se le pide al paciente que abra los labios manteniendo los dientes en relación y se hace una inspección metódica de toda la superficie vestibular de los labios, carrillos, encías y dientes. Se le pide al paciente que cierre y abra la mandíbula en forma rítmica, así como cualquier luxación de la mandíbula. Durante el movimiento de la tierra de la mandíbula es importante evitar cualquier interferencia que pudiera provocar un levantamiento en cualquier dirección.

La mucosa de la boca se inspecciona y palpar en inspección con especial cuidado, y si existen placas blancas, ulceraciones o cambios de color.

La lengua es examinada en su totalidad, color y forma.

La encía es examinada, color, estado de color, forma y textura.

Las grietas o las hileras deben explorarse con suavidad usando una sonda, especialmente útil es con las sondas periodontales (del tipo Williams).

RADIOGRAFIAS

Puede decirse que todo diagnóstico nuevo requiere de un -- juego completo de radiografías de boca.

Una de las grandes dicitas hoy en día es la ortopantomografía o radiografía panorámica.

Esta no es solamente valiosa al mostrar la totalidad de la radiación total en relación y en su totalidad para el paciente (niños en especial) ya que la película se desarrolla en la boca.

El papel de la radiografía panorámica es auxiliar como un auxiliar del diagnóstico.

Únicamente se puede decir que la panorámica proporciona información de la totalidad de la dentadura relativa y número de dientes presentes en la boca.

No existen radiografías panorámicas que permitan -- gradar y medir el grado de desarrollo de la dentadura y reducción en la radiación de la totalidad de la dentadura en un estudio completo de boca.

Realizarse en la actualidad en forma panorámica mediante uso de la película panorámica de tipo Kodak, Ektaspan -- rena post-positiva.

Las radiografías panorámicas se toman con el paciente -- reclinado hacia atrás y la cabeza en posición horizontal. El eje de la radiación se dirige hacia el plano horizontal.

Radiografías panorámicas examinen de los dientes y el hueso de soporte del área, sin tener en cuenta los cuadrantes completos.

DIETA

NUTRICION. Se define como la suma de las diversas relaciones con el crecimiento, mantenimiento y reparación del cuerpo por humanos en total o en algunas de sus partes constituyentes.

La nutrición es el conjunto de actividades que - las personas están experimentando durante la nutrición y asimilación.

La nutrición depende de cuatro factores principales y - en que consiste de ellos - cambiar según la etapa de la vida y - de la actividad física que se realiza. El primer punto - por el momento es el estado de salud.

Factores de la nutrición:

Los factores de la nutrición son los siguientes:

Alimento

Medio ambiente

El estado de salud

El estado de actividad

Genética

Vitaminas

Minerales

El estado de salud depende de los factores de la nutrición en la - dieta, actividad física, etc.

Los nutrimentos se clasifican según su función en el organismo en:

1. Los que nos dan energía: Carbohidratos, grasas, proteínas.
2. Los que forman y regulan tejidos: Proteínas y minerales.
3. Los que nos ayudan al ser y crecimiento óptimo de los demás nutrimentos: Vitaminas, minerales y agua.

Según la utilidad de los nutrimentos, los alimentos se dividen en tres grupos principales.

Grupo 1: Alimentos de origen animal.

En este grupo se incluyen: leche, queso y curres de diversos animales y sus vísceras, el pescado, los crustáceos y el huevo. Estos alimentos aportan al organismo proteínas de alta calidad (proteínas animales), vitaminas B, hierro y calcio.

Grupo 2: Frutas y verduras.

En este grupo incluye:

Raíces: Zanahoria, rábano, nabos.

Tallos: apio, espárragos, pino.

Hojas: acelgas, berros, espinacas.

Flores; coliflor, flor de calabaza.

Frutas de pulpa: sandía, pera, limón.

Frutas de jugo: limón, cañahuate, toronja.

Grupo 3. Cereales y leguminosas.

Entre los cereales se encuentran: maíz, trigo, avena, cebada, centeno, arroz y algunas variedades de papa, amate y yuca.

Las leguminosas son: habas, garbanzo, naba, soya, lentejas y garbanzo.

DIETA: Régimen alimenticio adoptado en condiciones fisiológicas o patológicas y con fines terapéuticos.

En determinados estados fisiológicos (embarazo, lactancia, infancia, ancianidad, el cometido de la dieta es satisfacer la necesidad nutritiva mediante una alimentación equilibrada, a fin de mantener en esta situación los diversos principios necesarios al organismo.

DIETA Y CARIES DENTAL

Los alimentos que están al alcance del hombre son carbohidratos, grasas, y proteínas. Los carbohidratos son agentes etiológicos importantes en la producción de caries. Existe razón para creer que las grasas están asociadas con inhibición de la caries.

PROTEÍNAS Y CARIES DENTAL

Las personas en dietas ricas en proteínas no muestran susceptibilidad particular a la caries dental. Tenemos muy poca información de cualquier forma de protección de proteínas en dietas o en carbohidratos a este respecto de la capacidad de producción de caries.

Algunos autores creen que los nutrientes y propiedades físicas de proteínas de origen de proteínas de importancia de la dentadura dental.

La alimentación de la dieta trata de reducir su carioge-

nicidad. Al meter la leche en polvo en el autoclave se destruye la lisina y aumenta la actividad cariogénica de la leche con leche.

La lisina posiblemente reduce la actividad cariogénica de la leche por la modificación del esmalte.

Podemos afirmar que en ciertos casos, la modificación de constituyentes de proteínas lácteas puede afectar a la inocuidad de la leche.

GRASAS Y CARBIO DENTAL

Se ha observado que en ciertos casos y especialmente, las grasas dietéticas tienen influencia directa en la caries dental.

Las dietas ricas en ácidos grasos saturados favorecen la caries dental de los niños.

Se ha demostrado que la caries dental también puede producirse en dietas con diferentes cantidades de azúcares simples.

También se han observado los efectos de las dietas grasas en la superficie del esmalte. Se ha observado que cuando se aplica ácido clorhídrico a una superficie dental antes de su exposición a una mezcla ácida de caries produce una protección contra la dental caries.

Basándonos en lo anterior y en otras observaciones, podemos decir por el momento que las grasas dietéticas inhiben la caries dental. Este efecto puede atribuirse a:

1. Alteración de las propiedades químicas del esmalte

te.

2. Interferencia en el metabolismo de los microorganismos bucales.

3. Modificación de la fisiología bucal de los carbohidratos.

CARBOHIDRATOS Y CARIES DENTAL

Para iniciarse la caries dental, los carbohidratos deben estar en la boca.

Los carbohidratos son atacados por bacterias a la acción de microorganismos bucales al estar los mismos producidos para que participen en la destrucción de la superficie del esmalte.

Muchos polisacáridos, disacáridos y monosacáridos de la dieta tienen propiedades cariogénicas. Algunos presentan estas propiedades en mayor fuerza que otros.

Los carbohidratos naturales y los refinados son capaces de participar en la iniciación de la caries.

Los carbohidratos que persisten en la cavidad de forma placable fácilmente parecen tener mayor capacidad de producción de caries. Los carbohidratos que se eliminan fácilmente en la boca favorecen la iniciación de caries.

Los carbohidratos que son rápidamente eliminados de la boca son de mucha menor importancia en la producción de caries.

Si nos detenemos a reflexionar sobre estas circunstancias observaciones, debemos preguntarnos acerca de la fisiología bucal de los dentulistas y de los factores que intervienen en la etiología de la caries.

1. Poca higiene de los dientes y de las encías.
2. Ritmo en que los dentulistas se alimentan en la cavidad bucal.
3. Frecuencia de las ingestiones de carbohidratos.

SINTESIS DE LA LECTA

Como primera cosa se debe leer detenidamente la historia de una historia abreviada.

Esta historia deberá abarcar un período de 1 a 2 meses - una semana o 10 días, cuando el paciente se encuentre en condiciones normales.

De la historia clínica se debe extraer únicamente la información que concierne:

- 1. La nutrición de los dientes y encías.
- 2. La higiene de la cavidad bucal y de las encías.
- 3. El momento y la frecuencia de las ingestiones y la cantidad de azúcar.
- 4. Información sobre el estado general del paciente.

PLACA DENTAL Y SU CONTROL

Se desarrolla una película celular formada rápidamente, - que es denominada película supragingival, la cual puede formarse también directamente sobre las superficies dentales.

A medida que la placa bacteriana celular va aumentando por- siste, experimenta cambios de estructura y composición. La pel- lícula adquiere un color amarillento, naranja o rojo, resultando difusamente distribuida sobre las superficies dentales en los - componentes supragingivales de la cavidad bucal. Se trata de un agen- te colonizador, que se desarrolla en las superficies dentales - pálidas, blancas, o amarillentas, y que se extiende hacia la raíz profunda.

La película se forma sobre una superficie de dentadura limpia en pocas minutos, y adquiere un aspecto de una superficie del - diente y de la cavidad bucal que se ve al observar el espejo - de ella. La película celular es un agente de la caries.

La película celular se forma sobre las superficies dentales - con mayor rapidez en las superficies dentales que en las superficies - que se precleanza. La película celular se forma sobre las superficies - que se precleanza con mayor rapidez en las superficies dentales - (fundamentalmente sobre las superficies dentales que se precleanza - tiene esta película celular sobre las superficies dentales).

Como se ve en el cuadro siguiente, la película celular se forma - sobre las superficies dentales.

CONTROL DE LA PLACA

Los métodos de la eliminación de la placa con cepillado, cinta o hilo dental se enseñan durante una serie de sesiones.

La amplitud de la instrucción en cada sesión y el número de ellas requerido depende de cada paciente. Las visitas al consultorio se organizan según pautas variables de acuerdo con las necesidades del paciente. Se entrega al paciente una tableta colorante y se instruye que la mastique y haga circular los fragmentos por la boca durante 30 a 45 segundos. Se elimina el exceso de colorante enjuagando con la boca con agua. La placa bacteriana de los dientes por la mañana le permite descubrirse.

El método de repasar: se muestra primero con un modelo. Luego se usa el espejo para mostrar el colorante en una área alejada de la boca del paciente. Después el observador en el espejo.

La instrucción del cepillo se presenta mostrando el colorante que queda en las cerdas después de usarlo. El uso del hilo de seda dental se enseña en la misma manera; primero en el modelo y después en la boca. Éste sirve al espejo para ver eliminando la placa dental mediante el cepillo y el hilo dental.

FORMACIÓN DE LA PLACA

La formación de la placa comienza por la adhesión de una capa única de bacterias sobre la película adquirida o la superficie dentaria.

Los microorganismos se adhieren al diente.

Por una matriz fibrosa formada durante la adhesión de la bacteria a la superficie dental, se forma una película que atrapa la película adquirida y las bacterias adheridas.

La placa se forma en:

1. Aproximadamente 10 minutos de cepillado.
2. Multiplicación de bacterias.
3. Adhesión de bacterias a la superficie.

Los factores que influyen en la formación de la placa son: una matriz adherida formada durante y después de cepillado alérgica protectora que previene.

Cantidades menores de placa se adhieren al diente, lo que resulta en una menor formación de placa y una menor adherencia a los dientes.

La velocidad de formación de la placa bacteriana en unas personas es mayor que en otras, debido a la estructura y en diferentes épocas de la vida.

MINIMIZACIÓN DE LA PERMISIBILIDAD

El diente es el principal factor de la placa, la respuesta bacteriana, la formación de la placa.

1. Etiología
2. Asegurar por el paciente la correcta formación.
3. Poder así normalizar la anatomía de la boca y dientes hasta la edad adulta, para obtener el desarrollo y retención posteriores.

Por lo tanto, los principales síntomas e los siguientes factores que favorecen la retención de la placa:

1. Oclusiones por incompetencia
2. Contacto amplio y cercano entre los dientes
3. Coronas de dentadura total y parcial
4. Cavidades cariosas en los dientes
5. Dientes mal alineados

DEFINICIÓN DEL CEPILLO DENTAL

Cepillo dental es el instrumento usado, directo, para la limpieza de las superficies linguales y bucales de los dientes. El cepillo de dientes debe limpiar eficazmente y no producir accesibilidad a todas las áreas de la boca.

ELEMENTOS DEL CEPILLO DENTAL

La elección de cepillo de preferencia personal y la manipulación de él por parte del paciente es un factor importante.

te en, la eleccion del material de electrolito y el potencial lesivo de diferentes tipos de cepillos dependien de gran medida de como se les usa.

Cepillo electrolitico.-Existen en el mercado cepillos electroliticos fabricados en diferentes formas y textura de las variaciones practicas con que habra el manual pueden usar cepillos electroliticos para limpiar el metal como el cepillo manual.

TECNICA DE CEPILLADO DENTARIO

Hay varios términos de cepillado dentario, los cuales son:

TECNICA DE PASE. Superficies Vestibulares Superiores y Vestibuloproximales.

Se comienza por la superficie vestibular proximal en la zona molar derecha, con el borde anterior del cepillo paralelo al plano occlusal con las cerdas dirigidas atrás por detrás de la superficie lingual del diente molar.

Se coloca las cerdas a 45° respecto al eje mayor de los dientes y formando un ángulo de 90° con las cerdas laterales del marco gingival y entre el marco gingival, asegurándose de que las cerdas penetren fácilmente en el espacio interproximal.

Se ejecuta una presión sobre el cepillo del eje mayor de las cerdas y a través de él se ejecuta un movimiento vibratorio y atrás, estando el cepillo dirigido hacia las puntas de las cerdas. Este movimiento se ejecuta en la zona molar, la zona marginal, entre los dientes y en los espacios y al llegar a las superficies linguales proximal y distal se llegan las cerdas.

Después de llegar al punto molar se hace un toque cepillado de modo que la punta del cepillo de cerdas quede distal a la prominencia molar, en la zona.

Es incorrecto colocar un corchete a través de la promi -
nencia canina. Ello traumatiza la encía y puede ser ageno a pre -
sión para forzar las curvas dentales de las superficies interproxi -
ximales distales. Así como en el maxilar superior, y a pesar de que to -
do el maxilar superior queda en contacto con la mandíbula, mostrán -
dose de que las curvas dentales de la mandíbula distal
del último molar.

Superficies laterales de los molares inferiores.

Se comienza por la superficie palatina del maxilar en -
la zona molar superior y se sigue en sentido horizontal del -
arco hasta la zona molar inferior. Se sigue en sentido hori -
zontalmente en la línea media y por las líneas de unión de la su -
perficie palatina de los molares inferiores. Después de esto se ve -
pillo verticalmente y se presionan los molares del extremo poste -
rior del maxilar superior y del maxilar inferior. Se sigue re -
specto al maxilar superior y al maxilar inferior en sentido hori -
zontal a través de los molares superiores e inferiores, se ve -
pillo de arriba hacia abajo, desde el maxilar superior, en las ver -
das anguladas dentales de los molares inferiores superiores.

Superficie Ventral de los molares inferiores, Ventral de los molares,
dentales y molares superiores.

Se comienza por el maxilar superior y se sigue en sentido horizontal de

de la mandíbula sector por sector, desde distal del maxilar molar hasta distal del molar superior, después de limpiar las superficies linguales y lineales también se limpiar las superficies sector por sector, desde la zona molar superior hasta la zona molar derecha de la zona anterior inferior, el cepillo se coloca verticalmente, con las cerdas de la punta angulada hacia el surco gingival, el cepillo se limpia, el cepillo puede ser colocado horizontalmente entre las zonas con las cerdas anguladas hacia el surco de las dentales anteriores.

Limpiar los dientes

Frenar fuerte fuertemente las cerdas sobre las superficies occlusales, limpiar los dientes superiores y inferiores. Actívese el cepillo con un ángulo de 45 grados y adelante, contacta hasta tres y aváncese sector por sector hasta limpiar todos los dientes anteriores.

TECNICA DE STILMAN

El cepillo se coloca sobre el diente, las cerdas de las cerdas pueden en parte o toda la en la parte superior la porción cervical de los dientes, las cerdas deben ser firmes al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical, se ejerce presión lateralmente contra el surco gingival, hasta producir un empalmeamiento por el lado de la parte del cepillo para per-

mitir que la sangre vuelva a la encía,

Se aplica presión varias veces y se arrime al cepillo - un movimiento relativo suave, en los extremos de las cerdas - en posición.

Se repite el proceso en todas las superficies dentarias - comenzando en la parte posterior, procediendo sistemáticamente en toda la boca. Para alcanzar las superficies linguales de las zonas anteriores superior e inferior, el mango del cepillo estará paralelo al plano occlusal, y los tres penchos de cerdas trabajarán entre los dientes y la encía.

Las superficies bucales superior e inferior y premolares - se limpian, alineando los dientes perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en los espacios de los dientes y espacios interproximales.

TECNICA DE STIMULAN MUCOSAL

Esta es una técnica especial que consiste en las cerdas - con el movimiento del cepillo, en el sentido del eje mayor del diente. El cepillo se mueve desde el alveolar, en las cerdas dirigidas hacia dentro de la corona, y se aplica con movimiento de fricción en la encía lateral, en el margen gingival y en la superficie lateral de la corona hacia la corona y se vibra ligeramente de nuevo el cepillo.

TECNICA DE FONOS

El cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía, el mango del cepillo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendicularmente a la superficie de las paredes vestibulares. Después, se mueve el cepillo en un movimiento rítmico, con las muñecas en posición de la mano, una superficie del cepillo cubren las cerdas de los dientes y el plegue mucoso vestibular.

TECNICA FISIOLOGICA

Se hacen un cepillo en la boca de la manera siguiente: a la trayectoria de los dientes en la mandíbula inferior comprende movimientos sucesivos de arriba hacia abajo en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la encía adyacente.

TECNICA DE MARTINE

El cepillo se coloca en la boca de la manera siguiente: de 45° con las cerdas perpendicularmente a la línea de oclusión se mueve el cepillo en un movimiento rítmico de arriba hacia abajo que las cerdas cubren las superficies de los dientes, el plegue mucoso y la encía adyacente.

Se gira el cepillo en la boca de la manera siguiente: se coloca

modo que las costuras presionen el margen gingival, los extremos toquen los dientes y algunas cordas penetren interproximalmente. Sin dejar de aplicar las cordas, gírese la cabeza del cepillo, manteniendo la posición debida de las cordas. La acción rotatoria se continúa mientras se avanza hasta bien. Lévese el cepillado hasta la zona alveolar y repítase el procedimiento continuamente área por área sobre toda la superficie vestibular y después se pasa a la lingual. Debe tener cuidado de penetrar en cada espacio.

Para limpiar las superficies linguales presione suavemente las puntas de las cordas dentro de los surcos y fisuras y actívese el cepillo con un movimiento de rotación sin cambiar la posición de las cordas.

Repítase con cuidado similar en la parte superior hasta que estén perfectamente limpias todas las superficies masticatorias.

CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES NOYNES PREVENCIÓN DE CARIES

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD DE CARIES.

El propósito de estas pruebas es la de determinar los factores causantes de la caries en el cemento en que aquellas se encuentran.

Prueba Snyder.

Esta prueba se usa para determinar la actividad metabólica de la flora acidogénica de la saliva.

El método se basa en la producción de ácido cuando un medio que contiene nitrato de carbono y un indicador de pH; - el verde de bromocresol, se esteriliza y se cultiva; la evidencia de la formación de ácido resulta del cambio de un color verde azulado al amarillento; prueba también permite estimar el consumo de nitrato de carbono por parte del paciente.

Determinación del pH y capacidad "buffer" de la placa.

El metabolismo de los nitratos de carbono fermentables en la placa forma ácido; el ácido baja el potencial del pH de la placa, que al estar en un estado ácido, es tan bajo como 4.0. El test para la placa es muy simple; consiste por-

mas tiempo en placas de pacientes susceptibles que en aquellos resistentes a la caries. Estas diferencias pueden ser debidas a dos factores:

1. La cantidad de ácidos producidos

2. La capacidad "buffer" de la placa. La medición del pH de la placa científica puede ser hecha; puede ser agotada - lejos - de cualquier medida después de un ensayo con una solución - glucosa, resulta vulnerable, para está.

Determinación del Ca^{++} y viscosidad de la saliva.

Se ha visto que los pacientes con una leve deficiencia en el flujo salival - la cantidad - incrementa en la viscosidad - tienen más caries que los que no lo hacen.

Fracción de Dreyfus y otros.

El factor determinante en la susceptibilidad a resisten - cia a la caries es la capacidad de la saliva de contribuir a - la capacidad "buffer" de la placa.

Esto puede ser demostrado mediante la determinación de la - capacidad de la saliva en el flujo salival de la saliva de - resistir cambiar el pH frente a la adición de ácidos.

Conclusión de la Dra. Dreyfus.

Pacientes con una elevada susceptibilidad a la caries -

tienen consecuentemente una cantidad de lactobacilos y vice versa.

Prueba de Craiger(o del hisopo).

Es otra simplificación de la prueba de Snyder, se usa un medio semisólido y un hisopo para obtener la muestra de la superficie de los dientes.

Prueba de Green.

Se basa en la observación de que pacientes libres de caries oxidaban ciertos sustratos con mucha más dificultad que los que se carían, por su aumentada susceptibilidad a la caries, esta prueba no es muy específica, por lo que no se recomienda para uso clínico.

Prueba de Wachs.

Esta prueba mide la velocidad y seguridad con que la saliva forma ácido a partir de sustratos de carbohidratos fermentables.

Prueba del rojo de metilo.

Esta prueba es esencialmente cuantitativa se utiliza un indicador que es el rojo de metilo, que cambia del color amarillo al rojo cuando el pH desciende por debajo de 4.5.

Al paciente se le aplica en las áreas donde existe pla -
ca y donde existe una activa proliferación de células, se tornará -
rojo.

LOS FLUORURO EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

Propiedades del Fluor.

El fluor, elemento de la familia de los halógenos, se encuentra en la naturaleza asociado siempre a otros elementos formando sales, el más importante es el fluoruro de calcio. Su peso atómico es 19 y valencia 1.

Se unen con los átomos de calcio del Fluor.

La presencia de los fluoruros en las sales y en la progresión de la caries dental se debe a las siguientes razones:

1. Disminuye la actividad de las bacterias.
2. Favorece la remineralización de los dientes al actuar sobre las sales de calcio.
3. La actividad de los fluoruros en la prevención de la caries dental se debe a la formación de fluoruro de calcio en la superficie de los dientes, lo que resulta en una capa de fluoruro de calcio.
4. Favorece la remineralización de los dientes al actuar sobre las sales de calcio.

cialidad para la producción de ácidos.

FLUORUROS POR VIA SISTEMICA

Fluoración del agua potable.

La resistencia de la superficie del esmalte del diente a la agresión de ácidos puede ser aumentada gradualmente por la incorporación de pequeñas cantidades de fluoruro de flúor, para que los cristales de hidroxiapatita se conviertan en hidroxi fluorapatita.

Es una de las medidas más sencillas, ya que al ser incorporado el flúor al agua de las ciudades se puede prevenir caries en un porcentaje muy alto.

Flúor en los alimentos.

Flúor en la alimentación es consecuencia de la variación en la ingestión, que depende de la edad, el nivel de fluoruro en la zona de residencia, para tener un buen margen de seguridad, en estas condiciones, se puede conseguir, por la ingestión una significativa reducción en la incidencia de caries, aunque no tan grande como el resultado de un tratamiento de agua potable.

Flúor en la leche, también reduce la incidencia de caries, pero no tan gradualmente como la ingestión en la incorporación

del fluor en el agua de beber, para facilitar la absorción necesaria para obtener los efectos deseados, en las cantidades sugeridas por las indicaciones.

Este medicamento debe ser usado, como medicamento sustancial, por el paciente, en el momento de la ingestión.

Fluor en tabletas.

Para obtener el máximo efecto de este medicamento, usarlo antes, después del desayuno y antes de acostarse, durante 15 años. El fluor se absorbe mejor, cuando se usa en tabletas de 1.5 mg, de color rojo, de forma ovalada, con un agujero en el centro, para facilitar la ingestión. Este medicamento tiene el ventaja de que se absorbe mejor cuando se usa en tabletas, por parte del paciente, ya que el medicamento se absorbe mejor en una sobredosis.

FLUOR EN TABLETAS VIA ORAL

Aplicación de este medicamento. Este medicamento se aplica en el fluor, en el momento de la ingestión, y se absorbe mejor cuando se usa en tabletas de 1.5 mg, de color rojo, de forma ovalada, con un agujero en el centro, para facilitar la ingestión. Este medicamento tiene el ventaja de que se absorbe mejor cuando se usa en tabletas, por parte del paciente, ya que el medicamento se absorbe mejor en una sobredosis.

Flúor en dentífricos. Actualmente existen varias marcas - de dentífricos a los que se les ha agregado fluoruro pero su efectividad es discutida todavía.

FLUORURO TÍPICOS

Fluoruro de Sodio.

Este material que se puede conseguir en polvo y en solución, se usa generalmente al 1%.

El fluoruro de sodio es estable, por preferentemente debe mantenerse en una botella de plástico. La solución a 1% puede ser hecha por el farmacéutico local y típicamente es un producto barato y fácil de obtener, materiales que sin duda le dan ventaja.

Técnica.

En todas las técnicas de aplicación típicas de flúor se recomienda limpiar y preparar los dientes antes de la aplicación. Se usará una pasta de fluoruro alternativa, áspera y es recomendable que se use una pasta que contenga flúor. La seda dental debe pasarse a través de los puntos de contacto, para remover cualquier placa o resto de los dientes proximales. Después de esto, los dientes se cubren con un rollo de algodón, esperando por un instante a que se seque la saliva de alta velocidad. Los dientes linguales y mesiales se secan con la jerin-

ga de aire y se mojan constantemente con la solución de fluoruro de sodio por un período de 4 minutos.

Después que se ha completado cada sumirante, se le permite al paciente que escupa completando los otros sumirantes en turno. Al terminar la total aplicación, se deja que el paciente escupa y se enjuague una sola vez. El tiempo promedio de aplicación es de 10 minutos. El uso rutinario de fluoruro de sodio a 2% parecería que ha sido reemplazado por otros fluoruros, pero no hay duda alguna de que si algún otro agente hubiera sido introducido obtendríamos muy pocas relaciones de nuevos incrementos de caries.

Fluoruro Estannoso.

Una solución de 0.5% se aplica a las dientes durante 2 minutos.

Es muy activo y se absorbe rápidamente, - por lo tanto debe usarse en preparaciones recientes por el dentista o su asistente en cada sesión.

Se afirma que el fluoruro estannoso es más efectivo en - adultos que el fluoruro de sodio.

Porque que tiene efecto en aquellas zonas donde hay fluctuación óptica de agua.

Tiene el poder de lavar las caries incipientes y hay - objeción a la pigmentación producida.

Tiene un sabor estannoso.

Técnica de la aplicación local del fluoruro estannoso.

Un gramo de cristales de fluoruro estannoso es disuelto en 10 ml de agua destilada, una cantidad de una medida razonable exacta de un gramo, se suministra en el envase. Una jeringa - hipodérmica de 10 ml, con la una medida convenientemente para el agua es entonces utilizada para disolver los cristales ya han sido vaciados en una pequeña botella, y se agita y se mezcla hasta que haya una solución clara.

Los dientes en la boca se preparan, como ya antes se describió.

La solución se aplica a los dientes cuidadosamente con un hisopo, manteniendo los dientes húmedos durante 2 minutos. La seda dental se pasa a través de los dientes de contacto, para asegurarse de que están mojados con la solución. El tiempo promedio para una aplicación completa es de 5 minutos para todos los cuadrantes.

PREVENCIÓN PERIODONTAL

El tratamiento periodontal comienza con la enfermedad y busca restaurar y conservar la salud periodontal incluso si se requieren técnicas muy complejas; la prevención comienza con la salud y busca preservarla utilizando las técnicas de aplicación universal más simples.

La periodontía preventiva es un programa de cooperación entre el odontólogo, el personal auxiliar y el paciente para la prevención de la inflamación crónica, previniendo el comienzo, el avance y la regresión de la gingivitis y la enfermedad periodontal.

Gran parte de la etiología y las enfermedades periodontal y la pérdida, por tanto, se pueden evitar con medidas que son sencillas, económicas y fáciles de aplicar.

Negligencia

Se puede evitar la enfermedad periodontal, si no se trata, por negligencia del paciente y del personal auxiliar; la negligencia consiste en no hacer una higiene que se produce la enfermedad, el avance de la enfermedad existente hace que destruya los tejidos de soporte de los dientes y el descuido de la enfermedad hace que la enfermedad se repita.

La mayoría de los pacientes acuden en busca de tratamiento periodontal en momentos de peligro, a causa del dolor o porque temen perder sus dientes, cuando se requiere un tratamiento muy largo, complicado y muchas veces costoso. Una mayor atención es la prevención de enfermedad y el tratamiento en sus períodos tempranos cuando aparecen como problemas que el tratamiento a partir de lesiones avanzadas y serias.

Placa Dentaria

La placa dentaria es la causa más importante de la enfermedad bucal.

Es el principal factor etiológico de la gingivitis y las caries dentales. Los productos de sus bacterias de la placa penetran en la encía y generan abscesos, la cual si no ser tratada lleva a la periodontitis y a pérdida dentaria.

El control de la placa es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros organismos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes.

Es la manera más eficaz de prevenir la gingivitis y en consecuencia, una parte esencial de los métodos preventivos que intervienen en la prevención de la enfermedad periodontal.

El control de la placa, así como, es la manera más efi -

caz de prevenir la formación de cálculos.

El modo más seguro de controlar la placa de que se dispone hasta ahora es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, ien-trífico y otros auxiliares de la dentadura.

La prevención preventiva consiste en muchos procedimientos interrelacionados, pero el control de la placa es la clave de la prevención de la enfermedad gingival y periodontal.

Es fundamental para la práctica de la odontología sin él no es posible alcanzar la etapa total de prevención. Cada paciente de esta práctica dental debería estar sometido a un programa de control de placa.

Técnica de cepillado.

No es posible limpiar completamente el factor más me-
diante el cepillado y el surtido, porque las cerdas no alcan-
zan la totalidad de la superficie bucal, la mayoría de la
placa interproximal es esencialmente insalvable por las enfer-
medades gingivales causadas por la placa interproximal y la
frecuencia de la gingivitis es más alta allí. Para un mayor con-
trol de la placa, el cepillado debe ser complementado con un
auxiliar de la limpieza, tales como los enjuagues, los rinceos in-
termediarios, aparatos de irrigación bucal y otros dispositivos
auxiliares suplementarios, referidos a las necesidades de la velocidad
individual de la formación de placa, tipos de dentadura, blanquea-
mento dentar y atención especial que merece el cuidado al
rededor de los aparatos de prótesis y prótesis dentales.

Hay muchas técnicas de cepillado dentales, con excepción
de las técnicas de los técnicos, como la técnica de Bass, y no
la técnica, el factor más importante en la formación de placa es el
cepillado dentar, las técnicas de cepillado dentales son
mejor satisfactorias cuando se aplican correctamente sin
seleccionar los métodos más adecuados para cada caso de la
técnica adecuada, el cepillado dentar es el factor más im-
portante en la prevención de las enfermedades bucales.

Anteriormente se presentaron varios métodos o técnicas de cepillado, cada uno de los cuales, por sí mismo y por separado, puede brindar los resultados deseados. En todos los métodos, la boca se divide en las secciones superior y inferior; la zona superior derecha y se cepilla por partes hasta que quedan limpias todas las superficies dentales.

Elementos básicos de la dentadura infantil.

Hilo Dental.

El hilo dental es una herramienta para limpiar las superficies dentarias; procedimiento.

Se hace pasar cuidadosamente el hilo dental en el área de contacto, con un movimiento de vaivén, para evitar que se lesione o fuerzan demasiado el hilo dental. Si se hace con demasiada fuerza, lesionará la encía.

Se coloca el hilo dental en la boca y se introduce en la zona de superficie de contacto. Se introduce el hilo dental en la boca y se mueve el hilo con firmeza y suavidad, para limpiar el área de contacto con un movimiento de vaivén, para evitar que se lesione o fuerzan demasiado el hilo dental. Si se hace con demasiada fuerza, lesionará la encía. Se introduce el hilo dental en la boca y se mueve el hilo con firmeza y suavidad, para limpiar el área de contacto.

La finalidad de este procedimiento es limpiar las superficies dentarias y prevenir la formación de placa bacteriana y caries dental, así como también y retención de la placa.

Elementos básicos de la dentadura infantil.

El hilo dental es una herramienta para limpiar las superficies dentarias.

para mantener una buena higiene bucal o salud gingival.

Los enjuagatorios como por lo general, de gusto agradable - hacen sentir la boca limpia y eliminan parcialmente los residuos sueltos de alimentos después de la comida, pero no desprenden la placa dentaria.

Instrucciones para el uso de la Placa.

El control de placa tiene tres finalidades importantes.

1. En la prevención de la enfermedad gingival y periodontal.
2. Como parte eficaz en los tratamientos periodontal.
3. En la prevención de la recurrencia de la enfermedad - en la boca sana.

Motivación del Paciente.

Antes de enseñar al paciente que hacer debe saber por -
 que lo hace. Es preciso que el paciente se percata que es la -
 enfermedad periodontal, cuáles son sus efectos, por él se pre -
 ocupa a ella y que pueda para su cuidado.

Debe ser motivado para que pueda mantener limpia su -
 boca para su beneficio y no para evitar al dentista.

Ejercicios del paciente.

Muchos pacientes creen que el cepillo de dientes solo -
 es para la limpieza de los dientes, y no explicar su impor -
 tancia en la prevención de la enfermedad del periodonto.

El cepillo es el primer elemento terapéutico preventivo y -
 auxiliar más importante suministrado por el dentista.

En ningún momento de la evolución de la enfermedad el paciente a -
 yudar tan eficazmente en la prevención y reducción de la grave -
 dad de una enfermedad como en la gingivitis, mediante el cepilla -
 do complementado, según las recomendaciones indicadas, con la -
 limpieza interdental con los cepillos, limpiadores interdenta -
 les de goma o alfileres y con el uso de la agua de irrigación.

Es preciso enseñar al paciente a utilizarlos para educar al pa -

cienta a limpiarse los dientes es un servicio de mucho más va-
 lioso que limpiarlos por dentro. Lo mismo, después de hacer
 ambas cosas.

Con instrucción y cuidado, algunos pacientes que las pueras
 reducen la frecuencia de las visitas más eficazmente
 que con sus visitas regulares de prevención.

IRRADIACIÓN DE RAYOS X

El paciente no presenta a la hora de la irradiación
 con un cepillo y se coloca en una posición que le
 en el consultorio para la irradiación de los dientes.

Primero se coloca el paciente en la posición de irradiación
 modelo, después se hace la exposición de los dientes
 te mientras este se encuentra en la posición de irradiación.

Luego el paciente se coloca en la posición de irradiación
 lo guía y corrige. Se realiza la irradiación de los dientes
 tal y los dientes anteriores, se coloca el paciente a pre-
 sión, según las necesidades de la radiación. Después de irradiar
 za, se harán los rayos X de los dientes y los dientes de la
 serán para la irradiación de los dientes y los dientes de la
 tituto de ella.

Para irradiar la parte anterior de los dientes se hará una
 lación reveladora, a los dientes de la parte anterior.

Se le muestra al paciente la parte superior, con un espejo luego se le indica que se comienza a trabajar, se vuelve a pintar los dientes, ahora mostrando como se utilizará con mayor eficiencia.

Segunda Visita de Educación e Instrucción.

Revisar los dientes con el espejo dental y que el paciente haga la demostración de cepillar y otros procedimientos de limpieza, lo que al paciente hace para tener sus propios hábitos con el que se le enseñó. No hay que desalentarse, ni decir nada que desanime al paciente. Háganse las correcciones necesarias, asegurándose que el paciente comprenda cuáles son y por qué se le enseñaron. Y se le pide al paciente hasta que se encuentre cómodo respecto a cualquier aspecto de su instrucción, al momento de la visita.

Revisar y repetir los puntos de la enseñanza de la segunda visita.

Tratamiento dental.

Esto se refiere a la historia de las lesiones en el territorio dental y a su tratamiento en la placa gingival y pigmentaciones y el papel de los factores.

Para proporcionar un buen diagnóstico de la enfermedad se deberán seguir los procedimientos siguientes:

1. Historia de la enfermedad dental para intentar la etiología.
2. Examinar la placa gingival y los tejidos conectivos y gingivales y tomar medidas para eliminarlos de la superficie.
3. Examinar y evaluar el estado de la dentadura natural y se debe realizar un diagnóstico de la enfermedad dental y pasar a la historia de la enfermedad dental y pasar a la historia de la enfermedad dental para eliminar la placa gingival de la superficie.
4. Asegurar que la dentadura natural sea adecuada para el uso diario y que los tejidos conectivos y gingivales sean adecuados.
5. Examinar la dentadura natural y corregir cualquier anomalía de la dentadura y los tejidos conectivos y gingivales de restauraciones, limpiar las superficies de la dentadura y corregir la adaptación

adecuadas, manifestando el correspondiente interés principal en relación con rotulaciones y otras marcas y patentes.

D. Buscar otros recursos para la explotación de las marcas y símbolos de los productos, así como para la explotación de los derechos de explotación de las marcas y símbolos de los productos de consumo de los alimentos.

EL NIÑO MEXICANO

Estudio I. —

La relación entre el niño mexicano y el idioma español es feliz desde su nacimiento. Desde el primer momento se establece esta relación en la vida del niño, cuando comienza a hablar. Pero no tanto idealmente como en otros países, donde se procura enseñar a los niños pequeños a hablar el idioma de los padres y comenzar los estudios en la escuela en el idioma de los padres.

Es apreciable también que el niño mexicano habla un español que llega al nivel de los que se hablan en los países que pertenecen a las zonas que se mencionan, pero que en la mayoría de los casos tiende a ser un español que se adapta a la situación y medio por el que se habla. En otros países se procura controlar estas cosas para que el niño aprenda un español relativamente pequeño de vocabulario y estructura gramatical, pero que se adaptará a la vida y a los usos de los países que él visitará en los tratamientos y estudios.

Es interesante también que el niño mexicano habla un español que puede fluctuar entre los niveles de los países que se mencionan, pero que en los casos que se mencionan se adapta a la vida y a los usos de los países que él visitará en los tratamientos y estudios.

rio. A los tres años el niño ha ya aprendido a caminar por sí mismo, mientras que a los cuatro meses ya puede volver a través en su comportamiento y controlarlo.

El desarrollo de la personalidad se ve afectado por el comportamiento y el aprendizaje de los niños, pero a veces, se les debe evitar la degeneración de la personalidad, para interpretarlo como una manera para el bienestar, tanto por las cosas que se ven por implícitas, el niño debe ser, por lo general, en un estado de degradación, por que cuando se ve una persona que se ve que sube que existen, por lo general, para controlar. A tener el deseo que tiene el niño de controlarlo, debe ser posible por completo en presencia de la persona, por ejemplo, el niño debe tener la capacidad de controlar para controlar esta actividad. Esto es, el niño debe ser capaz de controlar esta actividad. El niño debe ser capaz de controlar esta actividad. El niño debe ser capaz de controlar esta actividad. El niño debe ser capaz de controlar esta actividad.

Aunque el niño puede ser capaz de controlar esta actividad, y esto es, el niño puede ser capaz de controlar esta actividad, y esto es, el niño puede ser capaz de controlar esta actividad, y esto es, el niño puede ser capaz de controlar esta actividad.

El condicionamiento total del niño ocurrirá en comportamiento emocional en el comportamiento mental.

Se puede observar fácilmente en esta línea y declarar que el niño se comportará en el comportamiento mental de alguna manera que en el pasado se le enseñó para literario de algo inseguro - dable con negatividad y ansiedad de sus actos, tratará de hacerle mismo en el comportamiento mental. Si el niño resiste en forma - con fuerza a sus padres, espera que se distingan que inseguro, - tratará de evitar los sentimientos de inseguro del mismo niño. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede, a veces ser justificado.

Si se hace un niño de una forma que algunas excepciones, - cambiará su comportamiento.

Cuando el niño muestra que se condiciona no va a lograr nada de nada inseguro, pero será una línea para seguir - comportamiento mental. Se puede observar también en un niño de - comportamiento mental que se le enseñó. En estas situaciones - se mejor en un niño inseguro de un niño inseguro a elegir - sobre la inseguro.

Si se hace un niño inseguro inseguro, hay que no se puede obtener inseguro.

Si se hace un niño inseguro inseguro, hay que no se puede obtener inseguro.

Si se hace un niño inseguro inseguro, hay que no se puede obtener inseguro.

antes de que reciba anteriores influencias nuevas y más tarde rechazará esos cuentos como algo que para él resultará desconocido. Si logramos profundizar en lo importante que resulta el prevenir los malestares lentos por encontrar siempre con un paciente al cual se le despertará los relatos de malas experiencias de compañeros de escuela.

Es más usual encontrar que a los tres años se alcanza la etapa o ataque cariado en forma de un estado, incluso puede haber alguna excepción al respecto de qué edad y en algunos a esta edad habrán ya sufrido un ataque de caries.

Por lo tanto, el dentista puede, a partir de este principio mantener un seguimiento de la salud de los dientes durante muchos años.

Atención a los niños desde la edad preescolar, pues esta es la edad de las infecciones de dientes y de la caries; para adquirir malos hábitos de higiene bucal que los perjudican y el mal cuidado de los dientes puede causar un aumento de la actividad de la caries.

Algunos de los factores que contribuyen a la enfermedad aún existen en la actualidad, pero se han ido reduciendo por los avances de la ciencia.

Muchos dentistas en el mundo:

1. Los padres deben ser educados para que sus hijos estén bien desde el primer día de vida, desde el nacimiento y que se les enseñe a cuidar sus dientes desde la infancia y el dentista debe hacer un seguimiento de la salud de los dientes.

la preparación de cavidades en los dientes.

2. Al término de la cita no se deben dar regalos a los niños. Se ha dicho que esto significa darles un soborno y que por eso es malo.
3. Las obturaciones deben hacerse tan pronto como se han detectadas (obturaciones insignificantes o le-
puntas de alfiler) a causa de que es relativamente indoloro retirar la cavidad y se consigue que el niño se habitúe al tratamiento.

LA PRIMERA VISITA

El niño es casi siempre recibido por la higienista, quien sentará al paciente en un sillón, antes de que el dentista llegue y demostrará a medida que habla con láminas que representan algunos de los dientes.

El dentista llega en la consulta en que el niño está agradablemente sentado y puede estar tranquilo ya que el examen bucal por parte de la higienista le lleva a cabo un examen más detallado, pero a medida que el uso de la dentí exploradora es empleado de preferencia al péñ. explorador, el niño se explora con el explorador.

Para los niños que necesitan un tratamiento por el dentista o una bata quirúrgica y que se asustan de las agujas y la anestesia. Esto les da una experiencia "interna," por lo que se les da algunas ocasiones en que esto es necesario. También con algunas ocasiones en que el niño quiera ver al dentista en la consulta para ser examinado ya sea en un sillón dental o en una sala que le resulte más familiar.

Un examen detallado de los dientes se puede hacer en una consulta factible ésta, para que el niño se sienta cómodo y haciendo las observaciones sobre el estado de los dientes, se debe considerar la relación entre el estado de los dientes y el estado de la higiene.

Es muy importante para el niño que el dentista sea un médico que sea cerrado.

Esto es muy importante para el niño que el dentista sea un médico que sea cerrado.

veces que el niño abra la boca.

Cada semana se debe hacer algún tratamiento preventivo — para el niño y madre de él — con respecto desde la primera visita — a la profilaxis y la aplicación tópica de fluoruro.

VISITAS RECORRIERIAS

A los padres se les pide que vayan al consultorio, se les pide que los traigan para el examen periódico de sus caries. Esto no — proporcionara un intervalo apropiado de cuatro meses entre — las visitas, haciendo tres visitas en un año. Si realmente el pa- — dre está interesado y con la cooperación adecuada para asegurar es- — tas visitas regulares, no se requerirá ningún recordatorio. Sin — embargo, es necesario recordar a los padres que los niños y aque- — llos que los ayudan recibirán las actividades para aten- — derse en el tiempo de las visitas. Los niños cuyos padres son — incapaces de asegurar estas visitas, etc.

Idealmente, la madre que se está recibiendo esta prácti- — ca como paciente, ella misma se debe proporcionar las instruccio- — nes a la palatista de la clínica dental del paciente. Habrá una — evaluación del contenido de fluoruro del agua suministrada lo- — calmente. Esta información debe ser expresada de manera que — en el agua.

Hay un número de métodos para hacer esto; incluyendo ta- — bletas de fluoruro de sodio que el niño recibe ingestión de

tabletas de fluoruro y vitaminas en pastillas, y en algunos países se obtiene leche o sal fluorada. No obstante, la mayoría de los padres no logra buenos resultados con el mantenimiento de una rutina satisfactoria porque se vuelve impositiva.

Se dan instrucciones en forma sistemática para lograr tan pronto como empieza la erupción de las lesiones en relación con la iniciación del cepillado y para reducir el dano en cepillado adecuado. Se hace hincapié en evitar la presencia de residuos de alimentos en contacto con las lesiones durante largo tiempo insistiendo en los cuidados de higiene bucal.

Tan pronto como se ha pasado la infancia del niño, y en la inmensa mayoría de los casos en la primera visita, se lleva a cabo la profilaxis de caries a través de fluoruro.

LA LESIÓN DE LA CARIES TERNIRANA

En las visitas de control, se observan pacientes que han tenido un programa preventivo de caries, pero aún persiste ninguna caries. Los casos de caries que se observan en algunas y las lesiones de tipo de caries que se observan en los dientes. Estas no interán, pero se observan en los dientes de leche. El efecto de las visitas de control de caries se observa en la observación de los dientes de leche que se observan en la general por la falta de caries que se observan en los dientes de leche y en la observación de los dientes de leche que se observan en los dientes de leche.

lo que esperábamos. Estas zonas han sido observadas por años y raramente requieren obturación.

CARIES RAMPANTE

Define aquellos casos de caries extremadamente agudas, fulminantes puede decirse, que afectan dientes y superficies dentarias que por lo general son muy susceptibles al ataque carioso. Este tipo de lesión progresa a tal velocidad que por lo común no da tiempo para que la pulpa interna reaccione y forme dentina secundaria; por consiguiente, el pulpa es afectada muy a menudo.

Las lesiones son rápidamente progresivas, y el color va del amarillo al pardo.

La caries rampante se observa con mayor frecuencia en los niños, aunque no son excluidos los adultos de todas edades.

Hay dos periodos de incidencia: el primero es entre los 4 y 8 años de vida y el de la dentición primaria; el segundo entre los 11 y 13 años, durante los cuales permanecen recién erupcionados.

Es interesante observar que la incidencia de caries rampante ha disminuido considerablemente desde el comienzo de la fluoración hasta el punto que en algunas zonas aguas fluoradas es sumamente raro observar un caso de caries rampante.

No hay ninguna razón para creer que los factores etioló-

gicos de la caries rampante son interesantes, y que de la intensidad de los descriptos previamente surge el problema general de caries dental. Algunas características que constituyen factores hereditarios desempeñan un papel importante en la génesis de la caries rampante, y tanto en su hijo y en su hijo de su hijo como en sus hijos y hermanos tienen un gran porcentaje de caries. Existen esta afeción con mucha mayor frecuencia que en las que pertenecen a familias relativamente carentes de ella. En otros, es probable que más que un factor verdaderamente genético, el que determina la frecuencia de caries sea el ambiente familiar, en particular la dieta y los hábitos de higiene bucal. En estos casos queremos negar la participación de factores genéticos en la etiología de la caries rampante, sino destacar la mayor importancia de los factores ambientales. Entre éstos se cuentan por ejemplo la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados y carbohidratos, en especial fuera de las comidas.

MANEJO DE LA CARIES RAMPANTE

La mejor solución a seguir con la caries rampante sería sin lugar a dudas, la prevención de su aparición. Esto a su vez requiere el desarrollo de métodos para alcanzar con suficiente anticipación y exactitud cuándo la caries rampante va a atacar de modo tal que el dentista pudiera tomar las medidas necesarias para motivar a los pacientes y sus padres hacia la más estricta observación de las prácticas preventivas indispensables para impedir la instalación del proceso en cuestión. Desafortunadamente ninguno de los métodos de diagnóstico existentes parece evaluar el grado de actividad cariogénica en un individuo -

determinado tiene valor predictivo, con lo cual en la mayoría de los casos el profesional no posee ninguna indicación de que la caries rampante va a atacar hasta que el ataque comienza.

Los nuevos niños que se presentan con caries rampante requieren una atención especial. Hay frecuentemente un gran número de obturaciones de amalgama en toda la boca, las caries reinciden aún en los dientes ya obturados y en bastante y extensas obturaciones. Las descalcificaciones cervicales serán observadas con frecuencia. Las lesiones cariosas profundas y ya cercanas o involucrando a la pulpa, pueden ser aparentes.

En estos pacientes no se deben llevar obturaciones permanentes.

El tratamiento debe llevar el siguiente plan:

1. Tratar las caries con una técnica adecuada, técnicas de endodermia y extracción.
- 2.- Otras lesiones cariosas no tratadas, evitando la dentina cariada y aliviar la irritación usualmente del tipo referencial de fístulo carioso y absceso, algunas veces con una cura vital a corto plazo, o a largo plazo, sobre cualquier caries muy cercana a la pulpa y que ha sido dejada in situ.
3. Se le enseña al paciente el control de placa y la remo-

ción de los restos alimentarios, mediante una demostración cuidadosa del cepillado y se prescribe un dentífrico con fluoruro.

4. Aplicaciones típicas de fluoruro estannoso en la forma que ya se describió.
5. aconsejar a los padres una alimentación especialmente en lo referente a los carbohidratos y azúcares.
6. Descalcificaciones cervicales superficiales: por lo general, zonas blancas y yesosas, leve reacción con tratadas con aplicaciones periódicas de fluoruro estannoso. No serán obturadas.
7. Se cita al enfermo del resumen después que le fue puesta la curación para verificar su habilidad en el cepillado y en el control de su placa bacteriana.

En la siguiente exposición cuatro meses después, se tomará una medida respecto de las caries resurgente. Raramente vemos nuevas cavidades. Sin embargo, algunas lesiones cariosas ya existentes que involucran capas dentinarias profundas se vuelven aparentes y deben ser tratadas por excavación y curación del tipo reforzada con éxito de zinc y eugenol.

Las caries superficiales tratadas, se verán negras y duras indicando que la remineralización ha comenzado.

Wei y col. define la remineralización como una reposición-

de la pérdida de calcio y fosfato en otros minerales por cambios y procesos químicos, substitución y afinidad iónica y química.

La caries rampante es una situación especial de la boca, - que Massler ha llamado "síndrome infectado de la boca" y ha postulado el control de la infección, antes de aventurarse en restauraciones extensas.

El dentista debe evaluar la situación clínica de la enfermedad dental o recurrente en los siguientes:

1. Preparaciones (sobre molares, premolares y molares) - fracasos por fracturas de corona íntegra.
 2. Obturaciones posteriores (molares e incisivos) y caries recurrentes y otras enfermedades bucales que influyen en proyección diagnóstica.
 3. Pulso carioso de los dientes anteriores (incisivos) - pérdida por ruptura de la corona y fractura de la placa bucal.
 4. Índice carioso de los dientes anteriores (incisivos) - la caries y el índice carioso.
- También el dentista debe evaluar la situación clínica de la enfermedad dental o recurrente en los siguientes:

NIÑOS INVÁLIDOS

Deben darse consideraciones especiales a los niños inválidos así como a los adultos siempre de los recursos que muy a menudo el paciente no está consciente de su incapacidad como lo está el operador. De cualquier modo, los pacientes requieren de más tiempo, atención y cuidado en el entrenamiento de la higiene bucal y muchos de ellos necesitarán una remoción más eficiente de la placa bacteriana, que sus contemporáneos más afortunados.

Desafortunadamente hay determinados tipos de inválidos para manejarlos en categorías, pero pueden ser clasificados las siguientes:

- | | |
|--|---|
| 1. Corazón | Congénito
Reumático (muy raro) |
| 2. Sentidos | Sordos
Ciegos |
| 3. Extremidades | M. miembros defectuosos del brazo
M. miembros defectuosos de la pierna |
| 4. Defectos mentales | Difusos
Ferió: como que no mal
Gran mal |
| 5. Enfermedades generalizadas, por ejemplo, leucemia | |

1. Enfermedad congénita del corazón. Es imperativo aquí un control de la higiene bucal, protegida con antibióticos, para todo procedimiento que podría provocar bacteremia. El aumento en la dosificación antibiótica puede ser necesario durante el tratamiento dental, para aquellos que ya están en terapia antibiótica mantenida regularmente.

La cardiopatía congénita se debe a anomalías estructurales del corazón; estas anomalías se dividen en los grupos:

1. Cardiopatía congénita aortíca

Los pacientes de este grupo sufren cierto circuito de izquierda a derecha, y los errores de función cardíaca como infección del ataque auricular, entre otros, a menudo, valvulopatía arterioso permeable y estenosis pulmonar.

2. Cardiopatía congénita ventricular

Los pacientes de este grupo pueden ser defectos que muestran cierto circuito de izquierda a izquierda, y al hacer ejercicio se vuelven manifestaciones de la deficiencia cardíaca en este grupo; transposición de los grandes vasos, atrioventricular de válvula tricúspide.

3. Cardiopatía congénita ventricular

Los pacientes de este grupo pueden ser defectivamente con una anomalía anatómica en la estructura del corazón que produce la paliar de latido anómalo, a veces se les llama defectos de la estructura tras-

tornos del desarrollo también existen diversos problemas dentales de diversa gravedad. Los niños con cardiopatía congénita no presentan problemas dentales específicos diferentes de su grado de caries y enfermedad periodontal.

Tratamiento dental

Antes de iniciar cualquier tratamiento dental en niños con cardiopatía, congénita o adquirida, es esencial que el odontólogo obtenga una historia detallada de la enfermedad cardíaca de su futuro paciente. Deberá consultar al médico general o familiar y al cardiólogo para conocer la enfermedad del niño para reportar el tratamiento dental planeado, las posibles complicaciones que puedan surgir y tomar las medidas de precaución que pueden ser necesarias.

Al tratar a niños que sufren enfermedades cardíacas uno de los primeros objetivos del odontólogo debe ser evitar endocarditis bacteriana. Esta grave infección es causada generalmente *Streptococcus viridans* asociado a la manipulación quirúrgica de la piezas.

Muchos tratamientos dentales, como sujeción y extracciones, van seguidos de bacteremia, lo que puede causar endocarditis en niños con defectos cardíacos congénitos. Emplear antibióticos profilácticos antes y durante el tratamiento es esencial para prevenir este tipo de tratamiento. El medicamento más eficaz es penicilina potásica (Keflin) en su forma oral, cuando no se obtiene la completa cooperación del niño. Si antes de llegar a emplear cualquier antibiótico,

Enfermedad reumática del corazón. Requiere de las mismas - consideraciones anteriores y con estos pacientes es más prudente una cobertura permanente de antibióticos. El riesgo para estos pacientes cardiacos es, por supuesto, la posibilidad de endocarditis bacteriana. Todas las cirugías ópticas deben ser realizadas bajo protección con quimioprofilaxis.

El tratamiento de estos pacientes dependerá de una historia clínica cuidadosa, registrada y la estrecha supervisión todo el tiempo del médico del paciente.

2. Sentidos: Oír y hablar. Los déficits auditivos que deben ser superados en la enseñanza de los sordos debe incluir, por supuesto, la comunicación y la lectura a la vista.

El sordo se beneficiará de las ayudas visuales e instrucciones cuidadosamente escritas, para ser leídas en voz alta por el intérprete - que utilice el lenguaje de señas, puede ayudar a resolver sus problemas de comunicación.

La atención dental del sordo puede ser muy gratificante para el odontólogo si se logra que este niño aprenda a través de los demás sentidos. El aprendizaje puede ser más difícil de abordar, pues el niño aprende a leer en la comunicación. Sus experiencias con los demás se basan en el medio familiar. Después que el niño entra en la escuela aprende a comunicarse con las personas. El niño puede aprender a leer sobre una base de ver y tocar y escribir. Muchos niños aprenden a leer los labios y los signos de los labios. Los niños con significados de palabras, de los labios y de los signos de los labios -

trumentos odontológicos, el niño sordo se mostrará más receptivo a los procedimientos habituales. Si el niño es retardado y requiere un extenso tratamiento odontológico, la conducta podrá ser controlada con precaución y anestesia general.

No existen problemas dentales específicos en el niño sordo.

El ciego. El uso de ayuda mediante la conducción táctil de gran tamaño, tales como molinos y grandes cepillos dentales, ayudarán considerablemente. Pueden prepararse cintas magnéticas para ser escuchadas en casa.

En cambio, el niño ciego puede ser más fácil de abordar por el odontólogo, pues está acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y a gustar. El prever el ciego a el mayor retraso no cooperarán y requerirán precaución. Rara vez estos niños necesitan anestesia general. Después de crear una imagen verbal, se procurará que el niño sienta y toque los objetos.

Cualquier niño con un defecto sensorial debe ser tratado, hasta que pueda recibir el tratamiento y comprender su importancia,

3. Movimiento defectuoso de las extremidades. Esto reclama la asistencia de una tercera persona y en invalideces menores el uso de diversas ayudas, tales como cepillo electrónico, pinzas para sostener la vaina dental, etc. Tales pueden probarse hasta que el paciente se sienta cómodo con alguna de ellas.

4. Incapacidad mental. Es esencial para aquellos que usan Epamin(dilatán) para el control de ataques epilépticos, enseñarles o garantizar algún modo de control de la placa para evitar la tendencia al crecimiento de las encías. No hay duda de que esto no ocurrirá en bocas limpias (un logro a menudo imposible con cualquiera, pero mucho más difícil con la mayoría de los epilépticos).

Epilepsia, se refiere a un síntoma, no a una enfermedad, es de origen griego y significa apelerarce. Diversos trastornos pueden causar descarga nerviosa anormal en el cerebro, que producirá un ataque.

Si estos ataques son frecuentes, se le llama a la afección - epilepsia, y afecta a las personas produciendo un cambio en el estado de conciencia, experimentar convulsiones anormales, contracciones musculares tónicas o un trastorno de conducta.

Primeros síntomas

Con excepción de la hiperplasia de la placa de las encías producida por el medicamento anti convulsivo Dilatán, el paciente epiléptico no sufre problemas dentales especiales debido a su enfermedad. En la mayoría de los casos, se puede eliminar quirúrgicamente la hiperplasia de la placa de las encías. Sin embargo, con procedimientos bucales preventivos, se puede evitar recurrir al problema permanente, incluso con el uso de Dilatán.

Tratamiento dental

El odontólogo debe familiarizarse con el tipo y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento. Como mencionábamos anteriormente, los trastornos pueden manifestarse en forma de ataques interictales o convulsivos. Deberá poder reconocer los de ellos y así estar preparado para hacer frente al problema.

5. La limpieza bucal regular y sencilla de la boca cuando sea posible es esencial en el niño. Sólo en una situación de anti-bióticos se requiere a veces. Siempre que sea posible debe llevarse a cabo sin tomar precauciones especiales y en su lugar remitir al niño a un hospital.

Debe mencionarse entre las medidas preventivas los diabéticos - los de paladar hendido, la conservación de la conservación de los dientes, evitar la mayor contaminación oral y bucal, una prevención primaria, la ser posible evitar el uso de medicamentos para ayudar a prevenir el desarrollo de la enfermedad infecciosa.

ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA ORTODONCIA.

Como principio general debe realizarse tratamiento preventivo enfocado a la ortodoncia.

El dentista debe vigilar a sus pacientes jóvenes desde los cinco años en adelante, para el desarrollo de los arcos y la relación entre arcos. El tamaño, forma y posición de los arcos y la relación entre arcos, así como de los dientes, deben ser tomados en cuenta, porque el apilamiento de los dientes es un factor genético determinado, tal como dientes grandes y otros pequeños, pueden llevar en sí alguna dificultad para convertirse, que no sea necesario el uso de aparatos. Por lo tanto, el tiempo que emplea el dentista es importante, porque el momento posterior de los maxilares puede intervenir en el problema de cualquier manera.

El dentista debe tener cuidado al usar el niño a períodos prolongados de aparatos y tener activo la retención.

Durante las exámenes regulares del niño, debe haber un registro cuidadoso de posibles hábitos perjudiciales tales como: chuparse el pulgar, empujar la lengua, hábito de baba, postura incorrecta de la glotis y posturas de algunos pacientes podría incluirse la respiración bucal.

Muchas informaciones tales como: el hábito anterior asociada con la posición del pulgar de la respiración bucal con el tiempo, el niño sufre de el hábito y con la edad, el dentista deberá estar pendiente de los hábitos y para intervenir.

El dentista cuidadoso, que ha preparado modelos de estudio articulados, pronto se dará cuenta si está tratando con una relación defectuosa de clase II o clase III. Hará muy bien en referir estos pacientes a un ortodoncista para su revisión y tratamiento. No se debe aventurar a hacer un tratamiento ortodóntico sin una consideración muy cuidadosa de la relación total entre los arcos. Sin embargo, lo siguiente bien puede ser considerado como dentro del alcance de la atención preventiva.

1. Dientes temporales rotos. Es, especialmente los dientes anquilosados pueden causar mal desarrollo del diente permanente y pueden causar lesión física al desarrollo del proceso alveolar.
2. Entre atención de enfermedades orales por estado débil de higiene oral y uso excesivo de aparatos, pueden llevar a pérdida de espacio, entre otros por el sobredesarrollo de los dientes anteriores y posteriores pueden causar aperturismo anterior.
3. La pérdida de dientes temporales y permanentes pueden llevar a la pérdida del espacio residual, para la erupción de los dientes permanentes. Se debe prestar atención a la necesidad de espacio, pero en un paciente de espacio, pero una observación cuidadosa durante un período de tiempo puede determinar, si así es necesario, lo cual no siempre es el caso.

4. Mordida cruzada en los arcos decelulares, usualmente no requiere intervención ortodóntica y se son usualmente corregidas por medio de un tratamiento temprano.
5. Los dientes supernumerarios, por hayan o no brotado, pueden causar mal ocluidamiento.
6. Los dientes que caen en relación fisiológica incorrecta con sus oponentes, pueden ser corregidos en simples aparatos de plano inclinado o en el tipo de aparato de plano inclinado y una vez corregido el ocluidamiento no requiere retención.

ACERCA DE PREVENTIVOS EN DENTURAS RESTAURATIVAS

En la odontología restaurativa, también se aplican los principios generales de S.V. con algunas modificaciones. El concepto original de mantener los tejidos sólo fue para asegurar que los márgenes de la cavidad preparada estuvieran en zonas que pudieran limpiarse por sí misma. En orden de preservar la estructura del diente, la preparación de cavidades de resina debe extenderse sólo a áreas limpias, áreas que se encuentran al cepillo dental.

En toda preparación de cavidades, hay que tener en cuenta tales, para evitar el contacto de la resina con el tejido blando.

Es importante en la preparación de cavidades evitar dañar las superficies de los dientes vecinos por la fricción a alta velocidad de la resina de la resina de metal, entre los dientes durante la preparación, así como el uso de la resina. También puede prepararse la resina de metal de metal a través de las áreas de contacto de los dientes adyacentes.

A restaurar los dientes que se han dañado para la salud de los tejidos, así como preservar la estructura natural, superficies preparadas en los dientes, así como el contacto estrecho con el diente vecino. La preparación de cavidades restaurativas con resina de metal y resina de metal para amalgamas, así como la preparación de cavidades restaurativas, que no sólo

lo es difícil de distinguir de la estructura del diente, pero también muy problemático el recuerdo.

Una zona de contacto íntimo con el diente en el tratamiento de comida y además impedirá el libre acceso del aire.

Buenos resultados se consiguen con los modelos, pero en ciertos contornos laterales que presentan la forma de un cono.

Si hay dificultades con los modelos para conseguir un buen contacto con el diente real, éste se consigue con el uso de una incrustación.

Se ha observado que en la zona de contacto íntimo con el diente la dificultad de lograr un buen contacto con el diente real es interdentual en la proyección lateral de la corona, pero se consigue más fácilmente. En un modelo de la corona se consigue un buen contacto usualmente requiere un modelo de la corona con un modelo del diente de un diente y este modelo se consigue con el uso de una terminación en un movimiento lateral. En ciertos casos se consigue un buen contacto.

Se da por sentado que en la zona de contacto íntimo con el diente real se consigue un buen contacto con el diente real. En ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real. En ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real. En ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real.

Por lo tanto, en ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real. En ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real. En ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real. En ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real. En ciertos casos se consigue un buen contacto con el diente real.

val, problemas de retrostruturas y posiblemente daños operato - rios.

Si las caries necesitan una preparación profunda en el sur - co gingival, deben tomarse cuidados en la impresión para no usar - un método de retracción gingival destructiva.

Mucho se ha escrito acerca de la importancia de los contor - nos defectuosos, de las superficies bucales y linguales de la co - ronas y los riesgos de no reproducir en forma ideal. Es posible - que haya alguna exageración, pero los malos contornos de las co - ronas con superficies angulosas pueden actuar como un plano para - verte la comida directamente contra el surco gingival y esto es - nocivo para las papilas accesorias. Mucha más perjudicial es, co - mo consecuencia de su estado, el mal contorno por las de las á - reas de contacto lateral de las coronas artificiales y púnticas - es importante y en general, evitar por sí mismas en el ancho bu - colingual y el inter - dental, imitar el diente natural.

En la preparación de las impresiones una terminación en pun - ta de bala, en el ángulo de la preparación bucal y los cuernos del - puente fija deben estar bien definidos. Al momento de la toma de la impresión que - haga la impresión de estas preparaciones, algunas necesitarán que se - les enseñe el uso de la seda dental, para que introduzca la seda - bajo cualquier punto de contacto.

CONCLUSIONES

La Odontología preventiva en una rama de las ciencias médicas, se encarga de enseñar a la población a cuidar sus dientes y poner en práctica el tratamiento adecuado para evitar la aparición de las enfermedades bucodentales.

Odontología preventiva es todo lo que se haga en la vida real. Es importante que el personal del consultorio especializado por el odontólogo, posee una óptima capacitación, es decir que no tenga necesidades odontológicas insatisfechas, y así, que practique con exactitud los procedimientos que el odontólogo recomienda para el mantenimiento de la salud bucal y general.

Es de importancia para el odontólogo tener un amplio conocimiento de los tejidos, es decir, de la estructura, así como la capacidad de distinguir pequeños cambios que signifiquen enfermedades periodontal y poder dar un buen diagnóstico.

Darle a la población, la conciencia que su sistema tiene la cavidad bucal, para conservar la salud de los dientes tanto funcional como en higiene; enseñar a la población a cuidar sus dientes y además visitas periódicas al dentista en sus consultorios, dará en un futuro, un mal funcionamiento de la cavidad bucal.

Al paciente se le debe enseñar a cuidar sus dientes que se le cuenta de la importancia de la enfermedad bucodental y noti-

varlo para que aproveche las ventajas de los métodos actuales de -
prevención.

B I B L I O G R A F I A.

- Odontología Preventiva. Dr. John C. Forrest
Editorial: El Manual Moderno
1973.
- Odontología Pediatría. Dr. Sidney Finn
Editorial: Interamericana 4a E
- Nutrición y Desarrollo. Dr. Darío Uriaspilleta Bueno.
Dr. Luis Alvarez Balbas.
Manual de conceptos básicos
sobre nutrición. SEP.
- Periodontología Clínica. Dr. Irving Glickman.
Editorial: Interamericana
4a Edición
- Odontología en Acción. Dr. Simeón Katz
Editorial: Panamericana 1a Edición
1974.
- Ortodoncia para el niño y el adolescente. Dr. M. S. Katz
Editorial: Maniz.
- La Placa Dental. Dr. Robert N. Newman
Editorial: El Manual Moderno
1974.