

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA IMPORTANCIA DEL NIÑO
EN LA PRACTICA DENTAL

T E S I S
Que Para Obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a n

BLANCA ROSALINDA RUEDA VILLEGAS
SONIA ESPINOSA KAFIE

México, D. F.

14213

1972



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres.

Con todo cariño y respeto, para
ustedes que me han impulsado y ayu-
dado en mi carrera.

A mis hermanos:

Enrique

José Eliseo

Eloisa

Ma. Antonieta

Con ese amor que siempre
nos ha unido.

A mis abuelitas:

Sra. Elisa Romero Vda. de Villegas

Sra. Elnisa Quiroz Vda. de Gómez Rueda.

Con todo cariño, lo mismo que a mis
tíos y amigos.

Al Dr. Juan de Dios Ortiz, por la ayuda que nos brindó para la elaboración de ésta tesis.

AL HONORABLE JURADO

CONTENIDO

INTRODUCCION.

CAPITULO I

Introducción del niño al consultorio dental.

CAPITULO II

Diversos aspectos de motivación y prevención en Odontología Infantil.

CAPITULO III

Enseñanza del cepillado dental e higiene bucal.

CAPITULO IV

Prevención de caries con fluoruro.

CAPITULO V

Alimentación y salud dental.

CAPITULO VI

Exodoncia en Odontopediatría.

CAPITULO VII

Hábitos bucales infantiles.

CAPITULO VIII

Manejo de los problemas de mantenimiento de espacio.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La odontología infantil ocupa un lugar muy importante hoy en día en la práctica diaria y su adoctrinamiento consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar nuevas situaciones y a seguir las instrucciones que se le da.

Esto suele lograrse con mucha facilidad si se le permite - que inspeccione el consultorio dental, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de su sa lud dental.

Una vez establecida una pauta eficaz para conducir a los - padres y al niño en el consultorio, se ha de concentrar la aten-- ción en planear un programa para el control y la prevención de la caries. Dicho programa puede ser principiado y ejecutado con éxi-- to en cualquier consultorio dental en el cual, el dentista tenga conocimiento de los factores que contribuyen a la iniciación y al progreso de la caries, además de que se encuentren convencidos - de que estos factores son susceptibles de tratamiento, en grado - suficiente para disminuir y aún eliminar las lesiones de caries. - Cabe mencionar que el éxito del programa depende principalmente - de la capacidad del dentista así como, el personal auxiliar para - comunicar sus conocimientos relativos acerca del programa y su -- solución a los padres y al niño mediante la cooperación completa - de ambos.

CAPITULO I

INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

- a) MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.
- b) PAPEL DEL ODONTOLOGO.
- c) LA CONVERSACION DEL ODONTOLOGO.
- d) HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL ODONTOLOGO.
- e) DIFERENTES TIPOS DE NIÑOS.
- f) PATRONES DE CONDUCTA NORMALES A DIFERENTES NIVELES DE EDAD.
- g) REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA.

INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

Puede considerarse a la Odontología Infantil como el servicio más necesitado y sin embargo el más olvidado entre los servicios que presta el odontólogo. El valor de este servicio nunca será suficientemente ponderado, ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas actuales y comunes en la población adulta.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en período de formación, la odontopediatría es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

La primera visita al consultorio dental debe ser para el niño en lo posible, una experiencia de lo más agradable, si bien el odontólogo y la asistente hacen cuanto está a su alcance para crear una atmósfera grata, hay niños que llegan con dolor dental que requiere atención urgente, aunque se resista, hay además problemas de manejo del niño que requieren un trato suave, comprensión y una positiva firmeza, que resultará en una cita productiva.

A cada niño paciente se le debe dar la oportunidad de recibir una atención dental completa. Debemos de diferenciar una visita de una cita, ya que la aparición no prevista del niño, por lo general, no permite un examen o tratamiento adecuados, esas visitas no convenidas, no permiten un análisis completo de las necesidades dentales del pequeño, y si se lleva a cabo algún servicio dental, con frecuencia es más el daño que el bien que se hace.

Debemos de tomar en cuenta el aspecto del consultorio dental como es probable que el niño entre al consultorio con miedo, nuestro primer objetivo será infundir confianza al niño y hacer que se dé cuenta que no es el único que pasa por esa experiencia. La manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer la sala de espera cálida y cómoda, teniendo disponible mesas y sillas para niños, música para que el niño sienta el consuelo requerido.

La sala de operaciones será más atractiva al niño si se colocan algunos dibujos en las paredes, mostrando niños jugando. La primera visita al consultorio dental el niño lo hace acompañado de su padre o madre, es posible que las siguientes visitas las haga sólo y por lo tanto no podrá facilitar la información requerida, la historia clínica deberá incluir; nombre completo del paciente y su apodo, nombre del padre, madre o acompañante, dirección, teléfono y ocupación. La historia clínica proporciona además un medio sutil de determinar la edad psicológica y evolutiva del niño, los problemas de conducta en el consultorio dental están a menudo relacionados con la incapacidad de comunicación entre el niño y el odontólogo.

Las visitas para los niños deben ser relativamente cortas hasta que el niño haya adquirido confianza en sí mismo y en nosotros, es buena táctica pasar de operaciones sencillas a complejas, desafortunadamente los niños en su primera visita llegarán con dolores y con necesidad de tratamiento más extenso, en esta situación la versatilidad del odontólogo es esencial; franqueza y honestidad, serán aconsejables con los niños.

Debemos formar un registro completo de la historia del paciente y anotar que es lo que le aqueja principalmente ya que algunos odontólogos cometen el error de tratar de hacer demasiado en la primera visita de un niño, bastará la inspección y profilaxis dental, aún cuando haya muchos dientes destruidos o cariados. Las visitas para el niño muy pequeño o temeroso deben ser relativamente cortas y se reservarán las primeras horas de la mañana, ya que los niños son más capaces de aceptar temprano el tratamiento, que si llegan cuando están cansados, en niños poco cooperativos se debe tomar en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños u otros pacientes que pudieran resultar influidos por una perturbación o motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en una conducta desagradable, sin que esto tenga relación o razones para asustarse.

El período de espera en la sala de recepción está limitada a escasos minutos, largos períodos de espera no son alentadores en el consultorio, ya que tienen un efecto adverso sobre la psicología del niño y del padre. Las citas deben limitarse a 45 minutos, para el pequeño paciente corriente, de 30 minutos o menos, dependiendo de los problemas operatorios y del patrón de conducta.

Se introducirá al niño a la sala de tratamiento después de haber efectuado la historia clínica.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Cada niño deberá de recibir la atención completa del odontólogo nunca se debe de dejar un paciente niño solo en la sala de espera ya que le causará temor, el niño pierde su miedo a la Odontología a travez del tiempo porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad, para tener éxito debemos de tomar en cuenta:

1.- Si el niño teme excesivamente al odontólogo, preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología y observando al niño de cerca, cuando ya se conoce la causa del miedo y es controlado se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

2.- Familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y su equipo sin causar alarma excesiva al niño, por este medio se gana la confianza y el miedo se tronca en curiosidad. Después de familiarizar al paciente con el equipo la siguiente meta será:

3.- Ganar completamente su confianza, si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación podrá llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo.

Debemos de transmitir al niño que conocemos y simpatizamos con sus problemas, cuando se está estableciendo la conversación se deberá alejar al niño de - problemas emocionales, ya sea hablando de juegos, de la escuela, etc., también la conversación deberá contener el tema de tratamiento dental de la manera más fácil y que entienda el niño.

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

PAPEL DEL ODONTOLOGO.

La psicóloga Jenks ha sostenido que aunque la función primaria del odontólogo es efectuar el tratamiento dental necesario, su campo no debiera estar limitado a la eficiencia técnica.

La odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar, ya -- que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico, muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede en su torno, el niño se muestra capaz de confiar en el odontólogo y de responderle a sus preguntas y demuestra confianza en su capacidad para satisfacer las exigencias de la situación.

Además de mostrar un interés positivo en el paciente, debemos ser sinceros y desarrollar un aire de confianza en nosotros mismos, ya que el odontólogo que -- guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica, se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos, es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento, es muy importante que el odontólogo comprenda la conducta del niño, sólo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas en el consultorio dental.

LA CONVERSACION DEL ODONTOLOGO.

Deberemos ponemos al mismo nivel de conversación, palabras e ideas del niño, no tienen ningún valor las palabras difíciles que el niño no pueda comprender, hablar demasiado provocará confusión, desconfianza y aprensión, se deberá utilizar palabras sencillas y cotidianas para el niño.

A la mayoría de los niños les gusta oír hablar al odontólogo ya que se sienten menos ignorados y olvidados, si los niños hacen preguntas, éstas se responderán con la mayor exactitud posible.

Tenemos que eliminar palabras que inspiren miedo al niño, evitando engaños, pero cuando sea posible usaremos palabras que no despierten miedo, la sustitución exacta deberá guiarse por la edad del paciente, evitando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL ODONTOLOGO.

Realizaremos los deberes con destreza, rápidos y mínimo de dolor, sin procedimientos operatorios largos, es posible agotar la paciencia del paciente, con una cita larga continuada.

Los niños son más observadores que los adultos tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que les rodea.

Muy afortunado es el odontólogo cuando no demuestra dolor o susto en las expresiones de su cara, mientras está trabajando, la falta de interés, la indecisión o la rabia, son expresiones difíciles de eliminar del rostro y todo operador que trabaje con niños o adultos deberá cuidar estos detalles, ya que el odontólogo nunca deberá perder su dominio, ni enfadarse, si pierde su control y eleva la voz, sólo asustará más al niño y se dificultará más su cooperación.

Se mencionan varios puntos o aspectos considerados en la orientación de la conducta del niño que son:

1.- El éxito del manejo del niño depende del cariño, firmeza, el sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.

2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar del niño.

3.- Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser rechazado o vencido desde el principio y alentar todos los buenos hábitos.

4.- Se ha de intentar una transferencia de la confianza, seguridad y el entusiasmo del odontólogo y su asistente al niño.

DIFERENTES TIPOS DE NIÑOS.

Crecimiento Psicológico.- El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta ó esto es, la acción, las actitudes y la personalidad del niño, el crecimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información, de habilidades y de intereses emocionales.

A un niño no se le puede enseñar un modo de comportamiento, hasta que haya madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza, después de haber madurado hasta alcanzar el habla, puede aumentar su vocabulario por el proceso de aprendizaje, el intento de acelerar la secuencia de maduración en el niño pequeño es, muy probablemente, el error más común de los padres.

Aunque la secuencia de maduración, está determinado por factores hereditarios, el medio ambiente sirve para modificar o sostener el grado de desarrollo. Un medio ambiente favorable asegura la óptima expresión de sus potenciales hereditarios, un medio ambiente desfavorable puede retardar o pervertir su plena expresión, cada individuo es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la temprana infancia son importantes para su futura conducta, y relaciones con los demás.

Cada niño tiene un límite fisiológico para su condicionalidad y rasgos constitucionales y tendencias que determinan cómo, que y, hasta cierto punto, cuánto, aprenderá. Es importante reconocer estos límites relativos a los diferentes niveles de edad para el manejo del niño.

PATRONES DE CONDUCTA NORMALES A DIFERENTES NIVELES DE EDAD.

El niño de dos años de edad. - A veces se deberá examinar o tratar a un niño de dos años, por lo tanto es conveniente prestar atención al esquema de la conducta y el grado de desarrollo que puede esperarse a esa edad. A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo - porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad, y no está suficientemente adelantado como para permitir relaciones interpersonales prolongadas, por su vocabulario tan limitado, la comunicación será - difícil.

Por esta razón se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de - dos años, mientras que en otras la cooperación es limitada. El niño de dos años se dice que está en la etapa procooperativa porque prefiere todavía el juego -- solitario y le gusta más mirar lo que otros hacen, que participar en un juego, a esta edad el niño todavía es muy pequeño para llegar a él solo con palabras, y debe organizar su experiencia tocando, manoteando con el fin de captar plenamente su sentido.

A esta edad se le debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la - pasta dentífrica, al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que se le intenta hacer.

El padre del niño parece ser en muchos casos el favorito, puesto que a esta edad el niño es tímido ante gente y lugares extraños, resultándole difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

El niño de tres años de edad. - Con el niño de tres años se suele poder comunicar y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica, tiene el niño un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al odontólogo y sus asistentes, el niño trata de agradar y conformar y es susceptible a las alabanzas, se puede pactar con él y si se le da una buena razón cooperará con frecuencia en cosas que no le agrada hacer.

Hymes informó que niños de tres años en situaciones de stress o cuando se - les lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad. Tiene dificultades para aceptar la

palabra de nadie por nada si se sienten más seguros si se le permite a la madre que permanezca con ellos hasta que conozcan bien el personal y los procedimientos.

El niño de cuatro años de edad.- Esta es la edad del por qué y el cómo durante la cual el niño expresa independencia y resistencia. Algunos niños de esta edad escucharán con interés las explicaciones y normalmente responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, en algunas situaciones el niño puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras, en general, sin embargo, la criatura de cuatro años que viva una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador e imaginativo.

El niño de cinco años de edad.- El niño de cinco años ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria, en muchas ocasiones el niño puede distinguir entre verdad y mentira y es capaz de autocrítica, le gusta terminar lo que ha comenzado y hay un orgullo social por las ropas y por los conocimientos, a esta edad, es amante de las alabanzas y es seguro de sí mismo, los comentarios sobre sus vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación entre odontólogo y paciente niño.

El niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción, si ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas como las de ir al consultorio del médico u odontólogo.

El niño de seis años de edad.- A los seis años, la mayor parte de los niños se separa de los lazos muy estrechos de la familia, ya que el niño comienza a mostrar, algún interés en las personas fuera del hogar, especialmente en los niños que encuentra en la escuela o en los lugares de recreo, hay un despertar del sentido social que se hace evidente.

Gesell se refiere al niño de seis años, como un niño cambiado, las manifestaciones tensionales pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres, a esta edad suele haber un claro incremento en las respuestas temerosas muchos de los preescolares tendrán miedo a varios elementos o aún a los seres humanos.

Con la debida preparación para la experiencia odontológica, se puede esperar sin embargo, que el niño de seis años responda de manera satisfactoria, esta es la edad de la independencia.

El niño se asocia más frecuentemente con berrinches, arranques de ira y muestran mayor agresividad durante el segundo y tercer año de vida. Las niñas por su naturaleza sensitiva, tienden a llorar más fácilmente que los niños y experimentan por lo general mayor dificultad para la adaptación emocional, los problemas rela-

cionados con la ansiedad y el miedo, son también más frecuentes en las niñas, las niñas aprenden a hablar más temprano, como también a interesarse en la apariencia antes que los varones.

REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

Si se desea realizar un buen acercamiento a la práctica de la odontología para niños, debemos conocer la importancia del ambiente hogareño y de la influencia de los padres, sobre el pensamiento y la conducta del niño. Es el padre, no el niño, - quien con frecuencia, en realidad se convierte en el principal problema para la conducción exitosa de una práctica con niños, los niños o niñas que se presentan como pacientes son, en gran medida, productos que ejemplifican el ambiente hogareño, experiencias y enseñanzas de los padres, cuando presentan sus hijos al odontólogo, es limitar el propio campo de utilidad al niño y la sociedad.

En ocasiones habrá que evaluar al padre, ésto se puede establecer como una rutina de consultorio que requerirá la participación del padre, ya que se conocerá por la conversación, interrogatorio y observación, también se puede evaluar el ambiente del hogar, el patrón de conducta y las normas de comportamiento requeridas por el padre.

Las presentes discusiones han indicado que los padres por su actitud y su filosofía de enseñanza, al igual que la disciplina del niño juegan un importante papel en la conducción de una práctica. El niño en ciertas ocasiones, se niega a cooperar - durante la entrevista inicial, los padres a veces recurren al soborno o avergonzar, - regañar y aún ridiculizar al niño, pero todos estos métodos carecen de valor.

Existen por lo menos cuatro experiencias odontológicas; temor, ansiedad, resistencia, timidez. Se tendrán en cuenta que el niño no siempre demuestra una reacción - definida ó única, en ocasiones puede darse una combinación de varias de esas reacciones.

Temor. - Es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia, su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso. Watson dice, que el temor es en su mayor parte cultivado en el hogar tal como los estallidos de amor, de rabietas. Los niños mayores experimentan un tipo de temor adquirido, desarrollado por limitaciones que otros temen.

Otro temor expresado por un niño es el resultado de experiencias desagradables, no debemos suponer que todos los niños temen al consultorio dental, debemos procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática que dejó sensibilizado al niño y desarrolló en él sus propios temores a partir de padres, familiares y relaciones.

Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor, el ridículo o la -

comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno sólo podrán complicar la vida emocional del niño asustado y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación. Se deberá conversar con el niño y procurar enterarse de la causa del temor, a menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó, en este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

Ansiedad. - La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor, los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agresiva, por ejemplo: una exhibición de rabietas en el consultorio dental, dichas rabietas pueden convertirse en hábito, el odontólogo deberá decidir si la reacción es de temor-agudo o es una rabieta, si el niño está realmente asustado, debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud, si es una rabieta, puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación.

Resistencia. - La resistencia es una manifestación de ansiedad e inseguridad, y de hecho el niño se rebela contra el miedo, puede hacer despliegue de rabietas. La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehúsa participar en el juego y no hablará con extraños y ni siquiera con conocidos, el odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de paciente; el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier causa.

Timidez. - La timidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente por primera vez, suele estar relacionado con una experiencia social muy limitada por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de precalentamiento, ésta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo por otro parte, la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen en exceso.

C A P I T U L O I I
DIVERSOS ASPECTOS DE MOTIVACION Y PREVENCION EN
ODONTOLOGIA INFANTIL

- a) LA HABITACION DE EDUCACION SOBRE SALUD DENTAL.
- b) ENSEÑANZA DE METODOS PREVENTIVOS.
- c) ENVIO POR CORREO DE MATERIALES PREOPERATORIOS PARA EL NIÑO.
- d) RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO HACIA SUS PACIENTES.
- e) ACTITUDES DE LOS FAMILIARES.
- f) INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

DIVERSOS ASPECTOS DE MOTIVACION Y PREVENCIÓN EN ODONTOLOGIA INFANTIL

El objetivo de este tema es describir algunos de los elementos de motivación (métodos y materiales) utilizados para conseguir cambios en el comportamiento, - con objeto de lograr que nuestros pacientes alcancen un mayor nivel de salud -- dental.

Se ha dicho que la prevención es más una forma de vida que un programa de control. Nuestro pensamiento fundamental se basa en tratar de lograr que el paciente se comprometa a mejorar su nivel de salud, en lugar de aceptar las enfermedades crónicas y reparación de dientes sin controlar las causas. Nuestro interés primario es mejorar la salud, nuestro interés secundario es ahorrar dinero.

El objetivo es tratar de que los niños y sus padres desarrollen un sentido de responsabilidad respecto a su salud, de tal forma que puedan mantener sus dientes en un estado cómodo, atractivo y funcional durante toda su vida, con un mínimo de reparación y gasto. Para ayudar a los pacientes a cambiar sus actitudes, y aceptar esta responsabilidad, se requiere tiempo y una actitud positiva, así como gran paciencia.

Cuando tratamos de ayudar a los padres a identificar los problemas dentales presentes y futuros del niño, necesitamos mucha habilidad. La adquisición de la habilidad para ayudar a la gente es un reto.

Con el aumento del número de pacientes en edad infantil en la práctica general, la odontología preventiva adquiere más importancia que nunca. Si no se hace hincapié en la prevención de la asistencia dental de los niños, en el futuro resultará imposible que la profesión atienda los problemas de restauración de la población total. Y sin embargo, en la actualidad la prevención es probablemente la faceta odontológica de que más se habla y menos se practica.

Hay que insistir reiteradamente sobre la prevención en cada visita. Por lo -- tanto, en el arsenal del consultorio hay que incorporar los dispositivos que faciliten la enseñanza de la misma. Hay que preparar un espacio para enseñar y demostrar la técnica del cepillado de los dientes y la importancia de la dieta y de la aplicación tópica de fluoruros, de tal suerte que el niño y sus padres comprendan la razón de las medidas preventivas y la necesidad del esfuerzo en equipo por parte del dentista, del niño y de los padres para aplicar tales medidas.

LA HABITACION DE EDUCACION SOBRE SALUD DENTAL

Cuando el padre o el niño llegan al consultorio y se sienten cómodos por el ambiente agradable, que deberá incluir un área de juegos para los niños, serán - más receptivos a las ideas preventivas y al tratamiento dental. Los colores brillantes son agradables, y una forma de sembrar semillas mentales es colocar sobre los muros carteles con pequeños mensajes preventivos, así como de situaciones como - el circo, el oeste, el espacio, dan un toque cálido y de fantasía al consultorio y tienden a desvanecer el miedo. Una pecera es siempre una fuente de entretenimien

to, en un lugar en que el niño pueda verla. Una música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en los padres y el niño, y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa. Si los adultos van a llevar a los niños al consultorio dental, deberá de haber lecturas para adultos, además de las infantiles. Libros de cocina proporcionan lecturas muy interesantes a las madres ocupadas.

La opinión de los padres acerca del dentista y su concepto de la odontología será establecida durante los quince primeros minutos. Aunque no ese menciona con frecuencia como elemento de motivación, la sala de recepción y la reacción inicial -- del paciente ayudan a éste a aceptar o rechazar todo lo que siga posteriormente.

Por lo tanto debe asignarse un espacio en la oficina dental en donde el niño y sus padres puedan recibir instrucción adecuada sobre procedimientos preventivos. Aunque esta información se puede presentar en cualquier parte del consultorio dental, es muy conveniente tener una habitación aparte, separada de áreas que puedan causar tensión al paciente.

ENSEÑANZA DE METODOS PREVENTIVOS.

Los aspectos educativos de un programa refuerzan la importancia de preservar los dientes y los tejidos periodontales y limitar la posibilidad de maloclusión.

Higiene Bucal. - Debe recibir atención considerable la importancia de la higiene bucal y los cuidados en casa. La técnica de cepillarse los dientes puede enseñarse - por demostración, con modelos enormes de dientes de cartón y cepillos, o exhibiendo una película. Estos dos métodos se pueden utilizar con grupos relativamente numerosos de personas aunque es mejor la instrucción personal. La instrucción de higiene bucal deberá ser totalmente explicada, y los padres deberán procurar que el niño participe totalmente hasta que cepillarse los dientes y usar hilo dental se vuelvan rutinarios en él.

Es recomendable educar a los padres para que supervisen al niño cuando está realizando estas instrucciones en casa. También es de gran ayuda un espejo bien iluminado frente al cual puedan practicar los niños, y perfeccionar así su técnica de cepillado y uso del hilo dental.

Factores dietéticos. - La mayoría de los miembros de esta profesión estamos conscientes del papel que desempeña la ingestión de alimentos en la severidad de la caries dental, así como de la dificultad encontrada para decir a los padres que deberán reducir el consumo de azúcares refinados. La mayoría de los padres adoptan actitudes defensivas acerca de los hábitos de nutrición de su familia, y cualquier crítica será contestada fríamente. Si la madre comprende que los alimentos que está administrando a su familia contienen menos nutrientes por la adición de grandes cantidades de azúcares, podrá entonces buscar soluciones para este nuevo problema que desconocía.

Se hace hincapié en que deberá servirse un desayuno con alto contenido proteínico y poco azúcar y en la substitución de los alimentos tomados entre comidas por o-

tros como frutas, quesos, nueces, carnes y otros alimentos y bebidas libres de azúcar. Es necesario comprender que los cambios en los hábitos son lentos. Pero trabajando pacientemente, con los padres y mostrando un cambio positivo en la salud, la familia podrá hacer los cambios a su conveniencia y lograr resultados mejores que los que se obtendrían si insistimos en que los cambios se hagan de la noche a la mañana.

Profilaxia con fluoruro. - El problema de las aplicaciones tópicas de flúor en niños resistentes puede ser solucionado, la mayor parte de las veces, ofreciéndole al niño diversos métodos para su aplicación, en lugar de permitirle que escoja entre "sí ó no".

Tanto en las zonas con agua fluorada como en las que no disponen de ella, es responsabilidad del dentista informar a los padres acerca de las ventajas de las aplicaciones tópicas de fluoruro. Varios estudios han informado sobre los beneficios de los dentífricos fluorados medicinales sobre la reducción en la incidencia de nuevas lesiones de caries. Hay que informar a los padres sobre los beneficios de este tipo de dentífricos y estimularlos para que los proporcionen a sus hijos.

Si bien hay que resaltar el papel de los fluoruros como factor en el control de la caries, no hay que dejar que los padres crean que con sólo los fluoruros, sin otras medidas profilácticas, eliminarán o reducirán drásticamente la incidencia de nuevas lesiones de caries.

Prevención de maloclusión. - En cualquier programa de prevención debe tomarse en cuenta la maloclusión. El público tiene que ser educado sobre el efecto perjudicial que tiene en la oclusión la pérdida temprana de los dientes primarios o que se tomen medidas para remediarlo.

Si se olvida mostrar a la madre la relación de estos factores con la producción de lesiones de caries, puede crear un falso sentimiento de seguridad con respecto a la salud dental del niño.

ENVIO POR CORREO DE MATERIALES PREPARATORIOS PARA EL NIÑO.

La ayudante es la encargada de enviar por correo al hogar del paciente, material impreso que se utiliza para preparar al niño a su primera visita dental.

Los dentistas generales lo encontrarán especialmente útil en las comunidades en que la odontología infantil no es aceptada fácilmente. Por medio de la historia se le dice a la madre lo que ella ha de decir al niño para que no se asuste ante lo desconocido. La narración informa indirectamente a los padres que la primera sesión es diagnóstica y que se tomarán radiografías. Por consiguiente, cuando el niño llega al consultorio, generalmente está preparado para pasar directamente a la sala de tratamiento, con lo cual se evitan retrasos innecesarios. Si el niño muestra temor en el consultorio, la ayudante o el odontólogo pueden repetir la historia, que por entonces ya será familiar para el niño, para consolarle en su apuro. La historia ayuda también a evitar falsas interpretaciones sobre -

el día y la hora de la cita porque esta información aparece confirmada por escrito.

La ventaja de enviar una carta dirigida al propio niño es obvia. No es raro -- que el niño demuestre su satisfacción llevándosela a la cama o enseñándola a los compañeros de juegos. Gracias a la reacción favorable debida a la preparación por medio de la historia, los padres con frecuencia se muestran agradablemente sorprendidos de la actitud positiva del niño en su primera visita al odontólogo.

RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO HACIA SU PACIENTE.

Ni siquiera con el más profundo conocimiento del problema y de su solución es posible instituir un programa para la prevención de la caries y llevarlo a cabo con éxito sin una cooperación completa de los padres y del paciente. Para lograr esta cooperación el odontólogo debe dedicar el tiempo suficiente para dar a la madre y al hijo la información adecuada en términos comprensibles, sobre las causas de la caries dentaria.

Uno de los principales requisitos del manejo satisfactorio del consultorio es el manejo del paciente. Para cumplir con su responsabilidad hacia el paciente, el odontólogo debe ser capaz de manejar bien a los niños. La falta de capacidad para manejarlos puede frustrar todo intento de realizar odontología de gran calidad.

Debemos transmitir al paciente y al padre que el valor de cuidados dentales adecuados en la niñez, son una inversión para la salud futura. La buena odontología no empieza en la silla dental. Empieza en casa con higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricciones de carbohidratos, la participación en los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua, y con el establecimiento de programas para los indiferentes.

Al tratar a niños nos enfrentamos con cierto número de problemas que no suelen presentarse con los adultos:

1) Debe convencerse a los padres de la importancia de la odontología preventiva para la salud futura de sus hijos con el fin de que los traigan al consultorio para el examen de la boca.

2) Debemos tener algunos conocimientos acerca de los factores que influyen en las reacciones del niño ante el ambiente del consultorio dental para poder ayudar al niño a adaptarse al mismo.

3) Ha de instruirse al personal auxiliar para que se haga cargo del comportamiento del niño en el consultorio y ayude a prepararlo para que acepte el tratamiento dental.

4) Debemos saber cómo comportamos, tanto con el progenitor como con el niño, durante la consulta, de suerte que el tratamiento pueda desarrollarse de manera tranquila y eficaz.

5) Ha de saberse programar el tratamiento de modo que el niño conozca gradual

mente lo que es la asistencia dental, y que sea adecuado a su nivel de desarrollo psicológico, así como a sus necesidades dentales.

6) Tenemos que ser capaces de presentar el plan de tratamiento al padre en forma clara y persuasiva para que éste comprenda la necesidad del tratamiento propuesto y esté dispuesto a aceptarlo.

Uno de los objetivos de la motivación es la de acondicionar a los jóvenes pacientes para que acepten el tratamiento dental futuro. Incluso cuando un niño no presenta ningún problema dental específico, debe acostumbrarse al ambiente del consultorio dental, para que acepte el tratamiento sin temor cuando los problemas dentales hagan su aparición. Los padres han de saber que el primer examen dental del niño debe hacerse ya a los dos años. Suelen mostrarse reuuentes a llevar al -- consultorio a niños de tan corta edad porque temen que se porten mal y se sienten incómodos ante las lágrimas o la rabieta infantil. Debemos tranquilizar al padre -- diciéndole que ya sabe lo que se puede esperar de un niño y que en el consultorio se atienden con agrado a los pequeños. Además, ha de hacerse hincapié ante el padre lleno de ansiedad en que el acondicionamiento dental en edad temprana -- prepare el niño para aceptar la asistencia odontológica cuando llega a la edad adulta.

ACTITUDES DE LOS FAMILIARES.

Los padres a los cuales el tratamiento dental les produce ansiedad exagerada, con frecuencia intentan ocultarlo, con afirmaciones tales como "Me desagrada ir al dentista, pero nunca se lo he dicho al niño", o "Cuando voy con el odontólogo -- llevo al niño conmigo para que se vaya acostumbrando", son reveladoras. Como a los padres le es difícil ocultar completamente sus sentimientos de temor, transmiten esos temores a los hijos. Además tíos, tías y abuelos bien intencionados, al tratar de calmar los miedos del niño aprensivo pueden proyectar inadvertidamente sus propias reacciones adversas a los procedimientos dentales. El padre o el paciente que prometen una recompensa para sobornar al niño rebelde antes de acudir al consultorio dental se pueden crear sin darse cuenta, temores en el niño.

Los padres con conceptos erróneos sobre la salud dental retrasan las visitas al -- consultorio dental hasta que sus hijos presentan alguna urgencia. Pos desgracia, estas situaciones de urgencia todavía hacen más difícil que el niño acepte el tratamiento dental.

Un hermano mayor puede influir positivamente en que el pequeño en edad preescolar acepte la visita inminente con el odontólogo y éste ha de procurar su colaboración. Por ejemplo, puede pedir que venga al consultorio un hermano o hermana -- mayores para que animen al pequeño. Por el contrario, si este hermano o hermana -- mayores han molestado con frecuencia al pequeño, le asustará la visita dental. El -- preescolar es probable que se muestre rebelde al tratamiento dental si todos sus hermanos y hermanas mayores son adolescentes o mayores, generalmente miman a los -- pequeños y los vician.

Se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento nece--

sario. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar a su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la zona de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos que se les invite a hacerlo. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de éstos ha sido deficiente. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tienen menos de 4 años de edad. No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa al niño, o le está transmitiendo su simpatía. Esta división de obediencias llevará a desconfiar del odontólogo y también creará temor a los procedimientos dentales.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

El odontólogo puede hacer mucho en la educación de los padres, para que éstos se aseguren de que sus hijos no lleguen al consultorio con dudas ni miedo. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de tratar al niño por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios o individualmente.

1. - Pedir a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño, la causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales.

Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable y sin darle mucha importancia qué es la odontología. Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en los niños. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2. - Instruir a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolores y cosas desagradables.

3. - Pedir a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al consultorio para que empiece a conocerlo.

4. - Explicar a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

5. - aconsejar a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados que generalmente es un paciente dental bueno.

6. - recalcar el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan sólo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico el peor momento para traer un niño al consultorio es cuando -- sufre un dolor de dientes.

7. - Pedir a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse algún peligro.

8. - Debemos instruir a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas o ridiculizando los servicios dentales.

9. - El padre no debe prometer al niño lo que no va a hacer el odontólogo. Ya que será colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va a hacer daño, las mentiras sólo llevan a decepción y desconfianza.

C A P I T U L O III

ENSEÑANZA DEL CEPILLADO DENTAL E HIGIENE BUCAL

- a) DISEÑO DEL CEPILLO
- b) TECNICAS DE CEPILLADO
- c) PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO DENTAL
- d) EMPLEO DEL HILO DENTAL
- e) OBLEAS REVELADORAS
- f) DENTRIFICOS
- g) ENJUAGUES BUCALES
- h) ENSEÑANZA DEL CEPILLADO EN EL CONSULTORIO DENTAL

ENSEÑANZA DEL CEPILLADO DENTAL E HIGIENE BUCAL.

Deberá aconsejarse debidamente la importancia del cepillado dental y recomendar un tipo de cepillo, un dentífrico y la mejor técnica para llevar a cabo esa acción. No obstante, resulta muy difícil a veces determinar justo cual es el mejor consejo que puede darse. Sin embargo deberá elegirse qué diseño de cepillo dental recomendar, qué técnica, enseñar cuánto énfasis deberá poner en la práctica del cepillado dental.

DISEÑO DEL CEPILLO.

Podemos fácilmente comprender que la eficacia del cepillado dental para limpiar dentaduras se verá ampliamente influida por el diseño del cepillo.

La rigidez de un cepillo de nylon depende del diámetro y el largo de sus filamentos. Hine manifestó que un cepillo hecho con filamentos de nylon de 0.25 mm. - puede ser considerado blando, mediano el de 0.30 mm., y duro el de 0.35 mm., y - finalmente extra-duro el de 0.40mm.

Poco es el acuerdo sobre el cual sea el mejor cepillo desde el punto de vista de la dureza, es muy probable que nunca lo haya, sin embargo un cepillo demasiado duro lacerará los delicados tejidos gingivales. Es probable que sea preferible aconsejar el empleo de un cepillo mediano para las denticiones mixta y permanente. Por cierto ésto variará con los distintos pacientes y el estado de su boca.

Hay grandes diferencias de opinión sobre la debida dureza de un cepillo, también las existen en cuanto al diseño del cepillo. Pero los predominantes en el comercio y más fácilmente obtenibles son el corte recto, el oval y el penacho.

Es importante comprender la renuencia de los pacientes al escuchar al odontólogo sobre la necesidad de cambiar sus cepillos desgastados y deformados. Deberá instruirse a los pacientes para substituir sus cepillos a intervalos frecuentes.

También el uso del cepillo dental eléctrico es eficaz y más aún para niños impedidos y adultos que encuentran dificultades para limpiarse los dientes.

TECNICAS DE CEPILLADO.

Actualmente existen numerosas técnicas de cepillarse los dientes, la mayoría de -- éllas son tan complicadas que no podrán ser dominadas por niños de corta edad. Por -- éllo, se aconseja enseñar a los niños pequeños técnicas sencillas. Existen por lo menos seis tipos predominantes de técnicas de cepillado que se enumeran a continuación.

METODO DE REFREGADO. - Con esta técnica, se sostiene el cepillo con firmeza - y se cepillan los dientes con un movimiento de atrás hacia adelante, similar al fregado de un piso, la dirección de los movimientos puede cambiar y aún hacerse dañosa.

METODO DE FONES. - Con los dientes en oclusión, se presiona firmemente el cepillo contra los dientes y los tejidos gingivales y se le hace girar en círculo de mayor diámetro posible.

METODO DE BARRIDO O GIRO. - Se colocan las cerdas del cepillo lo más alto que sea posible en el vestíbulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales. El paciente ejerce tanta presión lateral como los tejidos puedan soportar y mueve el cepillo hacia oclusal. Los tejidos se isqueman bajo la presión al hacer ésta que la sangre se retire a los capilares. A medida que el cepillo se aproxima al plano de oclusión se le va haciendo girar lentamente, de manera que ahora son los extremos de la cerda los que tocan el diente en el esmalte, al liberar la presión sobre las encías, la sangre vuelve a fluir a los capilares, entonces se vuelve a colocar el cepillo en el vestíbulo y se repite el movimiento de giro. Se indica a los pacientes que en cada zona hagan seis claros movimientos de barrido hacia oclusal, después el cepillo pasa a una nueva zona.

METODO DE CHARTES. - Se ponen los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte dental y el tejido gingival, con las cerdas apuntando en un ángulo de unos 45° hacia el plano de oclusión. Se hace entonces buena presión hacia abajo y lateral con el cepillo y se vibra delicadamente de adelante hacia atrás, más ó menos 1 mm. Esta suave presión vibratoria hace que los extremos de las cerdas pasen entre los dientes y limpia muy bien las caras proximales, esta técnica masajea bien los tejidos interproximales.

METODO DE STILLMAN. - Se coloca el cepillo aproximadamente la misma posición requerida para la acción inicial del método de barrido ó giro, excepto que más cerca de las coronas dentales. Se hace vibrar el mango suavemente, en un movimiento rápido y ligeramente mesiodistal. Este método limpia los espacios interproximales además de dar masaje adecuado a los tejidos gingivales.

METODO FISIOLÓGICO. - Algunos aconsejan esta técnica porque creen que si los alimentos son eliminados en sentido apical durante la masticación, en la misma dirección deben ser cepillados dientes y encías. Con un cepillo muy blando, se cepillan los tejidos gingivales y los dientes, desde la corona hacia la raíz en un suave movimiento de barrido. Aunque la técnica puede ser eficaz, se ha de advertir que el emplearlo debe llevar mucha cuidado.

No puede esperarse que niños muy pequeños dominen técnica de cepillado eficazmente, por esto, es mejor que los padres le hagan el cepillado al niño. El método que se recomendará y enseñará al paciente dependerá de la evaluación del odontólogo de las necesidades del paciente.

Los odontólogos enseñaban al preescolar la misma técnica que al adulto o simplemente ni mencionaban que había una poca de diferencia.

En general se condenaba el método del fregado o por lo menos no se le consideraba una manera aceptable de cepillarse los dientes, sobre todo por la irritación de los tejidos gingivales en el cuello del diente y la abrasión que a menudo se ve en el margen gingival como resultado del cepillado vigoroso. Además se consideraba que el método del fregado no era eficaz para eliminar los residuos de entre los dientes.

Kimmelman y Tasaman señalaron que la acción de fregado desaloja mejor los residuos de las superficies dentales de los tejidos temporales. El diente temporal permite una limpieza mucho mejor si emplean movimientos horizontales, además, la

presencia de los rebordes cervicales protege el tejido gingival y proporciona seguridad desde ese punto de vista.

PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO DENTAL.

Un estudio de los hábitos de cepillado de los niños demostró que los de cinco - años o menos se cepillan menos de 20 segundos. En el mismo estudio, alrededor del 35% de los niños de ese grupo eran incapaces de "esprimir" el cepillo. Además se comprobó que la acción de cepillado dental de los menores de siete años era mucho más breve y caprichosa que en los mayores. Los preescolares o quienes aún están en la etapa de la dentición temporal no suelen haber desarrollado sus aptitudes al punto de poder ejecutar un cepillado dental eficiente.

En otro estudio reciente, se observó que los padres cepillan a sus hijos mucho -- mejor que los niños mismos. Por lo tanto, hay que enseñar al padre del preescolar a que le cepille los dientes y que emplee la técnica del fregado horizontal que es la más eficaz.

Esto consiste en que el niño se pare delante de la madre con su espalda contra -- ella, la madre con su brazo izquierdo, sostiene la cabeza del pequeño, de esta manera cualquier movimiento de uno de los dos es simultánea. Con los dedos de la mano izquierda separa el labio cuando cepilla los dientes anteriores inferiores. Le queda la mano derecha libre para cepillar todas las caras de todos los dientes inferiores. Los dedos de la mano izquierda puede usarlos para separar el carrillo cuando cepilla los dientes posteriores y el dorso de la cabeza del cepillo mantiene separada la lengua mientras se está cepillando las caras linguales de los dientes inferiores.

Cuando se cepillan los dientes del maxilar superior, se le pide al niño que he-- che la cabeza ligeramente hacia atrás. Por observación directa de la boca, la madre tiene una visión adecuada y buen acceso a cepillar la superficies dentales. Una vez más, los dedos de la mano izquierda pueden servir para separar los labios y el carrillo.

Cuando a los padres se les da una instrucción específica de un abordaje detallado del cepillado de los dientes de sus hijos, están más motivados para seguir las instrucciones suministradas.

A los padres se les indica que cepillen los dientes de los hijos y al terminar la -- limpieza, que aliente al pequeño a que él también se cepille. Sin embargo, no se dan instrucciones específicas al niño, habitualmente recurrirá a la técnica del fregado, pero no se hará intento alguno por adoctrinarlo en ningún método, puesto que -- cuando comienza a eruccionar sus dientes permanentes anteriores, se le habrá de explicar el método del barrido vertical. Los padres deben proseguir cepillando hasta que el niño demuestre su eficacia e interés en llevar a cabo el procedimiento por sí mismo, esto puede ocurrir sólo a los nueve o diez años. Cuando los padres sigan cepillando los dientes del niño en el período de la dentición mixta, deberán aplicar un método combinado de fregado y barrido vertical.

EMPLEO DEL HILO DENTAL.

Se sugiere que en cierto caso el cepillado dental se complemente con hilo dental empleado adecuadamente. Se ha afirmado que el mejor hilo dental es el que consta de gran número de fibras de nilón microscópicas y no enceradas con un mínimo de rotación. Para que tenga valor este material, deberá emplearse sistemáticamente, pasando el hilo a través del punto de contacto y estirándolo hacia la superficie mesial y distal del área interproximal. Inmediatamente -- después deberán eliminarse los desechos mediante vigorosos enjuagues bucales con agua. Aunque se sabe que este es procedimiento 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 interproximales de primeros molares permanentes.

Para lograr mejores resultados, se corta un hilo dental de aproximadamente -- 45 cm., de este pedazo, se sostiene entre los índices y pulgares secciones de -- 2.5 cm., el exceso se enrolla alrededor del dedo índice de una mano. Después de limpiar cada superficie interproximal de molares, el hilo ya usado puede enrollarse alrededor del dedo índice opuesto y se desenrolla hilo limpio para emplear en el nuevo sitio que se va a limpiar.

OBLEAS REVELADORAS.

También se emplean obleas reveladoras como ayuda para instrucción en casa. Las obleas contienen un tinte vegetal rojo (F.D.C. rojo núm. 3, eritrosina). 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 picmentada 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 como colocar el cepillo -- durante el cepillado para poder limpiar toda la superficie del diente. Esto se sigue con empleo de hilo dental, se le proporciona al paciente un suministro de tabletas para emplear en casa, para así comprobar periódicamente la eficacia de su técnica de higiene bucal.

DENTÍFRICOS.

Los dentífricos persiguen dos propósitos, Ayudan al cepillado a liberar las superficies inaccesibles de los dientes de los depósitos y manchas recién depositados y actúan como agente preventivo de las caries. La Asociación Dental Norteamericana sugirió un preparado poco costoso consistente en media cucharadita de té de sal en medio vaso de agua, o un cuarto de cucharadita de bicarbonato de sodio en -- 1/2 vaso de agua, éste ayuda a eliminar los residuos, pero claro está, no tiene efecto anticariógeno.

Al principio de la década de los treinta se informó que enjuagarse la boca con solución acuosa de hidróxido de amonio, limpiaba eficazmente los dientes y era -- por su acción disolvente en la placa de mucina salival. Cierta tiempo después se -- informó de un efecto inhibitor de la urea en la formación de ácido por mezclas de saliva y glucosa en tubo de ensayo y en la fermentación de carbohidratos en la -- placa dental.

También fueron estudiados los dentífricos penicilínicos y se halló que pueden in-

hibir la caries en niño, siempre que su empleo sea supervisado estrictamente. Si esto no se logra, no podremos esperar que estos dentífricos tengan valor alguno, se ha demostrado que el uso prolongado de un dentífrico de penicilina causa aumento del número de bacterias resistentes a la penicilina que se encuentran en la boca. También existe la posibilidad de inducir sensibilización a la penicilina en los pacientes. En vista de esos riesgos, consideramos dudosos los beneficios de emplear dentífricos con penicilina.

También se estudiaron otros tipos de dentífricos, tales como los que contenían clorofila o sarconinato pero no tienen mucha oportunidad de representar un papel importante en la prevención de caries en niños o adultos jóvenes.

Así también se hicieron investigaciones extensas sobre los efectos de dentífricos con compuestos de fluoruro de diversos tipos que han dado ciertos resultados alentadores. Los que atraen mayor atención actualmente son los de fluoruro estañoso, monofluorofosfato de sodio, fluoruro y fosfato ácidos y aminofluoruro.

Después de evaluar diversos estudios clínicos, el Consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Norteamericana ha clasificado dos dentífricos como - de grupo A: Crest (que contiene pirofosfato de calcio y fluoruro estañoso) y Colgate MFP (que contiene monofluorofosfato de sodio y metafosfato insoluble como-abrasivo). Esta clasificación viene apoyada por la afirmación de que estos dentífricos proporcionan protección contra la caries si se siguen programas de buena -- higiene bucal.

ENJUAGUES BUCALES.

El empleo de técnicas de cepillado y de hilo dental aflojará muchas partículas de alimento y bacterias de la placa dental, éstas pueden eliminarse enjuagando vigorosamente con agua. El mismo procedimiento, favorecerá la rapidez de eliminación bucal de carbohidratos semilíquidos. Esta posible ventaja ha sido explorada con detalle por un grupo de investigadores que hicieron que cincuenta sujetos de prueba comiera un pedazo de caramelo blando para saturar la cavidad bucal con azúcar, seis minutos y medio después, en el momento en que el caramelo se había disuelto, se enjuago la boca con agua. Se realizaron análisis en azúcar salival a intervalos establecidas antes y después de enjuagarse con agua. Se observó el efecto relativo de uno o tres enjuagues y la cantidad de agua empleada para enjuagar variaba de 5 a 15 ml. Como se podía esperar, los enjuagues repetidos dieron por resultado rápidas disminuciones del nivel salival de azúcar. Sin embargo, no lograron excepto en raros casos, provocar eliminación completa de azúcar en la cavidad bucal.

Por lo tanto, se aconseja que después de ingerir golocinas 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 ésto si en ese momento resulta impráctico cepillarse los dientes.

ENSEÑANZA DEL DEPILLADO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Cada odontólogo decidirá cuanto tiempo y esfuerzo dedicará en su consultorio

a la enseñanza del cepillado. Este tiempo y esfuerzo estarán directamente relacionados con la convicción individual de importancia.

El uso del cepillo dental regularmente después de cada comida ayudará mucho a mantener la buena salud de los tejidos blandos que rodean los dientes. Por cierto que este tipo de cuidado debe ser enseñado y alentado en los pacientes - de poca edad.

Hay considerable evidencia de que el cepillado dental contribuye a la prevención de la caries, la evidencia existente apoya la convicción de que el cepillado limitará las caries, mejorará decididamente el estado de los tejidos blandos y que es el mecanismo por el cual las pastas terapéuticas llegan diariamente a los dientes, por todo esto debemos sentirnos motivados para enseñar el cepillado y el uso del hilo dental.

Klein emplea el siguiente método. - A cada preescolar nuevo se le lleva a una sala fuera del consultorio donde existe una zona dedicada al cepillado dental, ésta tiene un gran espejo y dos lavatorios con grifos corrientes y también -- con chorro de agua para beber. La asistente provee al niño de un cepillo, se le da una tableta revelante que debe masticar, en vez de la solución revelante, que puede ser pintada sobre los dientes del preescolar. Se enseña a masticar la tableta y hacer pasar la saliva entre los dientes. Las razones que al niño se le dan -- tabletas para que los mastique en su casa y debe aprender a emplearlas correctamente, se muestran entonces las zonas con residuos a los padres, la asistente dental les enseña a cepillar los dientes de los niños. De ahí en adelante, cuando el niño vuelve para una sesión odontológica regular, la asistente dental lleva a la madre y al niño al consultorio exterior donde el niño recibe su propio cepillo, el que le fué dado en la primera sesión y se guardó para él en un paquete individual en la zona de cepillado.

Keller emplea un método bastante similar de enseñanza del cepillado. Si el niño es paciente nuevo y preescolar, él y la madre son presentados a la asistente dental, que les explicará la técnica. Los llevan a una zona fuera del consultorio destinado a esto, donde existe un lavatorio y agua corriente, la asistente informa a los padres la acción de los microbios sobre el azúcar, que producen un ácido - que, en contacto con los dientes, disuelve el esmalte y la dentina. Ella menciona también que los dientes son parte del organismo infantil y así como la madre - no descuidaría lavarle la cara y las manos, no querría descuidar la limpieza de - sus dientes. La auxiliar subraya entonces que la madre debe ayudar al niño con el cepillo hasta aproximadamente los ocho años o en tanto que ayuden al niño a bañarse. Muestra a la madre y al niño la posición correcta debida en el cepillado de los dientes del niño, pero antes debe tomar un aplicador de algodón y pasar - una solución Premier "Disco-Al" por la superficie de todos los dientes, el niño - se enjuaga la boca con agua y la auxiliar muestra a la madre las zonas que necesitan cepillado. Después muestra la técnica de cepillado, trás esta demostración, toma un trozo de hilo dental y muestra a la madre como usarlo y quitar los residuos de entre los dientes, los que el cepillo no pudo quitar.

Las instrucciones para el cepillado en un niño de siete o más años difieren en que éste masca una tableta revelante después se enjuaga y la asistente le entrega el cepillo al tiempo que le guía la mano mientras lo emplea. Pon énfasis en que

siga un método sistemático para limpiar todas las superficies dentales. La instrucción sobre el hilo es esencialmente similar a la del preescolar, excepto que el niño, no la instructora, realice el procedimiento. En la visita periódica se da a los niños un cepillo nuevo cada cuatro o seis meses.

Hay que alentar a los padres para que supervisen el cepillado regular del niño, se realizará después de cada comida y si no pudiera hacerlo, deberán proceder al enjuague por un minuto. Es bien obvio que se puede obtener una excelente cooperación de algunos padres y pobre o mala de otros. El odontólogo genuinamente interesado en un programa preventivo para sus pacientes debe hacer todo el esfuerzo para motivar un buen cepillado dental y buenos hábitos de higiene -- bucal.

CAPITULO IV

PREVENCIÓN DE CARIES CON FLUORURO

- a) BREVE RESEÑA HISTORICA.
- b) APLICACION TOPICA DE FLUORURO.
- c) FLUORIDACION DEL AGUA.

PREVENCION DE CARIES CON FLUORURO.

Las estructuras del esmalte, a pesar de ser casi totalmente mineralizada, permite cierto diadoquismo que puede modificar la estructura química de este tejido. Se han hecho estudios para proveer al esmalte de fluoruro, estos estudios abarcan desde la aplicación tópica, los dentífricos, la fluorización del agua y tabletas para enjuagues bucales.

Antes de hablar de los métodos mencionados, haremos una breve reseña histórica de los avances hechos con la utilización de fluoruro para la reducción de la susceptibilidad a la caries.

A principios del siglo XIX se pudo comprobar que el fluoruro es un compuesto que forma parte de los tejidos calcificados, siendo básico esto para que investigadores como Magitot y Deherain hicieran referencia de que el fluoruro es un factor limitante de la descalcificación del esmalte.

Otro de las aportaciones que se hicieron en ese siglo, fué la demostración de que el fluoruro tiene gran afinidad por el tejido calcificado. El estudio fué hecho con hueso en soluciones diluidas de fluoruro durante cinco meses, y se demostró un aumento del contenido de fluoruro de 0,3 partes por 100 a 4,7 partes por 100. A fines del mismo siglo se hicieron otras investigaciones, en una de ellas se aportan datos para sugerir que el fluoruro agregado a la dieta lograba limitar la caries.

Ya para este siglo se describieron casos de dientes moteados en lugares donde se consumía agua con fluoruro, sin embargo autores como Black y Mckey observaron que dichos dientes tenían una susceptibilidad limitada a la caries. En otras observaciones años después, hubo pruebas de que la cantidad de fluoruro necesario para inhibir la formación de caries era menor de la que producía el moteado de los dientes.

Para poder reducir la susceptibilidad a la caries el fluoruro debe estar en contacto en soluciones diluidas con el esmalte totalmente calcificado, con lo que se logra una unión del esmalte con el fluoruro. Por los estudios realizados con isótopos radioactivos se piensa que la hidroxapatita superficial se convierte en fluorapatita, obteniéndose que los dientes tratados con fluoruro disminuyan la permeabilidad del esmalte y la formación ácida de carbohidrato por los microorganismos bucales.

También se ha demostrado que el fluoruro limita la acción de la caries al incorporar el fluoruro en la época de calcificación de los mismos. Esto se basa en experimentos con personas residentes en áreas donde se incorporaba al agua potable el fluoruro en época de calcificación de los dientes. Estas personas al cambiar de lugar de residencia, donde el nivel de fluoruro en el agua potable es deficiente mantenía su baja susceptibilidad a la caries.

APLICACION TOPICA DE FLUORURO.

Autores como Bibby (1944) han demostrado que la aplicación tópica de fluoruro en niños es una técnica eficaz para prevenir la formación de nuevas caries. A partir de entonces se han efectuado gran número de estudios clínicos que hacen -

notar la eficacia del fluoruro en varios compuestos para prevenir la caries, sobre todo en niños de cuatro a catorce años de edad, donde el porcentaje de reducción es del 40 al 60% .

En la aplicación tópica, se han utilizado principalmente el fluoruro de sodio neutro, el fosfato fluoruro de sodio acidulado y el fluoruro estañoso, para disolver estas sales se ha utilizado el agua bidestilado, la glicerina, etc. De los compuestos anteriores se ha observado que el fosfato fluoruro de sodio acidulado y el fluoruro estañoso dan constantemente mayor protección contra la caries que la obtenida por el fluoruro de sodio neutro.

En un estudio realizado por Wellock y Brudevold se demostró que la reducción de caries era posible hasta un 70% con una aplicación tópica cada año. La reducción de caries varía en cada caso particular, pero la mayoría tiene una disminución de 30 a 45% de caries.

La concentración de fluoruro varía según el compuesto, así tenemos el fluoruro de sodio, el cual usado al 2% con cuatro tratamientos en un año a intervalos de una semana, se logra la máxima reducción de caries que sería del 70%. La solución acidulada de fluoruro parece más eficaz con una aplicación anual - o cada seis meses.

El fluoruro estañoso aplicado a la superficie dentaria en una solución al 8% es recomendado una vez al año. Mas recientemente, se ha hecho la sugerencia de que este fluoruro aplicado cada seis meses es mas beneficioso.

Para la técnica de aplicación tópica del fluoruro de sodio se recomienda utilizar la técnica de este Knutson.

En la primera visita se hace una limpieza de los dientes, la que se realiza con piedra poma y copa de caucho, debe ser muy cuidadoso y abarcar todas las superficies dentarias, teniendo mayor atención en las zonas donde la autoclisis sea deficiente para eliminar los restos de materia alba. Al terminar se puede hacer un ejuagatorio con algún colorante para ratificar la limpieza de los dientes.

El siguiente paso será el aislamiento de los dientes, con el objeto de eliminar totalmente la humedad que pudiera hacer fracasar la aplicación. El aislado de los dientes puede hacerse con dique de hule, que empleado en niños pequeños es muy complicado y difícil de tolerar, por lo que se aconseja usar rollos - de algodón y un porta-rollos que lo mantendrá en su lugar y evitará el contacto del algodón con la superficie dental. Si el algodón tiene contacto con los dientes, la solución de fluoruro será absorbida por el algodón y no va a tener efecto sobre el esmalte. El rollo de algodón debe ser suficientemente compacto para que pueda absorber toda la saliva durante el tiempo que tarda la aplicación, además se puede utilizar el eyector de saliva como auxiliar para mantener la boca seca.

El aislado de los dientes varía según los autores, se puede hacer por cuadrantes o sea la mitad de una arcada, también se pueden aislar los dientes superiores e inferiores de un lado cada vez, o hacerlo por arcada.

Una vez aislados los dientes se procede a secar con aire, ésto facilitará la absorción del fluoruro en el esmalte.

El siguiente paso será la aplicación de la solución fluorurada que en este caso es el fluoruro de sodio al 2%, esta aplicación es por medio de un aplicador de algodón o rocio y debe llegar a todas las superficies dentales, incluyendo las proximales. Se deja secar la solución de tres a cinco minutos sin que la saliva entre en contacto con los dientes. Después se procede a la aplicación en los demás dientes, debe informarse al paciente que no debe enjuagarse la boca ni ingerir líquidos y alimentos por lo menos durante 30 minutos.

Se hacen tres aplicaciones posteriormente con un intervalo de una semana, siguiendo el mismo procedimiento con excepción de la profilaxis, que ésa ya no se realiza. Por lo general se hacen las aplicaciones a los tres, siete, diez y trece años de edad.

El método que se aconseja para la aplicación tópica de fluoruro estañoso es, la de una aplicación al año. También se hace una profilaxis con piedra pomez, se aísla igual que la técnica anterior y aplicamos la solución de fluoruro estañoso al 8% a los dientes secos con un aplicador de algodón. A diferencia de la técnica anterior se mantienen húmedos los dientes con la solución de fluoruro durante cuatro minutos, aplicando a la solución cada quince o treinta segundos. En esta técnica también se aconseja no lavarse la boca ni comer ni beber durante treinta minutos después de la aplicación.

FLUORIDACION DEL AGUA.

Con las investigaciones realizadas se acumularon pruebas de que con niveles mínimos de fluoruro se podía inhibir la formación de caries sin que se produjera el moteado de los dientes. En 1942 con estudios realizados en 21 ciudades -- con diversas concentraciones de fluoruro en el agua potable, se pudo observar que los niños de doce a catorce años en una ciudad donde la concentración de fluoruro en el agua potable era de 1.0 y 1.4 partes por millón, presentaban un promedio ligeramente inferior a tres dientes permanentes destruídos, ausentes y -- obturados, sin producir el moteado en el esmalte.

Aunque la fluoridación del agua es muy útil para evitar la caries, debe complementarse con consultas regulares tempranas al odontólogo, ya que fluoridación del agua no es la respuesta completa para pacientes individuales, ya que debe recibir otros medios preventivos. La fluoridación de los suministros escolares de agua en concentraciones de 3 a 5 partes por millón es conveniente donde no se consume el agua con fluoruro. Este beneficio lo reciben principalmente los dientes permanentes porque es en esta época cuando se desarrollan y hacen erupción dichas piezas.

CAPITULO V

ALIMENTACION Y SALUD DENTAL

- a) FACTORES QUE AFECTAN LA INGESTION DE LOS ALIMENTOS RECOMENDADOS.
- b) REGLAS BASICAS PARA ALIMENTAR A LOS NIÑOS.
- c) COMPONENTES DE UNA DIETA ADECUADA

ALIMENTACION Y SALUD DENTAL

No debiera, haber necesidad de justificar la importancia de la nutrición en campo alguno de las ciencias médicas, puesto la que ingestión correcta - de todos los nutrientes cada día en toda edad es vital para la preservación y mantenimiento de la vida. Sin embargo no ha recibido el debido énfasis. Pero ahora, a la luz de los conocimientos actuales, hay que considerar la importancia de la nutrición no sólo para la cavidad bucal, sino para la salud y la felicidad de la persona, la familia, la comunidad y la nación.

Así mismo definimos las palabras "nutrición" "dieta" y "alimento" que a menudo se emplean incorrectamente.

Nutrición se define como la suma de los procesos relacionadas con el -- crecimiento, mantenimiento y reparación del cuerpo humano en total o en alguna de sus partes constituyentes.

Dieta se define como alimentos y bebidas consumidos regularmente.

Alimento significa cualquier sustancia que, al ser tomada por el cuerpo de un organismo, pueda emplearse para proporcionar energía o para construir tejido.

Si bien la primera visita del niño al odontólogo se cumple a la edad recomendada de unos tres años se puede dar cuenta que tiene una maravillosa oportunidad para observar a los niños durante uno de los períodos más dinámicos del crecimiento y sería de esperar, para influir favorablemente.

Si se proporciona al niño los nutrientes adecuados para el crecimiento, se puede observar la tendencia general, dentro de límites normales, de un crecimiento en ese niño. A la inversa, si no se produce el patrón esperado de crecimiento, se puede sospechar que algún factor perturbe el patrón normal de crecimiento por ejemplo, ingestión disminuida de alimentos, enfermedades, factores genéticos, y problemas emocionales. Cualquier desviación del esquema normal de crecimiento puede ser descubierto más fácilmente cuando a un niño se le observa, pesa y mide con intervalos regulares que si se le vé sólo de tanto en tanto.

Si bien un examen físico completo del paciente no está dentro de nuestro alcance, se pueden aprender muchas cosas del paciente con sólo observar su aspecto físico y preguntar a los padres con buen criterio, sobre hábitos de alimentación, sueño e higiene. El niño sano tendrá un patrón bastante regular de comida, sueño y otras funciones fisiológicas. Si un padre menciona que el hijo no descansa bien o que es muy nervioso y emotivo, se puede sospechar que ese niño también tiene problemas con la alimentación. La observación de la piel, cabellos, uñas y tono muscular, por ejemplo, proporcionan claves para determinar si el niño está bien nutrido. Durante el examen de rutina la observación de las mucosas y de los dientes puede dar un índice del nivel de nutrición del paciente. Por ejemplo, los estados anémicos pueden hacer que la mucosa bucal esté más pálida que lo normal, las deficiencias vitamínicas pueden dar por resultado una mucosa entrojecida, agresiva.

FACTORES QUE AFECTAN LA INGESTION DE LOS ALIMENTOS RECOMENDADOS.

Hay varias razones por las cuales la gente no come una dieta bien balanceada. En los niños, una de las razones principales puede ser un problema de alimentación inducido en el hogar o que fué causado por conceptos erróneos - sobre la práctica de la alimentación infantil.

El problema es cómo se da la comida y no qué se da. Se suele interpretar que la ingestión del niño no es suficiente para satisfacer a los adultos que lo rodean. Si existe un conflicto emocional a la hora de la comida el niño se -- sienta sombriamente a esperar que termine la familia para poder dejar la mesa y satisfacer su hambre tranquilamente con galletitas lejos de las tenciones y el stress de influencia paterna.

Muchas convicciones respecto de la alimentación de los niños son incorrectas y pueden hacer mucho daño si los padres no saben corregirlas. Muchos -- creen que a los niños hay que darles más y más comida a medida que crecen y son más activos, sin embargo, en el índice del crecimiento del niño y no -- su actividad lo que determina fundamentalmente el apetito.

Si al niño se le obliga a comer, se le puede crear un verdadero disgusto por comer a la hora de la comida, y el niño se llenará de bebidas, galletitas, emparedados y golosinas entre comidas, consumiendo dietas desequilibradas y dañosas si se les permite comer cuando quieren y lo que quieren. Con frecuencia, en esos niños se puede generar una mala nutrición y así ocurre.

REGLAS BASICAS PARA ALIMENTAR A LOS NIÑOS.

1.- Evitar la alimentación forzada, puede dar por resultado la creación de un odio por los alimentos y una disminución de su ingestión.

2.- Desalentar el comer entre comidas, de manera que se establezca buenos hábitos de alimentación y que la caries pueda ser prevenida.

3.- Evitar todo comentario que atribuya una importancia indebida a un de terminado alimento. Utilizar el postre como soborno para que el niño coma -- sus vegetales, es tan ineficaz como el soborno para una buena conducta en otras actividades.

4.- Evitar la ingestión excesiva de leche, sólo sirva para reducir el hambre y el deseo natural de otros alimentos básicos.

5.- Evitar la ingestión excesiva de hidratos de carbono refinados, con demasiada frecuencia se les concede sólo para satisfacer el hambre del niño.

6.- Hacer de la hora de la comida un acontecimiento familiar agradable,

con la comida como algo incidental, este enfoque le permitirá obtener muchos beneficios, no sólo en mejores resultados nutricionales, sino a menudo en relajamiento de tensiones y mejores patrones de conducta del niño.

COMPONENTES DE UNA DIETA ADECUADA.

Los nutrientes han sido clasificados en seis grupos principales: proteínas, - hidratos de carbono, líquidos como el agua, vitaminas, minerales y lípidos. A todos estos se les necesita diariamente para promover un crecimiento óptimo, - para mantener los tejidos corporales y para regular la función metabólica.

PROTEINAS. - Las proteínas son nutrientes específicamente requeridos por el organismo para el crecimiento, la reparación de los tejidos y la síntesis de muchos constituyentes del organismo como anticuerpos, hormonas y enzimas.

En general, las proteínas animales son más completas y de un mayor valor biológico que las proteínas vegetales. Ejemplos típicos de buenas fuentes de -- proteínas animales son: carnes, huevos, pescado, leche y otros productos lácteos. Ejemplos de las fuentes de las proteínas vegetales son: trigo, cebada, maíz, avena y legumbres como semillas de soya u otros tipos de legumbres secas. Si éstas últimas fuentes de proteínas suelen ser deficientes en uno o más de los aminoácidos, la ingestión de estos alimentos junto con alguna forma de proteína animal o con otros tipos cuidadosamente seleccionados de proteínas vegetales, -- proporcionan cantidades adecuadas de todos los aminoácidos.

HIDRATOS DE CARBONO. - Los hidratos de carbono incluyen almidones, azúcares, gomas y dextrinas. Con la hidrólisis, los hidratos de carbono más complejos dan azúcares más simples, estos azúcares son los monosacáridos, los disacáridos y los polisacáridos. Los hidratos de carbono de mayor significación nutritiva son los disacáridos y los almidones.

La función principal de los hidratos de carbono es proporcionar energía para el trabajo químico del organismo. Además, los hidratos de carbono en especial las dextrinas, proporcionan un ambiente adecuado para la promoción de -- una flora intestinal favorable. Psicológicamente, los hidratos de carbono desempeñan un papel importante, se les necesita para satisfacer esas ansias de "algo dulce" o "algo que satisfaga", que todos han experimentado. Sin embargo, es esta función de los hidratos de carbono la que es tan perjudicial para la salud dental. Es muy difícil convencer a un niño o a sus padres de que esas ansias constantes de "algo dulce" producirán un estado dental nocivo que afectará su salud. El niño se ha de acostumbrar a depender de esta comida para satisfacer su deseo de dulces, si se crea esta confianza, les resultará más fácil desistir las tentaciones entre comidas.

Los hidratos de carbono están presentes en todos los alimentos en cantidades variables, pero las fuentes principales son los granos y los productos hechos con ellos, como son los cereales, pan, galletas, spaghetti y las plantas amiláceas - como las papas, maíz, arvejas y porotos. Una cantidad considerable de hidratos

de carbono se obtiene de la leche, como lactosa.

LIPIDOS. - Los lípidos o grasas, consideradas en general como alimentos, son grasas neutras. La función principal de la grasa dietética es el suministro de energía de una manera bastante condensada. Un gramo de grasa proporciona nueve calorías al organismo, en tanto que un gramo de proteína o hidrato de carbono proporcionan solo cuatro calorías.

Además, las grasas suministran los ácidos grasos esenciales que necesita el organismo para un crecimiento óptimo y conservación de los tejidos. Las grasas también sirven como vehículos para las vitaminas liposolubles que se obtienen naturalmente en los alimentos.

Las comidas sin grasa no son sabrosas o no atraen y carecen de valor saciante. Si bien el exceso debe ser evitado, algo de grasa ya presente naturalmente en los alimentos, como las carnes o en forma de untamiento o de aderezos de ensaladas, agrega mucho a la satisfacción de una comida. En términos prácticos, esto significa ser más conservador con el empleo de las grasas y usar más aceites vegetales que animales.

VITAMINAS. - Para mantener las funciones normales del organismo, no basta con el aporte de las sustancias nutritivas, plásticas y energéticas (proteínas, hidratos de carbono, grasas, agua, minerales) sino que es indispensable que los alimentos contengan vitaminas, sustancias orgánicas que el organismo es incapaz de sintetizar o que produce en cantidad insuficiente.

Son necesarios para la regulación de procesos de la nutrición y otras importantes funciones del organismo. Las vitaminas pueden ser definidas como: factores alimenticios accesorios, necesarios diariamente en cantidades ínfimas para mantener la integridad celular del cuerpo. Las vitaminas se clasifican según su extracción con éter o con agua en vitaminas liposolubles (A, D, E, K) e hidrosolubles (C, complejo B).

Vitaminas Liposolubles. - La vitamina A o Axeroftol, es una vitamina importante en la formación de los dientes, en razón del origen epitelial del órgano del esmalte, para la reproducción, la lactancia y para el crecimiento.

La deficiencia de vitamina A produce especialmente trastornos en la visión crepuscular y en los tejidos epiteliales como Nictalopia, Xerofthalmia y Queratomalacia. La piel se torna seca y escamosa con hiperqueratosis folicular.

La vitamina A aparece en la leche, mantequilla, queso de crema, carne, en especial el hígado. Los precursores en forma de caroteno y otros carotenoides, se encuentran en vegetales, como zanahorias, zapallo, lechuga, espinacas, berro, chicarro, tomate, alfalfa, banana, melón, etc.

Vitamina D ó Calciferol. También conocida como vitamina antirraquítica. Está relacionada químicamente con el colesterol, es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, y es muy importante en el desarrollo de huesos y dientes sanos. La deficiencia de vitamina D en los niños es una de las causas del raquitismo. En el adulto, causa Osteomalacia, la falla principal en la deficiencia de vitamina D es un defecto en la calcificación de la matriz ósea.

La mayor parte de los alimentos contiene poca vitamina D, y los de origen vegetal casi nada. Esta vitamina se encuentra principalmente en el aceite de hígado de bacalao, en la carne de ciertos peces y en menor cantidad en la leche y derivados, en la yema del huevo y en la levadura.

Vitamina E ó Alfa Tocoferol. Es conocida a veces como vitamina anties-terilidad, pues impide la atrofia de las gónadas y los abortos espontáneos en los ratos. Es necesaria en varias especies animales, pero aún no se ha comprobado su necesidad o su deficiencia en el hombre.

Es importante como antioxidante para las grasas del organismo, y protege a la vitamina A, de la oxidación. Las mejores fuentes de vitamina E se encuentran en leche, huevos, carne, pescado, lechuga, espinacas, lenteja, -- cacahuete, maíz, trigo, chicharos, etc.

Vitamina K. Es conocida como vitamina antihemorrágica, es indispensable para la formación de la protrombina. En una deficiencia de vitamina K, la actividad de la protrombina plasmática decrece, con lo cual aumenta el tiempo de coagulación de la sangre, y llegar a producir una serie hemorragia.

Los recién nacidos a menudo tienen reducido el nivel de protrombina, para prevenir la enfermedad conocida como " enfermedad hemorrágica del recién nacido", se da vitamina K a la madre durante el parto o al bebé inmediatamente después de nacido.

La vitamina K se obtiene naturalmente de varias maneras. La síntesis microbiana en el intestino aporta normalmente una cantidad adecuada en los seres humanos. En los alimentos, se obtiene de los vegetales e hoja verde, alfalfa, espinacas, zanahorias, chicharos, haba de soya, el hígado es una fuente excelente.

Vitaminas hidrosolubles. - Son las vitaminas del complejo B y el ácido ascórbico (vitamina C).

Vitamina B₁ ó Tiamina. Favorece el crecimiento, ayuda a la digestión y a la absorción, es esencial para la conducción y normal funcionamiento del tejido nervioso.

La deficiencia de vitamina B₁ origina el "Berí-berí", que es una enfermedad de los nervios periféricos. Son buenas fuentes de tiamina; el cerdo, el hígado, la levadura, los granos enteros, cereales, harinas enriquecidas y vegeta-

les frescos verdes. La tiamina se destruye con el calor, se pondrá cuidado al cocer los alimentos para reducir al mínimo su pérdida.

Vitamina B₂ ó Riboflavina. Es esencial para el funcionamiento correcto - del trayecto gastro-intestinal, acelera el crecimiento y conserva la piel sana.

En el hombre su deficiencia suele observarse asociada a la de otras vitaminas del grupo B₁, en especial en la Pelagra o el Beri-beri. Las mejores fuentes de riboflavina son los productos lácteos, la pulpa de ciruela pasa, plátano, nabo, vetabel, etc. y carne. Como esta vitamina se destruye con la luz, la leche en envases de vidrio transparente no debe exponerse al sol.

Niacina. Se le conoce como vitamina antipelagra. Es indispensable para el crecimiento y desarrollo normal, interviene en el metabolismo del azufre.

Ciertas dietas deficientes producen la Pelagra en el hombre y la enfermedad llamada "Lengua Negra" en el perro. Son buenas fuentes de niacina o equivalente de niacina, todos los tipos de proteínas de alta calidad, como carne, pescado, huevos, leche, harinas y cereales enriquecidos con niacina. También es alto el contenido niacínico de los maníes y la mateca de maní.

Acido Pantoténico. Está ampliamente distribuido entre los alimentos naturales y se lo ha hallado en todas las formas de seres vivientes. El ácido pantoténico es de vital importancia en el metabolismo intermedio donde funciona - como parte de la coenzima A.

Acido Fólico. Es esencial en el metabolismo de las unidades de un carbono en la síntesis intracelular para las purina, pirimidinas, metionina y serina.

Una deficiencia de esta vitamina produce detención de la maduración de la médula ósea, glositis y trastornos gastro-intestinales.

Vitamina B₁₂ ó Cianocobalamina. Es esencial para la función normal de todas las células, en especial para las de la médula ósea, sistema nervioso y vía gastro-intestinal.

Una deficiencia de vitamina B₁₂ da por resultado una anemia perniciososa. En los vegetarianos puede aparecer glositis, parestesias, amenorrea y signos de degeneración medular, aunque la anemia es rara en estos casos. Otra causa de deficiencia son las infecciones parasitarias, como la tenia o las malformaciones anatómicas, tales como las ansas intestinales ciegas, bolas o divertículos.

Biotina. Es necesaria en los sistemas enzimáticos de bacterias, animales y quizá el hombre. Se encuentra biotina en una amplia variedad de alimentos - y la síntesis intestinal por las bacterias es una fuente importante de esta vitamina. En el hombre, los estados deficitarios de biotina han sido observados - sólo cuando la dieta contiene grandes cantidades de clara de huevo cruda.

Acido Ascórbico, ó Vitamina C. Favorece la correcta formación ósea y dental, estimula el crecimiento y es necesaria para la formación del cemento intercelular. El ácido ascórbico es esencial para los tejidos de origen mesenquimatoso, tejido fibroso, dientes, hueso en formación y vasos sanguíneos.

El término "escorbuto" se refiere a la deficiencia de ácido ascórbico. La mayor parte de las personas reconoce que los frutos cítricos son una fuente excelente de ácido ascórbico. Pero los vegetales frescos como brócoli, repollo, repollos de Bruselas, coliflor, espinacas y tomates también son fuentes de ácido ascórbico. También lo es el hígado, el ácido ascórbico se destruye por calor y oxidación.

Para reducir al mínimo las pérdidas de ácido ascórbico al cocinar, las ollas debieran estar cubiertas y no se debieran emplear las de cobre. Después de la preparación, se evitará el calentamiento por vapor, pues destruirá todo el ácido ascórbico remanente con bastante rapidez.

MINERALES. - Las sustancias minerales que existen en el líquido celular y extracelular, están en proporciones muy constantes y bien reguladas. Los minerales cumplen varias funciones en el organismo, están interrelacionados y equilibrados entre sí, y no pueden ser considerados como elementos solos con funciones circunscritas.

Calcio. Los tejidos esqueléticos del organismo contienen más del 99% del calcio total y un 70 a 80% del fósforo total del cuerpo.

Además de su papel vital en los tejidos esqueléticos, el calcio es necesario para mantener el equilibrio ácido-base y para ayudar a regular el tono muscular. Es bien conocido su papel esencial en la regulación de los latidos cardíacos, también es necesario para el mecanismo normal de coagulación.

Fósforo. Es vital para la salud por su papel en todos los procesos orgánicos. No sólo es un importante mineral óseo, ocupa un papel primordial en las transformaciones de energía.

Los fosfatos recibieron una atención considerable en cuanto a salud dental, pues se descubrió que varios fosfatos solubles eran eficaces en la prevención de la caries en animales y seres humanos.

Hierro. Es un mineral esencial para el organismo. Este conserva su hierro volviendo a utilizarlo cuando es liberado por el catabolismo hemoglobínico y por la muerte y reposición normal de células.

Una deficiencia de hierro produce anemia microcítica hipocrónica, la frecuencia de aparición es máxima en bebés, niños y en las mujeres en los años de menstruación y embarazo. En los adultos varones, es muy rara una anemia fe-

propria, excepto por pérdidas de sangre anormales como por úlceras y hemorroides.

Son buenas fuentes de hierro las carnes, los mariscos, la yema de huevo y - las legumbres. Son fuentes aceptables los vegetales de hoja verde, el trigo entero y los cereales enriquecidos.

Fluor. Tiene un interés especial por su papel en la salud dental y por su posible relación en la prevención de la osteoporosis. En la naturaleza no se encuentra nunca el fluor en estado libre, sino siempre como sales en varios compuestos. El fluor es abundante y está ampliamente distribuido en la naturaleza.

Se encuentran pequeñas cantidades de fluor en la saliva, leche y transpiración. En épocas calurosas, se encuentran cantidades apreciables de fluor con la transpiración.

El método más eficaz, seguro y económico de obtener fluor por la vía general en el período de formación del diente es por el agua de consumo, fluorada natural o mecánicamente hasta el nivel óptimo. Los preparados más comunmente utilizados para complemento de fluor son las soluciones y tabletas.

AGUA. - El agua es el constituyente más abundante del organismo y el medio -- universal en que tienen lugar los procesos vitales, sirve de vehículo en los procesos de absorción, transporte, intercambio, secreción y excreción del organismo. Sin agua no hay vida posible, es un medio de transporte químico y el medio en el -- cual se producen las reacciones metabólicas.

La ruta principal de excreción de agua son los riñones; no obstante, el agua de las heces, transpiración y aire expirado responde por una mitad de la pérdida de agua corporal. La actividad física y la temperatura ambiental afectan la cantidad de agua perdida por los pulmones y la piel.

La proporción de agua requerida en las condiciones más favorables, son de alrededor de un litro por día. Una manera razonable de calcular la cantidad de agua recomendable es atribuir un mililitro a cada caloría de alimentos. La sensación de sed suele servir de guía adecuada para la ingestión de agua, pero en bebés, personas enfermas o personas expuestas a extremado calor o transpiración, la sensación de sed puede no ser adecuada para asegurar una ingestión suficiente de agua.

CAPITULO VI

EXODONCIA EN ODONTOPEDIATRIA

- a) IMPORTANCIA DE LOS RAYOS X EN ODONTOPEDIATRIA.
- b) ANESTESICOS TOPICOS.
- c) ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL.
- d) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL.
- e) TECNICAS DE ANESTESIA MAS EMPLEADAS EN NIÑOS.
- f) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES TEMPORALES.
- g) TECNICAS DE EXTRACCION PARA LOS DIENTES TEMPORALES.

IMPORTANCIA DE LOS RAYOS X EN LA ODONTOPEDIATRIA

Las radiografías son un auxiliar importante en el buen tratamiento de los niños, algunos autores indican que es conveniente tomar las radiografías en la primera visita del niño al consultorio dental, ya que las primeras impresiones son las más duraderas. Y las radiografías son una manera grata e indolora de introducir al niño en el tratamiento dental.

Las radiografías nos muestran la información en cuanto a forma, tamaño, posición, densidad relativa y número de objetos. Pero para poder obtener el diagnóstico, debemos tomar en cuenta sus limitaciones como son la de mostrar una figura bidimensional de un objeto tridimensional, además que los tejidos blandos no son visibles.

El estudio radiográfico proporciona información para el diagnóstico de:

- 1) Lesiones de caries incipientes.
- 2) Anomalías de número.
- 3) Grados de calcificación.
- 4) Alteraciones óseas.
- 5) Control en tratamiento de conductos

Para realizar un exámen radiográfico completo, hay que tomar en cuenta el tamaño de la cavidad bucal, la cooperación del paciente y el número de dientes presentes. Para considerar completo el exámen, éste debe abarcar los dientes y sus estructuras de soporte.

Usaremos dos tipos de placas, la f-57 ó # 2, que es la periapical para adultos y la f-52 ó # 0, que es la periapical infantil. Al tomar las radiografías tendremos en cuenta el tiempo de exposición, que en niños será de 1/4 de segundo teniendo como máximo 1/2 segundo, porque sus células están de desarrollo.

Las radiografías serán series de acuerdo con las edades:

EDAD DE 1 A 3 AÑOS. - Para estos niños algunos autores recomiendan tomar una radiografía oclusal en la zona anterior y dos radiografías de aleta mordible con placa # 0 para los molares, se podría complementar el estudio radiográfico con una radiografía extrabucal, lateral de mandíbula infantil.

Algunos otros autores indican que estos pacientes generalmente no cooperan, por lo que se recomienda tomar dos radiografías con placa # 2, se usará una superior y otra inferior de tipo oclusal.

EDADES DE 3 A 6 AÑOS. - Los niños de esta edad son más cooperativos y pueden tomarse mejor y con más facilidad las radiografías intrabucales. Se recomienda hacer el exámen completo con doce radiografías: seis películas para los dientes anteriores del tipo periapical, cuatro películas para los molares -- también periapicales, y dos radiografías de aleta mordible.

Otros autores recomiendan hacer el estudio completo con dos radiografías - oclusales y dos de aleta mordible. Las oclusales serán una superior y otra inferior, las de aleta mordible abarcarán los dos molares temporales y la cara - distal del canino.

EDADES DE 6 A 12 AÑOS. - Tomarse catorce radiografías: ocho radiografías periapicales para la zona anterior, cuatro para la zona de molares de tipo periapical y dos de aleta mordible también para la zona de molares.

Se podría también hacer el estudio completo con ocho radiografías: dos películas oclusales, una superior y otra inferior, dos radiografías de aleta mordible para los molares y cuatro películas periapicales también para molares.

EDADES DE 12 A 14 AÑOS. - En estos pacientes utilizaremos doce películas: dos oclusales para la zona anterior, cuatro películas periapicales para caninos y premolares, cuatro radiografías periapicales para los molares y dos películas de aleta mordible también para molares.

ANESTESICOS TOPICOS.

Los anestésicos tópicos bien usados, producen anestesia superficial de la mucosa, por lo que reducen o eliminan el dolor de la penetración de la aguja, otros autores en cambio piensan que la anestesia tópica es de valor psicológico, - más no evitan el dolor.

Hay niños que aceptan el anestésico tópico después de una explicación sencilla de su efecto, en cambio hay niños que el sabor o el efecto adormecedor no lo aceptan.

Para poder obtener de los anestésicos tópicos su mayor efecto deberán usarse de manera apropiada. La aplicación será en la mucosa, en el lugar donde va a realizarse la punción, con un aplicador de algodón. Previamente deberá secarse la mucosa, para evitar la dilución del anestésico tópico, hay que mantener el anestésico en contacto con la mucosa por lo menos dos o tres minutos, después de retirar el algodón con el anestésico tópico, el niño debe de enjuagarse la boca - para eliminar la cantidad de saliva que se produce.

El anestésico tópico no debe ser irritante, ni tóxico para la mucosa, además no debe ser de sabor desagradable.

ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL

Si al tratar al niño tomamos en cuenta que es muy importante reducir las molestias al mínimo y evitar el dolor, lograremos que ese niño sea en el futuro un buen paciente.

Por anestesia local se entiende la eliminación del dolor en la región de la intervención.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La anestesia local está indicada en :

- 1) Técnica operatoria.
- 2) Cirugía periodontal.
- 3) Extracciones de dientes temporales y restos radiculares de los mismos.

La anestesia local está contraindicada cuando:

- 1) Existe infección en el lugar de la punción.
- 2) Esten presentes infecciones orales generalizadas.
- 3) El paciente sea demasiado joven para cooperar con el Odontólogo, - entonces será necesaria la premedicación.

Generalmente los niños pueden ser tratados bajo anestesia local, deberemos evitar hasta donde sea posible el uso de la anestesi general. Una vez que el niño se da cuenta de los beneficios de la anestesia, el sólo la pedirá cuando sea necesario.

La anestesia local en niños no difiere mucho a la de los adultos, al haber menor densidad ósea la difusión del anestésico a través de las capas de hueso será más rápida.

Al niño nunca se le debe mentir porque perderá la confianza en el operador, se le deberá explicar sencillamente lo que va a sentir, para que no se asuste.

Para poder obtener una buena anestesia local hay que tomar en consideración varios factores como son:

- 1) Usar un anestésico tópico.
- 2) Usar aguja bien afilada, son recomendables las agujas desechables que están siempre bien afiladas y estériles, unidas a una jeringa en buenas condiciones.
- 3) Hacer que el niño respire profundamente antes de insertar la aguja en la mucosa.

4) Inyectar lentamente, una inyección rápida acentúa el dolor .

Además de lo anterior, algunos autores recomiendan calentar el anestésico antes de inyectarlo, por suponer que es más cómodo para el niño, causa menos traumatismo a los tejidos y menos dolor después de la inyección.

Describiremos algunas de las técnicas de anestesia local y regional más usadas en el niño.

ANESTESIA REGIONAL DEL DENTARIO INFERIOR.

Este tipo de anestesia se utiliza tanto para dientes temporales, como dientes permanentes ya que una anestesia superepifística no anestesia completamente los dientes. Encontraremos que esta técnica de anestesia generalmente es la única técnica del bloqueo que se usa en niños. El Odontólogo deberá recurrir a una inyección poco profunda debido a la densidad ósea, sobre todo en la tuberosidad, que no es muy denso el hueso y el anestésico pasa fácilmente a través de la corteza.

Cuando se va a utilizar una inyección para bloquear el dentario inferior, - hay que tomar en cuenta que la rama ascendente en el niño es más corta y estrecha anteroposteriormente, que en el adulto; por lo tanto el agujero de entrada del dentario inferior está por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño.

Una técnica que ha sido aceptada, recomienda colocar el pulgar sobre la - superficie oclusal de los molares, con la yema del dedo descansando sobre la fosa retromolar. La punción tendrá que ser un poco más abajo y más posterior - que en el adulto.

La jeringa será orientada entre los dos molares temporales del lado opuesto - de la arcada, se recomienda ir depositando pequeñas cantidades de anestésico - tan pronto se penetren los tejidos hasta llegar al agujero del dentario inferior, penetraremos unos 15mm. aproximadamente, esta medida varía con el tamaño del maxilar y la edad del paciente.

BLOQUEO DEL NERVIO LINGUAL.

Se coloca la jeringa del lado opuesto al que se desea anestésicar, se deja - una pequeña cantidad de solución a nivel de la raíz y es suficiente.

BLOQUEO DEL NERVIO BUCAL.

Este nervio debe ser anestesiado para la extracción de los dientes permanen - tes jóvenes. Una pequeña cantidad de la solución puede ser aplicada en el -- pliegue mucobucal o en el punto distal y bucal del diente indicado.

ANESTESIA POR LA TECNICA SUPRAPERIOSTICA.

Para anestesiar los dientes temporales anteriores, se utilizará la infiltración marginal. La inyección será en el pliegue mucobucal, ligeramente más cerca del borde gingival que en el paciente con dientes permanentes, la aguja penetra hacia el hueso en dirección del ápice del diente por anestesiar.

Al anestesiar los incisivos centrales se deposita un poco de anestésico cerca del ápice del otro incisivo central para anestesiar las fibras nerviosas que provienen del lado opuesto.

ANESTESIA DE LOS MOLARES TEMPORALES.

El nervio dentario superior medio inerva los molares temporales superiores, los premolares y la raíz mesiovestibular del primer molar permanente. Hay que depositar la solución anestésica frente a los ápices vestibulares y cerca del -- hueso, complementando con la anestesia palatina.

BLOQUEO DEL NERVIO NASOPALATINO.

Este tipo de inyección anestesiará los tejidos blandos del tercio anterior - del paladar. Existen dos métodos: en el primero se depositan unas gotas lentamente en la mucosa palatina, aproximadamente 0.5 cm., sobre el margen gingival, pero es dolorosa. El otro método utiliza el acceso a través de la papila interdental; dos o tres minutos después de la infiltración en la superficie -- bucal, se inserta la aguja en la parte bucal de la papila y se lleva lentamente hacia arriba y palatinamente a través de los espacios interproximales, liberando anestésico conforme la aguja avanza, este método es menos doloroso.

INYECCION PALATINA ANTERIOR.

Esta inyección anestesiará el mucoperiostio del paladar, desde la tuberosidad de la región cuspidea y de la línea media de la cresta gingival sobre la cara inyectada. Para realizar la punción es recomendable trazar una línea imaginaria que va desde el borde gingival del último molar erupcionado, hasta la línea media, la aguja se insertará desde el lado opuesto de la boca.

En el niño con sólo la dentición temporal, la punción debe ser unos 10mm. posterior a la cara distal del segundo molar temporal, es suficiente depositar -- una poca cantidad de anestésico donde emerge el nervio del foramen.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES TEMPORALES.

Las indicaciones para las extracciones serán:

1) Dientes primarios que estén sueltos, que no solamente son inútiles, sino que también molestan la lengua y el carrillo y están expuestos a ser expulsados en cualquier momento.

- 2) En procesos cariosos donde ya hay presencia de fistula.
- 3) En el retardo de la caída del diente temporal y su persistencia, cuando por la edad del paciente y el exámen radiográfico se comprueba la existencia del permanente.
- 4) Diente temporales que por cualquier circunstancia no pueden ser tratados -- por los procedimientos de operatorio conservadora.
- 5) En presencia clínica y radiográfica de dientes supernumerarios.

Las extracciones estarán contraindicadas en:

- 1) Cuando un diente temporal no presenta ninguna movilidad en la época en que normalmente debe ser reemplazada, no se extraerá jamás, antes haber verificado que el permanente de reemplazo existe y está próximo para hacer su erupción.
- 2) No se debe extraer un diente temporal antes de la época de su caída normal.
- 3) No se hará la extracción en presencia de accesos dentoalveolares.

Para poder realizar la extracción, el Odontólogo debe contar con la autorización de los padres. Los padres suelen preocuparse por el sangrado y el dolor postoperatorio, debemos informarles que generalmente no hay dolor después de la extracción de un diente temporal.

Algunos autores opinan que al niño hay que prepararlo días antes de la extracción, en cambio otros piensan que el niño deberá ser informado el mismo día de la visita. Es importante que el niño comprenda la diferencia entre presión y dolor, después de anestesiado el niño, el que deberá estar convencido que está profundamente anestesiado.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES TEMPORALES.

Cuando un diente temporal tiene una reabsorción radicular avanzada, la extracción será muy sencilla. En cambio, cuando se tiene que extraer dientes prematuramente, la reabsorción radicular será pequeña o irregular, debemos de tomar en cuenta que el diente permanente se encuentra cerca del temporal y que sus raíces están en formación, para evitar extraer el diente permanente al hacer la extracción del temporal.

El Odontólogo se puede arreglar en general con dos forceps especiales para dientes temporales, uno superior y otro inferior. También es posible ocupar los forceps para dientes permanentes, para los molares temporales se presta el forceps para premolares permanentes; para los incisivos y caninos temporales se puede ocupar el forceps para incisivos o para raíces permanentes.

La ventaja de los forceps infantiles según algunos autores, es que son más pequeños y sobre todo de mango más corto, por lo que son menos visibles en la mano y causan menos angustia en el niño.

Los elevadores apenas son necesarios, serían peligrosos, por una remoción involuntaria del diente sucesor o del vecino. Se puede utilizar para demostrar al niño que el anestésico ha surtido efecto.

DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

Para el incisivo central, el lateral y el canino, algunos autores recomiendan usar el forceps universal No. 150 S.S. White. Este forceps tiene bocados que hacen contacto en un sólo punto, lo que permite que dichos bocados se adapten perfectamente a la forma de la corona de los dientes temporales. Otros recomiendan un forceps parecido al que se emplea por los dientes permanentes, solamente que más ligero y de ramas más cortas y más delgadas.

Para efectuar la extracción el Odontólogo se colocará al frente y hacia un lado del paciente. Las raíces de estos dientes son redondas y rectas, por lo que las fuerzas iniciales son ligeramente hacia el lingual. Se hace la luxación en sentido vestibulolingual y una ligera rotación a medida que la raíz se afloja.

DIENTES ANTERIORES INFERIORES.

Se utilizará el forceps No. 151 S.S. White para el incisivo central, el lateral y el canino, los bocados del forceps se adaptan a la corona del diente, porque tocan en un sólo punto. La extracción se hará por detrás y hacia un lado del paciente. También se puede utilizar para realizar las extracciones de estos dientes los forceps de Ash ingleses que son más pequeños.

MOLARES PRIMARIOS SUPERIORES.

Para extracción de los primeros y segundos molares superiores ocuparemos el forceps universal No. 150 S.S. White. El Odontólogo se colocará al frente y a un lado del niño, la fuerza inicial se hará ligeramente en sentido --lingual, la fuerza debe ser moderada para evitar la fractura de la raíz palatina, después con un movimiento hacia vestibular luxamos el molar.

También se puede ocupar un forceps construido con la misma forma que para los dientes permanentes, sólo que más ligero.

MOLARES PRIMARIOS INFERIORES.

Para extraer el primer molar inferior temporal, se usa un forceps universal No. 151 S.S. White. Cuando no existe hueso alveolar y el segundo premolar se encuentra inmediatamente debajo del segundo molar temporal se ocupa el forceps anterior, en caso que exista hueso alveolar se puede ocupar el forceps No. 23. El Odontólogo se colocará al frente y hacia un lado del

paciente sujetando la mandíbula.

Las fuerzas de luxación serán lentas y graduales, usando la cortical alveolar bucal como punto de apoyo. Las fuerzas repentinas, bruscas y espasmódicas, son las responsables de las fracturas radiculares de los molares primarios.

CAPITULO VII

HABITOS BUCALES INFANTILES

- a) REFLEJO DE SUCCION.
- b) MASTICACION DEL LACTANTE.
- c) ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.
- d) TRAUMATISMO PSICOLOGICO
- e) HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.
- f) METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO.
- g) METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRA-BUCALES.
- h) USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS.
- i) EFECTOS DENTALES DE SUCCIONES A LARGO PLAZO DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.
- j) CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS.
- k) TRAMPA CON PUNZON.
- l) TRAMPA DE RASTRILLO.
- m) SUCCION LABIAL.
- n) EMPUJE LINGUAL
- o) EMPUJE DEL FRENILLO.
- p) MORDEDURA DE UÑAS.
- q) HABITOS DE POSTURA.

r) TRASTORNOS DEL LEGUAJE.

s) HABITOS MASOQUISTAS.

t) RESPIRACION POR LA BOCA.

u) PROTECTOR BUCAL.

v) BRUXISMO.

HABITOS BUCALES INFANTILES.

Se considera estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

Describiremos con cierto detalle los llamados hábitos bucales de especial importancia durante la transición de la dentadura temporal a la permanente. Indiscutiblemente es su influjo en el origen de las anomalías de posición y oclusión, aún cuando a veces se exagera su importancia, la cual solamente puede enjuiciarse en el marco de todo el cuadro.

REFLEJO DE SUCCION

Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad, la necesidad de agarrarse no resulta tan obvia. Sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en su situación inicial de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquéllo que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, - gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo, si la sensación producida es desagradable lo escupe y muestra su desagrado contorsionando la - cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto "bueno" se denomina introyección. El rechazo de un objeto "malo" se denomina proyección.

En este comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del - comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas pruebas bucales evidentemente no sólo - sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, atraen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar - las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo en la boca.

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibia. Satisface la necesidad de tener algo en la boca la necesidad de agarrarse a algo y algunos consideran ésto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

MASTICACION DEL LACTANTE

El pequeño ya empieza a ablandar "masticando" cortezas duras de pan y el impulso para usar su mandíbula se convierte pronto en una distracción agradable, tanto antes como después de la erupción de los dientes primarios. Basta contemplar a un lactante al que le ha brotado su primer incisivo inferior, de apenas uno o dos milímetros y observar como empieza a raspar alguna manzana o zanahoria cruda,

Se comprende fácilmente que estas ganas de masticar sean despertadas y fomentadas por la alimentación al pecho de la madre, sobre todo si se tiene en cuenta la diferencia entre la alimentación por biberon y por el pecho.

El pecho obliga al lactante a ejecutar verdaderos movimientos de mordida avanzada, no chupan, sino que ordeña el pecho. Esto resulta para él un trabajo pesado, mientras que el biberón se vacía sin dificultad chupando en muy poco tiempo. Pero también en niños alimentados con biberón puede despertarse esta actividad de masticación ya bastante precozmente, a la edad de seis a ocho meses.

La usual alimentación de los lactantes desde el punto de vista fisiológico-nutritivo, puede ser muy ventajosa, pero es absolutamente necesario complementarla con algún suplemento capaz de estimular la masticación.

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clases. Los hábitos que se adaptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos.

De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal antes aceptable a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

TRAUMATISMO PSICOLOGICO.

La pérdida prematura de dientes primarios, especialmente dientes anteriores, es a menudo causa de considerables trastornos psicológicos que pueden deberse a observaciones no intencionadas, pero desagradables, de amigos o parientes.

En una sociedad en donde los niños pasan gran parte de su tiempo viendo televisión, no es raro que niños con dientes ausentes comparen su aspecto personal con el

de niños de su edad que aparecen en la televisión. Esta comparación, junto con las observaciones desagradables de amigos o parientes, pueden hacer que los niños desarrollen complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal.

Es frecuentemente resultado de los comentarios impensados, y hasta crueles - que los padres, parientes, amigos u otros niños hacen respecto al aspecto diferente del niño. Casi no se duda que la mayoría de los niños están muy orgullosos de su aspecto general, y cualquier manifestación injusta o hiriente al respecto, puede dejar para siempre en su memoria una escara desagradable.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito, debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea, es una válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación con biberón. De igual modo, se acepta que la inseguridad del niño producida por falta de amor y temura maternas, juega papel importante en muchos casos.

METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO.

Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar podrá hacerlo por nosotros y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o furgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Este se ilustra con el caso de una niña escolar de diez años, que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza. Esto continuó hasta dejar casi sin pelo el lado afectado, cuando se afeitó la cabeza de la niña, ésta perdió los deseos de chuparse el pulgar, y asimismo terminó con el hábito.

Sin embargo, existen otros métodos menos drásticos, igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños, con conocimiento de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio, después de conversar sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan "mayor" que, naturalmente no podía ser el niño que "antes" se chupaba el pulgar; con ésto se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Si el niño lo deseaba se concertaba una visita de refuerzo al consultorio, ésto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en el registro especial de nuestro consultorio. Después de una visita amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper su hábito. El procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del Odontólogo en casa:

1. - Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).
2. - No criticar al niño si el hábito continúa.
3. - Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Si sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.

Algunos de los métodos utilizados con éxito, consiste en la aplicación de instrumentos en la boca del niño, otros son recubrir el pulgar o un dedo del niño -- con sustancias comercialmente disponibles a este efecto de sabor desagradable, -- rodear con tela adhesiva el dedo afectado o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada. Sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de inegable -- importancia. Si exigen del niño una perfección que éste no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso.

En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por dejar el hábito durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante le orientará hacia una meta clara.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS.

La mayoría de los instrumentos intrabucales fabricados y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producirse trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso.

EFFECTOS DENTALES DE SUCCIONES A LARGO PLAZO DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente. Se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran responsabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes. Pero si el hábito persiste durante el período de la dentadura mixta (de los seis a doce años), pueden producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas depende de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

Debe recalarse que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

- 1) De la posición del dedo en la boca.
- 2) De la acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera si, además de succionar presiona contra las piezas.

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de los dientes produce una abertura labial pronunciada de los dientes anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual. Algunos examinadores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobre-erupción, en las piezas posteriores, aumentando por lo tanto la mordida abierta. Se puede dar de que la succión del pulgar produzca un estrechamiento en la sección palatina. La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores, emplazados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales.

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades del lenguaje. El método para la eliminación de este hábito consiste en hacer de-

glutir varias veces al paciente con la boca cerrada en tanto se le mantienen los labios separados. Entonces la lengua es presionada automáticamente contra los espacios.

El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común. Esto aumenta la mordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrusión labial superior.

Al mismo tiempo el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de los dientes anteriores superiores, con algo de fuerza durante la fase final de espasmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra los dientes por la musculatura peribucal puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia, la observación minuciosa de las oclusiones de los padres puede revelar factores importantes a este respecto.

Pero quizá se ha llegado a un punto a este respecto en que se hace necesario advertir en contra de una sobre-estimación, muchos niños chupan en su época de lactantes, pero pierden espontáneamente esta costumbre tan pronto aparecen los primeros dientes. Otros conservan este hábito, lo aprenden en este período quizá porque al romper los dientes piden una especie de función, un masaje y una alimentación blanda no la puede proporcionar.

En la mayoría de los casos cesa el hábito de chupar entre los dos y tres años de edad, por eso, hasta este momento no se debe hacer demasiado caso de este hábito. Pero más adelante, a los cuatro o cinco años de edad, se debe cuidar de poner fin a esta costumbre. En esta edad se consigue eliminar el hábito, muchas veces con facilidad sorprendente, si se posee la necesaria comprensión psicológica y la madre no anula esta influencia. A este respecto cabe mencionar también el prohibir en absoluto el chupete, prohibición que formula con gran frecuencia las enfermeras de lactantes poseídas de razones higiénicas pero mal interpretadas.

Si una madre martirizada recurre al "chupete" para calmar a su niño llorón no hace más que emplear un medio muy útil que en la mayoría de los casos es más fácil de abandonar que si el niño se chupa el pulgar como recurso de auto-defensa.

Un chupete, siempre bien limpio será asimismo siempre más higiénico que los dedos de un niño que se arrastra por el suelo y que toca todas las cosas. Sin embargo, también el chupete puede conducir a anomalías de posición.

CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS.

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales. La mejor manera de clasificarlos es tal vez, en instrumentos fijos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, se deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de seis años, en quienes sólo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño.

En la edad de la dentadura mixta, engrapar dientes permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles. En este grupo, entre los ocho y nueve años también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo un instrumento fijo puede causar sensación en el niño de estar siempre "castigado", mientras que un instrumento removible puede permitir la libertad de llevar el instrumento sólo en periodos críticos como la noche.

La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva sólo cuando él desea.

TRAMPA CON PUNZON

Una trampa con punzon es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior utilizada como instrumento fijo.

La trampa puede servir para :

- 1) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- 2) Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
- 3) Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
- 4) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

TRAMPA DE RASTRILLO.

Las trampas de rastrillo al igual que las de punzon, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica este aparato en realidad, más que recordar al niño lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzon, pero tiene púas romas o espolones que se proyecta de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no sólo la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

SUCCION LABIAL.

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito se presenta en la edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de éste.

Se puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior -- sobre el superior, tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre los dientes anteriores superiores.

EMPUJE LINGUAL

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrucción -- se observan a menudo hábitos de empuje lingual. El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para -- cooperar, éste será difícil de lograr.

Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales, como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar para llevar los incisivos a una alineación adecuada. A un niño de más edad, preocupado por su aspecto, se le puede enseñar a -- colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a -- tragar con la lengua en esta posición.

Puede construirse una trampa de púas vertical que se hace similar a la sugerida para evitar succión del pulgar, excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal y se extienden hacia abajo desde el paladar, para evitar -- el empuje de la lengua hacia adelante.

EMPUJE DEL FRENILLO.

Un hábito observado raras veces es el del empuje de frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar -- su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esa posición varias horas. Este -- hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplaza los dientes, ya que mantiene separados los incisivos centrales.

Este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal, un paciente hacia alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo -- así dos horas después de haber tenido un buen descanso.

MORDEDURA DE UÑAS.

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de mordearse las uñas. El niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la

de morderse las uñas. Se calcula que de cuatro niños uno tiene el hábito de morderse las uñas, el que alcanza su mayor intensidad durante la adolescencia.

El hábito se acentúa en situaciones de preocupación o de tensión y parece servir para descargar energía sobrante. Aparentemente, morderse las uñas puede servir para descargar tensiones relacionadas con conflictos diversos. Psicológicamente, el síntoma es interpretado como la satisfacción de necesidades infantiles, resultado de una fijación al nivel oral.

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas se observó una marcada afición de los dientes anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque los padres no puedan encontrarlo aceptable socialmente, debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años.

Un hábito, como cualquier conducto general no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes le rodean. Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas.

El tratamiento sintomático por el castigo o la limitación física da resultados pobres. Con tolerancia, paciencia, oportunidades para un mejor ajuste personal y la provisión de canales adecuados para eliminar tensiones, la mayor parte de los sujetos pueden ser considerablemente aliviados. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a los dedos, se puede utilizar goma de mazar, lápices, gomas de borrar e incluso las mejillas o la lengua como substituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

HABITOS DE POSTURA

Aparece otro factor que puede inhibir o promover la mencionada evolución hacia la oclusión distal o mesial. Esta anomalía se expresa por una postura típica de la cabeza durante el sueño, la inclinación ventral de la cabeza o su opuesta la flexión dorsal. Hay niños que se enrollan durante el sueño en posición lateral como un erizo. La cabeza se inclina hacia el pecho, con esta postura durante el sueño, el maxilar inferior es empujado forzosamente hacia adelante, lo que podemos comprobar en nosotros mismos. Esta postura favorece, por tanto un ajuste mesial de la posición de oclusión.

Otros niños duermen en posición de decúbito supino o lateral, pero con la cabeza hechada hacia atrás, una posición muy frecuente. Con ella los retractores del maxilar inferior, los músculos del suelo de la boca, se ponen tensos y tiran del maxilar en dirección posterior. Como esta postura del niño peque-

ño y aun del mayor se conserva unas doce horas de las veinticuatro horas, es fácil imaginarse que favorezca la hipoplasia del maxilar y una posición distal del mismo.

HABITOS MASOQUISTAS.

Se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista. Un niño examinado por uno de los autores utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. El hábito había -- privado completamente al diente del tejido gingival marginal sin ligar, exponiendo el hueso alveolar. El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y -- también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

No puede establecerse en forma definitiva, que la pérdida de un solo -- incisivo superior primario, producirá un cambio en la pronunciación de las -- palabras que llevan la letra "S". En muchos casos observados, el aire que es -- capa a través del espacio creado por la pérdida de un incisivo superior, cambia el sonido de las palabras que contienen "S" al sonido "Z".

Para algunos niños, este problema parece no ser un obstáculo serio fuera del aspecto exterior, pero hace al niño diferente de los otros de la misma -- edad. No obstante, muchos por no decir la mayoría de los trastornos del -- lenguaje, son independientes de las anomalías de posición y oclusión, siendo más bien consecuencia de una insuficiente habilidad para articular los sonidos.

Las causas de los defectos del lenguaje son los malos ejemplos, la educación deficiente durante el desarrollo del lenguaje y con seguridad, también a menudo un cociente de inteligencia discreto junto con influjo de origen psico -- lógico. Ciertas formas del sigmatismo interdental pueden observarse por ejemplo, en un diastema muy ancho, oclusión abierta frontal o lateral o también solamente en la pérdida prematura de los dientes temporales o erupción retrasada de los dientes permanentes .

Suelen desaparecer espontáneamente tras la corrección de la anomalía de -- posición o con la erupción de los dientes. Sin embargo, cuando existen trastornos del habla graves debería acompañarse siempre el tratamiento ortodóntico o bien ir seguido de una terapéutica educativa del lenguaje, para lo cual resulta imprescindible la colaboración de los logopedas.

RESPIRACION POR LA BOCA.

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca, los -- niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- 1) Por obstrucción.
- 2) Por hábito.
- 3) Por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquéllos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cual de estas categorías corresponde el niño, también debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz pero que, a causa de un labio superior corto mantiene constantemente los labios separados. Se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños - presentan mayor propensidad a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen - espacios nasofaríngeos amplios braquiocefálicos.

Pero la respiración por la boca tiene todavía otras consecuencias que pueden ser muy importantes para el destino ulterior de la dentadura. La sequedad de las partes marginales de la encía conduce a menudo a una gingivitis crónica y constituye con ello el principio de una lesión paradontal, que puede ser aún más peligrosa a través de una carga funcional deficiente.

La deficiente autolimpieza funcional masticatoria y la sequedad facilitan - la formación de exudados que adhieren firmemente determinante de una descalcificación del esmalte y de una caries superficial, muy difíciles de tratar. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño.

PROTECTOR BUCAL.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por - intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, se puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz.

Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y force la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un -- protector bucal, deberá asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de - respiración forzada en caso de emoción extremada o ejercicio físico.

Massler y Zwemer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz.

Si el niño no puede respirar por la nariz o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviársele a un rinólogo, para que éste fomule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedr-selo, incluso después de ejercicios violentos, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

No se ha demostrado que la respiración bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca. Los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda clase, también provocan respiración bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca. El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca, descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Se inserta durante la noche antes de ir a la cama y se deja puesto toda la noche, para que el niño durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche evita que los que muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua forcen ésta entre los dientes anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca.

El protector bucal por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos y debería utilizarse más extensamente, puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales, el más sencillo de utilizar y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas.

BRUXISMO

Otro hábito observado en los niños es el bruxismo o frotarse los dientes entre sí. Este es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atrición considerable de los dientes y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la obscuridad, tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquitos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastro-intestinales.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el -odontopediatra. Se puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento, de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

C A P I T U L O VIII

MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE MANTENIMIENTO DE ESPACIO.

- a) CAUSAS PRINCIPALES DE LA PERDIDA DE ESPACIO.
- b) PLANIFICACION EN EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO.
- c) ANALISIS DE LA LONGITUD DEL ARCO.
- d) ANALISIS DE MOYERS EN LA DENTICION MIXTA.
- e) TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO.
- f) INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO.
- g) VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO.
- h) ELECCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.
- i) MANTENEDORES DE ESPACIO CON BANDAS.
- j) MANTENEDORES ACTIVOS REMOVIBLES.
- k) MANTENEDORES DE BANDA Y ANSA.
- l) MANTENEDORES DE CORONA Y ANSA DE ACERO AL CROMO.
- m) PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO.
- n) ARCO LINGUAL PASIVO.
- o) PROTESIS COMPLETA PARA NIÑOS.
- p) MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.
- q) INCISIVOS MAXILARES EN PROTRUCCION.
- r) INSTRUCCIONES A LOS PADRES Y AL NIÑO.

EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE MANTENIMIENTO DE ESPACIO.

El término mantenimiento de espacio significa la evitación de la pérdida de espacio en la circunferencia (longitud) del arco dental después de la pérdida extemporánea de un diente temporal o permanente.

La pérdida de longitud del arco en la dentición temporal, mixta o permanente puede producir una maloclusión o empeorar una ya existente. Descuidar el mantenimiento de espacio cuando está indicado, puede convertir una situación límite en una maloclusión grave que requerirá un tratamiento heróico incluso para el especialista en ortodoncia.

Un diente se mantiene en su relación correcta en el arco dental, como resultado de la acción de una serie de fuerzas. Si se altera o elimina una de las fuerzas, se producirán modificaciones en la relación de los dientes adyacentes y habrá un desplazamiento dental y la creación de un problema de espacio. Tras dichas modificaciones, los tejidos de sosten padecerán alteraciones inflamatorias y degenerativas.

CAUSAS PRINCIPALES DE PERDIDA DE ESPACIO

- 1.- La caries interproximal en los dientes posteriores con pérdida subsiguiente de la estructura del diente, que da origen a un movimiento mesial de los dientes hacia las lesiones.
- 2.- La pérdida prematura de los molares temporales (especialmente los segundos molares).
- 3.- La pérdida prematura de dientes permanentes.
- 4.- La ausencia congénita de dientes permanentes con exfoliación normal de los dientes temporales.
- 5.- La fractura de los dientes permanentes anteriores en que se pierden los contactos interproximales de los dientes contiguos, lo cual produce pérdida de espacio.
- 6.- La alteración del orden de erupción de los dientes permanentes.
- 7.- La erupción ectópica (especialmente de los primeros molares superiores permanentes).
- 8.- La anquilosis de los dientes temporales (cuando no se trata, los dientes permanentes adyacentes suelen continuar su erupción y se inclinan sobre los dientes anquilosados).
- 9.- La presencia de hábitos bucales. Los hábitos de succión del pulgar u otros dedos que ejercen fuerzas anormales sobre el arco dental.

Es evidente que la mejor manera de mantener el espacio es prevenir la

pérdida de estructura dental y la pérdida de dientes por medio de una buena odontología preventiva y restauradora. Con todo, incluso con el mejor tratamiento dental, surgen ocasiones en que hay que extraer algunos dientes.

PLANIFICACION EN EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO.

Son importantes las siguientes consideraciones al estudiar el mantenimiento de espacio tras la pérdida extemporánea de dientes temporales.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA PERDIDA. - Este factor es quizá el más importante y merece cuidadosa consideración. Si se habrá de producir un cierre del espacio, habitualmente tendrá lugar durante el primer período de seis meses consecutivo a la extracción. En instancia de que se elimine un diente primario, si todos los factores indican la necesidad del mantenimiento de espacio, es mejor colocar un aparato tan pronto como sea posible después de la extracción.

En algunos casos es posible confeccionar un aparato antes de la extracción y colocarlo en la misma sesión en que se la efectúa. Este suele ser el enfoque preferible, también podría convenir la construcción de un aparato activo, recuperador del espacio perdido, para después mantenerlo hasta la erupción de los dientes permanentes.

EDAD DENTAL DEL PACIENTE. - La edad cronológica del paciente no es tan importante como su edad evolutiva. Las fechas promedio de erupción no deben influir sobre las decisiones concernientes a la construcción de un mantenedor de espacio, son grandes las variaciones en la época de erupción de los dientes, y la mayoría de ellos erupcionan cuando se han formado tres cuartas partes de la raíz, cualquiera que sea la edad cronológica del niño.

CANTIDAD DE HUESO QUE RECUBRE EL DIENTE NO ERUPCIONADO. - Las predicciones de la aparición de dientes basados sobre el desarrollo radicular y la edad en que se perdió el diente temporal, no son de fiar si el hueso que recubre el diente permanente ha sido destruido por la infección. En esta situación, la aparición del diente permanente suele estar acelerada. En algunas instancias, el diente hasta puede emerger con un mínimo de formación radicular.

Cuando se produjo una pérdida de hueso antes que tres cuartas partes de la raíz del diente permanente se hayan formado, es mejor no confiar en que la erupción esté muy acelerada. En vez, proveer el mantenedor de espacio y advertir a los padres que el aparato podrá ser necesario sólo por poco tiempo.

Si hay hueso recubriendo las coronas, es fácil predecir que no se producirá la erupción por muchos meses, está indicado un aparato para mantenimiento del espacio.

SECUENCIA DE ERUPCION DE LOS DIENTES. - Debe observarse la relación de los dientes en formación y erupción con los dientes adyacentes al espacio creado por la pérdida prematura de un diente. Por ejemplo, si se ha perdido extemporáneamente un segundo molar temporal y el segundo molar permanente está adelantando al segundo premolar en la erupción, hay la posibilidad de que el molar ejerza una fuerza poderosa sobre el primero permanente, lo cual lo llevaría a mesializarse y ocupar parte del espacio destinado al segundo premolar.

ERUPCION RETRASADA DEL DIENTE PERMANENTE. - A menudo se ve que los dientes permanentes están individualmente retrasados en su desarrollo y por consiguiente en su erupción. No es raro observar dientes permanentes parcialmente retenidos o una desviación en la vía de erupción que provocará una erupción retrasada anormal.

En casos de este tipo suele ser necesario extraer el diente temporal, construir un mantenedor de espacio y permitir que el diente permanente erupcione y asuma su posición normal.

AUSENCIA CONGENITA DEL DIENTE PERMANENTE. - En la ausencia congénita de los dientes permanentes de reemplazo, se debe decidir si es prudente intentar la conservación del espacio por muchos años hasta que se pueda realizar la restauración fija o si es mejor dejar que el espacio se cierre.

En pacientes de este tipo es importante la consulta con el ortodoncista, en particular si existe una maloclusión en el momento del examen. Si se decide que se ha de permitir el cierre del espacio, rara vez si es que alguna, se producirá el movimiento paralelo de los dientes adyacentes.

El aspecto más importante del problema del mantenimiento del espacio es la presentación de los problemas existentes a los padres. Los padres deben ser informados de la maloclusión existente y se les debe contar como la pérdida de un diente temporal o permanente contribuirá a esta situación. Del mismo modo, deberá dejarse bien claro que el mantenedor de espacio no corregirá ninguna maloclusión existente y que sólo prevendrá que una situación desfavorable se convierta en algo peor o más complicado.

ANALISIS DE LA LONGITUD DEL ARCO.

La pérdida de un diente temporal solo o de varios, debe mirarse más allá del estado inmediato de la dentición y debe pensarse en términos de desarrollo de los arcos dentales y establecimiento de una oclusión funcional.

Esto es en particular importante durante el período de la dentición temporal y mixta. Ha de establecerse el tamaño de los dientes permanentes aún sin erupcionar, específicamente los ubicados por delante de los primeros molares permanentes. También debe determinarse la cantidad de espacio que se necesita para el alineamiento correcto de los dientes permanentes anteriores.

Más aún debe tomarse en cuenta la cantidad de movimiento mesial de los primeros molares permanentes que se producirá después de la pérdida de los molares temporales y la erupción del segundo premolar.

Es un hecho aceptado que la circunferencia del arco disponible (longitud del arco) que se suele considerar la distancia de la cara mesial del primer molar permanente de un lado a la cara mesial del primer molar permanente del lado opuesto, disminuye continuamente. Hay que reconocer que cada arco en realidad se acorta por el desgaste proximal y por el movimiento mesial de los primeros permanentes durante los cambios de dientes.

ANÁLISIS DE MOYERS DE LA DENTICIÓN MIXTA.

El análisis aconsejado por Moyers tiene una cantidad de ventaja, puede ser completado en la boca o en los modelos y puede emplearse en las dos arcadas. El análisis está basado en que hay una correlación precisa de tamaño de los dientes y que uno puede medir un diente o un grupo de dientes y predecir con exactitud la medida de los demás dientes de la misma boca. Los incisivos inferiores como erupcionan temprano en la dentición mixta y pueden ser medidos con exactitud, han sido los elegidos para predecir el tamaño de los superiores y también de los dientes posteriores inferiores.

Moyers sugirió el procedimiento siguiente para determinar el espacio disponible para los dientes en el arco inferior.

1. - Medir el mayor diámetro mesiodistal de cada uno de los cuatro incisivos inferiores, con ayuda de un calibre de Boley, y registrar la cifra.
2. - Determinar la cantidad de espacio que se necesita para el alineamiento de los incisivos. Esto se puede lograr así: poner el calibre de Boley en un valor igual a la suma de los anchos del incisivo central y el lateral izquierdos. Poner una punta del calibre en la línea media, entre los centrales y ver donde toca la otra punta la línea del arco dental sobre el lado izquierdo.

Marcar sobre el diente o el modelo el punto preciso donde tocó la punta distal del calibre de Boley. Esto representa el punto en que quedará la cara distal del incisivo lateral cuando esté correctamente alineado, repetir el procedimiento para el lado opuesto del arco.

3. - Determinar la cantidad de espacio disponible para el canino permanente y los premolares después de alineados los incisivos. Esto se mide desde el punto marcado en la línea del arco hasta la cara mesial del primer molar permanente, esta distancia es el espacio disponible para los premolares y el canino permanentes, así como para la adaptación del primer molar permanente.

4. - Computar la cantidad de espacio permanente en el arco para la adaptación del primer molar permanente, se resta la cifra del tamaño estimado del canino y premolares del espacio medido. De este valor se resta la cantidad que se espera que se desplace mesialmente el primer molar permanente, se ha de supo-

ner que el primer molar permanente se desplazará hacia mesial por lo menos 1.7 mm.

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

Los mantenedores de espacio pueden clasificarse de varias maneras:

1. - Fijos, semifijos o removibles.
2. - Con bandas o sin ellas.
3. - Funcionales o no funcionales.
4. - Activos o pasivos.
5. - Ciertas combinaciones de las clasificaciones arriba mencionadas.

INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO

Si la falta de un mantenedor de espacio llevaría a maloclusión, a hábitos nocivos o a un traumatismo físico, entonces se aconseja el uso de este aparato. Colocar mantenedores de espacio hará menos daño que no hacerlo.

1. - Cuando se pierde un segundo molar primario antes de que el segundo - premolar esté preparado para ocupar su lugar, se aconseja el uso de un mantenedor de espacio.

No hará falta usar este instrumento si el segundo premolar está ya haciendo erupción, o si tiene evidencia radiográfica de que pronto lo va a hacer.

2. - El método precedente de medición y espera, puede ser suficiente para atender pérdidas tempranas de primeros molares primarios. Las estadísticas indican que se producen cierres de espacio después de pérdidas prematuras de primeros molares primarios, en menor grado y frecuencia que la pérdida siguiente prematura del segundo molar primario. Sin embargo, por muy tranquilizantes - que sean no deberán inducir a desatender situaciones que pueden crear problemas en casos individuales.

3. - En casos de ausencia congénita de segundos molares, es probablemente mejor dejar emigrar el molar permanente hacia adelante por sí solo y ocupar - el espacio. Es mejor tomar esta decisión tardíamente, puesto que a veces los segundos premolares no son bilateralmente simétricos al desarrollarse. Algunos no aparecen en las radiografías hasta los seis o los siete años de edad.

4. - Los incisivos laterales superiores muy a menudo faltan por causas congénitas. Los caninos desviados mesialmente, casi siempre pueden tratarse para resultar en substituciones laterales de mejor aspecto estético que los puentes - fijos en espacios mantenidos abiertos. Lo mejor es dejar que el espacio se cierre.

5. - La pérdida temprana de dientes primarios deberá remediarse con el em-
plazamiento de un mantenedor de espacio. Muchas fuentes indican que la loca-
lización de los dientes permanentes en desarrollo evita el cierre en la parte -
anterior del arco. Esto no se verifica en todos los casos, no sólo se pueden ce-
rrar los espacios, con la consiguiente pérdida de continuidad del arco, sino que
otros factores entran en juego.

La lengua empezará a buscar espacios y con ésto se pueden favorecer los
hábitos. Pueden acentuarse y prolongarse los defectos del lenguaje, la ausencia
de dientes en la sección anterior de la boca antes de que ésto ocurra en otros -
niños de su edad, hace que el niño si es vulnerable emocionalmente se sienta -
diferente y mutilado psicológicamente.

6. - Muchas individuos están aún en la niñez cuando pierden uno o más de
sus molares permanentes. Esta situación es muy deplorable, pero en muchas --
secciones del país es una realidad, si la pérdida ocurre varios años antes del -
momento en que hace erupción el segundo molar permanente, si el segundo mol-
lar ya ha hecho erupción, o está en erupción parcial se presentan dos caminos
a elegir. Mover ortodómicamente el segundo molar hacia adelante (en este ca-
so probablemente con la ayuda de un ortodontista), o mantener el espacio a--
bierto para emplazar un puente permanente en etapas posteriores.

7. - Si el segundo molar primario se pierde poco tiempo antes de la erup-
ción el primer molar permanente, una protuberancia en la cresta del borde alveo-
lar indicará el lugar de erupción del primer molar permanente.

En un caso bilateral de este tipo, es de gran ayuda un mantenedor de es-
pacio funcional, inactivo y removible construido para incidir en el tejido gin-
gival inmediatamente anterior a la superficie mesial del primer molar permanen-
te no brotado o incluso cuando el primer molar primario se pierde en el otro
lado. Reforzar el anclaje del arco labial con resina de curación propia ayuda
a mantener la extremidad distal de silla libre en contacto con el borde alveo-
lar.

8. - En la mayoría de las situaciones anteriormente mencionadas, en las -
cuales se aconseja mantenimiento de espacio, se usarían mantenedores de espa-
cio pasivos. Existen situaciones en que pueden usarse mantenedores de espacio
activos con grandes beneficios. Cuando un paciente nos visita por primera vez
y por exámen manual y radiografía se encuentra que no existe lugar suficiente
para el segundo premolar inferior, pero sí existe espacio entre el primer pre-
molar y el canino, y el primer premolar está inclinándose distalmente, y está
en relación de extremidad con el primer molar superior en este caso será de -
gran utilidad un mantenedor de espacio. Abrirá un espacio para el segundo --
premolar y restaurará el primer premolar a oclusión normal.

Puede usarse un mantenedor de espacio activo para presionar distalmente o
hacia arriba un primer molar permanente que haya emigrado o se haya inclina-
do mesialmente evitando la erupción del segundo premolar.

ELECCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

La mayoría de los casos de mantenimiento de espacio pueden hacerse por la inserción de mantenedores pasivos y removibles, hechos con hilos metálicos y resina acrílica. El uso de resinas de curación propia, convierte esta técnica en procedimiento de consultorio fácil y rápido. En algunos mantenedores de espacio, también se incluye el uso de bandas, una banda hecha a medida y de -- ajuste perfecto, construída en la boca del paciente, es generalmente más satisfactoria que una banda hecha en un modelo de piedra y construída por un laboratorio comercial. Existen incluso bandas preformadas disponibles en diferentes tamaños y se pueden usar con gran éxito.

La pérdida de un segundo molar primario generalmente puede remediarse con la inserción de un mantenedor de espacio de acrílico e hilo metálico. Este puede substituir la pérdida en uno o ambos lados. Puede hacerse con o sin arco ligual, pero se aconsejan descansos oclusales en los molares (si están presentes), -- particularmente en el arco inferior de un caso unilateral. El resto evitará que el mantenedor se deslice hacia el piso de la boca.

ARCO LABIAL. - Es un tipo de mantenedor de espacio sin banda y a menudo, el único incluido en el instrumento es un simple arco labial. Esto ayuda a mantener el instrumento en la boca y en el maxilar superior evita que las piezas anteriores emigren hacia adelante.

DESCANSOS OCLUSALES. - En complejidad, el siguiente elemento sería la adición de descansos oclusales en los molares. Estos pueden ser aconsejables en la mandíbula, incluso cuando no se usan arcos labiales.

ESPOLONES INTERPROXIMALES. - Después de los descansos oclusales, para -- lograr mayor retención se aplicarían los espolones interproximales. En la mandíbula la retención generalmente es fácil, pero debido al juego constante del niño -- con la lengua o su incapacidad para retener en su lugar el mantenedor al comer, pueden ser necesarios un arco labial y espolones interproximales, así como descansos oclusales.

GRAPAS. - Estas pueden ser simples o de tipo Crozat modificadas.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Las ventajas de un mantenedor de espacio de tipo removible son las siguientes:

1. - Es fácil de limpiar.
2. - Permite la limpieza de los dientes.
3. - Mantiene o restaura la dimensión vertical.
4. - Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.

5.- Puede ser llevado por parte del tiempo, permitiendo la circulación de la sangre a los tejidos blandos.

6.- Puede construirse en forma estética.

7.- Facilita la masticación y el habla.

8.- Ayuda a mantener la lengua en sus límites.

9.- Estimula la erupción de las piezas permanentes.

10.- No es necesaria la construcción de bandas.

11.- Se efectúan fácilmente las revisiones dentales en busca de caries.

12.- Puede hacerse lugar para la erupción de piezas sin necesidad de construir un aparato nuevo.

Las desventajas de un mantenedor de espacio removible son:

1.- Puede perderse.

2.- El paciente puede decidir no llevarlo puesto.

3.- Puede romperse.

4.- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula si se incorporan grapas.

5.- Puede irritar los tejidos blandos.

Las desventajas 1, 2 y 3 muestran la necesidad de vencer a los padres - del paciente y al niño de la importancia del mantenedor y el costo de una sustitución.

Si se observa un posible desarrollo de sobremordida (desventaja número 4) , - puede ser factible descartar las grapas molares y pasar a retención anterior o espolones interproximales. O puede ser necesario un nuevo mantenedor para adaptarse a los cambios de configuración.

La irritación de los tejidos blandos (desventaja Núm. 5) puede requerir sustitución de un mantenedor fijo o semifijo, aunque generalmente esta situación -- puede ser total o parcialmente eliminada haciendo que el mantenedor de espacio sea parcialmente sostenido por los dientes.

MANTENEDORES DE ESPACIO CON BANDAS.

Tomando en consideración las ventajas de mantenedores de espacio removibles de acrílico, existen excelentes razones para usar bandas. Una de estas razones es la falta de cooperación del paciente, desde el punto de vista de pérdida, fractura por no llevar puesto el mantenedor. Otro uso de las bandas está en la pérdida unilateral de molares primarios.

A veces, se presenta la necesidad de construir un mantenedor de espacio bandeado en la sección anterior de la boca. Tal caso se presenta por pérdida temprana de los incisivos centrales maxilares primarios. Este mantenedor no deberá ser de tipo rígido ya que esto evitaría cualquier tipo de expansión fisiológica del arco en esta región.

En este caso, el mejor tipo de mantenedor será sin duda el de clavo y tubo soldados, se permite al clavo deslizarse parcialmente fuera del tubo, como reacción al crecimiento lateral del arco.

La erupción retrasada de un incisivo central puede requerir el uso de un mantenedor de espacio; puede usarse en este caso un tubo y clavo y puede procesarse una pieza de acrílico en el tubo para lograr un efecto estético agradable.

Sin embargo, puede ser normalmente suficientes el mantenedor de acrílico removible y pasivo, con una pieza artificial. Presenta la ventaja de permitir ajustes individuales naturales de los dientes adyacentes y la estimulación de la encía sobre la pieza no brotada para acelerar la erupción.

MANTENEDOR ACTIVO REMOVIBLE.

A veces se usan mantenedores removibles de alambre y plástico, para los movimientos activos de reposición de los molares, para permitir la erupción de los segundos premolares. Se construye un arco lingual en el modelo, para los dientes anteriores.

MANTENEDOR DE BANDA Y ANSA.

Las ventajas del mantenedor de banda y ansa incluyen la facilidad de construcción, el uso de un tiempo mínimo de sillón y la facilidad de adaptación del ansa, si fuera necesario en la cambiante dentadura.

Aunque las ventajas superan a las desventajas, deben comprenderse que no restaura la función masticatoria en la zona y que no impedirá la erupción continuada de los dientes antagonistas, lo cual puede ser un factor importante o no. Cualquier aparato que incluya bandas debe ser quitado todos los años, se pulirá e inspeccionará el diente, se aplicará fluoruro estañoso y se recementará la banda para prevenir la posibilidad de que falle el sellado y el diente padezca caries.

Ha dado buen resultado el empleo de una banda prefornada de Johnson. Si hubiera dientes erucionados por detrás o por delante el que llevara la banda, puede ser necesario obtener una separación rápida y se puede recurrir al separador de goma elástica.

MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA DE ACERO AL CROMO.

El mantenedor de corona y ansa de acero está indicado si el diente pilar posterior tiene caries extensas y necesita una restauración coronaria o si se le efectuó alguna terapéutica pulpar vital, en cuyo caso conviene la protección por recubrimiento total. Después se podrá cortar el ansa y dejar que la corona siga funcionando como restauración para el diente pilar, producida ya la erupción del permanente.

Las ventajas del mantenedor de corona y ansa de acero son similares a -- las que tiene el de banda y ansa. La facilidad de construcción es manifiesta y el costo de los materiales incidental. Pero tampoco devuelve la función ni impide la erupción de los dientes antagonistas, más aún es difícil quitar la corona para hacer ajustes en el ansa.

PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO

La prótesis parcial removible ha cumplido con bastante éxito la reposición de pérdidas múltiples de dientes superiores o inferiores. Está indicada cuando ha habido pérdida bilateral de más de un sólo diente y es posible modificarla fácilmente para dar lugar a la erupción de los dientes.

Si la prótesis incorpora todos los dientes artificiales, se restaurará un -- grado adecuado de función, no por esto dejará de tener sus desventajas. La -- fragilidad del aparato es un factor por tomar en cuenta pues el niño no siempre pone el cuidado necesario.

Si se quita el aparato de la boca siquiera por unos días y se lo deja secar, se producen modificaciones en la base de la prótesis y el corrimiento de los -- dientes puede tornar imposible que el niño vuelva a colocarse la prótesis a menos que se efectúen extensos retoques.

Es esencial la limpieza adecuada de la prótesis y los dientes para así reducir la posibilidad de nuevas caries. No se han de construir aparatos removibles de ningún tipo para niños mientras no haya sido resuelto su problema de -- caries y en tanto que no se esté razonablemente seguro de que el paciente -- practicará un grado aceptable de higiene bucal.

Un mantenedor de espacio del tipo de prótesis parcial con ganchos forjados es aceptable desde el punto de vista de la sencillez de construcción exigencias funcionales y costo para el paciente. El problema de la retención ha de ser considerado importante, por lo menos durante el período inicial de inserción.

Si la pérdida de uno o ambos segundos molares temporales se produce poco antes de la erupción de los primeros molares permanentes, se puede preferir la prótesis de tipo removible con respecto a los mantenedores fijos con extensión distal.

Starkey aconsejó una prótesis parcial de acrílico "inmediata" con extensión -- distal de acrílico, y le resultó útil para guiar los primeros molares permanentes a su posición.

ARCO LINGUAL PASIVO.

El arco lingual soldado es a menudo el mantenedor de espacio de elección después de la pérdida múltiple de dientes temporales en el arco superior o inferior. Aunque no satisface el requisito de restaurar la función tiene muchas ventajas que -- superan este defecto.

El empleo del arco lingual como mantenedor elimina esencialmente el problema de la cooperación del paciente, no deberá haber problemas de roturas y no -- hay que preocuparse por si el niño usa o no el aparato. Se reduce considerable-- mente el peligro de aumento de la actividad de caries, el arco lingual puede ser realizado en oro o acero, pero desde el punto de vista de la rigidez y la facilidad de construcción el oro es mejor.

Hay dos consideraciones importantes en cuanto al uso de arcos linguales: el aparato, cuando sirve de mantenedor de espacio, debe ser totalmente inactivo para impedir un movimiento indeseado de los dientes pilares y se ha de poner cuidado durante la cementación.

PROTESIS COMPLETA PARA NIÑOS.

A veces es necesario recomendar la extracción de todos los dientes temporales de un preescolar. Aunque este procedimiento era más común en la época prefluo-- racional, algunos niños aún hoy han de verse privados de todos sus dientes a -- causa de la extensión de la infección bucal y porque sus dientes no son restaura-- bles. Los pequeños preescolares pueden usar prótesis completas con éxito antes de la erupción de los dientes permanentes.

La construcción de las dentaduras dará por resultado una mejor estética y la -- restauración de la función, y puede ser eficaz en cierto grado para guiar los pri-- meros molares permanentes a su posición correcta.

MORDIDAS CRUZADAS ANTERIORES

Existen varias maneras de corregir mordidas cruzadas anteriores como:

LA ESPATULA LINGUAL COMO PALANCA. - Los casos incipientes en los que el incisivo maxilar esté aun brotando y esté recién atrapado en lingual en rela-- ción con los incisivos inferiores, pueden tratarse con el uso de una espátula lin-- gual como palanca.

Deberá instruírse al paciente y a sus padres sobre como presionar con la mano sobre la espátula lingual, y se inserta la otra extremidad entre los incisivos superiores e inferiores. Esto deberá repetirse veinte veces antes de cada comida y cada vez el paciente deberá contar hasta cinco. Todos los ejercicios de este tipo deberá hacerse con cierta frecuencia y en ciertos períodos del día. De otra manera, el paciente lo olvidaría, perdería el interés y no tendría una disciplina clara que seguir, si el método no es eficaz en una o dos semanas, deberá iniciarse entonces algunos otros procedimientos.

EL PLANO DE MORDIDA. - Uno de los métodos mejor aceptados es construir un plano de mordida acrílico en las piezas anteriores inferiores incluyendo los caninos, si están presentes. El plano deberá ser suficientemente empinado para dar un empuje marcado a los dientes superiores.

Esto significa que la boca se verá presionada para abrir frecuentemente, no la mayoría de los casos durante el tratamiento activo. Cuando el acrílico se asienta sobre el modelo, se recorta para no tocar las papilas gingivales, se prueba en la boca y se corta y pule el plano inclinado hasta lograr la angulación y altura adecuadas. Entonces se cementa en la boca, si este método tiene éxito, el incisivo maxilar generalmente se moverá en una semana o dos lo suficiente en labial para poder retirar el plano inclinado de acrílico.

CORONA DE ACERO. - Actualmente, el uso de coronas de acero anteriores sin recortar o ligeramente recortadas elimina el tiempo necesario para hacer una banda y soldarlo a una extensión de plano de mordida. Estas coronas de acero, disponibles para la protección de las coronas naturales - fracturadas, son extremadamente sencillas de usar.

INSTRUMENTOS DE TIPO HAWLEY. - Otro método será la construcción de un instrumento acrílico de tipo Hawley en la dentadura superior, con resortes haciendo presión contra los incisivos desde el aspecto lingual.

INCISIVOS MAXILARES EN PROTRUSION.

INSTRUMENTO DE TIPO HAWLEY. - El caso de incisivos superiores en protrusión, siempre que estén espaciados, podrán retraerse gradualmente ajustando el arco labial sobre un instrumento maxilar de acrílico de tipo Hawley.

Para este instrumento, se aconseja el uso de grapas Crozat modificadas para lograr retención.

PROTECTOR BUCAL. - El uso de protectores bucales favorece hábitos de mejor postura labial y de respiración. En algunos casos, influye incluso en las piezas maxilares posteriores, para que éstas se muevan distalmente, lo que ayuda a disminuir la gravedad de una distoclusión incipiente.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES Y AL NIÑO

- 1.- Informar al niño en lenguaje muy simple, exactamente que se hace y por que. Esto puede parecer sin importancia, pero se logrará una mayor cooperación si el niño comprende la situación. No subestimar nunca la capacidad de los niños pequeños para comprender problemas, son más comprensibles que lo que muchos adultos pueden pensar.
- 2.- Al niño se le debe comparar el valor monetario de la dentadura artificial, con algún otro objeto familiar. Por ejemplo, compararla con una muñeca grande, una bicicleta o algún juguete de valor para la edad del paciente. Insistir en que la prótesis no debe sacarse de la boca, excepto en presencia del padre.
- 3.- Se instruye al paciente sobre como retirar su dentadura en actividades atléticas como natación o algún otro deporte. Se pide a los padres que le den al niño una pequeña caja de plástico para conservar el instrumento en momentos como esos. Se recomienda el uso de un protector bucal al participar en -- deporte.
- 4.- Deberá retirarse la dentadura cada noche y conservarse en un vaso con agua, deberá limpiarse cada día con limpiador especial o cepillando la dentadura con pastas para este uso.
- 5.- Se muestra a los padres los dientes de soporte y se les pide que las comprueben frecuentemente con tabletas colorantes reveladores o palillos con algodón sumergido en colorante comestible, para ayudar a identificar y eliminar cualquier aposición de placa.
- 6.- Dar al paciente un espejo grande y demostrar como debe colocarse y retirar la dentadura.
- 7.- Sostenerle el espejo al niño y permitirle que practique hasta que no haya dificultad para colocar y retirar el aparato.
- 8.- Si la dentadura se ajusta mal o causa irritación, se pedira a los padres que nos informen.
- 9.- Hay que insistir a los padres en que deben brindar un buen ejemplo, no quejándose o hablando de sus propias experiencias desagradables, si las hay en presencia de su hijo.
- 10.- Se informa al niño y a los padres, de manera apropiada que abusos en la utilización de la dentadura que lleven a su pérdida o fractura darán como resultado la prolongación del tratamiento y costo adicional.

CONCLUSIONES.

Si bien es cierto que en los últimos años hubo un progreso evidente, en las técnicas para proporcionar la atención dental a los niños, los requerimientos de tratamientos continúan siendo enormes en toda la población. Del problema se puede afirmar que su solución no puede localizarse en el sistema que actualmente prevalece en el ejercicio de la Odontología. Tanto los dentistas como los doctores públicos y privados están ejerciendo una promoción adecuada para realizar un cambio adecuado, nuestro objetivo debe encaminarse fundamentalmente a influir en los padres que el cuidado dental es importante en la vida del niño, y proporcionarles un método simple para determinar las posibles enfermedades dentales con la finalidad de que los atiendan con oportunidad para evitarles problemas en la conservación de sus dientes.

Así también es conveniente inculcarles a los padres que proporcionen a sus hijos una conveniente educación en lo que se refiere a las técnicas de cepillado, la importancia que tiene la aplicación de fluor, la ayuda auxiliar de las radiografías, además de establecer un patrón de alimentación favorable para el niño.

Para la mayoría de los niños, la inyección del anestésico y la extracción de sus dientes, es el procedimiento más desagradable que encuentra en el consultorio dental. Se emplearán entonces los conocimientos psicológicos para establecer comunicación y eliminar el temor del niño.

Por otra parte se ha observado que en la mayoría de los niños presentan pérdidas prematuras de un diente temporal ocasionando desplazamiento, la presencia de malos hábitos y la creación de un problema de espacio, para esto es recomendable la creación de un mantenedor de espacio y la ayuda psicológica para abandonar los malos hábitos.

El reto que representa trabajar con los niños es muy grande pero la satisfacción recibida de ayudarlos a combatir las enfermedades y a conservarlos sanos, es una de las fuerzas más grandes que nos motivan a efectuar cambios, con la finalidad de obtener mejores resultados.

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

Odontología Pediátrica
Sidney B. Finn
Interamericana
1976.

Fisiología Humana
Bernardo A. Houssay
El Ateneo
1974.

Las Especialidades Odontológicas, en la practica General
Alvin L. Morriri
Harry M. Bohanman
Labor S.A.
1973.

Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Odontología Pediátrica
Dr. John R. Mink
Interamericana
1973.

Odontología para Niños
John Charles Brauer
Junin
1960.

Ortodoncia en la Práctica Diaria sus posibilidades y límites
Rudolf Hotz
Científico-Médica (Segunda Edición)
1974.

Odontología para el niño y el adolescente
Ralph E. Mc.Donald
Editorial Mundi
1971.

Manual de Anestesia Local en Odontología.

Manual de Extracciones Dentarias
F. Coleman
Editorial Pubul
1963.

Psicología Médica
Dr. Ramón de la Fuente Muñiz
Fondo de Cultura Económica
1972.

Tratado de Ortodoncia
Robert E. Moyers
Editorial Interamericana
1969.