

870122

72
24'

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"LA IMPORTANCIA DE LA INCORPORACION DE LA
ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL EJERCICIO DIARIO
DE LA ODONTOPEDIATRIA".

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
LAURA ALICIA PEREZ TORRES
A S E S O R :
DR. GUILLERMO A. HERNANDEZ ORTIZ
GUADALAJARA, JALISCO. 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"LA IMPORTANCIA DE LA INCORPORACION DE LA
ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL EJERCICIO DIARIO DE LA
ODONTOPEDIATRIA"

I N D I C E

	PAGINA.
Introducción.....	1
CAPITULO I.- Odontología Preventiva.....	2
-Objetivos de la Filosofía Preven - tiva.	
-Requisitos para realizar un Ejerci cio Odontológico Preventivo.....	7
-Las Razones dadas más frecuentemen te por los Dentistas para Justificar- sufalta de interés en la Odontología- Preventiva.....	12
-Períodos de la enfermedad.....	14
-Niveles de prevención.....	17
-Programa de Odontología Preventiva	20
-Problemas más comunes en niños....	23

CAPITULO II.- Métodos de Prevención.....	33
A) Limitación del daño.....	33
-Odontología Restauradora...	40
B) Educación y Motivación.....	51
-Programa motivaciona-educa-	
cional.....	52
-Métodos o Técnicas de Pre--	
vención.....	58
Conclusiones.....	69
Bibliografía.....	71

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

La Odontología Preventiva es una filosofía de la práctica diaria.

La Odontología Preventiva es la suma total de -- los esfuerzos destinados a fomentar, conservar y restaurar la salud del individuo por medio de la promoción, mantenimiento y restitución de la salud bucal. Por lo tanto la -- prevención debe ser una parte integral e inseparable de la práctica odontológica diaria del niño.-

Es muy importante prevenir los problemas odontológicos que pueden afectar a la comunidad y en especial a los niños; los problemas más comunes son: Caries, enfermedad periodontal y maloclusiones.

Para evitar esto existen métodos de prevención-- como sería limitar el daño por medio de la odontología restauradora o por medio de la educación y motivación del niño, así lograremos una mejor comprensión de la odontología preventiva, y por lo tanto, su mejor aplicación para poder mantener una boca sana tanto tiempo como sea posible, idealmente de por vida.

Si sabemos tener habilidad y paciencia en encontrar y aplicar los recursos necesarios para fomentar la -- odontología preventiva y despertar el interés y la confianza del niño, motivándolo hacia la prevención de su boca, -- tendremos una gran ventaja con respecto a su salud dental.

La odontología preventiva puede llevarse a cabo en una forma exitosa en el ejercicio diario de la odontopediatría.

C A P I T U L O I

O D O N T O L O G I A P R E V E N T I V A

C A P I T U L O I

O D O N T O L O G I A P R E V E N T I V A

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe preveer que la tarea le resultará algo difícil, ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil. Se puede considerar la odontología infantil como el servicio más necesitado. El hecho de trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que puedan experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que está tratando con organismos en período de formación.

La odontología para niños trata generalmente de la prevención . La odontología pediátrica es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

(4).

La Odontología Preventiva, es una filosofía de práctica -- es la manera en que un odontólogo enfoca su práctica y lo que trata de lograr.

Tradicionalmente, la práctica de la odontología ha seguido una llamada filosofía restauradora en la que el paciente viene al -- consultorio, cuando ya tiene una enfermedad activa (caries, dolores de dientes , necesidades de extracciones, etc.). El dentista debe -- entonces dedicar sus esfuerzos a restaurar y reponer los dientes dañados o extraídos.

Si enfocamos la práctica de la odontología, desde el punto de vista predominantemente preventivo, éste sería el momento ideal -- para que un paciente viniera al consultorio; está libre de enfermedad dental, y el equipo dental (dentista y auxiliares) harán todos los esfuerzos posibles para mantenerlo libre de enfermedad; durante tanto tiempo como sea posible.

La mejor manera de aplicar la filosofía de la odontología-preventiva es a través de un programa de tratamiento total del paciente, tanto tratamiento preventivo como restaurador. (10).

La odontología preventiva se ocupa de las relaciones humanas y de la motivación; requiere el manejo de nuestro tiempo para que podamos utilizar con la mejor ventaja nuestras oportunidades de servir a los pacientes.

La práctica exitosa de la odontología preventiva requiere el mejor uso posible de nuestros conocimientos y habilidades en la promoción y mejora de la salud dental.

La odontología preventiva es un enfoque positivo al ejercicio profesional. Vigoriza nuestra comprensión de las situaciones de tratamiento cotidianas; promueve la buena voluntad con nuestros pacientes y estimula su máxima aceptación de los principios de salud dental; también de la satisfacción que surge de poner nuestros mejores esfuerzos y brinda desafío y contento en nuestro quehacer odontológico. (1).

Una de las experiencias más gratificantes en el ejercicio de la odontología es el desarrollo de un programa de odontología preventiva exitoso, porque cambia la meta de una práctica corriente y crea un ambiente más placentero para el odontólogo y el paciente.

El tratamiento del paciente se transforma de un ciclo anual de reparación dental temporaria, que a menudo resulta en dentaduras a temprana edad, a una práctica dedicada a la preservación de los dientes naturales por toda la vida. La prevención abarca no solamente cepillado y limpieza, sino también un amplia gama de odontología complicada, que debe efectuarse si se desea conservar los --- dientes. Se pueden incluir todas las fases de la odontología, y esta versatilidad es lo que hace atrayente el programa de prevención.

Movimientos dentarios menores, periodoncia, endodoncia, obturaciones , todos son necesarios para preservar y mantener los dientes de por vida. (3).

OBJETIVOS DE LA FILOSOFIA PREVENTIVA.

Componentes de la filosoffa de la odontología - preventiva.(objetivos).-

1.- Considerar al paciente como unidad y no -- sólo simplemente como un juego de dientes, con cierto grado de enfermedad.

2.- Si el paciente tiene una boca sana, tratar de mantenerlo libre de enfermedad durante tanto tiempo como sea posible.

3.- Si existen signos de enfermedad dental acti
va, tratar de restaurar la salud tan rápida y perfectamen
te como sea posible.

4.- Proveer al paciente la educación y la moti-
vación necesaria para mantener su propia salud, así como
la de su familia, y la de los miembros de su comunidad.

La prevención debe ser una parte integral e ---
inseparable de la práctica odontológica diaria, y debe a-
plicarse a todos los pacientes, aquellos con graves pro-
blemas bucales, así como aquellos con problemas mínimos o
los que no tienen problema alguno. (10)

La principal preocupación de la prevención es,-
por lo tanto, el individuo como un ser total. La conside-
ración de la enfermedad, o del órgano afectado, represen-
ta un papel secundario; ya que el ser humano es una enti-
dad morfológica, fisiológica y psicológica armoniosa en -
sí misma,

La odontología preventiva puede definirse como-
la suma total de esfuerzos por promover; mantener y res--

taurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restauración de su salud bucal.

El ideal de la odontología preventiva, como -- parte de la prevención en general es actuar tan precoz-- mente como sea posible para eliminar la enfermedad. (10).

REQUISITOS PARA REALIZAR UN EJERCICIO ODONTOLOGICO PREVENTIVO:

Para que un ejercicio odontológico preventivo, pueda emplear lo mejor de la prevención, debe tenerse presentes los siguientes requisitos:

1.- La filosofía.

2.- El personal auxiliar entrenado en forma --- adecuada.

3.- Una disposición adecuada del consultorio(10)

1.- LA FILOSOFIA.

La Filosofía debe ser una guía para practicar la odontología preventiva. Es fundamental, con respec

to a esto, que todos los miembros del equipo del consultorio compartan esta filosofía.

No será posible vender al paciente toda la idea de la odontología preventiva; si alguien en el consultorio no cree en ella.

La adhesión a la odontología preventiva, no debe ser hablada. Es importante que cada miembro del consultorio tenga una salud dental, es decir que se le haga todo el trabajo requerido y que practique escrupulosamente las técnicas de cuidado de la salud bucal y general, que se recomienden en el consultorio dental. (10).

Para cualquier programa preventivo es indispensable una persona con una dedicación sincera a la filosofía preventiva. El adoptar una filosofía preventiva y practicarla, son niveles de dedicación, los cuales se trata de crear circunstancias que le permitan practicarlo en un medio ambiente preventivo concordante.

Además de su dedicación a la filosofía preventiva, la persona responsable de la educación preventiva nece

sita ser sensible a la individualidad de cada paciente. - Con esto se logra la conciencia de que un programa de pre ven ci ón debe ser flexible y personalizado o individualizado para ser eficaz. (13).

2.- EL PERSONAL AUXILIAR ENTRENADO EN FORMA ADE CUADA.

El personal auxiliar ayuda a realizar los proce di m i e n t os preventivos en el consultorio dental, así el -- odontólogo podría brindar su atención personal a un mayor número de pacientes a los que les dará servicio que sólo- él, por sus conocimientos puede prestar.

El personal que elijamos debe ser entrenado en forma conveniente, para brindar una odontología de calidad, motivando y teniendo un mejor rendimiento con los pacientes. Esto requiere de mucha comunicación interpersonal con el enfermo y tocan aspectos íntimos como la higiene per-- sonal y hábitos alimenticios. Los auxiliares tiene la ventaja de estar en un nivel más parejo con el paciente en -- términos psicológicos, que lo que está el profesional.

El personal auxiliar utiliza un lenguaje menos técnico, - más accesible para el paciente y puede dedicarle más --- tiempo al paciente, que el odontólogo. El personal debe incluir una Recepcionista Secretaria, un asistente --- (junto al sillón) y una Higienista Dental; otro auxiliares la Asistente, Terapeuta o Enfermera Preventiva.

El personal auxiliar depende de las necesidades de cada consultorio dental, en particular (10).

3.- UNA DISPOSICION ADECUADA DEL CONSULTORIO.

El desempeño de un programa de odontología preventivo comprende una cantidad de maniobras que deben ser realizadas en un momento u otro del tratamiento del paciente. La distribución del espacio del consultorio para estas maniobras deben determinarse de acuerdo con las características del edificio, y el tipo de ejercicio. En -- los consultorios pequeños, todos estos procedimientos pueden llevarse a cabo en un solo ambiente; los mas grandes pueden tener habitaciones separadas para las distintas -- actividades.

El consultorio de la higienista podría ser una-

buena alternativa, en efecto, este es el lugar para re--
lizar la profilaxis, y la aplicación de flúor. En los con--
sultorios relativamente pequeños también se pueden usar --
para el resto de las maniobras preventivas. En los muy --
ocupados, sin embargo, es mejor tener recintos especia--
les para fines preventivos como son: la sala de control --
de placa y la sala de educación del paciente. (10).

El buen éxito de equipo odontológico para pro--
porcionar los servicios dentales a un niño dependerá de --
la manera en que este equipo se relaciones de manera sa--
tisfactoria con el mundo del niño. Tanto el odontólogo --
como sus auxiliares deben cultivar de manera continua las
relaciones positivas con los pacientes pediátricos. Debe--
existir comprensión y afecto básicos por los niños dentro
de las mentes del equipo quirúrgico, para que se desarro--
lle con ellos una relación positiva. Los niños son exper--
tos en el descubrimiento de los sentimientos de quienes --
los rodean. Se forman opiniones rápidas de los demás a --
partir de las expresiones faciales, el tono de la voz, --
los tópicos de la conversación y las actitudes físicas.--
Si somos verdaderamente sinceros y honestos con el niño ,
lo percibirá casi de inmediato y reaccionará de manera po--
sitiva. (2).

LAS RAZONES DADAS MAS FRECUENTEMENTE POR LOS --
DENTISTAS, PARA JUSTIFICAR SU FALTA DE INTERES EN LA ODON-
TOLOGIA PREVENTIVA SON:

1.- La odontología preventiva no es área desafiante del ejercicio profesional. No exige mucha pericia profesional, por lo tanto no es interesante.

2.- La odontología preventiva no es lucrativa.

3.- La odontología preventiva no es apreciada ni pedida por el público.

4.- La odontología preventiva práctica, aplicada al ejercicio diario, rara vez se enseña.

Por lo anterior la filosofía de la odontología preventiva es comprender y tratar al paciente como una entidad biopsicosocial íntegra; es decir, una persona total con sus componentes físicos y emocional que vive en un medio social (10).

La odontología preventiva es una nueva actitud.

En sus términos más simples esta nueva actitud-comprenderá el desarrollo de una nueva escala de valores-dentales en los que el valor más alto se dará al mantenimiento de la salud bucal y las restauraciones se considerarán sólo una parte importante y necesaria; pero de ninguna manera exclusiva y esencial de la práctica odontológica. (10).

Para que un ejercicio dental preventivo orientado sea factible de manera realista, en nuestro mundo socioeconómico actual deben existir dos condiciones:

1.- Debe existir la necesidad de la prevención.

2.- La prevención debe ser aceptada por el público.

Este último implica que debe haber un requerimiento de una demanda de servicios preventivos, lo que a su vez indica que el público debe conocer los beneficios de tales servicios y estar dispuesto a pagar un honorario razonable por ello. (10).

PERIODOS DE LA ENFERMEDAD

Leavell, H.R. y Clark, E.G, en su texto -- sobre medicina preventiva consideran el concepto de prevención con respecto al individuo y no simplemente a la enfermedad o al órgano involucrado. De acuerdo a estos autores-- se considera gráficamente a la enfermedad como una flecha que comienza con el primer alejamiento de la salud y que -- finaliza con la muerte, la incapacidad. El límite entre -- salud y enfermedad no es de manera alguna preciso. En efecto hay una continuidad entre la salud y el comienzo de la-- enfermedad, cuya relación está esperando una mejor compren-- sión de los factores patógenos subyacentes y el desarrollo de maniobras diagnósticas más refinadas.

En el modelo de Leavell, H.R. y Clark, E. G., el pr mer período de enfermedad, o la primera manifestación de una disarmonía fisiológica, se denomina Estadio-- Patogénico (14).

O también se llama estadio preclínico, ya-- que es el período en el que no se evidencia o no pueden -- ser hallados signos de enfermedad.

Cuando los signos clínicos de la enferme--
dad son:

evidentes, los Estadios se conocen como Patógenos o Clínicos.

La última parte del Estadio Clínico, relacionada con la discapacidad o la muerte, se denomina a menudo Estadio Final. de la enfermedad.

La prevención puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta de la enfermedad y consiste en todos los esfuerzos por poner barrera al avance de la enfermedad, en todos y cada uno de sus estadios.

La prevención así como la enfermedad pueden dividirse en distintos períodos:

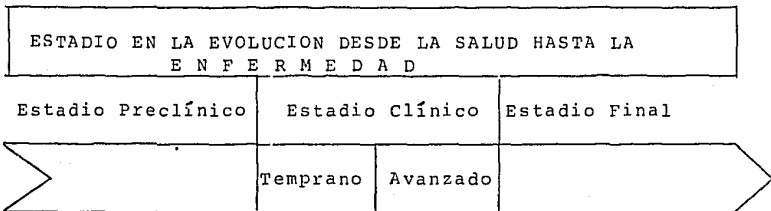
- Prevención Primaria.- Actúa durante el Estadio preclínico de la enfermedad.

- Prevención Secundaria.- Durante la primera parte del Estadio Clínico de la enfermedad.

- Prevención Terciaria.- Durante el Estadio final.

Es evidente que cuanto antes se coloquen las barreras preventivas, es decir cuanto antes tengan lugar los esfuerzos preventivos, con referencia a la evolución de la enfermedad, más efectivo será el resultado final.⁽¹⁾

Estos períodos de prevención se subdividen en 5 niveles.



NIVELES DE PREVENCIÓN

Primer nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel	Cuarto Nivel	Quinto Nivel
Promoción de la salud	Protección específica.	Diagnóstico- precoz y tra- tamiento tem- prano.	Limita- ción - del da- ño.	Rehabili- tación.
Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria		

Conceptos y niveles según las ideas de Leavell, H.R. y ---
Clark H.G. (14).

Estos Períodos de Prevención se subdividen en 5 niveles:

NIVELES DE PREVENCIÓN:

Prevención Primaria.- (Primer y segundo nivel).

PRIMER NIVEL.- PROMOCION DE LA SALUD.

Este nivel no es específico, es decir, no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad dada e incluye todas las medidas que tienen por objeto, mejorar la salud general del individuo. Una nutrición balanceada, una buena vivienda, condiciones de trabajo adecuadas, descanso y recreación son ejemplos de medidas que actúan a este nivel. (10).

SEGUNDO NIVEL.- PROTECCION ESPECIFICA.

Este nivel consta de medidas para prevenir la aparición o la recurrencia de enfermedades específicas. Constituyen un ejemplo las distintas vacunas para las diferentes enfermedades, la fluoruración de las aguas y la aplicación tópic^a de fluoruros para el control de la caries dental, el control de placa para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, etc. (10)

Prevención Secundaria.

TERCER NIVEL .- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS.

Este nivel comprende la prevención secundaria y su nombre define su objetivo, dar un diagnóstico y tratamiento tempranos. La radiografía dental, particularmente las radiografías de alenta de mordida y la odontología restauradora temprana, son ejemplos de este nivel de prevención. En algunos casos, tales como el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades malignas bucales, éste es en la actualidad el nivel más apropiado para iniciar el tratamiento (10).

Prevención Terciaria. (Cuarto y quinto nivel).

CUARTO NIVEL.- LIMITACION DEL DAÑO.

Este nivel incluye medidas que tienen por objeto, limitar el grado de daño producido por la enfermedad. Los recubrimientos pulpares y las maniobras endodónticas en general, así como la extracción de dientes infectados, son medidas preventivas dentales del cuarto nivel, ya que --

mejoran eficientemente la capacidad del individuo para usar sus dientes remanentes. (10).

QUINTO NIVEL.- REHABILITACION (tanto física como psicológica y social).

Las medidas tales como la colocación de prótesis de coronas y puentes, prostodoncia -- parcial o completa, y rehabilitación bucal, -- son medidas dentales que pueden ser consideradas en el quinto nivel. (10).

Nuestra labor, como profesión dental, es primero que todo una educación. Convirtámonos todos en profesores de salud; ya sea individual y colectivamente, ayudar a nuestros semejantes a mantener dentaduras funcionando saludablemente, luchando contra presiones crecientes generadas por el continuo, y a menudo alarmante crecimiento que son nocivos a la salud dental y por las presiones del público, en cuanto a que los servicios adecuados de salud, -- son una necesidad humana básica, tanto para ricos como --- para pobres. (6).

La mayoría de las medidas prácticas en la prevención real de la enfermedad dental, tienen que ser cumplidas por el paciente durante su vida cotidiana, e implican un cambio en su forma de vida y son por lo tanto, - difíciles de efectuar. Exige un considerable y prolongado esfuerzo de persuasión y por este motivo, puede haber fra caso.

La prevención odontológica comienza en la prime ra visita del paciente y debe continuar hasta el final -- del tratamiento.

Su desarrollo debe ser tan planificado como el resto de la terapia, y debe ser adaptado individualmente para un paciente determinado. (9).

PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

En la práctica diaria de la odontología, el --- cumplimiento de los ideales de la odontología preventiva-- puede lograrse sólo a través de un programa cuidadosamente planeado; adaptado a las características y necesidades particulares de cada paciente individual.

Tal programa puede dividirse en dos componentes:

- 1.- Llevado a cabo en el consultorio.
- 2.- Por el paciente en su hogar, siguiendo las directivas provistas por el dentista.

1.- PROGRAMA PARA EL CONSULTORIO.

Este programa se refiere a las maniobras preventivas que comprenden un programa total de cuidados del paciente; existen ciertas técnicas que son típicamente preventivas:

- 1.- Control de placa.
- 2.- Uso de fluoruros.
- 3.- Asesoramiento sobre la dieta y nutrición.
- 4.- Uso de pruebas activas de caries.
- 5.- Uso de selladores de puntos y fisuras.
- 6.- Educación del paciente.
- 7.- Seguimiento (control del paciente).

2.- PROGRAMA PARA EL HOGAR.

El programa de prevención para el hogar, consta de una cantidad de medidas realizadas por el paciente dentro de los confines de su casa. Estas varias medidas son:

- 1.- La práctica de una higiene bucal correcta.
- 2.- El uso de dentífricos (enjuagatorios, cuando estén indicados), que contengan fluoruros.
- 3.- El ejercicio de un control de dieta adecuado.
- 4.- El control médico de cualquier estado sistémico con potencial dañino para las estructuras bucales.
- 5.- El cumplimiento de todas las citas dentales. (10).

La aceptación de la odontología preventiva en los niños sigue siendo importante, la preocupación principal es la percepción de los padres de la relación doctor-paciente. Esto debe ser establecido antes del examen, ya que es un acuerdo de relación de trabajo que no depende en absoluto de la condición de la boca del niño. Si los padres aceptan el programa se cumplirá todas las necesidades de tratamiento que el niño pueda tener, ahora o más tarde. La aceptación del plan de tratamiento se convierte en meta secundaria.

Un niño nunca está terminado si no que simplemente comienza un programa de cooperación a largo plazo, en el que los problemas son prevenidos o tratados cuando surgan. (3).

Los programas preventivos deben ser tanto educativos como clínicos. Los aspectos educativos de un programa refuerzan la importancia de preservar los dientes, y los tejidos periodontales y limitar la posibilidad de maloclusiones. Al llevar a cabo esto, deben presentarse todos los aspectos del programa. (4).

La necesidad de prevención de las enfermedades bucales es universal.

PROBLEMAS MAS COMUNES EN NIÑOS.

Los estados bucales más prevalentes que afectan a más del 95% de los habitantes de los países civilizados son:

- a) La caries dental.
- b) La enfermedad periodontal.
- c) Maloclusiones.

La caries dental comienza su ataque muy temprano en la vida y es la causa principal de las extracciones.

La enfermedad periodontal (una cantidad de esta dos inflamatorios que afectan a los tejidos blandos y duros que soportan a los dientes) también pueden comenzar en la infancia, pero más típicamente son enfermedades de los adultos.

Si se presta atención al hecho de que todas estas extracciones requieran reemplazo protésico, se percibe que el costo del tratamiento de la caries dental y enfermedad periodontal y sus secuelas es enorme, como es el dolor, incapacidad y deterioro de la salud general producido a través de una masticación deteriorada y una infección crónica, esto podría evitarse si se emprendiera en el momento adecuado las medidas preventivas pertinentes. (10).

a) CARIES DENTAL (incipiente y profunda).

La caries dental comienza su ataque muy temprano en la vida, y el número de dientes afectados, aumenta con la edad.

La prevalencia de las caries dental no ha decliu

nado durante los últimos 50 años, aunque podría estar comenzando una tendencia decadente en los últimos años, aunque es aún demasiado temprano para decir si los datos recientes representan un verdadero cambio en la prevalencia de caries. (10).

CARIES INCIPIENTE.

Es más correcto decir caries pequeña, que temprana o incipiente. El diente es examinado cuidadosamente -- por médicos clínicos y radiografías. Los cuales nos indican la existencia de la lesión de caries dental. (6).

La odontología preventiva requiere el tratamiento de las caries en el momento más precoz, en que puedan detectarse las lesiones.

El ataque inicial de la caries dental es sobre el esmalte.

La caries de esmalte en superficie lisa comienza como una mancha blanquecina de desmineralización. La zona puede pigmentarse después y presentar algo de cavidad en el esmalte. (1).

La caries manifestada por una sola lesión de desarrollo lento, o por la rápida destrucción de múltiples superficies dentarias, es iniciada y mantenida por la desmineralización ácida del contenido inorgánico de la estructura dentaria susceptible. Los ácidos se forman como resultado de la fermentación enzimática bacteriana de restos alimentarios en condiciones conductivas a esa actividad dentro de la cavidad bucal. (1).

En la caries dental, la lesión primaria se produce en primer lugar en la superficie dental, y si no se detiene o elimina, progresa hacia dentro, afectando en última instancia a la pulpa.

Las lesiones cariosas iniciales ocurren con mayor frecuencia en aquellas superficies que favorecen la acumulación de alimentos y microorganismos. Existe pérdida de mineral del esmalte, y hay cambio clínico observable en la caries del esmalte, es el aspecto blanquecino de la superficie en el lugar de ataque. Subsecuentemente el área blanquecina se ablanda, hasta formar diminutas cavidades y puede ser atravesada con un explorador dental (4).

CARIES PROFUNDA.

Niños y adultos jóvenes que no recibieron la -- atención odontológica temprana y adecuada, a menudo se -- presentan con gran cantidad de caries profundas en los --- dientes temporales y permanentes.

Muchas de las lesiones se verán en la radiografía peligrosamente cerca de la pulpa, o aun llegarán a -- ella.

Aproximadamente un 75% de los dientes con caries profundas muestran una exposición pulpar, y se puede asegurar que la caries invadió la dentina de reparación. El odontólogo debe tomar sus medidas necesarias para reducir al mínimo el trauma operatorio que puede aportar una --- irritación de intensidad suficiente para establecer lesiones irreversibles.

Es de lamentar que hasta el momento exitoso, -- en especial exposiciones vitales no haya sido totalmente exitoso; en especial el de las exposiciones por caries en dientes temporales. Por esta razón se pondrá cuidado en -- prevenir la exposición pulpar durante la eliminación de -- la caries profunda.

Es una exposición grande de caries profunda se elimina una masa de dentina cariada, suele estar asociada a un exudado acuoso o purulento en el lugar de la exposición. Este diente es inapropiado para una terapéutica pulpar vital, pues esta situación es indicio de degeneración pulpar avanzada y a menudo de reabsorción interna en el conducto radicular.

Una hemorragia excesiva en el punto de exposición por caries, o una hemorragia excesiva durante la amputación pulpar está asociada invariablemente a hiperemia e inflamación generalizada de la pulpa; el tratamiento de elección es la terapéutica radicular o la extracción.

La caries dental sigue siendo un problema primordial en odontología, y debiera recibir una atención importante en la práctica cotidiana, no solo desde el punto de vista de los procedimientos de restauraciones, sino también desde el procedimiento preventivo, destinado a reducir el problema. (11).

b) ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La enfermedad periodontal como es la gingivitis

cuando es inducida por la placa avanzada a periodontitis, si no se detiene, causa manifestaciones más graves de esta enfermedad que comprende la verdadera destrucción del tejido y se producen considerablemente con más frecuencia a medida que aumenta la edad.

La Gingivitis es una inflamación de los tejidos blandos, de la encía.

La Periodontitis es una inflamación que afecta a los tejidos gingivales y del periodonto.

Debido a la falta de tratamiento adecuado, estas lesiones tempranas que son en su mayor parte asintomáticas o producen una sola molestia, pueden progresar hasta que se alcanzan estadios avanzados .

Las enfermedades periodontales no sólo provocan molestias y aúndolores, sino que traen como resultado una considerable pérdida de dientes. (10).

Las encías infantiles deberán ser de color rosa pálido, más semejante al color de la piel de la cara - que a la de los labios y deberán estar firmemente unidas-

al hueso alveolar. Este color se debe a la preponderancia de tejidos conectivos sobre los vasos sanguíneos .

Cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es Hiperemia. El color rosado pálido pasa a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares, por lo tanto lo que el contenido sanguíneo de estos tejidos-- aumenta enormemente. En áreas de ulceración, donde se pier de el epitelio el color es aún más vivo. Esta hiperemia - se asocia con edema; la encía intersticial se agranda y la superficie aparece brillante, húmeda y tersa. (4).

La higiene bucal del niño es importante, porque la presencia de placa bacteriana está relacionada con la producción de caries y de la enfermedad periodontal. (1).

c). MALOCLUSIONES.

Las maloclusiones se clasifican en tres clases. Estas clasificaciones de Angle de las maloclusiones se - hace al observar al paciente y examinarlo. Si existe algu na duda sobre la clasificación , los modelos de estudio-- y las radiografías son de gran ayuda.

Clasificación de Angle.

Clase I.- La cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye con el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.

Clase II. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el espacio entre el primer molar inferior permanente y el segundo premolar.

Clase III. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el espacio entre el primer y segundo molar inferior permanente. (4).

La maloclusión presenta al odontólogo uno de -- sus mayores problemas de tratamiento. (2).

Cuando la maloclusión se detecta oportunamente, el tratamiento puede realizarse con una terapéutica mínima. Las maloclusiones más graves deben tratarse por ortodoncistas que han recibido instrucción adicional en este campo. (13).

Algunas maloclusiones requieren la extracción de dientes para lograr un resultado final aceptable.

Una maloclusión puede producir problemas psicológicos especiales en un niño. (1).

La corrección de maloclusiones grandes, con disarmonías entre maxilares y dientes entre sí, y con el cráneo, requieren casi siempre un tratamiento ortodntico extenso y especializado. Cuando dicha maloclusión se presenta en niños, son de rigor la consulta con el ortodoncista y de realizar el tratamiento dicho especialista.

Cuando se presentan malposiciones dentarias menores por corregir, el dentista general, una vez estudiado el caso del niño y las técnicas por aplicar, puede y debe realizar el tratamiento con ortodoncia preventiva o interceptiva.

C A P I T U L O I I

M E T O D O S D E P R E V E N C I O N

C A P I T U L O I I

M E T O D O S D E P R E V E N C I O N .

A) LIMITACION DEL DAÑO

B) EDUCACION Y MOTIVACION.

A) LIMITACION DEL DAÑO.

La restauración de las caries en los dientes -- primarios y permanentes sigue siendo uno de los servicios más valiosos que el odontólogo, proporciona a los niños - en su práctica.

El odontólogo es juzgado por sus pacientes y colegas sobre la base de la eficacia de su programa preventivo y también sobre la base del grado de habilidad , con que pueda realizar los procedimientos de restauración. -- (11).

El propósito de colocar un material como base de restaurar una cavidad es proporcionar aislamiento térmico a la pulpa dental.

El hidróxido de calcio influirá favorablemente en la formación de dentina secundaria.

Las bases de cemento de fosfato de zinc, se usan hoy con menos frecuencia porque es irritante para la pulpa.

La función de la base del cemento es proporcionar y promover la recuperación de la pulpa lesionada y -- protegerla contra nuevas agresiones.

La base debe además soportar la condensación de la amalgama sin deformarse o fracturarse.

El óxido de zinc y eugenol, es insuperable con respecto a la tolerancia de los tejidos y la aptitud para reducir al mínimo la microfiltración. (11).

La odontología restauradora es valiosa para controlar la caries en niños. La restauración de lesiones -- previene la pérdida de dientes por el avance de la caries hacia la pulpa, con la resultante de necrosis pulpar y posiblemente absceso alveolar.

Los procedimientos restauradores completos tienen el potencial de reducir el número de microorganismos bucales implicados en la formación de caries.

La presencia de lesiones múltiples y extensas-- pueden requerir la eliminación de gruesas capas de caries y la detención del proceso, sellando temporalmente -- todas las lesiones con apósitos de óxido de zinc y eugenol.

Si la radiografía demuestra que la lesión está-- cerca de la pulpa, el tratamiento pulpar indirecto puede ser el procedimiento de elección para conservar la vitalidad pulpar.

Si se presenta la comunicación pulpar, debe considerarse un tratamiento por pulpotomía o pulpectomía. Com

pletar la preparación de la cavidad, colocar un barniz o una base y restaurar el diente (10).

TRATAMIENTO INDIRECTO.

El procedimiento en el cual sólo se elimina caries superficial de la lesión y se sella la cavidad con hidróxido de calcio, se conoce como Tratamiento Pulpar Indirecto

El procedimiento clínico involucra la remoción de las caries mayor con la ayuda de fresas redondas grandes o con cucharillas filosas, dejando la cantidad de caries sobre el cuerno pulpar que sí se eliminara provocaría una exposición pulpar.

En este caso el material más usado es el hidróxido de calcio y el óxido de zinc y eugenol. (11).

TRATAMIENTO PULPAR DIRECTO (protección pulpar).

Los procedimientos de protección pulpar deben ser limitados a las exposiciones pequeñas producidas acci

dentalmente durante su preparación cavitaria o a las verdaderas exposiciones en punta de alfiler por caries, rodeadas por dentina sana.

Se ha de pensar una protección pulpar sólo para los dientes , sin dolor con la posible excepción del malestar experimentado al comer. Además no deberá sangrar - el punto de exposición, si fue mecánica, o será una cantidad que pueda ser considerada normal en ausencia de pulpa hiperémica o inflamada.

El hidróxido de calcio es el material de elección para la protección pulpar (tratamiento pulpar directo) del tejido pulpar vital normal. La posibilidad de que estimule la reacción de reparación es buena. (11).

PULPOTOMIA.

La pulpotomía es la eliminación de la porción - de la pulpa. A llegado a ser un procedimiento aceptado para el tratamiento de dientes temporales y permanentes jóvenes, con exposición pulpar.

Se debe eliminar toda la caries remanente y se talla el esmalte sobresaliente para dejar un buen acceso a la pulpa coronaria.

El techo de la cámara se elimina con una fresa o mediante cucharillas filosas.

Se han desarrollado dos técnicas específicas de pulpotomía y son:

- Pulpotomía con Hidróxido de Calcio.- Se recomienda para el tratamiento de los dientes permanentes, con exposiciones pulpares por caries.

- Pulpotomía con Formocresol.- Es la recomendación para tratar las exposiciones por caries en los dientes temporales.

Tanto el hidróxido de calcio como el formocresol, son agentes eficaces para mantener la vitalidad pulpar radicular. (11).

PULPECTOMIA.-

Puede ser parcial o total la pulpectomía.

PULPECTOMIA PARCIAL.- Es una técnica que puede ejecutarse en dientes temporales cuando el tejido pulpar coronario y el de la entrada de los conductos radiculares dan muestras clínicas de hiperemia.

Esta técnica involucra la eliminación del tejido pulpar coronario y tanto de la pulpa de los conductos radiculares como sea posible; se elimina con tiranervios finos y después se lima; se pondrá cuidado de no sobrepasar el ápice. Se obtura con una pasta cremosa de óxido -- de zinc y eugenol.

PULPECTOMIA TOTAL.-- (tratamiento endodóntico)

Los procedimientos endodónticos para el tratamiento de los dientes temporales con pulpas necróticas están indicadas si los conductos son accesibles, y si hay evidencias de hueso de sostén esencialmente normal. Si el diente a permanecido asintomático y conductos libres-- de exudado, se puede hacer la obturación radicular con -- óxido de zinc y eugenol. (11).

La remoción de placa dental es el procedimiento preventivo más valioso de que disponemos al realizar la - profilaxis. (1).

Para realizar la profilaxis en niños se usa copa de goma (cono de hule), ya que al hacer rotación la goma es flexible y tiende a elongarse en contacto con la superficie del esmalte. De esta forma es posible en cierta forma y medida penetrar y limpiar entre las regiones proximales. Se utiliza la copa de goma o cono de hule con -- una pasta profiláctica de preferencia que contenga flúor.

Está completamente aceptado que los dientes de ben limpiarse cuidadosamente antes de proceder a la aplicación del flúor tópico.

ODONTOLOGIA RESTAURADORA.

La Odontología Restauradora en niños dispone - de:

- Amalgama de plata y cobre.
- Coronas de acero y de celuloide.
- Prótesis.

- Resina acrílica.
- Ortodoncia interceptiva.
- Banda de acero inoxidable
- Cemento de ZOE y silicato.

AMALGAMA DE PLATA.

La amalgama de plata es el material de más amplio uso en la restauración de los dientes de los niños, incluye un 80% de las restauraciones.

El éxito de este material de obturación depende de la adhesión estricta a los procedimientos aceptados en la preparación, y la manipulación y colocación de la amalgama de plata. (11).

AMALGAMA DE COBRE.

Es una amalgama binaria no noble, que antes se recomendaba mucho, pero hoy no, para el tratamiento de dientes temporales, porque impide la caries secundaria. Pero esta amalgama tiene corrosión y desgaste en obturaciones oclusales y proximales claramente mayores que en-

las de amalgama de plata.

Las sales de cobre solubles penetran profundamente en la dentina y dan a veces a toda la corona un color azul oscuro.

Por lo tanto, es mejor renunciar completamente a la amalgama de cobre, y en su lugar usar en la dentición temporal amalgama de plata de la mejor calidad.(7).

CORONA DE ACERO.

Los incisivos temporales con caries proximales extensas que afectan el borde incisal pueden ser restaurados con coronas de acero.

La dentina expuesta por eliminación de caries debe ser recubierta con hidróxido de calcio, antes de cementar la corona de acero ya adaptada al diente, para reducir la posibilidad de irritación pulpar y molestias post-operatorias. Aunque la corona se mantendrá bien, aún en dientes que exijan la eliminación de porciones exten-

sas de tejido dental cariado, los requisitos estéticos -- de algunos niños podrían no quedar satisfechos con este-- tipo de restauraciones, cuando es inadecuado el soporte - para la retención de la restauración de la amalgama.

La corona de acero se acerca más al cumplimien-- to de los requisitos de un recubrimiento de tipo satisfac-- torio, en particular cuando existe una exposición pulpar-- y tiene máxima importancia la protección durante el perío-- do en que se producirá la reparación. (11).

CORONAS DE CELULOIDE.

Es una restauración para los incisivos tempora-- les con caries extensa. La técnica ha sido efectiva tam-- bien para la restauración temporal de incisivos permanen-- tes fracturados.

La corona de celuloide debe ser del mismo diá-- metro mesiodistal del diente cariado. Se adapta al dien-- te la corona de celuloide. Se aplica un barniz cavitario a la preparación y se cementa la corona con cemento de - fosfato de zinc. (11).

PROTESIS.

Una dentadura sana y completa es importante, -- solamente para la digestión y la salud, sino también, sin duda, tiene un papel muy importante para el aspecto del individuo. Esto, desde luego, lo saben apreciar los niños mayores. También los niños pequeños, se dan cuenta, si se los advierte al respecto, que los dientes defectuosos o los espacios le quedan mal.

La dentadura bien conservada se convierte, en la conciencia del hombre, con el tiempo, en símbolo de salud y en condición previa para su buen aspecto.

Una dentadura defectuosa y la pérdida de los dientes, desde luego, tiene una repercusión psíquica. -- Por eso, se trata de eliminar estas deficiencias, aún en niños, por medio de aparatos protésicos.

En niños se emplea relativamente raras veces -- la prótesis, aunque en algunos casos se reemplazan dientes temporales. El niño afectado o sus amigos, muchas veces -- consideran el diente postizo como una curiosidad, con lo cual aumenta todavía más su valor en el mundo infantil --

en vez de producir complejo de inferioridad, como puede -
ocurrir en los adultos.

Una prótesis deficiente causa al niño molestias muy reales; no se acostumbra a la prótesis.

El niño debe de estar convencido de la necesidad de llevar el aparato protésico, recomendado por el --
dentista, ya sea parcial, total , fijo o removible.(7).

Las prótesis que utilizamos en los niños, en la dentadura infantil en su tratamiento son:

- Prótesis removible.
- Tratamiento de la dentadura temporal mediante prótesis de menor magnitud. (como serían las coronas de acero y mantenedores de espacio).
- Coronas en dientes permanentes en niños de --
edad escolar y en adolescentes.
- Tratamiento protético de dientes permanentes anteriores lesionados (coronas prefabricadas de plástico-
o metal). (7).

RESINA ACRILICA.

Los materiales restauradores de resina han ocupado un lugar importante en odontopediatría. Han proporcionado a la profesión un material estéticamente aceptable, fácil de utilizar y servicial. Su utilización en mantenedores de espacio, planos de mordida, coronas de fundas, dentaduras parciales y completas y en restauraciones de piezas anteriores fracturadas, les da amplia variedad de usos en las diversas facetas de la odontopediatría .

Las cualidades estéticas de los materiales de resina son la principal indicación para su uso en restauraciones de cavidades en el segmento anterior de la boca. Los materiales restaurativos de resina acrílica consta de polvo y líquido. Las de resinas compuestas en cambio vienen de fábrica en forma de dos partes separadas que se mezclan antes de utilizarse. (base-catalizador). (4).

ORTODONCIA INTERCEPTIVA.

Hay muchos problemas ortodónticos que no pueden ser prevenidos, pero que quizás pueden ser interceptados

El tratamiento interceptivo o temprano se refiere a movimientos dentarios, guía dentaria y alteración del ambiente neuromuscular o del esqueleto óseo, para impedir que una maloclusión en desarrollo empeore.

Algunas maloclusiones se benefician con el tratamiento precoz, otras pueden realmente ser más difíciles de tratar si la terapia comienza demasiado temprano. Así pues, es necesario un cuidadoso análisis y diagnóstico del caso a tratar. (1).

La prevaloración de la maloclusión y deformidad dentofacial, junto con la caries y enfermedad periodontal, la maloclusión presenta al odontólogo uno de sus mayores problemas de tratamiento. (1).

BANDA DE ACERO INOXIDABLE.

El empleo de bandas preformadas de acero ha sido aconsejada para restauraciones de dientes anteriores con caries mesial o distal profunda, que afecta el ángulo incisal. Se adapta la banda antes de eliminar la caries. Tras la eliminación de la caries con fresas o cuchari--

llas, se coloca una base apropiada en la parte profunda de la cavidad. La cavidad y la banda se llenan con una mezcla cremosa de cemento y se asienta la banda en posición. Después de endurecer el cemento, se elimina el exceso. (11)

CEMENTO DE OXIDO DE ZINC Y EUGENOL. ZOE.

Las restauraciones temporales de óxido de zinc y eugenol se colocan en cavidades preparadas para varios casos; para el control de caries, para reemplazar una restauración permanente, fracturada o que se haya caído, para restaurar una preparación que no sea definitiva, o para dar alivio a la pulpa de un diente que haya sido ligeramente traumatizada.

La restauración de ZOE, puede permanecer en el diente hasta seis semanas, dependiendo del tipo de restauración de ZOE empleada.

En todos los casos, la restauración de ZOE es realmente temporal y será reemplazada por un tipo de restauración permanente tal como amalgama o incrustación.

Las restauraciones temporales de ZOE pueden colocarse en preparaciones de cavidades clase I a V. (13).

CEMENTO DE SILICATO.

El cemento de silicato posee ciertas características deseables, pero otras que limiten su utilidad. En las condiciones bucales tienden a teñirse y desintegrarse. La resistencia es inadecuada para permitir que sea usada como restauración permanente siempre que pudiera estar sometida a fuerzas.

La vida media de una restauración de silicato, es aproximadamente cuatro años.

Rara vez se encuentran caries residivantes o secundarias alrededor de una restauración de cemento de silicato, aún cuando se produzca una buena desintegración. No hay otro material que posea esta capacidad inusitada de resistir las caries.

Este efecto beneficioso puede ser atribuido al efecto del fluoruro presente en el polvo del cemento. (11)

La palabra prevención tiene un origen latino que significa ANTICIPAR.

La odontología restauradora puede por cierto mejorarse anticipando los problemas que pueden reducir la eficacia de la terapia restauradora. Los problemas surgen de técnicas restauradoras pobres. Por lo tanto la excelencia técnica prevendrá el desarrollo de muchos problemas. - Los problemas surgen también cuando las restauraciones - funcionan en ambientes hostiles. Por consiguiente, enseñar al paciente a ejercer el control sobre su ambiente bucal - es también un factor importante en la prevención.

El odontólogo debe continuar desarrollando capacidades en técnicas restauradoras y también en enseñar y motivar al paciente. (1).

B). EDUCACION Y MOTIVACION.

El relacionar la salud bucal con la belleza, el placer y el poder, la aceptación social, etc. frecuentemente hará más por inducir a un paciente a adquirir hábitos de salud aceptables que pidiéndole que los adopte -- exclusivamente en beneficio de su salud.

Hay dos características importantes si se quiere obtener éxito con un programa de educación para la salud; éstas son:

- a) Una adecuada motivación.
- b) La continuidad del esfuerzo. (10).

La motivación debe venir desde adentro. Para motivar a otra persona se deben crear las condiciones desde las que debe surgir la conducta deseada, que entonces queda íntegra, en el propio sistema motivacional y de conducta del paciente.

Un resultado muy deseable de un programa odontológico preventivo para niños, es que se cepillen regularmente sus dientes.

Los niños presentan problemas únicos y/u oportunidades a este respecto, por que ya están comprometidos - en el proceso de cambio del crecimiento, desarrollo y maduración. (3).

PROGRAMA MOTIVACIONAL EDUCACIONAL.

El programa Motivacional-Educacional, para el consultorio puede dividirse en tres componentes principales.:

- 1.- Programa directo o cara a cara.
- 2.- Educación indirecta o electrónica.
- 3.- Educación a larga distancia, por correo o - por teléfono. (10).

1.- PROGRAMA DIRECTO O CARA A CARA.

El contacto directo, cara a cara, entre el odontólogo y los pacientes ofrece las condiciones más fructíferas para la educación del paciente.

Probablemente la importancia del profesional de la salud es crear un ambiente en el que los pacientes pue

dan descubrir por sí mismos las consecuencias de su conducta.

Los odontólogos y los auxiliares están en una posición excelente, para crear un medio que sirve al cambio de la conducta, no sólo el contacto de persona a persona que predomina en el consultorio odontológico, es el más frecuente y favorable para este fin, sino también la frecuencia de las visitas de un tratamiento determinado--permite supervisión y refuerzo frecuentes.

La educación del paciente depende de la comunicación efectiva entre el dentista y el paciente. Sin comunicación no puede haber aprendizaje.

El dentista está íntimamente relacionado, con la experiencia odontológica previa del paciente.

Si sus experiencias han sido agradables es probable que el paciente sea receptivo a la educación dental.

Si a tenido experiencias desagradables, probablemente su ansiedad bloqueará su capacidad de atención y

comprensión, puede aún provocar el rechazo de los intentos del dentista por enseñar. Es por lo tanto fundamental lograr el alivio de esta ansiedad si queremos tener éxito en nuestros esfuerzos educacionales.

Es muy importante tener dominio sobre los temas que el dentista enseñará.

Los dentistas son considerados fuentes de información y deben proveerla con autoridad y convicción.

Es importante llevar al paciente al programa -- motivacional tratándolo como un ser humano que merece respeto, comprensión y tolerancia.

Una actitud de cordialidad y cálida consideración logrará la confianza del paciente; el humillarlo con bromas molestas, comentarios sobre su actitud de ignorancia del tema, comparación desfavorable con otros, etc. -- provocará el rechazo del programa por parte del paciente.

Debemos darle tiempo y oportunidad para que el paciente participe activamente en el proceso, es decir --

formule preguntas, haga sugerencias y fundamentalmente, - practique los nuevos hábitos .

Al dar explicaciones a los pacientes es importante seleccionar el vocabulario adecuado. Con el objeto de que el paciente comprenda, debe utilizarse un vocabulario que esté al mismo nivel que el de él o como alternativa, explicaciones adecuadas y comprensibles de los términos científicos.

El dentista que da explicaciones en el lenguaje del hombre corriente, permite a sus pacientes comprender el significado de los servicios dentales y mejorar la -- comunicación . Más aún es su responsabilidad asegurarse-- de que el paciente comprenda; muchos pacientes que no comprenden no formulan preguntas por temor de parecer ignorantes.

Si nuestra preocupación es sincera, el paciente recibirá el mensaje y se cumplirá el objetivo, sin tomar en cuenta la técnica que se utilice. (10).

2.- EDUCACION INDIRECTA O ELECTRONICA.

La educación indirecta del paciente se realiza por medio de equipo audiovisual, su objetivo principal es simplemente prover información.

La instrucción indirecta debe ser provista preferentemente sólo después de un programa educacional directo.

La película puede ser de gran valor para reforzar una enseñanza previa de persona a persona.

Para la educación indirecta del paciente, pueden emplearse tipos de materiales:

- a) Aquellos preparados por el dentista.
- b) Los que se pueden adquirir en el comercio.

Los primeros son, por supuesto, adaptados a las ideas del dentista, sus métodos y su personalidad y aunque no son difíciles de realizar, requieren gran capacidad de tiempo de preparación.

Se pueden adquirir en el comercio todo tipo de material audiovisual y el dentista puede elegir entre --- aquellos que más se acerquen a sus propios conceptos y mé todos educacionales y técnicos . (10).

Las ayudas audiovisuales como son los programas visuales utilizados como filminas, videotapes, y películas sonoras, llaman la atención en general del niño y tie nen algunas ventajas como es la capacidad para mostrar la placa vivia sin necesidad de un microscopio de fase. (3).

3.- EDUCACION A LARGA DISTANCIA, POR CORREO O POR TELEFONO

Un modo adecuado de mantener abiertos los canales de comunicación con nuestros pacientes, una vez que han terminado el período de tratamiento, es entregar nuestro mensaje en la casa del paciente a través del correo.

Hay que aprovechar la comunicación telefónica-- directa y esto comprende el uso como reforzador en momentos particularmente críticos .

Una llamada telefónica oportuna, provee la sim-

patía y la comprensión del personal del consultorio, puede hacer la diferencia entre el éxito y el fracaso de la educación del paciente.

La responsabilidad para educar al público sobre la buena salud bucal no se termina cuando el dentista y su personal dejan el consultorio. Tienen la obligación -- de ayudar a la solución de los problemas de salud bucal -- que afecta a toda su comunidad.

MÉTODOS O TÉCNICAS DE PREVENCIÓN.

Existen Métodos o Técnicas para prevenir o - reducir la Caries dental, Enfermedad Periodontal y Maloclusiones.... y son:

- 1.- Aplicación Tópica de Flúor.
- 2.- Evitar la ingestión de Hidratos de carbono o Alimentos Cariogénicos.
- 3.- Ingestión de Aguas Fluoradas.
- 4.- Control de Placa. (10).

1.- APLICACION TOPICA DE FLUOR.

Los fluoruros por topicación son soluciones o geles de alta concentración conteniendo 1.2. 0 2.5 % de fluoruro, aplicados por el profesional o su personal, una o varias veces al año.

Los que más se usan comunmente son una solución de fluoruro estañoso al 10%, o solución o gel de flúor---fosfato acidulado.

El uso de aplicaciones tópicas de fluoruro en el prescolar es esencial para un programa preventivo totalmente eficaz. Los muchos productos disponibles permiten encontrar un sabor aceptable para el niño. Hasta al muy-pequeño se le puede enseñar e enjuagarse con un líquido-tópico, imitando a uno de los padres o a un niño mayor.

La aplicación de fluoruros se hace por medio de cubetas descartables que se pueden volver a usar, del tamaño apropiado para cada niño, se llenan de fluoruro tó-pico y se colocan en la boca. (4 ó 5 min.).

Esta aplicación es recomendada cada seis meses. Para un niño con elevada incidencia de caries, debe ser - más frecuente. (3)

2.- EVITAR LA INGESTION DE HIDRATOS DE CARBONO O ALI-
MENTOS CARIOGENICOS.

La mayoría de los padres están interesados en - la dieta equilibrada en el hogar. Un plan de alimentación diaria basado en una nutrición correcta resultará en una - reducción de hidratos de carbono refinados y frecuentes - bocadillos sin siquiera la mención de la salud dental. _ Para producir cambios mayores en los hábitos alimenticios de una familia, la nutrición correcta y la salud dental - consideradas juntas pueden ser más efectivas que confiar - en la importancia de la dieta sola en cuanto afecta a la - salud bucal.

La eliminación de los azúcares refinados es --- prácticamente imposible. Sin embargo, una reducción en la cantidad de bocadillos entre comidas es posible. Limitar

los bocadillos muy azucarados a pocas veces al día y cam
biar por otros grupos de alimentos , puede reducir mucho-
la velocidad de la caries en el niño y el adolescente.(3)

3.- INGESTION DE LAS AGUAS FLUORADAS.

La fluoruración de las aguas es la pie
dra funda mental de la odontología preventiva; es el método más efi
caz para la prevención de la caries en comunidades con -
servicio público de agua potable.

Sus beneficios son conferidos a todos los resi-
dentes, sin la necesidad de participación activa y el mar
gen del estado socioeconómico , educación, motivación -
individual o la disponibilidad del personal odontológico.

La profesión odontológica debe continuar su lu-
cha por la fluoruración de las aguas en cada comunidad --
con servicio de agua potable.

Para los residentes en comunidades fluoruradas,
la incidencia de caries debe reducir aproximadamente 50 a
50%, (3).

4.- CONTROL DE PLACA.

Hay varios métodos con que puede controlarse la placa, el más efectivo en el momento actual es su remoción mecánica por medio del cepillado de dientes, el hilo dental y algunos otros coadyuvantes.

Debe aclarar al paciente que mientras que el consultorio va a tomar todas las medidas necesarias para enseñarle los métodos de control adecuados y hacer las restauraciones bucales necesarias, el éxito del tratamiento dependerá del deseo del paciente de controlar su placa.

Dentro del programa de control de placa lo integran los siguientes puntos:

- a) Técnica de cepillado.
- b) Uso del hilo dental.
- c) Enjuagatorios
- d) Pastas profilacticas o dentífricos
- e) Tabletas reveladoras.
- f) Irrigadores dentales.
- g) Estimuladores interdentarios, palillos. (10)

SELECCION DEL CEPILLO.

La tendencia en la selección del cepillo de --- dientes se inclina hoy hacia el uso de cepillos de cabeza pequeña, con partes activas rectas o poco anguladas, formadas por dos o tres filas de penachos de cerdas o fibras sintéticas, blandas y de punta redondeada, para evitar el daño a los tejidos gingivales.

Los cepillos de dientes eléctricos son útiles-- para las personas disminuidas física y mentalmente, debido a la simplicidad de operación por el paciente o quien lo ayude.

Los cepillos interproximales están diseñados pa-
ra pasar a través de los espacios interproximales cuando hay suficiente separación de los dientes. (10).

a) TECNICA DE CEPILLADO.

Todos los pacientes deben ser instruidos en una técnica eficaz para remover la placa bacteriana con - el cepillo manual. (5).

Para limpiarse los dientes se ha sugerido una importante cantidad de distintas técnicas de cepillado y cada una ha sido propuesta por sus ventajas.

La minuciosidad del cepillado, más que el método, es el punto más importante. Si se realizan con suficiente cuidado, la mayoría de los métodos de cepillado -- comunmente usados logran los resultados que se desean.

No obstante, en algunos casos es necesario recomendar técnicas especiales debido a problemas de alineación dentaria. dientes ausentes, nivel de inteligencia, cooperación y destreza manual de los pacientes. En algunos casos está indicada la combinación de más de un método.

Las técnicas que más comunmente se enseñan son:

- Técnica de rotación.
 - Técnica de Bass. (mov. vibratorio).
- o también puede ser combinadas estas dos técnicas.

Sin tomar en consideración cual técnica en particular se recomienda, hay ciertos principios generales que se deben aplicar a todos los casos.

Los objetivos principales del cepillado dentario son remover la placa dental de alrededor y si es posible de entre todos los dientes y también del surco gingival, con la mínima cantidad de daño a los dientes y a sus estructuras vecinas. (10).

b) HILO DENTAL.

Una vez que se ha adquirido una habilidad adecuada en el cepillado, llega el momento de introducir el uso del hilo dental, y mostrar porqué es necesario su empleo, para alcanzar el espacio interproximal.

El hilo dental debe aplicarse contra los dientes, pero no sobre las encías.

Para los dientes inferiores el hilo es guiado con los dedos índices, que deben estar cerca de los dientes para facilitar el control de los movimientos.

Para los dientes superiores el hilo se dirige con los dos dedos pulgares, aunque algunos pacientes encuentran más fácil usar el pulgar del lado vestibular y el índice por lingual.

El hilo debe ser insertado a través del espacio proximal firmemente aplicado contra una de las caras proximales. Para los contactos muy apretados puede necesitar se un movimiento de vaivén para insertarlo.

La dirección del movimiento del hilo es hacia arriba y abajo, hasta que un chillido indique que la superficie está libre de placa. (10).

c) ENJUAGATORIOS.

Los enjuagatorios bucales se han considerado y utilizado para fines cosméticos, para ayudar a prevenir y combatir la halitosis y proveer una sensación de frescura en la cavidad bucal.

Así, los enjuagatorios bucales actuales pueden considerarse como coadyuvantes del uso del cepillado y del hilo en el control de la gingivitis, particularmente cuando se los emplea 2 a 3 veces por día. (10).

d) DENTIFRICOS O PASTA PROFILACTICA.

Un dentífrico es una sustancia utilizada sobre-

el cepillo dental con el fin de limpiar las caras accesibles de los dientes y ayuda a desalojar los residuos de alimentos y la placa, y contribuye también debido a sus abrasivos a eliminar manchas, ayudando así a la limpieza de la boca. (10).

e) TABLETAS REVELADORAS.

El uso de estas tabletas es para mostrar la ubicación de la placa de una manera útil y visible.

El colorante puede usarse para demostrar las zonas de la boca del niño donde es más probable que el material se acumule y , también para señalar en cada caso dónde hay que acentuar el cepillado. (3).

f) IRRIGADORES DENTALES.

Los irrigadores dentales contribuyen a remover la comida y los restos y otros depósitos flojamente adheridos sobre la superficie de los dientes. Son particularmente útiles en los pacientes que tienen puentes y otros tipos de restauraciones o que están en tratamiento ortodóntico, o tienen malposición de dientes, ya que estos es

tados impiden el cepillado y el uso eficiente del hilo -- y el cepillo. (10).

g) ESTIMULADORES INTERDENTARIOS. PALILLOS.

Los estimuladores interdentarios y los palillos se recomiendan para remover la placa interproximal en -- los casos en que existe un espacio entre los dientes o -- cuando debido a la mala alineación de los dientes, no es -- posible remover la placa con el cepillo y el hilo den-- tal.

Si motivamos al niño y lo educamos adecuadamen-- te vamos a obtener un grado de limpieza de sus dientes y-- del estado de salud de los tejidos gingivales de los ni-- ños, dependiendo de la frecuencia del cepillado y la minu-- ciosidad con lo que se realiza y se elimine la placa -- microbiana de los dientes. (10).

CONCLUSIONES

ESTOY SALIENDO DE LA BIBLIOTECA
ESTA TESIS NO DEBE

C O N C L U S I O N E S

La odontología Preventiva, es un enfoque positivo al ejercicio profesional . Vigoriza nuestra comprensión de las situaciones de tratamiento cotidianas; promueve la buena voluntad con nuestros pacientes y estimula -- su máxima aceptación de los principios de salud dental; -- también nos da la satisfacción que surge de poner nuestros mejores esfuerzos y brinda desafío y contento en nuestro quehacer odontológico.

Nada es más gratificante ni emocionante en términos profesionales, que tomar a un paciente enfermo y -- volverlo al estado de salud; aplicando simplemente principios preventivos adecuados.

Es satisfactorio ver las expresiones y oír la - gratitud de los pacientes que repentinamente se dan cuenta, al cabo de los años de frustración, que tienen la posibilidad de mantener sus dientes sanos por el resto de -- sus vidas.

Nuestra labor, como profesión dental, es primero que todo una educacional.

Convirtámonos en profesores de la salud bucal, fomentando la odontología preventiva en nuestra práctica diaria.

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Bernier, Joseph L. y Muhler, Joseph C.
Medidas Preventivas para Mejorar la Práctica Dental.
Ed. Mundi, primera edición, Argentina. 1977 pág. 453
- 2.- Chasteen, Joseph E.
Principios de Clínica Odontológica.
Ed. El Manual Moderno, S.S. primera edición.
México, 1981. pág. 464
- 3.- De Paola, Dominick F, Cheney, Gordon.
Odontología Preventiva.
Ed. Mundi, Argentina, primera edición, 1981, pág. 294
- 4.- Finn, Sidney B.
Odontología Pediátrica.
Ed. Interamericana, primera edición,
México, D.F. 1983, pág. 613
- 5.- Forrest, John O.
Odontología Preventiva
Ed. El Manual Moderno, segunda edición
México, 1981, pág. 153
- 6.- Gómez Herrera, Benjamín; Escobar, Alfonso; Menéndez, Otto R.
Prevención Integral en Odontología; Transcripciones del Segundo Curso Internacional de CERON Estomatológicas No. 1, 1981.
Caracas Venezuela, Publicado por CERON pág. 170.

- 7.- Harndt, Ewald; Meyers, Helmut.
Patología, Diagnóstico y Terapéutica de la Boca y de los Maxilares en la Niñez.
Ed. Mundi, Primera edición, Argentina; 1969 pág. 563
- 8.- Hirschfeld, Leonard; Geiger, Arnuld.
Pequeños Movimientos Dentarios en Odontología General.
Ed. Mundi, primera edición, Argentina, 1969 pág.636
- 9.- Hollway, Swallow.
Salud Dental Infantil.
Ed. Mundi, Primera edición, Argentina, 1979 pág. 221
- 10.- Katz, Simon; Mc Donald, James L; y Stookey, George K.
Odontología Preventiva en Acción.
Ed. Médica Panamericana, S.A.
Tercera Edición, México, 1983 pág. 375
- 11.- McDonald, Ralph E.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Ed. Mundi, Primera edición, Argentina, 1971 pág. 533
- 12.- Silverstone, León M.
Odontología Preventiva
Ediciones Doyman, Primera edición, España, 1980. pág. 166
- 13.- Woodall, Irene R; Defoe, Bonnie R; Young, Nancy; Weed-Fo--
nner, Leslie; Yankell, Samuel L.
Odontología Preventiva.
Ed. Interamericana, Primera edición, México, D.F. 1983
pág. 580.

- 14.- Leavell, H.R. y Clark, E.G.
Odontología Preventiva en Acción.
Ed. Médica Panamericana, S.A.
3era. edición, México, D.F. 1985.
pág. 37 - 38