
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA U. N. A. M.

EDUCACION DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

Apolinar Catarino Aguirre Oliva

Ma. Guadalupe Vega Vázquez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

EDUCACION DENTAL

TESIS PROFESIONAL

Apelinar Catarino Aguirre Oliva

Ma. Guadalupe Vega Vázquez

MEXICO, D. F.

1974

Dedico este trabajo a mis queridos padres:

APOLINAR AGUIRRE HERNANDEZ

y

PROFRA. ROSA O. AMBELL DE AGUIRRE

como un pequeño tributo al esfuerzo que realizaron para lograr mi formación profesional, estimulado siempre por el ejemplo honesto y cabal de mi Padre y el sublime amor lleno de humildad que en su bella espiritual guarda mi Madre.

A mis queridas hermanas:

Profra. Ma. Cristina A. de González

y

Profra. Rosa Margarita A. de Alcántara
gracias a su orientación y apoyo moral
pude ver realizados mis anhelos.

A mis sobrinos
con cariño.

A la memoria de mis
queridos abuelitos.

A la memoria de mi Padre:
DR. AURELIANO VEGA VILLANUEVA
con el amor más puro y grande
que guardo en mi corazón.

A mi Madre:
ESPERANZA V. VDA. DE VEGA
con gran cariño, gratitud
y agradecimiento.

A mis Hermanos:
Ma. Elena y Jorge E.
Guillermo y Eréndira
Ma. de los Angeles y Edmundo
Aureliano Fernando
Jose Luis
Gerardo Fidel
Maria de Lourdes
Francisco Javier

Con sincero agradecimiento al
DR. JOSÉ LUIS SIMBECK ESCOBEDO
Asesor de esta tesis.

Con gratitud a todos
nuestros estimados
Maestros.

A nuestra querida
Escuela de Odontología.

HONORABLE JURADO

Presentamos a vuestra consideración este -
trabajo, en el cual tratamos el tema de la Edu-
cación Dental, por considerarlo de gran impor-
tancia para el futuro de la Odontología.

I N D I C E

INTRODUCCION

C A P I T U L O I

IMPORTANCIA DE LA EDUCACION DENTAL

C A P I T U L O II

EDUCACION A LOS PADRES

C A P I T U L O III

EDUCACION A LOS NIÑOS

C A P I T U L O IV

EDUCACION AL PUBLICO

C A P I T U L O V

CARIES

C A P I T U L O VI

PREVENCION

- a) VISITAS PERIODICAS
- b) HIGIENE BUCAL ADECUADA
- c) APLICACIONES TOPICAS DE FLUORUROS
- d) FLUORURACION DEL AGUA POTABLE
- e) DIETA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dentro de la Odontología Moderna, la Prevención constituye el pilar principal y más relevante, dentro de las tendencias actuales para la atención de nuestra población, en lo que respecta a los problemas - en los cuales está involucrada la cavidad oral.

Es, por consiguiente, la Educación Dental un factor principal e importante dentro de la prevención, correspondiendo al odontólogo otorgarla, por ser el más capacitado con la colaboración de educadores y padres de familia.

La Educación Dental la dirigiremos principalmente a los niños, - pues de los hábitos y costumbres que se les enseñen en esta etapa de la vida, dependerá su futura salud y bienestar general.

Los padres y educadores recibirán orientación para preparar al niño emocionalmente respecto a los procedimientos, técnicas y tratamiento odontológico, así como también el trato adecuado en el consultorio es responsabilidad del odontólogo.

El odontólogo mismo debe darle la importancia merecida a la Educación Dental, ya que constituye la principal medida preventiva de las anomalías bucales.

C A P I T U L O I

IMPORTANCIA DE LA EDUCACION DENTAL

Uno de los problemas más importantes con que debe enfrentarse el Cirujano Dentista, es la deficiente educación dental en todas las esca las sociales, siendo menor aún en la proletaria, pues la gran mayoría solo acude al C. Dentista cuando van movidos por la intolerancia pro - longada de alguna molestia.

Es deber del Cirujano Dentista despertar en las comunidades el — deseo de tener una salud bucal adecuada y puede lograrlo haciendo que el público acuda al consultorio dental o a los centros de salud en don de se les ofrecerán pláticas sobre la importancia de la educación dental, así como también se le indicará la adecuada higiene que deberán — practicar en su boca. Pero el Cirujano Dentista no dberá conformese — con curar, sino que se esforzará por prevenir y rehabilitar la salud — bucal de los pacientes. Deberá persuadirlos para que una vez aliviada su molestia, regresen para corregir las demás anomalías que pudie — ra haber en su boca.

También será labor del Cirujano Dentista convencer a los pacien — tes de que él no es un vendedor de prótesis, pues muchos pacientes lle gan al consultorio solicitando que se les coloquen prótesis antiestéti cas, o que se les haga la extracción de dientes que aún se pueden con — servar.

Es necesario que exista un programa continuo de educación para la salud dental que pueda proporcionar información científica sobre enfer medades orales y que estimule el comportamiento adecuado de los indivi duos para lograr una buena salud dental, utilizando los métodos educa — tivos en masa y educación de persona a persona enfocados personalmente a los niños, los padres y profesores.

No hay una técnica ni una regla fija para educar a los pacientes todo depende de la personalidad del profesional y de una serie de factores y problemas del paciente.

Los temores o problemas presentes en la mayoría de los pacientes son: 1) miedo al dolor 2) preocupación por los honorarios 3) ideas preconcebidas, pues quieren que se les haga igual que a fulano 4) temor a que se les note lo artificial y 5) falta de conciencia odontológica.

Hay que ganarse y educar al paciente de tal manera que en su mente vea en nosotros a un verdadero "médico bucal" y no a un "comerciante dental" .

El más grave problema con que nos enfrentamos en la práctica diaria es ganar la apreciación y aceptación por parte del paciente de nuestros métodos y tratamientos.

Debido a la falta de educación y conciencia odontológica la gente no entiende las verdaderas funciones de nuestra especialidad por lo que no valora debidamente nuestros esfuerzos.

CAPITULO II

EDUCACION A LOS PADRES

Las precedentes discusiones han indicado que los padres, por su actitud y su filosofía de enseñanza, al igual que la disciplina del niño, juegan un importante papel en la conducción de una práctica. Ciertos problemas de manejo del niño, tienen su origen casi enteramente en el padre, y el profesional sensato hará todo lo posible por explorar los antecedentes y actitudes de los padres en su vida de hogar y en el consultorio odontológico, son resultado de la experiencia, educación, exigencias sociales y situación económica. El objetivo del odontólogo debe ser valorar y comprender a cada padre lo más cabalmente posible para determinar de ese modo la aproximación al tratamiento para el niño en particular.

El niño, en ciertas ocasiones, se niega a cooperar durante la entrevista inicial, el examen o la primera cita para tratamiento; las madres entonces recurren a menudo al soborno, a avergonzar, regañar, y aún ridiculizar al niño, pero todos estos métodos carecen de valor. A veces la madre en un esfuerzo para ser útil, toma la mano del niño, pero tal supervisión protectora termina frecuentemente en la pérdida de toda auto-confianza por parte del chico.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica de su hijo para el tratamiento dental en relación principal con el problema emocional del miedo. El miedo constituye para el dentista su problema de tratamiento mayor y es una de las razones principales de que la gente descuide sus dientes. Por este motivo será conveniente tratar esta emoción y ver como la influencia paterna puede actuar para crear buenos o malos pacientes infantiles.

El miedo es una de las emociones primarias evidenciadas ya en el nacimiento. En la primera etapa de la vida, sin embargo, la criatura -

ignora la naturaleza del estímulo que genera temor. Al crecer y aumentar su capacidad mental, reconoce los estímulos productores del miedo y puede identificarlos en forma individual. El niño procura adaptarse a estas experiencias aisladas recurriendo a la huida si no puede resolver el problema de otro modo.

Al niño en formación se le debe enseñar a temer al peligro, pero la odontología no representa un peligro para su seguridad. Hay que enseñarle al niño que el consultorio dental no es un lugar que haya que temer. Por lo tanto los padres nunca deberán usar al dentista como amenaza.

El hecho de llevar al niño al consultorio dental jamás debe significar un castigo. El hacerlo así creará, indudablemente, un temor al dentista. Si el niño se siente atraído por el odontólogo el miedo de perder su aprobación puede ser de algún valor en cuanto a motivarlo a aceptar la disciplina del consultorio.

La mayoría de los miedos evidentes en el niño pueden haber sido adquiridos en forma Objetivo y Subjetivo.

Miedos Objetivos. Son aquellos producidos por estimulación directa de los órganos sensoriales en contacto físico con la experiencia y no suelen reconocer un origen paterno. Son una respuesta a los estímulos palpados, vistos, oídos, olidos o gustados y son de naturaleza desagradable o disgustante. Un niño que haya tenido contacto con un dentista y haya sido tan mal tratado que haya padecido un dolor indebido e innecesario engendrará, por fuerza, un miedo a todo tratamiento dental futuro.

Miedos Subjetivos. Son aquellos basados en sentimientos y actitudes que le hayan sido sugeridos al niño por quienes lo rodean sin necesidad de que el niño haya padecido el incidente en persona. Los más pequeños son proclives a la sugestión. La criatura sin experiencia que oye de una situación desagradable o dolorosa experimentada por sus pa-

dres u otras personas generará muy pronto un temor a dicha experiencia. La imagen mental producida por el miedo queda retenida en la mente del niño y, con la vívida imaginación que posee la infancia, se magnifica y torna tremendo. Un niño que escuche a sus padres o a sus compañeros referirse a un supuesto terror al consultorio dental pronto lo aceptará como real y lo evitará en cuanto sea posible.

Los miedos por sugestión pueden adquirirse por imitación. El niño que observe temor en alguna otra persona respecto a una determinada experiencia observará pronto que un temor semejante se genera en él. Esto es particularmente cierto si ese temor se observa en un padre o en alguna otra persona querida y respetada.

Las actitudes paternas pueden determinar si un niño será dócil u hostil, cooperativo o rebelde. En la mayoría de las ocasiones el comportamiento de los chicos en el consultorio odontológico será un índice de la actitud de los padres con ellos.

Entre las actitudes extremas del comportamiento paterno hacia el niño pueden mencionarse las siguientes: a) sobreprotección b) repulsa c) Celos excesivos d) autoridad excesiva e) identificación.

Considerando las actitudes paternas en general resultará que, — dentro de los justos límites, es necesaria una cierta cantidad de dominación en los padres y de sumisión en los hijos para un ajuste exitoso para el patrón cultural para su edad.

Los niños con cierta represión en su hogar suelen aceptar las experiencias externas con más celo e interés. Si la dominación paterna es justa y adecuadamente administrada el niño tiende a ser un buen paciente dental, así como adaptarse a un mundo donde los ajustes son — siempre necesarios; en razón de su temor ningún niño debe llegar al consultorio dental para su primera visita sin quien lo acompañe. La nueva experiencia que el consultorio es para él exige la confianza y seguridad que sólo un padre puede brindarle.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es preciso llevar a los padres a comprender que una vez que el niño está en el consultorio dental, quien mejor sabe cómo prepararlo emocionalmente para su tratamiento, es el dentista. El padre debe tener completa confianza en el odontólogo y debe confiarle el niño a su cuidado. Cuando el niño entra a la sala de tratamiento el padre no debe hacer gesto alguno en cuanto a seguirlo o guiarlo, a menos que el dentista lo invite a ello. La mayoría de los niños se comporta mejor lejos de sus padres. Sin embargo hay ocasiones en que la mera presencia de un padre le inspira confianza al niño. Si se invita al padre a pasar al consultorio, deberá asumir el papel de un testigo pasivo y sentarse o estar de pie lejos del sillón. No debe hablarle al odontólogo, ni al niño excepto que aquel se lo pida, ni debe tomar la mano del niño, ni mirarlo suspirando con él al mismo tiempo que su expresión refleja temor. Nada es más perturbador para el manejo exitoso del niño, que el hecho de que el padre le esté dando una falsa información o que le esté demostrando su compasión.

INSTRUCCIONES AL PADRE

El odontólogo puede hacer mucho por la educación de un padre al asegurarle que su hijo va a entrar al consultorio sin vacilación ni miedo. Será una gran tranquilidad para el padre saber que no serán necesarias medidas disciplinarias extremas y que el niño participará voluntariamente en su nueva experiencia. El aconsejar a los padres acerca del tratamiento dental debiera, de preferencia, antes de que los niños sean bastante grandes como para impresionarse por las influencias externas. Los consejos podrán darse en escala masiva por diversos medios, o individualmente.

1. Aconseje a los padres que no manifiestan sus propios temores frente al niño. La causa primaria del temor en los niños es escuchar las quejas de los padres por su propia experiencia odontológica. Una manera agradable de evitar el miedo en los niños

es explicándoles en una manera agradable, qué es la odontología y que bueno será el dentista. Para aquellos padres que no temen ellos mismos al tratamiento dental, es preciso hacerles notar que la anestesia moderna, nuestro mejor conocimiento del manejo del niño y la superación de las técnicas operatorias, determinan que ningún niño tiene porqué temer al tratamiento dental.

2. Aconseje al padre que nunca utilice a la odontología como amenaza de castigo. El castigo está asociado a la mente del niño con lo desagradable y el dolor.
3. Aconseje a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología, llevándolo al consultorio a que se acostumbren al mismo y para que traben relación con el odontólogo. Este debe cooperar plenamente mediante un saludo cordial al niño y con una visita a todo el consultorio.
4. Explíquese al padre que un despliegue visible de valor en cuestiones dentales le dará coraje al niño; existe una correlación entre los temores paternos y los del niño.
5. Aconseje a los padres acerca del medio hogareño conveniente y la importancia de las actitudes moderadas en la creación de un niño de buenos ajustes; en estas condiciones serán buenos pacientes dentales.
6. Recalque a los padres de el valor de un cuidado dental regular no solo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, sino por la formación de buenos pacientes dentales. El peor momento psicológico para llevar a un niño al dentista es cuando está padeciendo una odontalgia.
7. Aconseje a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método podría dar a entender al niño que hay una posibilidad de peligro.
8. Se educará a los padres para que nunca avergüencen, o ridiculicen a sus hijos para dominar su temor al tratamiento dental.

A lo sumo generarán un resentimiento hacia ellos mismos y hacia el dentista, y tornarán más difíciles los esfuerzos de éste.

9. El padre debe saber la necesidad de combatir todas las impresiones perjudiciales con respecto a la odontología que pudieran provenir de fuera de su casa.
10. El padre no debe asegurar al niño que hará o que no hará el odontólogo. No debe colocar a este en una situación comprometida donde se ve limitado en lo que puede hacer por el niño. Ni deben prometer los padres que dentista no les hará nada, pues el mentir sólo lleva a decepciones y desconfianzas.
11. Varios días antes de la cita el padre deberá saber que tendrá que llegar en forma casual a decirle al niño que ha sido invitado para visitar al dentista. Nunca deberá forzar este tema, ni mostrar un exceso de simpatía, ni demostrar ningún temor ni recelo en su voz o en su conducta.
12. El padre deberá confiar al niño al cuidado del dentista una vez que han llegado al consultorio y no debe entrar a la sala de tratamiento a menos que así se lo solicite el odontólogo. Una vez dentro, deberá actuar nada más como un simple espectador.

C A P I T U L O III

EDUCACION A LOS NIÑOS

En la odontología para niños se trata, principalmente, con la prevención. Virtualmente no existe fase importante de este campo que no sea preventiva en su significado más amplio. En este respecto, al trabajar en niños es un servicio de verdadera dedicación, pues la prevención es el fin último de toda ciencia médica.

Es misión del especialista mantener la salud bucal en el niño en crecimiento. Para lograrlo, es esencial efectuar el tratamiento necesario e igualmente importante educar al niño para que lo acepte. El miedo y la aprensión que acompaña a una experiencia nueva, producen inseguridad en el niño pequeño. Para superar esto, es indispensable reasegurarlo en sentido de que la odontología puede hacerse con un mínimo de dolor. Los modales del profesional, su actitud, acción, selección de las palabras y aspecto físico, deben, en todo momento inspirar confianza y seguridad al pequeño.

Un método simple y eficaz de educar en odontología es el siguiente:

El primer paso consiste en decirle sinceramente lo que vamos a hacer. El segundo, mostrarle como se usa cada cosa. Luego se realiza el procedimiento operatorio mientras se repite lo que se le dijo antes.

En la mayoría de los casos es aconsejable que el padre permanezca atrás, preferiblemente en la sala de espera, de manera que pueda lograrse la atención exclusiva del niño mientras se le prepara para aceptar la acción adecuada odontológica.

Limpiar los dientes del niño pequeño en la primera visita sirve para dos propósitos: primero, introduce el torno con experiencia agradable y, segundo, el pavidonocista, o la higienista, pueden comenzar a

entrenarlo en los buenos procedimientos de higiene bucal en el hogar.

El tamaño y la edad del niño no son mayores obstáculos, si el odontólogo está interesado en el bienestar futuro del paciente, en su comunidad, como también en su país y en su práctica.

No hay regla fija que determine la frecuencia de los exámenes y tratamiento subsiguientes, una vez completado el servicio dental inicial para el niño, desde que hay tantas variantes a considerar en cada paciente. El individuo con gran número de caries y cuyos dientes se caían rápidamente, debe ser examinado cada 60 a 90 días, mientras que a otros se les puede aconsejar que pidan cita, o vuelvan cada cuatro o seis meses, para limpieza y examen.

Además de las consideraciones mencionadas, a saber, un examen dental y programa de tratamiento periódico, es quizás de mayor importancia, la educación del niño y del padre. Al padre y al niño se les puede enseñar las técnicas, al igual que las razones, para el cuidado de los dientes y de las estructuras vecinas. La prevención si ha de lograrse, debe ser un programa de cooperación entre el niño, el padre y el odontólogo. Esto debe enseñarse en la primera visita. No es profesionalmente aceptable suponer que los pacientes saben cómo y por qué sus dientes deben cepillarse regularmente, que su ingestión de alimentos u otros productos pueden influir la estructura y el tipo de dientes y tejidos vecinos, y que sus hábitos pueden causar varios problemas dentales. Los valores potenciales implícitos en la educación del paciente, en la visita inicial y concomitantes con las visitas posteriores, son mucho mayores que el tratamiento. La educación e instrucción del paciente y del padre, son tan importantes como el tratamiento mismo.

El procedimiento a seguir en la práctica con el paciente niño, varía considerablemente de la rutina aceptada y empleada, por lo común, para el adulto. Si la primera cita es importante para el adulto, constituye para el niño un acontecimiento de lo más significativo, ya

que durante esta visita se considerará, discutirá y planeará con el padre, un programa dental de larga duración. En esta cita debe participar el padre, o acompañante, pues se inicia el examen dental; se establecen registros adecuados y exactos; puede bosquejarse el plan de tratamiento completo si los registros y el tiempo lo permiten y convenirse los arreglos económicos.

LA PRIMERA VISITA

La primera visita al consultorio odontológico debe ser para el niño en lo posible, una experiencia de lo más agradable. Si bien el odontólogo y la asistencia hacen cuanto está a su alcance para crear una atmósfera grata, hay niños que llegan con un diente adolorido que requiere atención, aunque se resista, y hay además problemas de manejo del niño que requieren suavidad, como también comprensión, y una positiva firmeza, que resultará en una cita productiva.

PARTICIPACION DE LOS PADRES

Es fundamental que la madre, el padre, o alguna persona responsable, acompañe al niño al consultorio, al menos para la visita inicial. Ellos, como los padres, tienen la obligación de conocer y comprender el estado dentario y los problemas que presenta su hijo o su hija, y asumir las responsabilidades parentales relativas al tratamiento.

Los padres deberán ser informados que la atención dental periódica es mucho menos costosa que cualquier otro servicio irregular, intermitente.

Varias otras ventajas surgen del cuidado regular precoz; menor destrucción del diente y escasas extracciones e infecciones, todo lo cual reduce el tiempo requerido en el sillón dental, así como el dolor que acompaña a las caries o daños avanzados.

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

La forma en que son tratados el padre y el niño, tendrá una profunda influencia sobre toda la odontología y la futura salud dental de la nación.

Los factores que influyen en el comportamiento del niño están regidos, en gran medida, por el crecimiento psicológico y el estado físico del niño, la influencia parental, la escuela y el miedo. La forma de tratar al padre y al niño, dependerá del patrón de conducta del pequeño.

CRECIMIENTO PSICOLOGICO DEL NIÑO

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta; esto es, la acción, las actitudes y la personalidad del niño. El crecimiento psicológico también se refiere a la adquisición de información, de habilidades y de intereses emocionales. El sistema nervioso es la parte vital de la maquinaria que hace posible los sucesos. El crecimiento psicológico, por lo tanto, es en gran parte producto de los potenciales heredados del niño y de su medio ambiente. Un medio ambiente favorable asegura la óptima expresión de sus potenciales heredados. Un medio ambiente desfavorable puede retardar o prevenir su plena expresión. Cada individuo es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la plena infancia son importantes para su futura conducta y relación con los demás.

EL RECIEN NACIDO

Al nacer, el niño está dotado con un equipo emocional bastante elaborado, que incluye miedo, hambre y alegría.

EL NIÑO DE DOS AÑOS DE EDAD

No está suficientemente adelantado como para permitir relaciones interpersonales prolongadas. Prefiere todavía el juego solitario, y más bien preferirá mirar lo que otros hacen, que participar en un juego. A esta edad el niño es todavía muy pequeño para llegar a él solo - con palabras, debe organizar su experiencia tocando, manoseando y palnoteando; depende mucho de su madre y tiene tendencia a ser asustadizo. El niño no puede ser forzado y cada activación debe surgir finalmente de su interior. No debe esperarse que niños menores de tres años respondan a preguntas u órdenes directas.

EL NIÑO DE TRES AÑOS

A este nivel de edad, el niño ejemplifica, generalmente, el comienzo de la semidependencia. Trata de agradar y conformar y es susceptible a las alabanzas. Se puede pactar con él, y si se le da una buena razón cooperará con frecuencia en cosas que no le agrada hacer. Esta es también conocida como la edad del "yo también", y puede observarse un interés en compañeros de juego imaginativos. La madre, es casi siempre, la preferida.

EL NIÑO DE CUATRO AÑOS

Es la edad del "porqué" y el "como", durante la cual el niño expresa independencia y resistencia. Estos niños responden bien a las directivas verbales y puede llegarse a ellos apelando a su espíritu de independencia, recién despierto; son cooperadores e imaginativos.

LOS NIÑOS DE CINCO Y SEIS AÑOS

En muchas ocasiones, el niño de cinco años puede distinguir entre verdad y mentira, y es capaz de autocrítica. A esta edad, es amante de la alabanza y seguro de sí mismo.

Ya para los seis años, el niño comienza a mostrar algún interés en las personas fuera del hogar, especialmente los niños que encuentra en la escuela o en los lugares de recreo. Hay un despertar del sentido social, que se hace evidente a poco de comenzar la escuela. Esta es la edad de la independencia.

LOS AÑOS PREADOLESCENTES

Durante este nivel de edad, entre los ocho y los trece años, hay una tendencia a asumir prerrogativas adultas, y la lealtad a los compañeros de colegio y a la pandilla, se hace más notable.

Al varón se le asocia más frecuentemente con berrinches y arranques de ira, lo mismo que con robar y salir corriendo, que a la niña. Las niñas, por su naturaleza sensitiva, tienden a llorar más fácilmente que los niños y experimentan por lo general mayor dificultad para las adaptaciones emocionales, en particular durante la adolescencia. Los problemas relacionados con la ansiedad y el miedo, son también más frecuentes en las mujeres.

Los varones muestran mayor agresividad durante el segundo y tercer año de vida, mientras que las niñas aprenden a hablar más temprano como también a interesarse en la apariencia antes que los varones.

Los niños que se presentan como pacientes son, en gran medida, productos que ejemplifican el ambiente hogareño y las actitudes de los padres.

Los padres difieren ampliamente en sus actitudes hacia los niños. Quienes después de casados han tenido que esperar mucho tiempo para tener hijos, o se han casado tarde, tienden a ser demasiado cariñosos y protectores.

El rechazo o la indiferencia es común cuando la concepción no fué

deseada, o cuando el niño ha nacido de padres demasiado jóvenes, no muy maduros emocionalmente para aceptar las muchas responsabilidades de la paternidad.

El favoritismo parental por un niño determinado en la familia no es infrecuente y ello puede conducir, ya sea la madre o el padre quien lo haga, a una variedad de problemas de conducta, no sólo con el niño infortunado que recibe esa atención especial, sino también con los hermanos y hermanas, sometidos a tan injustificable trato.

Las perturbaciones en la vida emocional de los padres, o en la relación entre ambos, conducen, generalmente, a algunos problemas en el manejo del niño.

El afecto, protección, el desafecto o el rechazo por parte del padre, se reflejan en la conducta del niño, y por consiguiente, se convierten en problemas del odontólogo en el manejo del mismo. La actitud que el padre asume en relación al hijo único, o a un niño adoptado, justifica también su consideración en el consultorio odontológico.

PADRES SOBREPTECTORES

Cuando los padres protegen exageradamente al niño, impiden el desenvolvimiento de la iniciativa del mismo, no se le permite tomar decisiones por sí mismo y ésto impide el desarrollo de su voluntad. Estos niños en el consultorio dental, generalmente son fáciles de tratar, pero en ocasiones debe atravesarse la barrera de su timidez.

PADRES DEMASIADO INDULGENTES

El exceso de indulgencia de los familiares que conviven con el niño, dá por resultado niños malcriados, tiránicos, empeñados en ver satisfechos todos sus deseos.

En el consultorio odontológico son difíciles de tratar. En estos casos es preferible hacer salir a los padres del consultorio durante la consulta.

PADRES QUE REPULSAN A SUS HIJOS

Partiendo desde el desinterés o descuido de los niños, hasta un sentimiento de repulsión hacia los mismos, los vuelve acomplejados de inferioridad, los niños se sienten inseguros de sí mismos; si son castigados en exceso viven en un estado de angustia profunda y se vuelven desconfiados, desobedientes, desagradables e inquietos. En el consultorio dental debe tratárseles con amor y bondad.

PADRES CON CELO EXCESIVO

Cuando al niño se le brindan cuidados extremos como en el caso de sobreprotección, se desarrollan temerosos. En el consultorio son buenos pacientes, pero hay que ayudarlos a vencer sus temores dándoles seguridad.

PADRES CON AUTORIDAD EXCESIVA

Cuando los padres exigen más de lo que la capacidad del niño puede dar y tratan de estimularlos comprándolos, se obtiene del pequeño una actitud negativa como defensa del mismo. En el consultorio, en general son buenos pacientes, tratándolos con bondad y consideración.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

Para poder realizar un procedimiento operatorio aceptable, es esencial la cooperación del paciente. Si el odontólogo desea obtener una cooperación en grado máximo de su pequeño paciente debe orientar -

al mismo desde su primera visita al consultorio.

Solo recordaremos que el niño su poder de observación es mayor -
sín que en el adulto.

El niño al llegar al consultorio puede apotar actitudes muy di-
versas. A continuación vamos a explicarlas y a estudiar el modo de re-
solver tales problemas de conducta.

LLORONES

El llanto es un escape del niño, es comprensible que lloran cuando
hay dolor, debe permitírsele si el dolor es real, pero pidiéndole de -
buen modo que lo haga bajo; si el llanto es así puede seguirse el tra-
bajo pero sin engañar al niño, avisándole si le vamos a molestar.

EL NIÑO TIMIDO Y ASUSTADO

A este tipo de paciente se le muestra el consultorio y se le expli-
can los procedimientos a emplear; una vez ganada su confianza no habrá
problema. Cuando empujan la mano del dentista, éste debe verbalmente -
reprocharlo enérgicamente en tono áspero y enfático, pero luego con to-
no dramático haciendo ver al niño que podemos lastimarlo.

VERGONZOSO Y RETRAIDO

Los pacientes con estas características generalmente son toleran-
tes, pero no hay que abusar de su tolerancia si deseamos que continúe
colaborando con nosotros en citas posteriores.

EL CAPRICIOSO

Ante una actitud caprichosa, se debe proceder con rapidez y enér-
gicamente, dominando desde un principio la situación, evitando así pér-

dida de tiempo y de dominio del niño.

NERVIOSO E HISTERICO

La solución es actuar con energía para disipar los temores, debemos interrumpir el llanto para hacer que nos escuche, damos las indicaciones y actuamos. No debemos dejarlo solo, en la sala operatoria, — pues su imaginación trabaja y la consecuencia es el cambio de actitud hacia el tratamiento; cuando el niño no quiere cooperar debemos dejar a los padres que emplean todo su poder persuasivo y cuando fracasen entraremos con actitudes más enérgicas.

EL COLERICO

Estos pacientes se caracterizan porque se enfurecen al sentir dolor; se les hace comprender que no es nuestro deseo molestarlos, pero que el tratamiento puede ser doloroso, así el coraje se les quita y no desarrolla antipatía hacia el dentista.

Es necesario antes de iniciar cualquier tratamiento estomacal lógico en el niño, lograr una adaptación del mismo para lo que emplearemos métodos adecuados.

Primeramente debe investigarse el origen del temor, luego familiarizar e interesar al niño en el equipo dental demostrándole su inocuidad. Parece que el equipo dental es una inagotable fuente de diversión para los pequeños pacientes. Debemos ganar la confianza del niño, tratándolo en forma amistosa, interesándonos en cosas que son de su agrado, así al mismo tiempo se distrae su imaginación, por último, de acuerdo con la capacidad mental del niño debe abordarse el tratamiento haciéndole comprender que nuestra labor es beneficio suyo y que en ningún momento es nuestro deseo causarle dolor.

Para que el paciente infantil se convierta en un paciente colaborador, el odontólogo debe cuidar siempre algunos principios :

1) Es inútil cualquier intento de tratar al niño mientras no logremos su confianza, en ocasiones es necesario emplear métodos enérgicos para lograr que el niño nos escuche y para demostrarle que no vamos a hacerle daño, si el llanto le impide oírnos, se le tapa la boca y se le explica porqué lo hicimos, un método eficaz es pedir que abra la boca y vaciar un poco de agua previo aviso con la jeringa de la unidad, son sorprendentes los resultados pues en ocasiones pasa el niño de un llanto incontrolable a la risa. Si el pequeño no permite que le demostramos que el torno no siempre causa daño, por la fuerza se le sostiene y se le hace sentir cómo gira la fresa, después se dará una breve explicación de la posibilidad de provocar dolor pero haciéndole notar que no es la fresa lo que molesta sino el mal que tiene en sus dientes, así se logra que el coraje lo dirija hacia la enfermedad dental y no hacia el torno.

2) No debe cansarse a los niños, las citas demasiado largas se convierten en perjudiciales y el tiempo eficaz disminuye, debe tenerse habilidad, instrumental adecuado y la colaboración de un asistente eficaz.

3) Nunca se engañará a un niño, eso traería como consecuencia la pérdida de la confianza del mismo y sería imposible continuar el tratamiento sin recuperarla.

4) Al niño no debe violentársele, sólo en los casos en que el comportamiento del niño lo amerite se recurrirá a la violencia pero se indicará a continuación el motivo que nos llevó a emplearla.

5) En la primera cita, sólo se hará el estudio del caso y se realizarán labores indoloras; en los casos de emergencia nuestra labor será abolir el dolor.

LOS NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL

Estos niños deben tratarse con cuidados especiales; la premedicación puede ser útil, pero el empleo de la anestesia general en ocasiones es imperativo para brindarles tratamientos dentales adecuados.

C A P I T U L O I V

E D U C A C I O N A L P U B L I C O

El Cirujano Dentista debe enseñar al público a conservar sus piezas dentarias en buen estado; proporcionales normas que lo guíen con sano firme y amigo por el camino de la salud y el bienestar bucal; mostrarle los peligros a que se expone con una boca enferma y desprovista de defensas naturales; la boca es un campo de batalla en donde se libra, desde el primer vívido hasta la última expiración, la más feróz - lucha entre microorganismos.

También debe saber el público, de labios del Cirujano Dentista, - de los grandes recursos modernos con que se cuenta para la profilaxis, terapéutica y rehabilitación de la cavidad oral, que se conozca al detalle, concreta y exáctamente, con ejemplificación y cita de casos reales, todas las ventajas y beneficios que aporta una dentadura sana, íntegra, y los inconvenientes de aplicar la curación, reparación y rehabilitación en el infeliz caso de padecer caries, lesiones de las encías o carencia de piezas dentarias.

El público necesita casi palpar las fatales repercusiones en cualquier parte del organismo, las complicaciones y los trastornos que ocurren una boca descuidada, enferma y descuidada por extracciones que podrían evitarse si hubiéran sido tratados los dientes por un especialista.

Tan necesario es hacerle ver al público cómo cuidar y conservar - sus piezas dentarias naturales y revelarle los incalculables beneficios que recibe en cambio a su previsión, como el castigo, penas que le amenazan por su imprevisión: mala masticación, mala digestión, mal aspecto - de la boca y de la cara, mala articulación por dientes chuecos, desplazados y emigrados.

Aunque la rehabilitación de las piezas dentarias por medio de los postizos ha alcanzado una gran perfección, es decir, que es lo mejor y con mayor rendimiento que se puede substituir en el cuerpo humano, no dejan de ser postizos que no trabajan como los dientes naturales.

La propagación de consejos, es la única forma de difundir en el pueblo los conocimientos que lo capacitan para colaborar eficazmente con los dentistas en defensa de la salud bucal; pero la divulgación de estos consejos, para que alcance la meta, debe ser constante, tenaz, ininterrumpidamente como las gotas de agua que en sucesión continua y rítmica logran perforar la roca.

Los consejos sobre profilaxis deben multiplicarse de un modo incansante, y caer fija y atinada, sobre la conciencia popular hasta perforarla, penetrar e instalarse en sus intrincadas estructuras.

Este goteo de conocimientos y consejos de higiene bucodental sólo se podrá conseguir mediante la imponderable e insubstituible cooperación de la S.S.A. , I.M.S.S. , I.S.S.S.T.E. , S.E.P., la prensa, la radio, la televisión y el cine.

Así se convencerá al público de que es el Propio Cirujano Dentista quien quiere ayudarlo a librarse de caer en garras de las enfermedades de sus dientes y encías; el Cirujano Dentista moderno ya no se contenta a esperar al pie del sillón la llegada de enfermos y mutilados para curar y reparar, sino que también sale al encuentro de las enfermedades en sus propios orígenes para destruirlos antes de que ataquen, evitando así enfermos y mutilados dentales, y sale de su consultorio por diarios, revistas, cine, para adiestrar y habituar al público en la práctica de la defensa de sus órganos y demostrarle que el dentista consciente de su primordial misión, se siente más satisfecho y saborea el placer del deber cumplido cuando conserva ídome un diente o cuando logra curarlo de un daño y salvarlo de la extracción, que cuando tiene que extraerlo y reponerlo; que él (el Cirujano Dentista) es el primero

en luchar para librar al público de las torjuras de las enfermedades dentales y sus tratamientos, a pesar que éstos últimos, día con día, - son menos dolorosos y más rápidos.

Ahora si el Cirujano Dentista redoblara su esfuerzo para encausar al público por la ruta de la prevención, y le hiciera ver que la práctica de esta disciplina es la única forma de ayudarse a librar de las enfermedades bucales y sus curaciones y hacerles desistir de esa incomprensible actitud de gran número de personas que prefieren los suplicios y consecuencias fatales de las enfermedades de encías y dientes e inclusive "sacarse las muelas" antes que someterse a "curaciones" por miedo a los aparatos e instrumentos del dentista.

Se hará comprender a estas personas que no hay razón que por temor a las curaciones descuiden su boca y las arrojan a las enfermedades, siendo que la prevención de la salud bucal es indolora y hasta agradable, placentera, de consecuencias benignas, agradable y conveniente en todos sus aspectos.

Ahora que los Cirujanos Dentistas salgan a enseñar por todas las vías de información pública y particularmente, desde las más encumbradas hasta las más humildes, podrán hacer del dominio público todos los medios con que cuenta la odontología moderna y que solamente corresponden de poner en práctica al mismo público. En consecuencia, ya nadie podrá defender su descuido esgrimiendo la consabida disculpa de "yo no lo sabía".

No cabe en la mente pensar que el Cirujano Dentista pueda divulgar ampliamente normas de higiene bucal limitando a esbozar una que otra recomendación o consejo en pláticas robadas al tiempo de un tratamiento en el sillón dental, pero si puede, en sus ratos de ocio, escribirle al público cómo debe comportarse para proteger sus dientes de la invasión de enfermedades, la conveniencia de reparar a tiempo las piezas dañadas y rehabilitar su boca en caso de tener la desgracia de haber perdido los dientes.

Si los Cirujanos Dentistas escriben y las vías de información difunden, harán un servicio social que nunca jamás país alguno ha impartido en la realidad y proporcionen medidas para que los pueblos disfruten de veras de una boca sana.

Una boca Sana, Prevenida, Reparada y Rehabilitada tiene adelantada la mitad del camino en la prevención contra muy numerosas enfermedades generales y en el tratamiento médico e intervención quirúrgica, - ortopédica o protésica de gran número de casos.

Tan importante es la boca sana que en campañas de higiene de diversa índole, tratamientos e intervenciones, no se logra el efecto deseado si no se realiza previa o simultáneamente a cualquiera de estas actividades, una campaña de higiene bucal para una correcta masticación una normal digestión bucal y la eliminación de focos infecciosos.

C A P I T U L O V

CARIES

El tratamiento de la caries dentaria ocupa gran parte del tiempo de todo odontólogo. Es por consiguiente necesario que conozca a la mayor perfección los factores que determinan su ataque inicial y rigen su propagación.

DEFINICION.

Caries, es un proceso infecto-contagioso, de naturaleza químico-biológica, caracterizado por la destrucción más o menos completa de los elementos constitutivos del diente. Químico, porque intervienen en su producción sustancias químicas (ácidos) y biológico, porque intervienen microorganismos.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PRODUCCION DE CARIES

1. Los tejidos del diente deben ser solubles a los ácidos orgánicos débiles.
2. Presencia de bacterias acidógenas, acidúricas y de enzimas proteolíticas.
3. Susceptibilidad a la caries (Predisposición).
4. Presencia de placa bacteriana.
5. Frecuente ingestión de hidratos de carbono (en especial de azúcares refinados).
6. Coeficiente de resistencia del diente, que está en razón directa de la riqueza de sales calcáreas que lo componen.
7. Fuerza de los agentes químico-biológicos de ataque.

TEORIAS

1. **TEORIA ACIDURICA.** Consiste en la fermentación de ácidos por los hidratos de carbono, donde se encuentran las bacterias acidúricas, que penetran junto con otros microorganismos produciendo la descalcificación de la substancia inorgánica del esmalte, seguida de la desintegración de la substancia orgánica.
2. **TEORIA ACIDOGENA.** Las bacterias acidogénicas, también junto con otros microorganismos, se encargan de generar ácido que va a atacar a los tejidos del diente, desmineralizándolos, lo atacan desde la periferia y con el tiempo completan su destrucción.
3. **TEORIA PROTEOLITICA.** Las bacterias proteolíticas, solamente actúan cuando encuentran iones calcio en estado lábil. Son las que se encargan de la desintegración de la dentina, produciendo lisis frente al tejido colágeno y especialmente su enzima la colagenasa.

LESIONES CARIOSAS

A continuación citaremos las zonas de las lesiones cariosas según su importancia:

- a) A nivel de surcos, hoyos y fisuras.
- b) En defectos estructurales.
- c) En el espacio interproxial.
- d) En el cuello, cerca del surco gingival.
- e) En la cara palatina, en personas susceptibles a la caries.

PERIODOS DE SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES

- a) Entre los 4 y 6 años existe una marcada susceptibilidad a la caries.
- b) De los 12 a los 14 años y de los 16 a los 18, existe un periodo de estabilidad para repetir después el periodo de susceptibilidad.
- c) De los 55 a 60 años es el periodo de mayor susceptibilidad a la caries.

MECANISMO Y GRADOS DE CARIES, SEGUN LA CLASIFICACION DE BLACK

PRIMER GRADO. Cuando la lesión cariosa se localiza en el esmalte. No existe dolor en este grado, se localiza al hacer una inspección y exploración.

Donde la cutícula de Nasmyth falta, o alguna porción de los prismas se ha destruido, da el aspecto de manchas blanquecinas granulosas, y lo que va a facilitar la entrada de la caries.

De la integridad de la cutícula depende la presencia de caries y esto sucede cuando está incompleta, por desgaste mecánico ocasionado por la masticación, o por acción de los ácidos que desmineralizan la superficie de la cutícula.

De ahí pasa a atacar a la substancia interprismática en donde avanza la caries rápidamente, debido a la presencia de fosfato tricálcico el cual mediante diadoquismo (por existir en el esmalte iones calcio en estado lábil) se convierte en fosfato dicálcico y finalmente en fosfato monocálcico, que es soluble a los ácidos.

Las estructuras que facilitan la penetración de gérmenes y ácidos, son las lamelas, penachos, husos y agujas por ser estructuras hipocalcificadas.

Microscópicamente se observa en el fondo de la pérdida de substancia, detritus alimenticio, en donde pululan numerosa variedad de microorganismos.

En el esmalte, en las caras lisas, la caries se presenta en forma de cono, el vértice hacia adentro y la base hacia la parte exterior del esmalte.

En surcos, fosetas y depresiones también en forma de cono, pero el vértice hacia el exterior y la base hacia la dentina.

SEGUNDO GRADO. Cuando la lesión cariosa está afectando esmalte y dentina. El síntoma patognomónico de la invasión de la dentina, es el dolor provocado.

El proceso carioso evoluciona aquí con mayor rapidez que en el esmalte, debido a la gran cantidad de materia orgánica, y a las vías de entrada más amplias, por lo que su índice de resistencia es menor.

Los canalículos dentinarios se encuentran en mayor número, y su luz es mayor que la de las estructuras del esmalte, por lo que gérmenes y toxinas tienen más fácil acceso.

Haciendo un corte longitudinal del diente se observan tres zonas bien diferenciadas, de afuera hacia adentro, que son:

1. Zona de Reblandecimiento. Constituida por detritus alimenticio y dentina reblandecida, de color café, formado por fosfato monocálcico.

2. Zona de Invasión. Tiene la consistencia de la dentina sana, pero observándola al microscopio se encuen-

tran a los canalículos ligeramente ensanchados y llenos de microorganismos.

También es de color café, un poco más clara que la primera zona, está formada por fosfato dicálcico.

3. Zona de Defensa. Se encuentra dentina secundaria taponando la luz de los canalículos y retracción de la fibra de Thomas, dentro del canalículo como respuesta al ataque recibido.

La coloración desaparece y está formado por fosfato tricálcico.

La penetración de la caries, también se efectúa en forma de cono, el vértice siempre estará colocado hacia la pulpa y la base hacia el esmalte.

TERCER GRADO. Cuando la lesión involucra esmalte, dentina y pulpa. El síntoma patognomónico es el dolor provocado y espontáneo.

Se presenta inflamación e infección de la pulpa, pero conservando su vitalidad, existiendo circulación aún cuando esté restringida.

CUARTO GRADO. La lesión cariosa ha producido la destrucción de la pulpa dentinaria, y la siguen por lo general complicaciones.

No hay dolor ni provocado, ni espontáneo, la corona del diente se encuentra destruida casi en su totalidad.

No hay sensibilidad, vitalidad, ni circulación y por consiguiente no hay dolor, sus complicaciones si resultan dolorosas.

Estas complicaciones van desde la mono-artritis apical, celulitis, miocitis, osteitis y periostitis, hasta la osteomielitis.

En los tres primeros grados de caries se podrá intervenir con el objeto de restaurar las piezas para conservarlas, aliviar la molestia o el dolor, y que cumplan con sus funciones, pero, en el último grado se deberá proceder a la extracción oportuna para evitar cualquier complicación, o si es posible, se tratará de hacer un tratamiento endodóntico.

C A P I T U L O VI

PREVENCIÓN

Prevención en Odontología se refiere a los tratamientos o mecanismos empleados para impedir o interceptar afecciones y estados dentarios o generales, que tienden a destruir, o hacer menos efectivas las estructuras bucales o de otro tipo y su función.

Hasta la actualidad se ha puesto mayor énfasis en las fases curativas y restauradora de la odontología y se ha olvidado el aspecto de prevención de los problemas dentales tales como la caries, paradentosis y maloclusión.

Es de vital importancia el desarrollo de la odontología preventiva en bien de la comunidad. Aunque no hay droga, sueros o vacunas específicas que inmunicen a un individuo contra la caries, paradentosis o maloclusión, hay gran cantidad de medidas preventivas que ayudarán a la reducción de la enfermedad dentaria.

Tales medidas son:

- a) VISITAS PERIODICAS
- b) HIGIENE BUCAL ADECUADA
- c) FLUORURACION DEL AGUA POTABLE
- d) APLICACIONES TOPICAS DE FLUORUROS
- e) DIETA
- f) ESTUDIO RADIOGRAFICO
- g) ORTODONCIA PREVENTIVA

VISITAS PERIODICAS

Es conveniente hacer hincapié en que es necesario que se visite al Cirujano Dentista con regularidad, aunque aparentemente no se tenga ningún problema, ya que por lo general, éstos se presentan sin ninguna molestia para el enfermo, y cuando se dejan avanzar, requieren un tratamiento más avanzado y complicado, más tardado y por supuesto, más caro.

HIGIENE BUCAL ADECUADA

Es responsabilidad de los padres, ayudar y supervisar a sus hijos en el mantenimiento de un programa adecuado de higiene bucal. El Odontólogo tiene la responsabilidad de enseñar al padre y a sus hijos los métodos exactos a emplear en el cuidado de su boca. El profesional debe tener en el consultorio, una adecuada provisión de cepillos correctamente diseñados para poder hacer la demostración de la técnica de cepillado. Se conversará respecto al tamaño y forma deseados del cepillo y se hará énfasis al hecho de que un cepillo con cerdas duras exageradamente, gastadas o blandas, no tiene valor práctico. Debe informarse a la madre, que es muy práctico y eficaz, que cada niño tenga por lo menos, 2 cepillos dentales, de manera que las cerdas puedan secarse entre los periodos de cepillado. Un cepillo dental aceptable debe tener el mango recto, 2 hileras rectas de cerdas y 5 ó 6 penachos de cerdas en cada hilera.

El cepillo es el mecanismo principal, que limpia los dientes y estimula los tejidos gingivales; la pasta o el polvo dentífrico es complemento del cepillado. Esta pasta debe tener un sabor agradable y propiedades detergentes y pulidoras.

Los dientes deben cepillarse no sólo después de cada comida, sino después que se come algo. La colección de alimentos, incluyendo materiales hidrocarbonados sobre los dientes, es un factor importante en la -

etiología de la caries. La acumulación de tártaro dentario es precursora de gingivitis. La placa bacteriana influye en ambos padecimientos.

FLUORURACION DEL AGUA POTABLE

La fluoruración del agua de consumo, es una de las principales medidas preventivas. A este respecto podemos decir que es necesario en primer lugar investigar la necesidad; luego la posibilidad de llevar a cabo esta medida, ya que algunas ocasiones el agua ya contiene la cantidad adecuada de flúor o en otra no es posible de que la situación propiciara el llevar a la práctica esta medida; sería entonces muy recomendable enfocar las actividades educativo-sanitarias para el logro de esta medida, a las personas clave que se hayan identificado en la población, así como desde luego también a la comunidad.

APLICACIONES TOPICAS DE FLUORUROS

Las aplicaciones tópicas de fluoruros, es un paso importante en la prevención, pues este procedimiento disminuye o inmuniza en cierto grado el avance de la caries sobre todo en los niños. Para este tipo de tratamiento se han investigado infinidad de fluoruros, llegándose a la conclusión de que los mejores hasta la actualidad, son los fluoruros de sodio al 2% y el fluoruro estancoso al 8% en niños y al 10% en adultos.

Respecto a esta medida preventiva, sería muy conveniente el tratar de motivar a la población para que solicite este servicio del Cirujano Dentista, ya que en la actualidad la poca demanda por estas aplicaciones provoca inclusive, que haya poco interés por parte del odontólogo particular para ofrecerlo.

DIETA

Un aspecto muy importante en la prevención es la nutrición. Pues sabido es que los niños bien nutridos, son los más saludables y con bajo índice cariogénico. Por lo tanto es conveniente mejorar la dieta en niños desnutridos o propensos a la caries, mediante la administración de alimentos ricos en proteínas, minerales y vitaminas.

Los alimentos considerados más completos son: leche y productos lácteos (queso, mantequilla, etc.), pan, cereales, vegetales, frutas, carne, pescado y huevos.

También debemos citar la restricción del consumo excesivo de azúcares. Lo que debe tratarse de obtener al recomendar el control de azúcar, es de que voluntariamente las personas reduzcan la cantidad, así como la frecuencia de ingestión de alimentos ricos en azúcares.

Se ha recomendado para ser prácticos y realistas deberíamos aconsejar:

1. Enseñar e informar a los niños y padres de familia sobre la existencia de una relación directa de causa a efecto, entre azúcar y caries dental.
2. Procurar crear el hábito de no comer fuera de la hora de las comidas reduciendo el consumo de azúcar a 3 ó 4 veces al día.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Aunque con frecuencia se le descuida, la roentgenografía es el auxiliar más importante para una práctica odontológica exitosa. Durante la primera visita al consultorio dental, provee un medio grato indoloro de introducir al paciente a las intervenciones odontológicas. Como ayuda para el odontólogo, proporciona una de las armas más significati

vas de diagnóstico para la prevención de las afecciones y para la lucha contra las malas oclusiones. La atención dental de los pequeños pide una utilización más amplia de este auxiliar del diagnóstico, de modo que la odontología puede llenar el ideal de una ciencia realmente preventiva.

La roentgenografía tiene una aplicación muy amplia en odontopediatría. Los niños tienen, quizás, una necesidad tan grande como la de los adultos por las radiografías con propósito de diagnóstico, — pues en ellos en todo instante existe la preocupación por los problemas del crecimiento y del desarrollo y por los factores que lo alteran. Sobre las bases de la roentgenografía es que se puede obtener el éxito en odontopediatría.

Un Roentgenograma puede servir a los efectos de proporcionar una de estas categorías de información:

1. Lesiones de caries incipiente.
2. Anomalías con capacidad potencial de alterar la oclusión.
3. Alteraciones de la calcificación y forma de los dientes.
4. Alteraciones del tiempo de erupción de los dientes.
5. Alteraciones de la integridad de la membrana periodontal.
6. Alteraciones de los tejidos duros de soporte del diente.
7. Lesiones dentarias y de los tejidos de sostén.
8. Terapéutica pulpar.
9. Estimación de la edad ósea de un niño.

ORTODONCIA PREVENTIVA

Esta tiene por objeto impedir o evitar que se inicie o establezca cualquier posible maloclusión.

Es necesario que los odontólogos sepan reconocer la maloclusión y distinguir entre los casos en que la dentición permanente habrá de traer consigo, un cierto grado de corrección espontánea y aquellos en los cuales no habrán de producirse cambios apreciables con los dientes definitivos, para que dado el caso, intervenir para evitar o prevenir estos problemas. Algunos casos se podrán resolver con medidas simples, pero aplicadas oportunamente. En otros será necesario aplicar alguna medida correctiva.

Las maloclusiones se han clasificado conforme Angle en 3 clases:

CLASE I. Neutro-Oclusión. Relación normal entre los arcos.

CLASE II. Distal-Oclusión. La arcada inferior se encuentra en posición distal respecto a lo normal.

CLASE III. Mesial-Oclusión. El arco inferior se encuentra en posición mesial respecto a lo normal.

Dentro de estas dos últimas clasificaciones se encuentran otros tipos especiales o subdivisiones de maloclusión.

ETIOLOGIA DE LA MALOCLUSION. Los factores etiológicos se clasifican en:

a) Generales u orgánicos y b) Locales o mecánicos.

a) Causas generales u orgánicas:

- 1) Herencia.
- 2) Trastornos endócrinos.
- 3) Afecciones congénitas.
- 4) Nutrición.
- 5) Estado físico general.

b) Causas mecánicas o locales:

- 1) Hábitos (succión del pulgar, morder los labios, morder la lengua, respirar con la boca, malposiciones al dormir.

- 2) Pérdida prematura de los dientes primarios.
- 3) Pérdida prematura de los dientes permanentes.
- 4) Retención prolongada de los dientes primarios.
- 5) Erupción retardada de los dientes permanentes.
- 6) Caries con pérdida de contacto interproximal.
- 7) Anomalías.
- 8) Dientes permanentes grandes.
- 9) Frenillo labial anormal.

Los factores generales u orgánicos se deben tratar combatiendo la enfermedad o padecimiento que está provocando la maloclusión, y posteriormente con aparatología.

Asimismo los factores locales deben tratarse inhibiendo, impidiendo o resolviendo la instauración de los problemas de oclusión.

Con respecto a los hábitos, deben evitarse mediante aparatos y dispositivos correctivos. Sobre este aspecto debe pedirse a los padres y maestros que cuiden que los niños no se metan objetos a la boca y que no sostengan la cara con las manos, pues esto a la larga trae como consecuencia deformaciones de los huesos.

La pérdida prematura de los dientes primarios y permanentes son causa de maloclusión y se pueden solucionar mediante la colocación de mantenedores de espacio. El tratamiento ideal sería asegurar la conservación de los dientes en los maxilares.

El problema que plantea la retención prolongada de los dientes primarios junto con la erupción retardada de los sucesores permanentes, entraña la posibilidad de una erupción distal o mesial, vestibular o lingual de los permanentes. La corrección de este estado supone el empleo oportuno de la radiografía y la extracción de los dien-

tes primarios retenidos antes de que el mal avance.

Uno de los motivos más frecuentes de la maloclusión son los provocados por piezas dentarias con caries proximales y que ocasionan cierre de espacio por pérdida del contacto interproximal. La restauración de las zonas proximales cariadas evita posible pérdida de espacio y la consiguiente maloclusión.

En las anomalías tales como dientes impactados por la retención prolongada de dientes primarios, solo pueden descubrirse por la radiografía y el tratamiento será la extracción de este diente anormal y de ser necesario el empleo de una corrección ortodóncica.

Otro problema son los dientes de grandes dimensiones en arcadas pequeñas, de muy difícil solución. Debe consultarse con el ortodoncista y si este tratamiento no está la alcance de sus posibilidades y como último recurso se hará la extracción.

Los diastemas en los incisivos centrales superiores generalmente son provocados por un frenillo labial muy desarrollado. Debe intervenir quirúrgicamente, y hacer la incisión de este frenillo a normal.

CONCLUSIONES

Impartir la educación dental a nivel público y privado, despertando en las comunidades el deseo de tener una salud bucal adecuada.

Orientar y educar a los padres, ya que de la actitud, manejo y preparación de éstos a sus hijos, depende su comportamiento y aceptación o rechazo al tratamiento odontológico.

Es también importante la colaboración de los educadores, quienes a la par que los padres, preparan al niño emocionalmente respecto a los procedimientos, técnicas y tratamientos empleados por el odontólogo.

BIBLIOGRAFIA

1. Revista A.D.M. Nso./Abril 1964 Vol. XXI No. 2 Artículo :- "Las funciones educativas del personal de odontología sanitaria". -- Autor: Dr. Victor López Cámara (p.p. 89 a 91) Biblioteca A.D.M.
2. Boletín de información dental Julio/Agosto 1969 Vol. XXIX No. 225 Autor: Dr. José Rosa Prat (p.p. 327) Biblioteca A.D.M.
3. Periodontología Clínica. Irwing Glickman. Edit. Mundi 2a. Edición 1958 (p.p. 239 - 244) Biblioteca E.N.O.
4. Patología, Anatomía y Fisiología Bucodental. Dr. Alcayaga y Alberto Olazábal. Edit. El Ateneo 4a. Edición 1960 (p.p. 207) Biblioteca E.N.O.
5. Tesis "Enfermedades Generales" Sonia Barrientos 1963 (p.p. 18-20-21-41-43) Biblioteca E.N.O.
6. Bioquímica Dental. Eugene P. Lazzari. Edit. Interamericana S.A. Ia. Edición 1968 (p.p. 136 -137) Biblioteca E.N.O.
7. Odontopediatría Clínica. Sidney B. Finn. Edit. Bibliográfica Argentina 1957 (p.p. 1 - 2) Biblioteca A.D.M.
8. Odontología Pediátrica. Michael Cohen. Edit. Mundi 1957 (p.p. 243) Biblioteca A.D.M.
9. Odontología para niños. John Charles Braver. Edit. Mundi - 3a. Edición 1953 (p.p. 28) Biblioteca A.D.M.
10. Tesis "Odontopediatría" Telséforo Tsukasa Sato 1968 - (p.p. 147).