



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

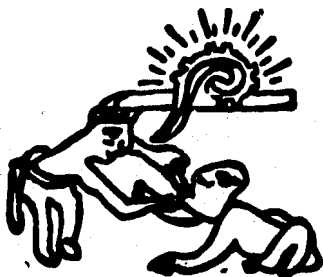
**GENERALIDADES EN ODONTOLOGIA
INFANTIL**

T E S I S

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a

Marisol Jiménez Santiago



México, D. F.

1985



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.

T E M A R I O

PREFACIO

CAPITULO I

INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA

- a) Ambiente del consultorio dental
- b) Conducta del odontólogo y del asistente
- c) Factor Niño - Dentista - Dolor - Temor
- d) Factores de conducta a diferentes niveles de edad

CAPITULO II

MOTIVACION EN ODONTOLOGIA INFANTIL

- a) Motivación en masa
- b) Motivación individual

CAPITULO III

PREVENCION EN ODONTOPEDIATRIA

- a) Enseñanza del cepillado dental
- b) Diseño del cepillo dental
- c) Métodos de cepillado dental
- d) El papel de los padres en el cepillado dental
- e) El empleo de seda dental
- f) El empleo de tabletas reveladoras

CAPITULO IV

APLICACION DE FLUOR Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

LOS MALOS HABITOS

- a) Hábito de succión (chupa dedo)
- b) Hábito de lengua
- c) Bruxismo
- d) Succión labial
- e) Introducción de instrumentos

CAPITULO VI

CONSEJOS DIETETICOS PARA LA PREVENCION DE CARIES DENTAL

CAPITULO VII

OPERATORIA DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA

- a) Uso de técnicas odontológicas a 4 manos
- b) Uso del dique de caucho
- c) Diagnóstico y elección del tratamiento
- d) Preparación de cavidades
- e) Etapas en la preparación de cavidades

CONCLUSIONES

P R E F A C I O

Los tiempos cambian. La ciencia evoluciona cada día. Esto afecta necesariamente a la profesión médica y a la búsqueda constante para llegar a obtener un sistema de protección a la salud, ya que podemos afirmar, que el éxito de una sociedad, es la salud de su pueblo; y, la salud de un pueblo, depende en gran manera de la salud de sus niños.

Aunada a la prevención de las enfermedades propias de la infancia, como el sarampión, la tosferina, la difteria, la poliomielitis, etc., encuentran relevada importancia la prevención y el tratamiento de los padecimientos dentales.

Afortunadamente, cada día es mayor la demanda de asistencia dental infantil, que ha sido siempre responsabilidad del práctico general a pesar del desarrollo de la Odontopediatría como especialidad. Por ello, es necesario ampliar cada día nuestros conocimientos mediante un esfuerzo sostenido de autoformación, manteniéndonos al corriente de los avances que se produzcan en el campo de la asistencia infantil.

Establecer una relación profesional con el Odontopediatra para consultas diagnósticas y orientación en el tratamiento de casos complejos; o bien, para remitirle a los pacientes más difíciles, tales como minusválidos, enfermos crónicos, niños con inestabilidad emocional o con debilidad mental; casos como lesiones traumáticas complicadas, o

niños que precisan una supervisión porque desarrollan una maloclusión. Todo ello, con el objeto de que los niños reciban una atención adecuada; ya que aquí, en la asistencia dental correcta de los niños, se basa el futuro de atención a los problemas de restauración de la población total.

La asistencia infantil, es el objeto de la presente tesis, porque en la práctica se atiende a un porcentaje mayor de niños, que en cualquier otra edad.

CAPITULO I

INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA

Uno de los problemas más importantes con que tiene que enfrentarse el dentista general, y todos los dentistas que trabajan con niños, es el del trato que hay que darles. Se ha dicho " LOS DENTISTAS TIENEN MAS MIEDO A LOS NIÑOS QUE - LOS NIÑOS A LOS DENTISTAS". Y sin embargo, el dentista solamente podrá aplicar sus conocimientos para tratar a un niño, cuando haya aprendido a conducirse con él de manera cómoda y adecuada.

De la primera impresión que tenga el niño al llegar al consultorio, dependerá el éxito o el fracaso del tratamiento. Debemos por tanto, considerar:

- 1o.- Las condiciones en que llegue el niño (dolor, enviado por un médico o pediatra o por recomendación escolar).
 - 2o.- De si ya fué tratado anteriormente por otro dentista.
 - 3o.- Si uno es el dentista de la familia (padres, hermanos, etc.).
 - 4o.- De la educación de los padres y ambiente familiar
- Si el niño llega con dolor, es obvio que vamos a tener un paciente que poco o ningún caso haga del ambiente que lo rodea. De todas formas debemos introducirlo al consultorio en forma amable, con palabras de aliento, con suavidad, ase-

gurándole que pronto se le quitará el dolor. Una sonrisa comprensiva da más confianza, que una cara adusta.

Si ha sido enviado por su médico o pediatra o por recomendación escolar, asegurarse de la información que tienen los padres acerca del problema que se va a tratar y de la información que se le ha dado al niño. Si esto lo hacemos en presencia del niño, amablemente se le explicará lo que se le va a hacer, sin alarmarlo.

Interesarse realmente por medio de la información de los padres o del niño directamente, dependiendo de la edad, de cual fué su reacción y cual el tratamiento y los resultados.

Si uno es el dentista familiar, seguramente ya tenemos conocimiento de las reacciones del pequeño por haber establecido con anterioridad buena comunicación con su familia, especialmente con sus padres.

La educación de los padres es muy importante en el tratamiento del niño, ya que si procede de una familia que carece de cultura, lo más seguro es que nos vamos a encontrar con un niño previamente condicionado al temor, porque generalmente en estos casos al niño se le asusta con el mé dico, dentista o enfermera si no hace lo que los padres le ordenan. No así cuando se trata de padres bien informados acerca de los problemas de salud.

En todos los casos, debemos conducirnos con el niño de manera correcta y adecuada, logrando esto únicamente:

- 10.- Convenciendo a los padres de la importancia de la Odontología Preventiva para la salud futura de sus hijos.
- 20.- Teniendo algunos conocimientos acerca de los factores que influyen en las reacciones del niño ante el ambiente del consultorio dental, para poder ayudar al niño a adaptarse el mismo.
- 30.- Instruyendo al personal auxiliar para que se haga cargo del comportamiento del niño en el consultorio y ayude a prepararlo para que acepte el tratamiento dental.
- 40.- Debemos saber en qué forma comportarnos, tanto con el progenitor, como con el niño durante la consulta, de manera que el tratamiento pueda desarrollarse en forma tranquila y eficaz.
- 50.- Programando el tratamiento de modo que el niño conozca gradualmente lo que es la asistencia dental y que sea adecuado a su nivel de desarrollo psicológico, así como a sus necesidades dentales.
- 60.- Siendo capaces de presentar al padre el plan de tratamiento en forma comprensiva y persuasiva, para que atienda la necesidad del tratamiento propuesto y esté dispuesto a aceptarlo.

Y en general, debemos prepararnos en psicología infantil, para conseguir un mejor entendimiento entre el niño y el dentista.

AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL

A la entrada del niño al consultorio dental, nuestro deber será infundir confianza ya que es su primera impresión y esto nos ayudará o beneficiará en su tratamiento;-- por lo que, en primer lugar, la sala de espera debe estar aislada de los ruidos del consultorio; deberá ser cómoda y cálida, y que dé la sensación de que varios niños la frecuentan. Las paredes deben tener un color agradable a la vista y de tonos pastel, de preferencia decorada con motivos infantiles, tales como cuadros de niños, vaqueros, payasos, circos, naves espaciales, muñequitos de moda, etc. Tanto en la sala de espera como en el interior del consultorio, deberemos tener música apenas audible y relajante que ayuden a desvanecer el miedo y a tranquilizar al pequeño paciente.

Se pueden tener juegos de entretenimiento como cubos, cuentos para iluminar, o un televisor con canales en donde transmitan caricaturas o programas infantiles para no hacer aburrida la espera, la cual no debe ser muy larga.

Como generalmente alguna persona adulta es la que acompaña al niño al consultorio, es necesario tener a su disposición revistas femeninas de moda, de cocina, de mecá

nica o de acontecimientos mundiales importantes, sin faltar los folletos de prevención dental.

En cuanto al modo de vestir, el color es sumamente importante, descartando definitivamente el blanco, ya que diversos estudios han señalado que las batas de color blanco provocan temor y ansiedad en los niños, debido probablemente a experiencias anteriores desagradables con médicos, enfermeras o personal hospitalario; por ello, debemos preferir vestir de azul celeste, verde nilo, beige o gris perla, porque se ha comprobado que estos colores son sedantes.

La vestimenta deberá ser lo más informal posible, sin atender contra las reglas de higiene.

En cuanto al mobiliario, si también vamos a atender a personas adultas, debemos decorar un rincón de la sala de espera especialmente para los niños, con sillas y mesas propias para ellos, donde puedan sentarse y leer. Una pequeña lámpara con una pantalla interesante sobre la mesa; juguetes sencillos y resistentes; algunas tarjetitas en blanco y lápices de colores para que puedan dibujar. En un pequeño estante poner una pecera con peces de colores para que llamen la atención del niño.

CONDUCTA DEL ODONTOLOGO Y EL ASISTENTE

De la conducta de la recepcionista dependerá el éxito o el fracaso de la primera consulta; por lo que, si el dentista no puede recibir de inmediato al niño (lo cual serfa-

de gran ayuda) en su primera visita, debemos estar seguros de que la recepcionista sea una persona a la que le gusten los niños, porque ella, inmediatamente que entre el niño - deberá recibirlo llamándolo y saludándolo por su nombre, -- con confianza en la voz y actuará de manera natural y cálida. Después saludará a la madre o al padre.

Llevará a la madre y al niño platicando con él, hacia el rincón especial para niños, enseñándole la pecera, los juguetes, los cuadros y fijándose en cuál de ellos el niño centra su atención, diciéndole que puede jugar un ratito - con él y que ella volverá pronto.

Si el niño es dócil y no se trata de un tratamiento - de urgencia (dolor intenso), se quedará tranquilo con el - juguete o con lo que más le haya llamado la atención, y en este momento aprovechará para decirle a la madre que el -- doctor hablará con ella antes de llevar al niño a la sala - de tratamiento.

Si por el contrario, el niño se encuentra asustado y - reacio a separarse de su madre o de su acompañante desde - que entra a la sala de recepción, la auxiliar tratará de - ganarse su confianza alabando su camisa, su sweater, sus za - patos o alguna prenda personal sin adularlo o sobornarlo.

Si el niño sigue mostrándose reacio, la auxiliar lla - mará al dentista, quien tratará de convencer al niño con - palabras adecuadas, acercándose a él de manera tranquila y

amistosa, rodeándolo con los brazos como si fuera a abrazarlo. En esta forma se tendrá control del niño y se le puede llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies y manos dañen a nadie. Hacer que el niño sienta que el dentista es suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente fuerte para herirlo. Para ello, es necesario que el dentista tenga confianza en sí mismo, porque - parte de la cual, se transmitirá necesariamente a su paciente. Por el contrario, la falta de seguridad, se reflejará - en el comportamiento del niño.

Al niño hay que advertirle cuando se vayan a producir ruidos fuertes o extraños, especialmente el de la pieza de mano ultrarápida o del aspirador. También hay que advertirle cuando un tratamiento específico puede causarle molestias, pero se evitarán las palabras como "cortar", "inyectar" "quemar", "afilado", "sangre", "arrancar", "pinchar".

No deberá contradecirse cuando dice que "duele", y - hay que enseñarle algún signo como levantar la mano para advertir al dentista que alguna maniobra le molesta.

La ayudante se ha de ocupar también de la madre que está preocupada por el comportamiento del niño durante el tratamiento, y se le permitirá que se asome un momento a la sala de tratamiento sin decir nada, para que vea al niño y -- calme su angustia e inquietud, o simplemente la ayudante -- irá a decirle que el niño se porta bien.

Al terminar el tratamiento, la ayudante cuidará que el

niño lleve la cara limpia antes de llevarlo con su madre. Le ayudará a bajar del sillón, lo elogiará por su buen -- comportamiento y lo acompañará hasta donde está su madre. Si llora, la ayudante procurará por todos los medios que se calme antes de ponerlo en manos de la madre. Si el niño ha de volver para proseguir con el tratamiento, la ayu-- dante les dará por escrito la confirmación de la próxima cita.

El manejo correcto se basa en conocimiento, sentido-- común y experiencia.

FACTOR NIÑO - DENTISTA - DOLOR - TEMOR

Generalmente el modelo de comportamiento de un niño-- está regido por su herencia física y mental, y a medida -- que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. La herencia no puede evi-- tarse, excepto dentro de límites estrechos. El comporta-- miento consecuencia del medio, sí puede alterarse. Se pue-- de controlar y desarrollar un modelo de comportamiento -- que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesi-- dades emocionales y físicas. El condicionamiento emocio-- nal de los niños hacia la odontología, al igual que hacia otras experiencias que forman la niñez, se realiza primor-- dialmente en casa y bajo la gafa paterna.

La cooperación total de los pacientes infantiles es--

sumamente necesaria para realizar trabajos dentales satisfactorios, y esto sólo puede lograrse comprendiendo el tipo emocional de los niños y de sus padres. Por ello, el dentista debe tener algunos conocimientos acerca de los factores que influyen en las reacciones del niño ante el ambiente del consultorio dental, para poder ayudarlo a adaptarse a él. Debe instruir al personal auxiliar para que se haga cargo del comportamiento del niño en el consultorio y ayude a prepararlo para que acepte el tratamiento. Debe saber cómo comportarse, tanto con los padres como con el niño durante la consulta, para que el tratamiento se desarrolle de manera tranquila y eficaz.

Debe saber programar el tratamiento de tal forma, -- que el niño vaya conociendo gradualmente lo que es la asistencia dental, y que dicho programa, sea adecuado a su nivel de desarrollo psicológico, así como a sus necesidades dentales. Tiene que ser capaz de presentar el plan de tratamiento al padre, en forma comprensible y persuasiva para que éste entienda la necesidad del tratamiento -- propuesto y esté dispuesto a aceptarlo.

En numerosos casos, la falla del condicionamiento paterno hacia el dentista, hace que los niños lleguen al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo. También es falla del dentista por no haberse puesto anteriormente en contacto con los padres -- para asegurarse de que éstos están bien informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de psicología--

infantil.

Hay que educar primero a los padres para tener buenos pacientes infantiles. El dentista debe comprender la naturaleza del miedo y estar conciente de cómo las actitudes -- de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de la personalidad y cómo se desarrollan ansiedades, y con diplomacia y tacto, -- transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada.

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo. Es una de las primeras emociones que se -- experimentan después del nacimiento. Aún cuando el lactante no está conciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo, a medida que crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que producen miedo y trata de luchar contra ellos o huír. Cuando no puede hacer ni una cosa ni otra, aumenta su miedo y entonces la comunicación del niño con el dentista puede ser muy difícil.

Al niño debe enseñársele que el consultorio dental no debe inspirar miedo. Los padres jamás deberán de tomar la Odontología como amenaza. Enseñarles que llevar al niño -- con el dentista no debe implicar nunca castigo, ya que esto crea indudablemente miedo al odontólogo; por el contrario, si el niño aprecia al dentista, el temor a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar su tratamiento dental.

La mayoría de los temores en los niños, han sido adquiridos objetiva o subjetivamente. Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un dentista que le ha producido dolor innecesario, tendrá miedo a tratamientos futuros y seguramente no va a acudir al dentista por su propia voluntad, y será muy difícil volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales.

Este tipo de miedo objetivo, también puede asociarse con experiencias no relacionadas con el tratamiento odontológico, sino que por asociación si ha sido manejado deficientemente en un hospital sufriendo en él intensos dolores infligidos por personas con uniformes blancos.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin haberlos experimentado personalmente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental, los aceptará como reales y tratará de evitarlos. Por lo tanto, es muy necesario que los padres informen bien a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental, sin exageraciones emocionales, pero tampoco deben minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología.

El odontólogo deberá evitar el pronunciar palabras que ocasionen miedo, tales como "inyección", "aguja", "pincho", "fresa", etc., sustituyéndolas por frases como "vamos a poner algo en sus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito", ya que todos los niños saben que --

los piquetes de mosquito son molestos pero no muy doloros. Hay que evitar en todo lo posible ocasionar miedo a los pequeños pacientes.

FACTORES DE CONDUCTA A DIFERENTES NIVELES DE EDAD

Podemos dividir en dos grupos los factores de con-- ducta en los niños: en edad preescolar y en edad escolar.

Los niños en edad preescolar son los comprendidos - en el grupo de edad de 2 a 6 años, que desconocen el ambiente del consultorio dental y por lo tanto, suelen ser los más difíciles de manejar.

NIÑO DE 2 AÑOS DE EDAD

Un niño de 2 años no es capaz de relacionarse con - otras personas, su vocabulario es mínimo y en ocasiones - no distingue entre SI o NO.

El dentista debe unir la palabra con la acción. A - esta edad los niños deben pasar acompañados de su padre - o madre al consultorio dental.

NIÑO DE 3 AÑOS DE EDAD

Ya distingue entre SI o No. Es sociable y se adapta a cualquier situación fácilmente.

El niño ya obedece sin ayuda, generalmente es comu- nicativo y el dentista o su asistente le pedirá que cuen te algunas historias. Se permitirá que su acompañante en tre al consultorio hasta que el personal se haya ganado - la confianza del niño.

NIÑO DE 4 AÑOS DE EDAD

Es la edad del ¿COMO?, ¿POR QUE?. Todo les causa cu riosidad y lo quieren saber. Ya obedecen, son indepen- - dientes, pero presentan resistencia.

El personal deberá estar bien entrenado para respon- - der a sus preguntas.

NIÑOS DE 5 Y 6 AÑOS DE EDAD

Ya acuden al Kinder, son más sociables, aprenden a- - jugar y a tener compañía. Si se encausan adecuadamente - cooperan muy bien en su tratamiento, a esta edad la vál- - vula de seguridad, que es la fantasía, es importante pa- - ra el dentista, ya que puede usarla como instrumento pa- - ra manejarlos.

NIÑO DE 7 AÑOS DE EDAD

Es la edad en que ya van a la primaria.

Aquí se divide la autoridad paterna y la del maes- - tro. Es más ordenado, más obediente y más disciplinado. - Está en la edad de las preocupaciones, pero está resol- - viendo los miedos reales. Generalmente suelen resolver - sus temores a los procedimientos operatorios dentales, - porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo- - que está realizando.

NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE EDAD

El niño ha aprendido a tolerar situaciones desagra- - dables. Tratará de comportarse adoptando ciertas actitu-

des como adulto. Ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Se adapta fácilmente a cualquier situación que se le presente. Desarrolla considerable control emocional y no le gusta que lo forcen, que se le hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

ADOLESCENCIA

Especialmente las jóvenes adolescentes empiezan a preocuparse por su aspecto. Quieren agradar a todos, ser más atractivas; tienen interés por los cosméticos, situación que puede usar el dentista como motivación para que la jovencita busque atención odontológica. Están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego.

CAPITULO II

MOTIVACION EN ODONTOLOGIA INFANTIL

Siendo la etapa más importante para lograr éxito en Odontología infantil, consideraremos la motivación en 2- partes:

- 1).- Motivación en masa
- 2).- Motivación individual

MOTIVACION EN MASA

El Odontopediatra puede ser instigador y trabajador clave en los programas de la comunidad que traten de la salud dental de los niños, ya que nadie conoce mejor que él, las necesidades de la comunidad a este respecto.

Existen varias maneras de acercarse al público en - programas educativos:

Charlas a grupos escolares.

Organizaciones de ayuda.

Asociaciones de padres y maestros.

Reuniones de los sindicatos.

Reuniones del personal de hospitales.

Grupos religiosos, etc.

Proyectos escolares como clubs de salud y programas instructivos de higiene bucal.

Carteles, ensayos y concursos del tipo "SONRISA PERFECTA".

Radiografías o exámenes clínicos gratuitos en las ferias u otro tipo de reuniones.

Anuncios en camiones (de reparto de leche, de correo, de entrega inmediata, de tiendas, etc.).

Artículos en los periódicos, programas de radio y T. V. y anuncios. Películas y espectáculos de marionetas.

El éxito de este tipo de programas podrá juzgarse por la motivación general que producen en la comunidad.

Los niños de las escuelas son los mejores propagandistas para la prevención y tratamiento de los problemas dentales; por ello me parece sumamente importante el programa de brigadas que realiza la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. En él, grupos de estudiantes, ya sea en el D.F. o en provincia, acuden a las escuelas primarias en donde enseñan métodos preventivos tales como higiene bucal, su importancia y los cuidados en casa. Técnicas de cepillado dental por demostración con modelos gigantes de dientes de yeso y cepillos, o exhibiendo una película; solicitando la participación activa de los niños.

MOTIVACION INDIVIDUAL

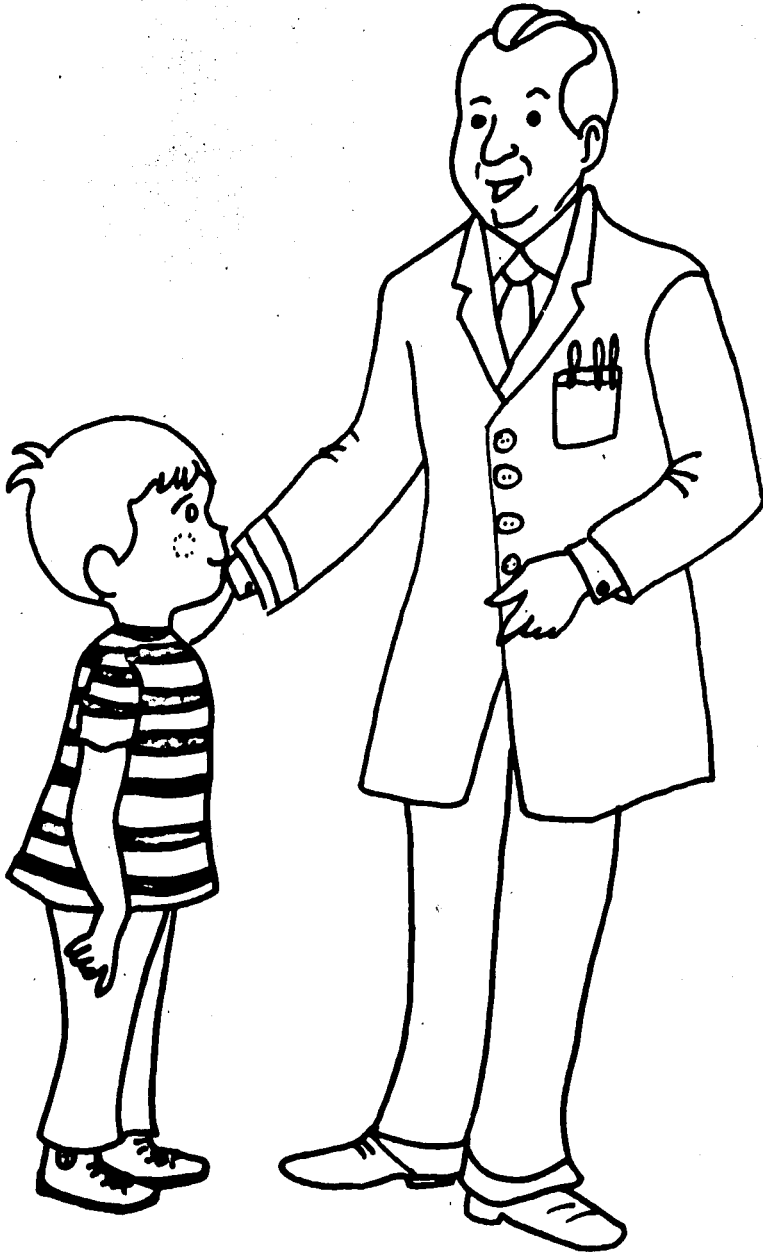
El momento más adecuado para motivar individualmente a los niños en relación a la salud dental, es precisa

mente cuando se presentan en el consultorio dental. Por ello, es necesario asignar un espacio en donde el niño y sus padres puedan recibir instrucción adecuada sobre procedimientos preventivos, para lo cual, sería muy bueno - proporcionarles hilo dental, cepillo y pasta y enseñarle la forma de utilizarlos correctamente indicándole a él mismo y a los padres, que lo haga con frecuencia hasta que su uso se vuelva rutinario, y que el niño enseñe a sus hermanitos a usarlos. Se les pueden enseñar transparencias, discos, esquemas y modelos, como los de la A.D.M. (Asociación Dental Mexicana). Explicarle la manera de utilizar las tabletas reveladoras de control de placa bacteriana. También es de gran ayuda un espejo bien iluminado frente al cual pueden practicar los niños, para perfeccionar su técnica de cepillado y el uso del hilo dental.

MOTIVACION EN MASA



MOTIVACION INDIVIDUAL



CAPITULO III

PREVENCION EN ODONTOPEDIATRIA

En el pasado, los dentistas actuaban como si lo más importante en la práctica odontológica fuera la extracción de todos los dientes y la construcción de dentaduras completas, limitándose en este tiempo a técnicas puramente mecánicas.

Afortunadamente, durante las dos últimas décadas se han desarrollado nuevos conceptos y métodos de prevención, se dispone de materiales restauradores perfeccionados, y lo más importante, la profesión ha adquirido excelentes conocimientos sobre Odontología Preventiva, cuyo objetivo final es la conservación de una dentadura sana y con una buena función durante toda la vida del paciente; y, para que esto sea una realidad es necesario empezar a aplicar los métodos de prevención en los niños a muy temprana edad. Para ello debemos convencer a los padres de niños en edad preescolar de la importancia que tiene una exploración oral precoz para la futura salud dentaria de su hijo.

Todo dentista general tiene el deber de informar a sus pacientes adultos acerca de las ventajas de dichas exploraciones para sus hijos, y convencerlos de que un

poco de prevención por su parte, contribuirá a protegerlos de problemas dentales futuros. Hay que insistir reiteradamente sobre la prevención en cada visita; incorporar los dispositivos que facilitan la enseñanza de la misma. Hacer hincapié de la importancia del cepillado de los dientes, de la dieta, de la aplicación tópica de -- fluoruros, etc., de tal forma que el niño y sus padres -- comprendan la razón de las medidas preventivas.

Todo dentista nunca debe descuidar la importancia -- del diagnóstico de la prevención; de tal forma, que debe saber en qué momento tratar la pulpa del diente temporal con el fin de conservar su función en la arcada y evitar los problemas dentales que pueden producirse si el diente se extrae. En qué momento restaurar con coronas de -- acero los dientes muy destruídos para mantener el arco y salvar tales dientes. Cuándo se debe utilizar un mantenedor de espacio durante la dentición mixta, o un puente -- fijo en la dentición permanente, para evitar el desplazamiento de los demás dientes.

La finalidad de todas estas operaciones es mantener una dentadura sana y una oclusión funcional.

ENSEÑANZA DEL CEPILLADO DENTAL

La técnica de cepillarse los dientes puede enseñarse por demostración, con modelos gigantes de yeso o tipo

dontos de acrílico y cepillos, haciendo que el niño o -- los niños participen activamente en la demostración, ya que se puede aprender más y mejor al hacer que al observar.

Los cepillos que pueden recomendarse, serán de -- acuerdo a la edad del pequeño paciente.

DISEÑO DEL CEPILLO DENTAL

Las cualidades deseables de un cepillo dental son:

- 1).- Cerdas controladas por el hombre, diámetro de 0.175 - 0.275.
- 2).- Por lo tanto mediano o suavemente mediano.
- 3).- Cabeza corta (como de 2.5 cm.) y mango recto, alrededor de 15 cm.
- 4).- Cerdas con corte recto.
- 5).- De penachos múltiples.
- 6).- Todas las anteriores cualidades son relativamente insignificantes en relación a la cualidad esencial de ser capaz de remover la placa bacteriana de la superficie dentaria.

Las investigaciones más recientes sobre diseño de -- cepillos dentales infantiles indican que los cepillos -- probados más adecuados tenían las siguientes especificaciones.

CABEZA

2.5 cm. de largo

9 mm. de alto

11 hileras triples con hilera central de diámetro - de cerda de 3 mm. y cada hilera exterior con diámetro de cerda de 0.2 mm.

Se sugiere emplear cepillos medianos, porque limpian las piezas dentarias mejor que las cerdas duras o blandas y generalmente no producen lesiones a los tejidos gingivales.

Si el odontólogo está viendo a niños en programas - de vista cada 3 o 4 meses, es buena medida pedirles que traigan sus cepillos dentales para inspeccionarlos y probarlos, de tal forma que se puedan desechar los cepillos desgastados y deformados.

CEPILLOS ELECTRICOS (AUTOMATICOS)

La experiencia de estos cepillos desde los tempranos días de su producción, llevó a la conclusión de que sólo los de presión continua o recargables son realmente aceptables y tiene verdadera cabeza chica con cerdas enpenachos múltiples.

La ventaja de los cepillos eléctricos es, la de que son fáciles de usar por aquéllos que tienen poca destreza manual, tan necesaria para lograr correcta higiene; - como los niños de edad preescolar, niños impedidos y - - adultos.

La desventaja de éstos aparatos es que el paciente puede creer que todo lo que tiene que hacer, es comprar uno de ellos y todo estará hecho para él; por lo que, -- los dueños de los cepillos eléctricos deben ser cuidadosamente instruidos en cómo usarlos eficazmente.

CEPILLO MANUAL VS. CEPILLO ELECTRICO

Todos los pacientes deben ser instruidos en una técnica eficaz para remover placa bacteriana, con el cepillo manual. Si el paciente es un niño en edad preescolar o esta incapacitado o incluso es muy perezoso para emplear tiempo y esfuerzo, entonces puede ser recomendado un cepillo automático y se le enseñará a usarlo. Pero, -- si alguno de estos pacientes que son capaces de cepillar se satisfactoriamente con un cepillo manual, desean un cepillo eléctrico, es importante repasarles una y otra vez la técnica con el nuevo cepillo.

METODOS DE CEPILLADO DENTAL

Una demostración exclusivamente mecánica del cepillado de dientes está condenada al fracaso en la mayoría de los pequeños pacientes. Es necesario explicarle a los padres y a sus hijos por qué se les solicita que lleven a cabo procedimientos que algunas veces son bastante difíciles y consumen tiempo. La explicación no debería ser -- una generalmente, sino relacionarse al problema del enfermo y constituir una parte real de la presentación. Ex

plicarles la naturaleza de la placa bacteriana y su adhesión. El papel que juega en la caries y en la enfermedad periodontal.

Se hará hincapié en el hecho de que no hay una forma correcta de cepillado, la forma correcta puede ser cualquiera de numerosos métodos diferentes que convenga a cada paciente en particular.

Así, los dientes son pintados con una solución indicadora y al aparecer la placa bacteriana se le muestra - al paciente, y se le indican las zonas que han sido pasadas por alto durante el cepillado, tomándole el tiempo - en que lo realiza.

Se le señalan los errores y la falta de método organizado. Un error casi constante es que los pacientes mojan el cepillo de dientes antes de empezar. Se le señala que esto es incorrecto y que el usar agua caliente dañará las cerdas.

Cada cuadrante es dividido en 3 áreas, posterior, - media y anterior y para fines de cepillado, éstas se subdividen en: Cara Bucal-Labial, y Cara Lingual-Palatina.

Se recomienda al paciente cepillar cada uno de éstas 6 áreas, con 8 cepilladas haciendo un total de 48 cepilladas por cada cuadrante o aproximadamente 192 cepilladas para una boca completa. Esto será muy fácil para el paciente.

Hay muchos métodos de cepillado. Una revisión re- -

ciente enumera 6 técnicas principales; la mayoría de -- ellas son tan complicadas que no podrán ser dominadas -- por niños de corta edad. Por ello, se aconseja enseñar a los niños pequeños técnicas sencillas, como:

TECNICA DE FONES

En éste método, con las piezas en oclusión se cepi- llan con movimiento circular amplio las superficies bu-- cal y labial. Las superficies lingual y oclusal se cepi- llan con acción de cepillado horizontal hacia dentro y - hacia afuera.

TECNICA DE BASS

Se toma un cepillo de penachos múltiples de plásti- co fino y se aplica formando un ángulo de 45° con el eje mayor del diente dirigiéndolo contra el propio borde gin- gival. Se presiona para que las cerdas penetren en el -- surco; luego se le imprime un movimiento de rotación - - enérgico haciéndole describir un pequeño círculo sin que las cerdas salgan del surco.

Después de limpiar éste y las áreas cervicales de 2- a 3 dientes, se traslada el cepillo a una zona adyacente y se repite el proceso. El mismo movimiento se aplica a todos los segmentos bucales sin grandes modificaciones.

TECNICA DE CHARTERS

Esta no es muy usada hoy en día, consiste en una -- acción similar a la de Bass, excepto que el cepillo es -

usado con las cerdas en el surco gingival, pero el movimiento vibratorio se concentra en limpiar los espacios interproximales.

TECNICA DE CEPILLADO PARA DENTACION MIXTA Y ADULTO JOVEN

Tal vez esta técnica circular sea el método más fácilmente enseñado.

El cepillo se coloca sobre el primero de los 12 sectores en que dividimos el maxilar y la mandíbula, con las cerdas sobre la mucosa alveolar, señalando fuera de la superficie oclusal. El lado de las cerdas, apretadas contra la encía contigua y zona de surco. Las cerdas, son rotadas a través de la encía hacia la superficie oclusal, manteniendo los lados del cepillo firmemente contra los tejidos (deberán verse blancos por la presión ejercitada) y con muchas de las cerdas barriendo a través de espacios interproximales. Esta cepillada se repite 8 veces en cada región, suponiendo que la zona bucal se cepillo, se sigue con la zona lingual.

Las superficies oclusales son entonces cepilladas con movimientos de vaivén.

El énfasis en todo el cepillado es que el cepillo debe usarse como una escoba de barrer y no como un cepillo de fregar. Se debe tomar el cepillo verticalmente para las superficies linguales de los dientes anteriores superiores e inferiores. Algunos dentistas doblan el mango de los cepillos para facilitar esta acción.

Como complemento de la técnica anterior se puede en señar:

TECNICA DE STILLMAN

Se coloca el cepillo aproximadamente en la misma po sición requerida para la acción inicial del método de ba rrido o giro, excepto que más cerca de las coronas denta les, se hace vibrar el mango suavemente, es un movimien to rápido y ligeramente mesio-distal, este movimiento -- fuerza las cerdas en los espacios interproximales y con -- ello limpia muy bien los dientes en esa zona, además, ma sajea adecuadamente los tejidos gingivales.

EL PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO DENTAL

No puede esperarse que niños muy pequeños dominen -- técnicas de cepillado eficazmente; por esto, es mejor -- que los padres le hagan el cepillado al niño.

Según la técnica de Starker el niño debe mantenerse frente al padre o la madre, descansando su cabeza hacia atrás contra él o ella. El padre o la madre acuna y sos tiene con el antebrazo la cabeza del niño y los dedos de esa mano le retrae los labios y con la otra mano libre -- efectúa el cepillado, mirando los dientes y siguiendo la acción de restregado en todas las superficies. De esta -- forma pueden limpiarse todos los dientes muy fácilmente.

Debemos indicar a los padres esta sencilla forma de

cepillar los dientes de sus hijos y que al terminar la limpieza, que alienten al pequeño a que él también se cepille y en esta forma, con el tiempo lo cual puede ocurrir a los 9 o 10 años el pequeño ya habrá aprendido a cepillarse sin ayuda.

EL EMPLEO DE SEDA DENTAL

No se debe enseñar el uso de la seda dental hasta que el paciente haya demostrado un grado aceptable de eficacia y aprovechamiento con las tabletas reveladoras y el cepillo.

La seda dental puede ser encerada o sin encerar. Una seda de doble anchura (ORAL-B) es probable que sea más fácil de manejar por los pacientes. Actualmente está de moda la seda no encerada porque se dice que en el uso el hilo se abre y atrapa a la placa bacteriana y los restos alimenticios y, por consecuencia, limpia mejor los espacios interdenciales.

La seda encerada ha sido usada por generaciones con resultados satisfactorios, pero en general, pocos pacientes perseveran en el uso de cualquier tipo de seda. La seda no es tan aceptada para la limpieza de rutina por los pacientes, por su difícil manejo, de tal forma que los pacientes renuncian a su uso en un corto período de tiempo.

TECNICA DEL USO DE LA SEDA

Siempre es necesario una cuidadosa demostración. Las instrucciones escritas son provechosas, solamente después de haber tenido entrenamiento práctico de su manejo.

Se cortan 45 cm. de largo de la seda y se sostiene entre los índices y pulgares secciones de 2.5 cm. y 37 mm., el exceso se enrolla alrededor del dedo índice de una mano.

Después de limpiar cada superficie de molar, la seda ya usada puede enrollarse alrededor del dedo índice opuesto y se desenrolla seda limpia para emplear en el nuevo sitio que se va a limpiar.

El dedo de la cara lingual del diente se coloca en la encía, manteniendo tensa la seda; luego se pasa el punto de contacto hacia abajo con movimientos de rotación de la otra mano. Así evitará que el punto de contacto se cruce bruscamente cortando la encía. Ya en su lugar, la seda se mueve hacia adentro y hacia afuera unas cuantas veces, haciéndole presión contra las caras proximales de estos dientes.

EMPLEO DE TABLETAS REVELADORAS

Las tabletas reveladoras que contienen un colorante (F.D.C. rojo No. 3, eritrocina), que se adhiere a la placa bacteriana suelen tener gran eficacia para poner de -

manifiesto las superficies dentales en que todavía persiste la placa después de la limpieza de los dientes. El paciente mastica la tableta y pasa saliva entre y alrededor de las piezas durante 30 segundos, la placa bacteriana se ve pigmentada de rojo vivo. Se muestran al paciente las áreas rojas y se le informa que está cepillando, pero no limpiando sus dientes. Se le instruye entonces sobre cómo colocar el cepillo durante el cepillado para poder limpiar todas las superficies disponibles.

Esto se sigue con empleo de seda dental.

Hay que estimular a la madre para que use éstas tabletas en el hogar, con el fin de comprobar los progresos del niño en la técnica del cepillado. Al principio se utilizarán antes y después de la limpieza para que la madre y el niño tengan la impresión de haber logrado algo y puedan ver los resultados tangibles de sus esfuerzos.

Una vez que se ha establecido una pauta de limpieza correcta, las tabletas pueden usarse semanalmente después del cepillado para reforzar dicha pauta y evitar caer en la negligencia.

Aunque las tabletas reveladoras son satisfactorias - en general, cuando las usan los niños sin vigilancia, se han observado algunas limitaciones; porque, si el niño es muy pequeño a veces mastica las tabletas sólo en un lado de la boca; y otras, es difícil hacer que impulse la sal

va y mueva la lengua por todas las superficies del diente linguales y bucales.

Los niños con caries importantes o con dientes que se mueven mucho (como un molar temporal a punto de caerse) dudan en masticar las tabletas colorantes porque al hacerlo le duelen.

Las madres generalmente se quejan porque el uso de las tabletas dejan manchas en los lavabos, en las toallas, en los vestidos e incluso, las sábanas, sobretodo cuando las tabletas son usadas en edad preescolar o escolares de los primeros cursos. No obstante todo ello, se recomienda el empleo de las tabletas hasta que se disponga de un método más satisfactorio de aplicación del colorante.

DISEÑOS PREDOMINANTES DE CEPILLOS DENTALES



A) OVALADO



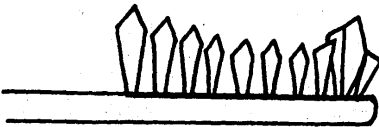
B) OVALADO



C) EXTREMO CON PENACHO



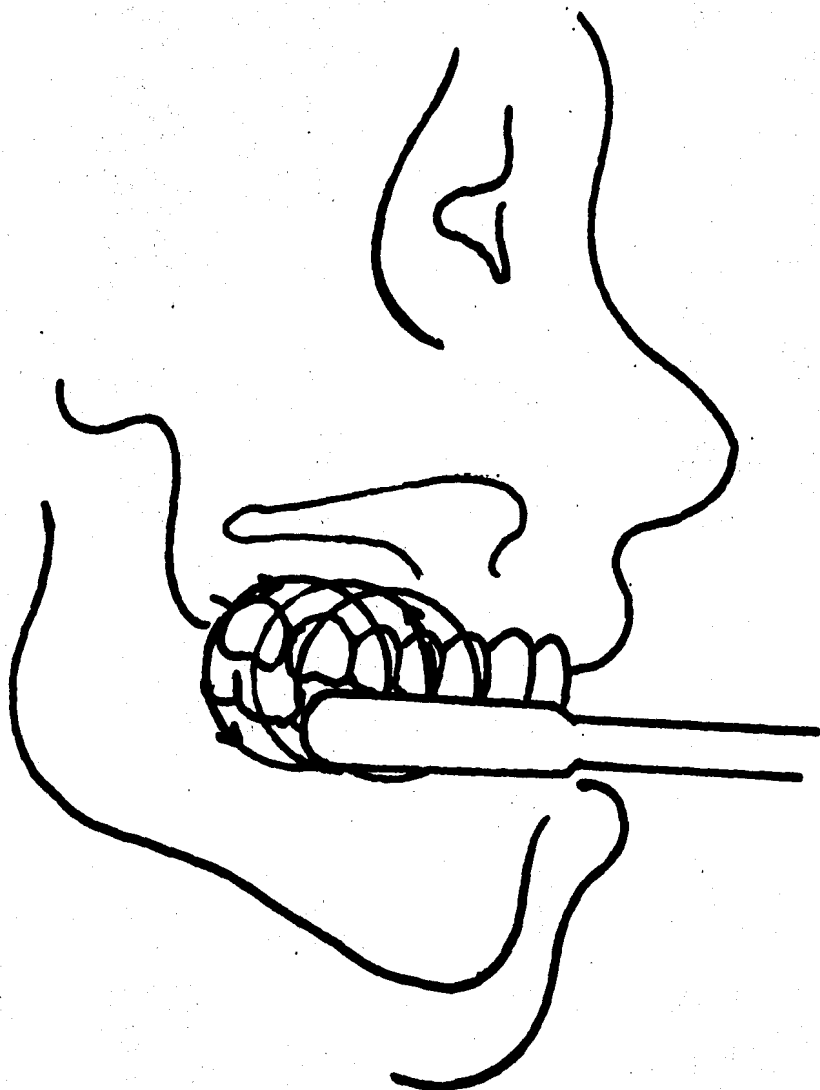
D) EN PENDIENTE



E) CON PENACHO Y EN PENDIENTE

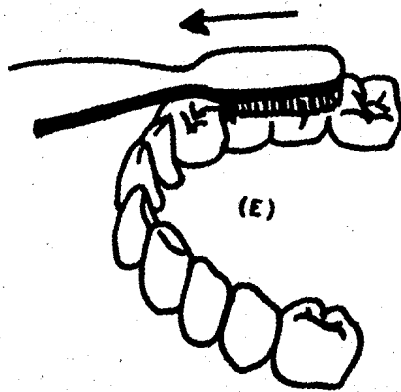
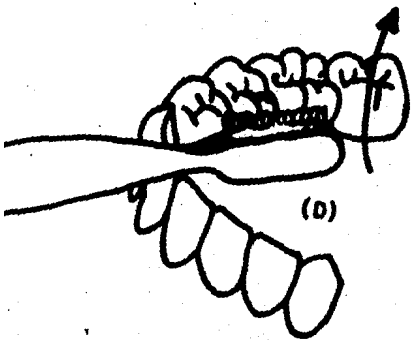
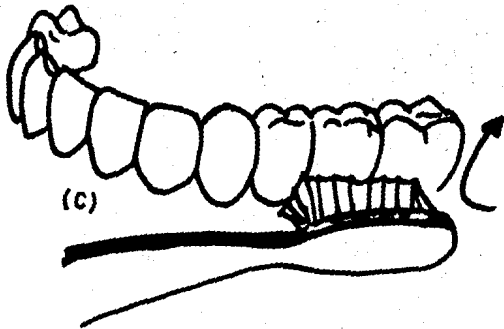
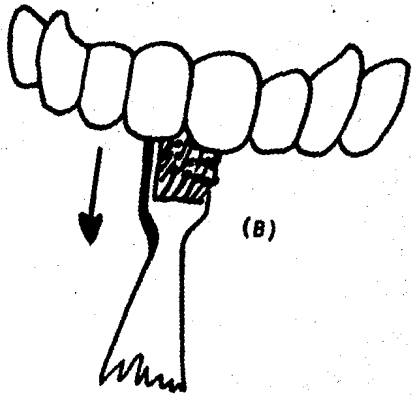
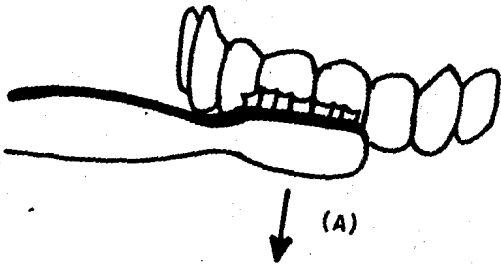


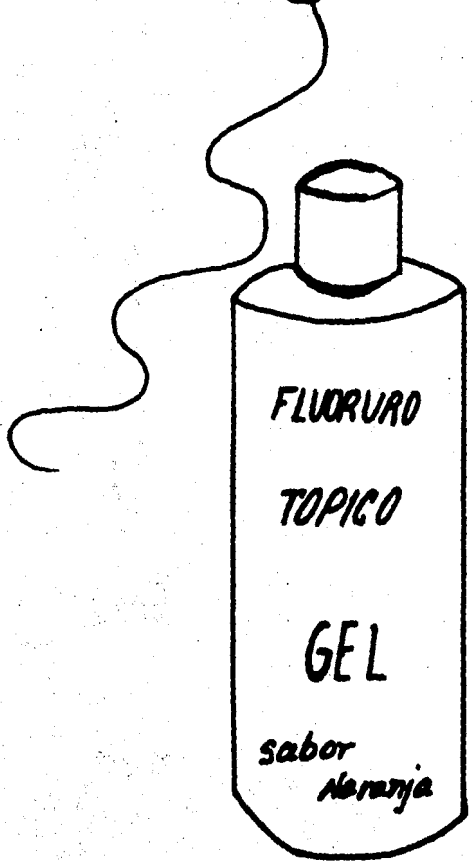
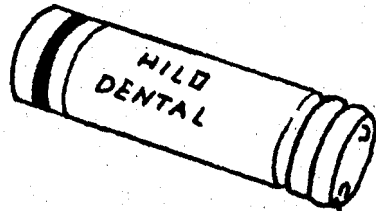
F) CORTE RECTO



METODO DE FONES DE CEPILLADO DENTAL

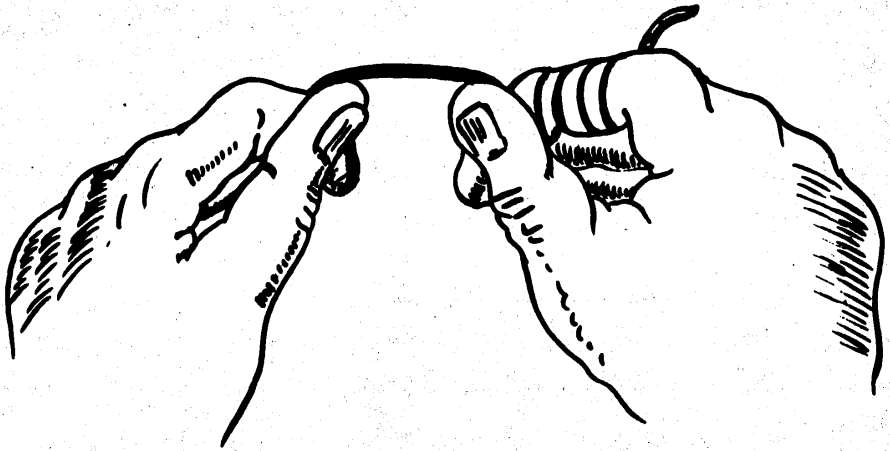
TECNICA DE CEPILLADO DE BASS





EMPLEO DEL HILO DENTAL

(POSICION DE LA SEDA DENTAL PARA LIMPIAR MOLARES INFERIORES)



CAPITULO IV

Ha sido establecido tempranamente que la prevención primaria, es decir, protegiendo contra la aparición de enfermedad, es superior en alto grado al de hasta ahora, -- tratamiento practicado de la enfermedad incipiente, por perforación y obturación. Lo pequeño de una obturación no nos da una seguridad de que los márgenes no sufrirán una microdispersión cualquiera que sea el material.

Basicamente hay cuatro factores involucrados en la iniciación de la caries dental:

- 1.- La susceptibilidad de la superficie dental a la agresión del ácido.
- 2.- La placa bacteriana adherida a la superficie dental.
- 3.- La actividad bacteriana en la placa.
- 4.- La ingestión de carbohidratos en la placa.

La interacción de estos factores se ilustra por una simple ecuación:

$$\text{Placa Bacteriana} + \text{Sacarosa} = \text{Acido} + \text{Superficie Dental} - \text{Susceptible} = \text{CARIES}$$

Parece que la eliminación de estos factores, disminuye o previene el establecimiento de la caries. La prevención de la formación de la placa en la superficie dental, podría dar una medida considerable del control de la población bacteriana, así mismo, disminuirá la habilidad de

la sacarosa para mantenerse en contacto con el diente. El control de la placa es discutible, pero siempre existe el dilema de que la máxima cooperación del paciente está involucrada, tan sólo con intentar la limitación de carbohidratos. Aumentando la resistencia de la superficie del esmalte del diente contra los productos ácidos continúa - - siendo el más importante recurso al presente, que puede - controlar la caries dental sin exigirle demasiado al paciente.

Cuando preguntan qué tan afortunados hemos sido en - cambiar los hábitos de la alimentación con respecto a los dulces y bocadillos, estamos obligados a responder "no, - para nada".

FLUORACION DEL AGUA PARA BEBER

La resistencia de la superficie del esmalte del diente a la agresión de ácidos puede ser muy aumentada por la incorporación de pequeñas cantidades de iones flúor, para que los cristales de hidroxiapatita se conviertan en hidroxifluorapatita.

La formación de esta solubilidad resistente explica el modo de acción de los fluoruros como agentes preventivos. El esmalte enriquecido con flúor puede encontrarse - en las capas externas en una extensión de 30 a 40 micrometros, con las más altas cifras de flúor cerca de la superficie, esto podría explicar la capacidad de los compues--

tos fluorados para actuar localmente; un proceso de difusión e intercambio se lleva a cabo en la superficie y esto también tiene lugar entre los iones salivales y la superficie del esmalte. Así, hay un paso bidireccional a través de la membrana superficial del esmalte, pero si los iones de fluoruro se combinan en alguna forma con los agentes salivales para formar compuestos solubles NO iónicos o de lo contrario se pierden con iones de Calcio similarmente extraviados, entonces la resistencia de la superficie del diente disminuirá. Así mismo, un aumento de flúor en los iones hacia adentro y de ahí que eleve el contenido de hidroxifluorapatita.

En el niño, el diente en crecimiento recibirá los materiales de construcción necesarios del plasma sanguíneo y así el contenido de flúor del esmalte, en este punto, dependerá por completo de la absorción de flúor por vía general. Después de la erupción del diente, tiene lugar la maduración del esmalte y hay evidencia considerable de que una gran cantidad de flúor incorporado es local. Por lo tanto, puede suponerse que el flúor actúa por 2 vías, una sistémica y otra local.

La medida más importante en término de control de caries en todos los aspectos es la fluoración de los abastecimientos de agua pública, garantizando una cifra óptima de un p.p.m (parte por millón) de flúor.

Los efectos a largo plazo son máximos, si la cifra -

optima de flúor en el agua es aprovechable desde el nacimiento. Los niños pasan a edad adulta con un mayor número de dientes sanos. La necesidad total de la Odontología Restauradora está reducida y aquellas obturaciones que son necesarias son, por lo general, simples.

Un aspecto ligeramente negativo de la fluoración del agua, es que los niños residentes en comunidades con agua fluoridada tienden a buscar examen sistemático y cuidado dental a edades avanzadas. Adicionalmente, los odontólogos de esas comunidades tienden a suponer que no son necesarias otras medidas preventivas, o no son eficaces o ambos casos.

Aunque la fluoridación del agua es extremadamente útil para combatir la caries dental, debe ser complementada por visitas regulares tempranas al odontólogo. Este a su vez debe reconocer que la reducción de la caries como consecuencia de la fluoridación del agua no es la respuesta completa, especialmente para pacientes individuales. También las visitas regulares al odontólogo para recibir otros cuidados preventivos y tratamientos restaurativos son importantes para lograr un programa completo de salud bucal.

APLICACION TOPICA DE FLUORURO

En las comunidades rurales, en donde los individuos obtienen su agua potable de pozos, sisternas o manantiales,

los beneficios de la acción del fluoruro dependerían de algún otro método de terapéutica general, que influiría la fluoridación del agua escolar, (3 a 5 ppm de fluoruro) para que el niño este protegido durante los 7 días de la semana; tabletas de fluoruro o alguna forma de terapéutica tópica de fluoruro que podría ser la administración de fluoruro en el consultorio realizada por el odontólogo o la auxiliar dental.

Otro método de aplicación tópica personal sería la administración de fluoruro con las pastas dentrificas u otros compuestos de fluoruro o ambos casos.

Aunque es muy difícil interpretar las diversas variables que intervienen en la aplicación tópica de fluoruro, se debe conceder atención a:

- 1.- La naturaleza del fluoruro.
- 2.- La concentración de fluoruro.
- 3.- El número de aplicaciones, y
- 4.- Los procedimientos para el tratamiento.

NATURALEZA DEL FLUORURO

En los últimos años se ha hecho evidente que las soluciones aciduladas de fluoruro de sodio (NaF) y fluoruro estannoso (SnF_2), son los más eficaces.

CONCENTRACION DE FLUORURO

El fluoruro de sodio es aplicado generalmente con una solución al 2% en agua destilada y el fluoruro estannoso en soluciones de 8 a 10%. La solución o gel de fos-

fato acidulado de flúor contiene 1.23% de iones de flúor.

NUMERO DE APLICACIONES

La solución neutra de fluoruro de sodio al 2% debe aplicarse en 4 tratamientos, en un periodo de un año.

La solución acidulada de fluoruro requiere solo una aplicación anual o cada 6 meses.

El fluoruro estannoso se aplica cada año o cada 6 meses. El niño paciente promedio debe ir al odontólogo cada 6 meses para un examen dental, y en esa ocasión es cuando el odontólogo estimará conveniente administrar tratamiento de profilaxis y fluoruro.

TRATAMIENTO

TECNICA

- Revisar que los tejidos gingivales y periodontales estén sanos para evitar la aplicación de soluciones concentradas de fluoruro tópico que irriten los tejidos periodontales y gingivales que se encuentren inflamados.
- Limpiar previamente los dientes antes de la aplicación, utilizando de preferencia pasta que contenga flúor.
- La seda dental debe pasarse a través de los puntos de contacto, para remover cualquier placa o restos, en las áreas proximales.

- Los dientes se aíslan con rollos de algodón empezando por un cuadrante, colocando un aspirador de saliva de alta velocidad para mantener el área.
- Los dientes limpios y aislados se secan con la jeringa de aire y se aplica a cada superficie dental la solución de fluoruro de sodio al 2%, incluyendo las superficies proximales, con un aplicador de algodón o rocío.
- Se deja secar la solución sobre las piezas de 3 a 5 minutos.
- Después que se ha completado cada cuadrante, se le permite al paciente que escupa completando los otros cuadrantes en turno. Al terminar la total aplicación, se deja que el paciente escupa y no se enjuague ni coma durante 39 minutos.
- Si lo hacemos con ayuda de aplicadores en forma de cucharillas, al terminar se le indica al paciente que no debe enjuagarse la boca ni comer ni beber ningún líquido.

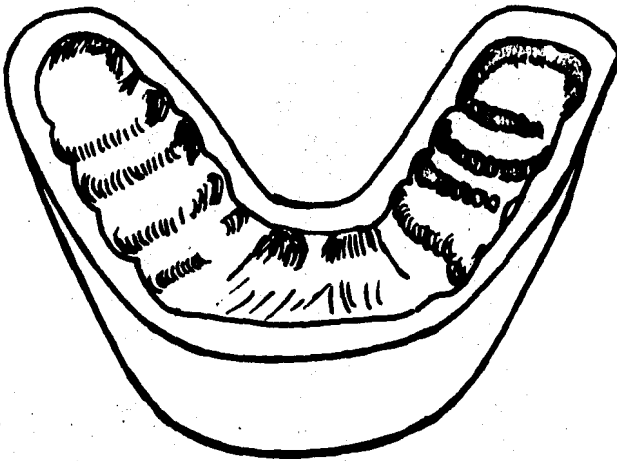
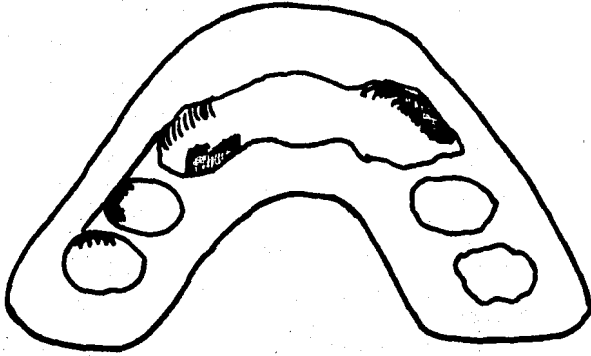
El método aconsejado para tratar tópicamente las piezas con fluoruro estannoso consiste en mantener húmedas las piezas con la solución de fluoruro estannoso durante 4 minutos, aplicando la solución cada 15 a 30 segundos.

Se ha observado que el fluoruro incorporado al esmalte exterior durante los tratamientos tópicos es eliminado

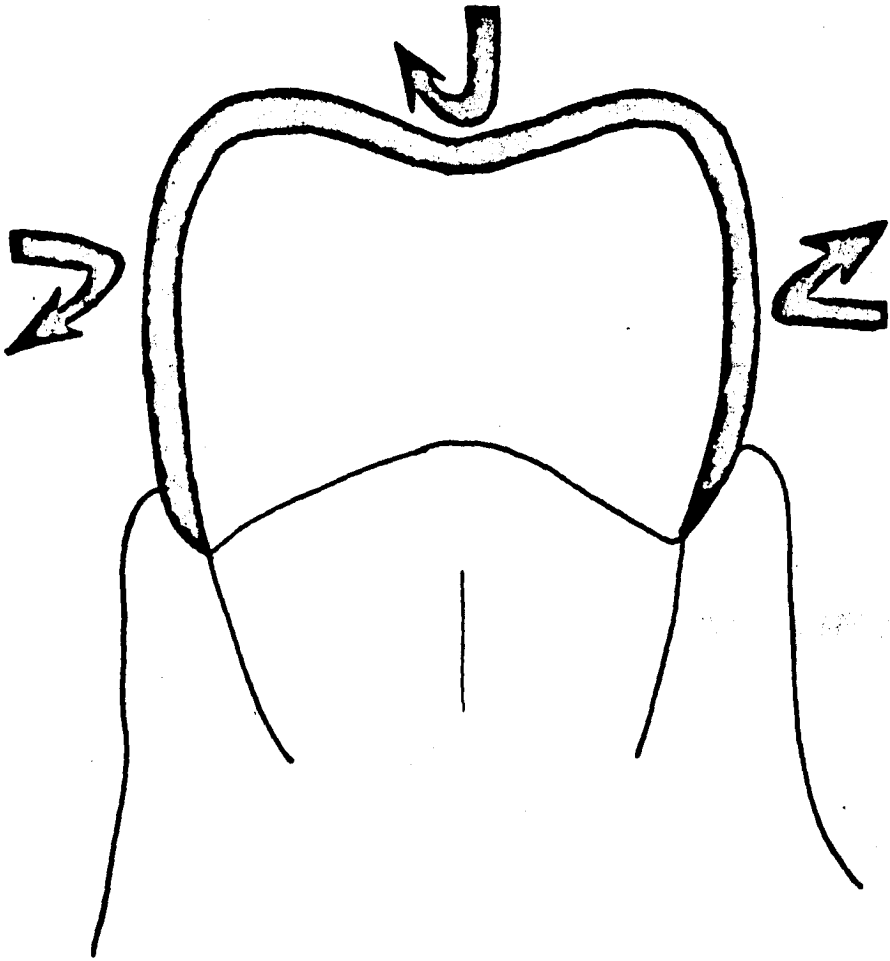
progresivamente por la acción superficial de los alimentos, por el cepillado dental con pastas dentrificas sin fluoruro o por transferencia ionica del ion fluoruro del esmalte al medio.

Por ello se considera importante mantener el contenido de fluoruro más elevado posible recomendando suplementar los tratamientos tópicos de fluoruros con cepillado regular de las piezas con pastas dentrificas fluoridadas.

También se ha sugerido cubrir las piezas con una capa grasa de silicona, después de la aplicación tópica de fluoruro, ya que la retención de éste en el esmalte será mayor.



APLICADORES ANATOMICOS DE FLUORURO



**EL FLUORURO ENDURECE LA SUPERFICIE DEL DIENTE HACIENDOLO
MAS RESISTENTE A LA CARIES**

CAPITULO V

LOS MALOS HABITOS

El estudio de los hábitos bucales infantiles, no sólo competen al dentista, sino también interesan al pediatra, al psicólogo, al patólogo especialista en problemas de lenguaje; ya que sus causas son múltiples.

Así, un hábito bucal puede tener sus raíces en profundos problemas psicológicos, tales como depresiones ocasionadas por separación de los padres, falta de amor, - - atención, malos tratos, etc., de tal forma que aún cuando el niño sea tratado por el dentista el mal hábito bucal puede ser reemplazado por otro hábito, como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. De tal forma que en ocasiones es difícil romper el hábito y en otras es posible.

De todas formas, generalmente cuando el niño con malos hábitos acude al dentista ya se han establecido en -- cambios estructurales dañinos sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones.

Por ello, es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales.

HABITO DE SUCCION O CHUPADEDO (REFLEJO DE SUCCION)

Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo -

de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión, lo que permite al niño alimentarse de su madre y agarrarse a ella. Este patrón de succión del niño responde a la necesidad de alimentarse.

A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos y gustados.

Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo; si la sensación es desagradable, lo escupe. En esta forma el niño prueba, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Si los objetos introducidos en la boca son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hombre de otro malestar, al introducirse su dedo o pulgar en la boca, éste se vuelve el sustituto de la madre. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

En un estudio en serie, conducido por Rakosi, de 693 niños considerados como succionados de pulgar, 60% de --

ellos habfan abandonado el hábito después de menos de 2 - años, presentando la mayoría, oclusión normal. De los 413 niños que presentaban algún tipo de maloclusión, se encontró que habían continuado su hábito de succión del pulgar u otro dedo más de 4 años. Esto llevó al investigador a - concluir que la succión del pulgar podía ser un factor -- causal de maloclusión, especialmente la de Clase II. Sin- embargo, en muchos de estos casos se observa, que, cuando se abandona el hábito, la dentadura permanente se normali- zaba.

CONSECUENCIAS

- Los dientes anteriores superiores se vestibulari-- zan.
- Se ejerce una presión sobre el paladar, provocando en muchas ocasiones mordidas cruzadas.
- Provocan un freno en el desarrollo en el maxilar - inferior, provocando que este se quede atrás y -- evita que se desarrolle correctamente (Clase III)

La gravedad del desplazamiento dentario estará en re- lación directa con la intensidad, fuerza por tiempo de ca- da período de succión.

HABITO DE LENGUA

Al igual que con la succión del pulgar, el empuje -- lingual produce protrusión e inclinación labial de los in- cisivos superiores, pudiendo presentarse además, depresión

de los incisivos inferiores con mordida abierta anterior, el odontólogo debe dar igual importancia al hábito de empuje lingual o una lengua agrandada que pueden ser causa en la formación de mordida abierta y piezas anteriores en protrusión y no solo preocuparse por el hábito de succión del pulgar.

Este hábito puede ser consecuencia de la succión de un chupón con orificio demasiado grande y el niño trata de reducirlo con la lengua.

Muchas veces van acompañados los hábitos de dedo, -- lengua o de respiración bucal cuando el niño pierde los -- dientes temporales o cuando tiene dificultad al respirar -- porque padece una sinusitis. Es el más fácil de detectar -- al tragar saliva, ya que ésta sale por los espacios de -- las piezas que faltan.

También en este hábito los dientes anteriores superiores tienden a vestibularizarse.

BRUXISMO

Este hábito, que consiste en frotar los dientes entre sí, es nocturno y a veces diurno, es posible que tenga -- una base emocional, ya que generalmente ocurre en niños -- muy nerviosos e irritables. También puede ser ocasionado -- por interferencias oclusales y enfermedad periodontal, co -- rea, epilepsia y meningitis.

Las manifestaciones clínicas son:

- Facetas de desgaste oclusal no funcionales.
- Sensibilidad de los músculos de la masticación.
- Incremento del tono muscular y espasmos.
- Hipertrofia de los músculos masticadores.
- Rigidez y dolor de la Articulación Temporo-Mandibular.
- Aumento de la movilidad dentaria.
- Gingivitis ulcerativa aguda.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra.

SUCCION LABIAL

Este hábito generalmente se presenta en edad escolar, cuando ya el niño puede cooperar, de tal forma que si se le motiva lo suficiente es fácil lograr que lo abandone.

CONSECUENCIAS

- Enrojecimiento de labios.
- Resequedad de labios.
- Protrusion alveolar (superior)
- Retrusión o Intrusión alveolar (inferior)
- Falso prognatismo (Clase III)
- Mordida cruzada en anteriores.
- Hay diastemas.

INTRODUCIR INSTRUMENTOS

Entre otros hábitos nocivos se encuentran la introduc

ción de objetos tales como abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, destapar refrescos con el canino y premolares; morder lápices, gomas de borrar, -- mordedura de uñas, que pueden ocasionar pequeñas fracturas de los bordes incisales de los dientes anteriores -- con gingivitis asociada al trauma continuado y piezas -- parcialmente privadas de esmalte labial.

CAPITULO VI

CONSEJOS DIETETICOS PARA LA PREVENCION DE CARIES DENTAL

La diferencia entre nutrición y alimentación es bien significativa.

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

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

De acuerdo a estas definiciones podemos afirmar que nos ocupamos principalmente de la nutrición y su subsecuente susceptibilidad a la caries dental.

Para las necesidades correctas de nutrición, debe haber una ingestión balanceada de alimentos tales como: carne, frutas, vegetales, leche y pan, que van a proporcionar las proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales necesarios para la salud. Al describir a alguien como sufriendo de desnutrición, no necesariamente está implícito, aunque se infiere a menudo, que hay insuficiente ingestión de comida, pero que el proceso nutricional está errado, ya sea por ingestión excesiva o ingestión alterada.

Sin embargo, si hay interés respecto al estado nutricional del paciente, por ejemplo escorbuto, entonces debemos referirlo al médico.

No obstante nuestro interés como dentista debe ser en el sentido de una alimentación balanceada en nuestros pacientes, y en particular, con la advertencia relativa a la ingestión de carbohidratos; debido a que la formación de placa y, por lo tanto, la caries y la enfermedad periodontal aumenta considerablemente con la ingestión de cantidades elevadas de sacarosa.

Por lo tanto, debemos instruir al paciente acerca -- del origen bacteriano de la placa y de como la sacarosa -- toma parte en esta formación en numerosas formas, una de las cuales es proporcionando nutrición a las bacterias, ya que la sacarosa les sirve como medio de cultivo.

Los siguientes consejos son probablemente sólo de valor en cuanto su uso si se repiten a menudo con explicaciones de las razones por las que se dan tales consejos:

- La ingestión de carbohidratos es usualmente excesiva y debe reducirse hasta donde sea posible. Esto beneficia a los dientes, previene la obesidad.
- Para la prevención de la caries se ha demostrado -- que la ingestión limitada de azúcar, producirá -- una tasa más baja de caries, que si se permite el azúcar entre comidas.
- Debemos hacer énfasis en los peligros de la fre--

cuenta ingestión que ocurre en un período de 24-- horas siendo peor, no tanto desde el punto de vista generalmente, sino por la cantidad de la ingestión de carbohidratos.

- Debe probarse la substitución por bocadillos con - sabor de frutas, sin azúcar de los carbohidratos, especialmente con niños, donde pueda ser posible- evitar cultivos de un "diente dulce".
- El tipo de alimentos consumidos que contienen azú- car es importante. Parece ser que los líquidos -- son menos perjudiciales que las substancias pega- josas que se adhieren a las superficies de los -- dientes. Recomendar sopas por ejemplo.
- Deberá recomendarse la carne, el pescado, aves y - productos lácteos, hortalizas, pan moreno, frutas frescas y ensalada.

Podemos reforzar estos consejos con pruebas de sus-- ceptibilidad como la de SNYDER, la de lactobacilos, la de solubilidad al esmalte y la de reductasa salival.

PRUEBA DE SYDER

Esta prueba mide la capacidad de los microorganismos salivales para formar ácidos orgánicos a partir de un me- dio de carbohidrato que contiene un colorante indicador, - verde de Bromocresol, el cual cambia de verde a amarillo- en la escala de pH de 5.4 a 3.8.

METODO

Inmediatamente después de levantarse el niño, se le da un pequeño pedazo de parafina para que lo mastique. A los 3 minutos se recoge la saliva acumulada, en un recipiente estéril. Se agita vigorosamente y se toman con una pipeta 0.2 ml. de saliva, mezclándola al medio fundido a 50°C. El medio inoculado se incuba entonces a 37°C. hasta 72 horas. La velocidad de cambio de color de verde a amarillo indica el grado de actividad cariosa. Si ocurre dentro de las 24 horas, se considera que el niño presenta -- pronunciada susceptibilidad a la caries dental. Si el cambio de color requiere 72 horas clasifica al niño en el -- grupo de inactividad cariosa.

VENTAJAS

Esta prueba es más fácil de hacer en el consultorio médico, puesto que observar un cambio de color es más fácil que contar el número de colonias bacterianas y puede ser observada por el número de colonias bacterianas y puede ser observada por el niño mismo, y como consecuencia, tiene cierto valor para educar al paciente.

PRUEBA DE LACTOBACILOS

Esta prueba se basa en la detección cuantitativa de lactobacilos en la saliva.

METODO

Se recogen las muestras en la misma forma que en la-

prueba de Snyder. Después de agitar vigorosamente, se extraen muestras de 0.1 ml., que se esparcen uniformemente sobre una placa rocosa SL de agar. Se indicaban las placas durante 4 días y se cuentan las colonias de lactobacilos desarrolladas. Si multiplicamos por 10 el factor de disolución, tenemos un cálculo del número de lactobacilos en 1 ml. de saliva.

VENTAJAS

Esta prueba es igualmente predictiva que la de Snyder, con la pequeña desventaja de que es más fácil observar el color en la de Snyder, que contar el número de colonias bacterianas.

PRUEBA DE SOLUBILIDAD DEL ESMALTE

Es una prueba muy complicada, por lo que no es adecuada para procedimientos de consultorio.

Se basa en el hecho de que, al añadir glucosa a saliva que contiene esmalte en polvo, se forman ácidos orgánicos; los cuales descalcifican el esmalte, dando como resultado un aumento de la cantidad de calcio soluble en la mezcla de esmalte en polvo, glucosa y saliva.

El grado de aumento de calcio supuestamente es una medida directa del grado de susceptibilidad a la caries.

PRUEBA DE REDUCTOSA SALIVAL

Mide la actividad de la enzima reductosa presente en las bacterias salivales.

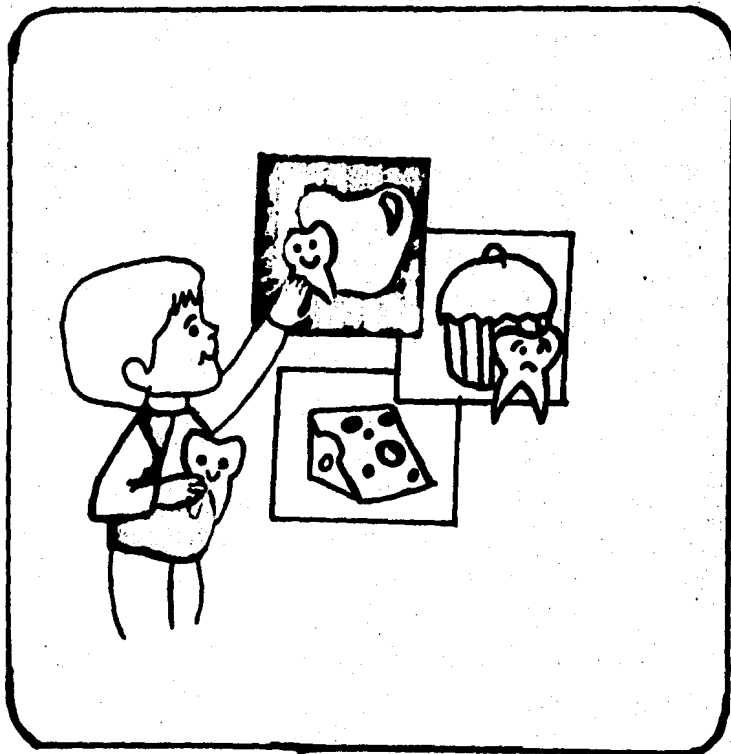
Se vende en un estuche llamado TREATEX.

METODO

Se recoge la saliva en un recipiente de plástico, se hace que el paciente mastique cera de parafina. Se mezcla entonces la muestra de saliva con el colorante DIAZORRE--SORCINOL, que colorea de azul la saliva.

Cuando se reduce el colorante, el color cambia y la lectura de "Capacidad cariogénica" se hace después de 15-minutos; no se requiere incubación ni otros tipos de procedimientos.

Generalmente, estas pruebas se emplean como procedimientos para educación y motivación del paciente, ya que se impresionan por la capacidad de los microorganismos salivales para fomentar carbohidratos, y por la reducción numérica que se puede lograr al limitar la cantidad y la frecuencia de carbohidratos dietéticos ingeridos.



LIMITACION DE LOS AZUCRES REFINADOS EN LA DIETA

CAPITULO VII

OPERATORIA DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA

La meta principal del odontopediatra es el preservar la integridad de las piezas caducas, para que se mantengan funciones normales y la exfoliación sea natural. Al lograr esta meta, el dentista obtiene la satisfacción de saber que ha utilizado todos sus conocimientos para preparar el camino para la erupción de piezas permanentes sanas, que ocuparán el lugar que les corresponde en los arcos dentales.

Además, el odontólogo debe imponerse otras metas para tener éxito en los tratamientos restaurativos en piezas infantiles.

Utilizando tiempo y esfuerzo deberá comprender y apreciar las necesidades de los niños y de sus padres.

Informar a los padres y a los niños sobre el valor que tiene el preservar la dentición primaria y la dentición permanente incipiente en los niños.

Transmitir a los padres la información sobre cuándo los dientes de los niños deberán recibir cuidados de restauración.

EDADES EN LAS CUALES SE LLEVAN A CABO CON MAYOR EXITO LOS TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS

Los cuidados de restauración generalmente se inician a los dos o tres años de edad. Sin embargo estos servicios pueden ser necesarios más tempranamente cuando los niños han seguido alimentándose con biberones endulzados, hasta los 2 años.

USO DE TECNICAS ODONTOLÓGICAS A CUATRO MANOS

El uso de las técnicas a cuatro manos es uno de los avances más importantes, en odontología, puesto que proporciona comodidad y sensación de bienestar tanto en los pacientes infantiles, como en el dentista y sus auxiliares. Disminuye marcadamente el cansancio posicional y abre varias oportunidades para la expansión de los deberes y del papel desempeñado por el personal auxiliar del consultorio.

Ofrece comodidad a los niños, al estar en posición reclinada mientras se les opera y además, pueden controlarse más fácilmente si tratan de moverse repentinamente.

USO DEL DIQUE DE CAUCHO

Para lograr excelentes cuidados de restauración infantil, nada más valioso que el uso del dique de caucho. Su superioridad en manos adiestradas está fuera de duda, debido a las siguientes razones:

- 1.- Da, tanto al operador experimentado como al que no lo es, la clave para el buen tratamiento de casi todos los niños.
- 2.- Al retraer las mejillas y la lengua lejos del -- campo de operación, literalmente dando al operador "manos extras", aumenta la cantidad y calidad de trabajo producido por unidad de tiempo. -- También disminuye la posibilidad de lesiones de broca en los tejidos, y de deglución o aspiración de materiales extraños.
- 3.- Proporciona un campo seco cuando es necesario para la preparación de bases, de recubrimientos -- pulpaes o pulpotomías, y para la inserción y -- condensación de restauraciones de amalgama.
- 4.- Permite el uso de rociados de aire y de agua en -- fresas de alta velocidad, y facilita el uso de -- puntas de aspiración de alto volúmen, sosteni-- das por la ayudante dental. Al mismo tiempo, se hace obvia la necesidad de utilizar eyectores -- de saliva, porque el niño en quien se está ope-- rando, está en posición reclinada extrema.
- 5.- Permite al operador mayor visibilidad total y mg -- yor accesibilidad para los procedimientos neces-- sarios.

El motivo por el cual el dique de caucho ejerce un -

efecto tan calmante en los niños, parece ser porque el --
niño "adquiere una sensación de seguridad, de protección--
por el hecho mismo de que los dientes parecen estar aisla
dos del resto del cuerpo".

EQUIPO

Un dique de caucho de 12.5 X 12.5 cm. (semipesado o
extrapesado)

Perforador de dique de caucho

Pinzas para dique de caucho

Arco de Young para dique de caucho

Seda dental encerada

Tijeras (de cuello y coronas curvas)

Jalea de petróleo

Grapas para piezas erupcionadas parcialmente. (Ivory
núm. 14, 14A)

Grapas para piezas erupcionadas totalmente. (S. S. -
White núm. 18, 206, y de Ivory núm. 00)

Papel azul de articular.

Debido al uso cada vez mayor de posiciones reclina--
das en procedimientos operatorios con niños, se sugiere --
una precaución adicional cuando se usan grapas. Cada gra
pa para dique de caucho deberá tener un segmento de 30 --
cm. de hilo dental doblado, enrollado, alrededor de su ar
co, antes de ser colocada sobre la pieza del niño. Una --
grapa preparada de esta manera no podrá ser aspirada por--
el niño.

DIAGNOSTICO Y ELECCION DEL TRATAMIENTO

La decisión de restaurar piezas primarias depende varias cosas, además de ser afectadas por caries. Lo que el dentista decida hacer se basará en su habilidad para manejar al niño.

Antes de restaurar una pieza deben considerarse los siguientes factores:

- 1.- Edad del niño.
- 2.- Grado de afección de la caries.
- 3.- Estado de la pieza y del hueso de soporte observado en radiografías.
- 4.- Momento de exfoliación normal.
- 5.- Consideración de espacio en el arco.

PREPARACION DE CAVIDADES

Es la serie de procedimientos empleados para la remoción de tejido carioso y tallado de la cavidad efectuados en una pieza dentaria, de tal manera que después de restaurada le sea devuelta salud, forma y funcionamiento normal.

Debemos considerar al Dr. Black como el padre de la operatoria dental, pues antes de que el agrupara las cavidades, les diera nombre, diseñara los instrumentos, señalara su uso, diera sus postulados y reglas necesarias para la preparación de cavidades, los operadores efectua-

ban este trabajo de una manera arbitraria sin seguir ninguna regla, ni principio y utilizando cualquier clase de instrumentos, de ahí que resultase desastroso la preparación y que los resultados fueran funestos.

En la actualidad desgraciadamente hay muchos operados que continúan haciendo simplemente agujeros y los resultados son pésimos.

POSTULADOS DEL DR. BLACK

Son un conjunto de reglas o principios que debemos seguir para la preparación de cavidades pues están basadas en reglas de ingeniería y más completamente en reglas físicas y mecánicas, lo que nos permite tener óptimos resultados.

La forma de la caja o cavidad debe ser de paredes paralelas, piso o asiento plano de ángulos de 90° .

Relativo a los tejidos que abarca la cavidad, paredes de esmalte soportadas por dentina sana.

Relativo a lo extensivo que debe ser la cavidad, extensión por prevención.

Relativo a la forma, ésta debe ser de caja paralela para que la obturación o restauración resista el conjunto de fuerzas que van actuar sobre ellas y que no se desaloje o fracture, es decir que tenga estabilidad.

CLASIFICACION

El Dr. Black dividió las cavidades en cinco clases,-

usando para cada una de ellas un número romano.

La clasificación de la preparación de cavidades en piezas permanentes originadas por Black, puede modificarse ligeramente y aplicarse a piezas primarias.

Estas modificaciones pueden describirse como sigue:

CLASE I

Son aquellas que se encuentran en molares en fosas y fisuras o defectos estructurales en la superficie oclusal. En el cingulo de dientes anteriores superiores en las caras bucal y lingual de todos los dientes.

CLASE II

Se presentan en caras proximales de piezas molares con acceso establecido desde la superficie oclusal.

CLASE III

Todas las superficies proximales de piezas anteriores sin abarcar el ángulo incisal.

CLASE IV

En bordes incisales de incisivos y caninos pero abarcando el ángulo incisal.

CLASE V

En el tercio cervical o gingival de todas las piezas, incluyendo la superficie lingual o bucal de todas las piezas dentarias, en donde el borde marginal no esta incluido

en la preparación de cavidad. (Obturación de punto).

ETAPAS EN LA PREPARACION DE CAVIDADES

- 1.- Diseño de la cavidad.
- 2.- Forma de resistencia.
- 3.- Forma de retención.
- 4.- Forma de conveniencia.
- 5.- Remoción de la dentina cariosa remanente.
- 6.- Tallado de las paredes adamantinas.
- 7.- Limpieza de la cavidad.

DISEÑO DE LA CAVIDAD

Consiste en llevar la línea marginal a la posición - que ocupará la cavidad al ser terminada.

En general debe llevarse hasta las áreas menos susceptibles a la caries (extensión por prevención) y que - proporcione un buen acabado marginal a la restauración.

Los márgenes deben extenderse hasta alcanzar es- -- tructuras sólidas (paredes de esmalte soportadas por den- -- tina).

En cavidades donde se presentan fisuras la exten- -- sión debe ser tal que alcance todos los surcos y fisu- -- ras.

Cavidades próximas unas de otras, en una igual pie- za dentaria deben unirse para no dejar un puente débil, - en cambio si existe un puente amplio y sólido deberán -- prepararse dos cavidades y respetar ese puente de tejido

El diseño debe llevarse hasta áreas no susceptibles a la caries y que reciben beneficios de la autoclisis.

FORMA DE RESISTENCIA

Es la configuración que se les dá a las paredes de la cavidad para que pueda resistir las presiones que se ejercen sobre la restauración u obturación.

La forma de resistencia es la forma de la caja en la cual todas las paredes son planas formando ángulos -- diedros y triedros bien definidos.

El piso de la cavidad es perpendicular a la línea -- del esfuerzo ideal para todo trabajo de construcción.

Las obturaciones y restauraciones son más notables -- en su estabilidad al quedar sujetas por dentina que son -- ligeramente elásticas a las paredes opuestas.

FORMA DE RETENCION

Es la forma que se le da a la cavidad para que las -- restauraciones u obturaciones no son desalojadas o se -- muevan debido a las fuerzas de vasculación o palanca.

Al preparar la forma de resistencia obtiene cierto -- grado de retención. Entre otras retenciones mencionamos -- la cola de milano, el escalón auxiliar de la forma de la -- caja, lo pibote y los pins.

FORMA DE CONVENIENCIA

Es la configuración que damos a la cavidad para fa--

cilitar nuestra visión y fácil acceso de los instrumentos, la condensación de los materiales obturantes.

REMOCION DE LA DENTINA CARIOSA REMANENTE

Los restos de la dentina cariosa una vez efectuada la apertura de la cavidad la removemos con fresas en su primera parte y después en cavidades profundas con escavadores en forma de cucharilla para evitar hacer la comunicación pulpar.

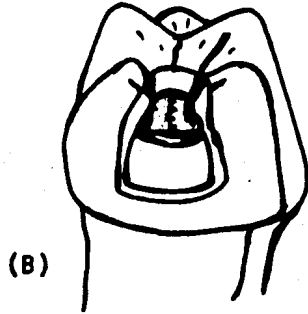
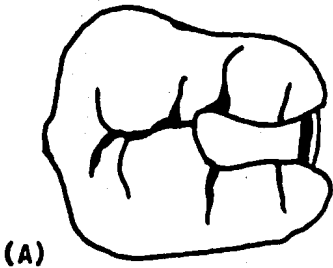
Debemos remover toda la dentina profunda reblandecida hasta sentir tejido duro.

TALLADO DE LAS PAREDES ADAMANTINAS

La inclinación de las paredes del esmalte se regula principalmente por la situación de la cavidad y la dirección de los prismas del esmalte, la friabilidad del mismo, las fuerzas de mordida, la resistencia del borde del material obturante, etc. Las técnicas intervienen también, en ellas si va hacerse obturación o restauración. Es absolutamente necesario emplear en estos casos material de resistencia de borde.

LIMPIEZA DE LA CAVIDAD

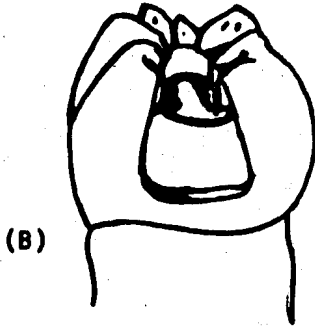
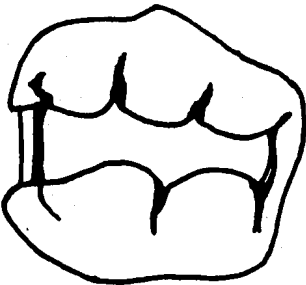
Se efectúa con agua tibia a presión, con aire o -- substancias antisépticas.



Primer molar primario mandibular, Cavity Distooclusal

A) Vista Oclusal; obsérvese el istmo conservador y pared axial ligeramente curva.

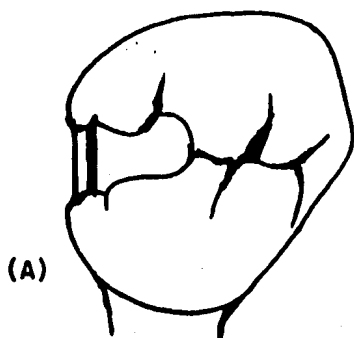
B) Vista Proximal; obsérvese la convergencia oclusal pronunciada y los ángulos de línea linguogingival y buccolingual de caja proximal ligeramente redondeada.



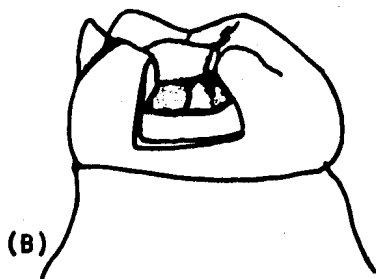
Segundo molar primario mandibular, preparación de cavity mediooclusal.

A) Vista Oclusal; obsérvese la tendencia conservadora en la extensión del surco.

B) Vista Proximal; obsérvese la convergencia pronunciada de la caja proximal hacia oclusal.



(A)

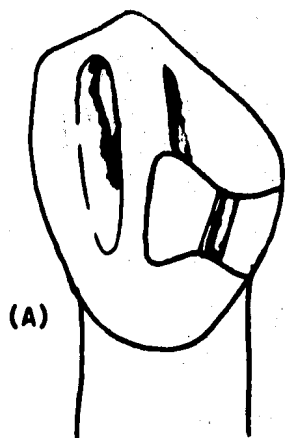


(B)

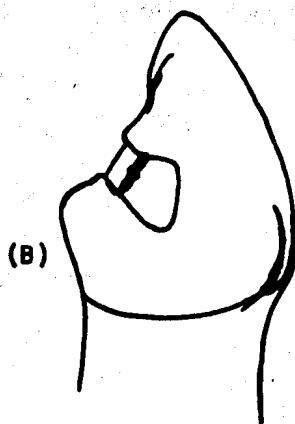
Primer molar primario maxilar, Preparación de Cavidad Disocclusal.

A) Vista Oclusal; obsérvese la pared axial ligeramente curva.

B) Vista Proximal; obsérvese el ángulo de línea Axiopulpar ligeramente biselado.



(A)



(B)

Canino Primario, Preparación distolingual.

A) Vista Lingual; obsérvese que la Cola de Milano está cortada a expensas de la pared gingival más que la incisal para evitar fractura después de atricción.

B) Vista Proximal; obsérvese las paredes incisal y gingival - con paralelas, que permiten acceso directo desde lingual.

CONCLUSIONES

Debido a la creciente demanda de asistencia dental-infantil, se estudian y perfeccionan continuamente nuevos enfoques del tratamiento de los niños, ya que en la actualidad hay más niños que necesitan asistencia dental, que dentistas disponibles para prestársela. Por este motivo y por los problemas planteados por los destrozos -- causados por la caries, persistirá por muchos años la necesidad de tratamientos restauradores de rutina.

Sin embargo, el dentista general en el futuro, tendrá que orientarse hacia la prevención, puesto que sus efectos ya se están manifestando en las ciudades en donde se ha fluorado el agua. Aquí los niños no se ven tan perjudicados por la caries dental como los niños de las localidades en las cuales no existe un programa preventivo de este tipo.

El tiempo que el dentista ocupaba para tratar la caries, lo dedicará a diagnosticar y tratar precozmente la enfermedad periodontal, evitando con ello futuros problemas; a guiar la oclusión, previniendo así, en algunos niños, la necesidad de un tratamiento ortodóntico importante; o trabajando con los niños minusválidos. Se convertirá en diagnosticador no solo de niños en la segunda infancia sino en la primera.

Como estas nuevas fases del tratamiento constituirán parte integral de todas las prácticas generales y no simplemente una parte ocasional, el dentista se esforzará en perfeccionarse cada vez más para estar a la altura de las necesidades y exigencias del paciente y de la profesión.

BIBLIOGRAFIA

- EL NIÑO DE 5 a 10 AÑOS
GESELL, ARNOLD
EDICION 1966
BUENOS AIRES, ARGENTINA

- ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA
LAW, LEWIS, DAVIS
EDITORIAL MUNDI
EDICION 1980
BUENOS AIRES, ARGENTINA

- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO
Y EL ADOLESCENTE.
RALPH E. Mc. DONALD
TRADUCCION DR. HORACIO MARTINEZ
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA

- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
SIDNEY B. FINN
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO, D. F. 1983

- MOTIVATING FOR PREVENTION
HERMAN CORN
PREVENTIVE DENTISTRY
NEW YORK, E. U. A.