

155
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL DENTISTA Y EL NIÑO. SU CONSULTORIO, Y LA SOCIEDAD QUE LO RODEA

TESIS

Que para Obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

Presenta

FCO. ISMAEL FLORES MOSQUEDA

MEXICO, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EL DENTISTA Y EL NIÑO, SU CONSULTORIO, Y LA
SOCIEDAD QUE LO RODEA.

INDICE	página
Prólogo:	1
Introducción.	2
L.- La responsabilidad del dentista para consigo mismo:	4
a) Localización del consultorio	5
b) Decoración del consultorio	7
c) Manejo del consultorio	8
d) Personal auxiliar	9
L.- La recepcionista	12
2.- La enfermera	12
3.- El higienista dental	13
4.- El terapeuta de control	14
e) La habitación de educación sobre salud	19
1.- Información previa	22
2.- Historia clínica del paciente	24
a) Paciente adulto	25
b) Paciente niño	29
c) Paciente a diferentes edades	33
3.- Examen preliminar y consulta	35
4.- Recordatorios	36

	página
II.- La responsabilidad de dentista hacia su paciente	39
a) Relaciones humanas	40
III.- Responsabilidad del dentista hacia su comunidad	41
a) Programas preventivos	42
b) Énfasis en las necesidades	43
c) Enseñanzas del método preventivo	43
1.- Higiene bucal	45
2.- Técnicas de cepillado	45
3.- Factores dietéticos	48
d) Profilaxis con fluoruro	52
e) Prevención de maloclusión	54
1.- Definición de maloclusión	56
2.- Etiología de la maloclusión	56
3.- Factores generales	56
a) Herencia	56
b) Efectos congénitos	57
c) Medio ambiente	57
d) Clima o estado metabólico y enfermedades predisponentes.	59
e) Deficiencias nutricionales	59
f) Hábitos de presión anormales y aberraciones	59
g) Accidentes y traumas	60
4.- Factores locales	60
a) Anomalías en el número de los dientes	

	Páginas.
b) Anomalías en el tamaño de los dientes	60
c) Anomalías en la formación de los dientes	63
d) Frenillo labial anormal	63
e) Pérdida prematura de los dientes deciduos	63
f) Retención prolongada y resorción anormal de los dientes deciduos	
g) Erupción tardía de los dientes permanentes	64
h) Vías eruptivas anormales	64
i) Anquilosis	64
j) Caries dental	65
k) Restauración dental inadecuada	65
5.- Fuentes para materiales de educación	68
6.- Programas correctivos	69
Conclusiones	72
Bibliografía	

PROLOGO.

El motivo principal, que me llevó a elaborar este trabajo es, la importancia en general que debemos darle a nuestra población y muy especialmente a nuestra niñez, ya que con ello nuestro país podrá poner toda su fé en los mismos.

Al darle el debido interés y su verdadera importancia a la prevención se logrará formar personas sanas, capaces de comprender sus temores hacia nuevas experiencias.

Tengo mucha confianza en que las personas que se encuentren o se vayan a encontrar dentro de esta rama, tomen en cuenta que la Odontología Infantil es uno de los problemas mas importantes dentro de la sociedad y la medicina, Algunas personas piensan que es muy difícil el manejo de los niños pero, por lo mismo se debe poner mas ahínco en el trabajo; como expresa el Dr. Leyt. "Trabajar con niños es una de las experiencias mas satisfactorias que se puede experimentar en toda práctica Odontológica".

INTRODUCCION.

Tomando en cuenta la época en que vivimos, podemos considerar a la Odontología Infantil como un servicio necesario, - al cual no se la ha dado la importancia que merece; uno de - los factores que influyen en este problema es que el cirujano Dentista ha disminuido su valor, ya sea por que el profesionalista no está lo suficiente preparado, o por que no esta muy informado sobre los nuevos conocimientos de la Odontología Infantil, encaminando su profesión por otro de los diferentes - postgrados que ofrece la carrera.

Los nuevos conocimientos e investigaciones, son elaborados con una gran profundización, provocando que se tenga una gran cantidad de material disponible para realizar un trabajo estudio o investigación. En el medio odontológico es imposible dar punto final a los descubrimientos, pues día a día van surgiendo nuevas investigaciones y nuevas interrogantes.

Es sabido que el ramo de la Odontología Infantil no esta lo suficientemente desarrollado. Un tratamiento Odontológico mal realizado en la niñez puede provocar transtornos permanentes al aparato masticatorio, dejando al individuo con gran número de problemas dentales que hoy día son tan comunes en - niños adolescentes y adultos, siendo irreversibles o de tratamiento muy costoso.

Cuando se realiza un tratamiento en un niño y observar su evolución se puede demostrar hasta que punto el Odontólogo es

capaz y cuales son sus conocimientos para poder sacar adelante los problemas que se presenten. La Odontología Pediátrica requiere algo mas que conocimientos dentales comunes, por que estamos tratando con organismos que estan constantemente en transformación y en constante crecimiento; su desarrollo puede ser muy rápido o muy lento. Tomando en cuenta lo mencionado, es un error que el dentista tome como base un modelo de estudio para cualquier paciente, ya que entre uno y otro habrá cambios y modificaciones estructurales diferentes.

Los cambios que sufre el organismo estan influidos por muchos factores como: su tipo de raza, lugar de origen, tipo de alimentación, características étnicas, etc; estos factores; en la Odontopediatría, se deben tomar en cuenta en cada paciente para no caer en un error que alteraría el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades en estos pacientes, logrando de este modo estructuras bucales mas perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

El hecho de hablar del dentista, es hablar de un profesionalista que valora los conocimientos básicos en esta carrera que en su preparación como Odontólogo adquirió, al igual que un grado de responsabilidad tanto con el paciente como con el mismo, la cual le mostrará el valor humano que tiene en sus manos dando un tratamiento correcto a sus pacientes.

Para la comunidad, la práctica Odontológica es algo que todavía no tiene la importancia necesaria, ya que se piensa

que es muy costosa, perdiendo de vista que si se atendieran -
periódicamente eliminarían muchos padecimientos que son pro -
vocados dentro de la cavidad oral.

CAPITULO I

LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA PARA CONSIGO MISMO

El dentista en el transcurso de sus estudios y de toda su preparación profesional, definirá su éxito o su fracaso dentro de la sociedad en la cual se piensa desarrollar, Su ego debe hacer que se enorgullezca de su profesión; una profesión que ha contribuido a aliviar dolores y sufrimientos, elevando el nivel de salud pública, por lo cual tiene la obligación de actualizar sus conocimientos para prestar un servicio como el que espera el paciente recibir.

El Odontólogo debe tener la suficiente experiencia para darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo un aumento de responsabilidad, ya que la profesión esta en constante crecimiento, y sus conocimientos y técnicas estan en expansión, por lo cual el dentista no puede dar por terminados sus estudios e investigaciones, ya que si lo hace se expondrá a que sus habilidades y conocimientos se estanquen, Puede actualizarse asistiendo a reuniones profesionales, conferencias, simposium, seminarios, congresos; leyendo libros, folletos, y publicaciones que contengan lo mas fresco sobre avances Odontológicos: tomando cursos de renovación, etc;

Todo dentista que goza con la práctica de su profesión, tiene una gran responsabilidad hacia si mismo y hacia su comunidad, ya que de esta obtendrá un ingreso suficiente para vivir holgadamente, ya sea entablando una buena relación con per

sonas como; directores de escuelas públicas y privadas, dando diferentes cursos, conferencias, pláticas y realizando trabajos sobre higiene bucal, ofreciendo los servicios del consultorio y brindando todos los conocimientos que se encuentren a su alcance a: padres de familia, profesores y alumnos.

Finalmente, el Odontólogo debe tener el deseo manifiesto de prestar el mejor servicio de que sea capaz y nunca sentirse satisfecho con juicios inadecuados o técnicas inferiores.

a) Localización del Consultorio

El consultorio debe encontrarse en un lugar cercano a las avenidas que sean lo suficientemente transitadas para que esto de lugar a que los transeuntes lo observen constantemente por si llegarán a necesitar el servicio, puedan localizarlo rápidamente. De la misma manera el consultorio debe tener un lugar destinado a ser estacionamiento, para ahorrar molestias a los pacientes que llegasen en carro.

Es recomendable que el lugar en que se encuentra el consultorio tenga los servicios públicos al alcance de cualquier persona de las que visitan el consultorio. también debe tener un letrero luminoso lo suficientemente grande para que cualquier persona lo pueda ver. Es preferente que el consultorio se encuentre cerca de escuelas, centros comerciales y áreas residenciales.

Es de suma importancia tomar en cuenta todos los factores referentes a la localización y ubicación del consultorio; ya -

que esto nos dará como resultado una buena o mala clientela y un mejor bienestar económico.

b) Decoración del consultorio

En la decoración del consultorio es de suma importancia tomar en cuenta su ubicación, para conocer el nivel socio-económico en el cual se va a trabajar. Antes de empezar a decorar el consultorio debemos conocer su capacidad (número de habitaciones, m², etc) para aprovechar todo el espacio disponible en forma funcional.

Una vez resuelto este problema, se definirá para que tipo de pacientes será destinado el uso del consultorio. Si es para el tratamiento de niños, lo indicado será que desde la sala de recepción hasta la sala de consulta se tenga un tema definido en la decoración que llame la atención del niño, como por ejemplo: el circo, el oeste, el espacio, etc, logrando dar al lugar un toque cálido y de fantasía, para que se desvanezcan en el niño los temores que causa asistir al consultorio.

Es recomendable que en la sala de espera haya una pecera, ya que esta es una fuente de entretenimiento, también es conveniente que el consultorio este ambientado con música, pero debe ser apenas audible, sin embargo se debe escuchar en todos los lugares donde el paciente pueda estar presente.

En la sala de espera debe haber todo tipo de lecturas, ya que siempre los padres o personas adultas son quienes acompañan a los niños al consultorio dental. Entre la lectura debe haber libros de cocina para proporcionarle a las madres recetas para que balanceen la dieta de sus niños, y de este modo -

hacer que el tiempo de espera sea productivo. También se debe encontrar material didáctico relacionado con la salud dental,

Si se cuenta con el suficiente espacio, se recomienda ocupar un cuarto con juegos, juguetes, y si la situación lo permite, una televisión, para los niños; o un lugar donde el paciente adulto se pueda relajar ya sea leyendo, escuchando música o simplemente descansando.

En el lugar de trabajo se debe tener una buena iluminación, el color de la habitación debe ser claro y a tono con la zona en el cual se vaya a trabajar, con ventilación para eliminar los olores desagradables y darles un toque con macetas en algunos lugares.

c) Manejo del consultorio

No hay razón por la cual un Odontólogo con habilidad encuentre dificultades en el manejo de su consultorio ya sea una situación económica, política y social.

El manejo financiero empieza en el momento en que el dentista compara los muebles, los cuales estaran influidos en gran parte por el medio socio-económico en el cual se va a trabajar, otro factor importante es el lugar en el cual se va a instalar el consultorio y por último, el material de trabajo como es: medicamentos e instrumental, su renovación y adquisición; principalmente de los primeros que como son los que se terminan más rapidamente y su procedencia es extranje-

ra, deben ser comprados en cantidad suficiente para que nunca falten.

Dentro de la política, es de suma importancia no permitir las dentro del consultorio, ya que esto causaría problemas y envidias entre los empleados; principalmente por los sueldos. (Por lo que es necesario aclarar que la cantidad de dinero que cada uno va a percibir, será de acuerdo al trabajo que cada uno va a desempeñar).

Como es la sociedad la que decide si el consultorio es bueno o malo, y la que le proporcionará al Odontólogo lo suficiente para poder vivir y mantener en buen estado el consultorio, se debe procurar que esté siempre bien pintado y amueblado de la mejor manera, pero haciendo notar que el consultorio por humilde que sea, cumple con las reglas de higiene.

El dentista debe tomar en cuenta su carácter tratando de que no influya en el trato de los pacientes, que como la mayoría llega nerviosos, se resisten a ser atendidos por lo que hay que tener paciencia para no cometer algún error. El personal que trabaje en el consultorio, debe estar bien capacitado tanto profesionalmente, como socialmente para dar un trato amable a los pacientes causando una buena impresión, trayendo como consecuencia que el paciente recomiende el consultorio con otras personas.

Todo arreglo al consultorio causará gastos, por lo que -

el dentista, al saber manejar todos los aspectos de su consultorio y personal, siempre lo mantendrá en buen estado y en armonía.

d) Personal Auxiliar

Al seleccionar el personal se debe tener mucho cuidado -- asegurandose de que es la persona indicada para desempeñar el puesto que se le designe; tomando en cuenta el material disponible para no cometer el error de contratar más personal del necesario.

El personal que mas comunmente se ocupa es: una recepcionista, una enfermera, un higienista y un terapeuta de control.

El personal siempre lo tendremos que poner a prueba primero, porque un higienista o un ayudante tenga calificaciones muy elevadas, tan solo le servirán si encaja satisfactoria -- mente en su consultorio; incluso el personal mas competente -- tiene que ser adiestrado para hacer las cosas como usted quiere, aumentando los deberes de estas personas, adquiriendo una mayor importancia en el trabajo".

Es de suma importancia en el consultorio dental, principalmente si este es exclusivamente de Odontología Pediátrica, la utilización de personal preparado para cumplir sus obligaciones, logrando:

1. Disminuir el periodo de tiempo de la visita dental, - ayudando al mejor manejo de los niños.
2. Reduciendo los movimientos del Dentista, con la ayuda de un auxiliar, disminuyendo el cansancio del dentista.
3. Mas eficiencia y rapidez del dentista, con lo que se vuelve mas productivo, aumentando sus ingresos.

Tomando en cuenta lo anterior, nos podemos dar cuenta de la importancia que tienen los empleados, ya que tanto ellos - como nosotros nos beneficiamos, por que se les da trabajo, y - al mismo tiempo tenemos más capacidad para atender a mas pa-- cientes. Es importante conocer la utilización adecuada del -

personal y del equipo que nos es necesario, como la unidad giratoria que ha resultado la más eficaz en el consultorio de niños, (el paciente descansa en posición inclinada, con el cuerpo paralelo al suelo y los pies ligeramente elevados. Los brazos del ayudante permanecen en posición ligeramente superior al pecho del niño, dando sensación de seguridad.

Como no hay escupidera disponible, no se puede ocupar la técnica de espectoraciones frecuentes, sino que se elimina la saliva por aspiración: el dentista opera en posición sentado, en un cómodo taburete giratorio; la (el) ayudante, se sienta frente a él, colocando de manera que la unidad no le estorbe en sus movimientos, las piezas de mano de alta y baja velocidad y las jeringas de aspiración de agua y aire, se montan en unas charolas que se extienden parcialmente sobre la unidad.

1. La recepcionista. Siendo la primera persona que tiene contacto con el paciente, brindar como respuesta, un fruto positivo y por lo mismo debe ser capaz de relacionarse con la gente. Su forma de vestir debe ser recatada y muy presentable, debe ser conocedora de la filosofía básica y de las políticas que existan dentro del consultorio, de igual manera debe conocer, los horarios y todos los aspectos administrativos de la práctica dental, debe estar capacitada para solucionar las dudas del paciente con respecto al consultorio, motivándolos a continuar sus programas de prevención a corrección. La recepcionista debe tener en orden la agenda de trabajo para evi -

tar errores en las citas, además debe tener un control sobre el tratamiento individual de cada paciente.

2. La enfermera. (asistente dental). La asistente dental debe saber escuchar y comunicar al dentista y a los otros miembros del equipo de salud dental, cualquier señal de tensión, aburrimiento, antagonismo u otros problemas que pueda observar en el paciente, de manera que pueda emprenderse una acción adecuada antes de que estos problemas se transformen en bloques tambaleantes para el éxito del programa preventivo del paciente.

La enfermera debe mantener en buen estado y alcance todo el instrumental utilizado en las intervenciones realizadas por el dentista; facilitándole lo que vaya requiriendo sin que tenga que hacer movimientos innecesarios que podrían ser peligrosos para la seguridad del paciente. A esta forma de trabajar se le llama método a cuatro manos, y hasta el momento es uno de los más prácticos y funcionales.

Además del cuidado del instrumental debe tener un mínimo de conocimientos sobre su utilización, además del uso correcto de los medicamentos, para no poner en peligro la salud del paciente.

3. El higienista Dental. Debido a su entrenamiento y autorización legal para realizar trabajos intrabucales, el (la) higienista dental debe ser el centro a partir del cual se expande el programa preventivo.

En muchos consultorios, este empleado es el primero en --

revisar la boca del paciente, y no solo para realizar una profilaxis preoperatoria, sino también para hacer una evaluación preliminar de la placa y el estado en el que se encuentra la encía; en muchos casos, es la persona que presenta el concepto preventivo del paciente, y quien expondrá la necesidad de un programa de control de placa.

El papel del higienista dental se vuelve más importante cuando se han terminado los programas iniciales de restauración y control de la enfermedad. Si este empleado es lo suficientemente entusiasta, junto con el dentista dará las bases al paciente para que continúe su programa de salud dental.

Desde el momento que llegue el paciente, este empleado evaluará el estado en que se encuentra su boca y determinará el curso adecuado de acción, además que preverá los refuerzos necesarios. El higienista es la persona indicada para realizar las aplicaciones de fluoruro, y en virtud a su preparación, para llevar a cabo controles y análisis de las dietas, proporcionando los consejos dietéticos necesarios. Tomando en consideración el higienista debe ser la mano derecha del Dentista en el entrenamiento de los otros miembros del equipo para la función preventiva.

4. El terapeuta de Control. En la última década de la historia dental, se experimentó un fuerte interés por la prevención, es decir, se hizo un desafío por ayudar a los pacientes a adquirir la habilidad para mantener sus dientes naturales du-

rante toda su vida, esto trajo consigo la necesidad de formar personal capacitado el cual se haría cargo de promover la prevención dental en el consultorio de este modo surgió, en la Odontología, el Terapeuta de Control.

Con la ayuda de esta persona, se aliviaron las presiones temporales de los otros auxiliares, incluyendo al Odontólogo. Los pacientes al exponer sus problemas, se les dará un interés personal para poder ayudarlos y comprenderlos, ya que muchos de los problemas dentales que sufren, no conocen su causa ni su tratamiento, y el terapeuta les explicará desde los medios de prevención, hasta el tratamiento de casos avanzados tomando en cuenta que todo este tipo de pláticas y tratamientos son indispensables en un consultorio.

Para tener éxito en sus actividades, el terapeuta debe tener inteligencia, paciencia, madurez y don de gente. Su personalidad debe ser grave pero entusiasta alentadora, teniendo una reacción cálida con pacientes y comprender sus emociones, humores y melodías.

Debe aclararse que el objetivo, a corto plazo, del consultorio es comenzar un programa integral de control de placa; el objetivo a largo plazo es crear un programa de control total de la enfermedad. Para que el terapeuta haga una contribución al logro de estos objetivos, debe alentarse para llevar hacia adelante un programa de continua educación.

El dentista debe estar deseoso, y aún ansioso, por

apoyar cualquier gasto educacional que prepare al terapeuta para mejorar su trabajo y sus habilidades. Las visitas a otros consultorios sirven para conocer formas distintas de lograr los mismos objetivos, y compartir experiencias con otros colegas.

e) La Habitación de Educación sobre la Salud.

Es en demasía la importancia que se debe dar a la educación sobre la salud ya que esta es una parte indispensable de una práctica dental preventiva. Tenemos que tomar en cuenta el espacio que tiene el consultorio, ya que nos puede indicar si es o no posible realizar actividades de educación sobre la salud, por que si no se cuenta con el espacio suficiente, se tendría que hacer en la sala de trabajo, lo cual resultaría demasiado incomodo. Por lo que es en ocasiones necesario asignar un espacio especial en el cual se pueda llevar a cabo las actividades requeridas, sin interferir con las otras actividades realizadas dentro del consultorio.

Los Odontólogos y los auxiliares estan en posición excelente para crear un cambio en la conducta del paciente y no solo el contacto de persona a persona que predomina en el consultorio es el mas favorable para este fin, tambien influyen las frecuentes visitas para un tratamiento determinado, ya que permite supervisión y refuerzo frecuente. Ademas. la mayoría de la gente visita a los dentistas en busca de ayuda. Hay poca duda de que la relación dentista-paciente, sea el nucleo cen-

tral de la motivación efectiva. Para que las incuestionables ventajas del consultorio Odontológico como centro educacional-motivacional funcionen, es importante que el dentista y su equipo de profesionales tengan un conocimiento básico del proceso de comunicación y los factores que lo forman. Las diferentes maneras de dar educación sobre la salud son:

1. Presentación de diapositivas o cintas grabadas.
2. Proyectos automáticos de diapositivas.
3. Grabadores, particularmente aquellos que usan cinta continua.
4. Proyectores cinematográficos.
5. Folletos.

Se puede apreciar que contamos con diferentes materiales para trabajar, el cual lo podemos adquirir ya elaborado, en este caso, nos podemos encontrar con que el material no se adapta a nuestras ideas y necesidades según la forma de trabajar. En el caso que el material sea realizado por nosotros, lo haremos a nuestra de ideas, métodos y personalidad; el único problema sería que esto a su vez requiere de gran cantidad de tiempo y preparación.

En la sala de control de placa o en la sala de consultas es conveniente tener a mano material audiovisual con el objeto de facilitar la información al paciente, explicándole su problema dental dándole la solución del problema presentado. El dentista debe tener de un sin número de elementos y mate-

rial para que con este pueda educar a sus pacientes dentro del consultorio, debe elegir entre todo el material el que mejor se adapte al tipo de pláticas y problemas que tenga cada uno de sus pacientes. Los diferentes sistemas de comunicación que son susceptibles de utilizar son:

1. Programa directo o "cara a cara".

2. Programa indirecto o electrónico.

3. Programa a larga distancia, por correo o teléfono.

1. El contacto directo o "cara a cara", entre el Odontólogo y los pacientes, ofrece las condiciones más fructíferas para la educación del paciente. Los científicos estudiosos de la conducta, creen que el comportamiento no se transmite, sino que se aprende, sin embargo, el conocimiento por parte del educador no trae como resultado automático, un cambio en la conducta por parte del educando.

La importancia del profesional de la salud, es crear un ambiente en el que los pacientes puedan descubrir por sí mismos las consecuencias de su conducta.

2. Educación Indirecta o electrónica. La educación indirecta del paciente se realiza en ausencia del personal del consultorio y por medio de equipo audiovisual.

Tal vez en lugar de llamarle educación audiovisual, debería nombrarse instrucción, por que su objetivo principal es simplemente proveer información. Por lo tanto, aparte de aquellos pacientes que en razón de sus experiencias educacionales,

ya estan condicionados para aprender y desarrollar nuevas acti-
tudes y conductas; la instruccion indirecta debe estar previs-
ta preferentemente solo despues de un programa educacional di-
recto.

Dejar a un paciente solo con una maquina, esperando que -
aprenda y adquiera un habito a partir de una proyeccion es --
absurdo. Para comenzar, el factor mas importante en el proceso
de la educacion, es la interaccion entre el dentista, el auxi-
liar y el paciente. En segundo lugar, muy a menudo piensa que-
el material que se le esta mostrando tiene muy poco que ver -
con su problema personal. ya que hemos notado que los estimula
que no se consideran importantes son motivadores pobres. Usan-
do juiciosamente los materiales audiovisuales, simplificar y -
acelerar el proceso de la educacion y la motivacion del pacient
te. Incorrectamente usados; los materiales produzcan un efe-
cto negativo.

Hay una gran cantidad de elementos que pueden utilizarse-
para la educacion indirecta del paciente, de manera que la ex-
tension y el alcance de un programa de este tipo esta solo li-
mitado por las condiciones del ambiente fisico del consultorio
la inversion que el dentista pueda hacer y lo que es mas im --
portante; por su ingenio e imaginacion.

3. Educacion del paciente por correo. Un metodo para mantener-
contacto con los pacientes, cuando han terminado sus tratamient
os y despues de un tiempo, es mandar a sus casas, mensajes y

no tengan exageraciones para evitar que lo ignoren y tener asegurado el éxito.

Los envíos se harán con un lapso de tiempo propicio para alcanzar la atención del paciente, creando una sensación de simpatía entre el paciente y el dentista.

1. Información Previa.

El dentista debe tener en cuenta que nunca influenciara lo suficiente en la actitud del paciente. La importancia de obtener información sobre las características de la identidad del paciente y su historial clínico durante la primera visita es demasiada.

Tomando en cuenta que la primera visita la hace el niño con sus padres, es posible que en las demás citas, lo haga solo o con una persona que probablemente no podrá dar la información necesaria, por lo que se hace necesario tener formularios, que ya estarán impresos para registrar la información previa, que deberá incluir: nombre y mote, nombre de la madre y del padre, teléfonos y dirección, el nombre de la persona que se hará cargo de pagar los honorarios del dentista, su dirección, número telefónico, la entidad para la cual trabaja y su ocupación. También debe registrarse si la persona fue recomendada y por quien, ya que es de buen gusto mandar unas tarjetas con una nota de agradecimiento.

2. Historia Clínica del paciente.

Una de las primeras, pero mas importantes de las partes -

que forman el proceso del cuidado de la salud, son las pláticas con el paciente, para obtener una historia clínica. En este tema trataremos de reunir la información necesaria para formar un diagnóstico de persuasión.

Se debe comenzar con una relación con el paciente, lo que ayudará a que tenga fé y confianza al platicar con el dentista; el enfermo podrá aprender algo de sí mismo, como por ejemplo: como su enfermedad se relaciona con su forma de vida y el dentista compartirá ese aprendizaje y juntas podrá definir sus terapias.

La información requerida se debe buscar con detenimiento ya que ninguna persona puede conocer a otra por completo, ni cualquier historia ser completamente cierta. No obstante, con la práctica, dirección y conocimiento de si mismo, nos daremos cuenta del estado en el que se encuentra nuestro paciente, y podemos obtener la serie de datos comprensibles y organizados que constituyen la historia clínica tradicional. Se debe saber: a) Que información necesita, b) Como obtenerla mientras se crea una relación médico-paciente, según las necesidades propias.

En muchas oficinas administrativas hospitalarias, recoger los datos de identificación del paciente, en estos lugares utilizan formas impresas o de sistemas computarizados que ayudan a recopilar la información. Sin embargo, deberá de estar muy familiarizados con cada uno de los componentes de la histo

ría clínica y ser capaz de obtener toda la información necesaria por sus propios medios.

a) Paciente Adulto

FECHA

FICHA DE IDENTIFICACION(incluyendo por lo menos -- edad, sexo, raza, lugar de nacimiento, estado civil, ocupación y si es necesario religión).

FUENTE DE INFORMACION (Si la hay).

FUENTE DE LA HISTORIA CLINICA(El paciente, algún -- pariente, junto con el comentario del examinador al respecto -- Otras fuentes posibles incluyen el registro médico, del paciente o una carta de referencia).

PRINCIPALES MOLESTIAS (cuando es posible en -- las mismas palabras del paciente).

ENFERMEDADES ACTUALES (En una narración clara, cronológica de los problemas por las cuales el paciente busca -- auxilio. Deberán incluir el principio del problema, el orden -- en que se presentó, sus manifestaciones, su tratamiento, su -- repercusión en la vida del enfermo y el significado para el. -- Los síntomas principales deberán describirse en términos de -- su: localización características, cantidad o gravedad, duración, principio, tiempo, y frecuencia, inicio, factores que van -- agravando o aliviando esos síntomas, manifestaciones).

ESTADO GENERAL DE SALUD

ANTECEDENTES
 ENFERMEDADES DE LA INFANCIA . . . (Sarampión, rubeola, Paro -
 tiditis, Tosferina, Varicela, Fiebre reumática, Escarlatina, -
 Poliomelitis).
 ENFERMEDADES DE ADULTO
 ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS
 INTERVENCIONES QUIRURGICAS
 HOSPITALIZACIONES NO DESCRITAS
 MEDICAMENTOS HABITUALES (Incluyendo remedios case-
 ros).
 HABITOS (Incluyendo formas de ali-
 mentación, de sueño, ejercicio, uso de café, alcohol, otras -
 drogas y tabaco).
 ANTECEDENTES FAMILIARES
 EDAD Y SALUD (Influyendo edad y causa-
 de la muerte de cada uno de los miembros inmediatos de la fa-
 milia).
 ENFERMEDADES FAMILIARES (Como diabetes, tuberculo-
 sis, enfermedades cardiacas, presión alta o baja, infarto, en-
 fermedades renales, cáncer, artritis, anemia, cefaleas, enfer-
 medades mentales o síntomas iguales a los que presenta el pa-
 ciente)
 ANTECEDENTES PSICOSOCIALES (Será una descripción --
 breve o narrativa que capta lo mas importante de la informa-

ción acerca del paciente como personal).

REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS

GENERALES (Peso normal, cambio reciente en el peso debilidad, fatiga, fiebre).

PIEL (Erupciones, hinchazón, prurito, sequedad, cambio de color, cambio en el pelo o las uñas).

CABEZA (Cefaleas, lesión en la cabeza).

OJOS (Visión, lentes, última exploración de ojos, dolor, enrojecimiento, lagrimeo excesivo, etc.).

OIDOS (Audición, vértigo, dolores, infección, secreción).

NARIZ (Resfriados frecuentes, taponeamiento nasal, hemorragias).

BOCA (Estado de dientes, y encías, última exploración dental, lengua llagada, paladar, carrillos, piso de boca).

GARGANTA (Laringitis frecuente, ronquera).

CUELLO (Hinchazón, glándulas ingurgitadas, bocio, dolor).

SENOS (Fiebre del seno, problemas del seno).

GLANDULAS MAMARIAS . (Hinchazón, dolor, secreción del pezón).

RESPIRATORIO (Tos, esputo, dificultad respiratoria, asma, bronquitis, efisema neumonía, tuberculosis, última placa de rayos X).

CARDÍACO (Presión arterial, fiebre reumática, ---

soplos cardiacos, disnea, disnea nocturna, edema, dolor cardiaco, palpitaciones, y cuando se tomó un electrocardiograma).

DIGESTIVO (Problemas para deglutir, vómito de sangre, indigestión hemorragia rectal, estreñimiento, diarrea, dolor abdominal, eructos excesivos o gas intestinal, hemorroides, problemas hepáticos, hepatitis).

URINARIO (Frecuencia de micción, poliuria, nicturia, disuria, infecciones urinarias).

REPRODUCTOR (Masculino: secreción de, arcos en el pene, antecedentes de enfermedades venereas y su tratamiento, hernias, doloro agradamiento testicular frecuencia de relaciones sexuales, libido, dificultades sexuales).

(femenino: edad en la menarquia, regularidad, frecuencia y duración de los periodos, cantidad de sangrado, sangrado entre periodo o despues de relaciones sexuales, último periodo menstrual, dismenorrea, edad de la menopausia, síntomas de la menopausia, sangrado despues de la menopausia, enfermedad, tratamientos, último frotis de papanocolau, número de embarazo, partos y abortos, (expontaneos o inducidos), complicaciones del embarazo, métodos de control del mismo, frecuencia de relación sexual (libido, dificultad sexual)).

MUSCULO ESQUELETICO (Dolor o rigidez articular, artritis, gota, descubrir su localización y síntomas, por ejemplo: dolor hinchazón enrojecimiento, rigidez, limitación de movimientos o actividad, dolores o calambres).

VASCULAR PERIFÉRICO (Claudicación intermitente, ca -
lambres, venas varicosas, tromboflebitis).

NEUROLÓGICO (Desvanecimientos, vértigos, con -
vulsiones, parálisis, debilidad localizada, adormecimientos, -
hormigueo, temblores).

PSIQUIÁTRICO (Nerviosismo, tensión, humor, -
depresión).

ENDOCRINO (Problemas tiroideos, intoleran -
cia al calor y al frío, sudoración excesiva, diabetes, sed, -
hambre, micción excesiva).

HEMATOLÓGICO (Anemia, hemorragia, ematomas fáci -
les de producir, transfusiones anteriores, reacciones posibles

La historia clínica que acabamos de mostrar ante ustedes,
es una de las que podemos utilizar, ya que esta completa; aun -
que nunca se podrá demostrar que una historia clínica ha sido -
terminada, por que en el organismo surgen cambios constante -
mente que nosotros; mismos no podemos percibir.

Es de gran importancia remarcar que la historia clínica -
es realizada de diferente manera, según sea el caso en el que -
se ocupará, y la necesidad mas urgente.

b) Paciente Niño. Además de las relaciones que existen entre -
las historias clínicas de niños o adultos, encontraremos datos
presente y pasados que son específicamente pertinentes conocer
para la asistencia de lactantes, niños y adolescente, que se -
realizan en particular con las edades cronológicas del enfermo

y etapa de desarrollo, por lo demás la historia clínica pediátrica sigue el mismo lineamiento que la del adulto, pero presentando ciertas adicciones que a continuación se presentan.

FICHA DE IDENTIFICACION (Fecha de Nacimiento, -- nombre, nombre de los padres, y donde pueden ser localizados - en horas de trabajo, teléfono, dirección del paciente, actividad del mismo.

PRINCIPALES MOLESTIAS (Deberán hacerse la investigación y saber si estas son relativas al paciente, los padres o ambos. En algunos casos puede haber una causa externa.

ENFERMEDADES ACTUALES (Es importante la forma - en que cada miembro de la familia responde a los síntomas del enfermo, su interés al respecto y saber si el paciente adquiere provecho secundario de su enfermedad.

ANTECEDENTES MEDICOS. NACIMIENTO ((Principalmente durante los dos primeros años de vida, para problemas neurológicos y de desarrollo. Los registros del hospital, ya que informan si la madre tuvo problemas ya sea antes, durante o después del nacimiento.

PRENATAL (Salud materna, nutrición, medicamentos - consumidos, aumento de peso y sangrado transvaginal y actitud de los padres durante el embarazo.

NATAL (Características del embarazo del parto y del nacimiento, incluyendo grados de dificultad, analgesia --

empleada y complicaciones, en caso de parto múltiple orden en que nacieron, peso de los bebés al nacer, etc.].

NEONATAL (Problemas específicos con alimentación, dificultad respiratoria, cianosis, anemia, convulsiones, anomalías congénitas o infección salud de la madre después del parto, separación de la madre y el niño, motivos de la separación (si la hubo) forma del llanto, sueño, micción y defecación).

ALIMENTACION (Antecedentes, ya que es muy importante en los dos primeros años de vida, por que es en estos donde se encuentran los problemas de nutrición mas agudos).

LACTANCIA (Alimentación del seno materno, empleo de alimentos artificiales ya sea complementario o suplementario de la alimentación materna, regulación del tiempo y método del destete, Alimentación artificial, tipo, concentración, cantidad y frecuencia, vitaminas y hierro complementario, tipo cantidad y respuesta del niño hacia estos alimentos).

INFANCIA (Hábitos alimenticios, tipos específicos y cantidad de comida ingerida, actitud de los padres hacia la alimentación de los niños. Es necesario investigar la dieta de 7 a 14 días para asegurarse del conocimiento de hábitos alimenticios y los problemas de la alimentación en la infancia.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Antecedentes. Es de especial importancia durante la lactancia y la infancia, relacionados con los problemas de crecimiento, retardo psicomotriz y trans-

tornos del comportamiento).

CRECIMIENTO FÍSICO (Peso real y estatura al nacer
antecedentes de cualquier ganancia o pérdida, lenta o rápida,
esquema de erupción y pérdida de los dientes).

PUNTOS BÁSICOS DEL DESARROLLO . . (Edad en que el bebe sostuvo
la cabeza mientras estaba en posición vertical, giraba del --
frente hacia atrás y viceversa, cuando se sentó con ayuda y -
cuando dijo sus primeras palabras).

DESARROLLO SOCIAL (Sueño-Hábito, para dormir y -
tiempo de sueño, micción, defecación y métodos empleados).

LENGUAJE (Balbuceo, tartamudeo, seseo, etc).

HÁBITOS (Mecerse, tics, succión del pulgar,
morderse las uñas, comportamiento ritual, etc).

DISCIPLINAS (Imposición paterna del del tempera-
mento en el niño, respuesta a la disciplina y método empleado)

ESCOLARIDAD (Experiencias en el cuidado diario, -
guardería, kíndergerden, edad en la que entró, satisfacciones-
diarias a los padres y del mismo niño).

SEXUALIDAD (Relaciones con el sexo opuesto, cu --
riosidad sobre la fecundación, embarazo y diferencias entre -
niño y niña, respuestas de los padres hacia los niños con res-
pecto a la sexualidad, que le han informado sobre la masturba-
ción, menstruación, emisiones nocturnas, e instintos sexuales.
Poner fechas).

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA . . . (Debe hacerse mención de cualquier exposición reciente o enfermedades propias de la infancia).

INMUNIZACIONES (Deberán anotarse las fechas exactas de la administración de cada vacuna para poder administrar el programa faltante y mantenerlo durante la infancia y la adolescencia. Anotar cualquier reacción desfavorable).

EXAMENES (Debe anotarse cualquier fecha de la prueba realizada visión, audición, tuberculosis, orina, hematocritos, de célula falciforme, de plomo en sangre y otros trastornos metabólicos genéticos, intervenciones quirúrgicas, lesiones, hospitalización y actitudes en la relación padre-hijo).

ALERGIAS (Debe darse atención particular a las alergias más frecuentes durante la lactancia y la infancia asma urticaria, rinitis, alergia crónica y hipersensibilidad a los insectos).

ANTECEDENTES FAMILIARES . . (Educación, antecedentes de trabajo salud emocional y medio ambiente familiar, circunstancias socio-económicas de la familia, tipo de morada y vecindario, hábitos de trabajo de los padres, apoyo disponible de los parientes, amigos; medio ambiente étnico y cultural, esperanzas de los padres del paciente y actitudes hacia él en relación con sus hermanos Debe investigarse si los padres tienen una

relación consanguínea).

En este tipo de historias clínicas, algunos pacientes no la requieren tan amplia y en estos casos debe elaborar una historia apropiada para los fines perseguidos. Además de la ficha de identificación sistemática, está indicado un relato de la enfermedad actual.

para las citas posteriores se recomienda otro tipo de historia clínica para poder darnos cuenta del tipo de paciente que tenemos, como han cambiado sus síntomas, que entiende acerca de sus trastornos y tratamientos, y que medidas terapéuticas ha tomado. El médico puede mejorar su relación hacia el paciente en cualquier visita si conserva en mente estas tres preguntas:

1. ¿Porque vino?
2. ¿Qué es lo que le preocupa?
3. ¿Porqué?

Las preguntas se deben hacer y responder ya sea directa o indirectamente para satisfacer la curiosidad del paciente; estos no deben saber realmente lo que tienen en especial si sufren alguna enfermedad grave o potencialmente mortal.

c) Paciente a Diferentes Edades. A medida que la gente crece, nos proporciona oportunidades especiales que requieren ciertas adaptaciones al tipo de la entrevista.

Hablando con los padres se obtiene la información en relación con lactantes y niños pequeños; sin embargo, los niños mayores dan más información o la aumentan si se les entrevista

directamente. En todo caso, después de hablar con los padres o el tutor es recomendable hacer las siguientes preguntas:

1. ¿Hay otros problemas con Juanito de los que les gustaría hablar?

2. Cuando vino, ¿Qué esperaba que pudiera hacer por usted?

3. ¿Hay otra cosa que le preocupe de algún otro niño, su esposo o usted misma que quisiera consultar conmigo?

Hablando con los niños mayores, se podrá añadir cosas muy importantes a la historia clínica, por que puede describir con mas precisión la gravedad de sus síntomas y su interés al respecto. En algunas ocasiones, el médico puede precisar mas la información entrevistando al niño en ausencia de sus padres. Se debe tener cuidado de no hablar en diminutivo a los niños, por que son susceptibles de afectaciones en el lenguaje y conductas condescendientes.

Hablando con adolescentes, muchos adultos encuentran difícil y frustrante hablar con adolescentes porque solo obtienen respuestas a sus preguntas en forma desdeñosa o lacónica; pero no siempre es así; el adolescente, al igual que la mayor parte de la gente responde positivamente a cualquiera que demuestre interés genuino en él, en especial a alguien que quiera y prometa con hechos ayudarlos. Este interés, deseo y promesa deben establecerse pronto y sostenerse con una comunicación efectiva.

Los adolescentes buscan ayuda médica por su propio criterio o por sugerencia de sus padres, se presentará solo o ---

acompañado de alguno de sus padres, pero sin embargo, siempre que sea posible, se le debe entrevistar solo, ya que de este modo se podrá obtener una información mas completa; en ocasiones, tambien se tendrá que platicar con sus padres para compartir la información con ellos, siempre que se respeten los deseos del paciente adolescente.

Pacientes de edad. En el otro extremo del ciclo de la vida, los pacientes ancianos poseen oportunidades y problemas especiales tienen muchos riesgos, como su visión y audición disminuidas, pérdida de la memoria y depresión; a menudo sufren enfermedades crónicas las cuales no son atendidas, por lo que cualquier médico, debe estar lo suficiente preparado para poder encontrar el mal y sugerir la intervención de algún especialista.

Es recomendable que la historia clínica de un paciente de edad sea realizada en dos o mas sesiones, ya que el paciente no recordará completamente todos los cambios que ha sufrido.

Muchos entrevistadores tienen problemas especiales consigo mismos; pueden sentirse sin posibilidad de curar las enfermedades del anciano. Su punto de vista hacia las personas de edad avanzada suele estar distorsionado por su propio sentimiento hacia padres u abuelos, temen a su propia vejez y quieren evitar todo lo que se les recuerde.

Este alerta con sus propios sentimientos.

3. Examen Preliminar y Consulta.

Despues de haber realizado y obtenido la información --

preliminar, la persona que este a cargo, tiene la responsabilidad de llevar al paciente, al padre o a la madre a la sala de tratamiento, en la cual se realizará el estudio de la tarjeta de la historia clínica y procederá a revisar la cavidad oral, sacando conclusiones del estado de la estructura física general del paciente.

En esta consulta, se pide al paciente que se limpie los dientes, se les aplicará fluoruro y se dará una buena técnica de cepillado, posteriormente se recomienda tomar una radiografía total de los dientes, así como una toma de impresiones, para poder realizar un estudio mas completo, Después de esto, se procederá a realizar una valoración más completa de la cavidad oral para realizar el plan de tratamiento.

Tomando en cuenta que todo esto toma demasiado tiempo, se tendrá que pedir a los pacientes que regresen para que se les dé un diagnóstico completo de su problema, junto con el caso total que tendrá el tratamiento; es recomendable hacerles notar los problemas que se evitaran si se realiza el tratamiento, pero por algún problema el jefe de la familia no puede costearlo, se puede sugerir planes alternos de tratamiento.

Es recomendable para el dentista que al dar el presupuesto, no lo haga con cifras exactas o un número determinado de cavidades, ya que este caso, si el padre se da cuenta que se han encontrado otras cavidades, este se decepcionará; de la misma manera si se encuentran otros tratamientos más complica-

dos, los cuales no se pensaron en un principio.

Es recomendable que nunca se ponga el dentista a dar presupuestos, o mencionar los honorarios con un niño, ya que éste no podrá dar una respuesta verdadera por lo mismo es recomendable que siempre se encuentre el padre o el tutor, para que éste autorize el pago del tratamiento.

Como mencionamos anteriormente, es recomendable la ayuda audiovisual; si en la misma se le puede presentar a los padres o al tutor del paciente, de manera que si tenemos a la mano cuadros o dibujos los ocupemos para poder ayudar a esclarecer hechos poco conocidos.

4. Recordatorios.

Una de las partes fundamentales en un consultorio dental, si éste se dedicará a la Odontopediatría, es llevar un buen sistema de recordatorios, ya que los padres toman muy en cuenta que se les recuerde que ya llegó el momento para un nuevo examen para sus niños, ya que esto les indica que el dentista está tomando en cuenta como si fuera problema de él, el evitar daños serios a los dientes de los niños.

Ya terminado el tratamiento dental de toda persona, es necesario recordarles ya sea el higienista dental, la secretaria o la enfermera que en los exámenes que se realicen periódicamente con su médico, sean buenos, ya que esto les permitirá mantener unos dientes sanos. Se debe acostumbrar decirles que el consultorio, por medio de sus empleados les recuerda perfo-

dícamente sus citas, para que el paciente este chequeándose cuando el médico lo crea conveniente.

El dentista en estos casos debe tomar en cuenta que el paciente es una persona distinta a las demás, y que en su organismo es aceptable la caries, pero en diferente forma y facilidad, por lo que, los recordatorios son en distintas fechas según el paciente que sea. Cuando el paciente tiene gran tendencia a tener caries debe ser llamado al consultorio cada tres meses, y los que tienen una caries lenta deberán ser llamados cada seis meses.

Se recomienda tener un libro de citas y de teléfonos para poder llamarlos con facilidad y darles sus citas, dos o tres semanas después de la llamada.

11. LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU PACIENTE

La responsabilidad del dentista para con su paciente requiere de un buen juicio al planear, formar y llevar a cabo el tratamiento. En este paso el dentista debe usar todos sus conocimientos y poner al máximo toda su capacidad, cobrando honorarios justos por el trabajo realizado.

Uno de los principales requisitos, para el mejor funcionamiento del consultorio, es el manejo del paciente, ya sea adulto o niño. La falta de capacidad puede frustrar todo intento de realizar la Odontología a toda su capacidad, el médico debe poner énfasis en la prevención, lo que requiere no solo conocer los métodos de prevención, sino también su función. Un dentista debe estar preparado para contestar correctamente las preguntas que se le formulen.

La Odontología Infantil requiere de ayuda para un buen diagnóstico, así como para dar una interpretación correcta de los resultados en situaciones de los resultados en situaciones de urgencia y en problemas rutinarios.

Si el dentista toma en cuenta todo lo anterior, estará bien encaminado en el cumplimiento de su responsabilidad con el paciente adulto o los padres cuando es niño, la importancia de los cuidados dentales.

Se debe remarcar que el cuidado dental es, si se empieza desde la niñez, una inversión para la buena salud futura. Por la buena salud futura. Por esto, la correcta Odontología no em

Pieza en el sillón dental, si no en la higiene bucal adecuada, una buena dieta con pocos carbohidratos, la participación de la comunidad para fluorizar el agua y el establecimiento de programas dentales para los indigentes,

a) Relaciones humanas.

La responsabilidad del dentista, requiere una relación entre el padre y el médico o el padre y el hospital. En este caso debe hacer una recomendación para cualquier especialista en Odontología, y es recomendable que los padres del paciente estuvieran informados si, especialista debe ser consultado o el paciente debe hospitalizarse.

Si el paciente corriera cualquier riesgo en su tratamiento, deberá estar especificado por escrito y el médico debe estar seguro que los acompañantes del enfermo lo comprendieran perfectamente.

Es recomendable establecer relaciones amistosas con los demás médicos de la comunidad, ya que en ocasiones es de gran ayuda que un especialista nos saque de alguna duda que se nos llegara a presentar. Entre nuestras amistades debe haber de preferencia un pediatra ya que el caso de un niño que presenta fiebre elevada, se debe poner bajo un médico el cual sea de toda nuestra confianza y lo pueda tratar.

El pediatra, a su vez, recomendará a sus pacientes con el dentista, por lo mismo nos damos cuenta que si tenemos relaciones no nada más con un médico si no con todo aquel que se nos presenta enfrente ya que nos puede ayudar.

Cuando el dentista inaugura su consultorio debe de presentarse ante los demás médicos que se encuentren alrededor de su consultorio ya que con la union de los mismos establecerá una asociación que favorecerá el respeto mutuo.

Otro de los factores que debemos tomar en cuenta en las relaciones profesionales, serán las que el dentista establezca con sus trabajadores, con los cuales debe de llevar una relación profesional.

III. RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU COMUNIDAD.

Tanto el dentista como el Odontopediatra actualmente estamos conscientes de las responsabilidades que tienen ante su comunidad y esta responsabilidad trasciende de sus deberes como practicante en la silla, para volverse una especie de paladín en el nivel de salud dental de todos los niños de la comunidad.

Tomando en cuenta que uno pertenece al sistema de salud sanitaria debemos asumir la responsabilidad junto con el pediatra y el trabajador para la salud pública, en el mejoramiento de la misma.

El dentista puede ser investigador, y trabajador clave de los programas de la comunidad que traten la salud dental de los niños, ya que nadie conocerá mejor las necesidades que pueden tener nuestros niños, y adultos a este respecto.

Estos programas hacen que la gente le de valor y aprecie la Odontología.

El servicio dental se ve como algo no necesario por lo que el objetivo de los programas educacionales de salud pública, es difundir su importancia, el dentista debe tener un interés o deseo de tratar de mejorar la salud dental de la comunidad tanto dentro como fuera del consultorio. Si el dentista no se interesa por mejorar no se podrá quejar de que la sociedad no le da una importancia justa el dentista se transforma en maestro de la salud dental; esto es de gran importancia principalmente en poblados pequeños, donde el número de educadores de salud pública es muy limitada o bien no los hay por

lo mismo pueden dar una atención importante a la salud dental.

El mejor método de educación en este tipo de lugares es con programas de salud y estos pueden ser de índole muy variada dependiendo en gran parte de las necesidades de la comunidad en la cual se encuentra y del presupuesto disponible para este tipo de programas.

Tomando como base lo anterior y para poder realizar un programa funcional, es recomendable que sea presentado constantemente, ya sea de prevención o de corrección; ya que la gente tiene la costumbre de olvidarse de lo que se le enseña. Un caso muy común es de los pacientes que no acuden al dentista sino esta presente un dolor o molestia muy intensos.

El día que el dentista inicia un programa de salud dental no lo debe olvidar ya que solo lo realiza una vez al año, además que lo debe realizar correctamente tratando de presentarlo en exhibiciones sobre salud, para que la comunidad lo conozca y lo ponga en práctica.

Si cada padre de familia asumiera la responsabilidad de llevar a sus hijos con el dentista, la comunidad avanzaría en forma sorprendente y se evitarían muchos problemas posteriores. Ahora bien; pensando en las personas que no pueden pagar los gastos que esto representa, es necesario que pongan atención a los programas de salud dental que se exhiben en los centros de salud, escuelas o en las mismas calles.

Para que estos programas preventivos funcionen, deben ir-

enfocados de forma que abarquen los dos tipos de servicios que hay; preventivos o correctivos.

a) Programas Preventivos.

Los programas preventivos son de gran ayuda tanto educativos como clínicos.

Es recomendable que el dentista asista a escuelas primarias - para poder dar a conocer este tipo de programas, se debe remarcar que es necesario tener juntas con los padres de familia maestros y con los niños, para poder mostrarles los problemas a los cuales se pueden enfrentar y como poderlos tratar desde el principio, y de la misma manera como darse cuenta cuando estos problemas esten presentes o se presentaran en su persona. Esto será de gran ayuda para los padres y los niños como para el propio dentista, ya que con esto los pacientes asistirán a su consultorio y redundará en beneficios para las dos partes.

Para reforzar los programas preventivos se recomienda -- ilustrarlos, ya sea con cartelones, transparencias o películas tratando como primer punto técnica de cepillado, uso del hilo-dental.

b) Énfasis en las necesidades Dentales.

Las necesidades de nuestro país y con mayor razón las de la comunidad, desde el punto de vista del dentista, que es el que aprecia como se desarrolla la caries, enfermedades periodontales, maloclusión, y todo un sinúmero de enfermedades dentales, las cuales, el dentista debe mostrar a la comunidad -

para que esta comprenda, el daño y la magnitud del problema.

Los malos hábitos de limpieza junto con la apatía de la gente por su salud han hecho necesarios, los programas de salud dental, para ayudar a que el problema disminuya, si en los programas de salud que se les ofrece a la comunidad se incluyen los problemas dentales de todo tipo, estas podrán ser tratados a tiempo, ya que la gente conocerá los tratamientos e inmediatamente acudirá con su dentista, para que sea tratado como debe ser y la enfermedad no avance.

c) Enseñanza del Método Preventivo.

Se ha establecido que la prevención protege contra la aparición de la enfermedad, y es superior en alto grado al tratamiento practicado en las lesiones carióticas, la cual consiste en perforación y obturación. Lo pequeño de una obturación nos da la seguridad de que los márgenes no sufrieron una microdispersión y no se provoque un ataque secundario de caries.

Los niveles de prevención para la caries son: primero, una acción aplicada para evitar el daño, en este caso se controlara con una buena higiene bucal; segundo la limitación del daño causado y por ultimo la rehabilitación del individuo atacado por ella, en este caso el dentista se encargara de esto.

A las medidas preventivas se clasificarán de la siguiente manera, para su manejo didáctico:

Técnicas Profilácticas para el control de la placa dentobacteriana y prevención de caries.

-Higiene Bucal.

-Técnicas de cepillado,

-Ventríficos.

-Uso de seda dental

-Colutorios.

-Limpiadores interdenciales (pajillos de madera).

-Puntas y cepillos interdenciales.

-Fluoruros.

Técnicas Operatorias de prevención.

-Selladores de fisuras

-Dietas.

1. Higiene bucal puede ser realizada por el Odontólogo por procedimiento de consultorio, o la puede realizar el paciente como tratamiento sistemático en su hogar.

La profilaxis en el consultorio emplea instrumentos manuales y cepillos mecánicos o copas con abrasivos leves, a intervalos de tiempo de 3 a 6 meses, su importancia principal, entre otras es la de prevenir enfermedades periodontales.

En el procedimiento empleado por el paciente, y que es más efectivo por llevarlo a cabo con constancia, se incluye el uso de un cepillo de dientes y pasta dentífrica junto con otros recursos como la seda dental, colutorios, limpiadores interdenciales.

Teniendo en mente los puntos mencionados para una buena higiene bucal, es recomendable que el dentista marque la técnica por la que cada paciente se va a cepillar, ya que el paciente tiene graves errores al cepillarse los dientes.

En los elementos que se nombran es recomendable que el paciente pregunte al dentista la forma de como se utilizan los productos que se recomiendan, como son: la textura que debe tener el cepillo, su número, si es o no recomendable el uso del hilo dental, que tipo de pasta se recomienda para su problema y si es conveniente el uso de colutorios.

En conclusión los dentistas, son los que deben determinar el tratamiento y el material con el cual se debe hacer la limpieza.

2. Técnicas de cepillado.

Existen por lo menos seis tipos de técnicas de cepillado dental, nombraremos algunas:

Método de Refregado, con esta técnica, se sostiene el cepillo con firmeza y se cepillan los dientes con un movimiento de atrás hacia delante similar al del fregado de un piso. Si la dirección de los movimientos se cambian, puede causar dolor

Método de Barrido o Giro. Se colocan las cerdas del cepillo lo más alto que sea posible en el vestibulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales. El paciente ejerce tanta presión lateral, como los tejidos pueden aguantar y mueve el cepillo hacia oclusal. Los tejidos se isqueman

bajo la presión, haciendo que la sangre se retire de los capilares; a medida que el cepillado se aproxima al plano de oclusión, se le va haciendo girar lentamente, de manera que los extremos de las cerdas sea lo que toque los dientes en su esmalte. Al liberar la presión sobre las encías, la sangre vuelve a fluir hacia los capilares.

En este caso se vuelve a colocar el cepillo alto en el vestibulo y se repite el movimiento de giro, indicaremos a los pacientes que en cada una de las zonas haga seis movimientos - claro de barrido hacia oclusal; despues el cepillo pasa a una zona diferente.

-Método de Poner. Con los dientes en oclusión, se presiona firmemente el cepillo contra los dientes y los tejidos gingivales y se hace girar en círculos del mayor diametro posible

Método de Stillman. Se coloca el cepillo aproximadamente en la misma posición requerida para la acción inicial del método de barrido, excepto que mas cerca de las coronas dentales se hace vibrar el mango suavemente en un movimiento rápido y ligeramente mesiodistal. Este movimiento fuerza las cerdas en los espacios proximales y con ellos se limpian muy bien los dientes en esa zona, ademas masajea adecuadamente los tejidos gingivales.

-Método de Chasters. Se ponen los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte dental y el tejido gingival, con las cerdas apuntando en ángulo de 45 grados hacia el plano de

oclusión. Se hace buena presión hacia abajo y lateral con el cepillo y se vibra delicadamente de adelante hacia atrás, ida y vuelta, mas o menos 1 mm. Esta suave presión vibratoria fuerza los extremos de las cerdas entre los dientes y limpia muy bien las caras dentales proximales. esta técnica masajea bien los tejidos interproximales.

-Método Fisiológico. Algunos aconsejan esta técnica porque creen que si los alimentos son eliminados en sentido apical durante la masticación, en la misma dirección deben de ser cepillado dientes y encías. Con un cepillo muy blando, se cepillan los tejidos dentales y gingivales desde la corona hacia la raíz en un suave movimiento de barrido. Aunque la técnica puede ser eficaz al realizarla, pero se debe poner mucho cuidado.

-Método de Cepillado para la dentición mixta y adulta. La técnica del barrido o giro es muy aceptable para la dentición mixta y adulta joven. Es un método que no es excesivamente complicado o difícil y hará un buen trabajo de estimulación de los tejidos gingivales además de limpiar los residuos de los dientes.

Si hubiera periodontitis se recomendaría la técnica vibratoria de Stillman. Al cepillar hacia oclusal y girar suavemente, el mango puede ser vibrado suavemente para formar las cerdas entre los dientes. El lapso dedicado al cepillado de los dientes dependerá en gran parte de la habilidad, así como

de las necesidades del individuo. El tiempo mínimo recomendable es de tres minutos. Hay una amplia diferencia en el tiempo que la gente dedica a cepillarse los dientes, aún cuando estén utilizando un procedimiento eficaz.

-Método de cepillado de la Dentición Temporal. Solo en los últimos años se ha dado la debida importancia a las diferencias de la anatomía de los dientes temporales y los permanentes en relación al cepillado. Los Odontólogos enseñamos al preescolar la misma técnica que al adulto o simplemente no hacemos ninguna diferencia.

En general se condena el método de "Fregado", por que causa irritación de los tejidos gingivales en el cuello de los dientes y la abrasión, que a menudo se ve en el margen gingival; además se considera que el método de fregado no es eficaz para eliminar los residuos de entre los dientes.

Kimmelman y Isman señalaron que la acción de fregado desaloja mejor los residuos de los dientes temporales. El diente temporal y la anatomía de la arcada en particular con las prominencias cervicales de las caras vestibulares, permiten una limpieza mucho mejor, si se emplean movimientos horizontales. Además con la presencia de esos rebordes cervicales protege el tejido gingival, proporcionando seguridad.

c) Factores Dietéticos.

Es de gran importancia tomar en cuenta los hábitos alimenticios de los pacientes, utilizando la hoja formulario de la -

dietas; esta solo tiene valor si se realiza en forma concienzuda. Debe ser absolutamente clara para el paciente y para sus padres, ya que toda ingestión de alimentos sólidos o líquidos ha de quedar registrada. El primer registro se efectuará al menos durante tres días, uno de los cuales debe ser favorable, es decir entre semana, y otro un fin de semana.

Cuando se entregan los registros, es esencial hacerlos frente al paciente, tomando en cuenta el consumo de carbohidratos, ya sea en alimentos o bebidas. Por medio del estudio y lo que se encuentre en él, nos daremos a la tarea de dar sugerencias racionales para la modificación de la frecuencia, tipo y cantidad de la sustancia consumida.

Experimentos realizados con roedores, han demostrado que la sacarina es más cariogénica que los alimentos que tienen almidón aunque esos estén cocidos. Del estudio del PH de la placa bacteriana después de un enjuague con soluciones de sacarosa y glucosa efectuados en humanos, se obtienen resultados comparables con los de los roedores. Según los estudios, nos hemos dado cuenta que el desarrollo de la caries está asociado con un bajo PH de la placa bacteriana y que todo alimento azucarado que tiene esta acidez, da un material metabolizable para las bacterias, causando más daño a los dientes. Tomando en cuenta lo anterior podemos afirmar que tomándonos un refresco con rapidez, nos dara menos daño que si nos ponemos a chupar un dulce.

Considerando lo anterior, podemos estructurar dos dietas; una que será para el paciente normal, como un régimen de cuidado y mantenimiento; y la otra que sería para los pacientes que muestran gran número de lesiones activas, cuyo control requiere restricciones dietéticas más vigorosas.

Régimen normal; el desayuno puede consistir en un cereal con un poco de azúcar o fruta seca y un plato principal de tocino, huevos salchichas o queso; el pan o la tostada con mantequilla puede consumirse libremente, a ser posible sin mermelada como bebida son aceptables; el té, café o leche. Esta comida debe ir seguida de una buena higiene bucal.

El paciente definido como normal, puede tomar la comida convencional de mediodía, aunque deben evitarse los caramelos, las galletas y pasteles. Lo correcto sería que pudiese llevar a cabo alguna forma de limpieza dental después de la comida.

Puede tomarse la cena británica, pero si el paciente siente la necesidad de consumir galletas, dulces o pasteles; este es el momento apropiado para que después se haga una escrupulosa limpieza de la cavidad oral.

Si el paciente requiriera tomar alimentos entre comidas, se le recomienda que tome; leche, té, café sin edulcorante, también en fruta natural o seca, patatas fritas, pan con mantequilla - galletas y posiblemente helado.

Régimen para los casos de elevada Recurrencia de caries; el desayuno puede consistir de leche con un cereal, pero sin azúcar

ni glucosa; es aceptable un plato de tocino, huevos, salchichas o queso, pan o tostadas con mantequilla, como bebidas son admitidas el té, café o leche pero sin azúcar ni glucosa. El alimento debe ser seguido por una y[ig]orosa higiene bucal.

En la comida puede tomar plato fundamental cocido o una - ensalada, o tambien bocadillos de contenido proteico sin ninguna sustancia endulzante. El principal puede ir antes de fruta - y pan. El té, leche o café son aceptables pero sin azúcar ni - glucosa. Tambien en este caso, una limpieza bucal, debe seguir a la comida.

Para la cena se tomará un plato con las alternativas señaladas anteriormente, pan, mantequilla o bizcocho, sin ningún - relleno o capa dulce; el té, café o leche sin azúcar son bebidas aceptables; y, una vez la comida debe ir seguida de una higiene bucal.

Nos daremos cuenta que en esta última dieta no son admitibles, los dulces, el chocolate, los helados, pasteles, galletas o conservas, Durante los periodos donde la actividad de la c-- rries es mayor, se debe evitar por completo tomar algo entre comida, aunque en caso de verdadera necesidad, se puede aceptar la manzana pan con mantequilla o patatas fritas.

d) Profilaxis con fluoruro,

En nuestra sociedad la necesidad de programas preventivos como aplicaciones de fluoruro se presenta, no como una necesidad de establecer en la comunidad programas clínicos.

Para unir esfuerzos comunitarios con el fin de fluorizar el agua en la comunidad, en donde los suministros del fluoruro son deficientes, hace falta una campaña bien planeada y llevada a cabo adecuadamente, ya que se pueden emplear métodos exagerados, distorsionándolos hechos para desorientar al público y confundir a los pocos informados; ahora bien, después de varias décadas en las que se ha estado demostrando la eficacia y la seguridad de la fluorización del agua, continúa habiendo enorme oposición a estas medidas sanitarias.

Se hace necesario remarcar el hecho de que la fluorización del agua beneficia al niño indigente tanto como al que no lo es, y que no hay otra medida de prevención de caries que haya funcionado tan bien como la fluorización; por lo que se deben transmitir, al público, evidencias sobre su total seguridad.

En el medio en que vivimos, el uso de soluciones concentradas de fluoruro, aplicadas tópicamente a la dentición para prevenir la caries dental, ha sido estudiado trayendo como resultado un aumento significativo en la resistencia de las superficies dentarias expuestas al desarrollo de la caries dental, convirtiéndose en un proceso habitual en la mayoría de los consultorios Odontológicos.

En el consultorio dental, hay básicamente, dos procedimientos para la administración de tratamientos tópicos de fluoruro; uno de los cuales se aplica generalmente a todas las

soluciones de fluoruro y el otro a los geles sin tomar en cuenta el tipo de fluoruro que se esté utilizando. Es recomendable que todo tratamiento con fluoruro, en el consultorio, sea precedido inmediatamente por una limpieza profunda para eliminar todos los depósitos superficiales, por que si no hay una limpieza total, no podrá existir el cambio iónico junto con la ayuda que proporciona a los dientes.

Daremos a continuación los pasos que deben llevarse a cabo en el consultorio: 1. Es aconsejable sentar al paciente en posición erguida para minimizar el escurrimiento de la solución tópica hacia la garganta.

2. La aplicación tópica debe ser precedida por una completa profilaxis.

3. Las caras lisas de los dientes se limpian con una pasta para profilaxis aplicada con la tacita correspondiente, de la misma manera se emplea un cepillo para la limpieza en las caras oclusales, mientras que se usa el hilo dental sin encastrar para pasar la pasta entre los dientes y limpiar las caras proximales.

4. Los rollos de algodón se colocan en los portarrollos de Garmen de manera que tanto el rollo (agua) como el vestibular se extiendan hasta sobre pasar la línea media con el objeto de aislar una zona que esté mas allá de los incisivos centrales. El rollo de algodón largo se dobla de manera que aisle los vestibulos superior e inferior.

5. El portarrollo y los rollos de algodón se colocan en la boca aislando así los cuadrantes superiores inferior izquierdo desde la zona retromolar hasta un punto que está más allá de los incisivos centrales.

6. Los dientes aislados se secan con una jeringa de aire, tratando de no saltarse ninguna de las caras de los dientes, - despues de realizar el secado completo de los mismos se procede a aplicar la solución de fluoruro que se pasa con un aplicador de algodón, con reaplicaciones continuas para mantener mojadas todas las caras dentarias con la solución durante un periodo de cuatro minutos. Para evitar saltarse alguna de las - superficies dentarias se emplea una técnica de aplicación sistemática.

Al realizar la aplicación tópica de fluoruro se recomienda utilizar las cubetas apropiadas, lo cual se selecciona colocándole al paciente la cubeta y revisando si esta es de su - medida, es recomendable colocar la cubeta inferior primero y - despues la superior.

e) Prevención de maloclusión

En cualquier programa de prevención debe de tomarse en - cuenta la maloclusión. En muchos de los estudios realizados se ha dado como resultado que un 35 a 50% sufren malformaciones - de la maloclusión por no estar educados los pacientes o los pa - dres de los pacientes sobre el efecto perjudicial que tiene en la boca oclusión la pérdida temprana de los dientes primarios.

Una de las medidas con las cuales se puede remediar si no todos los problemas, si algunos, será la de prevenir e informar a nuestro paciente de este tipo de problemas.

1. Definición de Maloclusión. Existen varias definiciones de maloclusión, una de ellas la define como cualquier desviación de la oclusión normal, tanto desde el punto de vista morfológico como no funcional.

La maloclusión se refiere también a una oclusión inestable producida por el desequilibrio de fuerzas opuestas de la masticación y la presión de la lengua y los labios; en estos casos la lengua a movido los dientes en una dirección por las fuerzas oclusales y en otra por la presión de los labios y la lengua. El resultado de dicho desequilibrio es la hipermovilidad de los dientes.

La maloclusión puede afectar a 4 sistemas tisulares: los dientes, hueso, músculos y nervios.

2. Etiología de la Maloclusión. Para clasificar los factores etiológicos de la maloclusión se ha dividido en dos grupos: El grupo general.- aquellos factores que obran sólo en la dentición desde fuera; y como segundo, El grupo local aquellos factores relacionados inmediatamente con la dentición.

3. Factores generales, a.- Herencia; Es el curso normal de los hechos, es razonable suponer que los hijos heredan algunos caracteres de los padres. Estos factores, ó atributos, pueden ser modificados por el ambiente prenatal y posnatal, entidades

físicas, prestones, hábitos anormales, trastornos nutricionales y fenómeno ideopático. Pero el patrón básico persiste, junto con sus tendencias a seguir determinadas direcciones.

Podemos afirmar que existe un determinante genético definido que afecta la morfología dentofacial. Un niño puede heredar tamaño y forma de los dientes, tamaño de los maxilares, forma y relación, y configuración muscular de los tejidos blandos, del padre o de la madre. Pero también es posible que herede el tamaño y forma de los dientes de un padre y el tamaño y forma de los maxilares del otro.

Los tejidos blandos pueden parecerse o no a los paternos o los maternos. Es necesario comprender que al estudiar el papel que desempeña la herencia en la etiología de la maloclusión dentaria, estamos tratando con probabilidades .

b) Efectos Congénitos. Entre estos podemos mencionar la parálisis cerebral, tortícolis, disostosis, craneo-facial, sífilis etc; pero la que mas interesa al Odontólogo son el labio y el paladar hendido, los efectos congénitos como los mencionados Juntos o por separado, se encuentran entre las anomalías congénitas mas frecuentes en el hombre. Un niño de cada 700 nacidos vivos, se encuentra afectado. Otros agentes etiológicos deben contribuir para producir anomalías de fusión. La base genética de labio y paladar hendido se interpreta como una falta de proliferación mesodérmica a través de las líneas de fusión, despues que los bordes de las partes componentes se encuentran

en contacto. También parece que la edad de la madre contribuye a la vulnerabilidad del embrión y a la producción de hendiduras

Los factores ambientales tienen un papel importante en el tiempo crítico de la fusión de las partes del labio y el paladar; el tratamiento es quirúrgico pero el tipo de lesión original, (hendidura parcial, unilateral completa, bilateral completa), influye en el daño potencial provocando severas maloclusiones.

c) Medio Ambiental. Esta es de influencia prenatal y posnatal. Influencia prenatal. El efecto de esta influencia quizá es pequeña en la maloclusión, pudiendo intervenir la dieta de la madre, el metabolismo, anomalías inducidas por drogas, posible daño o trauma y varicela.

Influencia Posnatal: Aunque es posible que se lesione al niño en el momento de nacer con un forcep, esto no suele suceder. Más frecuente de producir maloclusiones, son los accidentes que producen lesiones por presiones indebidas sobre la dentición en desarrollo o las lesiones de la articulación temporomandibular.

d) Clima o Estado Metabólico y enfermedades predisponentes. Algunas enfermedades endocrinas específicas pueden ser la causa de maloclusión. Las enfermedades con efectos paralizantes como poliomielitis, son capaces de producir maloclusiones extrañas.

e) Deficiencias Nutricionales. La desnutrición es muy frecuente entre nuestra población, trastornos como raquitismo, escorbuto

y derlberl, pueden provocar maloclusiones graves.

f) Hábitos de Prestión Anormales y Aberraciones funcionales. Hábito de chuparse los dedos: el recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chuparse el dedo, y esto constituye un intercambio mas importante con el medio ambiente externo,

Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno, se puede reducir los hábitos prolongados de chuparse los dedos.

La mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos, provienen de hogares en que los molestos intentos de que los niños dejaran el hábito, provocaron su prolongación mas allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño; la permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio. Esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos y pulgar sino el auxilio importante de la muscularuta peribucal, de especial interes es el músculo borla de la barba durante la posición de descanso y durante la fusión. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto desigual de los incisivos desplazándolos aún mas en dirección anterior.

La duración, la frecuencia y la intensidad, son factores-

determinantes que deben reconocerse y evaluarse.

g) Accidentes y traumas. Las experiencias traumáticas pueden explicar muchas anomalías eruptivas ideopáticas y en general es posible que un golpe produzca maloclusión.

4. Factores locales.

a) Anomalías en el número de los dientes. Debido al uso de las radiografías dentales, las variaciones en el número de los dientes son frecuentes. Pueden ser adicionales o supernumerarios y los faltantes asociados con anomalías congénitas; las patologías generalizadas, como displasia actodérmica, disostosis cleidocraneal y otras, pueden también afectar el número de dientes en las arcadas, y por consecuencia afectan a la oclusión

b) Anomalías en el tamaño de los dientes, principalmente es determinada por la herencia, y varía tanto de un individuo a otro como en el mismo individuo, como el apiñamiento es una de las características de la maloclusión dentaria, es posible que exista mayor tendencia a esto con dientes grandes que con dientes pequeños.

c) Anomalías en la formación de los dientes. Se encuentra íntimamente relacionada con el tamaño de los dientes. La anomalía más frecuente es el de lateral, en forma de clavo. En ocasiones el síngulo es muy pronunciado, y con un síngulo pronunciado o con bordes marginales amplios, se pueden desplazar los dientes hacia labial, e impedir el establecimiento de una relación normal de sobremordida vertical y horizontal.

Otra anomalía de forma se presenta por defectos del desarrollo, como amelogenesis imperfecta, hipoplacia, germinación desindante, odontomas, fístulas y aberraciones sífilíticas congénitas, como incisivos de Hutchinson y molares en forma de frambuesa.

d) Frenillo Labial Anormal. Es una controversia en Ortodoncia la relación del frenillo labial y el diástema que se presenta en los incisivos superiores.

Pero después de un examen cuidadoso se puede diferenciar que la existencia de un frenillo fibroso no siempre significa que exista un espacio, y por lo contra, a veces con las Frenulectomías se pueda corregir el diástema.

e) Pérdida prematura de los dientes Deciduos. Los dientes deciduos nos sirven como mantenedores de espacio para los dientes permanentes. Además mantienen el nivel oclusal correcto con los antagonistas.

Cuando existe oclusión norma en un principio, la extracción prematura de los dientes deciduos por cualquiera que fuese la causa, puede causar maloclusión salvo que se utilizan mantenedores de espacio.

La pérdida del primero y segundo molar deciduo, es motivo de preocupación aunque la oclusión sea norma ya que son piezas guías. Algunas de las indicaciones de la extracción son las erupciones ectópicas, mal posiciones, deficiencia en la longitud de la arcada, desplazamiento de los incisivos la-

terales, etc. Aunque se debe tener cuidado, ya que basta poco para desequilibrar el desarrollo dentario. La pérdida prematura de los dientes permanentes también es un factor etiológico de maloclusión.

f) Retención prolongada y Resorción anormal de los dientes deciduos. La interferencia mecánica puede hacer que se desvíen los dientes permanentes en erupción hacia una posición de maloclusión. Así como las raíces de los dientes deciduos no son reabsorbidas adecuadamente, no harán erupción al mismo tiempo unas con otras y pueden ser desplazadas.

g) Erupción tardía de los dientes permanentes. Esto se puede deber a un trastorno endocrino, falta congénita del diente permanente o que exista tejido denso como barrera. Es una buena medicina preventiva, eliminarlo para que este erupción, o cuando este a punto de hacerlo.

h) Vfa eruptiva Anormal. Esto es generalmente una manifestación secundaria de un trastorno primario, puede ser por falta de espacio o por alguna barrera física que afecte la dirección de erupción como diente super numerario, raíces deciduas y barreras óseas.

Otra forma de erupción anormal es la ectópica.

i) Anquilosis. Esta se debe a una lesión, que provoca perforaciones a ligamento periodontal y formación de una unión entre cemento y lámina dura.

Los dientes anquilosados no hacen erupción, mientras que-

los otros si produciendo discontinuidad que puede provocar maloclusión.

j) Caries Dental. La caries dental puede producir entre otras cosas desplazamiento de dientes contiguos, inclinación axial sobre erupción. u pérdida prematura de las piezas.

k) Restauración Dental Inadecuada. Los malos contactos favorecen el desplazamiento de los dientes. La falta de detalles anatómicos en la restauración pueden producir punto prematuro de contacto que dan desarmonía oclusal.

Lo que hasta ahora se ha mencionado, conforme a la prevención de la maloclusión nos dará como resultado un sinúmero de factores los que tenemos que tomar en cuenta para diagnosticar la, si algunos de estos factores lo pasamos por alto en un niño, o en un adulto, nos encontraremos con muchos problemas posteriores.

5. Fuentes para materiales de Educación.

En todo programa preventivo se requiere, además de conferencias, material educacional. El gobierno se ha preocupado por que exista gran cantidad de material disponible para este propósito.

Existen varias agencias, locales, estatales o nacionales, que pueden ofrecer ayuda de diversa índole, desde una sugerencia hasta ayuda para encontrar al personal y materiales necesarios. El mismo gobierno puede contribuir económicamente abriendo fuentes federales para establecer programas de corrección y

prevención para los indigentes. En algunos estados se proyectaron programas médicos, los cuales se encuentran en funcionamiento.

Al establecer un programa preventivo, es conveniente formar un comité de personas interesadas en el bienestar del niño médicos, Odontólogos y personal relacionado con hospitales de la comunidad, directores y personal de escuelas, departamentos de estado, consejos de salud, asociaciones de padres, maestros y agencias de asistencia social, clubs femeninos e individuos de la comunidad con interés en sus problemas. Existen varias maneras de acercarse al público en programas educativos: charlas a grupos escolares, organizaciones de ayuda, asociaciones de padres y maestros, reuniones de los sindicatos, reunión del personal de hospitales, grupos religiosos, proyectos escolares clubs de salud y programas instructivos de higiene bucal, en este caso tomaremos como ejemplo los programas de salud dental que lleva a cabo la universidad Nacional Autónoma de México y la facultad de Odontología, forma parte de estos programas de salud mandando a grupos de estudiantes designados para realizar su servicio social en los estados de la república; los cuales se implementan con carteles, ensayos y concursos del tipo "sonrisa perfecta", los cuales son proporcionados por la misma facultad o en ocasiones por las autoridades del estado.

Los medios de comunicación, como los periódicos, pueden publicar artículos tratando los temas dentales; los cuales

pueden ser utilizados en el hogar para: una buena higiene; de la misma manera en la televisión y en el radio, tratando de que en los comerciales se recomiende a toda la comunidad que trate de cuidar su salud y por consiguiente el buen estado de la cavidad oral.

Los efectos respectivos se irán sumando, se utilizan todos estos medios y métodos que darán como resultado una campaña de gran impacto en la población

6. Programas Correctivos.

En este tema trataremos de infundir los cuidados que el paciente debe tener para con sus dientes., como por lo que hablaremos de los programas correctivos incluyendo los tratamientos de caries dental.

Tomando en cuenta las medidas preventivas que prevalecen hoy en día, se reduce la importancia de la caries dental; más no se puede hacer a un lado la necesidad de los programas de salud dental; sin embargo; las medidas preventivas aumentan; disminuyendo la cantidad de trabajo en cada uno de los pacientes y el dentista particular podrá tener un número mayor de niños.

Día a día se le dá mas importancia de programas de asistencia para las personas que tienen pocos recursos económicos, y si todos los Odontólogos hicieran lo mismo se podría lograr que toda la población infantil sea tratada.

Un programa educacional puede llegar muy lejos tratando de

motivar a las personas que tienen los medios suficientes, para que sean atendidos periódicamente por su dentista particular. tomando en cuenta la población que no tiene los suficientes --- recursos para poder tratarse, y si no solo lo necesario para - poder proporcionar a sus hijos las necesidades mínimas. Se --- puede y se deben organizar programas de salud pública para tra- tar a este sector de la población.

El Odontopediatra juega un papel muy importante para desper- tar el interés de la comunidad con respecto a su salud oral.

En nuestro país tenemos un sinnúmero de programas de asis- tencia, los cuales dependen de la disponibilidad de personal - dental y equipo, y de la cantidad de ayuda económica que se -- tenga.

Tomando en cuenta que el personal que atiende estos trabajos se es limitado, es preferible que los programas de asistencia- dental pública sea llevado en el consultorio Odontológico --- privado o en una clínica establecida para este efecto

El examen dental lo practican todos los dentistas, es reco- mendable tomar en cuenta que siempre serán los primeros molares los dientes que se deben preservar, teniendo en cuenta lo mencí- onado, es recomendable que el examen dental incluya los métodos de restauración; en los programas se debe poner empeño en los - tratamientos para niños de seis años, y esto nos conduce a un incremento para los niños de 7 años y así sucesivamente hasta- que el plan llene todos los niveles de niños a nivel escolar.

Otro de los servicios dentales que se descuidan muy a menudo, es el de los niños (o que tienen mal formaciones) sin embargo, la gente no toma en cuenta que estos son los niños que necesitan más cuidados dentales, a pesar de los comentarios que se suscitán con respecto a que este paciente no puede ser tratado en cualquier consultorio dental; si el Odontólogo se prepara el resultado sería lograr una atención esmerada. Los pacientes con paladar herido o epilépticos pueden ser manejados en el consultorio como el espástico y en el caso del paciente con parálisis cerebral puede atenderse mejor con anestesia general.

(Cualquier tipo de programa dental ya que sea preventivo el Odontopediatra debe poner su experiencia, capacidad y altruismo para el éxito del programa.

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como finalidad, mostrar las necesidades de la prevención en la Odontología pediátrica. Siempre ha sido mas recomendable la Odontología preventiva que la medicina curativa.

Todo lo expuesto es importante para que el dentista Mexicano dedique una buena parte de su preparación clínica y al adiestramiento del paciente en las diferentes técnicas preventivas de las enfermedades mas frecuentes, que como se ha comprobado, en estudios realizados son; las las caries dental y las enfermedades periodontales.

Tomando en cuenta que la Odontología avanza cada dia mas es necesario que el Odontólogo se preocupe por mantenerse al tanto de estos avances y para poner en practica las nuevas técnicas. Tambien es de suma importancia que trate que el ambiente en el consultorio sea del agrado del paciente, permitiendo a este desconfiarse con mas confianza; de igual importancia es la buena preparación del personal que labora en equipo con el Odontólogo para darle buena seguridad al paciente y a la comunidad en general.

El odontólogo debe tener en consideración el alto costo de la vida y tratando de no elevar exageradamente su presupuesto en la prevención o eliminación de padecimientos dentales para que si no toda la gente, por lo menos la mayor parte, tenga acceso a este servicio tan necesario para el buen funcionamiento de su organismo.

BIBLIOGRAFIA.

Sidney B. Finn

Odontología Pediátrica.

México, D. F; Interamericana, 1979, 4a. edición

p.p. 1-13

Katz Mc. Donald, Stookey

Odontología Preventiva en Acción.

México, D.F; Panamericana, 1981, 3a. Edición

p.p. 27-36, 281-292, 215-246

J.D. Eccles y R.M. Green

La Conservación de los Dientes.

Barcelona, Salvat, 1977.

p.p. 17-20

B Bates

Propedeútica Médica.

México, D. F; Interamericana, 2a. edición

p.p.1-24

Ram Fjor, Sigurd P.

Oclusión. Interamericana

México, D.F. Nva. Editorial Interamericana, 1972, 2a. edición.

p.p. 60-100.