

00689

VIDEO INSTITUCIONAL DIRIGIDO A NIÑOS PARA EL CUIDADO ORAL

INGRID CORTES 921211

GABRIEL GARZON 931102

CLAUDIA NARIÑO 922231

YUDY PARDO 922287

CLAUDIA ZOLAQUE 922229

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

AREA DE PREGRADO

SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

1998

10-7-01-01

**VIDEO INSTITUCIONAL DIRIGIDO A NIÑOS PARA EL CUIDADO DE
SALUD ORAL**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ODONTOLOGO

INGRID CORTES 921211

GABRIEL GARZON 931102

CLAUDIA NARIÑO 922231

YUDY PARDO 922287

CLAUDIA ZOLAQUE 922229

DIRECTOR

DR. RAFAEL VALDERRAMA

JEFE DE X SEMESTRE

ASESOR

DRA. PATRICIA DE RIVERA

ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

AREA DE PREGRADO

SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

1998

AGRADECIMIENTOS

LOS AUTORES EXPRESAN SUS AGRADECIMIENTO

Dra. PATRICIA DE RIVERA Odontóloga C.O.C. Odontopediatría, por su colaboración, confianza y guía académica durante nuestra carrera universitaria.

Dra. ELBA MARIA BERMUDEZ, odontóloga C.O.C. Asesor de Investigación. Area Educación Avanzada, Colegio Odontológico Colombiano , por su colaboración, guía y aportes a esta investigación.

Sr. JOSE MAURICIO CASAS. Publicista.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. CONTENIDO

1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA

1.2. JUSTIFICACION

1.3. PROPOSITO

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. RESEÑA HISTORICA EN ODONTOPEDIATRIA

1.4.2. INFORMACION

1.4.3. PSICOLOGIA

1.4.4. PEDAGOGIA

1.4.5. HIGIENE ORAL

1.4.6. DIETA

1.4.7. PAUTAS EN TRAUMATOLOGIA ALVEOLAR (AVULSION)

1.5.1 OBJETIVOS GENERALES

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

INTRODUCCION

En la Clínica de odontopediatría del Colegio odontológico Colombiano siempre se ha venido realizando educación en Salud oral y recomendaciones en cuanto al proceder frente a un trauma dentoalveolar en niños y adolescentes, sin embargo, parece ser que esto no ha sido suficiente.

En el medio publicitario existe variada información en forma de folletos, afiches y videos, teniendo poca acogida ya sea por la información incompleta o poco ilustrativa.

Para la realización de este video hemos recolectado información publicitaria, pedagógica, psicológica y lo concerniente a Salud oral y trauma dentoalveolar con el fin de hacer una educación audiovisual más llamativa e impactante para así lograr una mayor motivación de educación en salud oral.

1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA

Por medio de una encuesta dirigida a los niños de la Clínica de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano se observó que a pesar de las repetidas visitas a las que los niños acuden a la Institución olvidan con facilidad, otros recuerdan pero parcialmente las enseñanzas y técnicas para una adecuada salud oral. Para esto hemos elaborado un mecanismo audiovisual con el cual se busca reforzar dichos conocimientos y técnicas.

1.2. JUSTIFICACION

- **Se realizó una encuesta a niños de 6 a 14 años de edad sobre las posibles causas de las caries y cuidados de higiene oral teniendo como resultado una información deficiente**

1.3. PROPOSITO

Proponer de una manera sencilla y didáctica los parámetros y técnicas que se deben tener en cuenta para una adecuada salud oral teniendo en cuenta la relación existente entre padres, odontólogos y niños, sabiendo que la primer causa de morbilidad en Colombia es la caries y enfermedad periodontal.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. RESEÑA HISTORICA EN ODONTOPEDIATRIA

A partir de mediados del Siglo pasado en Europa varias estadísticas sobre dientes enfermos de jóvenes escolares, dieron como resultado que el 100% de ellos tenían caries. Lamentablemente poco se podía hacer de manera sistemática para mejorar la situación. Solo se publicaron consejos generales y unas recomendaciones poco precisas acerca de la higiene oral.

Los problemas principales de la higiene escolar en aquellos tiempos se encontraban en la lucha contra parásitos, en especial los piojos, y exámenes de la vista y el oído de los alumnos. La odontología estaba en pañales, siendo practicada por “tiradientes” ambulantes en las ferias.

El estudio odontológico en universidades Europeas solo comenzó a partir de 1881, cuando la “Ecole Dentaire” de Ginebra inauguró sus cursos en el II congreso Odontológico de Chicago en 1883, trató el problema de la caries en jóvenes y recomendó exámenes dentales colectivos. Un año después en Copenhague, los odontólogos publicaron una resolución que señalaba el carácter epidemiológico de la

caries y daba las medidas más eficaces para combatirlas , esta resolución se transmitió a las comisiones de higiene de las escuelas. La sociedad odontológica Suiza fundada en 1886, declaró como uno de los fines “cumplir con las tareas preventivas y sociales de la odontología”.

En los Estados Unidos en la década de 1950 un distribuidor dental regalaba a sus clientes nuevos un letrero bien atractivo diciendo. En el consultorio no se atiende a ningún niño menor de 13 años de edad” por fortuna son cosas del pasado. En las últimas décadas se adoptaron lineamientos educacionales muy específicos para la odontopediatría y se aplica a todas las escuelas odontológicas acreditadas por la Comisión on Acreditación de la American Dental Asosación, quien se gradúa de cualquier escuela acreditada no sólo posee educación didáctica en odontología para niños sino también de tipo clínico.

El odontólogo deberá conocer a fondo las técnicas preventivas, el tratamiento pulpar, la instrumentación y restauración de los dientes, los materiales dentales, la cirugía oral, la ortodoncia preventiva e interceptiva, así como los principios protésicos además a fin de conocer a fondo las mayores necesidades de los niños, tiene que dominar ciertos aspectos básicos de medicina pediátrica, patología general y oral, y del crecimiento y desarrollo. Los conocimientos sobre nutrición así como la

comprensión de los fluoruros parenterales y tópicos son fundamentales en la creación de estrategias preventivas adecuadas para el niño. Por último, es inconcebible que una persona pueda quedar satisfecha al dedicar una parte importante del tiempo de su práctica a los niños, sin comprender sus necesidades emocionales y psicológicas, así como los procesos del cambio emocional y de maduración social. Es preciso tratar distinto al niño que al adulto; en realidad, las formas del manejo depende mucho de la edad.



1.4.2. INFORMACION PUBLICITARIA

- Al niño no se le debe subestimar, ya que su capacidad de análisis y entendimiento de las situaciones es supremamente acertada, no importa su tamaño, ya que la mente o su imaginación es una potencia para extenderse y traspasar barreras o mundos donde el nombre no tendría la capacidad debido al temor a hacer el ridículo o por simple vergüenza, el niño no vive de estos perjuicios y por el contrario en lo que se refiere a jugar con la mente es a lo menos que le teme, por esta condición el niño llega a crear un mundo o su mundo, con el cual va desarrollando barreras para defenderse y para tomar sus propias conjeturas.
- El niño siempre tiende a creer o tener confianza sobre lo que se le dice por tal razón nunca se le debe mentir, o incumplir.
- Parece raro pero al niño le atrae hacerlo sentir una persona grande o importante les gusta que todo lo que sucede gire en torno a él, y tiene la capacidad de llevar la realidad a la fantasía y poder hacerla sentir como su única realidad.

- Parece que a los niños se les graba o captan mejor las ideas o mensajes transmitidos por otros niños tal vez les da más seguridad y credibilidad.
- Los escenarios, figuras o ambientes fuera de lo común parecen ser muy agradables o confortables para ellos.
- Los mensajes son mejores recibidos indiscutiblemente a través de juegos, canciones o trabalenguas.
- Al niño se le debe guiar más que controlar, hay que crearles autosuficiencia o independencia.
- Los colores preferidos de los niños son los colores vivos como verde, azul, rojo, naranja y amarillo.
- Las figuras no muy geométricas o desordenadas son las más llamativas para ellos.
- La música preferida es la moderna, en los últimos tiempos las rondas y canciones de colegio han perdido gran aceptación debido al mercado musical.

- El relacionar la imagen de sus artistas favoritos con el producto, o vender tiende a llamar más la atención de ellos.
- Los niños tienden a consumir un producto de acuerdo a la repetición del anuncio publicitario.
- Los niños últimamente prefieren sus personajes favoritos que se acerquen a la realidad, que los super héroes de hace algún tiempo.
- La variedad en la presentación de un producto hace mejorar la atención del consumidor (niño).
- el lenguaje debe ser lo más claro y sencillo, entendible al nivel de ellos.
- Los mensajes en los anuncios deben llevar un contenido que dé a entender libertad y que los haga sentir responsables para escoger lo que les guste.

1.4.3. PSICOLOGIA

HISTORIA DE LA PSICOLOGIA

En el estudio de la evolución el aspecto psicológico no ha tenido la importancia que merece, los cambios físicos humanos y su comportamiento se dirigen hacia la psicología, las cuales sufren modificaciones más aceleradas que los mismos cambios ambientales.

La Psicología aplicada a la atención del paciente:

La odontología está experimentando rápidos cambios y progresos con tal rapidez que a nadie le es posible ser experto en todos los campos de la profesión, hasta es difícil dentro de la propia especialización.

Es de importancia señalar la noción que se debe tener de la personalidad y de los sentimientos de los pacientes.

El paciente niño:

Sin duda alguna los pacientes muy pequeños constituyen uno de los problemas principales hallados en el ejercicio actual de la odontología, después de muchos estudios se llegó a la conclusión de que puede ser necesario acercarse a cada niño en su propio nivel de comprensión, nada parece actuar mejor que el enfoque directo y honesto.

El niño sociable:

La interacción se produce fácilmente, conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad respecto al odontólogo, es fácil de tratar y de responder a sus preguntas; por lo general son pertinentes y no están motivados por el temor o la angustia, a este niño se le puede mostrar los instrumentos, como actúan y cuál es su propósito, no es raro que este niño quiera mirar la boca de su odontólogo para ver como es por dentro.

El niño muy activo

Es el niño que su presencia en la sala no necesita ser anunciado, su conducta en el consultorio es exploradora e investigadora.

Es el tipo de niño que la madre declara "No puedo hacer nada con él". Es un paciente no muy cooperador, la conducta negativa y desadaptada de estos niños jamás es aprobada por el odontólogo.

Para evitar esto es imperioso que los padres no estén durante las citas.

El niño angustiado y retraído:

Este tipo de paciente presenta un problema más serio, se somete al examen con apenas algún gemido, sufre un alto grado de estrés, irradia miedo y preocupaciones, a estos niños se les debe explicar cada paso que se les va a realizar para que haya una mejor relación.

El adolescente:

No son pacientes odontológicos difíciles aunque muchos odontólogos estiman que son casi imposibles de manejar, es normal el no deseo de comunicación y el relacionarse en algún sentido con los adultos.

Teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget.

Creó una teoría de etapas de desarrollo en la que el niño atraviesa en su mente una serie de fases reorganizativas de las cuales él asciende al nivel superior del funcionamiento psicológico, nos dice también que el pensamiento de los niños desarrolla dos procesos simultáneos.

Asimilación: Hace referencia a la incorporación del conocimiento nuevo en los esquemas anteriores.

Acomodación: Modificación de los esquemas existentes para introducir un conocimiento que no encaja.

CAUSAS DEL TEMOR INFANTIL

Puesto que tantos de los temores infantiles se relacionan con objetos o eventos muy ajenos a su diario vivir, resulta difícil determinar sus orígenes: Es evidente que algunos temores están relacionados con un acontecimiento real. Un niño que ha sido mordido por un perro puede generalizar este temor a todos los perros. Un niño que había sido arrollado por un carro tenía pesadillas con accidentes automovilísticos y desarrolló no solo temor a cruzar las calles sino también temor a quedarse solo en una habitación oscura (Jerslind & Holmes, 1935, en Jerslin, 1946).

A veces, los padres infunden temores a sus hijos. Es más probable que los niños pequeños sientan miedo de los truenos y relámpagos, de los perros y de los insectos cuando sus madres también sienten miedo de ellos (Hagman, 1932):

Los dentistas que han trabajado con niños, con frecuencia se desesperan cuando escuchan que la madre le dice al pequeño "No tienes nada que temer", porque este estilo de frases le infunden el concepto de miedo a la mente del niño. Los padres que sobreprotegen a sus hijos les dan la sensación de que el mundo es un lugar peligroso, lleno de cosas terribles.

Como ya hemos dicho, el miedo es, en parte, una función de la edad, a medida que los niños se hacen mayores, crecen y adquieren seguridad, algunas de las cosas que les parecían tan aterradoras pierden su ferocidad. Las niñas muestran un mayor número de temores que los niños (Jerslid, 1933, Croake, 1973). Esto puede obedecer a la actitud de los padres que aceptan los temores en las niñas mientras que los desalientan en los niños, o puede obedecer también a que los niños que son más dependientes tienen más temores y se alienta la dependencia en las niñas. Los niños provenientes de familias de menores recursos tienen más temores que los niños que pertenecen a las familias de mejor posición (Jerslid & Holmes, 1933, Croake 1969) tal vez porque los niños pobres tienen menos seguridad acerca de la vida en general, y su ansiedad se refleja en un mayor número de temores específicos.

El miedo también está relacionado con la sociedad en la que el niño vive. Por ejemplo, mientras que los niños norteamericanos en edad escolar solían tener temor de los seres y los hechos sobrenaturales por encima de todo lo demás en la actualidad sienten un mayor temor de los comunistas.

COMO AYUDAR A LOS NIÑOS A SOBREPONERSE A SUS TEMORES

A medida que los niños crecen y pierden la sensación de ser indefensos, muchos de sus temores desaparecen. Cuando no lo hacen, pueden interferir con la capacidad del niño para llevar una vida normal. A veces los padres intentan disipar los temores del niño ridiculizándolo ("No seas tan nena"), por coerción (vamos, acaricia al perrito, no te morderá), por persuasión lógica (cómo puedes tener miedo de un oso si sabes que no hay ni uno a cien millas a la redonda") o ignorándolo. Ninguno de estos sistemas da resultado (Jerislid, 1935) y algunos pueden hasta exacerbar los temores del niño.

La mejor forma de ayudar al niño a sobreponerse a sus temores (los que, por lo general, están dispuestos a abandonar) exige una cooperación por parte de los mismos niños que tienen gran éxito cuando se proponen encontrar métodos propios para dominar lo que los atemoriza y cuando poco a poco se les va ayudando a hacer frente a esas situaciones.

Las explicaciones pueden ayudar a disipar los temores de los niños cuando van acompañadas de un acondicionamiento activo en las situaciones que los ocasionan.

1.4.4. PEDAGOGIA

ORIGEN DE LA PEDAGOGIA Y DE LA EDUCACION

Grecia ha sido considerada como el propósito de la civilización antigua fue el primer país que llevó a grados altos el cultivo de las ciencias de la filosofía y de las artes.

Fue también normadora de la educación en aquella época y durante la edad media. La educación propiamente dicha tuvo su origen en los pueblos orientales.

Pedagogía quiere decir igualmente conducir, guiar, orientar, conjunto de reglas o prácticas que permiten al educador ejercer influencias sobre el niño. La pedagogía estudia al niño física, intelectual y moralmente.

Cualidades del educador.

1. Cualidades morales: Tener una ética profesional, donde aporte los mejores conocimientos y los motive al tema.

Medios para conocer el niño.

- La psicología general . Interesa al pedagogo sobre todo para conocer el término de la evolución infantil.

- La psicología infantil nos muestra las características de la vida infantil con sus procesos evolutivos y sus maneras peculiares de relacionar.

- El recuerdo del pasado: Es preciso anotar sin embargo, que muchos recuerdos de nuestra infancia se han perdido para siempre y tenemos tendencia a juzgar de la propia niñez con nuestra experiencia de adultos.

- La observación directa y el trato con el niño. Nos dan de él una intuición que nos permite instalarnos en el seno de la realidad, esta observación puede realizarse en clase, paseos y recreos que resultan precisos porque nos muestra las relaciones espontáneas de los niños.

COMUNICACIÓN:

La comunicación se realiza simultáneamente a muchos niveles conscientes e inconscientes y emplea para ello la mayoría de los sentidos el oído, el tacto, el olfato a través de los cuales se constituyen las relaciones humanas. Aún cuando el uso actual de los medio tecnológicos no significa una mayor o mejor comunicación, en sí mismo encierra grandes posibilidades de expresión.

La posibilidad de oír nuestros propios mensajes y más aún de poder vernos y oírnos encierra posibilidades insospechables de gran utilidad pedagógica que puede ser de gran riqueza educativa. El lenguaje total, como movimiento educativo trata de ingresar al proceso educativo el mayor número de posibilidades de expresión, desde los que se originan en la comunicación no verbal, hasta el uso de los lenguajes propios de los medio de comunicación masiva, pasando por toda la gama que constituye el lenguaje total.

2. Cualidades Físicas: la pedagogía exige al maestro cualidades físicas de buen funcionamiento de sus órganos de audición, visión y elocuencia adecuada.

3. Cualidades Pedagógicas: La vocación a la investigación y actualización de los conocimientos, para mejor información a sus alumnos.

Son responsables del individuo los padres, maestros y en general todo el que tenga contacto directo o indirecto con el bienestar del niño.

Para la niñez como para la edad adulta hay una psicología general y diferencial: los niños presentan entre sí rasgos comunes y diferencias notables, los grandes educadores lo han presentado en todo tiempo, que requieren sus alumnos unos más de paciencia, motivación, firmeza, estímulo etc.



INFLUENCIA SOBRE LA MOTIVACION

Recíprocamente la percepción de un objeto puede tener influencia sobre la motivación y sobre la efectividad, en este principio se basan las técnicas publicitarias, la contemplación de un objeto bello y coloreado, la asociación entre un objeto y acontecimientos a estímulos agradables crearán o intensificarán el interés o el deseo de poseer ese objeto.

La psicología experimental ha puesto de manifiesto como, entre los animales, la percepción de un "estímulo signos", que signifique recompensa, aumenta la fuerza de la actitud de acercamiento al lugar en que se encuentra tal recompensa. Si se sitúa a un animal hambriento un comportamiento con alimento, y si se vuelve a situar varias veces al animal en la misma entrada del corredor, se observa que cuanto más cerca se halla del comportamiento que guarda el alimento, el animal corre más deprisa o la fuerza con la que tira de unos arreos a los que se halle sujeto es más intensa.

Este fenómeno, conocido como "gradiente de acercamiento, o gradiente de objetivos, se explica mediante el concepto de motivación incitara. Las percepciones de los estímulos externos debidos a la contextura del suelo, a la iluminación de las paredes del corredor, etc., así como la percepción de los estímulos internos originados por la

carrera, funcionan aquí como signos de valor diferente. Los estímulos situados en las cercanías del comportamiento en que se encuentra el alimento tiene el animal un valor superior a los que se le presentan al principio del corredor. Por ello, determinarán una motivación más intensa con respecto al alimento y consecuentemente, reacciones neurovegetativas y una actitud de acercamiento más fuerte al "estímulo – objetivo".

Se observan fenómenos similares con respecto a las motivaciones de alejamiento (el temor, por ejemplo). En las actividades humanas alimenticias y sexuales se presenta esta misma influencia de las actividades perceptivas con respecto a la motivación. La percepción gustativa de alimentos agradables aumentará el deseo de comer (apetito).

1.4.5. HIGIENE ORAL

ENSEÑANZA DE CEPILLADO

UN ABORDAJE SISTEMATICO AL CEPILLADO

Katz, Mc Dorald y Stookey descubrieron el concepto de los circuitos de cepillado, este concepto comprende la división de las arcadas dentales en tres circuitos o caras. El vestibular, el lingual o palatino y el oclusal. El paciente debe ser instruido para que comience siempre en al misma zona de la boca y continúe a través de los circuitos de la misma manera cada vez que se cepilla sus dientes. Las superficies vestibulares de todos los dientes son limpiadas continuando con el cepillado de las áreas linguales y finalmente con las superficies oclusales en forma circular.

TIEMPO DE CEPILLADO

Dado que el cepillado dental puede limpiar solamente una o dos superficies dentales por vez, un período de 3 minutos es probablemente el tiempo mínimo requerido para abarcar las superficies dentarias para limpiar con una cantidad suficiente de cepillados. La motivación a los niños pequeños para que se cepillen un tiempo

adecuado puede ser problemático. Un artículo novedoso que puede ayudar a los niños ese sentido es un pequeño reloj de arena situado en el botiquines del baño. Esto puede ofrecer un incentivo adecuado para que los niños se cepillen durante los 3 minutos.

FRECUENCIA DE CEPILLADO

Generalmente se reconoce que la eliminación completa de la placa al menos una vez por día, es suficiente para mantener la salud oral. Además de la limpieza integral una vez podfa con participación de los padres para la eliminación de la placa, debe alertarse al niño para que sea independiente responsable de cepillarse después de las comidas en especial después del desayuno. Esto puede contribuir a desarrollar el sentido de la responsabilidad sobre la salud bucal y a la vez generará buenos hábitos orales para toda la vida.

TECNICA DE CEPILLADO

La técnica de cepillado que recomendamos es la llamada de los circuitos de cepillado este concepto comprende la división de las arcadas dentales en tres circuitos o caras, el vestibular, el lingual o palatino y el oclusal.

La técnica comienza con la inclinación del cepillo de 45 grados colocándolo en la zona gingival, con movimientos suaves circulares, se desliza por la superficie en los superiores hacia abajo y en los inferiores hacia arriba.

La realizamos en forma ordenada por la superficie vestibular izquierda superior y luego nos dirigimos a la derecha, nos desplazamos a las vestibulares de los inferiores por la superficie vestibular derecha para continuar con la izquierda, después nos dirigimos a la superficie palatina en superiores de izquierda a derecho y pasamos a la lingual en inferiores a izquierda, pero en la zona de los incisivos se debe colocar el cepillo con una inclinación paralela al eje mayor del diente realizando movimientos verticales y para terminar con las caras oclusales superiores e inferiores el cepillo se coloca con las cerdas contra dichas superficies con movimientos de atrás a adelante, y que no se nos olvide asear también la lengua.

El tiempo de cepillado en los niños se puede estimular con la ayuda de un reloj de tres minutos de duración por cada dos dientes y la frecuencia de cepillado es de tres veces al día pero reconoce que la eliminación completa de la placa al menos una vez por día es suficiente para mantener la salud oral.

El cepillado más importante es aquel que realizamos antes de irnos a dormir ya que el flujo de saliva se ve disminuida durante el sueño, en su cantidad lo mismo que los movimientos linguales dando la oportunidad a las bacterias para multiplicarse y atacar, produciendo los ácidos debilitando las estructuras de sostén como a las piezas dentales.

En la práctica diaria debemos monitorear el índice de placa bacteriana tanto en la consulta como los padres en el hogar utilizando la sustancia o pastilla reveladora, el cepillo y la seda dental mostrándole al paciente donde presenta su deficiencia al cepillarse, reforzando de nuevo las enseñanzas ya dadas. El objetivo del cepillado es la eliminación de la placa y los restos alimenticios así como el mensaje a los tejidos blandos de la cavidad oral.

ESCOLAR

Los niños deben intentar cepillarse rutinariamente sus dientes y emplear el hilo dental con la ayuda de los agentes reveladores que son útiles en este grupo de edad, se elogian sus esfuerzos en las zonas que han sido limpiadas exitosamente.

ADOLESCENTES

Este asumirá con mayor responsabilidad su higiene, ha adquirido la coordinación necesaria para el cepillado y el uso del hilo dental además de ir al odontólogo que los evaluará y les encaminará una vez más en la técnica de cepillado y la correcta manipulación de los otros elementos de higiene oral.

A veces presenta falta de iniciativa y de motivación para realizar su higiene en forma rutinaria ya que en esta etapa aumenta las enfermedades dentales se deberá estimular repetidamente para que acepte la responsabilidad.

PACIENTE CON TRATAMIENTO ORTODONTICO

Cuando poseen este tipo de aparatos en boca la higiene oral resulta ser muy difícil por la gran acumulación de placa a nivel gingival además del cuidado que debemos tener con los aparatos, por eso es conveniente que asista con más frecuencia al odontólogo para exámenes periódicos y terapia preventiva.

Utilizamos una clase de cepillo par surco gingival que es donde se verá más acumulo de placa, a causa de su pequeño tamaño alcanza áreas gingivales sin interferir con los

soportes, ni con los arcos de alambre, se enfatiza también con enjuagues con fluoruros brindando un beneficio adicional.

HILO DENTAL

El hilo puede ser con cera o sin cera, el hilo sin cera es más recomendable porque se deshila cuando se encuentra con restauraciones incorrectas el paciente debe ser instruido para sujetar el hilo envolviéndolo alrededor del tercer dedo de cada mano, así queda el pulgar y el índice libre para manipularlos, las manos deben colocarse cerca una de la otra se inserta el hilo entre dos dientes a través del punto de contacto y después se rodea la cara mesial de uno de ellos, a continuación se mueve el dedo con el hilo apicalmente hasta que contacte con el tejido blando gingival, en ese momento el hilo debe girar, 1 a 2 mm apical de la imagen gingival de la papila interdental, y después se desplaza coronalmente hacia el punto de contacto el movimiento apicoronal debe repetirse hasta que la superficie del diente este completamente limpia lo mismo debe repetirse en la cara distal cuando el espacio interproximal es muy pequeño, grande debido a resección gingival es conveniente cambiar el hilo por cinta dental.

1.4.6. DIETA

Aunque los preescolares no parecen tener un momento de tranquilidad, disponen cada vez más de tiempo libre abandono de las siestas matutina o vespertina. Su consumo de bocadillos aumenta durante esta etapa en virtud de tal disponibilidad de tiempo , el refuerzo de lo que escuchan en la televisión y la observación de otros niños de su misma edad. Hay que alentar el consumo de golosinas sanas. Surgen problemas dentales cuando las golosinas solo se limitan a alimentos con alto contenido de sal y grasas o carbohidratos refinados adherentes a los dientes y tejidos de la boca.

Los padres, maestros y otras personas que se encargan de los niños deben recibir orientación y guía de dentistas en cuanto a los tipos de golosinas más convenientes. En ocasiones especiales (como las fiestas de cumpleaños o ciertos días feriados) es posible permitirles el disfrute de caramelos, mientras en cualquier otra circunstancia hay que seleccionar los golosinas entre una lista de alimentos que se ha comprobado que son "buenos para los dientes". Por lo tanto, las comidas durante "horas de clase" son importantes para que aprendan y observen los hábitos. El ambiente tranquilo y cordial a la hora de la comida, sin amenazas del tipo de "o te comes todo o no hay postre" ni presiones por parte de los hermanos permiten lograr mucho en la creación de hábitos alimenticios adecuados.

2.4. Nutrientes

Son los principales alimentos que nuestro organismo, requiere para que haya un buen crecimiento y desarrollo.

Se clasifican en:

- Hidratos de Carbono o Carbohidrato
- Lípidos y Grasas
- Proteínas
- Vitaminas y Minerales.
- **Carbohidratos**

Son la mayor fuente de energía, la más económica y de más fácil asimilación, su aporte energético total es del 50 – 60%. Un gramo aporte 4 Kcal.

Función: Esencialmente energética. Indispensable para la contracción muscular y el mantenimiento del sistema nervioso. Este se almacena en forma de glucógeno en hígado, músculos y el sobrante se transforma en grasa.

Fuente: Todos los alimentos de origen vegetal, excepto los aceites. Entre los carbohidratos encontramos: pastas, arroz, legumbres, hortalizas, verduras, frutas, cereales.

Problemas de su abuso: Aumento de peso, obesidad, aumento de triglicéridos en sangre y caries.

Carbohidratos y Caries Dental: Los carbohidratos especialmente los azúcares se fermentan fácilmente produciendo ácidos inorgánicos que disuelven la dentina y el esmalte. Los alimentos más pegajosos son los más nocivos como: Caramelos, pastelillos, gaseosas y juegos, son perjudiciales para la salud dental. Una buena higiene oral, y un consumo moderado de dulces son medio que ayudan a minorar la caries dental.

- **Lípidos y Grasas**

Son reservas calorificas que contienen ácidos esenciales y actúan como vehículo de las vitaminas liposolubles. Su volumen total calorífico diario es del 30%. Un gramo aporta 9 Kcal.

Función: Esencialmente energética. Aporta ácidos esenciales (Linoleico, Linolénico y araquinoico), vitaminas liposolubles A,D,E,K y hormonas.

Fuente: Origen Animal: Manteca, tocino, mantequilla, nata, crema de leche, yema de huevo, carne, pescado.

Origen Vegetal: Aceite de oliva, frutos secos.

Problemas de su abuso: Obesidad, colesterol, enfermedades arterioescleróticas.

- **Proteínas**

Son importantes para el crecimiento, desarrollo autónomo, son indispensables para todas las células corporales, ayudan a las secreciones glandulares, encinas y hormonas. Como encinas ayudan a desdoblar los alimentos para producir energía y síntesis de compuestos.

Estos son los constituyentes principales de los tejidos activos del organismo. Su volumen total calórico diario es del 10 – 15%, un gramo aporta 4 Kcal.

Los 4 grupos de las proteínas son:

1. Leche y derivados
2. Carnes, pescado, huevos
3. Verduras, frutas
4. Pan, cereales.

Función: Plástica, inmunitaria, bioreguladora, control genérico.

- **Vitaminas y Minerales**

Son microcomponentes orgánicos de la alimentación con distinta acción fisiológica, son indispensables para el crecimiento normal y para tener mayor resistencia a infecciones, son acalóricas y están presentes en la mayoría de los alimentos. La carencia de ellas origina trastornos y patologías complejas. Según su solubilidad se dividen en hidrosolubles, liposolubles. Se encuentran en: Frutas, verduras, legumbres, cereales completos, pescado, carne, huevos.

El aumento de las vitaminas produce hipervitaminosis.

- **Vitamina A (Retinal):** La inadecuada ingestión de esta vitamina a nivel dental produce:

Se trastorna el desarrollo dental, se presentan cambios severos en los gérmenes dentarios. El órgano del esmalte experimenta meraplasia y acumulación de restos celulares. La matriz de esmalte es defectuosa, la dentina es poco mineralizada.

En boca se produce:

- Queilitis angular y estomatitis
- Exfoliación prematura de dientes.
- Hay atrofia de glándulas salivares
- Infiltrado inflamatorio de hueso alveolar
- Se presentan fisuras orales del labio y paladar
- Carencia de vitamina A: Xerosis-.hiperqueratosis

- **vitamina D:** Una inadecuada ingestión de vitamina D puede producir:

- Retardo en la erupción
- Malformaciones dentarias
- Puntos con raquitismo presentan hipoplasia del esmalte.

- Produce mineralización inadecuada de huesos y Dientes.

Vitamina E: Anemia

Vitamina C: Una inadecuada ingestión de esta vitamina produce

- Escorbuto (sangrado de encías)
- Produce daño periodontal y alveolar (Hemorragias, inflamación)
- Atrofia difusa de hueso alveolar
- Inflamación periodontal.

• Vitamina Del Complejo B: Una inadecuada ingestión produce:

B: Riboflavina: - Atrofia de papilas filiformes y fungiformes, con glositis.

- Retardo con crecimiento.
- Queilitis angular

B: Niacina: - Produce ulceraciones en boca.

- Pelagra.

1.4.7. PAUTAS EN TRAUMATOLOGIA ALVEOLAR (AVULSION)

MEDIOS DE CONSERVACION

Los diferentes medios de conservación a través del tiempo han sido leche, solución salina, viaspan, solución, salina balanceada de Hank, saliva, agua corriente, aire ()

Los medios de cultivo han sido probados como medios de almacenamiento de dientes avulsionados y han presentado un gran potencial de conservación.

La Solución Salina Balanceada de Hank (HBSS), es un medio de cultivo de células standard, que permite la conservación de órganos. Compuesta por 8 gramos, litro de Cloruro de Sodio, 0.4 g/L de D-Glucosa, 0.4. g/L de Cloruro de Potasio, 0.35 g/L de Bicarbonato de Sodio. 0.09 g/L de Fosfato de Sodio, 0.14. g/L de Fosfato de Potasio (Monobásico), 0.14 g/L de Cloruro de Calcio, 0.1 g/L de Sulfato de Magnesio y 0.1 g/L de Cloruro de Magnesio, en Suero de mamífero (36) Presenta una excelente capacidad para mantener la vitalidad de las células del ligamento periodontal. Los dientes mantenidos en esta solución muestran excelentes resultados de cicatrización comparables con el Viaspan. (37).

La HBSS es un medio popular que contiene nutrientes especiales, su pH es aproximadamente de 7,2 y su osmolaridad es de 270 a 290 mOsm/Kg por lo cual es más efectivo que la leche. A las 24 horas del mantenimiento del diente en esta solución tiene una viabilidad del 71.3% de las células, a las 48 horas del 38% y a las 120 horas es de 0% (38)

En ambulancias y en salas de urgencias de hospitales o en casa de SPD permite mantener la viabilidad de las células del ligamento periodontal por un largo tiempo después de la evulsión (35).

RESULTADOS

Los dientes almacenados en **Solución Salina Balanceada de Hank** presentaron el siguiente número de células viables del ligamento periodontal en promedio por campo a los 30 minutos, 31 células en promedio, a una hora, 17 células en promedio a las 2 horas, 16 células en promedio, a las 6 horas, 19 células en promedio, a las 12 horas, 10 células en promedio, a las 24 horas, 20 células en promedio, a las 48 horas, 8 células en promedio, a las 72 horas, 13 células en promedio a las 96 horas, 2 células en promedio; a las 120 horas, 4 células en promedio; a las 132 horas, 0 células en promedio a las 144 horas, 3 células en promedio. (Ver tabla 2).

La Solución Euro-collins, es una solución de electrolitos para la preservación de riñón, disponible comercialmente en los Laboratorios Baxter Healthcare Corporation, U.S.A. 100 ml de esta contienen 740 mg. De Fosfato de Potasio Dibásico, USP, 205 mg de Fosfato de Potasio Monobásico, HJF. Qqw mg de Clorhidrato de Potasio, USP, 84 mg de Bicarbonato de Sodio. USP Presenta un pH de 7.4 (70-75).

mea/L : Potasio 115, Sodio 10, Fosfato (as HPO_4^{2-}) 85, Fosfato (as H_2PO_4) 15, Clorhidrato, 15, Bicarbonato 10. Es una solución estéril, en dosis única (39).

Ha sido empleada para la preservación de órganos como el riñón, hígado, corazón, arteria pulmonar y pulmón, que van a ser transplantados, utilizando el método de perfusión. Se utiliza a temperaturas de 4 a 110°C (40).



RESULTADOS

Los dientes almacenados en Solución de Euro-Collins, presentaron el siguiente número de células viables del ligamento periodontal en promedio por campo.

A los 30 minutos, 17 células en promedio; a una hora, 21 células en promedio; a las 2 horas, 0 células en promedio; a las 6 horas, 5 células en promedio; a las 12 horas.

El Suero Fisiológico (Solución Esotónica de Cloruro de Sodio) La solución contiene 8.5 g de cloruro de sodio y cantidad suficiente de agua destilada para 1000 ml (41). Se administra como hemostático en inyecciones endovenosas o subcutáneas. Además, es indicado para la deshidratación con pérdida de electrolitos por: Vómitos, diarreas, fistulas drenantes, lavado gástrico o duodenal; quemaduras postoperatorias, etc. Ha sido evaluado como medio de almacenamiento de diente ovulsionados, y preserva la viabilidad celular tanto como la leche y mejor que la saliva y el agua corriente (42).

RESULTADOS

Los dientes almacenados en Suero Fisiológico presentaron el siguiente número de células viables del ligamento periodontal en promedio por campo.

A los 30 minutos, 32 células en promedio; a una hora, 16 células en promedio; a las dos horas, 21 células en promedio; a las 6 horas, 14 células en promedio; a las 12 horas, 12 células en promedio; a las 24 horas, 20 células en promedio, a las 48 horas, 19 células en promedio; a las 72 horas, 6 células en promedio; a las 96, 120, 132 y 144 horas el promedio de células viables es de 0.

El Suero Fisiológico preservó la calidad de las fibras de colágeno de la siguiente manera:

A los 30 minutos, 75%; a una hora 88%, a las 2 horas 88%, a las 6 horas, 75% , a las 12 horas 63%, a las 24 horas, 100%, a las 48 horas, 38%, a las 72 horas. 63%.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. GENERAL

Diseñar un video institucional dirigido a pacientes pediátricos para la educación y prevención en salud oral.



1.5.2. ESPECIFICOS

- a. Recolectar bibliografía respecto al desarrollo de la odontopediatría, psicología, pedagogía y publicidad.
- b. Describir la dieta adecuada para el cuidado oral en el paciente pediátrico.
- c. Describir un adecuado reconocimiento de las estructuras de la cavidad oral para niños de 6 a 14 años de edad.
- d. Describir la técnica de cepillado más adecuada para paciente pediátrico.
- e. Describir las principales pautas para el manejo del trauma dentoalveolar.
- f. Ofrecer una estructura del video.

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

PROPUESTA EDUCATIVA

2.2. POBLACION

NIÑOS ENTRE 6 Y 13 AÑOS

2.3. MUESTRA

2.4. DEFINICION DE VARIABLES

- 1. PEDAGOGIA Y PSICOLOGIA INFANTIL**
- 2. HIGIENE ORAL**
- 3. PAUTAS DE TRAUMA DENTOALVEOLAR,**
- 4. PUBLICIDAD**
- 5. DIETA**
- 6. PUBLICIDAD.**

2.5. INSTRUMENTOS

- VIDEO (ACTORES)**
- ACTORES**
- CAMARAS**
- REFLECTORES**
- MAQUILLAJE**

- VIDEO (VITO) VIT.

2.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

2.7.

2.8.

3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1. RECURSOS HUMANOS

4. TUTORA TEMATICA

5. TUTORA METODOLOGICA

6. GRUPO DE INVESTIGACION

7. NIÑOS

3.1.1.

3.1.2. TECNICAS

8. COMPUTADOR

9. HOJAS

10. LIBROS

11. FOLLETOS

12. FOTOCOPIAS

3.1.3. FINANCIEROS

13. PRESUPUESTO \$1.100.000.00

TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA

- Número de personas encuestadas : 47
- Fecha de realización : abril de 1998
- Lugar de aplicación de la encuesta : Clínica Odontopediátrica del
Colegio Odontológico
Colombiano, niños entre los 4 y
14 años.
- Población objeto de estudio : (Pacientes clínica odontopediá-
trica.
- Edad promedio de los encuestados : 7 años.

ANALISIS DE LA ENCUESTA (RESULTADOS)

PREGUNTA No. 1

Se baña los dientes?

- SI 98%
- NO 2%

La gran mayoría de niños (pacientes) encuestados son autosuficientes en cuanto al manejo de su higiene oral. Esta condición supone una capacitación previa en tal sentido, por parte de sus padres, educadores o profesionales del área de la salud.

PREGUNTA No. 2.

Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

- Una vez	36%
- Dos Veces	38%
- Tres veces	23%
- Más veces	3%

Según los resultados obtenidos de esta pregunta se puede concluir que los niños tienen buenos hábitos higiénicos en salud oral. Aunque dichos hábitos son aceptables, es necesario recomendar a estos pacientes cepillar los dientes después de cada comida (Desayuno, almuerzo y cena).

Por tratarse de un grupo de pacientes pediátricos es aconsejable motivarlos a través de juegos didácticos, ayudas educativas y ejemplos para lograr que adquieran el hábito frecuente del cepillado después de cada comida.

PREGUNTA No. 3

El dulce es dañino para los dientes?

- | | |
|---|-----|
| A. Porque mancha los dientes | 17% |
| B. Porque debilita el diente produciendo caries | 34% |
| C. Ayuda a que los dientes salgan más rápido | |
| D. Hace crecer bacterias (gusanos) en la cavidad oral | 32% |
| E. No sé | 17% |

Respecto a las causas de deterioro o daño en los dientes, los encuestados, en un gran porcentaje, tienen una idea aproximada de los efectos causados por la ingesta de azúcares. Aunque los niños tienen conciencia del daño que producen los dulces a sus dientes, en la cotidianidad permanentemente consumen este tipo de golosinas

Para que estos pacientes puedan entender que el aseo oral debe darse, no solo a nivel de dientes, sino en toda la cavidad bucal.

PREGUNTA No. 4

Qué crema dental utiliza?

- Colgate 70%
- Fluo carden 6%
- Kolinos 13%
- Mentadent P 5%
- Otras 6%

Evidentemente la crema dental mejor posicionada en la mente de los pacientes es COLGATE, probablemente a su estrategia publicitaria y de mercado.

El uso de cremas dentales especializadas para niños es casi nula; hecho que demuestra una falta de atención de sus padres frente a las necesidades del infante.

PREGUNTA No. 5

Qué es la seda dental?

- | | |
|---|------------|
| A. Es un hilo que se mete entre los dientes y retira los alimentos | 51% |
| B. Es un caucho que aísla el diente ante la presencia de bacterias | 6% |
| C. Es un protector para evitar la caries | 13% |
| D. No sé | 30% |

Los niños saben que la seda dental es un instrumento de limpieza que sirve para eliminar restos alimenticios. Es importante resaltar que los pacientes son conscientes de los beneficios adquiridos con el uso de la seda; sin embargo un porcentaje considerable de ellos (30%) manifiesta desconocer el concepto de seda dental; por esta razón se recomienda inculcarles el uso de la seda dental dentro del proceso de higiene bucal.

Para que estos pacientes puedan entender que el aseo oral debe darse, no solo a nivel de dientes, sino en toda su cavidad bucal.

PREGUNTA No. 6

Ha usado seda dental?

SI 51%

NO 49%

Existe entre la población objeto de estudio una subvaloración del uso de la seda dental como hábito necesario para alcanzar una adecuada salud oral que les permita prevenir la enfermedad periodontal.

PREGUNTA No. 7

Qué es un enjuague bucal?

- | | |
|--|------------|
| A. Es un líquido que endulza la boca. | 6% |
| B. Es una bebida que evita el mal olor de la boca. | 15% |
| C. Es una sustancia que previene la caries, barre con las bacterias y fortalece los dientes | 36% |
| D. Es un líquido que lava los dientes. | 19% |
| E. No sé | 25% |

Un porcentaje considerable de los encuestados conoce el concepto correcto del enjuague bucal y sabe cuál es su función en el proceso de salud oral.

Sin embargo una cuarta parte de los niños desconocen que es el enjuague bucal, lo cual presupone su escaso uso.

PREGUNTA No. 8

Ha usado enjuague bucal?

SI 62%

NO 38%

Aunque un porcentaje considerable de los encuestados (62%) usa enjuague bucal, existe un abandono de su uso entre un grupo representativo de los mismos (38%), lo cual indica que es fundamental conscientizar a este porcentaje de niños para que usen el enjuague bucal con el fin de prevenir enfermedades.

PREGUNTA No. 9

Qué entiende por fluor?

A. Líquido para quitar residuos de comida

8%

B. Es una calza que se coloca en los dientes	13%
C. Líquido que evita la caries dental fortaleciendo el diente	35%
D. Enjuague dental	11%
E. No sé	32%

Los niños tienen una idea general errónea o desconocen el concepto y las funciones del fluor en el proceso de higiene oral, lo anterior se sustenta en el amplio porcentaje de encuestados que no saben que es el fluor, así como aquellos que tienen una idea errada de este líquido.

Solamente un 32% de los encuestados sabe o es consciente de la función cumplida por el fluor en la prevención de la enfermedad periodontal.

PREGUNTA No. 10

Qué entiende por sellante?

A. Calza que se pone sobre el diente	15%
B. Material que se pone sobre el diente para cubrir la superficie	
Evitando la caries	40%

C. Sustancia para limpiar los dientes	4%
D. Se utiliza para ver el diente de color más blanco	15%
E. No sé	26%

Los otros encuestados saben en un porcentaje considerable cuál es la función del sellante. Sin embargo el 60% no sabe o tienen una idea distorsionada del concepto correcto del sellante.

PREGUNTA No. 11

Su mamá insiste que se cepille los dientes?

SI 76%

NO 24%

En términos generales se puede afirmar que las madres tienen conciencia de la necesidad imperiosa de cepillado de dientes en los niños para evitar la caries.

Evidentemente la inherencia de las madres en este proceso es amplia.

PREGUNTA No. 12

Le gusta cepillarse los dientes?

SI 80%

NO 20%

Contrario a la idea común que tienen los adultos sobre la actitud que tienen los niños frente al cepillado de dientes, el grupo objeto de estudio si tiene buenos hábitos de salud oral, aspecto que se ve favorecido con los consejos de sus madres porque les agrada cepillarse.

PREGUNTA No. 13

Le gusta ir al odontólogo?

SI 66%

NO 34%

Es evidente que en la actualidad la odontopediatría ha mejorado sus estrategias motivacionales para atraer a los niños hacia la consulta odontológica preventiva y

reconstructiva. Se puede afirmar que ha disminuido el terror de antaño hacia los tratamientos odontológicos.

PREGUNTA No. 14

Sabes cómo cepillarte los dientes?

A. Circular en forma ordenada	26%
B. Horizontal	23%
C. De arriba abajo	34%
D. de Atrás hacia delante	4%
E. No sé	13%

Se pudo concluir que los niños saben cómo cepillarse los dientes. Existe en ellos una idea correcta de la manera en que debe cepillarse. Sin embargo un 40% de los encuestados desconocen o no tienen una idea correcta de la forma como debe cepillarse, motivo por el cual se sugiere hacer énfasis en el procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

A.S. JOHNSON 1981

MARKETING Y EL CONTROL FINANCIERO

J.ST. J. HUGO 1984

ENCICLOPEDIA DE MARKETING

MARKETING Y PUBLICIDAD

DOUGLAS LOWNDOS 1980

MARKETING Y PROMOCION EXTERIOR

DESCHAMNPSNEUFS 1981

HOFFMAN LOIS, HALL ELIZABETH Psicología del Desarrollo

Hoy vol 1, vol2 195, 1996.

PIAGET JEAN Psicología.

Profesor Universidad René Descartes.

PELICIER YVES

FERNANDEZ FRANCISCO ALONSO, Catedrático de Psiquiatría y Psicología

Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía.

Editorial Sedmay-Lidis

CVEK M, CLEATON. TONE, P. AUSTIN, J. LOWNIE, J. KLING, M, FATT, P.

Endodontics Dental Traumatology

VOL. 6 Dinamarca 1990

FISCHER, JH, JESCHKEIT, S TRANSPLANTATION

Vol. 59 N09 1995.

BRAND, A. Transplantation

Vol. 45 No. 5

U.S.A. 1998-09-25

HILTZ, HJ. TROP, Endodontics Traumatology

Vol. 7 Dinamarca 1991.

J.R. PINKHAM, B.S. D,D.S. M.S. Odontologia Pediátrica.

Interamericana - McGraw - Hill.

J.O. ANDREASEN y F.M. ANDREASEN

Lesiones Dentarias Traumáticas.

Editorial Médica Panamericana

CRITERIOS DE PLACA BLANDA (P.B.)

0 - AUSENCIA DE PLACA

1 - 1/3 GINGIVAL

2 - MAS DE 1/3 GINGIVAL SIN SOBRE PASAR EL 1/3 MEDIO.

3 - MAS DE LOS 2/3 CON PLACA BLANDA

9 - NO APLICABLE

PLACA CALCIFICADA (P.C.)

0 - AUSENCIA DE PLACA

1 - CALCULOS OPTA MENOS DEL 1/3 GINGIVAL

2 - CALCULOS SUPRA - 1/3 CERVICAL Y CALDULOS SUBGINGIVAL

3 - MAS DE LOS 2/3 Y GRAN CANTIDAD DE CALCULOS SUBGINGIVAL

PB Y PC

CRITERIOS.

D BUENO - 00 - 0,6

a REGULAR 07 - 1.8

MALO 1.9 - 3

INDICE HIGIENE ORAL

BUENO 00 - 1.2

REGULAR 1.3 - 3

MEDIO - 3.1 - 6