

17
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HIGIENE ORAL EN NIÑOS POR MEDIOS
MECÁNICOS Y QUÍMICOS

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

Silvia Anaya Lainez

Vo. Bo.
Irma Celis B
ASESOR: C.D. Irma Isabel Celis Bravo

MEXICO, D.F.

JUNIO 98



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

262755



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios :

Por permitirme estar aquí para dar un paso más en mi carrera profesional.

A mi Padre :

Isaac F. Anaya M. por el apoyo, los consejos, dedicación y esfuerzos que me brindó para realizar mi formación humana y profesional, que son esenciales en mi vida.

A mi Madre :

Ma. Teresa Lainez G. por sus consejos, por ser mi amiga y compañera, por su apoyo y por estar siempre que la necesito.

A ambos gracias por su amor que es lo más grande que me han dado.

Los Amo.

A mis Hermanos :

Luis Daniel y Marco Antonio por todo el cariño, el apoyo y sus esfuerzos que me dieron siempre pero en especial por ayudarme en la elaboración de este trabajo.

Gracias por ser mis hermanos.

Los quiero mucho.

A mi tía Lucha, mi abuelita Ceci, mis primos Jatziri, Berenice, Ulices y Daniel, por su cariño y apoyo .

A mis abuelitos + Felipe, Catalina, Gonzálo y Baldomera, donde quiera que esten.

A mis tíos Javier y Cuca, mis primos Juan, Enrique y Angélica por su cariño y apoyo.

A mis tíos Sergio y Yolanda, mis primos Ulices, Artemisa, Antonio y Sergio por todo el cariño que nos han brindado.

A mi cuñada Mildred por su cariño y las porras que me dio para terminar mi carrera.

A todos gracias.

Con cariño.

A Catalina :

Por ser mi amiga durante estos 6 años que hemos pasado juntas por todos los detalles, por tus consejos y tu ayuda.

A Ana :

Por tu amistad, por compartir conmigo tu tiempo y tus consejos.

A Ambas con cariño gracias.

A mis amigos:

Blanca, Vero, Gabriel, Alfonso, Adrian, Rigo, por su amistad a todos gracias.

A la C.D. Irma Celis :

Un especial agradecimiento Por su ayuda en la elaboración de este trabajo y por compartir con nosotros sus conocimientos durante el seminario.

A todas las Doctoras que estuvieron con nosotros en el seminario.

A el C.D. Felipe Tellez por su amistad y por lo que compartió conmigo.

A todos los doctores que me dieron sus conocimientos en toda mi carrera.

Gracias.

Al honorable jurado con todo respeto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Facultad de Odontología.

Por permitirme ser parte de su comunidad.

Gracias.

INDICE

Hipótesis	1
Objetivo.....	2
Justificación.....	3
Introducción.....	4
1. Generalidades de la Odontología Preventiva.....	5
1.1Historia.....	5
1.2 Definición.....	6
2.Placa Dentobacteriana	8
2.1 Generalidades.....	8
3. Aditamentos mecánicos.....	10
3.1 Cepillo dental	10
3.1.1 Historia	10
3.1.2 Diseño y sus variedades.....	11
3.2 Técnica de cepillado	15
3.2.1 Técnica horizontal.....	16
3.2.2 Técnica de Bass	17
3.2.3 Técnica de Stillman	20
3.2.4 Técnica de Stillman modificada	20
3.2.5 Cepillado de lengua	21
3.3 Dentífricos	22
3.3.1 Componentes	23
3.3.2 Beneficios de las pastas dentales	25
3.4 Hilo dental	26
3.4.1 Construcción del hilo	26
3.4.2 Técnica para usar el hilo	27
3.5 Agentes visualizadores de placa dentobacteriana	28
3.6 Otros métodos para el control de placa dentobacteriana...	31
4. Aditamentos químicos para la higiene oral	33
4.1 Colutorios	33
4.1.1 Definición	33
4.1.2 Características	33
4.1.3. Clasificación	34
5. Higiene oral según la edad del niño en el hogar	41
5.1 Prenatal	41

5.2 Lactantes (0-1 años)	41
5.3 Niños (1-3 años)	42
5.4 Niños en preescolar (3-6 años)	42
5.5 Niños en edad escolar (6-12 años).	43
5.6 Adolescentes	44
Conclusiones	45
Bibliografía.	46

HIGIENE ORAL EN NIÑOS POR MEDIOS
MECANICOS Y QUIMICOS

HIPOTESIS

Determinar que la higiene bucal en niños será una medida básica para la prevención de enfermedades bucales prevalentes.

OBJETIVO

Ofrecer a los pacientes infantiles conocimiento, habilidades y motivaciones necesarias para mejorar su salud bucal con la ayuda de sus padres.

JUSTIFICACION

La higiene bucodental es la base de la odontología preventiva para tener dientes sanos, debe ser iniciada desde la infancia seleccionando los métodos adecuados para llevarla a cabo de forma sencilla, con entusiasmo, y convicción, utilizando un lenguaje comprensivo para el niño, estableciendo programas de mantenimiento, consiguiendo que la higiene oral y la prevención se convierta en el núcleo central de las actividades de los pacientes pediátricos y sus padres, proporcionando el éxito de sus programas de prevención para así minimizar las enfermedades dentales.

Partiendo de esta base se desarrolla el presente trabajo enfocándolo a los aditamentos auxiliares y de la prevención bucal.

INTRODUCCION

En la actualidad los profesionales dentales deben ofrecer orientación a los padres acerca del área preventiva de la odontología que dispone de diferentes y diversos métodos para evitar las enfermedades dentales y bucales que con mayor frecuencia se presentan en el individuo, en la edad temprana de este.

Los procedimientos que se utilizan son mecánicos, por ejemplo uso de cepillo dental, hilo dental, dentífricos (pastas dentales) y agentes visualizadores de la placa dentobacteriana (PDB) y los procedimientos químicos son el uso de colutorios antisépticos como ayuda adicional a fin de obtener resultados satisfactorios.

Es importante la participación de los padres en el uso de éstos aditamentos sobre todo en niños muy pequeños que aún no tienen bien desarrollada su destreza manual; ya que es claro que los problemas como la caries dental y las enfermedades periodontales requieren para su prevención alteraciones o modificaciones de los hábitos de los niños y preferencias de estos.

Este concepto debe quedar claro para los padres, el odontólogo debe inculcar y motivar una conducta que promueva una salud bucal, considerando a la boca como parte del cuerpo y no como una entidad aparte, de esta manera los padres y los niños son guiados adecuadamente optando por una conducta positiva; por una que favorezca el mantenimiento de la salud bucal desde la niñez hasta la edad adulta; ya que la higiene oral y el control de placa en el hogar del paciente forman el núcleo de la prevención .

Se debe elaborar un programa en el que intervengan el paciente y el odontólogo consistiendo por parte del paciente en: eliminación de PDB en los dientes mediante una buena técnica de cepillado, uso de hilo dental , enjuagues antisépticos, utilización de dentífricos que contengan fluoruro para dar a la superficie del esmalte resistencia a la caries.

Y por parte del odontólogo debe dar información al paciente sobre la utilización de estos aditamentos, por ejemplo una técnica de cepillado; además de una revisión periódica cada seis meses, y por último motivar al paciente para que realice su higiene oral.

1. GENERALIDADES DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

1.1 HISTORIA

"La odontología preventiva fue imposible hasta que no se tuvo un conocimiento básico de la naturaleza de las enfermedades dentales, un científico americano Willoughby D. Miller abrió la brecha con su trabajo sobre la microbiología de la boca e hizo a un lado la circunstancia de que los dientes se estropeaban y el objetivo del dentista era repararlos.

Licenciado en química, física y matemáticas partió a Europa para continuar sus estudios. En Berlín se encontró con un dentista americano que ahí ejercía; el Dr. Frank Abbott quien le recomendara entrar al campo de la odontología la cual necesitaba hombres como él que tenían una formación científica; entró en la consulta del Dr. Abbott. Regresando a EE.UU. como estudiante en 1879 obteniendo el título de DDS en la Universidad de Pensilvania, para después regresar a Berlín con el Dr. Abbott.

En 1884 se convirtió en profesor de odontología conservadora, durante esta década realizó una extensa investigación en aspectos de la odontología en el estudio de la bacteriología bajo la supervisión de Robert Koch descubridor del lactobacilo de la tuberculosis. Miller terminó con la publicación de su Tratado Microorganismos de la boca humana en 1890.

Los dentistas de esa época aceptaron unánimemente la teoría de Miller sobre los carbohidratos atrapados alrededor de los dientes que fermentaban debido a componentes bacterianos normales en la flora bucal y los ácidos resultantes descalcificaban el esmalte de los dientes, por lo que los dentistas se declararon en pie de guerra contra la caída de los dientes realizando el slogan simplista "Un diente limpio nunca se estropea", lanzaron una campaña para enseñar al público higiene

bucal. Otros investigadores al ver que el cepillado de los dientes no era suficiente para la remoción de placa dentobacteriana (PDB) tomaron medidas para elaborar dentífricos y lavados medicinales que pudieran contrarrestar la PDB.

Miller proporcionó la introducción de muchas mejoras en la práctica odontológica, como una activa profilaxis bucal, tanto por parte del dentista como del paciente".*⁷

1.2 DEFINICION

"La odontología preventiva es aquella que procura preservar la salud de los dientes y mantener las estructuras bucales en estado de salud óptima durante el mayor tiempo posible.

En el sentido más amplio del término, la odontología preventiva abarca tres niveles diferentes:

- a) Prevención primaria: comprende medidas encaminadas a evitar la aparición de la enfermedad por uno o mas de los siguientes procedimientos: 1.eliminación de agentes causales, 2. incrementando significativamente las defensas orgánicas y 3. confiriendo inmunidad o resistencia a un organismo susceptible.
- b) Prevención secundaria: aquellos métodos que previenen el desarrollo de la enfermedad y restaurar la función normal de un organismo, incluye diagnóstico oportuno y aplicación.
- c) Prevención terciaria: al no evitar la aparición de la enfermedad mediante la prevención primaria y los medios de prevención secundaria no han sido eficaces para evitar su avance, se debe aplicar hasta donde sea conveniente medidas tendientes a reparar el daño sufrido

y rehabilitar al individuo para prevenir su incapacidad permanente, ya sea total o parcial".*⁸

2. PLACA DENTOBACTERIANA

2.1 GENERALIDADES

Gracias al resultado de varias investigaciones, en la actualidad sabemos que desde que nacemos, existe un gran número de microorganismos en nuestra flora bucal, principalmente bacterias. Estas no causan daño mientras no se organicen y se pierde el equilibrio del medio ambiente bucal, pero si nos permitimos que logren organizarse, al no tener una buena higiene bucal, estamos favoreciendo un medio para el desarrollo y organización de las bacterias, formando así la placa dentobacteriana (PDB).

Su formación se da de la siguiente manera:

“Las pequeñas irregularidades de la superficie dentaria son fundamentales para el desarrollo de las dos grandes enfermedades que provoca la placa dental: caries y enfermedad periodontal. Las rugosidades de la superficie dentaria ayuda a la retención de placa dificultando su remoción mediante métodos manuales”.^{*2}

Una placa libre de bacterias compuesta por glucoproteínas salivales se forma con rapidez en la superficie limpia de esmalte y constituye la interfase de la superficie dentaria -placa dentobacteriana-, el mecanismo de unión entre la película de carga negativa y la pared celular de carga negativa, serían los iones calcio que actuarían como puente de unión para el comienzo de colonización que se produce por dos mecanismos: a) Los microorganismos se fijan a la superficie por adherencia selectiva multiplicándose hasta producir colonias y b) por ubicación en nichos ecológicos de la superficie dentaria tales como fosetas y fisuras.

“En el mecanismo de adherencia ciertos estreptococos colonizan la superficie dentaria iniciando el proceso de caries, estos estreptococos mutans se desarrollan en presencia de sacarosa y no de otros

azúcares, se producen grandes cantidades de glucanos y levanos extracelulares de alto peso molecular".*2

"Los glucanos insolubles cumplen 3 funciones:

- a) se fijan al esmalte
- b) aglutinan gérmenes
- c) almacenan sustancias de reserva:
 - *polisacáridos extracelulares (glucano y levano)
 - *polisacáridos intracelulares (glucógeno-amilopectina)
 - *hidratos de carbono (glucosa y fructuosa).

Los gérmenes fijados al esmalte utilizan para su metabolismo de polisacáridos de reserva, y forman ác. láctico como producto final.

De forma gradual, la placa va aumentando su espesor y madurando paralelamente, el proceso de maduración se produce por:

- a) crecimiento y coalescencia de colonias.
- b) crecimiento y aposición.
- c) complejidad de la flora".*2

Siendo la placa bacteriana el agente principal de caries y gingivitis que causan grandes trastornos a los tejidos que soportan al diente.

3. ADITAMENTOS MECÁNICOS

3.1 CEPILLO DENTAL

3.1.1 HISTORIA

Cientos de años antes de Cristo existían formas primitivas de cepillos dentales y el hábito de refrescarse la boca después de comer. "Se ha descubierto que en la antigüedad los africanos masticaban ramas de plantas con propiedades aromáticas con lo que obtenían no sólo aliento fresco sino que sus fibras proporcionaban un masaje gingival limpiando superficies dentales y es probable que esas fibras contenían aceites antibacterianos que ayudaban a remover la placa dental".*²⁴

"Por otra parte los árabes utilizaban las gruesas fibras de la raíz del árbol arrak, técnica que fue denominada siwak o miswak".*¹⁰ "En el siglo VII Mahoma reglamentó el uso del siwak y la higiene oral se volvió parte de la obligación para limpiar las superficies bucales, los espacios interdentes e incluso la lengua. El cepillado moderno se acredita a los chinos que durante la dinastía de Tang (608-907 a.c.) usaron cerdas de jabalí.

Pierre Fouchard padre de la odontología consideró que usar esponjas y raíces de hierbas era mejor para limpiar todas las superficies dentales. En 1780 William Addis confeccionó en Inglaterra lo que se llamó el "primer cepillo efectivo" que constaba de un mango de hueso con cavidades que contenían las cerdas naturales de cerdo fijadas con alambres".*²¹

A principios del siglo XIX, artesanos de varios países europeos construían mangos de oro, marfil y ébano a los que se les añadían cabezas de cepillos intercambiables.

En 1990 el celuloide reemplaza al hueso en la manufactura del mango.

Después conforme el paso del tiempo fueron evolucionando hasta llegar a los que conocemos actualmente.

3.1.2 DISEÑO Y SUS VARIEDADES

Para poder describir un cepillo dental se dice que se compone de la cabeza o parte activa, el mango y el cuello que une las dos partes, la cabeza es donde se fijan las cerdas que en grupo se les conoce como penacho. Los cepillos se encuentran en tres tamaños: grande, mediano y chico, también por la textura de sus cerdas, por su dureza o suavidad clasificándolos usualmente en duro, mediano y suave.

La textura de las cerdas pueden ser de nylon o poliéster y naturales, siendo las de nylon las más reconocidas por ser más flexibles, fáciles de limpiar, no se ponen húmedas ni pegajosas, el mejor nylon se fabrica por Dupont y se encuentra en diferentes formas como:

- a) "Hexagonal: proporciona un encaje mejor de los filamentos en la bases del cepillo y tiene mayor durabilidad.
- b) Mild-abrasive: el nylon tiene incluidas pequeñas partículas de sílice a lo largo de la superficie del filamento y proporciona mayor eficacia en la remoción de la placa, presenta mayor superficie de limpieza ya que la parte lateral del filamento.
- c) Circular: Filamento con adecuada absorción de agua, rigidez y flexión del eje con excelente arredondamiento y dureza.
- d) Rectángular: Tiene alineamiento en el mismo sentido del eje del cepillo promoviendo dos texturas diferentes: suavidad en la

parte lateral de los dientes y rigidez en la arcada dentaria, teniendo mayor durabilidad.

e) Trilocular: Filamentos capilarizados que le permiten tener fracturadas la puntas en multi-filamentos que permiten mayor penetración interdental y el surco gingival".^{*26}

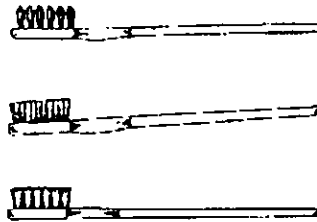
Las cerdas naturales se obtienen de porcinos y proceden de China, son cortas y de sección relativamente uniforme, tienen una textura bien definida en largos específicos y buena resistencia aunque son más caras por la cantidad de mano de obra que requiere su industrialización y la cerda es mas frágil que el nylon.

Las cerdas se presentan en hileras que pueden ser dos como mínimo y máximo cinco hileras, cada hilera lleva entre cinco y doce penachos con doce cerdas cada penacho.

El grosor de la cerda va entre 0.18 a 0.25 mm., en tamaño de la cabeza para niños es entre 2 a 3 cm. y de 3 a 3.5 en adolescentes.

Se menciona que el cepillo dental con cabeza recta, angosta y fibras de nylon que terminen en un sólo plano lo que permite abrirse en abanico y penetrar en áreas interproximal son las más eficaces.

Para el niño es recomendable el cepillo blando porque no provoca traumatismos en encías, con cabeza pequeña y un mango grueso para facilitar que el niño lo sostenga mejor para eliminar la placa dental; puede atraer la atención del niño si es de color neón y con caricaturas; debe cambiarse cada tres meses o antes si las cerdas están abiertas. Debe prestarse particular atención del reemplazo del cepillo de los niños porque su habilidad motora no es óptima y con un cepillo deteriorado disminuye aún más la posibilidad de una buena higiene bucal.



Diseño de tres diferentes cepillos

Dentro de las variedades del cepillo dental tenemos las siguientes:

a) cepillo con diferentes tamaños de cerdas que se recomienda su uso en pacientes pediátricos con tratamiento de ortodoncia, el cual tiene en el centro cerdas cortas que conforme se va llegando a los bordes laterales va incrementando su tamaño en forma de "V" y sirve para limpiar los brackets; otro cepillo para estos pacientes es el llamado crevicular con sólo dos filas de penachos.

b) Cepillo dedal fabricado especialmente para la limpieza de los primeros dientes temporales, este cepillo es fabricado con hule látex suavemente blando para no lesionar tejidos blandos del pequeño paciente y es utilizado con ayuda de la madre quien lo coloca en su dedo índice sosteniendo al niño sobre sus piernas con la otra mano y se cepillan sus dientes. También se puede utilizar una gasa húmeda enredada en el dedo índice y medio de la mamá y limpiar la boca de niños muy pequeños.

c) Cepillo dental eléctrico: Su uso ha recibido gran atención para utilizarlos en pacientes que eliminan mal la placa dental porque carecen de la suficiente destreza manual para manipular el cepillo, de este modo el cepillo eléctrico disminuirían la necesidad de la destreza, al incluir un movimiento automático de su cabeza. Aunque el uso de este cepillo con el tiempo muestra que los

resultados que se obtiene son comparados con los del cepillo manual.

Las indicaciones del uso de este cepillo se aplica en:

1.- Personas que carecen de destreza manual o disciplina necesaria para realizar una técnica de cepillado manual efectivo, pueden ser para los padres que cepillan los dientes de sus hijos.

2.- Pacientes física o mentalmente incapacitados. Además que esos pacientes lo pueden manipular más fácil y rápidamente.

3.- Pacientes portadores de aparatos de ortodoncia.

Las características del cepillado son:

A. Cabeza

“Esta separado del mango, el cual contiene la fuente de poder, por lo tanto es intercambiable, esta es más pequeña y el mango más grande que el cepillo manual.

B. Fuente de poder

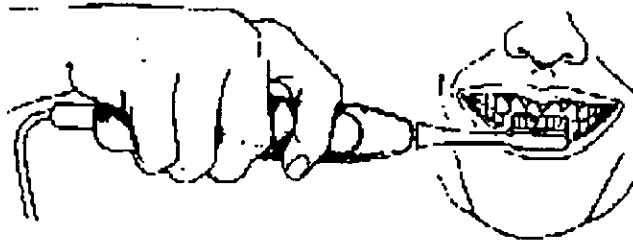
1. Directa. El cordón de enchufe esta directa al mango.
2. Batería. Puede ser reemplazada o recargable pero son caras.
3. Recargable. El cepillo es colocado dentro de un stand que contiene un recargador el cual se conecta al enchufe eléctrico.

C. Movimiento

Fuerzas cortas y rápidas ocurren en combinación con movimientos como:

1. Recíprocamente de atrás hacia delante.
2. Circular: las cerdas se mueven a manera de órbita.
3. Arqueado los filamentos terminan siguiendo un arco conforme se mueven de arriba hacia abajo.
4. Vibratorio

- 5. Elíptico: se mueve de manera oval.
- 6. Doble: combinación de movimientos". *16



3.2 TECNICA DE CEPILLADO

Todo cepillado consiste en cuatro movimientos básicos o combinados, 1) Movimiento recíproco horizontal (de ida y vuelta), 2) barrido vertical, 3) rotatorio y 4) vibratorio. En cualquiera de estos movimientos la eficiencia del cepillado se debe a la acción de las cerdas.

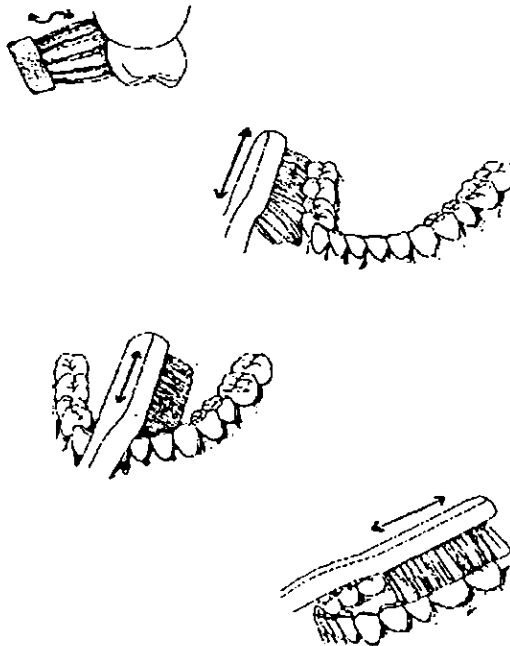
Siendo el hábito de la higiene oral uno de los más difíciles de lograr en nuestros pacientes, en los niños hay que simplificárselos y obtener su mayor cooperación e interés por lo que se refiere a la técnica adecuada de cepillarse debe iniciar en los niños pequeños hasta aproximadamente a los 11 años de edad, una técnica sencilla y de acuerdo a su habilidad motora, la de barrido horizontal, empleando movimientos vibratorios a los 7 años de edad, iniciando el 6o. grado escolar enseñar la técnica de Stillman o de Bass, ya que estudios realizados señalan que la habilidad motora ligada íntimamente a la edad del niño se da en forma específica hasta el 6o. grado escolar.

A continuación se describirá cada técnica de cepillado que utilizaríamos más para los niños.

3.2.1 TECNICA HORIZONTAL

Es la técnica mas usada y se recomienda para niños pequeños con dentición primaria debido a la anatomía en forma de campana de los dientes, o en niños con dificultades motrices que no les permite realizar una técnica más compleja.

Las cerdas del cepillo se colocan en una posición perpendicular a la corona del diente (90 grados con respecto al eje mayor del diente) y se desplaza hacia atrás y adelante con desplazamientos horizontales.



3.2.2 TÉCNICA DE BASS

DIENTES SUPERIORES

La cabeza del cepillo se coloca paralela al plano oclusal con la punta del cepillo distal al último molar. Las cerdas se colocan en el margen gingival en un ángulo de 45 grados con respecto al eje mayor del diente, en el eje mayor de las cerdas se aplica una ligera presión vibratoria y sus extremos se forzan en el interior del surco gingival vestibular. El cepillo se activa con movimientos cortos hacia adelante y atrás sin separar las puntas de las cerdas; en esa posición se efectúan 20 movimientos. Esto limpia los dientes a nivel vestibular abarcando el tercio apical de la corona clínica y también los surcos gingivales. El cepillo se levanta, se mueve hacia adelante y el proceso se repite en las zonas premolar y canina; después se levanta y se mueve de tal manera que su punta quede mesial a la prominencia canina para limpiar la mitad mesial del canino y los incisivos. Se continúa con el lado opuesto de la arcada cubriendo tres dientes a la vez, hasta completar toda la dentadura superior.

Para las caras palatinas se coloca el cepillo en un ángulo apical de 45 grados en las zonas de molar y premolar; cada sección se limpia con 20 movimientos cortos hacia adelante y hacia atrás. Para alcanzar la superficie palatina de los dientes anteriores, el cepillo se inserta en forma vertical y se hace lo mismo con el otro lado de la arcada.

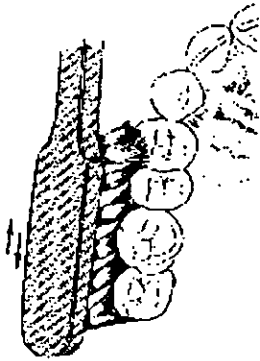
DIENTES INFERIORES

Los dientes inferiores se limpian de la misma manera que los dientes superiores, sección por sección, 20 movimientos en cada una. En la parte lingual anterior, el cepillo se inserta en forma vertical, usando la superficie lingual de la mandíbula como plano guía y también es posible en forma horizontal entre los caninos.

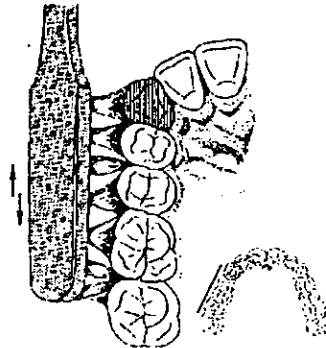
SUPERFICIES OCLUSALES

Las cerdas del cepillo se presionan con firmeza sobre las superficies oclusales con sus extremos tan profundos como sea posible dentro de

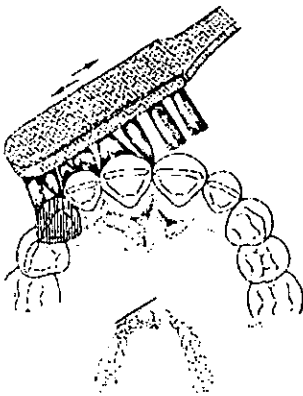
las fosas y fisuras. El cepillo se activa con 20 movimientos cortos hacia adelante y atrás y se avanza sección por sección hasta que todos los dientes posteriores de los cuatro cuadrantes estén limpios".*³



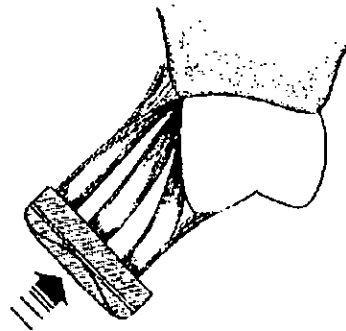
Posición en superficie vestibuloproximal de molares superiores.



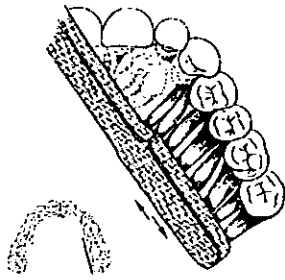
Posición en superficies vestibuloproximal de premolares y mitad distal del canino.



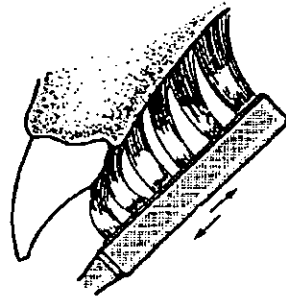
Posición en superficie vestibuloproximal de incisivos y mitad mesial del canino



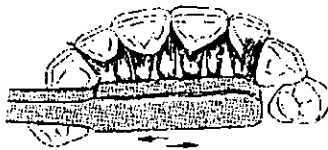
Posición correcta del cepillo



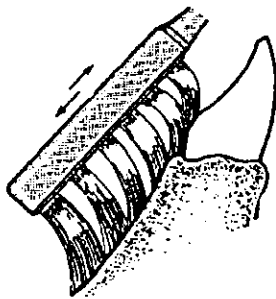
Posición palatina en molares y premolares



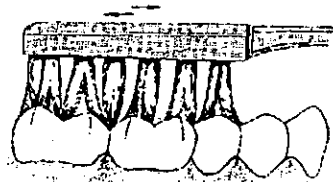
Posición palatina de los incisivos



Variación de la posición palatina del cepillo si el espacio lo permite en los incisivos



Posición lingual en los incisivos inferiores



Posición en superficies oclusales

3.2.3 TECNICA DE STILLMAN

Fue diseñada para estimulación gingival.

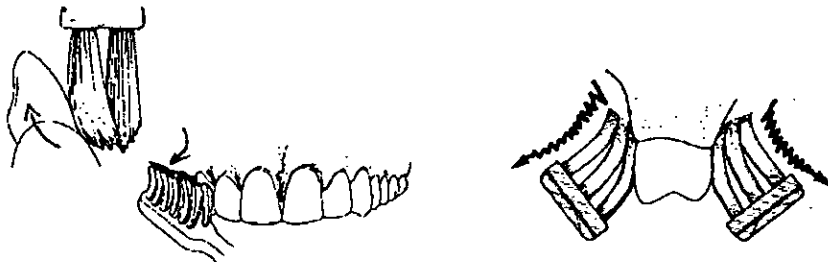
“El cepillo se coloca con las cerdas inclinadas en un ángulo de 45 grados al ápice del diente, con una parte del cepillo descansando en la encía y la otra en el -diente; se efectúan movimientos vibratorios con una pequeña presión de las cerdas para estimular la encía, repitiendo la operación en todas las áreas de la boca”.^{*5}

3.2.4 TECNICA DE STILLMAN (modificada)

“El método de Stillman modificado es para estimular y limpiar la zona cervical. Posteriormente se incluye el movimiento de barrido para la limpieza de las coronas clínicas.

El cepillo se sujeta y se colocan las cerdas en dirección apical a un ángulo de 45 grados, sobre la encía insertada. Las cerdas deberán ser flexionadas con la suficiente presión para provocar una ligera isquemia gingival y se activa con un pequeño movimiento circular o giratorio. El movimiento de rotación se repite de ocho a diez veces. Cuando éste se haya realizado se barre con el cepillo desde la encía hasta la superficies oclusales. Con un cepillo de cerdas blandas, las cerdas se adaptan a la zona interproximal al terminar el movimiento de barrido. El movimiento de rotación y barrido se realiza varias veces antes de colocar el cepillo en la siguiente zona, cuidando de volver a incluir al menos un diente de la región anterior para asegurar que el orden del cepillado limpie todas las zonas. La sección lingual anterior se cepilla colocando la punta del cepillo en la encía, girándola y

haciendo un movimiento de barrido hacia los bordes incisales. En ésta zona sólo se pueden limpiar dos dientes a la vez con cada colocación del cepillo. Se termina con el cepillado oclusal y el de la lengua".*³



3.2.5 CEPILLADO DE LA LENGUA

Se recomienda que el padre realice en los niños pequeños un ligero cepillado en la lengua con las cerdas apuntando hacia la garganta en forma de barrido hacia adelante de seis a ocho veces aunque no se podrá hacer en todos los niños pequeños porque en algunos se provocará sensación de asco.

En los niños más grandes que ya pueden realizar el cepillado ellos mismos también se les enseña a cepillar su lengua y paladar para reducir los restos alimenticios, la placa y el número de microorganismos orales; ya que las papilas linguales son área propicia para la retención de bacterias y residuos.

3.3 DENTIFRICOS

Son compuestos que se presentan comercialmente en forma de pasta o polvo y que ayudan con el cepillado a eliminar restos alimenticios, colonias bacterianas y otros detritos que se depositan en los dientes y espacios interdentarios; se pueden considerar dos tipos de dentífricos:

1) Los que contiene básicamente abrasivos, detergentes, conservadores y algún aromatizante, cuya función es facilitar la limpieza dental y proporcionar una sensación de frescura bucal

2) Otros que además de los componentes mencionados son utilizados como vehículo de algún fármaco, especialmente:

- a) Fluoruros con objeto de contribuir a la prevención de caries
- b) Compuestos que inhiben la formación de placa y cálculos.
- c) Elementos que disminuyen la sensibilidad en el cuello dental

Un dentífricos infantil debe llevar flúor, tener un bajo índice abrasivo y estar aceptado por la asociación dental americana.

Los dentífricos a elegir en el caso de los mismos son pastas o geles modernos con frascos originales; ya que un niño sigue los procedimientos de higiene oral si los instrumentos necesarios para ello son de su agrado.

Es importante que los padres sepan cual podría ser la pasta dental para sus hijos, por lo que deben conocer los componentes de ésta, la cual debe contener flúor, que es muy importante durante la erupción de los dientes primarios para prevenir caries de temprana edad, sobre todo porque una ingesta excesiva de flúor puede acarrear problemas dentales en los niños.

También los padres deben saber como utilizar la cantidad de pasta en los primeros seis años de los niños por ejemplo:

- En niños menores de 4 meses, no usar pasta en el cepillado.
- En niños de 4 a 6 meses, 2 penachos del cepillo con pasta.
- De 6 meses a 2 años, puede poner menos de $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{4}$ y hasta $\frac{1}{2}$ tira de pasta
- De 2 a 4 años $\frac{1}{2}$ tira de pasta.
- De 4 a 6 años de $\frac{1}{2}$ a 1 tira completa de pasta.

3.3.1 COMPONENTES DE LAS PASTAS DENTALES QUE SE UTILIZAN EN LOS NIÑOS

"Pasta dental de triple acción (Aquafresh): Agente anticaries monofluorofosfato de sodio, abrasivo carbonato de calcio, pulidor dióxido de silicio, saborizantes humectantes y demulentes .

Colgate bicarbonato de sodio, bicarbonato de sodio en la prevención de halitosis, agua como humectante, sílica hidratada como pulidor, lauril sulfato de sodio como agente limpiador, goma de celulosa como espesante, saborizante y fluoruro de sodio como agente anticaries

Crema dental colgate junior : Indicada para la higiene de los niños. sílice precipitada como pulidor, lauril sulfato de sodio como limpiador, fluoruro de sodio como agente anticaries y saborizante.

Crema dental colgate MFP II : Fosfato dicálcico como pulidor, lauril sulfato de sodio como limpiador , monofluorofosfato de sodio y fluoruro de sodio como anticaries, y sabor a menta.

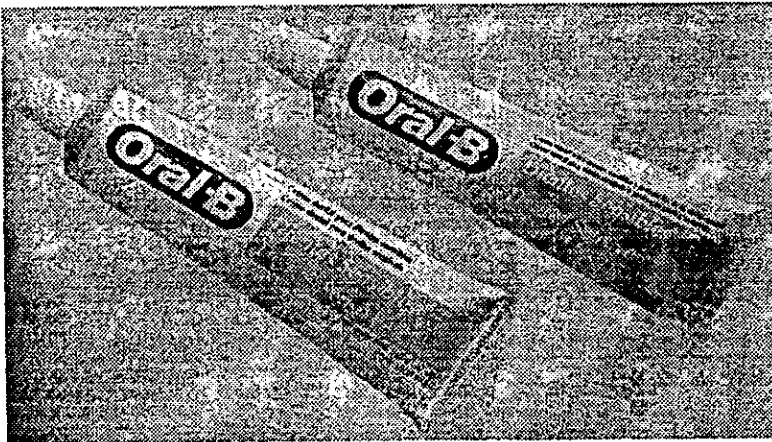
Crema dental Fresca -- Ra : Sílice precipitada como pulidor, lauril sulfato de sodio como limpiador, monofluorofosfato de sodio y

fluoruro de sodio como anticaries, en una formulación de gel transparente.

Crest para niños sabor crípa gel : Contiene principalmente pulidores (sílice hidratada), limpiadores (alquilsulfato de sodio), saborizantes y colorantes (color azul translúcido con chispas, sabor frutal a goma de mascar).

Crest pasta dental con fluoristat, (prevención de caries): Contiene principalmente pulidores (sílice hidratada), limpiadores (alquilsulfato de sodio), agente anticaries (fluoruro de sodio), saborizantes y colorantes (sabor menta y color azul claro). Las pastas dentales que contiene fluoruro de sodio proveen valores de protección anticaries".*⁶

Oral B para dientes sensibles: Son menos abrasivas, contienen hidroxiapatita que es efectiva contra el dolor producido por el contacto y los cambios térmicos, cuenta con flúor para prevención de caries, Nitrato de potasio para la hipersensibilidad.



3.3.2 BENEFICIOS DE LAS PASTAS DENTALES

- *Auxiliar efectivo en la prevención de caries
- *Limpiar eficazmente sin desgastar el esmalte dental
- *Tienen un sabor suave y agradable que invitan a los niños a cepillarse; además dan sensación refrescante.

- *Ayuda a prevenir gingivitis.
- *Algunos dicen que evitan la formación de placa dental hasta las 12 horas.
- *No solo da limpieza a los dientes , también a los tejidos blandos.
- *Mantiene el PH de la boca estable .

3.4 HILO DENTAL

Utilizado desde principios del siglo XIX, es uno de los elementos auxiliares de más utilidad para obtener la eliminación de la placa en áreas interproximales, dado que estas zonas presentan características personales diferentes. Existen varios tipos de hilo dental; delgados y gruesos, con cera o sin cera elaborados con diferentes materiales principalmente seda y nylon; aunque en 1941 como consecuencia de la excesiva demanda de material de curación que generó la 2a Guerra Mundial, la seda natural se convirtió en un material muy escaso, por lo que se empezó a utilizar el nylon para la fabricación del hilo dental. Estos aditamentos son especialmente útiles para aquellos niños que están bajo tratamiento ortodóntico, sin embargo estos no eliminan completamente la placa dental, por lo que hay que utilizarlos como un complemento al cepillado dental.

El empleo del hilo dental deberá ser realizado por algunos de los padres, hasta que el niño tenga la suficiente habilidad motora y pueda utilizarlo por sí solo de manera adecuada. En los niños que tienen espacios amplios entre los dientes de la parte anterior de la boca, el hilo se usará solamente en la zona de los molares. Esto es, la parte posterior de la boca.

3.4.1 CONSTRUCCIÓN DEL HILO

Está constituido por filamentos individuales de 2 a 3 deniers. El espesor del hilo varía entre 4 y 18 terminaciones. A medida que las terminaciones (fibras formuladas por filamentos) disminuyen y aumentan el riesgo de que se deshilache y si aumenta, esta posibilidad decrece. Pero para evitar el deshilache se le puede empastar con cera o sin ella, extrafinos; con cera mentolada; en forma acintado, etc.

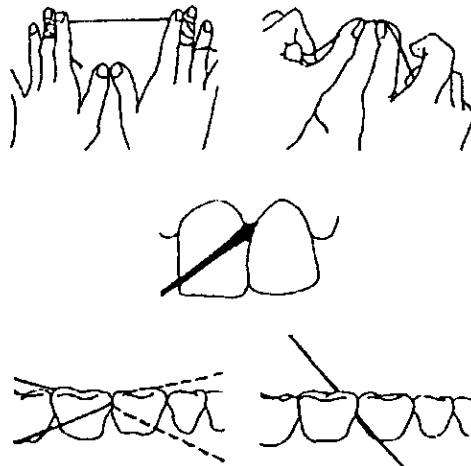
3.4.2 TECNICA PARA USAR EL HILO DENTAL

1. "Se corta del rollo del hilo dental un trozo de 45-60 cm. y se enrollan los extremos alrededor de los dedos medios del paciente o de uno de los padres, para disponer así de una longitud que permita tocar los pulgares con las manos extendidas.

2. Con los pulgares y los índices para guiar el hilo, se imprime un suave movimiento entre los dientes deslizándolo hacia la encía con el movimiento en vaiven; tratando de no lesionar la encía.

3. El hilo debe adoptar una forma de C alrededor de los dientes y se mueve en sentido cervico-oclusal, hasta eliminar la placa. Al colocar el hilo entre 2 nuevos dientes, este se recorre para limpiar con un hilo nuevo cada espacio nuevo".*⁵

El aprendizaje del uso del hilo dental es difícil por lo que requiere de una práctica constante.



3. 5 AGENTES VISUALIZADORES DE PLACA DENTOBACTERIANA

Para detectar adecuadamente la placa dental es necesario utilizar un método de tinción que la haga fácilmente observable, Armim descubrió el primer colorante que podría utilizarse sistemáticamente y con seguridad como un revelador dental: el colorante de alimentos, que aún es el agente empleado con mayor frecuencia y se presenta en forma de tableta o solución. Otra solución descubridora fluorescente, fluorescina núm. 8 amarilla DC, ha demostrado ser más eficaz que la solución de eritrocina para detectar la placa sin manchar de rojo la mucosa y los labios.

Estos colorantes son excelentes auxiliares de la higiene bucal porque proporcionan al paciente un a herramienta de autoeducación y automotivación para mejorar la eficiencia de los procedimientos de control de placa.

Como ya se mencionó los reveladores de placa se encuentran en soluciones y comprimidos capaces de colorear depósitos bacterianos que se hayan en la superficie de los dientes, lengua y encía.

Las soluciones se aplican sobre los dientes como concentrados en torundas de alcohol o como disoluciones en los enjuague bucales, por lo general producen una coloración pronunciada de la placa dentobacteriana. Estas soluciones pueden manchar los dedos, la saliva y el lavabo.

“Sus componentes son:

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| 1. Fucsina básica | 6 gr. |
| alcohol etílico, 95% | 100 ml. |
| agregar dos gotas al agua en 1 vaso. | |
| 2. Yoduro de potasio | 1.6 gr. |
| cristales yodo | 1.6 gr. |

agua	13.4 ml.
glicerina	30.0 ml.

Los comprimidos deberán ser masticados por el paciente hasta disolverlo en la boca y después con la lengua pasarla por todas las superficies dentales para distribuir el pigmento, después enjuagar la boca con un poco de agua para eliminar el tinte sobrante.

Los comprimidos contienen:

Rojo núm. 3 FDC (eritrocina)	15.0 ml.
Cloruro de sodio	0.747%
Sucaril sódico	0.747%
Estearato de calcio	0.945%
Sacarina soluble	0.186%
Aceite blanco	0.124%
Sabor	2.293%
Sorbitol	7.0 gr.

Estos agentes son especialmente útiles para enseñar a los niños las técnicas de cepillado y para educarles en los principios básicos de la higiene oral".*³

A continuación se describen ejemplos de éstos agentes:

a) El FDC rojo núm. 28 es un agente revelador que se usa como tableta masticable o como líquido para pincelar los dientes que tiñe los tejidos blandos de la boca y la película que recubre los dientes, dejando la placa dental con un color rosado hasta varias horas después de realizar la prueba.

Aunque la mayoría de los niños pequeños no parece preocuparse demasiado por el decoloramiento, al acercarse a la adolescencia pueden convertirse en un problema, por lo que se ideó la prueba con fluoresceína que no es visible a la luz normal aunque su realización requiere el uso de equipo especial.

b) El FDC azul núm. 2 tiene las características de reducir el grado de tinción extrínseco, aunque la tinción de la placa no resulta tan intensa como con el FDC rojo núm 28 o la fluoresceína.

Es eficaz, es aceptado por los niños ya mayores y no requiere de equipo especial para su uso.

c) Oral B tabletas reveladoras que son elaboradas con colorantes sintéticos no tóxicos ya que se utilizan también en la elaboración de alimentos y medicamentos con sabor a uva.

Estas son las únicas que diferencian la placa antigua en un color azul-morado y la reciente en un tono rojizo debido a la afinidad selectiva de sus colorantes. Su modo de empleo es:

1. Masticar y dejar disolver una tableta alrededor de los dientes.
2. Enjuagar con un poco de agua.
3. Con ayuda de un espejo observar las áreas teñidas de azul y rojo sobre los dientes, encía y lengua.
4. Remover la coloración con el cepillo dental.

Es importante destacar que los agentes reveladores presentan cierto grado de actividad microbiana.

3.6 OTROS METODOS PARA EL CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA

Para el mantenimiento de la higiene oral se ha sugerido el uso de otros aparatos, aunque generalmente no se utilizan en niños pequeños; pero quizá en adolescentes se lleguen a usar, estos son:

a) Estimulador interdental.

Consiste en una punta flexible de hule o plástico, que lleva el cepillo dental en su extremo libre y se recomienda para : 1) remover residuos cuando la papila se ha reducido y deja un espacio interdental abierto; 2) dar masaje al tejido interdental. Este aditamento no es necesario para la encía sana.

b) Cuñas.

Se fabrican de madera blanda, las de abedul o balsa son las más frecuentes, su uso es indicado en los casos que exista pérdida de papila gingival, donde quedan espacios interdentes abiertos. Se aplica en la encía con su base desplazándola después de adentro hacia afuera, con movimientos de pulido a cada una de las superficies dentales proximales.

c) Cepillo interdental.

Cepillo de cerdas en forma de espiral cónico que se usa en espacios interdentes abiertos; se fabrican en diferentes tamaños y dureza.

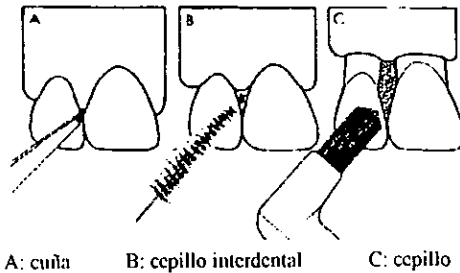
d) Irrigador bucal.

Proveen de una corriente pulsátil de agua a presión, que colocado en la posición adecuada en la boca, elimina restos alimenticios dando masaje gingival. Es muy recomendable su uso para pacientes que utilizan aparatos de ortodoncia.

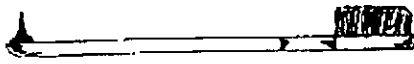
e) Raspadores linguales.

Son unos bastones de plásticos planos y flexibles que se utilizan para eliminar los depósitos alimentarios y bacterianos que se acumulan en la superficie rugosa dorsal de la lengua.

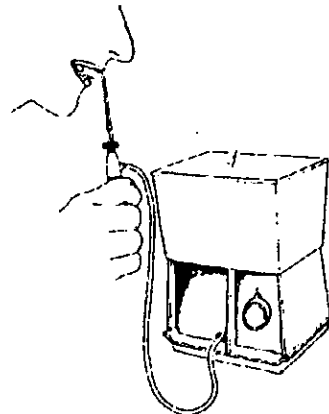
Estos métodos suplementan los otros procedimientos habituales de la higiene oral básica pero los medios más eficaces contra la eliminación de la placa son el cepillado y el uso de hilo dental; todos deben ser recomendados como sustitutos por el odontólogo, según sus necesidades, la capacidad y las preferencias particulares del paciente y como del encargado de cuidarle que los utilice.



A: cuña B: cepillo interdental C: cepillo



Estimulador interdental



Irrigador

4. ADITAMENTOS QUIMICOS PARA LA HIGIENE ORAL

4.1 COLUTORIOS

Hasta la fecha la información que se ha recabado en relación a la prevención de la caries y la enfermedad periodontal, ha hecho que las personas utilicen enjuagues bucales junto con el cepillado e hilo dental, convirtiéndose en un proceso preventivo, o bien, en un apoyo cosmético por la sensación de un olor y sabor agradables en la cavidad bucal; también son utilizados en pacientes que están incapacitados, los hay que no quieren o no están entrenados para llevar a cabo los procedimientos mecánicos de higiene oral, por ejemplo, pacientes con enfermedades inmunosupresoras; además de que los métodos mecánicos necesitan de ayuda adicional para mantener una cavidad oral sana por lo que han aparecido agentes químicos como método coadyuvantes para el control de placa dentobacteriana.

4.1.1 DEFINICION

Son agentes químicos que actúan como coadyuvantes en los sistemas mecánicos utilizados por el paciente para la limpieza bucal.

4.1.2 CARACTERISTICAS

Según Vander Ouderaa, el agente químico ideal para controlar la placa dental debe tener las siguientes características:

- Especificidad exclusiva para las bacterias patógenas

- Sustantividad o capacidad para fijarlos y mantenerlos en las superficies orales, liberándolos poco a poco sin que pierdan potencia.
- Estabilidad química mientras se almacenan.
- No provocar reacciones adversas, como tinción o interacción con las mucosas.
- Seguridad toxicológica.
- Que no alteren la fibra microbiótica.
- Facilidad de uso.

Hasta la fecha no se tiene algùn agente que cumpla con todas las características, la Asociación Dental Americana (ADA) aconseja que los enjuagues antiplaca tengan las siguientes propiedades:

- Remover la placa existente.
- Inhibir la formación de nueva placa.
- No ser tóxico.
- No tener efectos secundarios.
- Que sea de uso placentero
- Que tenga sustentividad.
- No inactivarse por la bacteria o el huésped.
- No causar destrucción de salud a la flora bucal normal.
- No ser carcinogénico.
- Y propiedad del agente para ser retenido en cavidad oral para luego ser liberado por un periodo largo con efecto antimicrobiano.

4.1.3 CLASIFICACIÓN

A) Agente antimicrobiano

Sus propósitos son reducir la cantidad de microorganismos orales e inhibir la actividad bacteriana, pueden tener un sabor desagradable o su actividad disminuye cuando se ponen en contacto con los tejidos

bucales. Sus ingredientes activos son el Yoduro de povidona, compuestos fenólicos Hexylresicinol, timol y otros derivados de fenol (ejemplo el Isodine, Listerine).

Posee compuestos cuaternario el amonio, cuyos ingredientes activos son el cloruro de benzetonio, cloruro de cetilpiridina (cepacol), con este último se han reportado efectos adversos, tales como la tinción de los dientes, sensación de ardor en la boca y aumento en la formación de sarro.

Entre otros componentes se encuentra el ácido bórico y benzoico cuyos compuestos liberan cloro y hexatidina (bucosept).

B) Agentes oxigenantes

"Su propósito es la limpieza, ya que como, material efervescente hace a este agente efectivo en debridación como antimicrobiana, su acción es limitada y solo efectiva cuando el oxígeno esta liberado; sus ingredientes activos son: el peróxido de hidrógeno, perborato sódico, peróxido de urea (amosan); estos agentes pueden causar lesiones en la encía formación de una lengua negra pilosa, hipersensibilidad de raíces expuestas y puede desmineralizar las superficies de los dientes, estos productos no son aceptados actualmente.

C) Agentes compuestos de amonio cuaternario

Tienen efecto sobre placa y gingivitis; el cepacol y Scope son dos representantes de este grupo que contienen bromuro de domiphen. El mecanismo de acción esta relacionado con un incremento de la permeabilidad de la pared bacteriana la cual favorece su lisis, también disminuye el metabolismo bacteriano y su habilidad de adherirse a la superficie dentaria.

Estos agentes están clasificados dentro de los catiónicos lo cual favorece su atracción a superficies con cargas opuestas aniónicas como son la dentaria y la placa bacteriana. Son agentes con actividad

de superficie es decir, actúan alterando la tensión superficial. Los efectos adversos incluyen tanto un ligero manchado dental como una sensación de quemadura en la boca. Estos agentes están disponibles en un vehículo de alcohol que va de un 14% a un 18% con un pH de 5.5 a 6.5 %; no son aceptados por la ADA para la reducción de placa y gingivitis".*¹²

D) Agentes astringentes.

Son agentes que contraen a los tejidos y se utilizan en la toma de impresiones dentales; sus ingredientes activos el cloruro de zinc, acetato de zinc, el alambre y los ácidos tánico y cítricos. En sus efectos adversos están la desmineralización del diente e irritación de los tejidos.

E) Agentes amortiguadores (Buffering)

Reducen la acidez bucal creada por la fermentación de los restos de comida y dan alivio a las lesiones del tejido, sus ingredientes activos son la solución de borato sódico, perborato sódico y bicarbonato de sodio.

F) Anodinos (calmantes)

Alivian el dolor y los traumatismos locales, su uso es el alivio temporal de dolor de alguna lesión durante la toma de radiografías o impresiones, otras lesiones causadas por otros traumatismos, sus ingredientes activos son derivados del fenol y aceites esenciales (ejemplo Listerine)

G) Agentes desodorizantes

Neutralizan olores de los restos de comida en la cavidad bucal, disminuyendo el mal aliento; sus ingredientes son el clorofil y otros agentes desodorizantes.

H) Agentes preventivos y terapéuticos.

Llegados a este punto, es apropiado hacer unos cuantos comentarios sobre el uso de flúor como agente antiséptico para el control de la placa dental, aunque su aplicación en odontología se describe más detalladamente en otros apartados.

Es bien conocido el impacto que tienen en la prevención contra la caries, existen varios grupos con características propias en que ejercen efectividad, por ejemplo personas jóvenes y niños, en pacientes con caries moderada o rampante que viven en comunidades cuya agua no es fluorada, en pacientes con cuidado de higiene oral complicados al portar aparatos retentivos como son los de ortodoncia, mantenedores de espacio y en afectados de ausencia o disminución de saliva por algún tratamiento o droga.

En las etiquetas de estos enjuagues deben establecerse recomendaciones de no usarse en niños menores de 6 años ya que los pequeños no tienen suficiente control para escupir y tienden a tragarse el líquido rápidamente; también en personas con problemas de musculatura oro-facial, o bien estén incapacitados.

Los enjuagues de fluoruro se preparan como de baja potencia y suplementos en enjuague bucal. Los de baja potencia algunos se pueden adquirir en el mercado directamente pero los demás solo con prescripción médica, como los fluoruros sódicos al 0.2%; los que se adquieren directamente son efectivos en la prevención de caries y se usan en solución al 0.05% diariamente o al 0.02% una vez a la semana..

Los efectos que se logran con los fluoruros de baja concentración son: reducción del 30 al 40% en la incidencia de caries, beneficios en superficies de los dientes como son grietas y fisuras, mayor ventaja en dientes recién erupcionados por lo que deben administrarse hasta la adolescencia.

Los fluoruros sódicos al 0.2% se utilizan en programas de niños escolares. Se usa en la escuela una vez a la semana por cinco

minutos, no es muy costoso, es fácil de usar y bien aceptados por los niños y pueden ser aplicados por personal no dental, pero supervisado por un profesional del área.

I) Agente pre-cepillado

efectiva combinación antibacterial que consiste en triclosan y un copolímero. Esto aunado a sus ingredientes, sulfato sódico de laurel y borax sódico sulfatante sobre la placa dentobacteriana, dieron creación de un auxiliar de gran valor en la higiene oral diaria, que al usarse previo al cepillado hace más efectiva dicha acción.

Nuevos estudios Placebo vs. Plax demuestran que este último, remueve de una manera efectiva el doble de placa dentobacteriana que el grupo-Placebo comparado. El único agente de esta categoría es Plax de Colgate. Además, la actividad antibacterial del Triclosan combate las bacterias que inducen a la formación de placa dentobacteriana.. Estos mismos estudios ha demostrado que su acción se mantiene en la boca hasta por 12 horas después de su uso, por la permanencia otorgada por su copolímero.

J) Agente supresor de la placa y de la gingivitis

Se ha probado y demostrado extensamente el agente quimioterapéutico antiplaca y antigingivitis más efectivo que se encuentra disponible. La clorhexidina es activa en contra de un gran rango de microorganismos gram positivos, gram negativos y hongos. Se absorbe fácilmente en los dientes y se libera lentamente por el prolongado efecto bactericida. Se usa en pacientes con inflamación gingival ulceronecrosante después de un procedimiento quirúrgico y para combatir al Streptococo mutans causante de la caries dental.

Químicamente es digluconato de clorexidina al 0.2% de todos los químicos descritos anteriormente la clorhexidina parece ser el más efectivo en la reducción de placa y gingivitis.

En los efectos adversos se incluyen manchado de dientes, descamación de la mucosa, reversible en niños pequeños, alteración del sabor y un incremento en la formación de depósitos calcificados. Se recomienda su uso 2 veces al día, cuando se usa en conjunción con enjuagues de fluoruro este último debe ser usado de 30 min. a 1 hora después de la clorhexidina para minimizar la interacción de los dos fármacos y pueda resultar una actividad disminuida de ambos..

K)Agente Sanguinarina

"El nombre químico de la sustancia activa es el benzophenathradina, es derivado de la raíz de la planta sanguinarina canadienses. Se ha demostrado en estudios de corta duración la reducción de placa y gingivitis, también se usa en forma de dentífrico. El mecanismo de acción propuesto es la alteración de la pared celular, de tal forma que altera su agregación y su adherencia a superficies.

Viene con una concentración en el producto de 0.03%, lo que equivale a 0.01% de sanguinarina, también contiene 0.2% de cloruro de zinc; el producto puede ser cationico y el grado de substantividad no es claro. Los efectos adversos incluyen sensación de quemadura en la boca. Esta disponible como pasta o enjuague ambos con el nombre Viadent y tiene 11.5% de alcohol, no es aceptado por la ADA".*¹²

Dada la gran cantidad de enjuagues que se encuentran en el mercado, la ADA ha establecido las pautas para la aceptación de estos productos y hasta la fecha solo dos productos han satisfecho el criterio de la ADA en la reducción de placa y de gingivitis: El Peridex (clorhexidina) y el Listerine, compuesto fenólico.

Como ya se menciona anteriormente los enjuagues no se deben utilizar en niños menores de 6 años porque aún no tienen control en el tragado de dichos agentes.

A continuación se mencionan algunos nombres comerciales de enjuagues bucofaringeos:

- Astringosol flúor. Antiséptico bucal con flúor.
- Astringosol menta. Antiséptico bucal.
- Bucosept. Antiséptico bucofaringeo (Hexetidinal).
- Enjuague bucodental Colgate fluorigard. Antiséptico para la higiene bucal y prevención de caries.
- Colgate Plax. Antiséptico antes del cepillado dental previene formación de placa.
- Isodine bucofaringeo. Antiséptico bucofaringeo con acción microbicida en mucosa bucofaringea.
- Listerine. Antiséptico.
- Oral B Amosan. Antiséptico.
- Oral B enjuague bucal para dientes y encías con fluoruro.
- Oral B bucal para gingivitis. Acción bactericida de clorhexidina.

5. HIGIENE ORAL SEGUN LA EDAD DEL NIÑO EN EL HOGAR.

5.1 PRENATAL

En esta etapa el odontopediatra debe establecer una relación con los futuros padres acerca de la prevención para la salud bucal principalmente en padres que esperan su primer hijo, se les aconsejará sobre sus propios hábitos de higiene oral y el efecto que ejercerán como modelos sobre su hijo ya que se darán cuenta de que el niño dependerá de ellos en lo que respecto a la nutrición y a la salud, están dispuestos a proporcionarles todo lo mejor que sean capaces de ofrecerle.

Hay que analizar con la futura madre los problemas que se presentan en el embarazo, como la gingivitis y aclararle ciertos mitos acerca del nacimiento y la salud dental; y aconsejar la revisión dental del lactante.

5.2 LACTANTES (0-1 AÑO).

Las actividades para la eliminación de placa se deben comenzar durante la erupción de los primeros dientes temporales por lo que es importante iniciar durante el primer año de vida.

Algunos odontólogos recomiendan realizar una limpieza y masaje de encías antes de dicha erupción, para que aparezca una flora microbiana oral adecuada, y una correcta erupción de dientes; esta limpieza debe ser realizada por alguno de los padres con una gasa o con un paño húmedo, alrededor de un dedo, realizando un masaje suave en dientes y tejidos gingivales. La posición del niño será la más segura y sencilla, se coloca al niño como si se le fuera acunar con un brazo y con la otra mano se le realiza la limpieza, la cual debe ser realizada una vez al día y no es necesario el uso de dentífrico ya que el lactante no acepta la acción espumante de la pasta. También

se puede utilizar un cepillo dental suave o el cepillo de dedal, solo si es realizado por alguno de los padres.

La primera visita al odontólogo se recomienda sea durante el primer año, la Academia American of Pediatric Dentistry recomienda esta visita al erupcionar el primer diente y por muy tarde a los 12 meses de edad; pero, si se presentan problemas médicos diversos, traumatismos o trastornos odontológicos especiales, la visita se adelanta.

En esta primera visita, el odontólogo debe informar a los padres sobre los procedimientos de higiene; debe realizar un examen dental del niño. Todo esto familiarizará al niño con el ambiente de la consulta para conseguir una menor ansiedad en el tratamiento futuro.

5.3 NIÑOS (1-3 AÑOS)

A esta edad se comienza a usar el cepillo dental y la pasta dental en muy poca cantidad para evitar la ingestión de flúor; estos procedimientos se realizan con la participación del padre, ya que los niños suelen imitarlos y debe animar al pequeño para que realice su higiene oral. aunque no son necesarios los instrumentos adicionales, se puede utilizar el hilo dental en los espacios interproximales, esto lo hará el padre

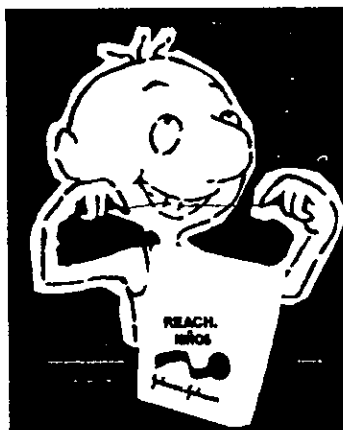
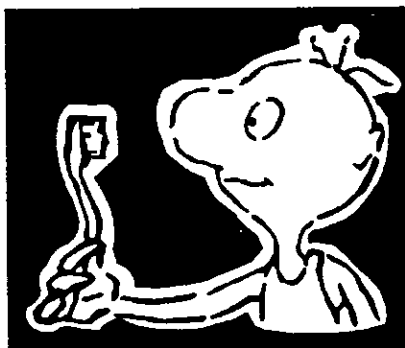
Algunos niños necesitan que el padre realice toda la higiene oral, esto lo pueden haber colocando al niño acostado entre las piernas de los dos padres, uno se encarga de vigilar sus movimientos mientras el otro realiza el cepillado; sino se puede realizar con ambos padres, entonces se coloca con un sólo padre entre sus piernas sentados ambos en el suelo o en la cama y se recarga el niño en las piernas para realizarle el cepillado; todo esto debe ser un procedimiento especial para el niño.

5.4 NIÑOS EN PREESCOLAR (3-6 AÑOS)

En esta edad también es responsabilidad del padre la realización de la higiene, aún cuando el niño ya sea capaz de manipular el sólo el cepillado; si utiliza una cantidad de pasta pequeña y ya a esta edad se utiliza el hilo dental generalmente en los espacios posteriores.

La colocación del niño es todavía importante para la higiene, uno de los métodos es que el padre se sitúe detrás del niño, este debe descansar su cabeza en el brazo libre del padre y con el otro brazo realiza el cepillado, y de la misma forma se utiliza el hilo dental.

Durante este periodo su pueden utilizar colutorios y geles fluorados de uso familiar, pero en cantidades pequeñas y su uso en pacientes con riesgo de caries moderado o alto.



5.5 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (6-12 AÑOS)

A esta edad el niño ya es responsable de su higiene oral, pero de todos modos es necesario la participación de los padres, y lo que hará será vigilar la higiene, pero no realizarla. A mitad de este periodo el niño ya es capaz de realizar el cepillado y el uso del hilo dental y se puede utilizar un método revelador de la placa para que el padre y el niño observen un cierto grado de coloración y ambos eliminen esa

placa residual. Se utilizan dentífricos fluorados, los colutorios o geles se reservan a niños con alto índice de caries; en los que presentan enfermedad periodontal se puede utilizar la clorhexidina o listerine, debe aumentar la frecuencia y calidad de cepillado y el uso de hilo



5.6 ADOLESCENTES (12-19 AÑOS)

A esta edad ya son capaces de llevar a cabo con provecho los procedimientos de higiene oral, el único problema sería el periodo de cumplimiento debido a que en esta edad se presenta la rebeldía frente a la autoridad externa y con incapacidad para apreciar las consecuencias a largo plazo; además se presentan malos hábitos dietéticos y cambios hormonales en la pubertad que aumentan el riesgo de caries e inflamación gingival.

Por lo tanto es necesario que tanto el odontólogo y los padres ayuden al adolescente a medida que pase por este difícil estadio de la vida, es útil destacarles el incremento de responsabilidades, que tiene como adultos pero sin adoptar carácter autoritario. Para motivarlos es aconsejable aumentar sus conocimientos sobre el control de la placa dental y de las enfermedades orales, además de interesarse en su aspecto físico.

CONCLUSIONES

El uso de aditamentos mecánicos y químicos para la higiene oral en niños, no es una opción más sino es un requisito indispensable en la prevención de enfermedades bucodentales.

Existen en la actualidad una amplia selección de estos aditamentos, en algunos de ellos los fabricantes proveen instrucciones específicas para su utilización; pero, si se tiene una estrecha relación con el odontopediatra para que el explique mejor su uso, sería lo ideal.

A través del tiempo se ha observado que una conducta que conduce a la salud, se implementa continuamente así como toda las medidas que tienen un efecto benéfico sobre la misma para iniciar, reforzar y continuar con hábitos de higiene

De ahí la importancia que tiene el cuidado oral en casa para evitar la formación de la placa dental.

En cuanto a la utilización de los dentífricos los fabricantes deberían lanzar al mercado una pasta dental con un bajo contenido de flúor para los niños pequeños, o bien reducir el orificio del tubo, por otro lado el odontopediatra debe avisar a los padres para que retrasen el uso de un dentífrico fluorado hasta que el niño tenga más de 24 meses de edad y se utilicen pequeñas cantidades.

También es necesario que el odontopediatra y el odontólogo general tengan las bases necesarias para aplicar los programas de prevención en los pacientes.

Por último se debe considerar la aplicación de todos los aditamentos de higiene oral como un método sencillo y no complejo para que los pacientes los usen con gusto y regularidad.

"La salud bucal en niños debe ser el mejor legado para ellos"

BIBLIOGRAFÍA

1. BERNER J. H. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. Editorial Mundi. Buenos Aires. 1977. pp 210.
2. BORDONI N., DOÑO R. Programa de Educación Continua Odontológica no Convencional. Editorial Organización Panamericana. Buenos Aires. 1992.
3. CARRANZA F. A. Periodoncia Clínica de Glickman. Editorial Panamericana. México D.F. 1993. pp 707-35.
4. KOCK G., MCDICER T., POULSEN S., RAMUSSEN P. Odontología Pediátrica, Enfoque Clínico. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1994. pp 91.
5. McDONALD R.E. Odontología Pediatrica y del Adolescente. Editorial Mosby/Doyma. Madrid. 1995. pp 245-68.
6. ROSETEIN S.E. Diccionario de Especialidades Odontológicas. Editorial PLM. México. 1995. pp 263-73.
7. RING E. M. Historia Ilustrada de la Odontología. Editorial Mosby/Doyma. España. 1989. pp 271- 72
8. STANLEY J. Diccionario Ilustrado de Odontología. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1992.
9. WOODAL I. Odontología preventiva. Editorial Interamericana. México. 1983. pp 228-32.
10. ZIMBRON L.A., FEINGOL S.M. Odontología Preventiva, Conceptos Básicos. Editorial UNAM. México. 1993. pp 71-97

11. ABASCAL M.M. Habilidad de cepillado eficaz, relacionado con la destreza manual del niño. *Práctica Odontológica*. 11 :11 1990. pp 11-12.
12. SANCHEZ C.S. Agentes químicos para el control de placa. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 57: 6 1990 pp. 335- 37
13. El hilo dental, su importancia y su técnica de uso. *Avances odontológicos colgate*. No. 9. 1993. pp. 7
14. Selección de cepillos dentales. *Dental Abstracts en Español*. 11: 5. 1993. pp. 210 y 224.
15. TAKIGUCHI A. F. El Cepillo Dental. *Dentista y paciente*. 1: 1 1994. pp. 18-19.
16. LÓPEZ B. L. El Cepillo Eléctrico. *Dentista y paciente*. 1: 4. 1994. pp. 16-20.
17. GRENBLY T.H. The use of sanguinarine mouthwashes and toothpaste compared with some other antimicrobial agents. *British Dental Journal*. 8: 178. 1995. pp. 254- 8.
18. Eficacia a largo plazo de un cepillo dental eléctrico de contra rotación. *Dental Abstrac en español*. 3: 2. 1995. pp. 74.
19. Salud Bucal en los Niños. *Dentista y Paciente*. 4: 1995. pp. 21-2.
20. NIETO M. Enjuagues Antiplaca en el Mercado Nacional. *Dentista y Paciente*. 14: 41. 1995 pp. 14-5.
21. Efecto de un dentífrico con bicarbonato de sodio sobre las bacterias cariogénas. *Dental Abstracts en español*. 3: 6. 1996. pp. 317.
22. Efectos del enjuague posterior al cepillado dental sobre la ingestión y adsorción del fluoruro. *Dental Abstracts en español*. 3: 5 1996 pp. 255-56.

23. Misma protección anticaries por dentífricos con NaF y SMFP. Dental Abstracts en español. 3: 6. 1996 pp. 298.
24. CARRILLO H. S. Cepillos dentales. Dentista y paciente. 4: 45. 1996 pp. 30-1.
25. CRUZ C. D. , GONZÁLEZ H. N. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 55: 4. 1997. pp. 227-32.
26. FANZERINI H., LARA G.H., PAVONI C.R. Nuevos filamentos para cepillos dentales. Revista Fola Oral. 3: 9. 1997. pp. 170-76.

FE DE ERRATAS

Pág.	Dice	Debe decir
8	se	de
15	cepilladose	cepillado se
16	mas	más
20	adaptan adaptan	adaptan
23	mese	meses
24	fluorero	fluoruro
24	contiene	contienen
28	un a	una
28	alcohol	algodón
38	efectiva	Efectiva
39	adverso	adversos
41	sise	si se
42	haber	hacer
43	su	se
44	controlo	control