

317
Lej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVENCION DENTAL INFANTIL

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a :

Angela Simona Pérez García

FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1989



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.

TEMARIO

- I.- *Introducción*
- II.- *Erupción Dental*
 - a) *Cronología*
- III.- *Desarrollo Psicológico del Niño*
- IV.- *Intervención del Dentista.*
 - a) *Según tipos psicológicos del niño*
 - b) *De acuerdo a su edad*
 - c) *Edad conveniente para la intervención*
- V.- *Ambiente del consultorio*
- VI.- *Métodos y Técnicas de Enseñanza*
- VII.- *Material de Enseñanza para la Motivación*
- VIII.- *Placa Bacteriana*
- IX.- *Caries*
 - a) *Dieta cariogénica*
 - b) *Programa Típico de Control de Caries*
- X.- *Cepillo*
 - a) *Clases de Cepillos*
 - b) *Cerdas*
 - c) *Elementos Auxiliares*
- XI.- *Introducción y Técnicas de Cepillados*
- XII.- *Fluoruración en el Consultorio*
- XIII.- *Orientación Nutricional*
- XIV.- *Conclusiones*
- XV.- *Bibliografía*

I N T R O D U C C I O N

La prevención empieza con la salud y buscarla es utilizar los métodos de aplicación universales y simples.

La caries dental y la enfermedad periodontal figuran entre las enfermedades crónicas más comunes del ser humano y por fortuna para todos se ha encontrado un método preventivo y colectivo de gran eficacia, seguridad y económico: LA FLUORURACION.

La odontología preventiva es la suma total de los esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo por medio de la promoción, mantenimiento y/o restitución de su salud bucal.

Desde un punto de vista práctico el concepto de prevención engloba varios componentes que son:

- 1.- Considerar al paciente como una entidad total y no solamente como un conjunto de dientes, huesos y tejidos blandos que pueden ser atacados por una enfermedad.
- 2.- Tratar de mantener la salud de las personas sanas, esto es procurar por tanto tiempo como sea posible de evitar la enfermedad.
- 3.- Detener por todos los medios posibles el avance de cualquier enfermedad presente.
- 4.- Tratar de rehabilitar al paciente física y psicológicamente.

gicamente y socialmente de modo tal que pueda vivir y desempeñarse tan normalmente como sea posible.

- 5.- Proporcionar al paciente la oportunidad de adquirir conocimiento y motivación necesaria para que pueda mantener su salud bucal.

La odontología infantil difiere de la odontología de los adultos en tres aspectos principales:

- atención del paciente.
- problemas relacionados con el crecimiento y desarrollo.
- procedimientos de restauración relacionados con la dentición en desarrollo.

Estos aspectos guardan relación con el desarrollo emocional y físico del niño; son tan específicos que la PEDODONCIA afronta de manera predominante problemas relacionados con la atención y la educación del paciente.

El principal objetivo del presente trabajo es tratar de convencer a los lectores del mismo, que es mejor que se promueva la prevención dental, sobre todo en niños; que tener que llegar a la atención dental con medidas y tratamientos que a veces resultan drásticos.

Es indispensable que se hable de esta prevención sobre todo a los padres del mismo niño y a las personas que están a su alrededor, ya que --ellos son los indicados en guiar al niño después de que el dentista lo haga en el consultorio.

Así cuando el niño es convencido y habituado del cuidado de sus dientes primarios, al ser mayor no tendrá ningún problema al atender su dentadura secundaria ya que además estará acostumbrado a la atención periódica del dentista.

ERUPCIÓN DENTAL

El crecimiento dental humano comienza durante la sexta semana de vida embrionaria en combinación con el crecimiento de los huesos de la cabeza y de la cara.

Las piezas dentales por sí mismas contribuyen enormemente a la formación de la cara; así, las mandibulares generalmente preceden a las maxilares.

Según algunos autores es más importante el orden de erupción dental que el tiempo de la misma.

Tres o cuatro meses de diferencia e incluso un año en dentición secundaria en la cronología de la erupción en cualquier sentido no significa que el niño presente erupción anormal.

Tampoco es anormal que el niño al nacer presente alguna o varias -- piezas erupcionadas.

a) CRONOLOGÍA

DENTICION	DECIDUA	
	MAXILAR	
Pieza Dentaria	Erupción	Raíz Completa
Incisivo central	7.5 meses	1.5 años
Incisivo lateral	9 "	2 "

Canino	18 meses	3.5 años
Primer molar	14 "	2.5 "
Segundo molar	24 "	3 "

MANDIBULAR

Incisivo central	6 meses	1.5 años
Incisivo lateral	7 "	1.5 "
Canino	16 "	3.5 "
Primer molar	12 "	2.5 "
Segundo molar	20 "	3 "

DENTICION

PERMANENTE

MAXILAR

Pieza Dentaria	Erupción	Raíz Completa
Incisivo central	7-8 años	10 años
Incisivo lateral	8-9 "	11 "
Canino	11-12 "	13-15 "
Primer premolar	10-11 "	12-13 "
Segundo premolar	10-12 "	12-14 "
Primer molar	6-7 "	9-10 "
Segundo molar	12-13 "	14-16 "
Tercer molar	17-21 "	18-25 "

MANDIBULAR

<i>Incisivo central</i>	6-7 años	9 años
<i>Incisivo lateral</i>	7-8 "	10 "
<i>Canino</i>	9-10 "	12-14 "
<i>Primer premolar</i>	10-12 "	12-13 "
<i>Segundo premolar</i>	11-12 "	13-14 "
<i>Primer molar</i>	6-7 "	9-10 "
<i>Segundo molar</i>	11-13 "	14-15 "
<i>Tercer molar</i>	17-21 "	18-25 "

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

La conducta del niño no es finalmente distinta de la del adulto, -- más es de presumir que en el adulto puede ser observada en una etapa menos compleja y que es más fácil reconstruir las tendencias en la niñez-- que en la vida adulta.

Uno de los conceptos que se habla de la niñez es que la conducta es propioceptiva.

Esto no significa que sea conciente sino que puede ser considerada como de cierto valor o importancia para el organismo en que se manifiesta.

El niño al nacer empieza a respirar y poco tiempo después a comer.

No se cree que sepa concientemente lo que está haciendo o por qué-- deba hacerlo, no obstante desde el punto de vista del observador interesado, la conducta del niño sirve para un fin valioso.

Tanto es así que si no puede realizar esos actos elementales su vida misma se encuentra amenazada.

Poco tiempo después de la necesidad de sentarse, caminar, hablar,-- adaptarse, etcétera produce reacciones que al parecer son propositivas.

Esto nos lleva a afirmar que además de ser predominantemente propositiva e inconciente, la motivación de casi toda la conducta es en gran parte emocional.

Las emociones son más bien procesos que dependen para su expresión, de ciertos centros situados en la profundidad del cerebro.

Dichos centros nerviosos se han formado ya al nacer el niño y son--
ingluidos o condicionados por las experiencias propias; pero no pueden--
ser modificados por los conceptos o las palabras tomadas como tales.

Es por esta razón que carece de objeto pedir a una persona que no--
tenga temor cuando la naturaleza misma de su experiencia es que siente--
miedo.

La rabieta infantil nos da una ilustración relativamente sencilla --
de la forma en que se manifiestan algunos de estos principios.

La observación revela que si el niño se enfrenta al conjunto de es--
tímulos, adquiere lo que llamamos experiencia; lo cual lo lleva a sentir--
se como una entidad que tiene deseos, impulsos, etcétera.

Al dar rienda suelta a estos deseos o impulsos se encuentra con que
algunos le son permitidos y otros no.

INTERVENCIÓN DEL DENTISTA

A) SEGUN TIPOS PSICOLÓGICOS DE LOS NIÑOS.

B) DE ACUERDO A SU EDAD.

El odontólogo deberá averiguar una serie de circunstancias relacionadas con su paciente.

- Quién y cómo es su paciente.
- Qué es lo que el paciente espera del profesionalista.
- Cuál es la fuente y extensión de sus miedos y ansiedades.
- Saber que es lo que el paciente sabe o ignora sobre la -- odontología preventiva y sus objetivos.
- Hacerle saber al paciente que la meta propuesta sólo puede alcanzarse mediante un esfuerzo cooperativo entre él y el odontólogo y que él es el miembro más importante a cargo de su salud bucal.

El dentista ha de tener paciencia y respeto para la personalidad de su paciente en este caso del niño.

Es necesario establecer amistad y cordialidad entre dentista y niño.

La persuasión crea mejores relaciones que la admonición; tanto que -- la conducta del niño se modifica mejor con sugerencias que con exigencias.

Una conversación sobre cosas interesantes para el niño, y que no haya alusión a lo que el dentista hace o tiene que hacer, permite a veces rea-

lizar fácilmente operaciones dolorosas.

De ahí que, enfrentarse con el niño es una situación que cada dentista tiene que resolver individualmente.

Inducirlos en el gabinete operatorio y mantener vivo su interés, explicándoles; por ejemplo, el mecanismo de la unidad dental.

Hago la sugerencia de que cuando haya niños de la misma familia que necesiten asistencia dental y nunca haya sido atendido, no se le permita entrar al gabinete mientras se está atendiendo a otro.

Al operar en niños hay que estudiar sus emociones ya que algunos niños reaccionan frente a ciertas situaciones y otros no.

El dentista debe tener siempre presente, que la situación en que se coloca el niño puede serle favorable o adversa.

El estudio de sus impresiones es de valor práctico para quien desee tener éxito en su labor.

La personalidad del niño se modela por la educación y el ambiente -- doméstico.

A menudo, el niño de un hogar modesto es mejor paciente que el malcriado y altanero de una casa rica.

En defensa de los niños, recordemos que, entre los adultos, hay pacientes tan molestos e inquietos como los niños, si no es que más.

Es importante señalar que las bocas de los niños, son generalmente--

más limpias que las de algunos adultos, por lo tanto, es posible tener mejores resultados.

El éxito en cualquier terreno, depende en cierto grado, de la capacidad para enseñar.

El dentista no ha de limitarse a su labor reparativa, sino que ha de enseñar tanto a los niños como a los padres a observar y practicar -- hábitos sanitarios.

Una vez que el dentista ha aprendido a conducirse a sí mismo, a tener paciencia y habilidad en hallar recursos, habrá conseguido interés y tendrá ventaja respecto a la psicología del niño.

Es casi imposible dar reglas a estudiantes y profesionales dentistas, no obstante he aquí algunas sugerencias.

a) Conozca y consiga la confianza del niño (esto -- conviene también con los adultos). El niño por instinto, muestra instantáneamente gusto o disgusto por un extraño, por lo tanto es preciso -- proceder con prudencia desde el principio.

El mejor modo de atraer la atención del niño es hacerle un tratamiento profiláctico, de primera entrada, esto le dará confianza y disminuirá sus temores.

b) No se tenga al niño en el sillón dental por más de media hora a tres cuartos de la misma.

El tiempo empleado en la primera sesión deberá ser -- muy breve.

- c) No se engañe al niño, déle confianza y trátesele como si fuera un adulto, ya que, una vez engañado es difícil recuperar su confianza e interés.
- d) No se violente al niño, ni se quebrante su valor, sólo en caso de absoluta necesidad.
- e) Hágase todo lo que se tenga que hacer, manteniendo a los padres los más apartados que se pueda y de ser posible lo mejor es no darles acceso, después de la primera visita, en la que se ha llegado a un acuerdo sobre los trabajos dentales que deban hacerse, ya que generalmente dan órdenes repetitivas y amenazadoras.

Por ejemplo, si el dentista dice "abre la boca, pues te voy a anestesiar"; los padres dicen "abre la boca porque te van a inyectar" o si no te dejas te castigo", etcétera y eso en vez de beneficiar, perjudica.

A) SEGUN TIPOS PSICOLOGICOS DE LOS NIROS

Por desarrollo psicológico se entiende una serie complicada de -- acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta.

También se refiere a la adquisición, por parte del niño, de conocimientos, destrezas e intereses.

A pesar de que la maduración está determinada por factores propios del individuo, el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo.

Siendo así que cada ser es una personalidad separada, cuyas experiencias en su infancia son importantes en su conducta futura y su relación con sus semejantes.

1) NIÑO TIMIDO

Es fácil de reconocer ya que busca esconderse detrás de la madre o de la persona que lo acompaña.

En estos casos se le convencerá sin mostrar una insistencia excesiva. Dominando poco a poco su temor y teniendo la oportunidad de entrar en el terreno de sus afectos, demostrando interés en lo que a él le interesa.

2) NIÑO CONSENTIDO

La excesiva indulgencia o a veces el rechazo o influencia, por parte de los padres hacen que el niño manifieste una conducta consentida que por lo general se caracteriza por su desobediencia. Está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, ya sea gritando, llorando y a veces hasta insultando.

En estos casos dentro del consultorio dental, se tendrá a veces que recurrir a medidas extremas como el taparle la boca para conseguir tranquilizarlo y hacer que pueda escuchar al profesionalista, que le hablará con voz suave pero firme. El manejo de este niño es muy importante desde la primera cita, de otra manera el niño repetirá sus berrinches, ya que le darán buen resultado para que el dentista no haga su labor.

3) NIÑO CAPRICHOSO

Es por lo general hijo único, el más pequeño de la familia o ha permanecido enfermo por mucho tiempo; por lo mismo se le complace en casi todo. Normalmente se comporta bien; pero se disgusta cuando se le pide que haga algo que no quiere hacer o que no le gusta.

4) NIÑO DESAFIANTE

Generalmente esta actitud la presentan niños que han sido sobreprotegidos por sus padres y desafían la auto-

ridad del dentista. El dentista en este caso deberd--
imponer disciplina para lograr su cooperación.

5) NINO TEMPERAMENTAL

Es el tipo de paciente que cabe dentro de todos los ti--
pos, a veces coopera y a veces no, se presenta cansado
o aburrido.

6) NINO DEBIL MENTAL

Todos los niños de lento aprendizaje, constituyen un---
problema que debe tratarse individualmente según el caso.
Generalmente se caracterizan por la lentitud con que si--
guen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuer--
do al grado o etapa de debilidad mental.

7) NINO COOPERADOR

Es el niño que se debe manejar con mayor cuidado, para no
hacer de El un mal paciente.

B) DE ACUERDO A SU EDAD

El dentista que decide dedicarse a la atención de los niños, estará
en contacto con un ser imaduro y en pleno desarrollo, tanto físico como
mental; con características propias, por lo que es importante conocer --
liniamientos de conducta y sus capacidades mentales y emocionales para--

que así sea posible encauzar una buena relación.

PATRONES DE CONDUCTA

INFANTIL

1) DEL NACIMIENTO A LOS 2 AÑOS.

El niño dependen completamente de su madre, en lo que a cuidado y protección se refiere, de tal manera que la considera como parte de él mismo. Como consecuencia de este sentimiento de seguridad, el odontólogo procederá a su tarea en presencia de la madre sin preocuparse de la resistencia o llanto del pequeño, ya que son normales a esa edad.

2) DE 2 A 3 AÑOS.

Es una etapa de transición de un bebé a un niño preescolar, en la que el niño trata de ser independiente en su medio ambiente familiar. Su conducta se caracteriza por que distrae su atención fácilmente de una cosa a otra, teniendo un campo de intereses amplios y variados.

"ESTA ES LA EDAD IDEAL PARA LLEVAR AL NIÑO AL DENTISTA" y comenzar un programa de atención dental preventiva.

3) DE 3 AÑOS.

Es capaz de sentarse en el sillón dental por sí solo y aunque no habla mucho, sí obedece órdenes sencillas.

El tratamiento se llevará a cabo sin la presencia de la madre

por las siguientes razones:

- Comparte su atención entre la madre y el odontólogo.
- Recibe órdenes repetitivas, al dar una indicación el odontólogo, la madre automáticamente la repite; lo-- que de alguna forma molesta al niño.
- El uso inapropiado del vocabulario por parte de la-- madre es perjudicial (te van a inyectar, en vez de; te van anestesiar).
- Actitudes negativas como amenazarlo.
- Sobre-protección excesiva.

4) DE 4 A 6 AÑOS

A esta edad el niño quiere ser independiente y lo manifiesta de manera agresiva. Sus enemistades son tan inestables como sus amistades.

5) DE 5 AÑOS.

Se encuentra una gran variedad de conductas, que van desde el niño que no coopera, que se encuentra inseguro, asustado y -- aún fuertemente ligado a la madre; hasta el niño que se conforma, dócil y sumiso, o el que coopera ampliamente por que se siente seguro y disfruta de una nueva experiencia en el -- consultorio dental.

6) EDAD PREESCOLAR.

Los pequeños que aún no asisten al jardín de niños o no tienen muchos contactos sociales, pueden ser tímidos o poco amigables, por lo general temen a los extraños hasta que se ---

identifican con ellos. En cambio los niños que asisten a la escuela se vuelven más sociables y están más dispuestos a relacionarse con extraños y aceptan mejor cualquier tratamiento.

7) PERIODO ESCOLAR.

Se divide en tres etapas:

TEMPRANA - el niño se encuentra listo para iniciar una existencia independiente.

INTERMEDIA- de los 8 a los 9 años empieza a romper sus relaciones con su casa.

- a los 10 años al niño le gusta demostrar que es capaz de realizar acciones muy -- difíciles.

- a los 12 años suelen desdenar todas las actitudes de niños y son firmemente independientes, son muy curiosos y eso ayudará al dentista para ganarse su confianza.

FINAL - comprende de los 13 a los 18 años, se enfrenta al problema de quererse independizar de la autoridad que le proporciona su familia, rompiendo con muchos principios familiares, basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto, intimidad, etcétera; alejándose de su familia.

8) **ADOLESCENCIA.**

Pide privilegios pero no acepta asumir ninguna responsabilidad.

AMBIENTE DEL CONSULTORIO

Los niños son muy sensibles al ambiente que los rodea. Les agradan los colores brillantes y la decoración alegre.

Los niños manifiestan un gran disgusto por los ambientes tristes, los olores desagradables en las habitaciones (de medicamentos) y a algunos, los uniformes blancos que pueden recordarle alguna experiencia desagradable que pudo haber sufrido el pequeño antes con algún tratamiento médico o dental.

El consultorio debe poseer un ambiente apropiado para enseñar a -- los pacientes como mantener su higiene bucal adecuadamente.

En general el aspecto material deberá estar constituido por:

- sillón
- escupidera
- lámpara
- espejo grande
- gabinete para material tanto médico como educativo.
- bastante iluminación
- la decoración con motivos infantiles y de preferencia con colores pastel.

El aspecto del gabinete dental es de capital importancia, así como sus alrededores y sus anexos agradables.

El recibidor deberá tener aspecto doméstico, es conveniente incluir en la decoración algunas imágenes o carteles de animales que representen

escenas en las que se cepillen los dientes y otras atractivas cosas que conviertan al niño asustadizo en animoso, propicio y optimista; pequeño paciente que tiene interés en el profesional y en lo que éste va a realizar con él.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA

A través del reacondicionamiento realizado con la guía del dentista, el niño empieza a aprender y aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos.

Pierde su miedo a la odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad.

El primer paso en el reacondicionamiento, es saber si el niño teme excesivamente a la odontología y por qué.

Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca.

Cuando ya conoce la causa del miedo (si es que existe) controlarlo es el procedimiento siguiente. Enseguida se procederá a familiarizar al niño con la sala dental y con todo su equipo sin que se produzca --- alarma excesiva.

Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se torna en curiosidad y cooperación.

Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza; si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, dentista y paciente podrán llegar a comprenderse en poco tiempo.

En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indolorosos.

Es buena técnica pasar de operaciones sencillas a las más complejas a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia.

Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia al consultorio dental en su primera visita, sufriendo dolores fuertes y con necesidad de tratamientos que son dolorosos.

En esta ocasión como en todas las demás la veracidad del dentista es esencial. Al niño deberá decirsele de manera natural, que a veces lo que hay que hacer produce algo de dolor, también hay que decirle que si avisa cuando le duele "demasiado", el dentista lo arreglará de manera que no duela tanto y procederá a seguir trabajando con más suavidad.

Lo más importante en estos casos es mantener tranquilo al niño en la medida como sea posible pues así se conseguirá mejor cooperación.

No estoy declarando que ésta sea la única técnica o la mejor, tan sólo presento un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que cada odontólogo formule sus propios procedimientos ya que cada niño reacciona de manera diferente.

Algo muy importante es tratar de evitar que el niño vea sangre o a un adulto con dolor.

Las personas que lloran o que están perturbadas emocionalmente pondrán intranquilos y nerviosos a los niños, así que hay que evitar su encuentro; programando sus visitas.

Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar al niño sin producirle ningún trauma.

Cuando trate el dentista a un paciente infantil por primera vez --

llámelo por su nombre y si no lo sabe es un buen inicio preguntárselo -- para empezar una relación; no lo llame muchachito u otro nombre poco -- familiar.

El odontólogo deberá evitar usar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de algunas palabras, como por ejemplo, te voy a inyectar en vez de te voy a anestesiar.

El odontólogo procurará no perder su dominio y enfadarse, si el -- profesional pierde el control y eleva su voz, sólo asustará más al niño y le será más difícil conseguir su cooperación.

Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría el más importante es el más importante ya que si no existe cooperación adecuada del paciente los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposible.

MATERIAL DE ENSEÑANZA PARA LA MOTIVACION

Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad.

Cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de entusiasmo y el mejor lugar del consultorio para interesarlos es la sala de tratamiento para encontrar instrumentos y cosas que estimulen al niño.

Puede disminuirse el miedo de los niños permitiendo y alentando al mismo sutilmente para que toque (en la medida como sea posible) cada pieza del equipo.

El dentista deberá explicarle como funciona cada uno de ellos de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus pensamientos.

Cuando se está estableciendo la relación, la conversación debe alejarse de los problemas emocionales y dirigirse a cosas que al niño le gustaría hacer o decir.

Va establecida cierta confianza se instruye sobre el cepillado de dientes, se le informa al paciente que se le cepillarán los dientes con ese cepillo mecánico o con la copa de caucho; con los que si fue posible familiarizarse con ellos antes ya sea tocándolos u observándolos, y que después se le aplicará una solución (FLUORURO) que tiene un sabor agradable.

Se puede demostrar en este momento como se tienen los dientes con agentes reveladores de placa antes y después del cepillado.

Es bueno para la motivación dar a los niños pláticas con rotafolios, revistas y cuentos, con fotografías y material didáctico de acuerdo a su edad.

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

Una de las recompensas que más satisfacen al niño es la aprobación del dentista, por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta del niño influye para que éste se porte bien.

Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo es que reconozcan su mérito.

Los castigos deberán ir de acuerdo con el estado emocional y psicológico del niño ya que se puede producir un trauma en contra del dentista.

Además los castigos deberán aprobarlos los padres y puede que sugerirlos ya que se supone que ellos los conocen mejor.

PLACA BACTERIANA

Definición: Depósito blando, amorfo y granular que se forma sobre la superficie de los dientes y tejidos gingivales; cuando una persona no se asea la cavidad oral constantemente.

Esta se desprende sólo mediante la limpieza mecánica con el cepillo dental, los enjuagues y chorros de agua; aunque no se quite totalmente.

Desde el punto de vista patológico la placa puede ser definida -- como; un conjunto de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a la superficie de los dientes y tejidos gingivales.

Los microorganismos de la placa no sólo producen caries sino también la inflamación gingival que a su vez es según la mayoría de los -- autores: el paso inicial del desarrollo de la enfermedad periodontal.

La placa dental bacteriana no es visible a menos que se tiña con soluciones reveladoras; a medida que se acumula, se convierte en una masa globular visible con pequeñas superficies nodulares cuyo color -- varía del crema al crema amarillento.

Se forma tanto en el maxilar como en la mandíbula, más en dientes posteriores que en anteriores, siendo de mayor cantidad en caras proximales y en cara lingual de dientes anteriores inferiores y en menor cantidad en caras vestibulares y superficies linguales de dientes anteriores superiores.

La placa dental se deposita sobre una película acelular formada -- previamente que se denomina película adherida, pero, se puede formar --

también, directamente sobre superficies dentarias.

La película adherida es un producto de la saliva que no tiene bacterias, es ácida y contiene glucoproteínas, polipeptidos y lípidos.

La formación de la placa dental bacteriana comienza por la aposición de una capa única de bacterias sobre la película adherida o la superficie dentaria.

Los microorganismos son unidos al diente por una matriz adhesiva --- interbacteriana y por una afinidad de la hidroxapatita adamantina por -- las glucoproteínas que atrae la película adherida y las bacterias al diente.

La placa dental bacteriana crece por:

- agregado de nuevas bacterias.
- multiplicación de nuevas bacterias.
- acumulación de productos bacterianos.

La placa dental bacteriana consiste principalmente de microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva.

Los sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen alrededor del 20 % de la placa bacteriana y el resto es agua.

Las bacterias constituyen aproximadamente el 70 % del material sólido y el resto es matriz intercelular.

La placa no es un residuo de los alimentos pero las bacterias de la placa utilizan los alimentos ingeridos para formar los componentes de la

matriz.

Los alimentos que más utilizan son aquellos que se difunden fácilmente por la placa; tales como azúcares, fructuosa, maltosa y cantidades menores de lactosa.

La placa bacteriana se forma con mayor rapidez durante el sueño y cuando no se ingieren alimentos.

Ello puede ser a causa de la acción mecánica de los alimentos y el mayor flujo de saliva durante la masticación que impiden la formación de la placa.

Los efectos nocivos de la placa bacteriana no se deben a la presencia directa de los microorganismos sino a determinados productos metabólicos de éstos.

Con respecto al proceso de la caries dental los microorganismos -- metabolizan carbohidratos fermentables y forman ácidos y a su vez estos ácidos disuelven los tejidos dentarios mineralizados.

Para que la caries se produzca estos ácidos deben permanecer en -- contacto directo con el diente, por el tiempo suficiente para producir un punto perceptible de descalcificación.

El medio que permite dicho contacto es la placa bacteriana.

Los organismos bucales son capaces de sintetizar diversos polisacáridos adherentes, los cuales constituyen el adhesivo que une las colonias a los dientes entre sí.

Por ello es lícito decir que la primera etapa en el proceso de caries es la formación de placa bacteriana.

Los efectos nocivos de la placa bacteriana pueden ser prevenidos no sólo con su remoción total, lo cual es bacteriológicamente imposible, sino también evitando que las colonias alcancen el grado de desarrollo metabólico necesario para la producción de metabolitos patológicos.

El método más eficaz para causar esa desorganización y ruptura de las colonias es el denominado control de placa, o control mecánico de la placa; que comprende básicamente el cepillado de dientes y el uso de una seda dental.

C A R I E S

Definición: Enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones químicas complejas que producen la destrucción del esmalte dentario y posteriormente si no se detiene destruye todo el diente.

La destrucción mencionada es la consecuencia de la acción de agentes químicos que se originan en el ambiente bucal.

Los ácidos que originan las caries son producidos por ciertos microorganismos bucales que metabolizan hidratos de carbono fermentables para satisfacer sus necesidades de energía.

El segundo de los componentes dentarios indispensables para la formación de caries es la presencia de un sustrato adecuado.

Universalmente se acepta que el primer estadio en el desarrollo de caries es la formación de placa por bacterias capaces de colonizar en la superficie de los dientes.

Estos organismos usando sacarosa como sustrato forman polisacáridos extra celulares adherentes como los dextranos, levanos; los cuales actúan como un adhesivo y forman la denominada matriz de la placa.

Dentro de la placa, microorganismos acidógenos y acidúricos metabolizan hidratos de carbono fermentables provistos por los alimentos, formando ácidos como producto final.

Estos ácidos, actuando en la interfase placa - esmalte, atacan tejidos dentarios susceptibles y así forman las lesiones cariosas.

Diagrama de la caries:

- 1.- En la superficie de los dientes organismos cariogénicos más sacarosa.

dextranos
----- placa
levanos

- 2.- En la placa.
Organismos cariogénicos más hidratos de carbono producen ácidos.
- 3.- En la interfase placa - esmalte.
Ácidos más tejido dentario susceptible produce caries.

El dentista se encuentra con 2 clases de factores en la caries dentaria:

- 1.- LOCALES - Consisten en el desdoblamiento bacteriológico de los alimentos hidrocarbonados con producción de ácido láctico y neutralización de este ácido por la sustancia del diente.
- 2.- GENERALES O DEL ORGANISMO - Que rigen la composición de la saliva, en cuanto a su concentración del calcio y -- sales alcalinas los cuales tienen el poder de neutralizar el ácido láctico.

En el pasado el mayor esfuerzo para controlar la caries se concentraba en el ataque de los factores locales, es decir, que se creía que un diente limpio no era atacado por caries.

Nadie niega que el cepillo de dientes es un valioso agente en la lucha para reducir la caries; pero, está demostrado que, por sí sólo,

nunca llega a reducirla al mínimo.

Bajo favorables condiciones las bacterias doblan su número cada 15 ó 20 minutos, y la naturaleza de los tejidos blandos de la boca hace imposible su esterilización para anular así el germen.

Por lo tanto, el principal ataque ha de ser dirigido contra los factores generales; lo cual si se acompaña de una adecuada limpieza de los dientes, reducirá substancialmente el promedio de personas atacadas por caries.

En un estudio realizado en la saliva de algunos individuos inmunes y otros cariosos se descubrió que la de los primeros era altamente alcalina o tenía un elevado contenido de calcio o ambas cosas mientras que la de los segundos evidenció considerable ácido y bajo contenido de calcio.

Parece lógico establecer que la razón de que los dientes no sufran caries cuando estén sometidos a los ácidos de la fermentación se halla la presencia de sales alcalinas y calcio en la saliva, que neutralizan a aquellos ácidos.

Existen 2 pasos en el proceso de la caries dental que requieren el metabolismo bacteriano del substrato cariogénico.

- 1.- La formación de la placa.
- 2.- La formación de los ácidos.

Se ha demostrado que el principal substrato para la síntesis de dextranos, que son compuestos básicos de la placa cariogénica es la sacarosa o azúcar común.

Debe reconocerse que también pueden ser utilizados otros polímeros para la formación de la placa y que éstos no necesitan sacarosa para su síntesis, que pueden efectuarse a partir de otros azúcares y aún de preteínas.

La placa inducida por sacarosa es sin embargo la más abundante y la que provee aparentemente las mejores condiciones para la formación de la caries.

Los azúcares no pueden ser considerados como entidades aisladas -- sino componentes de los alimentos y dietas.

a) DIETA CARIÓGENICA

Los factores siguientes son más importantes que la cantidad de azúcares en relación con la cariogenicidad de los alimentos azucarados.

1.- La consistencia física de los alimentos.

Especialmente su adhesividad, los alimentos pegajosos, como golosinas, cereales azucarados, etcétera; permanecen por más tiempo en contacto con los dientes y por lo tanto son más cariogénicos.

Los alimentos líquidos como las bebidas azucaradas, se adhieren muy poco a los dientes y por tal motivo son considerados como poseedores de una limitada actividad cariogénica, siempre que no se abuse de ellos.

2.- La composición química de los alimentos.

La cariogenicidad de los alimentos puede ser disminuida por alguno de sus componentes químicos, como por ejemplo el cacao parece poseer --

Esta propiedad.

El mecanismo implicador parece ser inhibición del efecto cariogénico de los hidratos de carbono o la protección de los tejidos dentarios contra el ataque de los ácidos.

3.- El tiempo en que ingieren los alimentos.

Cuando los alimentos que contienen azúcares se consumen durante las comidas se considera que son menos cariogénicos que cuando se hace precisamente entre comidas.

Probablemente se deba a la fisiología bucal durante las comidas-- en cuyo transcurso tanto la secreción salival como los movimientos de los músculos bucales son mayores, la velocidad de remoción de residuos alimenticios de la boca en general aumentar acentuadamente.

4.- La frecuencia de ingestión.

Cuando menos frecuente es la ingestión, menor es la cariogénicidad.

En sí la caries es originada por bacterias que utilizan el azúcar contenida en los alimentos para producir ácidos; estos ácidos formados en la placa disuelven mejor los azúcares y así provocan caries.

De esto se deduce que la caries puede ser prevenida o disminuida por medio de:

- a) La remoción frecuente y concienzuda de la placa.
- b) El uso de fluoruros con el fin de aumentar la --
resistencia de los dientes a los ácidos.

- c) La reducción del consumo de alimentos que contengan azúcar.

b) PROGRAMA TIPICO DE CONTROL DE CARIES.

PRIMERA SESIÓN

- 1.- Definición de placa.
- 2.- Demostración al paciente de la presencia de placa en su cavidad bucal.
- 3.- Comentario sobre los efectos de la presencia de la placa y la necesidad de removerla.
- 4.- Demostración de que el mismo paciente puede hacerlo.
- 5.- Estimulación para hacerlo y practicarlo en el hogar y convencer de que sea frecuente.

SEGUNDA SESIÓN

- 1.- Preguntar al paciente el resultado.
- 2.- Verificar el progreso alcanzado, estimulación psicológica, corrección de problemas de cepillado e inducción de más práctica.
- 3.- Introducción y demostración del uso de la seda dental, estimulación para su uso.

TERCERA Y CUARTA SESIÓN

- 1.- Preguntar al paciente el resultado.
- 2.- Verificar su técnica de cepillado e introducir alguna que le convenga si es necesario y dar estimulación psicológica.

- 3.- Verificación y corrección de uso del hilo seda y estimulación para que lo siga haciendo.

QUINTA SESIÓN

- 1.- Igual que la anterior.
- 2.- Convencer de que debe ser un hábito.

C E P I L L O S

Los cepillos son de diversos tamaños, diseños, longitudes, diferentes durezas en sus cerdas y diferentes formas en la distribución de las mismas.

Sin embargo el cepillo debe limpiar eficazmente y ser accesible a todas las áreas de la boca.

a) CLASES DE CEPILLOS

Cepillos circulares:

Tienen sólo 2 hileras de penachos y son útiles como su nombre lo dice en la técnica de crevicolado.

Cepillos interproximales:

Son semejantes a los usados para limpiar pipas y se pasan entre los dientes; cuando hay espacios que lo permitan.

Se emplea con movimientos de frotación contra las superficies proximales.

Cepillos eléctricos:

Por lo general existen 3 tipos; de acuerdo al tipo de movimiento de las cerdas.

- a) Horizontal
- b) Vertical en arco
- c) Vibratorio

La efectividad de estos cepillos en relación con la remoción de placa depende no sólo del cepillo en sí, sino del uso que el paciente haga de él.

Parece ser que los cepillos eléctricos tienen particular utilidad en los casos de personas incapacitadas ya sea física o mentalmente.

Hay quienes afirman que los cepillos eléctricos reducen la abrasión de la sustancia dentaria y materiales de restauración que el cepillado manual provoca; pero la situación se invierte si se usa el cepillo manual en dirección vertical y horizontal dicen otros.

Es preciso aconsejar al paciente que los cepillos dentales sea cual fuere el tipo del mismo deben ser reemplazados periódicamente antes de que las cerdas se deformen ya que por lo general hay tendencia a usar un cepillo mientras dura, lo cual muchas veces significa que ya no limpia con eficacia y que puede ocasionar lesiones en la encía.

b) CERDAS

Las opiniones acerca de las ventajas de las cerdas duras y blandas se basan en estudios realizados en condiciones diferentes que por lo general no permiten tener una conclusión precisa por no concordar.

Las cerdas de dureza mediana pueden limpiar mejor que las cerdas blandas y traumatizan menos la encía y abrasionan menos la sustancia dentaria y las restauraciones.

Las cerdas blandas son más flexibles y pueden penetrar por el margen gingival, alcanzan mayor superficie interdientaria proximal pero no eliminan por completo los depósitos grandes de placa.

Las cerdas blandas pueden limpiar mejor que las duras por el efecto de despulido con la combinación de cerdas y dentrífico.

La manera de utilizar el cepillo y la abrasividad del dentrífico-- afectan a la acción de limpieza en mayor grado que la dureza de las cerdas.

Las cerdas naturales o de nylon son satisfactorios; pero las de nylon conservan por más tiempo su firmeza.

A continuación menciono las características de lo que podría ser-- el cepillo ideal.

- 1.- Pequeño y recto:
para alcanzar todas las superficies dentarias.
- 2.- Con 2 ó 3 hileras de penachos:
porque permiten una mejor acción de fibras, -- puesto que pueden arquearse y llegar a zonas-- que no se alcanzarían con un cepillo cubierto totalmente de fibras.
- 3.- Fibras sintéticas:
no se desgastan tan pronto como las naturales y recuperan su elasticidad más rápidamente después de usarse.
- 4.- Fibras de consistencia mediana y puntas redondeadas:
con el fin de no lastimar la encía.

Va que muchas veces no es suficiente el cepillado para eliminar completamente los restos alimenticios, para ello tenemos algunos elementos

auxiliares que sirven sólo como complemento de los instrumentos de limpieza.

c) ELEMENTOS AUXILIARES

Los elementos auxiliares para la limpieza bucal suplementarios requeridos dependen de cada caso individual, por la formación de placa, hábitos (fumar), alineamientos dentales y atención especial.

Algunos de los elementos auxiliares pueden ser:

- Puntas de hule - que algunos cepillos tienen en el extremo opuesto de las cerdas.
- Limpiadores interdentarios - de madera o de plástico (pallillo) son de gran utilidad cuando existen espacios interdentarios por la pérdida del tejido gingival.

Si la papila interdientaria llena el espacio, la acción de limpieza de las puntas se limita al surco gingival en las superficies proximales de los dientes.

No se debe forzar la entrada de las puntas entre la papila interdientaria ya que ésta crearía un espacio que no existía antes.

- Aparatos de irrigación bucal - estos aparatos proporcionan un chorro de agua fijo (continuo) o intermitente bajo presión, a través de una boquilla; la irrigación de agua proporciona ventajas mayores que si fuera sólo el cepillado.
- Hilo dental - se usa para limpiar superficies dentarias interproximales, este hilo se pasa suavemente a través del área del punto de contacto dentario, con movimientos de adelante hacia atrás y viceversa; éstos movimientos no pueden forzarse pues

INTRODUCCION Y TECNICAS DE CEPILLADO

En seguida se hace mención de algunas técnicas de cepillado, aunque a decir verdad es la minuciosidad y el cuidado que cada persona ponga al cepillarse y no precisamente la técnica; el factor determinante en la --
eficacia del cepillado son las modificaciones que cada persona desarrolla en forma individual a la técnica que más le conviene.

Hay muchos métodos de cepillado sin embargo la necesidad de determinados pacientes es mejor satisfecha mediante la combinación de características seleccionadas de diferentes técnicas, haciendo caso omiso de --
las técnicas tradicionalmente enseñadas.

En todos los métodos o técnicas la boca se divide en 2 secciones; --
por lo general se empieza por la zona molar superior derecha y se cepilla en orden hasta llegar a la zona molar inferior izquierda.

STILLMAN

Se colocarán los dientes en posición borde a borde. El cepillo con las cerdas descansando parte en la encla y parte en los dientes.

Se presiona con ellas suavemente en el margen gingival hasta producir izquemia.

Se hará un movimiento dirigiendo el cepillo hacia incisal u oclusal por lo menos unas 6 veces en las caras vestibulares.

En las caras masticatorias se harán movimientos circulares haciendo presión para penetrar en profundidades y surcos.

Las caras linguales se limpiarán haciendo un movimiento de barrido de arriba hacia abajo es decir de cervical hacia incisal u oclusal, sin necesidad de producir izquemia en el tejido blando.

STILLMAN MODIFICADO

Se hace el mismo procedimiento, con la diferencia de que el movimiento de barrido empieza en la encía insertada y se continúa con la -- encía marginal con un leve masaje en la misma.

CHARTESS

El cepillo deberá colocarse en ángulo recto con respecto al eje mayor del diente.

Gírese y levántese el cepillo, flexionando las cerdas de modo que los extremos toquen los dientes y algunas cerdas penetren interproximalmente.

Sin dislocar las cerdas gírese la cabeza del cepillo manteniendo la posición doblada de las cerdas, llévase el cepillo hasta la zona adyacente y repítase el movimiento sobre la superficie vestibular y después pase a la superficie lingual, teniendo cuidado de penetrar en cada espacio interdentario.

Para limpiar las superficies oclusales fuercense suavemente las puntas de las cerdas dentro de los surcos y fisuras y actívese el cepillo-- con un movimiento de rotación (no de barrido o deslizamiento) así en todas las áreas.

pueden llegar a lesionar la encía.

- *Enjuagatorios* - al enjuagarse con agua sola se reduce la flora bacteriana bucal y el agregado de agentes antimicrobianos aumenta este efecto; sin embargo, la disminución es temporal y el uso prolongado de un mismo enjuagatorio disminuye su eficacia.

Es necesario saber inducir al paciente, sobre todo a niños, a que adopten la técnica de cepillado que más les convenga.

Esta inducción debe ser tan profunda que para el paciente llegue a ser un hábito.

Entre las medidas más usuales para prevenir los padecimientos parodontales y de manera especial la caries tenemos:

- a) El cepillado dental.
- b) La aplicación de fluor.
- c) La aplicación de sellantes.

FONES

Presionando con las cerdas sobre las piezas dentarias, el cepillo se coloca horizontalmente a ellas y se hacen movimientos circulares.

FISTOLOGICA

En esta técnica se trata de seguir la trayectoria que siguen los alimentos en la masticación.

El paciente sostiene el cepillo en posición horizontal, y las cerdas se dirigen en ángulo recto hacia los dientes haciendo movimientos de barrido suave de arriba hacia abajo en maxilar y de abajo hacia arriba en mandíbula.

CEPILLADO CON CEPILLOS ELECTRICOS

La acción mecánica incluida en el cepillo afecta a la manera en que se usa.

En los del tipo de movimientos de arco (arriba y abajo) el cepillo se mueve desde la corona hacia el margen gingival y en la insertada y da vuelta.

Los cepillos con movimientos reciprocos (golpes cortos atrás y adelante) o las diversas combinaciones de movimientos elípticos y reciprocos se pueden usar de diferentes maneras.

Con la punta de las cerdas en el surco gingival.

En el margen gingival con las cerdas dirigidas hacia la corona (Char

tes).

Con movimientos vertical barrido, desde la encla insertada hacia la corona (Stillman modificada).

REGIONES DIFICILES

Cuando las coronas sean mayores que la anchura del cepillo se necesita colocarlo en posición vertical y cepillar diente por diente con movimientos de arriba hacia abajo y en forma circular.

Esto mismo se recomienda cuando hay dientes fuera de alineamiento a fin de evitar empaquetamiento alimenticio en la encla marginal.

CEPILLADO EN NIÑOS

Muchos autores opinan que el cepillado de los niños debe estar a cargo de los padres hasta que ellos desarrollen la madurez mental, motivación y habilidad manual para hacerlo por sí mismos de forma correcta.

Otros opinan que así el niño no aprenderá, ya que está confiado en que otros lo hagan por él.

BARRIDO HORIZONTAL

Algunos autores opinan que es la más conveniente; al menos para la dentición primaria debido a la forma de los dientes y a la tendencia natural de los niños al usar ese movimiento.

ROTACION

Las cerdas del cepillo se colocan casi verticalmente contra las superficies vestibulares y palatinas de los dientes con las puntas hacia la encla y los costados de las cerdas recostados sobre estas.

Debe ejercerse una presión moderada hasta que se observe una ligera izquemia de los tejidos gingivales.

Desde la posición inicial se rota el cepillo, hacia abajo y adentro en la mandíbula.

Esta acción debe repetirse de 8 a 12 veces en cada sector de la boca y en secuencia definida.

Las superficies oclusales pueden cepillarse por medio de movimientos horizontales de barrido hacia adelante y atrás.

Sin embargo, un golpeteo vertical intermitente con las puntas de las cerdas es quizá más efectivo para remover la placa oclusal.

Como una alternativa el paciente puede colocar las puntas de las cerdas, sobre las superficies oclusales y morder luego repetidamente sobre la base del cepillo, con el objeto de hacer cierta presión para la remoción de la placa.

FLUORURACION EN EL CONSULTORIO

La aplicación tópica consiste precisamente en aplicar en todas las superficies dentarias, por medio de una torunda de algodón, prevís desecación y obturación de cavidades cariosas existentes una solución de fluoruro, dejándola actuar durante 10 minutos como mínimo sobre las superficies dentarias.

Los dientes debe ser fresca o sea, prepararse en el momento en que se va a usar.

El barnizado de las superficies deberá hacerse en forma repetida-- durante los 10 minutos que dura la aplicación.

Se recomienda hacer este tratamiento cada 6 meses como mínimo, se han utilizado también los enjuagues bucales con soluciones de fluoruro a mayores concentraciones de las que se utilizan en las aplicaciones -- tópicas.

Aparentemente han dado resultado, pero; hasta ahora no ha sido posible demostrar que realmente prevengan la caries en un porcentaje mayor que las aplicaciones tópicas.

Otro método es el que consiste de una cucharilla especial (semejante al protector bucal que usan los boxeadores) en la que con un pincel-- se coloca la solución de fluoruro llenándola de la mitad a tres cuartos de la misma, así se introduce a la boca previa limpieza y secado de dientes, dejándola aproximadamente por 5 minutos.

Estas cucharillas son hechas de un material plástico tanto para ar-

cada superior como para arcada inferior y en diferentes tamaños para mayor comodidad.

El tratamiento de aplicación de fluor debe hacerse desde los 3 hasta los 14 años.

El fluoruro tiene diferentes sabores para hacer el tratamiento más ameno a los niños, ya que un sabor agradable influye en la cooperación del paciente.

KNUTSON demostró que:

- 1.- Una serie de aproximadamente 4 tratamientos con fluoruro, reduce la caries en un 40%.
- 2.- Más de 4 aplicaciones no son de mayor eficacia que las indicadas.
- 3.- Una solución de fluoruro sódico al 1% es tan eficaz como al 2%.
- 4.- Si no se limpian las superficies de los dientes antes de aplicar la solución fluorurada al comenzar el tratamiento, se disminuye su eficacia casi a la mitad.
- 5.- Ampliar el intervalo entre las aplicaciones a 3 ó 6 meses, en vez del intervalo semanal ordinario disminuye el efecto profiláctico.
- 6.- El efecto profiláctico obtenido con 4 aplicaciones de fluoruro de sodio en solución, no disminuye prácticamente después de 3 años.

TECNICA DE APLICACION DE FLUOR

- Limpieza de dientes con pasta abrasiva y un cepillo de caucho en forma de copa.
- Aislamiento de los dientes con rollos de algodón.
- Secado de los dientes con aire a presión especialmente en espacios interproximales.
- Aplicar la solución de fluoruro con una torunda de algodón -- (la solución se prepara con fluoruro sódico químicamente puro y agua destilada).
- Secado con aire durante 3 minutos.
- Repetir la aplicación en intervalos de una semana por 3 veces más.

Un método de aplicación personal de fluor, sería la administración de fluoruro con la pasta dentrífica u otros compuestos de fluoruro o ambas cosas.

La fluoruración del agua es la mejor manera de administrar a la población en general, de una cantidad de fluor, pero; debe tomarse en cuenta que no toda la población tiene acceso al suministro de agua.

ORIENTACION NUTRICIONAL

Para comprender mejor los trastornos de la nutrición es esencial tener una idea general de la misma.

La nutrición es el resultado de la ingestión, absorción, almacenamiento y utilización de los alimentos por los tejidos.

Una ingestión de alimentos o régimen adecuados no significa obligatoriamente una buena nutrición.

Los trastornos de absorción o utilización son las causas más frecuentes de insuficiencia nutricional, que las carencias propias de alimentación.

Los síndromes de deficiencia nutricional, suelen producir cambios del estado y del aspecto de las mucosas de la boca, muchas veces como signo clínico inicial.

En general una enfermedad por carencia nutricional, no puede diagnosticarse por simple examen clínico, salvo si existen signos y síntomas múltiples.

El odontólogo goza de privilegios especiales para observar las primeras lesiones de deficiencia nutricional; pues los cambios de los tejidos blandos de la boca son precoces y muy importantes en estos trastornos metabólicos.

El síntoma inicial es dolor en la lengua y en la boca en general.

Existe una estrecha relación entre calcio, fósforo y fluor con los

huesos y dientes, así como es importante el papel del hierro y el cobre en la sangre; como también son necesarios elementos como el magnesio y el cobalto para activar ciertas enzimas indispensables para la nutrición.

La deficiencia nutricional es un trastorno general aunque su manifestación, a veces la única, se limita a cierta área del cuerpo como la cavidad bucal.

Las deficiencias nutricionales pueden ser múltiples aunque en general predominan los signos y síntomas ligados con una vitamina o un factor en particular.

Si la deficiencia obedece a una insuficiencia en la ingestión de -- alimentos, todos los factores de la alimentación inadecuada pueden existir en pequeñas cantidades aunque la lesión clínica dependa de una sola vitamina o fracción vitamínica; así mismo las deficiencias debidas a --- trastornos de absorción o utilización de cierto alimento son también --- múltiples.

La nutrición inadecuada puede ser consecuencia de ignorancia o pobreza.

El valor nutricional de los alimentos debe considerarse también en relación con su contenido en sustancias antivitaminicas.

La presencia de estas sustancias establecen el valor vitamínico de los alimentos.

Definiré 3 palabras que se emplean a menudo incorrectamente:

1.- NUTRICION

Es la suma de los procesos relacionados con el crecimiento,

mantenimiento y reparación del cuerpo humano en total o en alguna de sus partes constituyentes.

DIETA

Alimentos y bebidas consumidas regularmente.

ALIMENTACION

Cualquier sustancia o elemento que al ser ingerido pueda emplearse para proporcionar energía o para construir tejido.

Es especialmente importante aconsejar alimentos ricos en calcio, fósforo y vitaminas A, C y D.

En circunstancias normales, la ingestión de cantidades adecuadas de leche, huevo y frutas cítricas alcanzará este objetivo, especialmente cuando la leche está enriquecida con vitamina D.

Se ha demostrado que los alimentos que están al alcance del hombre con más facilidad, son: carbohidratos, grasas y proteínas y que los carbohidratos son agentes etiológicos en la producción de la caries; así como se cree que las grasas están asociadas con la inhibición de la caries.

Se deberá recomendar al paciente consumir cantidades apreciables de carbohidratos fermentables sólo en horas de comida.

Deberá favorecerse la ingestión de alimentos con carbohidratos en forma líquida o semilíquida; las sopas son un excelente ejemplo.

Si la persona es especialmente susceptible a la caries, debe

rd reducirse al mínimo la ingestión de azúcares y alimentos horneados que puedan añadirse a las comidas principales.

Estas comidas deberán limitarse casi completamente a carne, pescado, aves y productos lácteos, hortalizas y pan moreno; también se aconseja fruta y ensalada de verduras y cuando sea posible debe ingerirse el azúcar al final de la comida.

No se recomiendan mucho los postres que no sean frutas -- frescas así los pasteles, pastas, frutas en conserva y -- demás golosinas sólo deben permitirse en ocasiones aisladas.

Deberá discutirse y explicarse cuidadosamente la importancia de las golosinas entre comidas.

Como los niños especialmente parecen necesitar de estas -- adiciones dietéticas, estas golosinas deberán restringirse a leche, fruta fresca, pan moreno, carne o queso.

La evidencia disponible indica que los carbohidratos dietéticos son agentes esenciales en la producción de caries dental y pueden minimizarse o prevenirse esta, gracias a la terapéutica dietética bien dirigida.

Debe recordarse que la mayor reducción de destrucción dental que puede preverse con el uso de fluoruro está entre el 50 y el 70%.

Sería pedirles demasiado a los fluoruros !! esperar que evitaran caries dental en niños que consumen grandes-- cantidades de carbohidratos fermentables a intervalos frecuentes, así que debe ayudar a Estos con una buena dieta.

Es deber del dentista sugerir revisiones dietéticas,-- como primer paso para controlar la destrucción dental.

Si el niño coopera, Este por si sólo limitará eficazmente la afección, si el paciente no sigue el régimen diseñado, deberá abandonarse el programa y adoptarse-- técnicas que requieran menor grado de cooperación por parte del paciente.

CONCLUSIONES

Las medidas preventivas son esenciales en cualquier programa de salud dental y es muy posiblemente la clave para el problema (esto es especialmente importante en odontología para niños).

Un método para mejorar el estado dentario general de cualquier comunidad es, teniendo un programa que en este caso consiste en constituir organizaciones de padres y maestros que pidan ayuda y asesoramiento a los servicios médicos, en especial a los odontólogos para -- que hagan revisiones periódicas en las escuelas.

Es importante señalar que el paciente NIÑO, comience a visitar-- el consultorio dental a edad temprana, cabe decir que cuando tenga 2 ó 3 años de edad, ya que generalmente a esta edad no se necesita hacer nada serio y la relación entre el odontólogo y el niño puede considerarse favorable.

La responsabilidad del odontólogo hacia su paciente trasciende-- las 4 paredes del consultorio y se extiende hasta el hogar.

Los pacientes no pueden ni deben ser inducidos a creer que el -- éxito de su programa preventivo pueda basarse exclusivamente en los-- servicios prestados por el profesional; por lo contrario deben darse-- cuenta que el mantenimiento de una buena salud bucal no puede ser --- sino el resultado de un esfuerzo mutuo del paciente y el profesional.

El cuidado diario de los dientes en el hogar es por consiguiente muy importante.

El cepillado de los dientes no es suficiente, los pacientes deben

proceder a remover toda su placa de la manera y con la frecuencia recomendada por el profesional, como así mismo practicar todo método de higiene bucal que le haya sido indicado.

La dieta es otro aspecto que debe ser controlado.

El paciente debe además someterse a exámenes médicos regulares, -- sino como un excelente hábito preventivo en términos de su salud general, sino también para permitir la detección y prevención de enfermedades sistémicas que pudieran tener manifestaciones o repercusiones bucales.

Otro aspecto fundamental en todo programa preventivo es el de las visitas regulares al consultorio dental, que el paciente debe cumplir.

La prueba definitiva de que un programa de odontología preventiva es exitoso radica en la actitud del paciente en su hogar.

Si el paciente entiende y acepta la validez del programa y la -- orientación impartida por el odontólogo a su tratamiento, no hay duda de que se convertirá en un decidido propagandista de la odontología -- preventiva y que transmitirá sus experiencias a familiares y amigos.

Si por el contrario, el paciente sólo recibe dudas e incertidumbre e incluso miedo, poco se podrá esperar de él como promotor de la odontología preventiva.

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

- *Odontología Infantil* (Macdonald E. Ralph)
- *Odontología Infantil e Higiene Odontológica* (Hogeboom) (Floyde Eddy)
- *Odontología Pedidtrica* (Sidney B. Finn)
- *Odontología Práctica* (Louis I Grossman)
- *Odontología Preventiva en Acción* (Geyrge K. Stookey) (Simon Katz) (James L. McDonald)
- *Principios de Clínica Odontológica*