

59
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION : ODONTOPEDIATRIA

TITULO :

PROPUESTA DEL PLAN DE TRATAMIENTO EN LA PREVENCION
DE CARIES A NIÑOS DE LA DELEGACION COYOACAN

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

CORTES OROPIÑA JOSEFINA

COORDINADOR C.D.M.O. ANGELES L MONDRAGON DEL VALLE

ASESOR DE TESIS C.D.M.O. ROSSINA PINEDA Y GOMEZ A.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción	1
1 Conclusiones del estudio realizado sobre índice epidemiológico cariado, perdido, obturado del primer molar permanente y grado de erupción, aplicado a niños y niñas de 6 a 7 años de la delegación Coyoacan.	2,3
2 Técnicas preventivas aplicadas para la conservación del primer molar permanente enfocado al estudio realizado en la delegación coyoacan.	4
2.1 Control de placa	4,5,6
2.2 Uso de fluoruros	7
2.2.1 Metabolismo del fluoruro	7
2.2.2 Fluoruros tópicos	7,8
2.2.3 Tabletas masticables con fluoruros para jóvenes y adultos	8,9
2.2.4 Fluoruro por topicación y técnica	9,10
2.2.5 Geles tixotrópicos	11
2.2.6 Pastas profilácticas con fluoruro	11,12
2.2.7 Enjuagatorios fluorados	12
2.2.8 Dentríficos con fluoruro	13
2.3 Tratamiento con fluoruros sistémicos y prevención de caries dental	13
2.3.1 Fluoración prenatal	13
2.3.2 Fluoración comunal	14
2.3.3 Comprimidos de flúor para programas de salud pública escolar	14,15
2.3.4 Fluoración del agua de consumo escolar	15,16

2.3.5 Vehículos adicionales	16
2.4 Asesoramiento sobre dieta y nutrición	17,18
2.4.1 Programas de asesoramiento sobre dieta	19
2.5 Usos de selladores de puntos y fisuras	21
2.5.1 Método de aplicación de selladores	21
2.5.2 Selección de dientes para el tratamiento	21
2.6 Educación directa al paciente	22
2.7 Técnica de cepillado	23,24
3 Conclusiones	25
4 Bibliografía	26,27

INTRODUCCION

El propósito de presentarse este trabajo, corresponde a la necesidad cada día más apremiante para nosotros los Círujanos Dentistas de tener a alcance material informativo, que es indispensable para adquirir el conocimiento básico de Odontología Preventiva.

Este trabajo es la continuación del realizado anteriormente con el título de Índice epidemiológico, cariado, perdido, opturado del primer molar permanente y grado de erupción aplicado a niños y niñas de 6 a 7 años de la delegación Coyoacán.

Nos dimos cuenta que es necesario conocer las causas principales que producen el proceso carioso del primer molar permanente en los diferentes grados de erupción, para prevenir la degradación dental.

Para lo cual emplearemos técnicas de cepillado, fluoruraciones de agua, aplicaciones tópicas de flúor y vehículos adicionales, enfatizando la importancia que tiene una dieta balanceada y con pocos requerimientos en carbohidratos.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO REALIZADO SOBRE INDICE EPIDEMIOLOGICO CARIADO, PERDIDO, OPTURADO DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE Y GRADO DE ERUPCION, APLICADO A NIÑOS Y NIÑAS DE 6 a 7 AÑOS DE LA DELEGACION COYOACAN.

El objetivo de realizar esta investigación fue encontrar el índice de cariado, perdido, opturado (CPO), así como el grado de erupción del primer molar permanente tanto en niñas como en niños para obtener un índice comparativo.

Para la realización de dicha investigación se revisaron a 100 niñas y 100 niños de 6 a 7 años de edad pertenecientes a la delegación Coyoacán.

- 1.- Escuela Coyolxauhqui
- 2.- Escuela Guillen de Lampac.
- 3.- Escuela Panamericana.
- 4.- Escuela República de Rumanía del turno matutino.

Los resultados obtenidos de esta investigación se mostraron por medio de gráficas, primeramente individuales y posteriormente comparativas entre niños y niñas.

Y se llegó a la conclusión de que las niñas presentan un índice más alto de caries que los niños, como consecuencia de que la erupción dentaria en ellas es más rápida que en los varones

Siendo esto más acentuado a los seis años de edad, por lo tanto tendremos mayor número de obturaciones en niñas que en niños. Esto no quiere decir que debemos tener más cuidado en -

cuanto a prevención con el sexo femenino. Si no por el contrario
hacerles saber a los padres que ambos necesitan por igual aten
ción odontológica preventiva, para un objetivo común de impedir
la enfermedad periodontal y la degradación dental, en este caso
específico del primer molar permanente.

TECNICAS PREVENTIVAS APLICADAS PARA LA CONSERVACION PRIMER MOLAR PERMANENTE, ENFOCADO AL ESTUDIO REALIZADO EN LA DELEGACION COYOACAN.

2.1 CONTROL DE PLACA.

Las encías se limpian y se conservan libres de desechos por la masticación de los alimentos que limpian más allá de la papila y del margen con cada movimiento de la masticación.

Por su contorno, posición y estructura los tejidos se adaptan **perfectamente** a esta pesada función. Sin embargo en las bocas infantiles, a menudo se producen irritaciones que sobrepasan el poder de la tolerancia de los tejidos.

La causa más común es la adherencia de desechos alrededor de las piezas dentales; los factores que contribuyen son numerosos entre ellos podemos encontrar, propiedades físicas de los alimentos, eficacia de la oclusión dental, fuerza de masticación y flujo de saliva y aunado a estas la falta de orientación para un buen cuidado y limpieza. En este caso para el primer molar permanente, tanto por parte de los padres como de los escolares ya que desafortunadamente el índice de caries es muy alto por que en la zona que erupciona es difícil de efectuar una buena autoclisis.

Por lo tanto merece mayor atención y un chequeo constante para evitar la destrucción total de este diente que es la llave de la oclusión.

TECNICA PARA DECTAR PLACA DENTAL.

1. Extienda la solución reveladora.

2.- Enjuagar la bica una vez. El exceso de solución se retirara y las manchas permanecerán en las zonas en que esté presente.

FINALIDAD.

1.- Evaluar la cantidad de placa en los dientes.

2.- Determinar medidas relativas de la actuación del niño en su higiene oral.

Y para tener una evaluación de higiene más completa de nuestro paciente podriamos seguir este procedimiento.

1.- Descubrimiento de la placa.

2.- Señalar presencia o ausencia de residuos en los dientes siguientes.

a) Superfies faciales de los primeros molares permanentes o de los molares temporales superiores derecho e izquierdo.

b) Superficie facial del incisivo central permanente o temporal superior derecho o del incisivo central permanente o temporal inferior izquierdo.

c) Superficies linguales de los primeros molares permanentes o segundos molares temporales inferiores derecho o izquierdo.

3.- Subdivida cada superficie en 5 zonas ,dividiendo la superficie longitudinalmente en tercios(mesial,distal,medio) y además dividiendo el tercio medio horizontalmente, también en tercios (gingival,medio,oclusal). A cada uno de las 5 subdivisiones se le da una puntuación.

4.- Anotar la puntuación de residuos para la superficie señalada de cada uno de los 6 dientes.

5.-La puntuación de la higiene del paciente se calcula dividiendo la suma de los puntos por el número de superficies registradas.

2.2 USO DE FLUORUROS.

2.2.1 METABOLISMO DEL FLUORURO.

El fluoruro es adsorbido por los pulmones, en el tracto gastro-intestinal y es excretado en las heces fecales.

La adsorción gastro-intestinal del fluoruro se produce en forma rápida, siendo adsorbido aproximadamente un 40% durante los primeros 30 minutos y un 90% durante las proximas 4 horas después de la ingestión..

Alrededor de un 10-15 % del fluoruro ingerido permanece sin ser adsorbido y es excretado por las heces fecales.

El fluoruro adsorbido aparece en bajas concentraciones en los líquidos circundantes del organismo, en los que esta en equilibrio con los distintos tejidos blandos. El fluoruro presente en los líquidos orgánicos circundantes, se deposita en los tejidos duros es decir huesos y dientes ,o es excretado por la orina

2.2.2 FLUORUROS TOPICOS.

La expresión tratamiento tópico con fluoruro se refiere al uso de sistemas que contengan concentraciones relativamente grandes de fluoruro que se aplican en forma local, o tópicamente a las caras erupcionadas de los dientes para prevenir la formación de caries dental.

Comprende el uso de enjuajatorios, dentríficos, pastas, geles y soluciones con fluoruros que se aplican de distintas maneras

Recomendaciones previas han sugerido que la suplementación con fluoruros debe comenzar lo más pronto posible después del nacimiento y continuar hasta la adolescencia.

El comité sobre nutrición de la academia de Pediatría ha recomendado 0.5mg de fluoruro diariamente para niños hasta de 3 años y 1.0mg. diariamente después de los 3, si el agua contiene menos de 0.2 ppm de fluoruro., para infantes menores de dos años el consejo sobre terapéutica dental de la asociación dental - americana , recomienda el uso de una tableta fluoruro de sodio de 2.2 mg. (1mgF) disuelta en un litro de agua. Esto proporciona agua fluorada a 1ppm que puede usarse para beber, preparación de fórmulas, bebidas y alimentos del infante.

Una alternativa es el uso de gotas, hasta 0.25mg. de fluoruro por día. Para niños entre 2 y 3 años se puede dar una tableta conteniendo 1mg. de fluoruro o media tableta diariamente, para el niño de tres años o mayor se puede recetar una tableta de fluoruro de 1mg. El fluoruro recetado debe ajustarse de acuerdo a la concentración de fluoruro de aguas; no se requiere ningún suplemento ,si el fluoruro en las aguas excede 0,7ppm.

2.2.3 TABLETAS MASTICABLES CON FLUORURO PARA JOVENES Y ADOLESCENTES.

La suplementación del fluoruro probablemente no debe cesar a los 6 años de edad, los adolescentes son en realidad particularmente susceptibles a la caries. Además los dientes recién erupcionados reciben los mayores beneficios del fluoruro

aplicado tópicamente.

Por eso debe usarse tabletas con fluoruro continuamente después de los años adolescentes hasta comienzos de la adultez.

Para mayores beneficios una tableta de fluoruro no debe de ser tragada, si no masticada o chupada lentamente para prolongar la duración del contacto fluoruro-esmalte. Ahora se dispone de una pastilla, esta se disuelve lentamente en la boca y si no se mastica durará hasta 4 o 5 minutos.

La mayoría de las tabletas que se consiguen en el comercio se fabrican en dosis de 0.5 y 1.0 mg.

2.2.4. FLUORUROS POR TOPICACION Y TECNICA.

Los fluoruros por topicación son soluciones o geles de alta concentración, conteniendo 1.2 a 2.5 % de fluoruro.

Los que se usan más son una solución de fluoruro estañoso a 10% o solución de gel o flúor fosfato acidulado (APF).

FLUORURO ESTAÑOSO.

La mayoría de los estudiantes clínicos han confirmado que la aplicación semi- anual de una solución de fluoruro estañoso al 8 o 10 % puede reducir hasta un 40 o 50 % caries en comunidades con aportes de agua no fluorados a pesar de esto, se está usando cada vez menos, sobre todo en niños debido a la cantidad de características desagradables.

1.- Es inestable en solución acuosa y debe ser preparado en el consultorio diario o semanalmente.

2.- Su PH bajo da un sabor metálico, astringente que es mal -

aceptado por los niños.

3.- Produce pigmentación alrededor de las lesiones de caries.

4.- Causa irritación gingival, blanqueamiento y úlceras ocasionales de enfermedad gingival.

FLUORURO DE FOSFATO ACIDULADO.

Es probablemente el más utilizado en la actualidad. Casi todos los preparados comerciales contienen 1.23% de ión fluoruro con -- 0.1 de ácido ortofosfórico a un PH de aproximadamente 3.2 a 4.5%.

TECNICA

Desde un punto de vista ideal, todos los dientes deben de ser - liberados de placa y pulidos, con una pasta profiláctica conteniendo fluoruro compatible con el APF.

Después que los dientes han sido aislados y secados, la solución se aplica a los dientes con hisopo de algodón, manteniendolos por - 4 minutos continuados. La mayor cantidad de captación de fluoruro ocurre durante los primeros 4 minutos, después de los cuales disminuye mucho, los pacientes no deben de comer, beber o enjuagarse, por lo menos durante 30 minutos, para favorecer la penetración y - retención del fluoruro.

Las aplicaciones semianuales de flúor-fósforo acidulado, junto con un programa de control cada seis meses parecen dar los mejores resultados.

2.2.5 GELES TIXOTROPICOS.

Existe en la actualidad una cantidad de geles tixotrópicos comerciales. El término tixotrópico significa solución que solidifica en un estado tipo-gel (un sol viscoso); pero no es un gel verdadero.

Estos geles suelen ser más estables, a un PH más bajo que los geles convencionales hechos con metil celulosa; no corren como un gel y pueden ponerse en forma más precisa sobre la superficie dentarias. Al continuar también, como una solución, pueden ser forzados más fácilmente en interproximal o en esas zonas susceptibles a la caries.

Algunos de estos geles tienen sabores agradables, incluyendo, - chocolate, vainilla, grosella, etc, y tienden a ser más aceptados por los niños.

2.2.6 PASTAS PROFILACTICAS CON FLUORURO.

En la mayoría de los casos, las aplicaciones tópicas con fluoruro deben de ser precedidas por la eliminación de placa y pigmentaciones de las superficies adamantinas, por medio de una pasta profiláctica conteniendo fluoruro.

Esas pastas son básicamente de 3 tipos:

- Fluoruro estañoso
- Flúor-fosfato acidulado
- Fluoruro de sodio.

La limpieza de los dientes de los niños, con fluoruro no debe de ser excesiva, ya que puede eliminarse 3-6mm de la capa super--

ficial del esmalte rico en fluoruro.

La autoaplicación de una pasta profiláctica fluorada en el consultorio puede usarse en niños, quienes virtualmente no tienen pigmentación, y un índice de higiene bucal por debajo de 4 ó 5 - en cuanto a placa. Sin embargo no puede remplazar la aplicación tópica regular con una solución o gel concentrada.

2.2.7 ENJUAGATORIOS FLUORADOS.

Hay mucha evidencia para mostrar que los enjuagatorios con fluoruro son muy eficaces cuando se usan continuamente durante una cantidad de 5 años.

Se puede utilizar en comunidades fluoruradas; agregan beneficios a las otras formas de terapias con fluoruros; incluyendo la fluoruración de las aguas, fluoruros por aplicación, tabletas y dentrífico fluorurados.

Son útiles sin embargo solo para pacientes que pueden hacer buches y escupir correctamente y su uso esta contraindicado en niños preescolares porque los reflejos de deglución no están -- completamente desarrollados y se puede tragar una cantidad excesiva del enjuagatorio.

La concentración más recomendada comunmente para un programa de enjuagatorios diarios es 0.05% de fluoruro de sodio neutro.

Un programa supervisado de enjuagatorios puede ser implementado facilmente en las escuelas, con el control de maestros y enfermeras dentales; el enjuagarse la boca es relativamente barato, sencillo y muy seguro.

2.2.8 DENTRIFICOS CON FLUORURO.

Cuando se usan en un programa conciente de Odontología preventiva incluyendo controles dentales regulares constituyen una parte significativa del plan preventivo total. Se ha demostrado que los dentríficos que contienen fluoruro estañoso 0.4% ó --- MFF 0.7 %, o fluoruro de sodio 0.2%, son agentes cariostáticos eficaces y pueden reducir la caries en un 15-20%.

Existe un dentrífico con fluoruro estañoso, tiene probablemente la mayor cantidad de documentación clínica sobre su eficacia.

2.3 TRATAMIENTO CON FLUORURO SISTEMICO Y PREVENCION DE CARIES DENTAL.

2.3.1 FLUORURO PRENATAL.

Su mecanismo de acción incluye la sustitución parcial de la apatita de el esmalte por el flúor durante la formación del diente y como las coronas de la dentición primaria y los molares permanentes sufren una calcificación completa o parcial durante la vida intrauterina al ser administradas estas pastillas se logra una máxima protección contra la caries dental.

El fluoruro atraviesa la placenta y se incorpora a los tejidos del feto que se estan calcificando.

Cuando la concentración es excesiva, la placenta regula la cantidad que pasa al feto.

2.3.2 FLUORACION COMUNAL.

El elemento más importante en un programa preventivo es el fluoruro. Se dice que la fluororación en las aguas es la piedra -- fundamental de la Odontología Preventiva, sus beneficios son conferidos a millones de personas sin la necesidad de participación activa de los mismos.

La ingestión de agua de consumo que contenga una cantidad óptima de fluoruro es el medio más eficiente y económico de que se dispone en la actualidad para proveer protección parcial contra la caries dental a la población en general.

Generalmente se esta de acuerdo en que el acuerdo benéfico es atribuible, principalmente a la incorporación del fluoruro sistémico provisto como fluoración comunal, frecuentemente a sido considerada como un efecto permanente durante la vida de la dentición.

2.3.3 COMPRIMIDOS DE FLUOR PARA PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA ESCOLAR.

Este tratamiento comprende la distribución diaria de tabletas de flúor en las aulas durante todo el año escolar.

Bajo la supervisión del maestro, el niño las mastica, se hacen buches para hacerlo pasar entre los dientes y luego se lo traga.

La dosis de fluoruro es de un miligramo por día su efectividad en la control de caries alcanza una disminución de un 23% al cabo de dos años de uso. Es interesante mencionar que este beneficio - de protección persiste dos años después de haber interrumpido la

ingesta de tabletas.

Existen otro tipo de tabletas con las cuales pueden obtenerse algunos efectos benéficos en personas que no pueden tener la máxima protección que proporciona la fluoración de agua.

Estas tabletas (1 mg.), contienen fluoruro de sodio y se pueden administrar de la siguiente manera;

a) Niños de 0 a 2 años : Una tableta por litro de agua para beber.

b) Niños de 2 a 3 años: Una tableta cada dos días triturada en agua, utilizar un vaso lleno, agitar - antes de beber.

c) Niños de 3 a 10 años : Una tableta diaria triturada en agua. Estas tabletas de fluoruro de sodio - pueden chuparse para así lograr un efecto tópico general.

2.3.4 FLUORACION DEL AGUA DE CONSUMO ESCOLAR.

La fluoración puede ser utilizada como un procedimiento de fluoración comunal, ya que pone a disposición el fluoruro cuando la caries dental es un problema principal.

Por el corto tiempo que permanecen los niños en la escuela es recomendable que la cantidad de fluoruro agregado sea mayor que la que se recomendaría en el agua normalmente, de consumo comunal. Su concentración debe ser de 4 a 5 veces mayor, con esta técnica de aplicación de flúor se obtiene un porcentaje de 57% de beneficios ante problemas cariogénicos.

La fluoración del suministro de agua -escolar puede ser una alternativa práctica para proveer un tratamiento con fluoruro -sistémico a niños durante la mayor parte del período en que la caries dental es la enfermedad bucal más importante.

2.3.5 VEHICULOS ADICIONALES.

Se han sugerido varios vehículos adicionales como medios de proveer fluoruro sistémico. El uso de sal de mesa fluorurada agregándole 200mg de fluoruro de sodio por kilogramo de sal para obtener beneficios en la salud dental, aunque la cantidad de protección contra la caries fué menor que la observada con la -fluoración del agua de consumo.

Los vehículos adicionales que se han sugerido incluyen la leche y los cereales para el desayuno en vista del amplio consumo de éstas sustancias.

Sin embargo cada uno de estos posibles vehículos tiene cierta desventaja y hay en la actualidad escasa información.

2.4 ASESORAMIENTO SOBRE DIETA Y NUTRICION

Podríamos considerar a la caries dental por sus altos índices que se manejan actualmente como una enfermedad de nuestra civilización y que el cambio en el estilo de vida que determinó su prevaencia fué el incremento en la dieta de alimentos blandos que contienen hidratos de carbono refinados y más específicamente de alimentos con azúcar.

Existe una estrecha relación entre el consumo de azúcar y la formación de caries, pero también es importante señalar que son determinantes las condiciones en las cuales son ingeridos para determinar su potencial cariogénico.

Debe hacerse notar que el consumo de una dieta totalmente desprovista de azúcares no frena por completo la formación de caries.

Los factores que establecen la cariogenicidad potencial de los alimentos azucarados son:

- 1.- La consistencia física de la dieta, los alimentos adhesivos son mucho más cariogénicos que los no retentivos.
- 2.- Momento de la ingestión : los alimentos azucarados son mucho más peligrosos si son consumidos entre comidas que durante ellas.

El peor momento para ingerir un alimento cariogénico es inmediatamente antes de irse a acostar porque la boca se halla casi en reposo durante el sueño.

- 3.- la frecuencia con que son consumidos los alimentos cario--

génicos. Cuanto más frecuentemente sean , más cariogénico se vuelven.

4.- Ciertos alimentos pueden contener (protectores) de la caries y estos reducen su potencial cariogénico, este fenomeno sucede frecuentemente con los chocolates, aunque la naturaleza del protector químico permanece desconocida.

La "Escala de peligro" de los elementos cariogénicos puede ser utilizada para guiar en forma progresiva a los pacientes desde el consumo de los alimentos más cariogénicos hasta el consumo de los que son menos.

- a.- Alimentos azucarados adhesivos consumidos entre comidas.
- b.- Alimentos azucarados adhesivos consumidos durante las comidas.
- c.- Alimentos azucarados no adhesivos líquidos consumidos entre comidas.
- d.- Alimentos azucarados líquidos consumidos durante las comidas
- e.- Alimentos desprovistos de azucar..

A sido identificada una cantidad de alimentos que parecen poseer una actividad anticaries, como por ejemplo, una dieta con alto contenido proteico con una reducción en hidratos de carbono.

Tambien las grasas son consideradas anticariogénicas. Esto ha sido atribuido a la formación de una película aceitosa protectora sobre la superficie de los dientes.

Se ha propuesto que alimentos ricos en calcio y fosforo pueden proporcionar una resistencia deterioro.

2.4.1 PROGRAMA DE ASESORAMIENTO SOBRE DIETA.

Aunque es muy poco lo que se puede hacer desde el punto de vista nutricional para prevenir la caries dental mucho puede llevarse a cabo por lograr tal efectivo por medio de la dieta. La clave de el éxito está en la reducción de consumo de alimentos que contienen azúcar particularmente en su forma más cariogénica y en la oportunidad y frecuencia de su ingestión.

A nuestro paciente lo debemos guiar para que confie y sea sin cero en sus conversaciones con respecto a su alimentación.

El programa debe llevarse al paciente paso por paso basandose en la sustitución de alimentos indeseables por los deseables. No olvidemos que los alimentos no se comen sólo con fines nutricio nales sino como fuentes de placer también.

El esfuerzo sicológico hacia el paciente debe ser continuo; la dieta es un factor arraigado a la vida de nuestro paciente - son rasgos culturales que reflejan los antecedentes, étnicos, es-tilo de vida, escalas personales; por lo tanto los intentos por Introducir muchos cambios en la dieta al mismo tiempo estan con denados a fracasar o sólo ocurren cambios que durarán pocos di-
as y que no serán sostenidos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

2.5 USO DE SELLADORES DE PUNTOS Y FISURAS.

Cuando se aplica el sellador hace una replica de la superficie acondicionada del esmalte, penetrando en los poros y formando esas proyecciones digitiformes, que se extienden en las penetraciones de los prismas del esmalte.

La formación de prolongaciones y llenado de los poros que se controlan con la viscosidad del sellador producen una tabla entre el sellador y el esmalte que asegura una fuerte retención mecánica y un sellado practicamente libre de filtraciones.

2.5.1 METODO DE APLICACION DE SELLADORES.

El procedimiento de aplicación no es complicado ni insume demasiado tiempo. Incorporado a la tecnica preventiva su empleo a resultado beneficioso y sin efectos nocivos tanto bucales como sistémicos.

El método puede ser considerado como medida a largo plazo; su eficacia cuando adecuadamente controlado, podia llegar casi a un 100% en pacientes seleccionados.

TECNICA DE APLICACION DE SELLADORES.

- 1.- Limpieza a fondo del diente, con piedra pómez en agua y cepillo, que deje el esmalte pulido, sin ningun tipo de restos y sobre todo libre de placa.
- 2.- La contaminación con saliva es una de las causas de fracaso en la técnica, el uso del dique de goma es muy recomendable aunque la retención del sellante pueda ser similar si se aísla con rollos de algodón.

- 3.- Grabado ácido del esmalte con ácido fosfórico entre 37% y - 50% durante un minuto, preferiblemente con pincel, sin fro- tar la superficie.
- 4.- Eliminación del ácido con chorro de agua, durante 10 a 15 - segundos.
- 5.- Secado cuidadoso de la superficie con aire libre de aceite.
- 6.- Colocación de la resina en la zona de los surcos , con pin- cel. La polimerización química lleva unos dos minutos y unos 30 segundos la fotopolimerización.
- 7.- Examen minucioso de la superficie oclusal y posible reapli- cación si el sellante se desprende .

2.5.2 SELECCION DE DIENTES PARA EL TRATAMIENTO.

Los niños quienes han mostrado un potencial de caries- en su dentición primaria que subsiguientemente afectará la permanente son candidatos principales para la aplicación de sellantes. - Además debido al comienzo temprano de caries oclusal en dientes primarios y permanentes recién erupcionados, los preescolares son candidatos principales.

También pacientes cuyos dientes tienen fisuras profundas y- si esto lo combinamos con descuido frecuente de limpieza y mal cepillado, también son estos candidatos principales,

Por los resultados de la investigación realizada nuestros - niños son candidatos a la aplicación de selladores. Y así evita- remos la pérdida de el primer molar permanente.

2.6 EDUCACION DEL PACIENTE.

Tal vez más que educación debería de denominarse instrucción por que su objetivo principal es simplemente proveer información.

Para la educación de el paciente puede emplearse dos tipos de material;

- 1.- Aquellos preparados por el dentista;
- 2.- Los que se pueden adquirir en comercios,.

Los primeros son por supuesto adaptados a las ideas de el dentista, sus métodos y su personalidad.

Se puede adquirir en el comercio todo tipo de material audiovisual y el dentista puede elegir entre aquellos que más se acerquen a sus propios conceptos y métodos educacionales.

En nuestro caso que la investigación fue realizada en varias escuelas podriamos llevar películas obras de teatro, folletos que despertarían el interés de los niños, sobre técnicas de cepillado, aplicación de fluor, y la importancia que tiene el primer molar permanente, tanto para ellos como para nosotros.

Esto debe ser positivo sin amenazas, ni presión, hay que enfatizar los beneficios de el tratamiento sin apelaciones emocionales, la información debe ser simple, hay que usar expresiones comunes, dibujos humorísticos, que entretienen y al mismo tiempo que educan.

Aquí sería conveniente que cuando los padres fueran a juntas se les dieran folletos y por que no platicas educacionales sobre odontología preventiva para que existiera una mayor comprensión tanto como por parte de padres como de los niños.

2.7 TECNICA DE CEPILLADO.

El cepillado de los dientes remueve la placa y los alim--
mentos de las zonas asequibles, superficies bucales y linguaa--
les y parte de las superficies oclusales, mejorará la resisten--
cia del tejido blando al quitar la placa de las zonas gingivales.

SELECCION DEL CEPILLO.

La tendencia en la selección del cepillo de dientes se incli--
na hoy hacia el uso del cepillo bastante pequeño con partes ac--
tivas rectas o poco anguladas, formadas por 2 o 3 hileras que --
contienen cada una 10 y 12 penachos de cerdas sintéticas, blan--
das redondeadas, etc.

- 1.- La cabeza del cepillo debe de ser pequeña y recta para per--
mitir alcanzar tanta superficie dentaria como sea posible
- 2.- las fibras sintéticas no se desgastan rapidamente como las
naturales y recuperan su elasticidad mas pronto, despues --
de ser usadas y lavadas.
- 3.- Se cree que los penachos separados permiten una mejor a---
cciónde limpieza, por que las fibras pueden flexionarse y
alcanzar así zonas en las que un cepillo con penacho muy --
juntos no alcanzaría.
- 4.- Las cerdas deben de ser blandas y de extremos redondeados
para evitar daño a los tejidos gingivales.

TECNICA DE CEPILLADO.

El niño pequeño no puede lograr una tecnica de cepillado efec--
tiva; por lo tanto es mejor que un adulto haga el cepillado o --
lo supervise.

Los niños se resistiran con frecuencia al cepillado de los --

padres, pero cuando saben que se hara despues de todo, su resis
tencia generalmente disminuye. Aun así deben de ser alentados a
hacer su propio cepillado, pero los padres han de tener en cuen
ta que la perfección de los esfuerzos del niño dependera de su -
destreza manual lo cual, depende a su vez de la maduración --
neuromuscular y el desarrollo del sentido de responsabilidad.

Sin embargo en realidad un poco de vigilancia se necesitatra
casi seguro hasta que el niño tenga de 10 a 11 años.

FRECUENCIA.

Para los pacientes jovenes y en general para aquellos suceptib
bles a la caries dental, corresponden procedimientos de higiene
bucal más frecuente. La clásica recomendación de cepillarse los
dientes despues de cada comida es lógica si el paciente quiere
remover rapidamente los restos alimenticios para impedir su fer
mentación.

NOTA : Cuando un adulto cepilla los dientes de un niño se debe
de tener cuidado : facil lecionar el tejido o forzar los labios
y mejillas del niño hasta causarle malestar.

CONCLUSIONES

Mediante la realización de este trabajo hacemos notar que es indispensable que las medidas preventivas como técnica de cepillado, selladores de fosetas y fisuras, aplicación de flúor, orientación sobre nutrición.

Estas deben de ser llevadas a cabo para evitar la degradación dental.

Y que nosotros los Odontólogos, tenemos la obligación de adquirir la destreza necesaria para darles la orientación adecuada sobre, Odontología Preventiva, tanto a los padres como a los niños.

Alentando a cada uno al mismo tiempo para mantener la excelencia de la salud bucal, como parte de la vida familiar.

Creando cambios en el comportamiento social y ambiental del niño, para aliviar el dolor y la ansiedad en un tiempo futuro.

Con esto podremos obtener un avance en los medios preventivos y epidemiológicos de la salud en la población infantil.

BIBLIOGRAFIA

DOMINICK P. DEPAULA , H. GORDON

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

EDITORIAL MUNDI SA I. C.F.

PRIMERA EDICION

ARGENTINA

KATZ, MC. DONALD , STOOKEY

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION

EDITORIAL PANAMERICANA

TERCERA EDICION

BUENOS AIRES ARGENTINAS

BRAHAM, MORRIS

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA

TERCERA EDICION

ARGENTINA

KETTS

MANUAL DE NUTRICION PEDRIATICA

EDITORIAL DOYMA SA

PRIMERA EDICION

BARCELONA ESPAÑA

EENGTO MAGNUSSON, GORAN KOCH, SUER POULSEN
CDONTOPEDIATRIA
EDITORIAL SALVAT
CUARTA EDICION
ESPAÑA

RALPH, E. MC DONALD, DAVID R. AVERI
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE
EDITORIAL MUNDI
PRIMERA EDICION
BUENOS ARRES ARGENTINA

FINN B. SIDNEY
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
CUARTA EDICION
MEXICO D.F. 1974

THOMAS K. BARBER, LARRY S. LUKE
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
PRIMERA EDICION
MEXICO° D.F. 1985