

ESTADÍSTICA DE LOS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS BÁSICOS
QUE SE REALIZAN A NIVEL CONSULTORIO PRIVADO

84p.

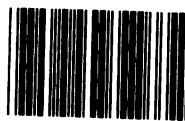
Por

C.D. GRACIELA EUGENIA TORRA ZUBIRÁN

TORRA

TESIS

ZUBIRAN



GRACIELA

EUGENIA

1984

K(1) UNAM



Facultad de Odontología

Div. de Est. de Posgrado e Investigación

Biblioteca "Barnet M. Levy"

T E S I S

Presentada como requisito para obtener el grado de

Maestría en Odontología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

1984



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.

MANUSCRITO DE TESIS:

Cualquier tesis no publicada que avale el grado de --
Maestría y depositada en la biblioteca de la Universidad, Fa-
cultad de Odontología, queda abierta para inspección, y sólo-
podrá ser usada con la debida autorización del autor. Las re-
ferencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copia--
das sólo con el permiso del autor, y el crédito se da poste--
riormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes perso-
nas que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La biblioteca que presta esta tesis debe asegurarse--
de recoger, la firma de cada persona que la utilice.

Nombre y Dirección

F e c h a

ESTADÍSTICA DE LOS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS BÁSICOS
QUE SE REALIZAN A NIVEL CONSULTORIO PRIVADO

Aprobado por:

C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCÍA

C.D.M.O. CARLOS GONZÁLEZ LUCASCENIZ

C.D.M.O. JAVIER HERNÁNDEZ PALMA

C.D. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ VILLALCENCIO

C.D.M.O. ÁNGEL KAMETA TAKIZAWA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	4
MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES.....	64
RESUMEN.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
CURRICULUM VITAE.....	84

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Cuadro I	PREGUNTA 1-2.....	46
Gráfica I	PREGUNTA 3-4-5.....	47
Gráfica II	PREGUNTA 6.....	48
Cuadro II	PREGUNTA 7-8-9.....	49
Cuadro III	PREGUNTA 10-15.....	50
Gráfica III	PREGUNTA 11.....	51
Cuadro IV	PREGUNTA 12-13.....	52
Cuadro V	PREGUNTA 14-16-17.....	53
Cuadro VI	PREGUNTA 16-19-20-21.....	54
Cuadro VII	PREGUNTA 22-23-24-25-26.....	55
Cuadro VIII	PREGUNTA 27-28-29-30-31.....	56
Gráfica IV	PREGUNTA 32-33.....	57
Gráfica V	PREGUNTA 34.....	58
Cuadro IX	PREGUNTA 35-36-37-38.....	59
Gráfica VI	PREGUNTA 39.....	60

INTRODUCCIÓN

La necesidad de hacer conciencia en los padres de familia sobre la importancia de que los niños reciban atención dental preventiva desde la erupción de sus primeros dientes y en adelante; despertar el interés de todos los dentistas en relación a las técnicas preventivas y la necesidad de utilizarlas como medio para disminuir el índice de caries en niños, que lógicamente a largo plazo será en adultos, fue la inquietud primordial que motivó la realización de este estudio.

Se considera que una parte mínima de la población infantil asiste regularmente al dentista. Otra parte mayor que la primera, sólo recurre a consulta cuando se presenta algún problema o molestia; y una parte importante de esta población, asiste al dentista sólo en problemas graves y evita continuar con atención sistemática. En todas las situaciones, es obligación del dentista y aún más del odontopediatra, tratar de retener al paciente, no con fines de lucro, sino con la conciencia profesional de iniciar un tratamiento preventivo y la información y comunicación con los padres, con el objeto no sólo de que colaboren con el tratamiento, sino que se percatan de la importancia de los tratamientos preventivos, que favorecen la reducción de incidencia de caries en los niños.

Uno de los aspectos importantes de la prevención, es la técnica de cepillado, la cual por mala información o por efectos de la publicidad pueden tener resultados negativos para la conservación de una dentadura sana. Es conveniente que el dentista mantenga la comunicación sobre esta técnica y realice supervisión periódica sobre los efectos de la misma. En este aspecto, cobra importancia el tipo de cepillo dental a utilizar, la pasta dental y, lo más importante, la técnica de cómo realizarlo.

Otro aspecto negativo con el que hay que luchar cotidianamente, son los medios de comunicación, que sobresaturan al niño con mensajes directos e indirectos sobre la ingestión de dulces, chicles y golosinas que rompen con todo tratamiento preventivo que evite la incidencia de caries.

Existen varios estudios realizados en diferentes países sobre los resultados de experiencias a corto, mediano y largo plazo de las diferentes técnicas, métodos y materiales utilizados en la prevención, lo que de hecho fue tomado como marco referencial de este estudio, aún cuando no se encontró registro de estudios realizados específicamente en relación a las técnicas que con mayor frecuencia utilizan los dentistas, con lo cual se corrobore si realmente existe una conciencia generalizada sobre la necesidad de la participación de los pa

dres en la atención y cuidado de los dientes e higiene bucal de los pequeños.

La meta específica de este estudio es detectar cuál es la técnica y material de prevención utilizada con más frecuencia entre los odontopediatras, para en estudios posteriores analizar las técnicas utilizadas en México, cuál es la que mayor beneficio ha demostrado.

A través de este estudio, también se busca detectar que tan frecuentemente el odontopediatra se apoya en los padres para lograr el éxito en la aplicación de los diferentes métodos preventivos.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CEPILLOS DENTALES.

El cepillado dental es el paso más importante para la prevención de caries dental y el control de placa (4, 14, 15).

Existen diferencias de opinión sobre los métodos, frecuencia, tipo y modificación de cepillos dentales y técnicas de cepillado en niños, que realmente prevengan y produzcan -- las enfermedades dentales. (10, 19).

Los cepillos dentales posiblemente existían muchos siglos antes de Cristo y el hábito de refrescarse la boca masticando palitos olorosos (21) para que dieran un olor agradable a la boca, ha sido usado aún en tiempos de Hipócrates. Posiblemente el primer cepillo apareció en China en 1600 A.C. y su introducción a la civilización occidental cerca del siglo XVIII; Hirschfeld (17) describió la historia del cepillo de dientes en 1939 y mostró las promociones de la literatura dental sobre el cepillo de dientes moderno.

Fue hasta 1900 cuando los cepillos para dientes se hicieron accesibles al público. Los primeros cepillos producidos con nylon fue en 1938, eran relativamente tiesos de textu

ra firme, sus cerdas tenían puntas filosas, eran incómodos y podían causar daño a los tejidos suaves. Posteriormente conforme se fue desarrollando, se redondearon las puntas y se hizo una correcta selección de las cerdas, tanto en lo largo,-- como en lo ancho. Los cepillos de dientes evolucionaron en-- una gran variedad, cantidad de forma y tamaño y la mayoría de ellos hoy en día son efectivos para la higiene oral.

A pesar de la apariencia tan simple de los cepillos-- de dientes modernos, son el resultado de muchas técnicas apli-- cadas y de datos clínicos.

El cepillo dental consiste en un mango, una cabeza co-- nectada por un cuello, las cerdas pueden ser o no ser redon-- deadas y están acomodadas en hileras que siguen un patrón es-- pecífico de acuerdo al diseño. De acuerdo con McCauley (21)-- hay un mínimo de 500 patentes por cada tipo de cepillo den-- tal desde 1932 en EUA.

Seis o siete diseños básicos predominan en la forma-- de las cerdas:

- a) Oval o convexo
- b) Curvo
- c) Oval corto

- d) Recto acortado
- e) Recto con varios copetes con 2 ó 3 hileras en forma longitudinal más cortas
- f) Recto parejo

Este último estilo es el más popular y viene en varios largos, aún cuando el largo de la cabeza sea de diferentes formas.

Sin embargo, al escoger un cepillo debe tomarse en cuenta la selección de la cabeza apropiada, es mejor que la cabeza no sea mayor de $1 \frac{3}{8}$ pulgada para cepillo de adulto o 1 pulgada o menos para cepillo de niños y aproximadamente 1 pulgada de ancho (2, 3, 18).

También se ha sugerido que el largo de la superficie del cepillo sea suficiente para cubrir aproximadamente el ancho de 3 dientes adyacentes.

La textura del cepillo está determinada por:

- 1) El diámetro de las cerdas
- 2) El largo de las cerdas
- 3) El tamaño de los hoyos en los cuales las cerdas del copete son insertadas

- 4) El número de copetes en una área dada
- 5) El número de cerdas en cada copete (7, 20, 23, 28)

Estos factores están relacionados entre sí y mezclados para crear la textura del cepillo. De hecho es imposible separar estos elementos en textura determinada.

Hay cepillos que están denominados duros, extraduros, medianos o suaves, sin embargo, es importante sentir la dureza del nylon, ya que lo etiquetado va de acuerdo a la marca del cepillo. Es importante checar el tipo y la firmeza del nylon y no dejarse guiar por las marcas comerciales.

El resultado de las puntas redondeadas en los cepillos de dientes, es benéfico, ya que la acción limpiadora es más suave contra los dientes y la encía es estimulada.

Breitenmoser et al (9) evaluó la habilidad de cepillos idénticos con puntas redondeadas y sin ellas, valuando que ambos producen trauma gingival.

En otros estudios se vio que las puntas redondeadas causan un 30% menos de trauma que las puntas no redondeadas.

El cepillo de cerdas naturales no es muy recomendado.

Anaise (1) hizo un estudio en niños de 11 a 14 años y demostró que este tipo de cepillos no eran muy buenos para remover la placa, ya que son más suaves que el de cerda de nylon.

Bass (5) concluyó que las cerdas largas con diámetro angosto, parejas producían un mejor cepillado que las acerradas de cerdas largas. Él sugirió que las cerdas de los cepillos rectos se abrieran como abanico y entraran en las áreas interproximales más efectivamente.

Hinider y Forscher (16) Barnes et al (3) confirmaron que era mejor el uso de cerdas rectas que con cerdas de diferentes formas.

Es importante que el cepillo del niño pre-escolar utilice un cepillo infantil normal con mango grande y cerdas suaves para que el adulto lo pueda manipular, pero este tipo de cepillo no existe en el mercado ya que el cepillo pequeño tiene un mango pequeño, el cual es usado en el niño pre-escolar o sea a la edad de 5 años.

Muchos cepillos de dientes proveen una serie de números según la dentición como es el oral B 30, 35, 40 y 60.

Un modo de seleccionar el cepillo es escoger varios

tamaños y modelos para ver cuál es el adecuado para nuestro--
paciente según su dentición.

El oral B 30 tiene una cabeza pequeña con un mango an--
cho para facilitar el manejo de los padres.

El cambio del cepillo cuando ya está desgastado es al--
go que no es muy usual y esto es importante, ya que el cepi--
llo pierde sus propiedades y se contamina. La labor de la hi--
gienista es fomentar este cambio.

Existen numerosos métodos de cepillado, cada uno dise--
ñado específicamente para las necesidades del paciente de ---
acuerdo a su condición dental y periodontal. En 1972 Thaller
et al (29) supervisó diferentes métodos y encontró que la téc--
nica de Bass era la más ampliamente utilizada, continuaba la--
de barrido y la de Stillman modificada. Actualmente la técni--
ca de Bass con sus variaciones es la más popular entre los --
dentistas y los pacientes.

Técnica de Bass (5, 6). El cepillo se coloca a 45 --
grados en relación al eje longitudinal del diente, las cerdas
son suavemente forzadas dentro del surco gingival y las áreas
interproximales. El cepillo se mueve en movimientos cortos--
de atrás hacia delante en acción vibratoria por 10 ó 15 segun--

dos en cada área para desalojar la placa entre los dientes y el surco gingival. La superficie supragingival del diente se limpia con las cerdas no en el surco. Las superficies oclusales son cepilladas con movimientos cortos anteroposteriores, las cerdas tallando firmemente. Aproximadamente 20 movimientos por cada diente.

Técnica de barrido (18, 22). Las cerdas se aplican a 90° de la superficie del diente y el cepillo se mueve hacia atrás y hacia adelante como el tallado en un piso.

Stillman modificada (21). Las cerdas se colocan a 45° del eje longitudinal del diente en el margen gingival en posición similar al método de círculo para que parte quede en la encía. El cepillo entonces es vibrado mesiodistalmente con movimientos graduales hacia el plano oclusal.

Técnica de Charters (11). El cepillo se coloca en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente. Las cerdas se presionan firmemente dentro de las áreas interproximales con un ligero movimiento rotatorio y vibratorio. Las orillas de las cerdas deben hacer contacto con la orilla de la encía, produciendo un masaje que se repite de una cepillada a otra. La superficie oclusal se cepilla firmemente usando las cerdas con un movimiento rotatorio y presionando--

suavemente dentro de los surcos y fisuras.

Técnica de rotación (13). Las cerdas se colocan en la parte alta de la encía en un ángulo de 45° . Los lados de la cerda se rotan firmemente desde la encía hacia la corona, el movimiento de arco se repite entre 8 y 10 veces sobre los diferentes segmentos de las superficies bucales en secuencia y orden para no esquivar ningún segmento del arco dental. Las superficies oclusales se cepillan en un movimiento horizontal dentro y fuera.

Técnica de Fones (12). El cepillo se presiona firmemente contra los dientes y encía con las cerdas anguladas hacia las superficies bucales y el mango paralelo con el plano oclusal. El paciente ocluye y el cepillo se mueve en una acción rotatoria con un radio lo más amplio posible. Esta técnica se dice ser efectiva para niños con habilidad manual mínima.

Técnica psicológica (8, 26). Este método requiere un cepillo suave y el cepillado se hace frotando desde la corona hacia el margen gingival.

Las técnicas han sido desarrolladas entre los años 30 y los 40, ninguna es universalmente aceptada o adecuada.

Con entrenamiento adecuado, la eficiencia puede ser--
lograda con la mayoría de las técnicas.

La técnica de Bass es la más recomendada y utilizada--
tanto por los pacientes como por los dentistas.

Se puede hacer una combinación de técnicas según las--
necesidades.

La técnica más recomendada en pacientes jóvenes es la
de rotación, ya que es muy fácil de enseñar y de aprender. --
Esto es porque el paciente muy pequeño tiene poca habilidad--
manual.

El niño de menos de 7 años utiliza la técnica con más
error que los mayores de 7 años.

El niño menor de 5 años no puede sostener bien el cepi
llo, por lo que el cepillado es deficiente.

El cepillo más utilizado es el de cerdas suaves.

Sanguer et al (25) mostró que cepillarse con la técni
ca de tallado en niños de 4 a 5 años resultaron valores meno
res de placa que los niños que usaron la técnica rotativa.

Rugg-Gunn y Mac Gregor (24) describió que los niños-- de 5 a 11 años prefieren cepillarse con la técnica horizontal.

La técnica horizontal puede ser utilizada en niños ma yores de 11 años y es igualmente efectivo en remover placa de las superficies bucales y linguales.

La técnica menos efectiva es la de Charters y la más-- efectiva la de tallado horizontal y la técnica de barrido.

Interferencia de los padres en la técnica de cepilla-- do usualmente es más conveniente para el padre situarse atrás del niño e inclinar su cabeza hacia atrás sosteniéndola con-- el brazo izquierdo mientras usa la mano derecha para el cepi-- llado.

En la práctica, pocos niños mayores de 6 ó 7 años to-- leran interferencia paterna y no hay padres suficientemente-- motivados para hacerlo. Otra forma de motivar a los niños pa ra que éstos se cepillen los dientes, es decirle a los padres que se los cepillen enfrente de los niños.

La técnica de barrido es la más apropiada para niños-- pre-escolares.

HILO DENTAL.

Lindhe, Axelsson et al (32, 33) en el estudio Karls--
tad demostraron que la caries dental puede ser prevenida com-
pletamente a través de un programa de higiene oral y cuidados
profesionales frecuentes apoyados con terapias de aplicación-
de fluoruros. El uso de cepillado, hilo dental, palillos in-
terdentales y otras ayudas para remineralizar lesiones inci--
pientes fueron parte integral de este programa.

El primer hilo dental se hizo en 1882 (44), consistía
en hilo sin cera. Se dice que la compañía Johnson & Johnson-
lo patentó en 1876.

El hilo dental con cera y sin cera desde 1898. El hi-
lo se empezó a usar en 1940 aproximadamente. Bass (36, 37)--
en 1950 innovó una técnica con técnica de cepillado y uso de
hilo dental.

Arnimy (31, 35) y Barkly (34, 35) con su filosofía --
dental preventiva fue cuando se empezó a usar el hilo dental-
para remover la placa interdental y así se hizo parte de la--
práctica preventiva.

Muchos investigadores (32, 38, 39, 43) han demostrado

que la profilaxis administrada profesionalmente o la autoaplicación de cepillos o hilos dentales remueven efectivamente la placa interproximal y reducen los valores de placa, inflamación gingival, el sangrado, llevando todo esto a una salud gingival más eficiente. Keller y Manson/Huig (42) midieron la habilidad de diferentes métodos para remover placa del esmalte en las superficies proximales.

El cepillado combinado con el hilo dental es el más efectivo en la limpieza de la superficie del esmalte. Anaise (30) encontró que el hilo dental era más efectivo que los pabillos en la remoción de placa de la superficie interproximal principalmente en la superficie mesial.

Se han hecho estudios sobre el hilo dental encerado y los no encerados y no se ha llegado a ninguna respuesta concluyente (40, 41, 46).

El porta hilo es estorboso, pero se puede hacer introducir con fuerza uniforme.

Bass (26) era un entusiasta del hilo no encerado porque creía que la cera podría quedarse en las áreas interproximales y como irritante. El grosor del hilo con cera podría separar los dientes provocando irritación gingival.

El hilo no encerado es más frecuentemente recomendado por los dentistas en la autoaplicación por ser más fácil de usar por las áreas interproximales.

El hilo no encerado es más difícil de usar en pacientes que tienen márgenes defectuosos o incrustaciones.

El hilo encerado se usa en el consultorio cuando se coloca dique de hule o checar contactos interproximales.

La gingivitis y la caries dental pueden ser prevenidos completamente con un programa de control que incluye la profilaxis profesional suplementada con el uso de fluoruros, el éxito del programa de control de placa se basa en varios principios fundamentales (33).

- 1) Un diente limpio nunca se enferma
- 2) El cuidado profesional y la eliminación de placa con métodos mecánicos reduce efectivamente la patogenicidad de la placa en la gingivitis y la placa dental.
- 3) La acción remineralizante de la saliva sanará y reparará las lesiones cariosas incipientes.

No todos los niños son capaces de usar el hilo dental, efectivamente para niños pre-escolares la responsabilidad y

remoción de placa con métodos mecánicos, lo cual incluye procedimientos de cepillado y de hilo dental debe ser responsabilidad de los padres. La habilidad del uso del hilo dental efectivo es una función que depende de la edad y de la habilidad manual.

Los niños de 8, 9, 10 y 11 años se pueden enseñar para usar el hilo dental efectivamente con una instrucción cuidadosa, hay una considerable variación en la habilidad de los niños para desarrollar la manipulación del hilo dental efectivamente, pero la edad parece ser el mejor juez. La coordinación del ojo y mano es la mejor comunicación de variables, -- además no hubo consecuencias significantes conforme al sexo, -- aunque las niñas estuvieron adelante de los niños en desarrollar la habilidad para usar el hilo dental.

La instrucción para el uso del hilo dental en niños de 8 a 11 años debe hacerse por lo menos una vez al año con un mínimo de 16 semanas de reforzamiento de la instrucción.

El hilo dental debe de aplicarse una vez al día porque la placa interdental se acumula en 24 horas, sin embargo, la acumulación de placa debe estar presente durante algún tiempo antes de que la caries se desarrolle (48).

Algunos sostenedores o guías para el hilo se venden--
comercialmente (45, 47). El sostenedor es menos efectivo que
la manipulación con los dedos y las guías para el hilo son --
efectivas cuando la manipulación manual es imposible.

Aplicaciones tópicas de flúor han sido usadas en odon--
tología por más de tres y media décadas. La razón de usarla--
resulta de estudios hechos por Dean (56) a final de 1930 y --
1940. Relacionando la experiencia de caries del niño en va--
rias áreas contra el contenido de fluoruro del agua para be--
ber.

En 1940 Volder et al (65) observó que el esmalte pul--
verizado, dentina, hueso, así como de partículas de hidroxia--
patita cuando se exponen a soluciones de fluoruro de sodio ab--
sorben una cantidad significativa de fluoruro. Sognnaes (64)
demostró en 1941 que la aplicación tópica de fluoruro en in--
tervalos regulares aplicado a las ratas reducía la caries. --
Más tarde Bibby (50) y Cheyne (55) reportaron una significan--
te reducción en el número de nuevas lesiones en niños que han
recibido repetidas veces aplicaciones de soluciones de fluoru--
ro.

La aplicación tópica aplicada en intervalos anuales--
va a reducir la caries aproximadamente en un 30%.

Factores para examinar son varios:

- Rango de edad
- Incidencia en grupos de control y experimentación
- Incremento de caries
- Concentración del fluoruro en el agua
- Aplicación de flúor
- Estratos económicos
- Hábitos dietéticos y de higiene oral (57)

Fluoruro de sodio: Fue de los primeros agentes que se usaron para prevenir la caries. La aplicación tópica inicial se continuó con tres aplicaciones similares con intervalos se manales a excepción hecha de que no se hizo profilaxis en las subsecuentes visitas.

Estas series se recomendaron en edades de 3, 7, 10 -- años para que coincidieran con la erupción de la dentición--- primaria y la de la permanente. La ventaja de esta técnica-- es que el paciente tenía que hacer muchas visitas en poco --- tiempo.

Este tipo de flúor como agente tópico tiene muchas -- ventajas:

- Es químicamente estable
- Tiene un gusto aceptable
- No irrita las encías
- No decolora los dientes
- Es tan efectivo como cualquier tipo de fluoruro tó-
pico en reducir caries dental

Fluoruro estañoso: Basado en resultados de laborato--
rio (60, 61) el primer juicio clínico del flúor estañoso fue--
en 1955 por Homell et al (59). Después de 2 años ya había --
producido una disminución de caries significativa (59%) que--
el flúor de sodio (30%).

Las desventajas son mayores que las ventajas.

- 1) No es estable en soluciones acuosas y debe prepararse
fluoruro para cada paciente
- 2) Tiene un Ph natural muy bajo, por lo que es astring
gente y la oclusión tiene un gusto metálico
- 3) Puede causar irritación gingival cuando está deshidr
atada o enferma
- 4) Produce decoloración del diente particularmente en
las áreas hipocalcificadas
- 5) Causa manchas en los márgenes y restauraciones

Fluoruro estañoso en gel: Para salvar una de las des-

ventajas del flúor estañoso fresco. Shannon (67) desarrolló un gel que contiene .04% de fluoruro estañoso en una base de celulosa metálica y glicerina. Saborizada con canela o uva permanece estable por 15 meses. Este material se ha encontrado efectivo junto con un gel de saliva sintética para reducir caries en pacientes cancerosos posirradiados. Existen presentaciones comerciales que se pueden usar en aplicaciones auto---aplicables.

Fluoruro de fosfato acidulado: Las soluciones aciduladadas de fluoruro de sodio se investigaron en los años de 1950-(49, 51, 52, 53), sin embargo, hasta 1962 se emitieron jui---cios definitivos.

Se ha demostrado que es muy útil en la prevención de caries, por lo que es uno de los más usados.

El éxito del fluoruro de fosfato acidulado se refiere a la habilidad de depositar el flúor en el esmalte como fluorapatitita.

La frecuencia de la aplicación es importante porque---la inhibición de la caries. Entre más frecuente sea la aplicación, mayor es la oportunidad para mantener los niveles de fluoruro en el esmalte. De esta forma el esmalte actúa como---

reserva de fluoruro, lo cual asegurará que el fluoruro esté-- disponible en la zona donde se desarrolle la lesión para ayudar en su remineralización.

Fluoruro de fosfato acidulado en gel: Se ha visto que no existe mucha diferencia entre la solución y el gel. Clínicamente no hay mucha diferencia, la única diferencia es que-- el gel es mucho más fácil de aplicar (58).

Gel tixotrópico: La importancia clínica de éste es -- que el gel penetra más fácilmente entre los dientes. Cuando no está bajo stress se mantienen en su sitio en la charola y no tiende a irse hacia atrás.

Los gel fueron aplicados en los mismos sistemas de -- charolas y bajo la misma presión, la mancha se podía ver en-- las partes interproximales de los dientes después de la aplicación tixotrópica de gel, pero no después de una aplicación de gel convencional, ninguno de los dos gel pareció penetrar dentro de las fisuras.

Existen muchos tipos de charolas o porta impresiones para aplicaciones tópicas de flúor disponibles (54, 63). Pueden ser hechas de cera, vinyl, polietileno, espuma y combinación de distintos materiales y distintos métodos más elabora-

dos como el llamado air cushion fluoridator con filtro de --- aire con charolas de hule.

Es muy importante que las cucharillas o charolas sean adaptadas a las arcadas, por eso las mejores son las de air-- cushion fluoridator, ya que tiene varios tamaños.

Las guardas pueden ser usadas como aplicadores de --- flúor para uso en el hogar o para pacientes con problemas men-- tales.

Uno de los principales problemas en las aplicaciones-- de flúor es náusea y vómito. En niños el problema es desde-- que tragan el flúor no evacuado, el eyector debe ser usado pa-- ra disminuir este problema.

En pacientes con caries severas o rampantes o en zo-- nas no fluoradas, la terapia de flúor es indicada en el hogar.

La aplicación puede ser cucharillas o simplemente en-- el cepillo dental o enjuagues.

Es tradicional que antes de una aplicación de flúor-- se haga una profilaxis. Cuando el paciente tiene mala higie-- ne o placa bacteriana sí es necesario hacer profilaxis previa

a la aplicación de flúor.

Existen nuevos fluoruros como es el fluoruro de amonio, tetrafluoruro de titanio, fluoruro aminado.

Características de los enjuagues de flúor:

- 1) Los enjuagues de fosfato de sodio inhiben la caries entre un 20 y 50%
- 2) El procedimiento es fácil de aprender para los niños muy pequeños
- 3) No se requiere de otros materiales ni suplementos para su aplicación
- 4) No es caro
- 5) No necesitan mucha supervisión en este programa
- 6) No es tóxico, por lo que si se traga no causa problemas

blemas

Se ha demostrado que los enjuagues sí han disminuido-
importantemente el índice de caries.

SELLADORES DE FISURAS.

El uso de resinas en la prevención dental implica la protección de la superficie de los dientes del proceso que lle

va a la caries dental.

En un conocido trabajo "Odontomía profiláctica" realizado en 1922 y publicado en 1923 Hyatt (71) recomienda sellar la fisura de los dientes con cemento de oxifosfato de plata o cobre tan pronto como los dientes erosionen y posteriormente, cuando hayan desarrollado totalmente, preparando una pequeña cavidad oclusal y sellándola con amalgama.

Lewis (72) en oposición con el trabajo de Hyatt señaló que en 1867 Arthur había asegurado que la caries era inevitable y que la eliminación de las fisuras podía prevenir su ocurrencia. Otros trabajos (67, 68) recomiendan el uso de la solución de nitrato de plata, clorido de zinc y potasio ferroso asociados para la obturación de la fisura con cemento de cobre negro, lo cual ha sido practicado por años.

El uso de polímeros como selladores de fisura y en menor extensión como recubrimientos debe su origen a Gore (69) quien en 1939 usó soluciones de nitrato de celulosa en solventes orgánicos para sellar la superficie del esmalte que se vuelve porosa por la acción de los ácidos en la saliva.

En 1955 Buonocone (66) "observó" que después del tratamiento del esmalte con solución concentrada de ácido fosfó-

rico unida a la resina acrílica de la superficie del diente, se aumentaba considerablemente.

Givinnett y Buonocore (70) mostraron que aproximadamente el 50% de solución de ácido fosfórico grabado del esmalte y la porosidad resultaba que podía ser penetrada por el cianocrilato para lograr una buena retención.

Cueto y Buonocore (68) iniciaron estudios clínicos de sellador de fisura usando sellador de número de metil cianocrilato con sellador de silicato que tuviera fuerza sobre la polimerización del cianocrilato en ambas uniones del esmalte y sellando un poco de flúor del sellador de fisura.

La diferencia de la susceptibilidad de caries entre la superficie oclusal y las áreas de otros dientes son enfatizadas en individuos que han tenido acceso a flúor, ya que el efecto protector del flúor es mucho mayor en dientes de superficies suaves que en huecos y fisuras. La razón de esta variación no es bien entendida y es atribuida a la diferencia del grosor del esmalte y a la inaccesibilidad a la base de los huecos y las fisuras como fuente de flúor tópico.

Hyatt (75) se avoca a colocar una pequeña restauración de amalgama en fosas y fisuras de los dientes recién sa-

lidos antes de que aparezcan los signos clínicos de destrucción. Bodecker recomienda modelar las fosas y fisuras sin caries en una canal sin retención, mejor que poner una restauración. Ni el método de Hyatt ni el de Bodecker, han sido empleados, ya que es inoperante proceder en dientes sin lesión aparente.

Howe (74) propuso la aplicación de la solución de nitrato de plata en la superficie esterilizada del diente. El material ha sido reportado que se funde con el esmalte y la dentina y aumenta la resistencia del área al formar componentes protéicos y depositando la plata reducida.

Younger (73) reportó una reducción de caries, después de la aplicación de nitrato de plata, con cloruro de calcio.- Una solución consistente de cloruro de zinc y potasio ferroso, también ha sido reportada como efectiva en la reducción de caries.

No necesariamente se requiere sellador para llenar la total profundidad de la fisura, pero debe extenderse a todo lo largo, bardeando firmemente el orificio de la fisura. Debe haber una ausencia de microgoteo en el sellador de esmalte para prevenir la difusión de organismos que permanezcan en la fisura, y para prevenir que nuevos organismos entren.

Aún cuando pueda permanecer alguna bacteria entre el sellador y la fisura, no se produce suficiente ácido para iniciar caries, si se evita la fuente externa continua de carbohidrato fermentable.

Actualmente los selladores de fisura disponibles dependen de la detención mecánica para su adhesión, la habilidad para sellar los selladores de fisura es buena cuando se fija el microgoteo.

La aproximación cercana sólo se puede lograr si la superficie del sustrato está limpio y bien mojado con el líquido adhesivo, humedecer con el líquido adhesivo, en el sustrato no será efectivo en superficies contaminadas.

Es aparente que el material de resina pueda penetrar y polimerizar en los microporos del esmalte creados por el grabado para formar uniones mecánicas con el diente.

El agente condicionado, seleccionado, es el ácido fosfórico, aún cuando otros ácidos tales como el ácido cítrico y fórmico han sido probados. En la mayoría de los casos se usa 50% de ácido fosfórico que contenga el 7% de solución efectiva de óxido de zinc, también se ha probado efectiva la solución del 25% de ácido fosfórico sin óxido de zinc. Las caracte

terísticas de la superficie grabada es también relacionada a las condiciones estructurales del esmalte.

Estudios clínicos demuestran que superficies grabadas descubiertas y superficies que han perdido el sellador, no son más susceptibles a la caries, que las superficies que no han sido tratadas.

El primer material con potencial adhesivo que fue probado, fue el metal 2, cianocrilado y aún cuando al principio los resultados fueron alentadores, estudios posteriores demostraron efectos negativos.

Aún cuando varios materiales son utilizados, los efectos anticaries que ellos tienen deben ser probados clínicamente y comparados con los efectos de las aplicaciones convencionales de flúor tópico.

Los productos de poliuretano, fueron considerados de principio como selladores y posteriormente como aplicación prolongada de flúor tópico. Después de varios reportes sobre la pobre retención, solubilidad e ineffectividad de estos productos, fueron retirados del mercado.

En el primer reporte clínico en que se usó sellador--

GMABIS, se observó un 29% menos caries en relación con dientes no cubiertos. En estudios posteriores se reportaron del 65% al 100% de reducción.

Existen 6 tipos de selladores comerciales en E.U., basados en la fórmula de GMA-BIS.

El Nuva Seal; Nuva Cote, Lee Seal, sellador de fisura epóxico, sellador de fisura y foseta Delton, sistema conocido de sellador blanco y sellador de fisura y foseta Kerv.

Los selladores que se pueden obtener, no se retienen en amalgama, oro o silicato y no pueden ser utilizados en márgenes de restauraciones de otros materiales. Sin embargo, -- los selladores se adhieren químicamente a resinas.

Aún cuando la retención de los selladores y los resultados en la disminución de caries ha sido bastante buena, la aceptación para el uso de esta técnica por los dentistas es baja, ya que la mayoría no están convencidos de la durabilidad del material. Para que se utilice con más frecuencia, es importante incrementar la comunicación en relación a la función y valor de los selladores.

De toda la evidencia existente, los selladores de fi-

sura parecen tener un importante paso en la prevención de caries aumentando flúor y otras técnicas.

Están supuestos a proteger las superficies susceptibles a caries menos beneficiadas por el flúor. En superficies oclusales de pacientes pediátricos ellos pueden tener un papel de gran significancia, ya que la superficie oclusal cuenta aproximadamente el 50% del total de caries en niños en edad escolar y es lo menos protegido con flúor.

RADIOLOGÍA.

Wilhelre Conrad Roentgen igual que muchos otros científicos de su época, experimentaba con los tubos al vacío. -- En 1895 produjo, con uno de estos tubos, un rayo invisible capaz de penetrar substancias opacas a la luz. Roentgen encontró que estos rayos penetraban muchas substancias y que la -- sombra o imagen de dichas substancias podían ser registradas en una placa fotográfica.

Actualmente se sabe que los rayos X o rayos Roentgen, pertenecen a un grupo de radiaciones electromagnéticas, llamadas así debido a que constituyen una combinación de energía -- eléctrica y magnética.

Las radiografías son la ayuda más importante para la acertada práctica de la odontopediatría. La primera cita al consultorio dental proporciona un medio agradable e indoloro de introducir al niño al tratamiento.

El procedimiento técnico para tomar radiografías de niños es esencialmente el mismo que para los adultos. Sin embargo, se estaba trabajando en una zona más limitada, y en ocasiones el problema de conducta puede hacer más difícil el procedimiento de radiografía.

Desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, la formación y desarrollo de los dientes y huesos faciales del niño tienen lugar a un ritmo muy rápido. Se dice que los niños de esta edad son pre-escolares y es durante este período que el niño tiene su primer examen dental.

Las radiografías del niño constituyen una necesidad si se desea llevar a cabo un diagnóstico completo y exacto.

Sin la radiografía es posible que el 50% del número total de lesiones se pasen por alto. Esta razón es suficiente para llevar a cabo un examen radiográfico, lo cual constituye una necesidad absoluta durante estos primeros años.

El papel de la radiografía muy a menudo se considera como sólo un auxiliar del diagnóstico. No debe olvidarse el papel que desempeña en tratamientos, por ejemplo, de endodoncia, en donde es inapreciable y cuando se comprueba el estado del paciente como ocurre en casos de fractura y en el mantenimiento de registros. Básicamente la radiografía de cualquier área proporciona información sobre forma, tamaño, posición,-- densidad relativa y número de objetos presentes en el área.

La radiografía deberá emplearse para proporcionar las siguientes ocho características de información.

- 1) Lesiones cariadas incipientes
- 2) Anomalías
- 3) Alteraciones en la calcificación de los dientes
- 4) Alteraciones en crecimiento y desarrollo
- 5) Alteraciones en la integridad de la membrana periodontal
- 6) Alteraciones en el hueso de soporte
- 7) Cambios en la integridad de los dientes
- 8) Evaluación pulpar

Las radiografías más satisfactorias son las de aletamordible intrabucal de los dientes posteriores y exposiciones periapicales de todas las zonas de ambas arcadas.

La radiología para niños puede dividirse arbitrariamente en tres categorías generales:

- 1) Examen general de la boca
- 2) Examen de áreas específicas
- 3) Exámenes especiales

1. Examen general. En la primera visita al dentista se deberá realizar en el niño un examen completo de la boca y desde entonces deberá llevarse a cabo periódicamente.

La frecuencia de estos exámenes deberá regirse por la susceptibilidad a las caries y el patrón de crecimiento del individuo, como suplemento del examen general deberán hacerse radiografías de mordida con aleta mordible cada 6 meses y posiblemente cada 3 meses, a un niño muy susceptible a las caries. Cuando el niño es muy pequeño, por lo tanto poco cooperador, se tomarán películas laterales de mandíbula con la ayuda de uno de los padres o de la ayudante. Aunque las películas extrabucales son menos útiles para localizar lesiones interproximales incipientes son de gran ayuda para localizar cavidades más grandes y de gran efectividad.

Cuando se toman exposiciones laterales de las arcadas, en lugar de la serie periapical, son necesarias también las--

películas oclusales de ambas arcadas.

2. Examen de áreas específicas. Patosis locales o lesiones pueden examinarse con películas intrabucales y también extrabucales. En general, los exámenes específicos de un área consisten en exámenes para localizar lesiones óseas y objetos dentro de los tejidos blandos, evaluación de raíces múltiples y canales pulpares y exámenes de senos y uniones temporomandibulares.

3. Exámenes especiales. Los exámenes especiales generalmente se hacen por una de dos razones.

- a) Proporcionar un área de información específica
- b) Mostrar estructuras que no se ven en las radiografías dentales normales

En odontopediatría se hacen dos radiografías para obtener información específica que son de especial importancia: la radiografía cefalométrica que se usa para comprobar el crecimiento y desarrollo del cráneo del niño y la radiografía de mano y muñeca que se usa para determinar la edad ósea del paciente.

El examen radiológico completo de la boca deberá exa-

minar los dientes y sus estructuras de soporte. Este examen depende básicamente del tamaño de la cavidad oral y de la cooperación del niño que se está examinando. Es razonable suponer que cuantas más radiografías se tomen, más información se logrará, pero deberán tomarse en consideración dosis de radiación, el tiempo y el costo.

La película oclusal se usa principalmente en niños de más edad, pero puede usarse una película periapical para adultos en niños de corta edad y lactantes usando la misma técnica. Estas radiografías son útiles para localizar objetos dentro y alrededor de la mandíbula.

La primera máquina panorámica tomográfica disponible comercialmente la "panorex" apareció en 1957.

En las radiografías panorámicas se examinan no sólo las piezas y el hueso de soporte del área, sino también ambos maxilares completos.

La nitidez de las estructuras no está tan bien definida como las radiografías intrabucales.

Las radiografías panorámicas son muy útiles para examinar a pacientes con malos reflejos de mordaza o trismus, --

niños que no son cooperadores para abrir la boca por alguna--
razón y para exámenes infantiles masivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El método empleado para la realización de este estudio, es la aplicación de un cuestionario de 39 preguntas básicas dirigido a odontopediatras que estudiaron en diferentes instituciones, en el que se explora el tipo de técnicas y tratamientos que éstos utilizan con más frecuencia, así como la relación que tiene con los padres.

El cuestionario se aplicará a 160 odontopediatras.

Con fines ilustrativos, dichos cuestionarios serán -- analizados cuantitativamente presentando los resultados en -- gráficas y cuadros porcentuales. Para efectuar la cuantificación de los cuestionarios se realizará la concentración de datos en hojas tabuladas sacándose los porcentajes correspondientes de acuerdo a las variantes que se presenten de cada una de las preguntas abiertas y relacionando los datos de las preguntas cerradas.

Para la elaboración de esta tesis se utilizaron los siguientes materiales:

- 1) Cuestionarios
- 2) Hojas tabuladas
- 3) Hojas de subtotales
- 4) Hojas de resultados

RESULTADOS

En el estudio realizado se pudo comprobar según muestra el cuadro I, que de los diferentes lugares en los que es posible estudiar la maestría en odontopediatría, de los 160-- casos registrados el 29.37% estudió en la UNAM, el 24.37% en el Instituto Nacional de Pediatría, el 14.37% en la Universidad Latino Americana, el 10% en la Universidad Tecnológica y el 21.89% en otros centros educativos. Demostrándose el índice mayor en aquellos que estudiaron en la UNAM.

De igual manera en el cuadro I se detecta que la mayoría de los odontopediatras estudiados tienen menos de 5 años de ejercer como odontopediatras y sólo el 31.25% tiene más de 5 años; esto implica que nuestro grupo estudiado es joven en el desarrollo de la profesión y están dispuestos a probar y-- aplicar nuevas técnicas.

La gráfica I señala la relación padre-odontopediatra, lo que al analizar en promedio las respuestas de las preguntas 3, 4 y 5 se reporta que el 87.91% de los odontopediatras instruyen a los padres sobre las técnicas y requerimientos de la prevención con el objeto de disminuir el índice de caries en los niños.

Uno de los aspectos importantes en la prevención son las radiografías, de las cuales como punto interesante se detecta que el mayor número de odontopediatras utiliza el estudio radiográfico de aleta mordible señalándose en la gráfica II con el 66.81% quedando en menor importancia con el 20.62% laterales y con el 35% las panorámicas, demostrando así que la técnica radiográfica más sencilla y que da resultados adecuados en las técnicas preventivas es la de aleta mordible, detectando que varios dentistas utilizan dos o más técnicas radiográficas.

Citar para chequeos periódicos al paciente es uno de los aspectos de mayor relevancia en la prevención, lo que se confirma en el cuadro II al comprobar que el 100% de los C.D. citan periódicamente a sus pacientes en una frecuencia no mayor de 12 meses, lo que asimismo se corrobora con el hecho de que el 45.0% de los odontopediatras citan a sus pacientes cada 6 meses y el 39.38% lo citan cada año.

En este aspecto es también importante marcar que en las citas periódicas señaladas anteriormente el 41.57% aplica flúor, el 31.25% toma radiografías y el 4.68% utiliza otro tipo de tratamientos, haciéndonos notar que lo más usual entre los odontopediatras es la aplicación de flúor y con eso más se demuestra que hasta el momento la técnica que con mayor --

frecuencia se utiliza. Los resultados en la reducción de caries han sido positivos, según señalado objetivamente por el propio dentista.

Confirmando la fundamentación de este estudio, la técnica de cepillado es asimismo indispensable como técnica de prevención y se confirma que la mayoría de los odontopediatras incluyen citas especiales para instruir a los padres y al niño sobre las técnicas de cepillado, esto se demuestra en el cuadro III en el que se señala que el 99.37% de los odontopediatras dan citas especiales para esta técnica y en el 66.87% son ellos mismos los que imparten la instrucción y sólo el 6.87% cuando lo imparte el higienista y el 21.25% cuando lo imparte el asistente, con lo que se puede observar que en México aún no se le da mucho crédito ni al higienista, ni al asistente dental.

La técnica de cepillado es importante, así como instruir a los niños y a los padres, sobre el cómo realizar el cepillado y checar éste periódicamente, ya que la técnica malrealizada puede tener efectos negativos. En este estudio se demuestra que la técnica mayormente recomendada por los odontopediatras es la técnica de barrido, lo que se demuestra en la gráfica III en la que el 51.25% utiliza la técnica de barrido y sólo el 17.5% se señala en la técnica de Stillman mo-

dificada.

En el cuadro IV detectamos que el 56.25% de los odontopediatras recomiendan que el niño conozca la técnica de cepillado a partir de los 3-5 años siendo el concepto general-- que el niño mientras más temprano haga conciencia de su higiene bucal, más sana conservará su dentadura. En este mismo aspecto confirmamos que el 11.5% de los dentistas instruyen la técnica en 2 ó 3 citas considerando que con la explicación en estas citas y continuando la supervisión en las citas subsiguientes dará los resultados deseados.

El cuadro V nos señala que en el 61.25% no varía la técnica de cepillado según la edad y el 38.75% si modifica la técnica recomendando el 83.13% el uso de cepillo dental infantil. Señalando el 28.75% de los dentistas no modificar el cepillo y 71.25% modificarlo de acuerdo a las necesidades del niño.

El cuadro VI nos demuestra que el 61.87% de los dentistas llevan a cabo la historia clínica como medio de registro para el control de placa, siendo el 28.75% de ellos los que lo registran en cada cita y el 59.37% los que registran sólo cuando corresponde a revisión, utilizando 59.38% pastillas reveladoras como medio de control y sólo el 5.62% los --

que recomiendan colorante como medio de control, siendo el -- 77.5% los que recomiendan que los métodos de control sean utilizados en el hogar y el 22.5% los que no lo consideran conveniente.

Otro de los aspectos importantes de la prevención es-- el uso del hilo dental y en nuestro estudio se demuestrã en-- el cuadro VII que el 93.13% recomienda el uso de hilo dental, indicando se inicie a la edad de 9 a 11 años señalándose esto con el 68.45% mostrando sólo el 1.34% de los dentistas que indican se inicie a la edad de 1 a 3 años. Asimismo, la mayo--ría de los odontopediatras utilizan la técnica manual en el-- uso del hilo dental siendo el 86.57% y el 24.16% de ellos re--comienda el hilo dental con cera y el 75.84% lo recomienda -- sin cera.

Es interesante detectar que el 100% de los odontope--diatras utilizan la aplicación de fluoruro tópico como medio--de prevención, esto está señalado en el cuadro VIII de los --cuales el 15.0% utiliza flúor estañoso, 71.25% el fosfato aci--dulado y sólo el 13.75% utiliza el flúor sódico aún cuando el 90% de los dentistas aplican flúor a todos sus pacientes y el 10% no lo aplica a todos los pacientes pero sí lo utiliza en--algunos de ellos.

Se hace importante detectar que el 63.13% de los dentistas aplican flúor a sus pacientes hasta los 15 años siendo únicamente el 1.88% los que lo aplican sólo hasta los 3 años, además de demostrar que el 73.12% de ellos lo aplican regularmente cada 6 meses y el 18.75% cada 9 meses quedando insignificante la aplicación de flúor con mayor o menor frecuencia.

La recomendación de la ingestión de tabletas de flúor no es frecuente en México, señalándose en la gráfica IV el -- 73.20% de los odontopediatras no recetan pastillas de flúor a sus pacientes indicando el 53.48% de los que recetan pastillas de flúor recomiendan se continúe el tratamiento hasta los 15-años y el 25.58% sólo hasta los 11 años.

Otro de los datos importantes de la prevención es la-detección y tratamiento de caries incipiente, en la gráfica-- V se detecta que el 35.06% utiliza el tratamiento de cepillado, el 28.24% utiliza los selladores de fisura y sólo el 2.82% utiliza los barnices.

Del 18.07% de los dentistas que utilizan como control de la caries incipiente la técnica de selladores de fisura -- en el cuadro IX se demuestra que el 71.42% recomienda la técnica de grabado y sólo el 8.92% el mercado de fisuras. De es te grupo el 91.07% lo aplica una vez y sólo el 5.35% lo apli-

ca dos veces. Del 35% que utiliza la técnica de selladores-- de fisura el 100% manifiesta haber obtenido buenos resultados.

En la gráfica VI se hace constar que el 81.87% de los odontopediatras reportan disminución de incidencia de caries-- en su clientela particular, sin embargo, este dato es poco -- confiable ya que no existen estudios realizados a este respecto.

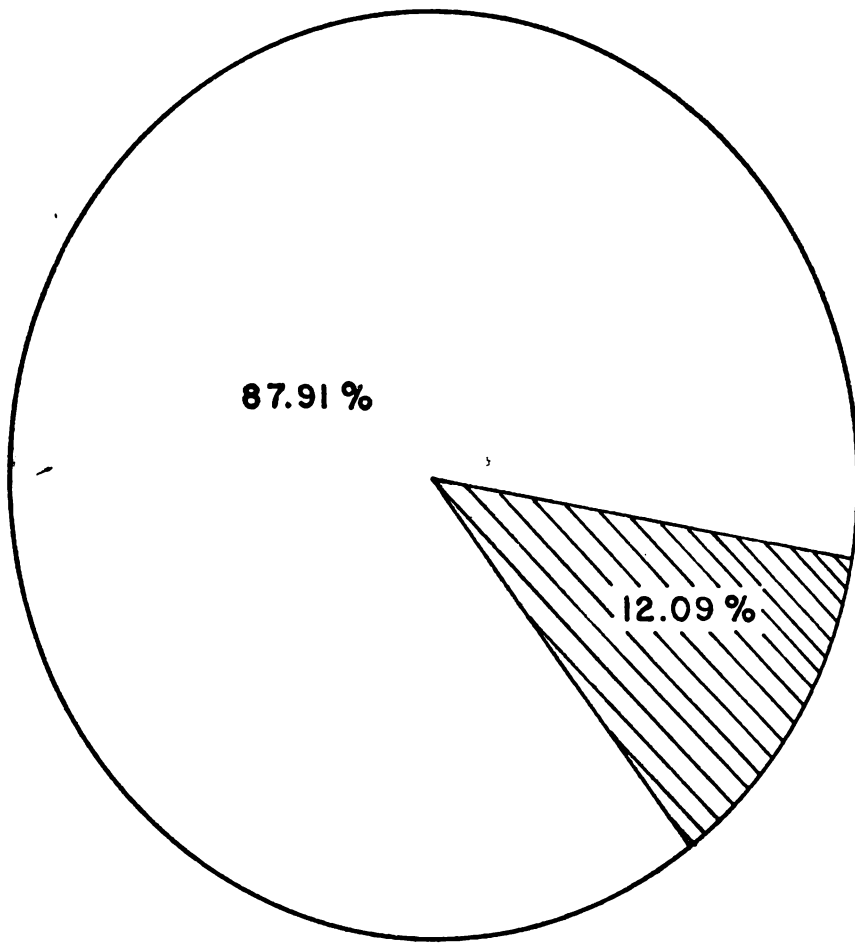
CUADRO 1

CENTROS DE ESTUDIO		AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	
U.N.A.M.	47	Mas de 5 años	31.25 %
U.L.A.	23		
I.N.P.	39		
U.N.I.T.E.C.	16		
OTROS	35	Menos de 5 años	68.75%
Total	160	Total	100 %

PREGUNTAS 1- 2

GRAFICA I

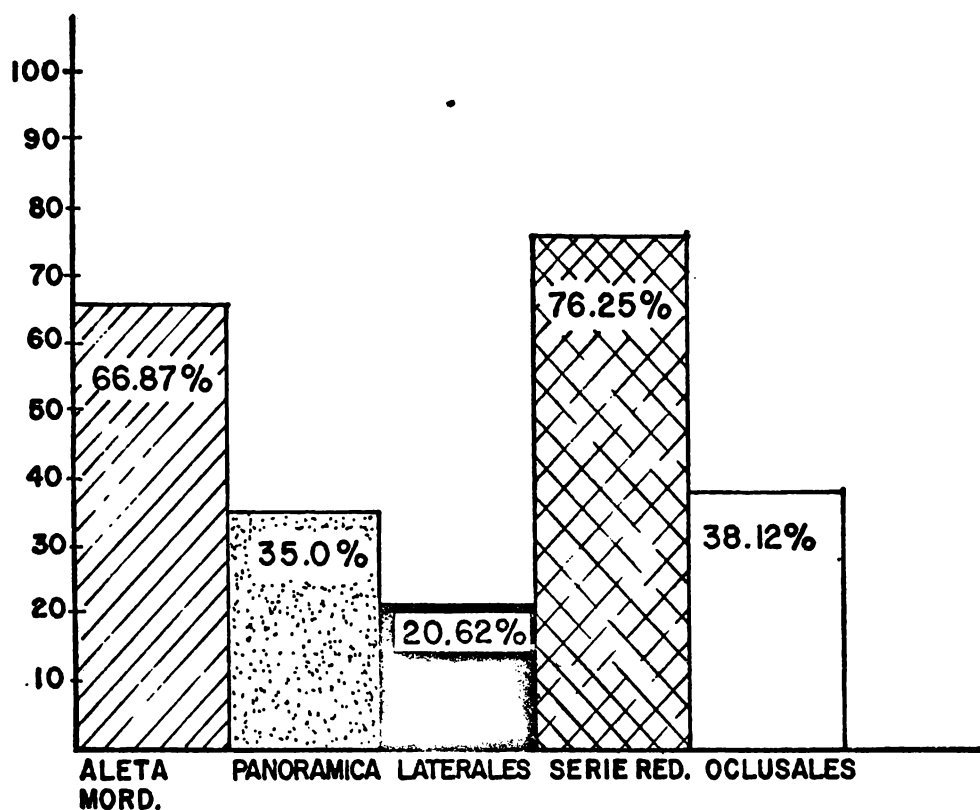
RELACION ODONTOPEDIATRA-PADRES



 87.91% INSTRUYEN A LOS PADRES

 12.09% NO TIENEN RELACION CON LOS PADRES

GRAFICA 2



 ALETA MORD. 66.87 %

 PANORAMICA 35.0%

 LATERALES 20.62%

 SERIE RED. 76.25%

 OCLUSALES 38.12%

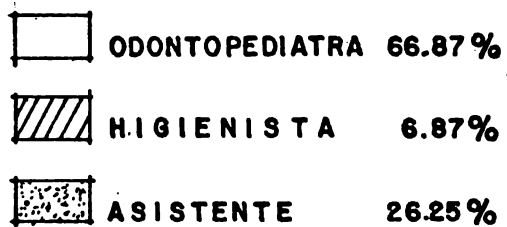
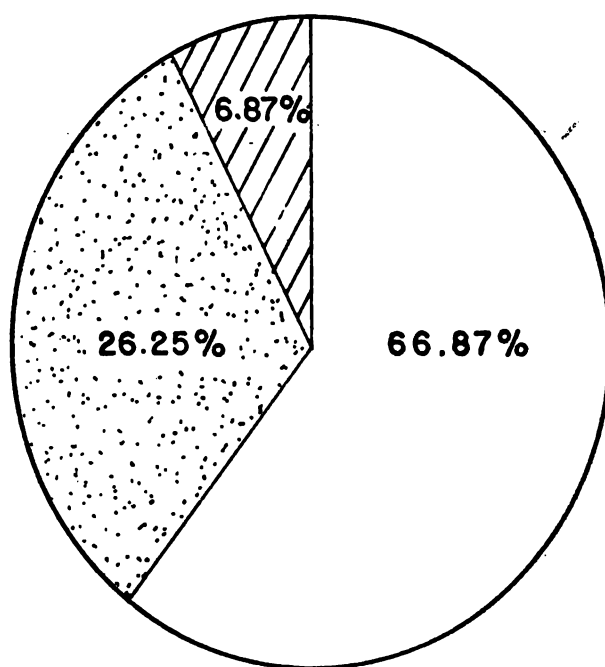
CUADRO 2

CITAS	PERIODICIDAD		T E C N I C A S
CITAS PERIODICAS %	3 MESES	6.25 %	
	6 MESES	45.0 %	APLICACION FLUOR 41.57%
	8 MESES	0 %	CONTROL DE PLACA 31.25%
	12 MESES	39.38 %	RADIOGRAFICAS 22.50%
	OTROS	9.37 %	OTROS 4.68%

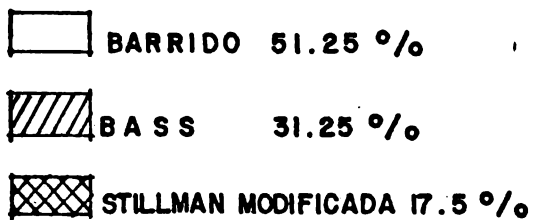
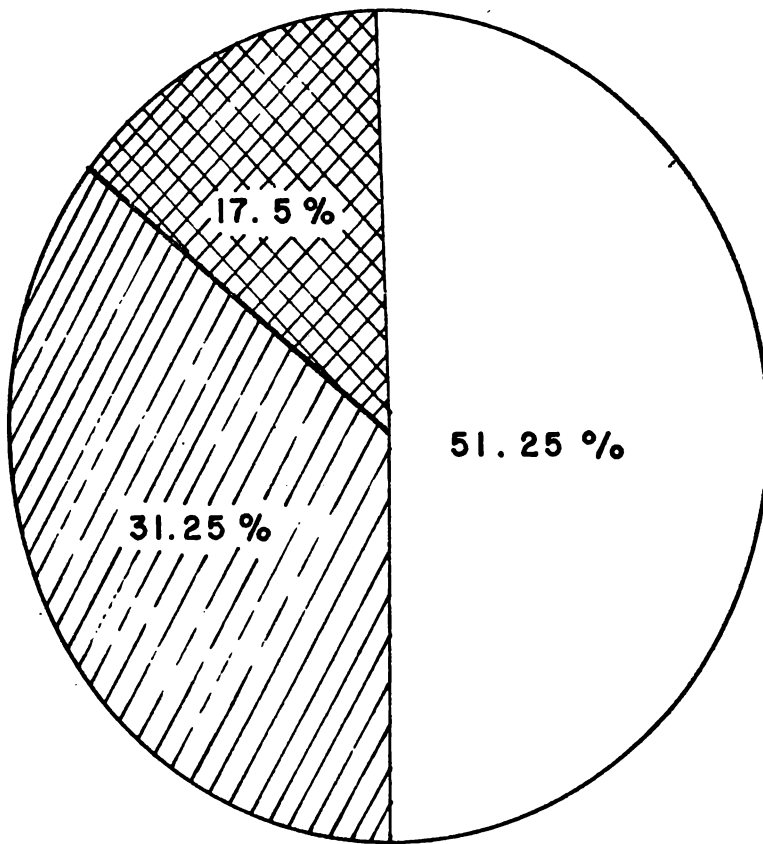
PREGUNTAS 7-8-9

CUADRO 3

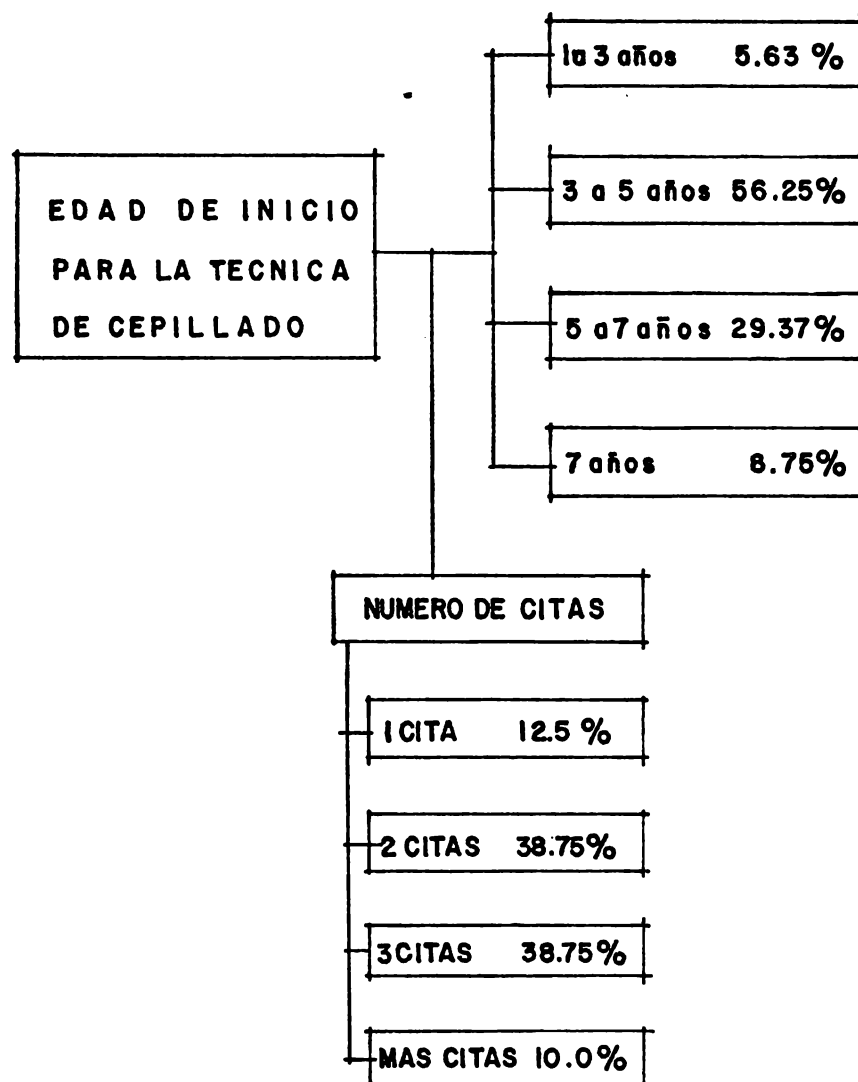
CITAS DE CONTROL	PERSONAS QUE INSTRUYEN
99.37 %	ODONTOPEDIATRA 66.87 % HIGIENISTA 6.87 % ASISTENTE 26.25 %



GRAFICA 3
TECNICAS DE CEPILLADO



CUADRO 4

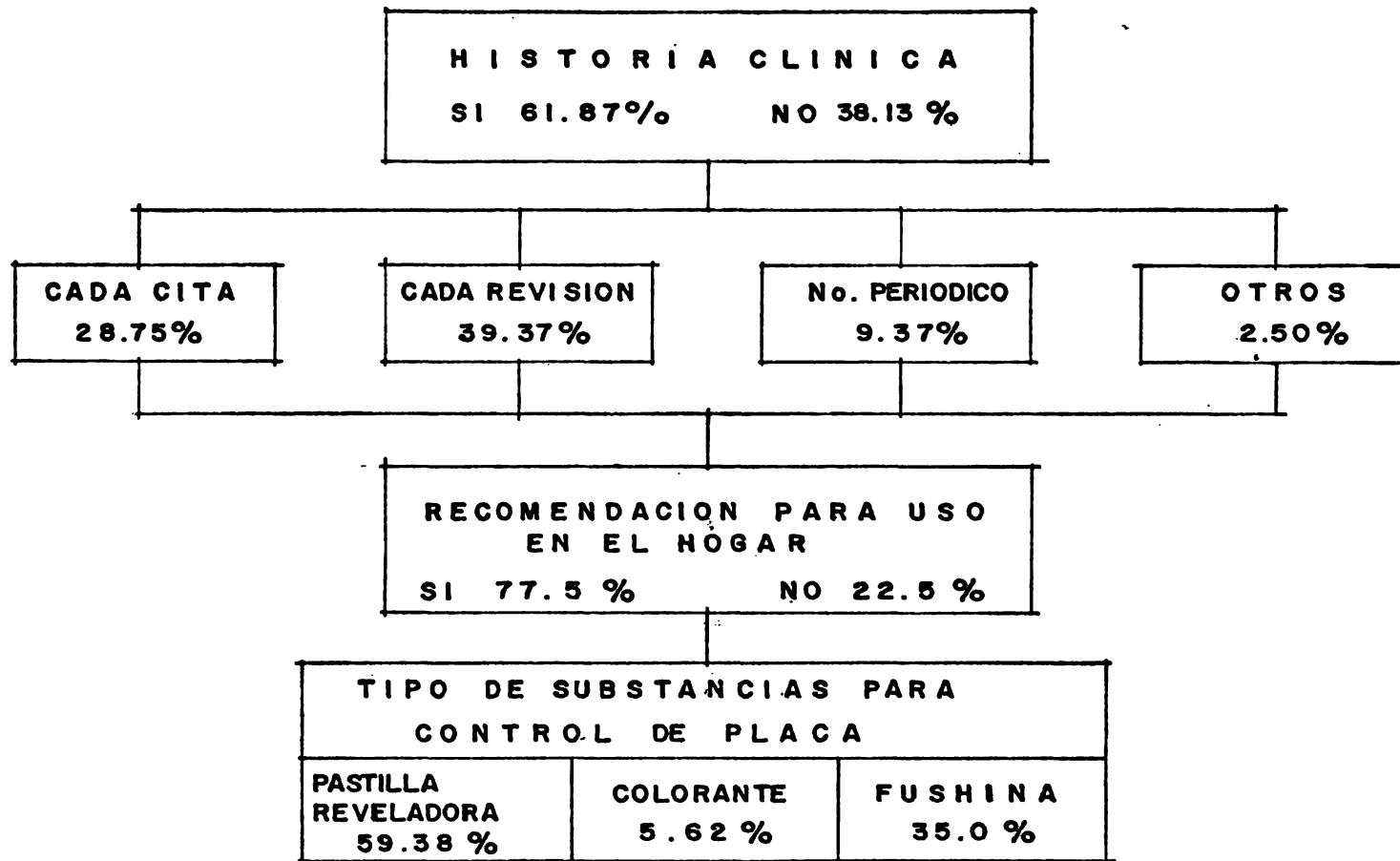


CUADRO 5

VARIACION EN LA TECNICA DE CEPILLADO ⁵ /Edad		TIPO DE CEPILLO		MODIFICACION AL CEPILLO	
SI	38.75%	INFANTIL	83.13%	SI	71.25%
		SUAVE	9.37%		
NO	61.25%	CORTO	7.50%	NO	28.75%

PREGUNTAS 14-16-17

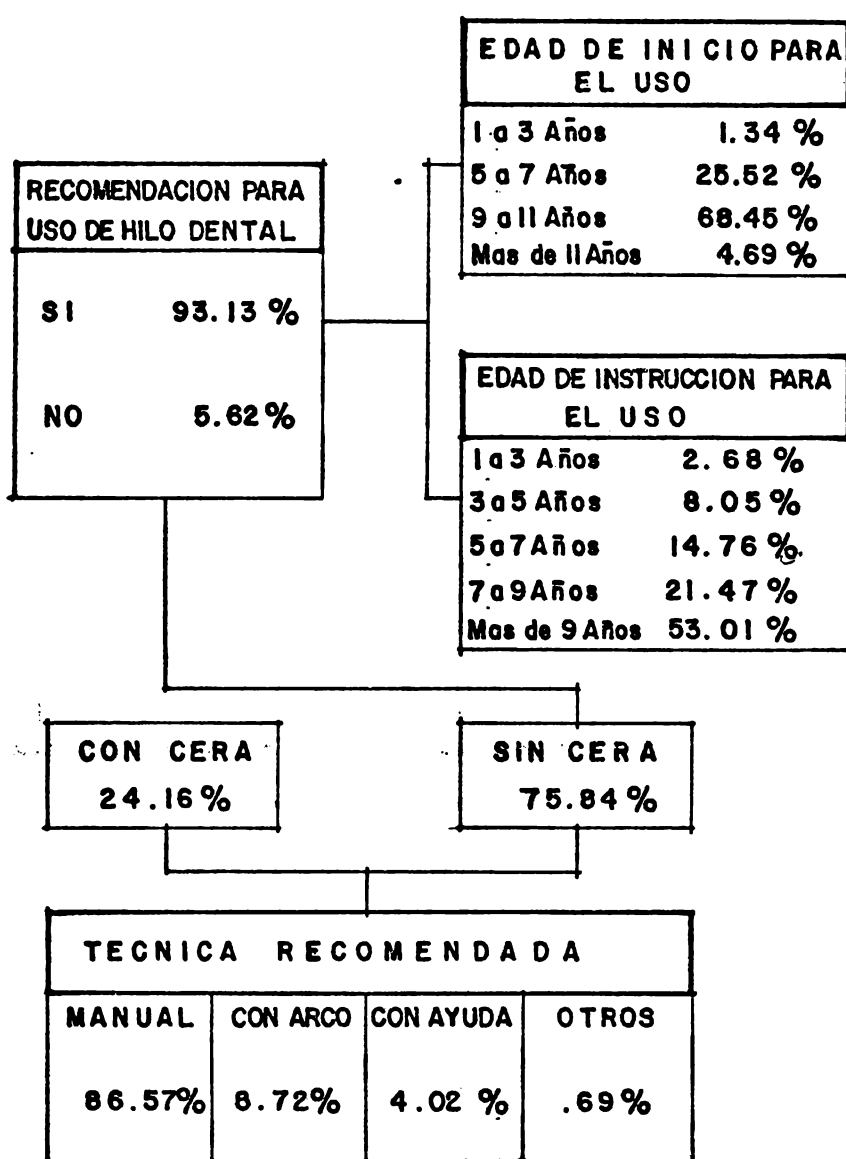
CUADRO 6



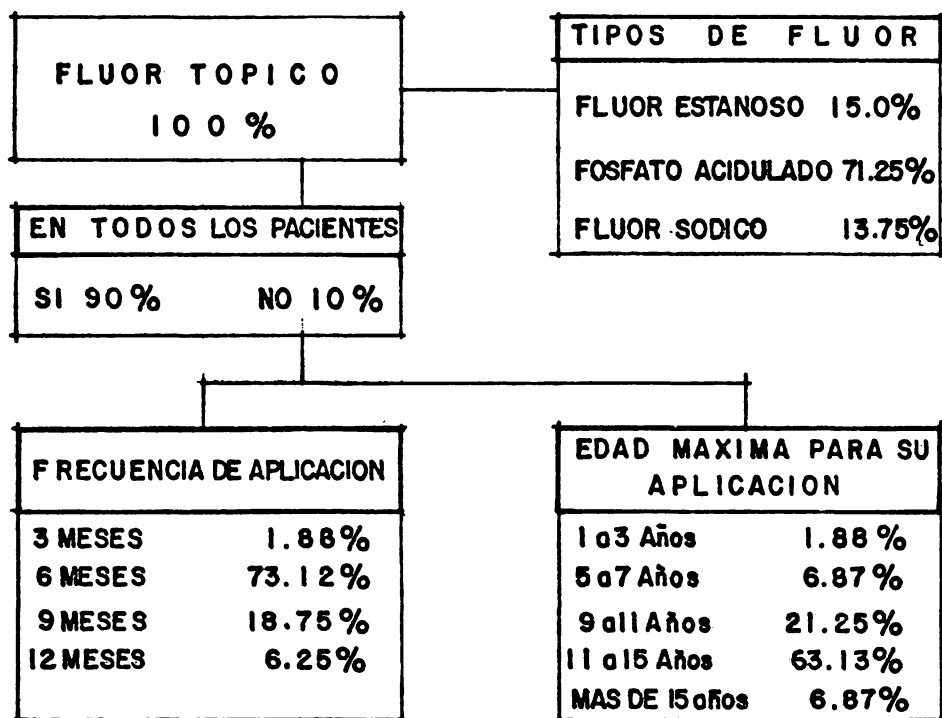
PREGUNTAS 18-19-20-21

CUADRO 7

HILO DENTAL

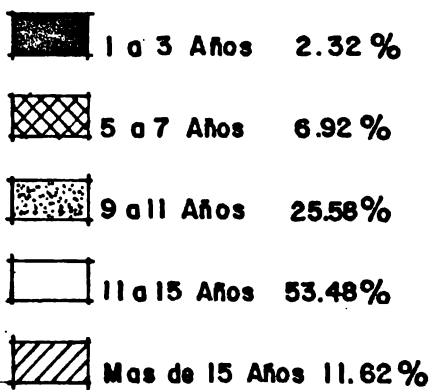
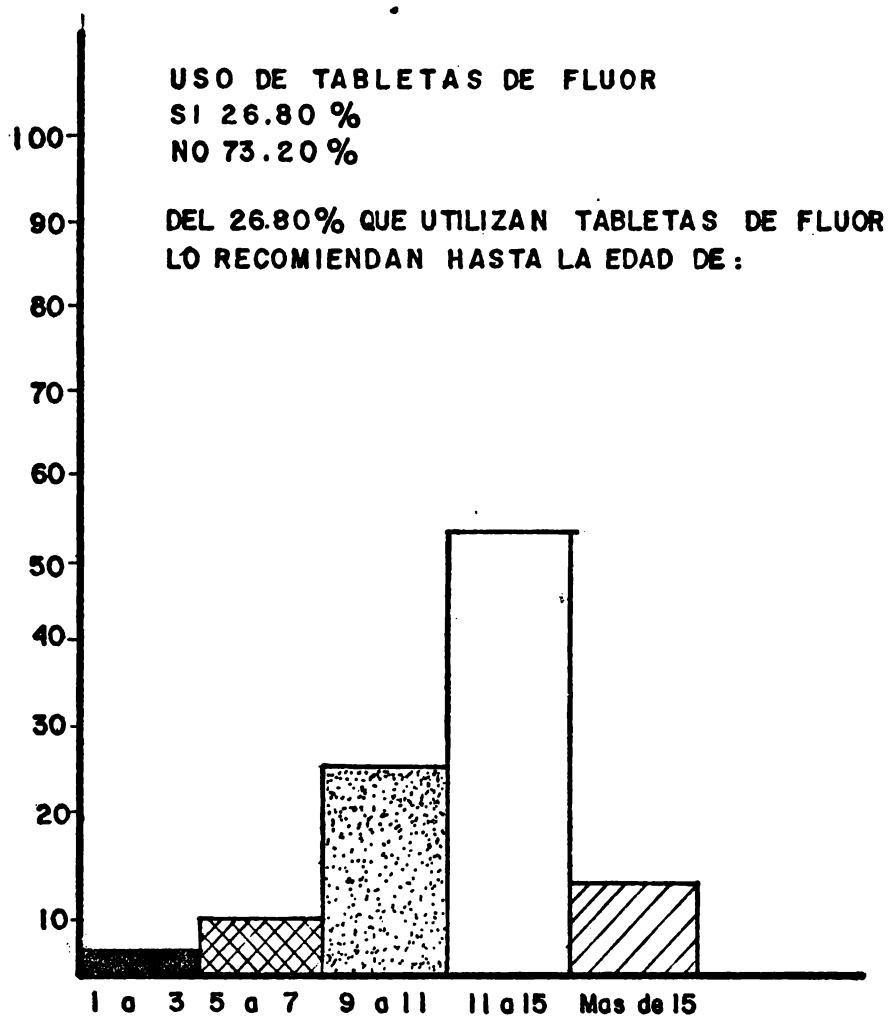


CUADRO 8



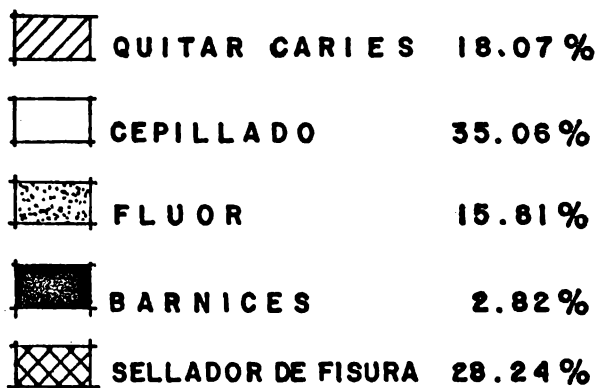
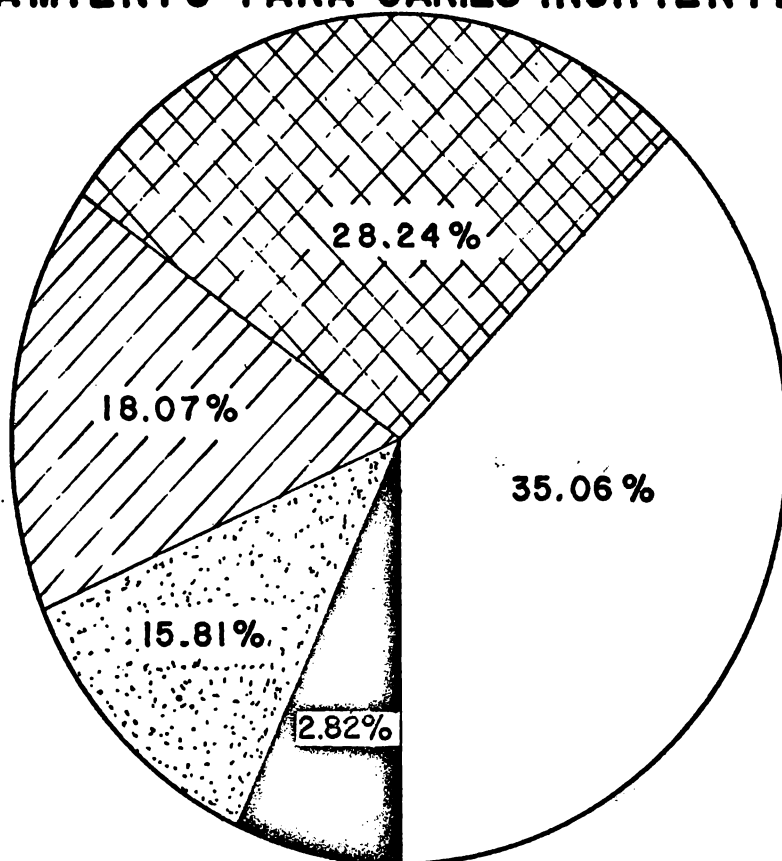
PREGUNTAS 27-28-29-30-31

GRAFICA 4



GRAFICA 5

TRATAMIENTO PARA CARIES INCIPIENTE

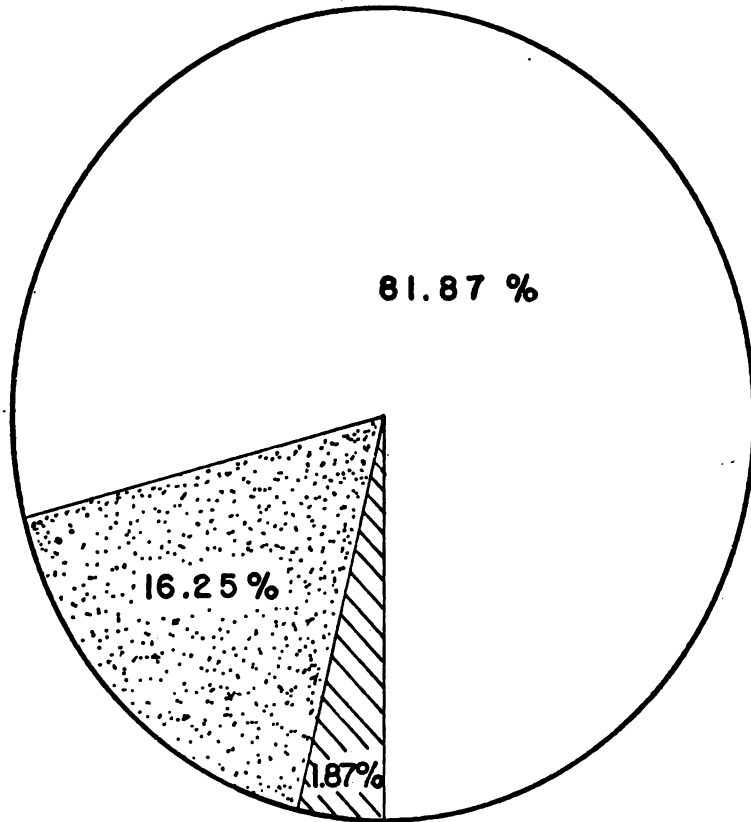





CUADRO 9

USO DE SELLADOR DE FISURA		RESULTADO POSITIVO DEL 35 %	
SI	35.0 %	100 %	
NO	65.0 %		
TECNICA EMPLEADA			
GRABADO	LAMPARA	MARCANDO FISURA	
71.42 %	19.64 %	8.92 %	
FRECUENCIA DE LA APLICACION			
1 VEZ	2 VECES	3 VECES	
91.07 %	5.35 %	3.57 %	

GRAFICA 6

DISMINUCION DE CARIES EN LA PRACTICA PRIVADA



-  SI 81.87 %
-  NO 1.87 %
-  SIN RESPUESTA 16.25 %

DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica efectuada en la realización de este estudio encontramos que en 1972 Thaller et al manifiesta en las investigaciones que realizaron que la técnica de cepillado BASS, es la más frecuentemente utilizada, sin embargo, en este estudio aplicado a 160 odontopediatras mexicanos, encontramos que la técnica de barrido es la que más frecuentemente se utiliza. En ninguno de los dos estudios se manifiesta o comprueba cuál es la técnica más efectiva para la disminución en la incidencia de caries, encontrando en ambas investigaciones reporte de disminución de caries en la aplicación de estas técnicas.

Por otra parte se detecta en la revisión bibliográfica que por razones de habilidad manual y perseverancia en el aprendizaje es recomendable iniciar la instrucción de técnicas de cepillado después de los 7 años, manifestándose en este estudio de investigación aplicado a 160 odontopediatras -- que el 56.25% de ellos recomiendan iniciar la instrucción entre los 3 y los 5 años. De manera particular considero que-- el apoyo técnico señalado en la bibliografía fundamenta el hecho de que niños menores de 7 años aún no están capacitados-- para la realización ni para el aprendizaje permanente de la-- técnica de cepillado.

En los diferentes estudios realizados por Bass sobre el uso de hilo dental, expone sus razones para el uso de hilo dental sin cera. En este aspecto encontramos que en nuestra muestra se confirma la idea expuesta por Bass siendo el 75.84% de los 160 odontopediatras estudiados los que recomiendan el uso del hilo dental sin cera.

Detectamos que el 71.25% de los 160 odontopediatras-- recomienda el uso de flúor de fosfato acidulado, tanto por su buena aceptación en los niños que atienden, como por su eficiencia en la disminución de caries, esto se confirme en la-- revisión bibliográfica en la que se menciona que desde 1962-- está comprobada la eficiencia en la disminución de caries por el uso del flúor de fosfato acidulado.

Hyatt manifiesta en sus estudios que el tratamiento-- recomendado para el control de caries incipiente es el restau-- rar de inmediato los dientes recién erupcionados previo a la-- aparición de signos clínicos. Por otra parte Bodecher reco-- mienda marcar fosetas y fisuras para eliminar retención. En-- nuestro estudio encontramos que el 18.07% sigue la recomenda-- ción de Hyatt realizando la restauración y el 28.24% prefiere la utilización de selladores de fisura.

La utilización de selladores de fisura es baja, marcán

dose en nuestro estudio con el 28.24% de odontopediatras que lo utilizan corroborándose esto en los estudios bibliográficos consultados en los que se manifiesta la poca aceptación de este tratamiento por la poca confiabilidad en relación a la duración de los materiales que se utilizan.

Tanto en la revisión bibliográfica como en nuestra investigación, se demuestra que las radiografías que mayor aceptación y uso tienen entre los odontopediatras es la de aletamordible y las series radiográficas. Sin embargo, en algunas fichas se recomienda el uso de la radiografía lateral por --- aportar datos indispensables en la observación del crecimiento y desarrollo cráneo-cefálico del niño, en nuestro estudio sólo el 20.62% recomienda estas radiografías.

CONCLUSIONES

Se confirma la hipótesis inicial demostrando que el 100% de los participantes en este estudio están capacitados y llevan a cabo las técnicas de prevención. Así como la relación cercana y constante con los padres.

Los estudios radiográficos de aleta mordible, panorámicas, series radiográficas, oclusales y laterales son necesarias como medio de prevención.

La técnica de cepillado es uno de los factores de mayor importancia en el control y eliminación de caries.

El uso periódico y sistemático de flúor tópico favorece la disminución en la incidencia de caries.

Para control de placa bacteriana se utilice hilo dental sin cera.

RESUMEN

La inquietud de demostrar la preparación del odontopediatra sobre las técnicas de prevención fue lo que motivó la realización de este estudio en el que se ha podido comprobar que de las técnicas básicas utilizadas en la prevención el 87.91% de los odontopediatras entrevistados tienen relación directa con los padres de familia sobre las técnicas de prevención.

Todos los odontopediatras entrevistados utilizan radiografías como medio de control, la mayoría de ellos emplean más de un tipo de estudio demostrándose que los más frecuentemente utilizados son la aleta mordible y la serie radiográfica.

El 100% de los entrevistados utilizan citas específicas para instruir y controlar las técnicas de cepillado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anaise, J. Z.
PLAQUE REMOVAL BY DIFFERENT TYPES OF TOOTH BRUSH
Israel J. Dent Med. 25.19, 1976

- 2.- Barkley, R.F.
SUCCESSFUL PREVENTIVE DENTAL PRACTICES
Macomv Ill., 1972, Preventive Dentistry Press

- 3.- Barnes, G., Radi, W. and Katz R.
CLINICAL EFFECTS OF VARYING THE NUMBERS AND DISTRIBUTION PATTERNS OF TOOTHBRUSH BRISTLE TUFTS ON PLAQUE REMOVAL
J. Prev. Dent. 3:12, 1976

- 4.- Bass, C.C.
THE OPTIMUM CHARACTERISTICS OF DENTAL FLOSS FOR PERSONAL ORAL HYGIENE
Dent, Items Int. 70,921, 1948

- 5.- Bass, C.C.
THE OPTIMUM CHARACTERISTICS OF TOOTHBRUSHES FOR PERSONAL ORAL HYGIENE
Dent. Items Int. 70,696, 1948

- 6.- Bass, C.C.
ANN EFFECTIVE METHOD OF PERSONAL ORAL HYGIENE
Il, J. La State Med. Soc. 106:100 1954

7.- Beke, A.L.

FUNCTIONAL STIFFNESS CHARACTERISTICS OF TOOTHBRUSH
BRISTLES

J. Dent. Res. 46:666, 1967

8.- Bell, D.G.

TEACHING HOME CARE TO THE PATIENT

J. Periodontol, 19,149, 1948

9.- Breitenmoser, J. Mormann, W., and Muhlemann, H.R.

DAMAGING EFFECTS OF TOOTHBRUSH BRISTLE END FORM ON GINGIVA

J. Periodontol, p. 212, April, 1979

10.- Campbell, J.L.

THE VALUE OF TOOTHBRUSHING IN THE PRE-SCHOOL CHILD

Apex 7:19, 1973

11.- Charters, W.J.

ELIMINATING MOUTH INFECTIONS WITH THE TOOTHBRUSH AND OTHER
SIMULATING INSTRUMENTS

Dent. Digest 38:130, 1932

12.- Fones, A.C.

MOUTH HYGIENE

Philadelphia 1934, Lea & Febiger

- 13.- Gibson J.A., and Wade, A.B.
PLAQUE REMOVAL BY THE BASS AND ROLL BRUSHING TECHNIQUES
J. Periodontol 48:456, 1977
- 14.- Hine, M.K.
PROPHYLAXIS, TOOTHBRUSHING AND HOME CARE OF THE MOUTH AS
CARIES CONTROL MEASURES
J. Dent. Res. 27:223, 1948
- 15.- Hine, M.K.
THE USE OF THE TOOTBRUSH IN PERIODONTICS,
J. Am. Dent. Assoc. 41:158, 1950
- 16.- Hiniker, J.J., and Forscher, B.K.
EFFECT OF TOOTHBRUSH TYPE ON GINGIVAL HEALTH
J. Periodontol 25:40, 1954
- 17.- Hirschfeld I.
THE TOOTHBRUSH, ITS USE AND ABUSE
N. Y. J. Dent. 9:118, 1939
- 18.- Kimmelman, B.B., and Tassman, G.C.
RESEARCH IN DESIGNS OF CHILDREN'S TOOTHBRUSHES
J. Dent. Child 27:60, 1960
- 19.- Love, W.D., Ramirer, J. Ah., and Fultz R.P.
COMPARATIVE TOOTHBRUSH EFFICIENCY UTILIZING A NEW ORAL
HYGIENE INDEX
J. Public Health Dent. 35:231, 1975

- 20.- Macfarlane, D.W.
THE DYNAMIC STIFFNESS OF TOOTHBRUSHES
J. Periodontol, Res. 6:218, 1971
- 21.- McCauley, H.B.
TOOTHBRUSH MATERIALS AND DESIGN
J. Am. Dent. Assoc. 33:283, 1946
- 22.- McClure, D.B.
A COMPARISON OF TOOTHBRUSHING TECHNIQS FOR THE PRESCHOOL CHILD
J. Dent. Child 33:205, 1966
- 23.- Robinson, N. A. E., and Wade A. B.
EFFECT OF FILAMENT DIAMETER AND DENSITY OF TOOTHBRUSHES
J. Periodontol, Res. 7:346, 1971
- 24.- Rugg-Gunn, A.J. and MacGregor, I.D.M.
A SURVEY OF TOOTHBRUSHING BEHAVIOR IN CHILDREN AND YOUNG ADULTS
J. Periodontol Res. 13:382, 1978
- 25.- Sangnes, G., Zachrisohn, B., and Gjermo, P.
EFFECTIVENESS OF VERTICAL AND HORIZONTAL TOOTHBRUSHING TECHNIQUES IN PLAQUE REMOVAL
J. Dent. Child 39:94, 1972

- 26.- Smith S., T.
ANATOMIC AND PHYSIOLOGIC CONDITIONS COVERING THE USE OF
THE TOOTH BRUSH
J. Am. Dent. Assoc. 27:184, 1940
- 27.- Stillman, P.R.
A PHILOSOPHY OF THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE
Dent Digest 38:315, 1932
- 28.- Swartz, M.L., Phillips R.W. and Hune, M.K.
EFFECT OF CERTAIN FACTORS UPON TOOTHBRUSH BRISTLE
STIFFNESS
J. Periodontol, 27:96, 1956
- 29.- Thaller, J. et al
A STUDY TO ASCERTAIN THE ORAL HYGIENE PRACTICES BY
MEMBERS OF THE PERIODONTAL COMMUNITY
N.Y. State Dent. J. 38:305, 1972
- 30.- Anaise, J.Z.
PLAQUE REMOVING EFFECT OF DENTAL FLOSS AND TOOTHPICKS IN
CHILDREN 12-13 YEARS OF AGE
Community Dent. Oral Epidemiol, 4,137, 1976
- 31.- Arnim, S.A.
AN EFFECTIVE PROGRAM OF ORAL HYGIENE FOR THE ARRESTMENT
OF DENTAL CARIES AND THE CONTROL OF PERIODONTAL DISEASE
J.S. Calif. Dent Assoc. 35:264, 1967

32.- Axelsson, P., and Lindhe, J.

EFFECT OF CONTROLLED ORAL HYGIENE PROCEDURES ON CARIES--
AND PERIODONTAL DISEASE IN ADULTS

J. Clin. Periodontol, 5:133, 1978

33.- Axelsson, P., Lindhe, J., and Waseby, J.

THE EFFECT OF VARIOUS PLAQUE CONTROL MEASURES ON GINGIVITIS
AND CARIES IN SCHOOL CHILDREN

Community Dent. Oral Epidemiol 4:232, 1976

34.- Barkley, R.F.

A PREVENTIVE PHILOSOPHY OF RESTORATIVE DENTISTRY

Dent. Clin. North Am 15:570, 1971

35.- Barkley, R.F.

SUCCESSFUL PREVENTIVE DENTAL PRACTICE

Macomb Ill, 1972, Preventive Dentistry Press

36.- Bass, C.C.

THE OPTIMUM CHARACTERISTICS OF DENTAL FLOSS FOR PERSONAL
ORAL HYGIENE

Dent. Items Interest 70:921, 1948

37.- Bass, C.C.

EFFECTIVE METHODS OF PERSONAL ORAL HYGIENE

J. Ia. Med. Soc. 106:56, 100, 1954

- 38.- Bohannon, II M. Ochsenbein, C., and Saxe, S.R.
PREVENTIVE PERIODONTICS
Dent. Clin. North Am. 9:7, 1965
- 39.- Finkelstein, P., and Grossman, E.
THE EFFECTIVENESS OF DENTAL FLOSS IN REDUCING GINGIVAL
INFLAMATION
J. Dent Res. 58:1034, 1979
- 40.- French, C.I. and Friedman, I.A.
THE PLAQUE REMOVING ABILITY OF WAXED AND UNWAXED DENTAL
FLOSS
Dent Hyg. 49,449, 1975
- 41.- Hill, H.C. Levi, P.A., and Glickman, I.
THE EFFECTS OF WAXED AND UNWAXED DENTAL FLOSS ON INTER-
DENTAL PLAQUE ACCUMULATION AND INTERDENTAL GINGIVAL HEALTH
J. Periodontol, 44:411, 1975
- 42.- Keller, S.E. and Manson-Hing L.R.
CLEARANCE STUDIES OF PROXIMAL TOOTH SURFACES II. IN VIVO
REMOVAL OF INTERPROXIMAL PLAQUE
Ala. J. Med. Sci. 6:7, 1969
- 43.- Masters, D. II
ORAL HYGIENE PROCEDURE FOR THE PERIODONTAL PATIENT
Dent Clin North Am. 13:1, 1969

44.- Mcsteller, J.H.

PREVENTIVE DENTISTRY: FADS AND FACTS

J. Ala Dent. Assoc. 57:28, 1973

45.- O'Leary T.J.

ORAL HYGIENE AGENTS AND PROCEDURES

J. Periodontol, 41:11, 1970

46.- Schonauer, T.

USE OF UNWAXED DENTAL FLOSS FOR ORAL HYGIENE GINGIVAL
DIAGNOSIS AND EVALUATING SUCCESS OF THERAPY

Quintess Int. 7:37, 1976

47.- Storie, D.Q. and Zingale, J.A.

SIMPLIFIED DENTAL FLOSS THREADER

J. Acad ment. 22:23, 1974

48.- Theilade, F., and Theilade, J.

ROLE OF PLAQUE IN THE ETIOLOGY OF PERIODONTAL DISEASE
AND CARIES

Oral Seit. Rev. 9:23, 1976

49.- Arnold F.A. Dean, H.T. and Singleton, D.F.

THE EFFECT ON CARIES INCIDENCE OF A SINGLE TOPICAL
APPLICATION OF A FLUORIDE SOLUTION TO THE TEETH OF YOUNG
MALES OF A MILITARY POPULATION

J. Dent Res., Vol. 23, 1944

50.- Bibby B.G.

A NEW APPROACH TO CARIES PROPHYLAXIS

Tufts Dent. Outlook 15:18, 1942

51.- Bibby, B.G.

USE OF FLUORINE IN PREVENTION OF DENTAL CARIES, III. A
CONSIDERATION OF THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS FLUORIDE
MIXTURES

J. Am. Dent. Assoc. 34:32, 1947

52.- Brudevold F. Savory, A., Gardener, D.E., et al

A STUDY OF ACIDULATED FLUORIDE SOLUTIONS

Arch. Oral Biol. 8:167, 1963

53.- Buonocore, M., and Bibby, B.G.

THE EFFECTS OF VARIOUS IONS ON ENAMEL SOLUBILITY

J. Dent. Res. 26:103, 1947

54.- Bullen, D.C.T. McCombie F., and Hole L.W.

TWO YEAR EFFECT OF SUPERVISED TOOTHBRUSHING WITH
ACIDULATED FLUORIDE-PHOSPAHTE SOLUTIONS

J. Can. Dent. Assoc. 32:89, 1966

55.- Cheyne, V.D.

HUMAN DENTAL CARIES AND TOPICALLY APPLIED FLUORIDE. A
PRELIMINARY REPORT

J. Am. Dent. Assoc. 29:804, 1942

56.- Dean H.T.

ENDEMIC FLUOROSIS AND ITS RELATION TO DENTAL CARIES

Public Health Rep. 53:1443, 1938

57.- DePaola, P.F.

THE INTERPRETATION OF FINDINGS IN CLINICAL CARIES TRIALS

J. Dent Child, 41:11, 1974

58.- DePaola, P.F. and Mellberg J.R.

CARIES EXPERIENCE AND FLUORIDE UPTAKE IN CHILDREN

RECEIVING SEMIANNUAL PROPHYLAXES WITH AN ACIDULATED

PHOSPHATE FLUORIDE PASTE

J. Am. Dent Assoc. 87:115, 1973

59.- Howell, C.H., Gish, C.W., Smiley R.D., and Muhler, J.C.

EFFECT OF TOPICALLY APPLIED STANNOUS FLUORIDE ON DENTAL

CARE EXPERIENCE IN CHILDREN

J. Am. Dent Assoc. 50:14, 1955

60.- Muhler, J.C. and Davy H.G.

EFFECT OF STANNOUS FLUORIDE, STANNOUS CHLORIDE, AND

SODIUM FLUORIDE ON THE INCIDENCE OF DENTAL LESIONS IN

RATS FED A CARIES- PRODUCING DIET

J. Am. Dent Assoc. 41:528, 1950

61.- Muhler, J.C. and Van Huysen, G.

SOLUBILITY OF ENAMEL PROTECTED BY SODIUM FLUORIDE AND

OTHER COMPOUNDS

J. Dent. Res. 26:119, 1947

62.- Shannon, I.I.

WATER-FREE SOLUTIONS OF STANNOUS FLUORIDE AND THEIR
CORPORATION INTO A GEL FOR TOPICAL APPLICATION

Caries Res. 3,339, 1969

63.- Silverstone, I.M.

TOPICAL FLUORIDES DEVELOPMENT AND CLINICAL TRIALS

Preventive dentistry, London, 1978, Update Books Ltd.

64.- Sognaes, R.F.

EFFECT OF TOPICAL FLUORINE APPLICATION ON EXPERIMENTAL
RAT CARIES

Br. Dent. J. 70:433, 1941

65.- Volker, J.F., Hodge, H.C. Wilson, H.J. and Van Vorrhis, S.N.

THE ADSORPTION OF FLUORIDES BY ENAMEL, DENTIN, BONE, AND
HYDROXY APATITE AS SHOWN BY THE RADIOACTIVE ISOTOPE

J. Biol. Chem. 134:543, 1940

66.- Mertz-Faiehest E., Williams J. et al

A COMPARATIVE CLINICAL STUDY OF TWO PIT AND FISSURE
SEALANTS

7 years results in August, GA JADA 109:252, 1984

67.- O'Brien R.

RADIOLOGÍA DENTAL

Interamericana, México, D.F., 1979

68.- Finn, S.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Interamericana, México, D.F., 1976

69.- Stewart R. Baber T. et al

PEDIATRIC DENTISTRY

Mosby St. Louis London, 1982

CUESTIONARIO

1.- ¿En dónde estudió odontopediatría?

2.- ¿Cuántos años tiene tratando niños?

3.- ¿Da pláticas a los padres con respecto a prevención?

Sí () No ()

4.- ¿Tiene usted algún sistema para guiar a los padres hacia una buena prevención?

Sí () No ()

5.- ¿Explica usted a los padres lo que es la prevención?

Sí () No ()

6.- ¿Qué tipo de estudio radiográfico utiliza?

- | | |
|--------------------|------------------------|
| () aleta mordible | () serie radiográfica |
| () panorámica | () oclusales |
| () laterales | |

7.- ¿Cita usted periódicamente a sus pacientes?

Sí () No ()

8.- ¿Cada cuánto tiempo?

- 3 meses 6 meses 8 meses
 cada año otros

9.- ¿Qué tratamiento realiza en sus citas periódicas?

- aplicación de flúor radiografías
 control de placa otros

10.- ¿Dentro de su plan de tratamiento incluye alguna cita para técnica de cepillado y control de placa?

Sí () No ()

11.- ¿Qué tipo de técnica de cepillado recomienda a sus pacientes?

12.- A niños ¿A partir de qué edad les da técnica de cepillado?

- 1 a 3 3 a 5 5 a 7
 7 en adelante

13.- ¿En cuántas citas distribuye la técnica de cepillado?

- 1 cita 2 citas 3 citas
 más citas

14.- ¿Varía la técnica según la edad?

Sí () No ()

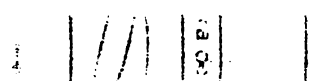
15.- ¿Qué persona es la que instruye la técnica de cepillado?

() usted () higienista () asistente

16.- ¿Qué tipo de cepillo dental utiliza?

() infantil () corto () largo
() suave () duro

17.- ¿Realiza modificaciones en el cepillo que recomienda?

 Sí () No ()

18.- ¿Utiliza alguna historia clínica para control de placa?

Sí () No ()

19.- ¿Cada cuánto tiempo realiza su control de placa?

() cada cita () cada vez que va a revisión
() cuando se me ocurre () otros

20.- ¿Qué tipo de sustancia utiliza para control de placa?

() pastillas reveladoras () fushina
() colorante () otros

21.- ¿Recomienda que sean usados en el hogar?

Sí () No ()

22.- ¿Indica a sus pacientes el uso del hilo dental?

Sí () No ()

23.- ¿A partir de qué edad?

() 1 a 3 () 5 a 7 () 9 a 11 () en adelante

24.- ¿Utiliza con cera o sin cera el hilo dental?

Con () Sin ()

25.- ¿Cuándo recomienda usted su uso? ¿A qué edad considera que es importante instruir al paciente?

() 1 a 3 () 3 a 5 () 5 a 7 () 7 a 9
() 9 en adelante () otros

26.- ¿Qué tipo de técnica utiliza?

() manual () con arco () realizado por otra persona
() otros

27.- ¿Utiliza en todos sus pacientes aplicación de flúor?

Sí () No ()

28.- ¿Qué método utiliza?

() tópicos () enjuagues () otros

29.- ¿Qué tipo de flúor utiliza?

- () flúor estañoso () flúor sódico
() fosfato acidulado () otros

30.- ¿Hasta qué edad lo utiliza?

- () 1 a 3 () 5 a 7 () 9 a 11 () 11 a 15
() en adelante

31.- ¿Cada cuándo lo aplica a sus pacientes?

- () 3 meses () 6 meses () 9 meses
() 12 meses () 18 meses () 24 meses

32.- ¿Indica usted el uso de tabletas de flúor en sus pacientes?

Sí () No ()

33.- ¿Hasta qué edad?

- () 1 a 3 () 5 a 7 () 9 a 11 () 11 a 15
() en adelante

34.- ¿Cuál es el tratamiento que usted recomienda cuando ve caries incipiente?

- () quitar caries () flúor () selladores de fisura
() cepillado () barnices () otros

35.- ¿Utiliza usted selladores de fisura?

Sí () No ()

36.- ¿Qué técnica emplea?

() grabado () lámpara () marcando las
fisuras

37.- ¿Cada cuándo lo aplica?

() 1 vez () 2 veces () 3 veces

38.- ¿Ha obtenido buenos resultados?

Sí () No ()

39.- ¿Dentro de su práctica privada ha disminuido la caries?

Sí () No ()