

870122
520
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTERVENCION PREVENTIVA TEMPRANA EN EL CUIDADO
DE LA SALUD DENTAL EN EL PACIENTE INFANTIL

T E S I S P R O F E S I O N A L
Que para obtener el título de
C I R U J A N O D E N T I S T A
P r e s e n t a

OSCAR EDUARDO LANDEROS RAMIREZ
ASESOR: C. D. REBECA SANCHEZ DE MARTINEZ

GUADALAJARA, JALISCO. 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.

I N D I C E

— INTRODUCCION	7
— CAPITULO I.—INFORMACION GENERAL PARA LA SALUD DENTAL DEL NIÑO	8
— a) Importancia de la dentición primaria.	
— b) Cambio de dientes y sus problemas posibles.	
— c) Explicación sobre el proceso de la lesión cariogénica.	
— CAPITULO II.—CUIDADOS ORALES POSTNATALES	10
— a) Daño causado por la utilización de mamila conteniendo líquido azucarado, después de que los dientes erupcionan en la boca.	
— b) Desarrollo de hábitos de alimentación temprana.	
— c) El uso y selección de un pacificador.	
— d) Método de limpieza de los dientes del niño y clase de instrumentos que pueden ser utilizados.	
— e) Cuidados orales hasta la edad preescolar.	
— CAPITULO III.—LA PRIMERA VISITA AL DENTISTA	23
— a) Profilaxis dental.	
— b) Importancia y efecto del flúor sobre los dientes.	
— c) Terapia de fluorización.	
— CASUISTICA	32
— CONCLUSIONES	42
— BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

A través de los años, la prevención ha sido el foco de atención para los odontólogos. En realidad, podría decirse que la profesión odontológica ha conducido a los profesionales de la salud, en la filosofía de la atención preventiva. Ha resultado aparente, sin embargo, que aunque se ha puesto un mayor énfasis en los procedimientos preventivos en el ambiente de la educación odontológica, la información que se ha filtrado al profesional, no ha tenido una respuesta abrumadora.

Necesario resulta, educar tanto al paciente como a sus padres, dándoles una explicación detallada de los programas preventivos de la enfermedad dental y los cuidados post-natales en el infante.

La falta de higiene en los niños, por lo general es un factor decisivo en las enfermedades buco-dentales presentes y futuras; es aquí donde el niño debe tomar conciencia de la importancia de mantener una salud dental adecuada, evitar dietas favorables a la caries u otras enfermedades.

Es por eso, que en la presente tesis trataré de explicar la importancia que tiene la intervención preventiva temprana, en el cuidado de la salud dental, la conveniencia de obtener un buen diagnóstico, así como la aplicación temprana de medidas preventivas.

Los cuidados preventivos, la educación para la higiene bucal, la necesidad de despertar una "conciencia dental" o sea, enfatizar la importancia de una dentadura sana, son premisas decisivas en general, para una adecuada práctica de la Odontología moderna.

CAPITULO I

INFORMACION GENERAL PARA LA SALUD DENTAL DEL NIÑO

a) IMPORTANCIA DE LA DENTICION PRIMARIA

Las piezas primarias se utilizan para la preparación mecánica del alimento del niño; durante uno de los periodos más activos del crecimiento y desarrollo, realizan funciones muy importantes y críticas. Otra destacada función es mantener el espacio en los arcos dentarios para las piezas permanentes.

También tienen la función de estimular el crecimiento de los maxilares; también intervienen en el desarrollo de la fonación; la pérdida de los dientes primarios anteriores, puede llevar a dificultades para pronunciar sonidos como la "F", "V", "S", "Z" y "TH".

También tienen función estética, ya que mejoran el aspecto del niño.

b) CAMBIO DE DIENTES Y SUS PROBLEMAS POSIBLES

Es evidente que la vigilancia constante es indispensable durante el período crítico del cambio de los dientes. Leighton realizó un excelente estudio, incluyendo datos sobre el nacimiento de un grupo de niños y descubrió que hay una serie de observaciones que pueden hacerse a temprana edad, respecto a la posición dentaria y la alineación, que nos permite hacer ciertas predicciones y así, utilizarlas en las metas de un programa preventivo. (7)

ALGUNAS ANOMALIAS DURANTE EL CAMBIO DE DIENTES, SON LAS SIGUIENTES:

- 1.—Dientes supernumerarios
- 2.—Dientes faltantes
- 3.—Anomalías del tamaño de los dientes
- 4.—Anomalías en la forma de los dientes
- 5.—Pérdida prematura de los dientes deciduos
- 6.—Retención prolongada y resorción anormal
- 7.—Erupción tardía de los dientes permanentes
- 8.—Vía eruptiva anormal
- r.—Anquilosis (7) (12)

c) EXPLICACION SOBRE EL PROCESO DE LA LESION CARIOGENICA

Los factores causales de la iniciación del proceso de caries, pueden ser divididos en dos categorías principales: determinantes y modificadores; los primeros, como su nombre lo indica, tienen un papel etiológico directo; los segundos, modificarán el grado de actividad o los efectos de los primeros.

FACTOR DETERMINANTE, por ejemplo, es la Flora Bacteriana, capaz de fermentar hidratos de carbono y de formar dextranos y levanos.

La Sacarosa y los Hidratos de Carbono fermentables y dientes susceptibles, constituyen también un factor determinante.

FACTORES MODIFICADORES.—Estos son, por ejemplo, la Capacidad Buffer de la placa; cantidad de calcio, fósforo y flúor en placa; flujo y viscosidad de la saliva. (10)

Universalmente, se acepta que el primer estadio en el desarrollo de caries, es la formación de placa por bacterias capaces de colonizar la superficie de los dientes. Estos organismos, usando sacarosa como substrato, forman polisacáridos extracelulares adherentes, como los dextranos o levanos, los cuales actúan como un adhesivo y forman la denominada matriz de la placa. Dentro de la placa, microorganismos acidógenos, metabolizan hidratos de carbono fermentables, provistos por los alimentos, formando ácidos como producto final. Estos ácidos actúan en la interfase placa esmalte, atacan tejidos dentarios susceptibles y forman así, la lesión cariosa. (10)

En forma de diagrama, resumiremos este proceso cariogénico:

1.—En la superficie de los dientes.

Organismos cariogénicos + Sacarosa Dextranos Placa
Levanos

2.—En la placa.

Organismos cariogénicos + Hidratos de carbono — ácidos

3.—En la Interfase Placa Esmalte.

Acidos + Tejido Dentario Susceptible — Caries (10)

CAPITULO II

CUIDADOS ORALES POSTNATALES

Históricamente, la Odontopediatría se estableció para acentuar la atención bucal preventiva a los niños y las medicinas preventivas continúan siendo el sello de esta especialidad. Los odontopediatras diseñaron la atención odontológica a los niños, para prevenir el dolor bucal y la infección, la aparición y avance de la caries, la pérdida prematura de dientes primarios, pérdida en la longitud del arco y la asociación entre miedo y atención odontológica corrientemente. El odontopediatra y su colega en la odontología general, son responsables para la orientación del niño y del padre, por interceptar los efectos de los trastornos bucales sobre la salud y alineamiento dentario y por prevenir la enfermedad bucal. (2)

Desde el nacimiento del niño, el médico familiar provee información, considerando la alimentación, baño, horas de dormir, etc. para una buena salud del infante. (1)

La Academia Americana de Pediatría, recomienda que los infantes sean vistos por lo menos 5 veces durante los dos primeros años de vida y anualmente a los 3 años de vida; también recomienda que el odontopediatra vea al niño después de que erupciona el primer diente primario, para comenzar un programa de higiene bucal. (1)

Se debe poner mucho más énfasis, en que el Odontólogo vea al niño tan pronto como erupcionen sus primeros dientes y, por cierto, no después de 1 a 18 meses, ya que brinda una oportunidad para diagnosticar caries incipientes, registrar la erupción y establecer un plan preventivo de salud bucal. (3)

Las medidas preventivas en el hogar, pueden ser enfatizadas a los padres, durante el periodo de dentición del niño, de manera de influir en su salud bucal futura. La experiencia clínica en varias prácticas odontopediátricas, indican que los padres son muy receptivos para aprender sobre la dentición preventiva en el hogar, durante el periodo de dentición. (2)

a) DAÑO CAUSADO POR LA UTILIZACION DE MAMILA CONTENIENDO LIQUIDO AZUCARADO, DESPUES DE QUE LOS DIENTES ERUPCIONAN EN LA BOCA

La "Caries de Biberón", se presenta en niños pequeños que se han acostumbrado a requerir biberón con leche u otro líquido azucarado, para irse a dormir; ataca en particular los cuatro incisivos primarios superiores, los primeros molares primarios, tanto superiores como inferiores y los caninos primarios inferiores. Por lo general, las lesiones van de severas, en los incisivos superiores, a moderadas, con la edad de los niños. Los dientes más gravemente atacados, son los incisivos primarios superiores, que presentan lesiones profundas en sus caras labiales y palatinas. (10)

Se acepta comúnmente, que este tipo de caries se debe al uso prolongado del biberón. Fass, por ejemplo, menciona que todos los niños de un grupo por él observado, que padecían de Caries de Biberón, eran acostados e inducidos a dormir la siesta o por la noche, mediante un biberón. Cuando la madre está cansada y quiere que su hijo se duerma —quíéralo o no el niño— lo primero que hace es ponerle el biberón en la boca, no importa que aquél tenga 2, 3 ó 4 años y ya no tenga necesidad de succionar. Lo que la madre no sabe es que al mismo tiempo fuerza al niño a dormir, está creando las condiciones ideales para el desarrollo de a caries, como puede inferirse del siguiente análisis de la situación: El niño está en posición horizontal, con el biberón en la boca y la tetilla descansando sobre el paladar, mientras la lengua, en combinación con los carrillos, fuerza el contenido del biberón hacia la boca. En el curso de esta acción, la lengua se extiende hacia afuera y entra en contacto con los labios, cubriendo al mismo tiempo los incisivos primarios inferiores. Al comienzo, la succión es vigorosa, la secreción y flujo salivales intensos y la deglución, continúa rítmica. (10)

A medida que el niño se adormece, sin embargo, la deglución se hace lenta, la salivación disminuye y la leche empieza a estancarse alrededor de los dientes. La lengua, extendida hasta los labios, como dijimos, cubre y protege a los incisivos inferiores, aislándolos del contacto de la leche. Aunque el contenido de la leche en hidratos de carbono es bajo, a menos que se endulce artificialmente, la coexistencia de circunstancias de deglución y salivación sumamente lentas, posibilita el contacto de dichos carbohidratos con los dientes no cubiertos con la lengua, en presencia de microorganismos acidógenos, por períodos demasiado prolongados. (9) (10)

Añádase que la dilución neutralizada de los ácidos por la saliva, así como su remoción por medio de movimientos musculares, son en estas condiciones, muy escasos e inexistentes y que a muchos niños se les deja el biberón la mayor parte del tiempo que permanecen dormidos y se tendrá el cuadro completo: Los ácidos permanecen junto a los dientes por tiempo más que suficiente para producir su destrucción.

En resumen, la causa principal de este tipo de caries es la presencia en la boca, por períodos relativamente prolongados, de biberones con leche u otro líquido, conteniendo hidratos de carbono. El factor más importante en el proceso, es el "estancamiento" del líquido, cuando la fisiología bucal está a su mínimo nivel. (9) (10)

B) DESARROLLO DE HABITOS DE ALIMENTACION TEMPRANA

— La literatura referente a métodos dietéticos para el control de caries, es extremadamente prolifera y demuestra claramente el poco éxito de la mayoría de los métodos propuestos para cambiar los hábitos dietéticos de la población en general. (10)

En estudios conducidos varios años atrás, en la Universidad de Michigan, se llegó a la conclusión de que la supresión de los hidratos de carbono refinados, de la dieta, eliminaría prácticamente el problema de la caries.

Es obvio, pues, que debe buscarse una alternativa a la supresión drástica de los carbohidratos fermentables y esa opción radica en no consumir nada fuera de las comidas principales.

En consecuencia, cada ingestión de hidratos de carbono fermentables, causará acidez suficiente como para disolver el esmalte por el período que dura la ingestión, más casi 15 ó 20 minutos adicionales.

Las ingestiones repetidas extienden, por supuesto, el tiempo proporcionalmente. En lo que se refiere a la aplicación práctica de estos conceptos, puede decirse que mientras no parece factible conseguir la adherencia estricta a dietas drásticamente reducidas en hidratos de carbono, excepto en unos pocos pacientes, es en un principio más sencillo lograr la aceptación de la disminución de la frecuencia de las comidas. Dicho de otra manera, la gente acepta más fácilmente suprimir los bocados entre las comidas, que privarse por completo de los alimentos dulces, aunque esto último sea sólo por tiempo limitado. (10)

La manera más práctica de conseguir la reducción de la ingestión de dulces, radica en permitir su inclusión durante las comidas, como postre y reclamar en compensación, que se les elimine en las comidas principales; esta práctica, además de disminuir la caries, conduce a mejores hábitos de alimentación y al consumo de alimentos de mayor valor nutritivo; con el fin de evitar frustraciones en el uso de métodos dietéticos para el control de caries, es conveniente que el Odontólogo sea realista.

Es forzoso admitir, en vista de lo que antecede, que para la prevención de caries por medios dietéticos, produzca resultados significativos, habrá que desarrollar métodos que requieran la menor cantidad posible de autonegación, cooperación y comprensión de parte del público, como sería, por ejemplo, el descubrimiento y fabricación de alimentos con gusto sumamente atractivo y poca o ninguna cariogenicidad; o la incorporación a las golosinas y otros alimentos cariogénicos, de aditivos inhiladores de caries. (10)

C) EL USO Y SELECCION DE UN PACIFICADOR

Es muy frecuente también, el uso prolongado de chupetes y biberones que constituye una causa importante de anomalías de los dientes y de los maxilares y también de los tejidos blandos; generalmente las anomalías son: prognatismos alveolares, retrognatismos inferiores, hipoclusión y vestibuloverción de incisivos, proquelia superior e hipotonicidad del orbicular de los labios.

En estos últimos años, se ha prestado mucha atención al problema de la alimentación por medio de biberones, como causa de anomalías dentofaciales. La lactancia artificial va íntimamente ligada a la deglución anormal, por persistencia de la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la lengua entre los bordes alveolares), pero que debe cambiar a deglución sorbática con la aparición de los dientes (colocando la punta de la lengua en la parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores). Se aduce que con el uso de biberones convencionales, el niño no

efectúa succión normal de la lactancia natural y que los músculos orales y periorales no actúan como debe ser. (11)

Con la introducción de la electromiografía, se han podido estudiar las contracciones musculares y se sabe cuáles son los músculos que deben intervenir en la lactancia, deglución y masticación. En el niño lactante, la actividad es casi exclusiva del orbicular y músculos mentonianos; con la aparición de los dientes y la consiguiente masticación, se contraen los músculos masticadores. En el niño alimentado con biberones, la actividad muscular no es normal y se acostumbra a una deglución anormal.

Por esto, se han ideado biberones especiales que imitan en lo posible el pezón materno, para que el niño pueda efectuar los movimientos musculares normales. Los más conocidos son los "Nuk Sauger" de a Casa Rocky Mountain, que han sido introducidos a la profesión, después de un largo y cuidadoso estudio de las condiciones de la lactancia natural. Al niño alimentado con los biberones funcionales, se le debe agregar el uso de chupetes de entretenimiento especiales o ejercitadores, que le acostumbrarán a colocar normalmente la punta de la lengua y así, podrá pasar sin problemas a la deglución adulta o somática, cuando los dientes hagan erupción. Sin embargo, estudios cinefluorográficos muy recientes, de niños con alimentación directamente de la madre, ha vuelto a poner en duda si los chupetes clásicos son tan perjudiciales como se creía en los últimos años. La conclusión que puede sacarse, es que el ideal, es la alimentación materna y cuando la lactancia sea artificial, debe tenerse mucho cuidado en la forma en que el niño coloca la lengua, para que si ésta no es normal, enseñarle a usarla después y en la forma debida, por medio de ejercicios, cuando hagan erupción los dientes. Para esto, es muy valiosa la colaboración de los especialistas en fonatría, que darán las normas para seguir en la educación de la deglución del niño. (11)

Desde el punto de vista odontológico, no existe contraindicación para el chupete, siempre que se le suprima en el momento correcto (3½ a 4 años), el niño puede ser privado mucho más fácilmente del chupete, que de la succión excesiva de los dedos. Lamentablemente, la posición ventral del lactante, tan boga hoy en día, le proporciona una oportunidad casi ideal, de encontrar su pulgar para la succión, mientras que el chupete en esa posición, se cae pronto de la boca y molesta al niño al quedarle debajo de la cara. No es posible dar una receta universal contra el hábito del chupón; el odontólogo, junto con los padres, tendrá que buscar la solución para cada caso y se requiere más bien habilidad psicológica, que el uso de artificios mecánicos. (9)

La clase II, L (Distocclusión) presenta un pronunciado resalto incisal sagital, causado probablemente por la retroposición del maxilar inferior, pero que en sus formas más marcadas, es producido casi siempre por el chupeteo.

Es difícil prever si esta posición de los incisivos temporarios se transmitirá a la dentadura permanente y en qué grado lo hará. Teapéuticamente, la primera medida será procurar el abandono del hábito. Si no se logra o si después de 3 a 6 meses no se logra u observa alguna mejoría, está indicado un tratamiento ortopédico-maxilar simple, para el cual se presta bien la placa vestibular. (9)

d) METODO DE LIMPIEZA DE LOS DIENTES DEL NIÑO Y CLASE DE INSTRUMENTOS DE LIMPIEZA QUE PUEDAN SER UTILIZADOS

Existe una evidencia considerable, de que el cepillado dental con dentífrico neutro, inmediatamente después de las comidas, es un medio eficaz para limitar la caries dental.

Las investigaciones más recientes sobre diseños de cepillos dentales infantiles, indican que los cepillos probados más adecuados, tenían las siguientes especificaciones para la cabeza: una pulgada de largo (2.5 cm.), 0.36 pulgadas de alto (9 mm.), 11 hileras triples con hilera central de diámetro de cerda de 0.008 pulgadas (0.2 mm.) Se sugiere generalmente, emplear los cepillos medianos, porque limpian las piezas mejor que las cerdas duras o blandas y generalmente, no producen lesiones a los tejidos gingivales.

Actualmente, existen numerosas técnicas de cepillado; una de estas técnicas es la "Técnica Fones"; este método con las piezas en oclusión y las superficies bucal y labial se cepillan con un movimiento circular amplio. Las superficies lingual y oclusal, se cepillan con acción de cepillado horizontal, hacia adentro y hacia afuera. (6)

TECNICA DE ROTACION

Las cerdas del cepillo se colocan casi verticales contra las superficies vestibulares y palatinas de los dientes con las puntas hacia las encías y los costados de las cerdas, recostadas sobre éstas; debe ejercerse una presión moderada, hasta que se observe una ligera isquemia de los tejidos gingivales. Desde esta posición inicial, se rota el cepillo hacia abajo y adentro en el maxilar superior y adentro y arriba en el inferior, en consecuencia, las cerdas deben arquearse, barriendo las superficies de los dientes en un movimiento circular. (10)

TECNICA DE BASS

Algunos odontólogos, recomiendan que para realizar esta técnica, el cepillo se tome como un lápiz; muchos pacientes sin embargo, se sienten más cómodos y se desempeñan más adecuadamente con la toma convencional.

Las cerdas del cepillo se colocan a un ángulo aproximado de 45° respecto de las superficies vestibulares y palatinas, con las puntas presionadas suavemente dentro de la crevice gingival. (10)

Los cepillos creviculares con sólo dos hileras de penachos, son en particular útiles para esta técnica. Una vez ubicado el cepillo, el mango se acciona con un movimiento vibratorio de vaivén, sin trasladar las cerdas de su lugar durante alrededor de 10 a 15 segundos, en cada uno de los sectores de la boca. El mango del cepillo debe mantenerse horizontal y paralelo a la tangente al arco dentario para los molares, premolares y superficie vestibulares de los incisivos y caninos. (10)

Para las superficies palatinas (linguales) de estos dientes, el cepillo se ubica paralelo al eje dentario y se usan las cerdas de la punta (o final) del cepillo, efectuando el mismo tipo de movimiento vibratorio señalado anteriormente. Las superficies oclusales, se cepillan como se ha indicado para el método de rotación. Util para remover placa crevicular. (10)

TECNICA COMBINADA

En pacientes con surcos gingivales profundos y además acumulación de placa sobre las coronas; esta técnica es combinación de las técnicas de Bass y de Rotación; para cada sector de la boca comienza con la Técnica de Bass y una vez removida la placa crevicular, se continúa con la técnica de Rotación para eliminar la placa coronaria; tanto para la Técnica de Bass, como para la combinada, así como para cualquier otra que el paciente pueda utilizar, el concepto de los tres círculos es por completo válido. (10)

TECNICA DE CHARTERS

La colocación de las cerdas es coronalmente, con los costados de las cerdas apoyados, la mitad contra los dientes y la mitad contra la gingiva a 45° de la superficie dentaria. Los movimientos son en círculos pequeños y las cerdas permanecen fijas. (13)

TECNICA FISIOLÓGICA

La colocación de las cerdas es coronalmente y después en arco a lo largo de la superficie dentaria y la gingiva.

Los movimientos son de barrido suave, que inicia en los dientes y continúa hacia la gingiva. (13)

TECNICA DE STILLMAN

Las cerdas se colocan apicalmente en bucal y lingual en un ángulo oblicuo al eje longitudinal del diente, descansando las puntas en la gingiva y en la porción cervical del diente. En la zona oclusal, van perpendiculares. Se aplica una ligera presión, hasta producir izquemia de la gingiva, para posteriormente imprimir un movimiento vibratorio rotatorio, con las cerdas permaneciendo en la misma posición. (13)

TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA

Las cerdas se colocan en la encía, adherida a 45° a lo largo del ápice. Se aplica presión para producir izquemia de los tejidos blandos. Se imprime un movimiento vibratorio, mientras el cepillo se desliza oclusalmente sobre la gingiva y la superficie dentaria. La única diferencia entre esta técnica modificada y la original de Stillman, es que después del movimiento vibratorio, se usa un movimiento de rotación. (13)

No puede esperarse que niños muy pequeños dominen técnicas de cepillado eficazmente, por esto, es mejor que los padres le hagan el cepillado al niño. Starker, ha descrito una técnica por la que el niño se mantiene frente al padre o la madre y descansa su cabeza hacia atrás, contra él o ella. El padre o

la madre, emplea un antebrazo para acunar la cabeza y dar sostén al niño y los dedos de esa mano, para retraer los labios, dejando la otra mano libre para efectuar el cepillado. (6)

Se aconseja enseñar a los niños pequeños, técnicas sencillas, siendo una de ellas la Técnica de Fones. (6)

REQUISITOS PARA CUALQUIER TECNICA

Deben ser fácilmente aprendidas por el paciente y que no lastimen o dañen los tejidos orales. (13)

EMPLEO DE SEDA DENTAL

Se sugiere que en ciertos casos, el cepillado dental se complemente con seda dental, empleada eficazmente. Se ha afirmado que la mejor seda dental, es la que consta de gran número de fibras de nylon microscópicas y no encerradas, con un mínimo de rotación y deberá emplearse sistemáticamente, pasando la seda a través del punto de contacto y estirándola hacia la superficie mesial y distal del área interproximal. Inmediatamente después, deberán eliminarse los desechos desarticulados con enjuagues bucales en agua. Aunque se sabe que este procedimiento es bastante complicado, en los niños de más edad deberá incluirse por lo menos el patrón de higiene, aún cuando se limite sólo a las áreas interproximal y mesial de primeros molares permanentes. (6)

Para lograr mejores resultados, se corta un hilo dental de aproximadamente 18 pulgadas (45 cm.) y se sostiene entre los índices y pulgares, secciones de una pulgada (2.5 cm.) y 1.5 pulgada (3.7 cm.), el exceso se enrolla alrededor del dedo índice de una mano. Después de limpiar cada superficie interproximal del molar, la seda ya usada puede enrollarse alrededor del dedo índice opuesto y se desenrolla seda limpia para emplear en el nuevo sitio que se va a limpiar. (6)

TABLETAS REVELADORAS

Muchos odontólogos e higienistas, emplean tabletas reveladoras como ayuda para instrucción en casa.

Después de que el paciente mastica la tableta y pasa saliva entre y alrededor de las piezas durante 30 segundos, la placa bacteriana se verá pigmentada de rojo vivo. Se muestran al paciente las áreas rojas y se le informa que está cepillando, pero no limpiando sus dientes. Se le instruye entonces sobre cómo colocar el cepillo durante el cepillado, para poder limpiar todas las superficies disponibles. Esto se sigue con empleo de Seda Dental.

ENJUAGUES BUCALES

El empleo de Técnicas de Cepillado y de Seda Dental, aflojará muchas partículas de alimento y bacterias de la placa dental. Estas pueden eliminarse enjuagando vigorosamente con agua. El mismo procedimiento favorecerá la rapidez de eliminación bucal, de carbohidratos semilíquidos.

Se encontró que niños de tres a cuatro años de edad, emplean aproximadamente 5 ml. de agua para enjuague. Los de 5 a 8 años de edad, emplean

entre 10 y 12 ml. de agua para enjuagarse. Los niños de 10 años, empleaban de 15 a 20 ml. para enjuagarse la boca. Esta cantidad se comprende con la empleada por los adultos.

Se aconseja que después de ingerir golosinas con carbohidratos, se instruya a los niños para enjuagarse la boca vigorosamente dos o tres veces, con cuanta agua puedan acomodar fácilmente en la boca. Es especialmente importante hacer esto, si en ese momento resulta impráctico cepillarse los dientes. (6)

e) CUIDADOS ORALES HASTA LA EDAD PREESCOLAR

Como todos los niños son individuos singulares, no pueden hacerse divisiones entre los diversos grupos de edad. Sin embargo, hay varias categorías en las que pueden ubicarse los niños y sobre las que pueden hacerse amplias generalidades. Es importante recordar que las diferencias entre niños de una categoría, con los de la próxima, no son definidas y dependen de la madurez, habilidad y actitud del niño, así como de la actitud del padre.

Las categorías son:

- 1.—El infante-nacimiento a 18 meses.
- 2.—El preescolar — 18 meses a 5 años
- 3.—El escolar — 5 a 12 años
- 4.—El adolescente — 12 a 19 años (5)

Dentro de la categoría postnatal, se ha involucrado a los niños desde el nacimiento hasta la edad de 4 años y se considera de suma importancia la higiene oral, en esta etapa de su crecimiento y desarrollo.

NACIMIENTO

El recién nacido, no tiene control sobre su ambiente y depende por completo de quienes lo rodean; juega un papel pasivo en el cuidado de su salud y el padre asume un papel dominante, al proporcionar todo lo que el niño necesita. Desafortunadamente el Odontólogo raramente tiene que ver con el cuidado del pequeño.

Un programa preventivo para el recién nacido, comienza brindando a los padres toda la información necesaria para asegurar una salud dental óptima. La principal fuente de información de los padres, es el pediatra o el médico de la familia y el Odontólogo tiene una excelente oportunidad para ayudar a establecer una buena salud en el infante, insistiendo a los médicos sobre los elementos de salud dental importantes para este grupo de edad. Además, las numerosas publicaciones de la Asociación Dental Americana y de muchas firmas comerciales, proporciona información a los padres. (5)

FLUORURO SISTEMICO

El elemento más importante en un programa preventivo para este grupo de edad, es una ingesta de fluoruro, ya sea por agua fluorada o por suplementos sistémicos; los beneficios del fluoruro durante el periodo de formación del esmalte, han ido bien documentados y aunque no todos los investigado-

res estén de acuerdo sobre los niveles de la dosis a diversas edades si se está de acuerdo en que el niño debe recibir el beneficio del fluoruro sistémico desde poco después del nacimiento, hasta aproximadamente a los 12 años. Esto asegura que, durante el periodo de formación del esmalte de los dientes permanentes y el periodo que precede inmediatamente a la erupción de los dientes, recibirán el beneficio de la fluoración.

Los suplementos de fluoruro, pueden obtenerse en forma líquida con goteros calibrados que permiten agregarlo a la fórmula del infante o a jugos, diariamente. (5)

DIETA

En ninguna otra época de la vida, es tan importante la alimentación, como la del primer año; el tipo de alimentación, las medidas de sanidad y la manera de alimentarlo, son todas importantes; los requerimientos nutricionales son pesados por unidad de peso corporal, debido al rápido crecimiento. (15)

La dieta está basada principalmente en la leche materna, papillas de frutas, jugos y conforme avanza de edad, se substituye la leche materna por leche de vaca.

Ha sido vinculado en forma bastante concluyente al uso prolongado del biberón, con los términos Síndrome de Biberón, Caries de Biberón o Caries del Bebé, que aunque raramente se presenta, llega a suceder a esta edad, sobre todo en aquellos niños destetados a muy temprana edad, ya que a los 6 ó 7 meses, ya erupcionaron los 4 incisivos centrales. (5)

CUIDADOS EN EL HOGAR

En el infante, el método más sencillo para que los padres comiencen un programa de higiene bucal, es el de limpiar las encías con una gasa envuelta en los dedos, pudiendo ser esto, como un agregado lógico al baño. (5)

A LA EDAD DE 1 AÑO

Al igual que el recién nacido, el niño de 1 año con edad no tiene control sobre su ambiente y depende completamente de quienes lo rodean; juega un papel pasivo en el cuidado de su salud y el padre asume un papel dominante al proporcionar todo lo que el niño necesita. (5)

La prevención de la enfermedad dental a esta edad, cambia continuamente, así como los papeles padre e hijo cambian con el crecimiento; así pues, el odontólogo mismo tiene una oportunidad cuando comienza a ver como paciente a un niño muy pequeño (idealmente a los 18 meses), para explicar a los padres las etapas del desarrollo dentario. (5)

Durante años, se ha dicho a los padres que lleven a su hijo al odontólogo después de los 3 años o después que hayan erupcionado todos los dientes primarios; además, muchos creen que antes de los 3 años no hay nada que el odontólogo pueda hacer; esto es mucho más sorprendente cuando entendemos que el 10% de los niños menores de 2 años, están afectados de caries. (5)

FLUORURO SISTEMICO

El uso de suplementos con fluoruro, cuando están indicados, también deben señalarse con insistencia. Esto asegura que durante el período que precede inmediatamente a la erupción, los dientes recibirán el beneficio de la fluoración. (5)

DIETA

Un problema que aparece con más frecuencia de lo que piensan muchos profesionales, es la elevada incidencia de caries en niños muy pequeños. Esta desmineralización de la dentadura, a menudo antes de que hayan erupcionado los 20 dientes primarios, ha sido vinculada en forma bastante concluyente al uso prolongado del biberón. El biberón, usado como chupetes, es llenado con leche, agua azucarada, bebida edulcorada o jugo de fruta y llevado con frecuencia a la cama, para la siesta o por la noche cuando el niño puede continuar succionando, aunque sea dormido, brindando un baño constante de nutrientes para la flora bucal normal. (5)

CUIDADOS EN EL HOGAR

Tan pronto como erupcionan los dientes primarios (a la edad de 1 año ya tienen los 8 incisivos), el padre debe continuar el programa de higiene bucal. (8)

En el infante, sigue siendo el método más sencillo el de limpiar los dientes con una gasa envuelta en el dedo.

A medida que el niño crece y tiene curiosidad por las cosas, (1 año y medio), que le conciernen, puede introducirse el cepillo para dientes. El niño no puede hacer nada más que colocarlo en la boca y masticarlo, como hace con todo a esa edad, pero el cepillo se convertirá en un objeto familiar. (5)

A LA EDAD DE 2 AÑOS

A esta edad, continúan controlados en su mayor parte por los padres, quienes todavía deben proporcionar cuidado al niño, porque aunque el niño está interesado en cuidarse solo, sus habilidades y memoria aún no están bien desarrolladas.

Es frecuente ver infantes entre 1 y 2 años de edad que siguen usando el biberón y la cantidad de niños entre 2 y 3 años que lo hacen, es mayor de lo que la mayoría de nosotros pensamos. La historia familiar mostrará a menudo que se trata del primero o único hijo; con mucha frecuencia es una situación familiar donde los padres son bastante permisivos o de otra manera, incapaces de enfrentar las emergencias y el llanto del niño. La supresión temprana del biberón, es una medida preventiva importante. (5)

Por esta razón, es todavía responsabilidad del padre llevar a cabo el programa preventivo, pero la cooperación del niño es esencial para su éxito y evitar que la afección de caries llegue a aumentar a esta edad, en un 35%, como se ha comprobado, ya que hay poco que pueda hacerse en el ambiente del consultorio, que no pueda hacerse eficazmente en el hogar.

Esta es buena edad para introducir al niño en el uso del cepillo dental; el niño, curioso, jugará habitualmente con el cepillo ansiosamente, imitando el cepillado cuando se lo muestra el padre. (5)

FLUORURO SISTEMICO

El uso de suplementos con fluoruro, también deben ser señalados con insistencia. (5)

DIETA

El consejo dietético puede ser sumamente complicado y requerir de mucho tiempo. Un enfoque muy sencillo puede lograr el resultado deseado. La mayoría de los padres están interesados por una dieta equilibrada en el hogar; aunque existen padres que no se dan cuenta del alto contenido de azúcar de la mayoría de los cereales comerciales y alimentos para bocadillos. Un plan de alimentación diaria basada en la nutrición correcta, resultará en una reducción de hidratos de carbono.

Además, relacionar las consideraciones dietéticas a la salud total, hace más fácil comprometer a toda la familia en el programa. Un cambio en la dieta, no seguido por toda la familia, carecerá de credibilidad para el niño. (5)

CUIDADOS EN EL HOGAR

Como anteriormente se dijo que el padre a esta edad es el responsable de la higiene oral del niño; idealmente, le debe cepillar sus dientes después de cada comida, pero esto suele ser poco práctico. Cada niño sigue alguna rutina nocturna antes de acostarse y cepillar en ese momento parece lo más conveniente. Este también, es el momento más apropiado para la terapia con fluoruro en el hogar. (5)

A esta edad, el niño ya presenta hasta los primeros molares temporales, por lo tanto, se deben intensificar más los cuidados hogareños, ya que la acumulación de alimento es aún mayor en estas superficies de los molares. (8)

A LA EDAD DE 3 AÑOS

A esta edad, la habilidad de cada niño debe ser evaluada individualmente, pero es muy improbable que el preescolar tenga la habilidad y comprensión para hacer mucho, sin la ayuda paternal directa, por esta razón, es todavía responsabilidad del padre llevar a cabo el programa preventivo, pero la cooperación del niño es esencial para su éxito. Es importante que se sienta activamente involucrado y es posible lograrlo, porque su capacidad de razonamiento aumenta e interactúa cada vez más con quienes lo rodean, comenzando lentamente a tomar parte directa en lo que le sucede y ejercitar algún control sobre ello.

A esta edad, un 35% está afectado de caries, es por eso que debe iniciarse un programa preventivo de cuidado en el hogar, dirigido a los padres, sobre todo en lo que corresponde al cepillado de los adultos. (5)

FLUORURO SISTEMICO

El uso de fluoruro sistémico, también debe ser señalado con insistencia. (5)

FLUORURO TOPICO

A esta edad, pueden introducirse los enjuagatorios con fluoruro. Si las aguas son fluoradas, el enjuagatorio no debe ser ingerido. Niños de 3 años pueden ser enseñados fácilmente a usar tabletas y enjuagatorios de sabor agradable en el hogar. La iniciación de este tipo de programa, a una edad temprana, asegurará mejor su continuidad a medida que el niño crece, porque se convierte en parte de la rutina diaria. (5)

DIETA

Los hábitos alimentarios desarrollados por los padres en la alimentación de los niños, influirán en su conducta alimenticia futura. El niño debe aumentar su independencia y controlará su propia ingestión de alimento.

A esta edad, se les puede enseñar fácilmente que las frutas frescas, vegetales crudos como la zanahoria, el apio y el queso, se encuentran en el refrigerador; estarán muy contentos de comerlos en lugar de galletitas, caramelos y otros productos muy azucarados. Esto nuevamente se convierte en un hábito que continuará durante toda la vida, cuando el padre ya no tenga control sobre el niño.

CUIDADOS EN EL HOGAR

Está dirigido principalmente para mostrar las técnicas eficaces del cepillado. Para la dentición desidua, el método de barrido ha demostrado ser el más efectivo. Debe estar estimulado principalmente por el padre, quien le enseñará al niño cómo hacerlo correctamente, haciéndolo él primero. Además, los padres deben preparar al niño previamente para la primera visita al odontólogo en su consultorio, como una experiencia agradable y a interactuar a un nivel que pueda entender. (5)

A LA EDAD DE 4 AÑOS

A esta edad, comienza lentamente a tomar parte directa en lo que sucede y a ejercitar algún control sobre ello. Desgraciadamente, a esta edad el 75% presenta problemas dentales.

A esta edad, abandonan los hábitos y acciones de bebé y asumen el papel de "niño", presenta variaciones de conducta y es influenciado por el ambiente, padres y hermanos.

El papel de la salud dental, también cambia gradualmente y es determinado en gran medida por esos mismos factores. La habilidad de cada niño debe ser evaluada individualmente. El niño ya tiene un poco de habilidad y comprensión para hacer algo sin la ayuda del padre, pero aún así, es todavía responsabilidad del padre llevar a cabo el programa preventivo. (5)

FLUORURO TOPICO

El uso de aplicaciones tópicas con fluoruro a esta edad, es esencial para un programa preventivo totalmente eficaz.

Los muchos productos disponibles, permiten encontrar un sabor aceptable para el niño. Una modificación del sistema de aplicación, son las cubetas para uso del flúor en gel, siendo esta técnica aplicada en el consultorio. La aplicación de fluoruro es recomendable cada 6 meses, pero para un niño con elevada incidencia de caries, deberá ser más frecuente. (5)

DIETA

La creencia de que algunos alimentos o tipos de alimentos, pueden ser benéficos para los dientes o estructuras parodontarias, tienen poca base factual.

La ingestión de alimentos ricos en calcio y fósforo, deberá incrementar la resistencia de los dientes a la caries. Lo más sensato por ahora, es aceptar que todo alimento que contenga sacarosa, es esencialmente dañino para la dentadura; esto no quiere decir que la carencia de azúcar es una garantía de que un alimento no causará daño alguno, ya que hasta hace poco se creía que las gomas de mascar libres de azúcar, no eran dignas de tomarse en cuenta; en lo que se refiere a ácidos y el azúcar, es reemplazado por azúcares-alcoholes como manitol y sorbitol. Estudios muy recientes, demuestran que los estreptococos cariogénicos pueden metabolizar sorbitol, manitol y azúcares similares, con toda facilidad y producir tanta caries como la sacarosa. (10)

CUIDADOS EN EL HOGAR

La instrucción está dirigida todavía a enseñar a los padres cómo brindar un cuidado preventivo en el hogar.

El uso de tabletas reveladoras para mostrar la ubicación de la placa, es una ayuda muy útil. El colorante debe usarse para demostrar las zonas de la boca del niño donde es más probable que la materia alba se acumule y también, para señalar en cada caso, donde es necesario poner más énfasis en el cepillado. (5)

CAPITULO III

LA PRIMERA VISITA AL DENTISTA

La primera experiencia odontológica, puede dejar en el niño, no solamente un recuerdo traumático de relativa importancia, sino también moldear su actitud ante la odontología en la vida adulta.

La importancia de la atención infantil y de manera especial, las primeras entrevistas, son absolutamente esenciales para el odontopediatra; resistencias, temores, movimientos involuntarios que dificultan el tratamiento bajo umbral de dolor y muchas alteraciones más, tienen sus raíces en una vivencia traumática durante la infancia. Es preciso subrayar que no es necesario que tal vivencia haya sido motivada por un tratamiento excesivamente doloroso, sino que es suficiente que el pequeño enfermo lo perciba como tal, para que sus efectos queden indeleblemente grabados en su memoria inconsciente. Se comprobó que el temor en la práctica odontológica tiene sus orígenes múltiples y variados, pero sobre todo, que era el resultado de una interacción inadecuada, que se producía entre el profesionista de la odontología y el joven enfermo, una interrelación que estaba en manos, tanto del niño, como del adulto facultativo.

Para comprobar el tipo de interacción, basta un ejemplo sencillo. Es preciso anestésicar a un niño de 5 años. Cuando aparece la jeringa, el niño empieza a moverse nerviosamente; al acercársele la aguja a su boca, ésta empieza a cerrarse incontrolablemente, mientras se oyen los primeros quejidos y las lágrimas hacen su aparición. Durante este tiempo, el odontólogo ha incrementado el ritmo de charla procurando distraer al niño del dolor inminente, ha traído a la conversación temas totalmente intrascendentes y ha aumentado inadvertidamente, la intensidad de sus gesticulaciones. El niño, lejos de apaciguarse, incrementa su llanto y sus movimientos de resistencia, a pesar de que el odontólogo haya renunciado por el momento, a su intención de inyectarlo y trata de llamar su atención hacia otros bonitos cuadros que decoran la pared del consultorio. (14)

LA IMPOSICION DE REGLAMENTOS

Al sentarse el paciente, se le dan una serie de instrucciones acerca de su posición, de no tocar los instrumentos, de quedarse quieto, de mantener la boca bien abierta, de no agitar los brazos, etc. Es también común en estos casos, añadir indicaciones acerca del dolor, que pueden ir, o no, acompañados de advertencias más o menos jocosas de "un valiente como tú", "prohibido llorar" y otras recomendaciones coercitivas (presión).

La experiencia ha demostrado que esta conducta es poco eficaz para aminsonar las expresiones de temor, a la vez que depende totalmente de la personalidad del odontólogo para mantener controladas las manifestaciones nega-

tivas del niño, que en determinados casos, pueden lograr su objetivo central: postergar el tratamiento odontológico. (14)

LA COERCION

Estas técnicas, pueden revestir multitud de formas y disfraces. A veces, puede tratarse simplemente de una presión con una mano, para evitar que el niño mueva la cabeza; o pueden presentarse bajo amenazas tales como "si no te quedas quieto, esto te va a doler mucho más", o "si gritas, después no hay dulces" u otras formas análogas.

Nuevamente, la mayoría de los estudios demuestran la ineficacia total de esta forma de enfrentar al niño temeroso, ya que sólo contribuye a incrementar su tensión y aumentar, en lugar de reducir, la resistencia ante la acción del odontólogo. (14)

LA NEGACION DE LOS SENTIMIENTOS DEL NIÑO

Esta conducta pretende disuadir al pequeño paciente, de que todo eso que siente, ese dolor, ese miedo y esa molestia, no existen en realidad. Para ello se recurrirá a fórmulas tales como "no te estoy haciendo nada", "esto a nadie le duele", "si todavía no te toco", "no me irás a decir que esto te dolió", o la simple indiferencia ante las manifestaciones de miedo o dolor. Esta táctica, parte de un principio que tiene validez parcial: hay que evitar, en lo posible, suspender el tratamiento odontológico en presencia de gestos de resistencia, porque esto es, habitualmente, el objetivo central de tales manifestaciones.

Pero al negar el dolor o el miedo, se está pasando por alto uno de los postulados centrales del manejo psicológico del paciente odontológico, que dice que el enfermo siempre tiene la razón, cuando se trata de la evaluación del dolor o las molestias que produce un trabajo que se está llevando a cabo sobre una persona. (14)

LA BURLA

Mediante esta reacción, se trata de inhibir las manifestaciones de resistencia o miedo mediante el ridículo.

Si el odontólogo plantea las manifestaciones de temor en términos grotescos o si hace imitaciones más o menos denigrantes, del niño que empieza a mostrar esta clase de signos, es muy posible que obtenga algún tipo de éxito a corto plazo, ya que el miedo a hacer el ridículo es muy grande en cierto tipo de niños, sobre todo cuando han sido condicionados previamente por sus padres. (14)

Pero este odontólogo, no está contribuyendo de ninguna manera a minimizar la carga negativa de la experiencia odontológica, todo lo contrario. Su aportación más probable será la creación de un paciente resentido, que experimentará cada vez más resistencia a concurrir al consultorio.

LA PERSUACION

El Odontólogo que apela a esta vía para controlar las manifestaciones de temor y rechazo en un paciente infantil, demuestra algunas ventajas sobre

aquellos que aplican las técnicas descritas anteriormente. Trata al niño como persona, respeta (o finge respetar) sus razones y su derecho a tener miedo, procura dirigirse a un ser racional capaz de comprender ideas racionales, pero simultáneamente, cae en algunos errores que explican, probablemente, por qué la persuasión verbal no da los resultados que se esperan de ella. (14)

EL REFORZAMIENTO

Esta técnica, consiste en el hábil manejo de premios y castigos. Puede lograr a veces buenos resultados, pero también implica ciertos riesgos para la personalidad del niño, si se aplica con demasiada insistencia. Por otra parte, la gama de premios y especialmente de castigos que se hallan al alcance de los odontólogos, es relativamente limitada, razón por la cual, su aplicación pierde algo de eficacia. (14)

LA EXPLICACION

Nuevamente, se trata de una técnica que otorga una condición humana al paciente, lo toma en cuenta, entiende que es capaz de sufrir y tener miedo y revela al Odontólogo como un hombre preocupado por los sentimientos del niño. Todo esto es positivo y contribuye a realzar la imagen del profesionalista ante el paciente y a cimentar buenas relaciones futuras.

¿Contribuye a reducir las manifestaciones de temor y nerviosismo por parte del niño?

Pareciera que sí, pero no es un recurso infalible.

Definitivamente, largas explicaciones previas a una intervención, no hacen sino aumentar la aprensión, ya que el niño que tiene experiencia odontológica, empieza a revisar anticipadamente experiencias dolorosas pasadas, mientras que el que no la tiene, se dedica a fantasear imágenes probablemente terribles, sobre las que el Odontólogo no puede tener ningún control.

Sin embargo, existen maneras para enfocar explicaciones previas que, sin duda, son de gran valor; por ejemplo, es mucho más práctico dedicar un tiempo relativamente largo a explicar que es y para qué sirve la odontología.

Durante estas explicaciones, demuestra ser también útil un proceso de familiarización con los instrumentos.

Si es posible y la organización del consultorio y el tiempo del familiar que acompaña al niño lo permite, resulta de gran valor permitir que el niño primerizo presencie el trabajo que se le realiza al paciente anterior, que también debe ser niño, en lo posible. (14)

EL CONTACTO FISICO

Se trata de uno de los factores más delicados en el tratamiento odontológico de los niños, ya que pueden transformarse en el elemento negativo con la misma facilidad con que se convierten en un ingrediente básico de la buena relación.

Es preciso recordar que la Odontología constituye una terapia de contac-

to. Es necesario tocar al paciente para poder trabajar sobre él, por ello, el contacto físico se transforma en un elemento de alta sensibilidad para las situaciones particularmente críticas, tanto por su condición infantil (por lo tanto indefensa), como por su incomprensión del fenómeno odontológico y la necesidad de someterse a las molestias emergentes del mismo.

Por lo tanto, existe cierta paranoia justificada ante el contacto físico. Una caricia, apretar una mano o un brazo en señal de solidaridad o afecto, una palmada en la espalda, pueden crear un lazo de confianza.

Cualquier contacto que signifique restringir la libertad del enfermo o colocarlo coercitivamente en la posición deseada, puede desencadenar una reacción próxima al pánico.

Así, el contacto físico se considera como uno de los aspectos que más deben cuidarse al tratar al paciente infantil. (14)

LA PREGUNTA SOBRE EL MIEDO Y EL DOLOR

Una vez que se ha familiarizado al niño con la Odontología, es posible empezar a trabajar en su boca, iniciando con procedimientos no traumáticos y que entrañen un mínimo de dolor. A medida que se van realizando dichos procedimientos, se indaga periódicamente sobre las sensaciones que va experimentando el paciente, advirtiéndolo sobre posibles molestias y a la vez, formándose una idea más o menos precisa de umbral del dolor del niño.

Al expresar su dolor, el niño aprende a controlarlo mejor, a la vez que el Odontólogo logra establecer un diálogo realista sobre el mismo, que lo coloque en situación de preparar a su paciente para cualquier sufrimiento que pueda presentarse, sin la necesidad de mentir ni tomar desprevénido al pequeño. (14)

LA MENTIRA

Esto último, resulta de especial importancia, porque uno de los métodos más socorridos para inducir al niño a aceptar un tratamiento incómodo, es decirle simplemente que "esto no te va a doler". Por demás está decir que el sistema es tan ineficaz como deshonesto. En primer lugar, habrá pocos niños de esta esclarecida década de los 80, que vayan a creer tal mentira; en segundo lugar, al hacerse patente el engaño, el odontólogo pierde mucho del respeto y prestigio con que pudiera estar rodeado, ante los ojos del niño y pone seriamente en entredicho, todos los trabajos futuros que tengan que hacerse sobre la boca de ese niño, ya sea por parte de él mismo o de otro Odontólogo. (14)

LAS PALABRAS TRANQUILIZADORAS

Muy próximas a las explicaciones, se hayan las fórmulas apaciguadoras que se basan en palabras tales como "no te preocupes, esto es muy sencillo", o "no te va a pasar nada", "ya estás quedando muy bien" u otras similares.

No siempre surten el efecto deseado, reducir las manifestaciones de inquietud; el problema reside en que tales palabras o frases, pronunciadas sin

el debido apoyo de una adecuada explicación sobre el tratamiento odontológico, son inútiles. Por otra parte, si las frases tranquilizadoras se producen como respuesta a una situación de stress —como sucede generalmente—, el problema de credibilidad es grave. En cambio, si constituyen parte de un discurso continuo y coherente, con las explicaciones iniciales, es mucho más probable que sean aceptadas. (14)

LAS INSTRUCCIONES EXPLICADAS

Una vez que han sido explicados los métodos y alcances de la Odontología, resulta más o menos fácil proceder a trabajar en la boca del niño, con un mínimo de trámites. Para ello, es suficiente dar instrucciones claras y esquetas, acerca de lo que el joven paciente debe hacer, intercalando periódicamente algunas aclaraciones sobre el significado de los distintos movimientos e ilustrando si es necesario, con unas láminas que nunca deben faltar. (14)

RECOMENDACIONES

La principal recomendación, es la de tener una sesión introductora con el infante que concurre por primera vez a un consultorio odontológico.

Una segunda recomendación, se refiere a la comunicación constante con el paciente, referente a todo lo que tiene que ver con sus sentimientos y reacciones ante el tratamiento.

La tercera, tiene que ver con el ritmo y la insistencia de las comunicaciones verbales y no verbales, que se entablan entre el Odontólogo y su paciente.

La cuarta recomendación, se refiere a las instrucciones claras y precisas, preferentemente acompañadas por la razón de ser, del acto que se va a realizar.

La quinta, es en favor de un contacto físico amistoso y sumamente cuidadoso, excluyendo cualquier gesto que pueda ser interpretado como una retención, o una imposición contra la voluntad.

En los aspectos negativos, en primer lugar, es preciso enfatizar la inconveniencia de la coerción en todas sus formas, ya sean físicas (retención, forzamiento, introducción de instrumentos entre dientes, etc...) verbales (órdenes, amenazas, etc...) o de otra naturaleza. En segundo lugar, otro gran elemento negativo que es preciso evitar, es la mentira, tanto por razones éticas, como de eficacia. En tercer término, es recomendable evitar actitudes despectivas como la burla y la negación de los sentimientos del paciente, por más injustificados que éstos parezcan. Y por último parece haber quedado ampliamente demostrado que todos los diálogos, explicaciones y esfuerzos persuasivos, que tienden a describir anticipadamente los sufrimientos por venir, constituyen estrategias contraproducentes. (14)

A).—PROFILAXIS DENTAL

Se ha establecido de una manera generalizada entre los odontopediatras, que la práctica instituida de profilaxis dental en el consultorio, practicada por el Odontólogo e higienista, es innecesaria en edades comprendidas entre

los 18 meses y 4 años de edad; al respecto, Sidney B. Finn, explica lo siguiente:

Generalmente, se concede que la profilaxia del consultorio dental tiene importancia mínima o nula, para controlar la destrucción dental y que su contribución principal a la salud dental, radica en la prevención de enfermedades paradentales. Esta afirmación está apoyada por hallazgos observados en más de 1,000 pacientes que recibieron profilaxia y examen cada tres o cuatro meses, durante periodos de 1 a 15 años. No se observó reducción en su patrón de caries dental, atribuible a profilaxia dental periódica. (Finn, Sidney B.)

Sin embargo, se ha recomendado la práctica de la profilaxia en el consultorio dental, únicamente con fines motivacionales.

B).—IMPORTANCIA Y EFECTO DEL FLUOR SOBRE LOS DIENTES

El fluoruro es un mineral de gran afinidad con el mineral del hueso y del diente; aparece en concentración relativamente elevada, en el esmalte y sobre todo, en el esmalte superficial. En los tejidos blandos sólo hay vestigios de fluoruro y no se le ha detectado en la materia orgánica del esmalte y la dentina; de las 2 fases del proceso carioso (desmineralización y lisis de la materia orgánica), el fluoruro afecta solamente a la primera; como la desmineralización precede a la proteólisis en la caries del esmalte y la dentina, la interferencia con este proceso impedirá o detendrá la destrucción del tejido.

La ingestión del fluoruro durante los primeros estadios de la formación del esmalte, debe ser cuidadosamente controlada, para evitar la Fluorosis A lamantina. (2)

EFFECTOS PRENATALES DEL FLUORURO

Muchos de los datos clínicos relacionados con el fluoruro y la caries dental, parecen indicar que se logra mayor beneficio al exponer las piezas al fluoruro durante las etapas de calcificación, así como durante las etapas posteriores del desarrollo. (6)

Pueden lograrse máximos beneficios al exponer las piezas al fluoruro, durante la última etapa de calcificación o durante la maduración pre-eruptiva del esmalte. Adicionalmente, un grupo ha afirmado que se proporciona protección casi completa a las superficies lisas de las piezas, si están expuestas al fluoruro 2 ó 3 años antes de la erupción, pero las fosetas o fisuras, deberán ser expuestas al fluoruro durante las primeras etapas de la calcificación.

Aunque existe cierta calcificación de las piezas primarias y permanentes prenatalmente, la mayor parte de la calcificación en piezas primarias o permanentes, ocurre postnatalmente. De esta manera, la cuestión de la transferencia del fluoruro por la placenta, puede ser más académica que práctica, en cuanto a la resistencia de las piezas a la caries. (6)

Investigadores de Gran Rapids y Evanston, en sus estudios, indicaron que los niños que habían sido expuestos al fluoruro del suministro de agua,

durante su vida prenatal y postnatal, exhibían mayor protección contra los estragos de la caries dental, que a los expuestos al agua potable fluorizada, sólo durante su vida postnatal. Sin embargo, una investigación similar relacionada con el estudio de Newburgh y Kingston, indicó que no se encontraba ventaja alguna o que ésta era mínima, en niños expuestos prenatalmente al agua potable fluorizada.

A la luz de las pruebas presentes, parece que la administración de fluoruros dietéticos a mujeres embarazadas, no puede justificarse, basándose en la prevención de caries dental para el feto en desarrollo. (6) (5)

MECANISMOS DEL EFECTO DEL FLUOR TOPICO EN LA INHIBICIÓN DE CARIES

Se ha demostrado que la exposición del esmalte al fluoruro de sodio, reduce su disolución en ácido y ya que el proceso de caries involucra tal disolución, se estima que agentes más potentes que el fluoruro de sodio, para reducir la solubilidad del esmalte, también serían más importantes y potentes para inhibir la caries dental. (4)

El fluor que se encuentra en forma natural en el esmalte, está incorporado en los cristales de apatita, como fluorapatitas. Este fluor tiende a acumularse en la superficie del esmalte e incrementa la resistencia a la caries dental cuando está presente en concentraciones altas, resultando del consumo, durante la niñez, del agua fluorada. La fluorapatita, también se forma en suficiente cantidad, como resultado de la exposición durante 3 a 4 semanas, a soluciones diluidas de fluoruro de sodio. Soluciones más concentradas como se usan en tratamientos tópicos, también forman fluoruro de calcio. El fluoruro de calcio, se forma más rápidamente que la fluorapatita y de hecho, es el principal producto de la reacción. El fluoruro de calcio se mantiene sobre la superficie del diente; gradualmente reaccionará con el esmalte (hidroxiapatita) formando fluorapatita y al mismo tiempo, actuará como una reserva de fluor para mantener el equilibrio del ion en la interfase esmalte-placa.

1.—Fluorofosfato acidulado.—Este forma los mismos productos que el fluoruro de sodio y debido a su acidez, deposita mayor cantidad de fluor en forma de fluoruro de calcio. Se ha demostrado la formación de fluorapatita, a los pocos minutos de una aplicación tópica.

2.—Fluoruro estañoso.—Este fue adoptado como un agente tópico, por su actuación superior en experimentos de pruebas de solubilidad del esmalte. Las exposiciones cortas resultan de la formación de una capa de componentes estañosos, poco definidos, sobre la superficie del esmalte. El fluoruro está incorporado en esta capa, probablemente en la forma de fluoruro de calcio. Con exposiciones continuas y prolongadas, se encontrarán fosfatos de fluoruro de estaño bien cristalizados y otros componentes de estaño. (4)

3.—Fluoruros aminados.—Estos son usados debido a que se encontró que reducen la solubilidad del esmalte en ácidos, más efectivamente que el fluoruro estañoso. La interacción con el esmalte, involucra la formación de grandes

cantidades de fluoruro de calcio. Los grupos aminas, son tenso-activos y pueden sumarse al efecto protector del flúor, absorbiéndose a la superficie del esmalte. Durante una aplicación tópica, se difunden cantidades significativas de flúor de esmalte. Su penetración depende de la concentración del flúor en la solución de PH, del tiempo de exposición y de la textura de la superficie del esmalte. La incorporación y la penetración del flúor, es mayor para los fluoruros estañosos, con valores intermedios para el fluoruro de sodio y el fluorofosfato acidulado. (4)

C).—TERAPIA DE FLUORIZACION

SUPLEMENTOS CON FLUORURO EN EL INFANTE

Existe mucha evidencia convincente de que los suplementos administrados después del nacimiento, son agentes cariostáticos eficaces para niños.

Si los suplementos se usan continuamente por una cantidad de años, la reducción en la incidencia de caries puede llegar del 50 al 80% en dientes primarios y 20 a 40% en los permanentes.

El comité de nutrición de la Academia Americana de Pediatría, ha recomendado 0.5 mg. de fluoruro diariamente, para niños hasta de 3 años y 1.0 mg. diariamente después de los 3 años, si el agua contiene menos de 0.2 ppm. de fluoruro. Para infantes menores de 2 años, el consejo terapéutico dental de la A.D.A. recomienda el uso de fluoruro de sodio de 2.2 mg. disuelto en un litro de agua. Esto proporciona agua fluorada a 1 ppm que puede usarse para bebé. Una alternativa, es el uso de gotas hasta 0.25 mg. de fluoruro por día. Para niños entre dos y tres años, se puede dar una tableta conteniendo 1 mg. de fluoruro para día y medio o media tableta diaria para el niño de tres años o mayor.

El fluoruro recetado, debe ajustarse de acuerdo a la concentración de fluoruro de las aguas; no se requiere ningún suplemento, si el fluoruro en las aguas excede de 0.7 ppm. (5) (10)

FLUORURO TOPICO

Son soluciones o geles de alta concentración, conteniendo 1.2 ó 2.5 de fluoruro que se aplican una o varias veces por año. (5)

Existen tres tipos de principales soluciones o geles de fluoruro, que debe aplicar el Odontólogo. Estos son: el fluoruro de fosfato acidulado (APF), fluoruro sódico (NaF) y fluoruro estañoso (ZnF₂).

1.—FLUORURO DE FOSFATO ACIDULADO (A.P.F.)

Es probablemente el más utilizado en la actualidad. La solución se aplica por 4 minutos continuos. La mayor cantidad de captación de fluoruro, ocurre durante los primeros 4 minutos, después de los cuales, disminuye mucho. Los pacientes no deben comer, beber o enjuagarse por lo menos durante 30 minutos, para favorecer la penetración y retención del fluoruro. Las aplicaciones semi-anales de flúor-fosfato acidulado, junto con un programa de control cada 6 meses parecen dar los mejores resultados.

2.—FLUORURO DE SODIO (FNa)

Fue el primer material estudiado como un compuesto de fluoruro eficaz. Se propuso incorporar este agente a los productos dentífricos, pero se demostró la incompatibilidad del material activo con el abrasivo, en la fórmula del dentífrico. El fluoruro reaccionaba con el calcio y el fosfato del abrasivo, sin ser ya soluble después, para poder reaccionar con los dientes. (16)

3.—FLUORURO ESTAÑOSO (SnF₂)

Las aplicaciones semi-anales, dan buen resultado. Los dientes se deben mantener humedecidos continuamente con la solución, durante 4 minutos.

A pesar de la inhibición de la caries obtenida con solución de fluoruro estañoso al 8 ó 10%, se está usando cada vez menos, sobre todo en niños, debido a que es inestable en solución acuosa, por lo tanto, debe ser preparada diariamente; su PH es bajo y de da un sabor metálico; produce pigmentación alrededor de lesiones cariogénicas o zonas hipocalcificadas; causa irritación gingival. (5)

CASUÍSTICA

CASO 1

NOMBRE: Eva María Martínez Silva **Edad:** 21 meses
DIRECCION: Dos Bocas No. 1584 **Sexo:** F.
CIUDAD: Guadalajara, Jal.

ANTECEDENTES:

El paciente, hija de padres en favorable estado de salud; pesó al nacer 3.200 Kgs.

El paciente presenta infección crónica de las vías respiratorias altas.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Los padres presentan a la niña, debido a caries en los dientes centrales superiores.

HISTORIA CLÍNICA

El paciente presenta lesiones cariogénicas en cara vestibular, en ambos incisivos centrales maxilares. La madre reporta que la niña es alimentada con biberón durante las horas de sueño, tanto diurnas como nocturnas; el líquido usado habitualmente, era leche entera y jugo de frutas azucarado. El paciente no ha recibido suplementos fluorados.

TRATAMIENTO

- 1o.—Restauración de los dientes anteriores con amalgama.
- 2o.—La substitución de líquidos azucarados en el biberón, por agua.
- 3o.—Instrucciones de higiene oral a la madre.
- 4o.—Prescripción de 0.5 mg. de fluoruro sistémico diariamente.

CASO 2

NOMBRE: Angplica González Valdez **Edad:** 3 años y 1 mes
DIRECCION: Montes Urales No. 325 **Sexo:** F.
CIUDAD: Guadalajara, Jal.,

ANTECEDENTES

La paciente es hija de padres en favorable estado de salud; pesó al nacer 2.800 Kgs.; presenta estado de salud favorable.

MOTIVO DE LA CONSULTA

La madre refiere que los 4 incisivos maxilares se están "despostillando".

HISTORIA CLINICA

En la valoración clínica, se observan los 4 incisivos maxilares con lesiones cariogénicas en las superficies linguales, únicamente. La madre, aunque consciente del potencial cariogénico de los alimentos azucarados, deja al paciente con varias botellas con refresco o kool-aid, cuando se ausenta al trabajo.

TRATAMIENTO

- 1o.—Los incisivos fueron restaurados con amalgama de plata.
- 2o.—Varios intentos fueron realizados para substituir los líquidos azucarados por agua, que era rechazada por el paciente, hasta que se logró la aceptación.

CASO 3

NOMBRE: Miguel Angel Vadivia Gómez

DIRECCION: Juan I. Matute No. 42 **Edad:** 18 meses

CIUDAD: Guadalajara, Jal. **Sexo:** M.

ANTECEDENTES

El padre presenta arterioesclerosis; la madre presenta favorable estado de salud; pesó al nacer 2.750 kgs.; el paciente presenta estado de salud aceptable.

MOTIVO DE LA CONSULTA

La madre refiere salivación excesiva.

HISTORIA CLINICA

En la valoración clínica se observa buen estado de salud bucal; presenta residuos alimenticios en sus dientes; el paciente no ha recibido suplementos fluorados.

TRATAMIENTO

- 1o.—Instruir a la madre sobre higiene oral.
- 2o.—Se le practicó limpieza oral con gasa de 5 X 5" y una pequeña porción de pasta dental; se pidió a la madre realizar la técnica dos veces al día.
- 3o.—Prescripción de 0.5 mg. de fluoruro sistémico diariamente.

CASO 4

NOMBRE: Leticia Casas Rentería
DIRECCION: J. O. de Domnguez 1464
CIUDAD: Guadalajara, Jal. Edad: 4 años
Sexo: F.

ANTECEDENTES

El padre presenta alcoholismo; la madre presenta obesidad y problemas en circulación periférica; pesó al nacer 3.500 kg.; la paciente presenta miopía.

MOTIVO DE LA CONSULTA

La niña sufrió una caída de su triciclo. La madre acude al consultorio creyendo que la niña tiene un problema dental.

HISTORIA CLINICA

En la valoración clínica se observó que presentaba lesión en el labio inferior, en la parte interna. Presenta residuos alimenticios en vestibular de dientes anteriores. El paciente no ha recibido suplementos con fluoruro.

TRATAMIENTO

- 1o.—Se suturó la lesión con seda 000. un punto aislado.
- 2o.—Se le dio cita a 3 días para quitar la sutura.
- 3o.—Se instruyó al paciente sobre técnica de cepillado de barrido (Bass).
- 4o.—Aplicación tópica de fluoruro.

CASO 5

NOMBRE: Jesús Camacho Hernández

DIRECCION: Av. Sta. Margarita 314

Edad: 11 meses

CIUDAD: Zapopan, Jal.

Sexo: M.

ANTECEDENTES

El paciente, hijo de padres en favorable estado de salud; pesó al nacer 3.0 kg.

MOTIVO DE LA CONSULTA

La madre presenta al niño para preguntar el por qué de la ausencia de los molares.

HISTORIA CLINICA

En la evaluación clínica, no se observó ningún dato patológico.

TRATAMIENTO

1o.—Explicación de la etapa de erupción, a la madre.

2o.—Instruir a la madre sobre higiene oral; se le practicó limpieza oral con gasa de 5 X 5"; se pidió a la madre realizar la técnica dos veces al día.

3o.—Prescripción de fluoruro sistémico, 0.5 mg. en su biberón, disuelto en agua.

CASO 6

NOMBRE: Enrique Gaspar Navarro Farfán.
DIRECCION: Ruiseñor 2716, Fracc. Las Torres.
CIUDAD: Guadalajara, Jal. Edad: 4 años
Sexo: M.

ANTECEDENTES

Padre finado desde hace 2 años; madre en favorable estado de salud; se dedica al comercio en mercados ambulantes. El paciente pesó 3.250 kg. al nacer; presenta buen estado de salud.

MOTIVO DE LA CONSULTA

La madre presenta al niño, debido al dolor en la región anterior superior.

HISTORIA CLINICA

En la evaluación clínica se observó que el niño presenta el síndrome del biberón y lesiones cariogénicas en los primeros molares superiores. La madre refiere que efectivamente el niño usualmente duerme con el biberón conteniendo leche entera y en algunas ocasiones, bebidas azucaradas.

TRATAMIENTO

- 1o.—Extracción de los 4 incisivos superiores.
- 2o.—Obturación de los primeros molares superiores con amalgama de plata.
- 3o.—Instrucción a la madre y al niño, de técnica de cepillado y recomendar a la madre la eliminación del biberón.
- 4o.—Aplicación tópica de flúor.

CASO 7

NOMBRE: Joaquín Sáinz Gutiérrez **Edad:** 3½ años
DIRECCION: Paraná No. 3074 **Sexo:** M.
CIUDAD: Guadalajara, Jal.

ANTECEDENTES

El padre presenta favorable estado de salud; la madre problemas circulatorios en extremidades inferiores (várices); el paciente pesó al nacer 3.400 kg.; presenta estado de salud óptimo.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Revisión general de la boca del niño.

HISTORIA CLINICA

En la evaluación clínica, no se observaron datos patológicos.

TRATAMIENTO

- 1o.—Instrucción a la madre y al niño, sobre técnica de cepillado.
- 2o.—Aplicación tópica de fluoruro.

CASO 8

NOMBRE: Santiago Sosa Castañeda
DIRECCION: Francisco de Quevedo 236
CIUDAD: Guadalajara, Jal. Edad: 4 años
Sexo: M.

ANTECEDENTES

Padre en estado de salud regular, ya que presenta stress ocasionado por su trabajo; madre con estado de salud favorable, el paciente pesó al nacer 3.900 kg., presenta buen estado de salud.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Revisión general de la boca.

HISTORIA CLINICA

En la evaluación clínica, presentó materia alba en tercios cervicales de todos sus dientes; también presentó caries en los primeros molares superiores e inferiores.

TRATAMIENTO

- 1o.—Obturación con amalgama de plata, de los molares.
- 2o.—Instrucción a la madre y al niño, sobre técnica de cepillado.
- 3o.—Aplicación tópica de fluoruro.

CASO 9

NOMBRE: Isidro Martínez Vázquez

DIRECCION: Calle 7 No. 2542, Lomas de Polanco

CIUDAD: Guadalajara, Jal. Edad: 3½ años

Sexo: M.

ANTECEDENTES

El padre es alcohólico, es peón en una construcción, la madre presenta excelente estado de salud; es afanadora en una escuela. El niño pesó al nacer 2.150 kg.; presenta amibiasis crónica y apariencia física delgada.

MOTIVO DE LA CONSULTA

La madre refiere que el niño presenta molestias al comer.

HISTORIA CLINICA

En la evaluación clínica, se observó caries de segundo grado en los 8 molares. Higiene bucal desfavorable. La madre refiere que no ha recibido suplementos con fluoruro, ni aplicaciones tópicas, ya que es su primer visita al dentista.

TRATAMIENTO

- 1o.—Obturación con amalgama de plata, de los molares.
- 2o.—Instrucción de técnica de cepillado, a la madre y al niño.
- 3o.—Aplicación tópica de fluoruro.

CASO 10

NOMBRE: Agustín Gómez Alcántara

DIRECCION: Faro No. 2715

Edad: 4 años

CIUDAD: Guadalajara, Jal.

Sexo: M.

ANTECEDENTES

El paciente es hijo de padres en favorable estado de salud; pesó al nacer 3.500 kg. y presenta buen estado de salud.

MOTIVO DE LA CONSULTA

La madre presenta al niño para una obturación de una caries.

HISTORIA CLINICA

En la evaluación clínica se observó que efectivamente el niño sólo presentaba caries de primer grado en el primer molar inferior izquierdo. La madre refirió que el agua que ingiere el niño, es con suplemento de fluoruro y que ha recibido instrucción técnica de cepillado.

TRATAMIENTO

1o.—Obturación del molar con amalgama de plata.

2o.—Reafirmar la técnica del cepillado.

CONCLUSIONES

La profesión odontológica, ha intentado diferentes procedimientos para limitar los efectos deletéreos de la caries dental, sobre las piezas dentales, tanto primarias como permanentes. La prevención ha sido integrada en la filosofía del Odontólogo, en cuanto a la atención preventiva del paciente niño. Las medidas preventivas, específicamente aplicables al paciente individual, deben instituirse lo más pronto posible, para alterar los factores etiológicos de la formación de la caries.

En los últimos tiempos, la profesión ha subrayado los efectos de los métodos de control de placa sobre la incidencia de la caries dental. Los estudios microscópicos aplicados con material obtenido de fisuras, prueban que sin duda alguna las bacterias colonizan en dichas regiones y como todo Odontólogo con alguna experiencia puede atestiguar, forman ácidos en cantidad suficiente como para destruir los tejidos dentarios.

En vista de lo anterior, podemos concluir que los métodos encaminados a la efectividad en un programa preventivo, será más satisfactorio en relación al tiempo de inicio del mismo. La intervención temprana en el cuidado de la salud dental, será determinante y definitiva en el proceso preventivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—American Academy of Pedodontics. "*Pediatric Dental Care: An up date for the Dentist and for the Pediatrician*". New York, U.S.A. 1978 p.p. 24.
- 2.—Bernier, Joseph L.; Muhler, Joseph C. "*Medidas preventivas para mejorar la práctica dental*".
3a. Ed. Buenos Aires, Argentina, Edit. Mundi., 1972 p.p. 59, 94, 160.
- 3.—Braham, Raymond L.; Merle E. Morris. "*Odontología Pediátrica*".
Buenos Aires, Argentina, Edit. Médica Panamericana, 1984, p.p. 597.
- 4.—Cohen, Bertram; Kramer, Ivor R. H. "*Fundamentos Científicos de Odontología*".
Barcelona, España, Salvat Edit., S. A., 1981, p.p. 42, 43.
- 5.—Depaola, Dommick P.; Gordon, Cheney H. "*Odontología Preventiva*".
Buenos Aires, Argentina. Edit. Mundi Saic y F., 1981. p.p. 69, 72, 161, 168.
- 6.—Finn, B. Sidney. "*Odontología Pediátrica*".
México, D. F. Edit. Interamericana, 1979 p.p. 40-41, 438-440, 471, 473.
- 7.—Graber, Touro M. "*Ortodoncias Teoría y Práctica*".
México, D. F. Edit. Interamericana, 1974, p.p. 370, 601.
- 8.—Guardo, Antonio J.; Guardo, Carlos R. "*Ortodoncia*", Buenos Aires, Argentina, Edit. Mundi, 1981, pp. 62.
- 9.—Hotz, P. Rudolf. "*Odontopediatría*".
Buenos Aires, Argentina, Edit. Médico Panamericana. 1977, p. p. 130, 264.
- 10.—Katz, Simón; McDonal, James L.; Stookey, George K. "*Odontología Preventiva en Acción*".
3a. Ed. México, D. F. Edit. Médica Panamericana, 1983 p.p. 69, 75, 80, 182, 187.
- 11.—Mayoral, José; Mayoral, Guillermo. "*Ortodoncia; Principios Fundamentales y Práctica*".
4o. Ed. Barcelona, España, Edit. Labor 1983, p.p. 191, 192.
- 12.—Moyers, Robert E.; "*Manual de Ortodoncias Para el Estudiante y el Odontólogo en General*".
Buenos Aires, Argentina. Edit. Mundi 1976, p.p. 371.
- 13.—Negre Ramos, Ana Rosa; Alemán Cabello, Georgina; Rosas Gómez Ramiro. "*Apuntes de Odontología Preventiva*". Depto. de Estomatología, Universidad Autónoma de Guadalajara, 1980 pp. 65, 67, 68.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—American Academy of Pedodontics. "*Pediatric Dental Care: An up date for the Dentist and for the Pediatrician*". New York, U.S.A. 1978 p.p. 24.
- 2.—Bernier, Joseph L.; Muhler, Joseph C. "*Medidas preventivas para mejorar la práctica dental*".
3a. Ed. Buenos Aires, Argentina, Edit. Mundi., 1972 p.p. 59, 94, 160.
- 3.—Braham, Raymond L.; Merle E. Morris. "*Odontología Pediátrica*".
Buenos Aires, Argentina, Edit. Médica Panamericana, 1984, p.p. 597.
- 4.—Cohen, Bertram; Kramer, Ivor R. H. "*Fundamentos Científicos de Odontología*".
Barcelona, España, Salvat Edit., S. A., 1981, p.p. 42, 43.
- 5.—Depaola, Dommick P.; Gordon, Cheney H. "*Odontología Preventiva*".
Buenos Aires, Argentina. Edit. Mundi Saic y F., 1981. p.p. 69, 72, 161, 168.
- 6.—Finn, B. Sidney. "*Odontología Pediátrica*".
México, D. F. Edit. Interamericana, 1979 p.p. 40-41, 438-440, 471, 473.
- 7.—Graber, Touro M. "*Ortodoncias Teoría y Práctica*".
México, D. F. Edit. Interamericana, 1974, p.p. 370, 601.
- 8.—Guardo, Antonio J.; Guardo, Carlos R. "*Ortodoncia*", Buenos Aires, Argentina, Edit. Mundi, 1981, pp. 62.
- 9.—Hotz, P. Rudolf. "*Odontopediatria*".
Buenos Aires, Argentina, Edit. Médico Panamericana. 1977, p. p. 130, 264.
- 10.—Katz, Simón; McDonal, James L.; Stookey, George K. "*Odontología Preventiva en Acción*".
3a. Ed. México, D. F. Edit. Médica Panamericana, 1983 p.p. 69, 75, 80, 182, 187.
- 11.—Mayoral, José; Mayoral, Guillermo. "*Ortodoncia; Principios Fundamentales y Práctica*".
4o. Ed. Barcelona, España, Edit. Labor 1983, p.p. 191, 192.
- 12.—Moyers, Robert E.; "*Manual de Ortodoncias Para el Estudiante y el Odontólogo en General*".
Buenos Aires, Argentina. Edit. Mundi 1976, p.p. 371.
- 13.—Negre Ramos, Ana Rosa; Alemán Cabello, Georgina; Rosas Gómez Ramiro. "*Apuntes de Odontología Preventiva*". Depto. de Estomatología, Universidad Autónoma de Guadalajara, 1980 pp. 65, 67, 68.

- 14.—Práctica Odontológica. "*El niño en su primera visita*". Volumen 5, No. 2, 1984 p.p. 7, 8, 10, 11, 14, 17.
- 15.—Wilson, Eva D.; Fisher, Katherine H.; García, Pilar A. "*Principles of Nutrition*" 4th. Ed. New York: J. Wiley, 1979, p.p. 414.
- 16.—Wodall, I. R.; Dafoe, B. R.; Young, N. S.; Etal. "*Odontología Preventiva*". México, D. F. Edit. Interamericana, 1983 p.p. 377.