

00170

VIDEO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

**MARIA EUGENIA GUTIERREZ OBANDO
LINA MARIA LOPERA CASTAÑO
SANDRA MILENA RUIZ ALONSO
DANNERY SALDAÑA PENAGOS
ANDRES ALEJANDRO UPEGUI CASTILLO
CLAUDIA MAGDALENA ZAPATA BECERRA**

**DIRECTOR
PATRICIA DE RIVERA
ODONTOLOGA PEDIATRA**



**ASESOR METODOLOGICO
ELBA MARIA BERMUDEZ Q.
ODONTOLOGA MAGISTER EN ADMINISTRACION DE SALUD**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PREGRADO
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
SANTA FE DE BOGOTA, D.C.**

1999

VIDEO DE PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL

MARIA EUGENIA GUTIERREZ OBANDO

LINA MARIA LOPERA CASTAÑO

SANDRA MILENA RUIZ ALONSO

DANNERY SALDAÑA PENAGOS

ANDRES ALEJANDRO UPEGUI CASTILLO

CLAUDIA MAGDALENA ZAPATA BECERRA

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA

OPTAR EL TITULO DE ODONTOLOGO

DIRECTOR

PATRICIA BARRERO DE RIVERA

ODONTOLOGA PEDIATRA

ASESOR METODOLOGICO

ELBA MARIA BERMUDEZ Q.

ODONTOLOGA MAGISTER EN ADMINISTRACION DE SALUD

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

AREA DE PREGRADO

PROGRAMA DE ODONTOLOGIA

SANTA FE DE BOGOTA, D.C.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a :

La Dra. **ELBA MARIA BERMUDEZ** - Odontóloga, Magíster en Administración en Salud, Directora del Departamento de Investigación y Salud Pública del Colegio Odontológico Colombiano.

La Dra. **PATRICIA DE RIVERA** - Odontóloga Pediatra, Directora científica de nuestra monografía, por los aportes para la realización del vídeo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma aportaron y colaboraron en el desarrollo de este proyecto.

En especial a nuestros padres por su apoyo colaboración y esfuerzo.

CONTENIDO

INTRODUCCION

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

1.2 JUSTIFICACION

1.3 PROPOSITO

1.4 MARCO TEORICO

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. GENERAL

1.5.2. ESPECIFICOS

2. METODO

2.1 TIPO DE TRABAJO

2.2 DIRIGIDO

2.3 DEFINICION DE VARIABLES

2.4 FUENTES DE INFORMACION

2.5 MATERIALES Y METODOS

2.6 RESULTADOS

2.7 CONCLUSIONES

2.8 RECOMENDACIÓN

2.9 INFORMACION PUBLICITARIA

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

Se han observado las distintas fallas que presentan los padres y niños en el aprendizaje de las técnicas de higiene oral, la nutrición como dieta adecuada, las indicaciones que deben seguir ante situaciones de traumatología oral, y la protección específica.

Es por este motivo que se realizó un nuevo vídeo de promoción y prevención en salud oral, dirigido a padres y niños menores de seis años, utilizándolo como un medio informativo actualizado para el desarrollo del proceso de aprendizaje.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Definición del Problema

Uno de los problemas que con mayor frecuencia se presentan ante el tratamiento de las caries es la falta de cooperación del niño por ello es mejor prevenir.

Pero, la prevención más importante consiste en informar a los padres acerca de los riesgos asociados con malos hábitos de nutrición y de higiene.

El audiovisual básicamente consiste en la enseñanza de Técnicas de cepillado, hábitos de aseo de manos y cara e información sobre nutrición, dieta, traumatología oral y protección específica para lograr mejores resultados.

1.2 Justificación

Se ha observado que los audiovisuales son una herramienta importante puesto que causan un impacto educativo ante los audio videntes, debido a la capacidad de hacer repetitiva su presentación.

Es de gran utilidad para el reforzamiento de conductas o hábitos que se quiere inculcar en el niño.

1.3. Propósito

Por medio de este nuevo vídeo se pueden identificar, analizar y enseñar hábitos alimenticios, técnicas de higiene oral, que hacer en el momento de emergencia ante una traumatología oral, la importancia de la protección específica con el fin de lograr una motivación en los niños y padres para desarrollar su práctica; y así formar medios para un sano crecimiento y desarrollo.

- Lograr por este método didáctico la motivación de los niños, para que conozcan la importancia de una buena higiene oral.
- Concientizar a los padres sobre una buena nutrición desde la etapa prenatal.
- Modificar hábitos dietéticos disfuncionales e incluir creencias y actitudes positivas para la salud.
- Informar e indicar sobre la conducta a seguir ante algunas situaciones de traumatología oral.

1.4. Marco Teórico

1.4.1. Nutrición

Nutrición es el conjunto de funciones que permiten incorporar materiales a las células, este proceso es involuntario es consecuencia de la elección de los alimentos que ingerimos.

La función de la nutrición requiere la presencia simultánea de todos los nutrientes, por lo que respecta a los energéticos, se debe contemplar diariamente unas proporciones determinadas que se estiman en:

50 - 55% Del aporte energético

30 - 35% Lípidica

12 - 15% Proteica

Los requerimientos nutricionales son las cantidades de nutrientes suficientes para cubrir las necesidades energéticas en función de la edad, sexo y la situación socioeconómica de cada persona, añadiendo una cantidad variable que permita un margen de seguridad.

Valor Nutritivo de los Alimentos:

Todos los alimentos contienen diferentes proporciones nutricionales, por lo tanto cuando nos alimentamos debemos tratar de que sea en forma balanceada.

Comportamiento Alimentario:

Al alimentarse es importante tener en cuenta que existen factores culturales, económicos y sociales que influyen en la elección de los alimentos. Es de gran importancia aprovechar la educación tanto de la casa como en la escuela para así fomentar los hábitos alimenticios y adecuarlos a las necesidades y condiciones económicas del individuo.

1.4.2 Dieta Alimenticia

1.4.2.1 Niños Menores de Un (1) año

El recién nacido necesita alimentarse para crecer. De la alimentación dependerán sus capacidades funcionales, desarrollo Psicomotor y condiciones nutricionales, manteniendo siempre una relación estrecha con el medio que lo rodea.

Durante este primer año se pueden distinguir dos (2) períodos:

- **Período de Lactancia:** Comprendido desde el nacimiento hasta los seis (6) meses de edad. En este período la leche materna es el alimento fundamental, ya que esta favorece la seguridad emocional tanto de la madre, como del niño, proporcionando un vínculo afectivo; además como le protege de enfermedades infecciosas, reduce el riesgo de alergias y crea una amplia gama de anticuerpos que protegen al niño contra diversas enfermedades.

-

Así mismo la madre lactante debe tener en cuenta diversos cuidados tales como una dieta variada y bien equilibrada, debe consumir alimentos lácteos, frutas y verduras ricas en minerales y proteínas. En caso de intolerancia a la lactosa, ingerir calcio oral 600 mg/d; evitar tomar café, té, alcohol, chocolate. Además la madre lactante debe descansar y dormir lo necesario.

- **Periodo de Diversificación:** Este periodo se inicia a partir de los seis (6) meses de edad. La leche no es suficiente para cubrir las necesidades nutritivas del lactante entonces, es allí cuando se introducen otros alimentos tales como frutas, harinas, verduras, proteínas...

Para ilustrar este aspecto se presenta a continuación el calendario de la alimentación del lactante.

Calendario orientativo de la alimentación del lactante.

Recién nacido:

- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta 4 - 6 meses.
- Leche de inicio o fórmula para todo el primer año : regular según necesidades y apetito del lactante.

Cinco (5) meses:

- Leche materna o formula de continuación.
- Papilla de fruta natural.

Seis (6) meses:

- Leche materna o formula de continuación.
- Papilla de cereales sin gluten.
- Papilla fruta natural

Siete (7) meses:

- Leche materna o 1 - 2 biberones de formula de continuación.

- Puré de verduras con proteína animal (carne)
- Papilla de fruta
- Papilla de cereales (introducción de gluten)

Ocho (8) meses:

- Leche materna o fórmula de continuación.
- Puré de verduras con carne o pescado blanco (dos raciones)
- Papilla de fruta.
- Papilla de cereales con gluten.

Nueve (9) meses:

- Leche materna, biberón o papillas de cereales.
- Puré de verdura con carne o pescado.
- Papilla de fruta o derivados leche (yoghurt natural).
- Leche materna, biberón o papilla de cereales o sémola.

Diez - Doce (10 - 12) meses:

- Leche materna, biberón o papilla de cereales.
- Puré de verdura con carne o pescado o huevo (yema)
- Papilla de fruta o yoghurt natural con galletas o zumo de fruta durante el día.
- Papilla de cereales o sémola de trigo o sopa de fideos.

A partir de los Doce (12) meses:

- Papilla de cereales con leche entera de vaca.
- Verdura chafada con carne o pescado a trocitos y postre lácteo.
- Fruta a trocitos o yoghurt y galletas.
- Verdura y huevo entero o, sopa de pescado o croquetas.
- Legumbres.

1.4.2.2 Alimentación en Niños de Uno a Tres (1 -3) años.

El crecimiento del niño se reduce después del primer año de vida, por ello las necesidades calóricas por kilo de peso son menores que antes del año, esto puede conllevar a que el niño rechace los alimentos simplemente por que no tiene hambre.

Dado lo anterior es de gran importancia diversificar los alimentos ya que ellos se cansan de los mismos sabores. En esta etapa al niño le gusta utilizar las manos para comer, esto se puede aprovechar para que se alimente solo pero, teniendo en cuenta que nunca hay que forzarlo.

Se debe considerar que a partir del primer año los niños comen la misma dieta que el resto de la familia y está contiene mucha grasa y azúcar ocasionando en muchas oportunidades sobrepeso y caries dental, haciendo así que se pierda el apetito por alimento que realmente le nutran.

Debe tenerse en cuenta que en muchas ocasiones los padres o abuelos dan dulces o los suprimen como premio o castigo.

Además del efecto cariogénico de los alimentos dulces, estas prácticas pueden afectar la actitud del niño hacia su consumo, de otro tipo de alimentos. Por ello el aspecto de motivarlo para limitar el consumo de caramelos a una vez por semana; seguido del cepillado de diente.

1.4.2.3 Niños de Tres a Seis (3 -6) años.

En esta edad es conveniente repartir diariamente el aporte energético total estimado para los niños, de acuerdo a la actividad que realice.

Los niños en edad preescolar pasan el mayor tiempo en jardines o centros de cuidado, por ello es importante que las personas que los cuidan tenga un

asesoramiento dietético; por ejemplo, cuando el niño tenga sed se le puede brindar agua en reemplazo de bebidas dulces, ya que está es excelente para la sed y tiene la ventaja de que no es cariogénica y no contiene calorías.

Otro estímulo es la publicidad a través de la televisión. Por ello, se le aconseja a los padres controlar lo que ven sus hijos y no ceder ante la insistencia de ellos por algunos alimentos de poco nivel nutritivo y alto contenido de azúcar.

	Primera Infancia 18 m - 3 años	Preescolar 3 - 5 años
Alimentos Recomendados Diariamente		
Papillas	60 - 80 g	-
Pan, Cereales.	60 - 80 g	100g
Patatas, arroz, pastas o legumbres	150 -200 g	250 g
Verduras, ensaladas	150 - 200 g	250 g
Frutas	250 g	300 g
Chocolate, azúcar o mermeladas	10 - 20 g	10 - 30 g
Leche o yogur	500 - 400 cc	450 cc

Queso fresco (2 / 3 veces por semana)	15 - 20 g	25 g
Carne o pescados	70 - 80 g	120 g
Huevo	1 - 2 v/sem	2 - 3 v/sem
Aceite	15 cc	30 cc
Mantequilla o margarina vegetal	10 g	10 g

Cuadro No 1 Alimentos recomendados para el uso cotidiano y sus raciones diarias por grupos de edad.

1.4.2.4 Atención Odontológica Preventiva

El objetivo de la atención odontológica preventiva en niños, es mantener la actividad patógena dental en un nivel aceptable bajo. Por ello, se debe establecer un programa básico de prevención el cual puede ser aplicable a cada niño.

1.4.2.5 Higiene Oral en el Hogar para el Niño.

A continuación se presentan algunos tópicos a tener en cuenta en un programa de prevención aplicado en el hogar del infante.

1.4.2.5.1 Equipamiento para el Control de Placa.

Para la eliminación mecánica de la placa bacteriana se dispone de diversos elementos como el cepillo y la seda dental, los cuales han demostrado ser básicos en el control de la caries.

1.4.2.5.2 Cepillo Dental.

Es el instrumento más utilizado y aceptado mundialmente para la eliminación mecánica de la placa dental.

1.4.2.5.3 Cepillo Ideal.

- Cabeza suficientemente pequeña como para adaptarse a la boca y la dentición del niño.
- Cerdas paralelas con extremos redondeados, suaves y pulidos.
- Mango recto y firme.
- Instruir al niño para que después de haber usado el cepillo dental, lo lave y guarde en un lugar fresco y aireado.
- También es conveniente mostrar al niño y a sus padres un cepillo con sus cerdas desgastadas, para que sepan cuándo deben remplazarlo por otro nuevo.

1.4.2.5.4 Seda Dental.

Es el medio más recomendado para la eliminación de la placa interdental. Existen varios tipos de seda dental, desde aquellos delgados y no encerados hasta cintas enceradas más gruesas. Cualquiera de los tipos actuará eficientemente si se emplea en forma correcta.

1.4.2.5.5 Otros elementos para el Control de la Placa.

En algunos casos, elementos diferentes al cepillo y la seda dental pueden resultar útiles para eliminar la placa dental en áreas de difícil acceso o en la dentición de niños pequeños, como un trozo de tela o de gasa húmeda.

La seda dental trenzada o retórica con varias hebras puede ser utilizada para limpiar áreas próximas donde haya contactos abiertos o dientes faltantes. Se encuentran también los dentífricos en forma de pasta, gel o polvo.

En la actualidad se recomienda no usar crema de dientes en niños menores de 5 años para así evitar su ingesta.

1.4.2.5.6 Procedimiento para la Higiene Oral.

El odontólogo tiene la obligación moral y profesional de explicar el papel de la placa dental en el desarrollo de las enfermedades bucales, a padres y pacientes. Los padres deben ser incentivados a establecer procedimientos de higiene oral en sus hijos desde temprana edad, lo que significa prevenir enfermedades dentales antes de que aparezcan; a esto se denomina prevención primaria.

1.4.2.5.7 Métodos de Cepillado.

- Horizontal alternante (Método de "fregado").
- Barrido vertical (Método rotatorio y fisiológico).
- Circular (Método de fones).
- Vibratorio (Método de Charters, Stillman y Bass).

Estudios indicaron que el método circular, resulto ser efectivo para niños de edad preescolar, debido a su forma repetitiva en los movimientos.

- **Ubicación especial del cepillo:**

- Las caras distales de los dientes posteriores de cada cuadrante se limpian con la punta del cepillo.
- Para la limpieza de las caras linguales de dientes anteriores superiores e inferiores el mango del cepillo se coloca paralelo al eje mayor de los dientes y se hacen varios movimientos verticales suaves, con el extremo del cepillo.
- Las superficies oclusales se cepillan colocando las cerdas contra las superficies dentarias y moviendo el cepillo en forma circular.
- El tiempo dedicado al cepillado es de mínimo tres (3) minutos en niños pequeños, para que cepillen un tiempo adecuado. Esta practica puede tornarse problemática y aburrida, por lo cual se pueden ofrecer incentivos adicionales para que se cepillen durante el tiempo estipulado.

Se recomienda el cepillado antes de dormir ya que el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen durante el sueño, lo cual estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes.

1.4.2.5.8 La Utilización de la Seda Dental.

El uso de la seda dental en niños menores de seis (6) años es responsabilidad de los padres. Una edad considerada razonable para que los niños puedan

desarrollar la destreza necesaria para el uso de la seda es entre los 9 y los 13 años.

Esta acción se realiza mejor cuando el niño se ubica en posición supina y el padre se ubica sobre la cabeza del niño.

1.4.2.5.9 Técnica para el uso de la Seda Dental.

- Utilizar aproximadamente 45 cm. de seda y enrollarlo suavemente, de la parte más larga sobre el dedo medio de la mano.
- Enrollar suavemente el resto de la seda sobre el dedo medio de la otra mano, hasta que queden unos pocos centímetros de seda entre las manos.
- Cuando se ensucie la seda, enrollarla sobre uno de los dedos medios a la vez que obtiene seda limpia.
- Sostenga la seda entre los pulgares y los índices, manteniendo aproximadamente 2.5 cm de seda tensa entre los dedos.
- Guíe la seda entre los dientes, realizando un suave movimiento como de sierra para pasar la seda a través del área de contacto.
- Mantenga la seda tensa contra la superficie interproximal de cada diente, curvando la seda alrededor de la misma.

- Mueva la seda hacia arriba y hacia abajo sobre cada superficie.

1.4.2.5.10 Asesoría prenatal

Se recomienda a los padres iniciar la higienización de la boca del niño a partir de la erupción del primer diente.

Moss sugirió que la madre o el padre limpien dientes o encías una vez por día, con una tela húmeda o con un trozo de gasa enrollado sobre el dedo índice.

Cuando erupcionan más dientes y el bebe se ajusta a la rutina de la limpieza diaria, los padres pueden comenzar a usar un cepillo de cerdas suaves.

Se recomienda que el niño sea visto por el odontólogo poco después de que erupcione el primer diente.

1.4.2.5.11 La Primera Infancia

Los padres deben abordar sistemáticamente el cepillado comenzando por un área de la boca y progresando de modo ordenado hasta todas las áreas queden

libres de placa, esto se realiza mejor con un cepillo humedecido de cerdas suaves.

1.4.2.5.12 Preescolar

Los padres deben asumir la responsabilidad de cepillar y usar la seda dental por los dientes de sus hijos. A esta edad, los niños se interesan por sus dientes y están muy orgullosos de ellos.

Se le debe dar la oportunidad al niño de participar en los procedimientos de higiene oral diaria.

1.4.3 PROTECCION ESPECIFICA

1.4.3.1 Flúor.

Existen Dos clases de terapias para la aplicación de flúor:

- **Sistémico:** Tiene vehículos naturales y artificiales.
 - ✓ **Naturales** : nacimientos de agua, alimentos (espinaca, pescado, té, uvas y arroz).
 - ✓ **Artificiales:** leche, cereales y suplementos como gotas de fluor.

Metabolismo del fluor por vía sistémica: el metabolismo por esta vía se hace a través del intestino y se elimina por las heces, orina, sudor y saliva.

Mecanismo de acción del flúor por vía sistémica:

- ✓ Diente en mineralización se forma fluor apatita
 - ✓ Diente mineralizado no erupcionado se forma fluor hidroxihapatita
 - ✓ Diente ya erupcionado se forman cristales de fluor de calcio.
-
- Tópico: su mecanismo de acción, es sobre el esmalte del diente, formando un precipitado amorfo que dura sobre el esmalte seis (6) meses; este precipitado disminuye el proceso de desmineralización y favorece el proceso de remineralización.
 - El fluor es bactericida y despresa el metabolismo bacteriano.
 - **Presentación.**
 - Fluor tópico en gel; que es fluoruro de sodio acidulado al 1.23% (el más utilizado.)
 - Fluoruro de sodio en polvo al 2%, su preparación se realiza con una solución concentrada.

- Fluoruro de sodio para enjuagues, viene en porcentaje de: 0.02%; 0.1%; y 0.5% utilizando en pacientes mayores de seis años.
- Fluor en barniz al 2%
- Fluor de estaño a 8%; 10%; y 12%.
- Fluor dentríficos (cremas dentales).

1.4.3.2 Flurosis Dental

La Flurosis dental es un trastorno específico de la formación de dientes. La Flurosis dental clínica se caracteriza por las manchas blancas, opacas y sin brillo del esmalte el cual puede estar estriado, moteado o hipoplásico, o con manchas de color entre amarillo y color oscuro.

Los dientes afectados pueden presentar periquematis muy acentuadas y, en casos más graves, fosas discontinuas y zonas mayores de hipoplasia en el esmalte de forma tal que el diente pierde su morfología normal.

1.4.4. Sellantes

Pasos:

- Calibración del diente (que no tenga caries). Realizado con explorador numero 5.
- Aislamiento absoluto
- Profilaxis con agua oxigenada para liberar tensiones superficiales del diente.
- Desmineralización por 30 segundos.
- Lavado por 45 segundos
- Secar
- Aplicación del sellante.
- Foto polimerización de 20 a 40 segundos.
- Prueba de oclusión.

El efecto del grabado ácido es crear múltiples porosidades pequeñas en el esmalte y al mismo tiempo ensanchar las estrías de retzius y crear pequeñas penetraciones digitiformes en los prismas del esmalte. Los poros del esmalte natural son demasiado pequeños para permitir que un volumen suficiente de resina, fluya a su interior y provoque una resistencia adecuada en la unión. Cuando se agrandan los poros con el grabado ácido, el monómero de resina penetra varios micrómetros en el esmalte y allí polimeriza. Así, cuando se aplica el sellante hace una réplica de la superficie acondicionada de esmalte penetrando en los poros y formando esas proyecciones digitiformes que se

extienden en las penetraciones de los prismas del esmalte. La formación de prolongaciones y el llenado de los poros que se controlan con la viscosidad del sellante, producen una traba entre el sellador y el esmalte que asegura una fuerte retención mecánica y un sellado prácticamente libre de filtraciones.

Método de Polimerización	Aceptable	Provisionalmente Aceptable
Luz ultravioleta	Nuva seal (cavik)	Nuva core (cavik)
Activación química	Driton (1 y 1)	Expoxylite golo
Band (3M)	Kerr Pit y fissure	Concise enamel
Sealant (3M)	Sealant (Kerr)	Concise white

Cuadro No 2 Tipos de Sellantes y Clasificación

1.4.4.1 Selección de Dientes para el tratamiento

Los dientes seleccionados para estos tratamientos son molares en dentición primaria, molares y premolares en dentición permanente.

El sellante se aplica en los premolares que tienen puntos y fisuras relativamente profundas y bien definidas, fosas oclusales profundas o en ambos casos.

Los molares y premolares que no tienen estas características han sido frecuentemente excluidos debido a la menor susceptibilidad al ataque de la caries. También es probable que a la retención del sellante pudiera no ser tan permanente en estos dientes debido a su anatomía.

1.4.4.3 Aplicación del sellante

1.4.4.3.1 Limpieza minuciosa de los dientes seleccionados:

Fundamentalmente se debe realizar la remoción de todos los materiales exógenos de las superficies dentarias. Esta labor se realiza **empleando tazas o** cepillos para profilaxis con una pasta acuosa de un abrasivo, tal como la piedra pómez. El uso de pastas profilácticas que contengan fluoruro no se recomienda para este procedimiento ya que el fluoruro hará que la superficie del esmalte sea más resistente al grabado y, puede servir para disminuir la retención del sellante.

1.4.4.3.2 Aislamiento de los dientes seleccionados:

Las caras dentarias destinadas al tratamiento deben aislarse cuidadosamente y mantenerse en estado seco durante el resto del procedimiento, ya que la presencia de humedad interferirá en la aplicación y polimerización del sellante. La técnica más utilizada es el dique de caucho.

1.4.4.3.3 Grabado de caras oclusales:

Para lograr una mayor retención es importante que el grabado se haga uniforme. La solución grabadora comúnmente es ácido fosfórico al 37% o al 50%; debe aplicarse en forma paralela sobre las caras oclusales por medio del uso de una torundita de algodón saturada y se debe dejar que el grabado permanezca sobre la superficie durante el tiempo especificado por el fabricante, lo cual es normalmente de 30 a 60", se elimina el grabador por medio de un enjuague de la superficie dentaria con una corriente de agua directa. Se procede a secar las caras oclusales con una corriente de aire directo y se examina la superficie dentaria para ver si el grabado es completo. La superficie debe tener un aspecto blanco tiza después de secada, si no se obtiene este aspecto se debe repetir el procedimiento. Inmediatamente se logre este aspecto se debe aislar completamente el área de la humedad y asegurarse que no exista contacto con la saliva ya que esto traerá como resultado, menor retención del sellante.

1.4.4.3.4 Aplicación del sellante:

Se cubren las superficies grabadas y secas, de manera uniforme con el sellante siguiendo las instrucciones previstas por el fabricante. Es importante que el material se aplique de manera uniforme a toda la cara a sellar. Luego se deja a la luz ultravioleta para activar el proceso, permitiendo su foto polimerización.

1.4.4.3.5 Verificación de que la aplicación halla sido completa:

Se examina el sellante para asegurarse que toda la zona grabada (o deseada), este cubierta uniformemente. Puede aplicarse junto a ella más sellante si así se requiere, luego controlar oclusión.

1.4.5. Pautas en Traumatología Alveolar (AVULSION)

1.4.5.1 Avulsión

La reimplantación de dientes avulsionados puede dar por resultado una curación exitosa si es que hubo solamente daño mínimo en la pulpa y el ligamento periodental.

El tipo de medio de conservación extraalveolar y la duración de esa conservación tiene efectos abrumadores sobre el éxito del reimplante.

Este procedimiento debe ser intentado solamente si pueden ser satisfechas las siguientes condiciones: ausencia de grandes caries y pérdida de soporte periodontal antes del traumatismo.

1.4.5.1.1 Medios de Conservación

Los diferentes medios de conservación a través del tiempo han sido, solución salina, Visaban, salina balanceada de Hank, saliva, agua corriente, aire entre otros.

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: 1 litro de Cloruro de Sodio, 0.4 g/L de D_Glucosa, 0.4 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. 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 aquellos que se han mantenido en la sustancia denominada Visaban.

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 mOsmm/Kg por lo cual es más efectivo. 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%.

1.4.5.2. Concusión y Subluxación

Una estructura dentaria con concusión es sensible a la percusión por el edema y a hemorragia en el ligamento periodontal. Una estructura dentaria con subluxación es sensible a la percusión y también presenta movilidad por la ruptura de fibras periodontales.

- El tratamiento consiste en un alivio oclusal y una dieta blanda. La inmovilización del diente lesionado no parece promover la curación. El periodo de fijación es de dos semanas.

1.4.5.3 Extrusión y Luxación

La férula puede ser retirada de dos a tres semanas después de una extrusión. Tres semanas después de una luxación lateral y antes de retirar la férula, se toma una radiografía para verificar la curación. Debido a la magnitud del trauma, la actividad osteoclástica puede dar como resultado la destrucción marginal temporal.

La higiene oral óptima también es necesaria durante este período. Si no se presentan alteraciones, la férula puede ser retirada después de tres semanas.

1.4.5.4 Intrusión

Es el resultado de un impacto axial hacia apical y da por resultado importantes daños a la pulpa y al ligamento periodontal. Para su tratamiento se debe esperar

la erupción espontánea, la cual usualmente requiere de dos a tres meses. Se debe velar por la conservación fisiológica del diente. En lo que hace referencia al procedimiento para reimplantación se debe:

- Colocar el diente avulsionado en suero fisiológico.
- Examinar el área alveolar.
- Lavar con suero fisiológico el ligamento periodontal y el foramen apical.
- Inundar el alvéolo con suero fisiológico.
- Reimplantar el diente con suave presión digital.
- Comienza una antibiótico terapia lo antes posible después del traumatismo.

Si el paciente no está inmunizado contra el tétanos, se administra la vacuna antitetánica. Este tipo de traumatismo el odontólogo se ve enfrentado a varias posibilidades, en las cuales debe responder de diferentes maneras, a saber:

- En caso de formación radicular incompleta la revascularización pulpar es una posibilidad.
- En caso de formación radicular completa, se debe extirpar la pulpa en la misma sección en que retire la férula y rellene el conducto radicular con hidróxido de calcio.
- En caso de no tener un ligamento periodontal no vital está indicando un tratamiento preventivo de reabsorción.

- Elimine el ligamento periodontal y la pulpa.
- Ponga el diente en solución de fluoruro de sodio al 2.4% durante 20 minutos.
- Obture el conducto con gutapercha y un sellador.
- Reimplante el diente.
- Ferulización durante seis meses.

1.4.5.5 Pronostico

El pronostico depende principalmente del período y del medio de conservación extralveolar. La supervivencia de la pulpa es casi nula en dientes con formación radicular incompleta, la curación del ligamento periodontal es infrecuente y depende de los factores antes mencionados.

1.4.5.6 Trauma Dentoalveolar:

Sobre este tópico se enuncian a continuación los siguientes tipos de trauma:

1.4.6.1 CONCUSION

- **Clínicamente** : lesión de estructura de sostén sin alojamiento o desplazamiento.
- **Radiograficamente** : se ve normal.

- **Sintomatología** : reacción a la percusión, dolor.
- **Pronóstico** : favorable
- **Controles** : cada tres meses durante un año.

1.4.6.2 Subluxación :

- **Clínicamente** : movilidad a veces hemorragia por el surco gingival.
- **Radiograficamente** : puede haber ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.
- **Sintomatología** : movilidad anormal, prueba de vitalidad no confiable.
- **Pronóstico** : favorable
- **Controles** : clínicos y radiográficos durante un año.

1.4.6.3 luxación intrusiva

- **Clínicamente** : desplazamiento marcado en la cavidad alveolar hacia la profundidad de la misma.
- **Radiograficamente** : dislocación, pérdida o disminución del ligamento periodontal, debe observarse la dirección de la intrusión.
- **Sintomatología** : rara vez movilidad, respuesta a la percusión, dolor edema.
- **Pronóstico** : depende si involucra al germen del permanente.

- **Controles** : hasta la erupción del permanente.

1.4.6.4 Luxación extrusiva

- **Clínicamente** : hemorragia, desplazamiento coronal, el ápice se desplaza fuera de su lecho.
- **Radiograficamente** : dislocación aumento del espacio del ligamento periodontal.
- **Sintomatología** : movilidad, respuesta a la percusión, dislocación clínica.
- **Pronóstico** : malo.
- **Controles** : mantener el espacio, evaluar erupción del permanente.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General.

Elaborar un medio audiovisual de promoción y prevención de salud oral, como una solución a los factores epidemiológicos de la caries dental.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Establecer los requerimientos nutricionales teniendo en cuenta los factores económicos culturales y sociales de las personas.
- Determinar los procedimientos e implementos adecuados para una buena higiene oral.
- Identificar las técnicas de conservación del diente después de una lesión traumática como lo es la ablución dental.
- Orientar a los padres sobre la importancia de la protección específica en los niños, mediante aplicación de fluoruro de sodio y sellantes.

2. METODO

2.1 Tipo de Trabajo

- Propuesta educativa

2.2 Dirigido a:

- Padres
- Niños menores de seis (6) años de edad.

2.3 Definición de variables.

- Higiene oral: Técnica de cepillado, frecuencia, utilización de seda dental y cantidad de crema dental.
- Nutrición : (Dieta). sustancias nutritivas: Proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, glúcidos, minerales y agua.
- Protección específica (fluor y sellantes)
- Traumatología oral (medio de conservación)

2.4 Fuentes de Información.

- 11 libros
- 4 artículos científicos
- video institucional realizado por estudiantes de décimo semestre del Colegio Odontólogo Colombiano en Junio de 1998.
- Asesoría científica.

2.5 Materiales y Métodos

Materiales

- Recopilación de información, por medio de material bibliográfico.
- Información a través del Internet.
- Video institucional realizado por estudiantes de décimo semestre del Colegio Odontológico Colombiano de junio de 1998.
- Consultorio odontológico
- Salón comunal del barrio campestre de Santafé de Bogotá.
- Una cámara de video.
- Vehículo de transporte.

Recurso humano participante

- Grupo de niños en edades de cuatro (4) a ocho (8) años.
- Profesional de la salud oral.
- Persona especialista en audiovisuales.

Método:

Ya con la información recopilada y sustentada por material bibliográfico, artículos científicos, video institucional realizado por estudiantes de X semestre del Colegio Odontológico Colombiano en junio de 1998 con la ayuda de un publicista se realizaron primero ensayos con los niños y la escenografía durante dos semanas del mes de septiembre, cada tres días, en ese tiempo se logro una relación entre niños y estudiantes de odontología de X semestre. Corregidos los errores observados en los ensayos se procedió al montaje definitivo del video.

2.6 Resultado:

Se realizo un video didáctico en formato video 8.

Con una duración de cuatro minutos que contienen la siguiente información:

- Higiene oral: técnica de cepillado, frecuencia, la utilización de la seda dental.

- Nutrición, dieta (proteínas, carbohidratos..)
- se expone la importancia de la prevención odontológica guiada por el profesional de la salud oral (fluor y sellantes).
- se enseña la conservación del diente a padres y adultos que se encuentren presentes en el momento del trauma.

2.7 CONCLUSIONES

- Se puede a nivel institucional; de manera sencilla utilizando la atención de los niños, con cánticos y juegos, realizar un video con bajos costos y metodología fácil; aunque se debe tener en cuenta que el manejo con los niños es difícil.
- Basados en el video anterior se logro corregir errores en la emisión audiovisual, acerca de la importancia de promoción y prevención de salud oral.
- Se logro la elaboración de un nuevo video de mayor calidad audiovisual; para motivar a padres y niños sobre la importancia de nutrición, hábitos de higiene oral, manejo inmediato del trauma dental y asistencia al consultorio para protección específica.

2.8 RECOMENDACIÓN

Creación de una sala diferente a la clínica en donde se pueda realizar promoción y prevención oral por los mismos estudiantes, como una etapa de adaptación previa a la asistencia del consultorio.

2.9 Información 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 o edad, su imaginación tiene la potencia para extenderse a mundos donde el adulto no tendría capacidad. En el niño no existe el temor al ridículo y la 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 decisiones.
- El niño siempre tiende a creer o tener confianza sobre lo que se le dice por tal razón nunca se debe mentir, o incumplir.
- Parece raro pero al niño le atrae hacerlo sentir una persona grande e 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 hacerle sentir como su única realidad.
- Los escenarios, figuras o ambientes fuera de lo común parecen ser muy agradables o confiables para ellos.
- Los colores preferidos de los niños son verde, azul, rojo, naranja y amarillo.

- Las figuras no muy geométricas o desordenadas son las más llamativas para ellos.
- El relacionar la imagen de sus artistas favoritos con el producto, o vender, tiende a llamar más la atención de ellos.
- Los niños acostumbran 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.
- El lenguaje debe ser lo más claro y sencillo, entendible al nivel de ellos.
- Los mensajes en los anuncios deben llevar un contenido que de a entender libertad y que los haga sentir responsables para escoger lo que les guste.

LA HIGIENE ORAL COMO UN INDICADOR DE RIESGO, DE CARIES DE ESMALTE Y DENTINA.

Se realizó un estudio para determinar los factores de riesgo para caries de dentina y esmalte en detención permanente en un grupo de estudio que tuvo acceso limitado a flúor y a los servicios dentales.

Métodos.

El estudio fue realizado en Goa, India. Se emplearon 1189 niños de séptimo grado y este consistió en un examen clínico y un cuestionario administrado a sus padres. Los criterios cavitados y no cavitados se emplearon para calificar las caries y para placa se empleó el índice de Silness-Loe.

Resultados: el promedio de edad fue de 12 años

El porcentaje de niños libres de caries fue de 22.2%

El promedio de lesiones de esmalte fue de 2.59 $\pm$ 2.89

El promedio de lesiones de dentina fue de 1.61 $\pm$ 3.30

El promedio de calificación de placa fue de 100 $\pm$ 0.48.

Los indicadores de riesgo de prevalencia y severidad de caries dependieron del tipo de lesión y la única variable realmente significativa fue la pobre higiene oral. Así como la educación de la madre y la presencia de fluorosis.

El uso de dentífrico y la frecuencia de cepillado fueron indicadores del riesgo de caries de dentina.

Numerosos estudios han evaluado: edad, género, estado socioeconómico, higiene oral, uso de flúor, frecuencia de cepillado y dieta por ser factores de riesgo para caries. Determinando que estos riesgos no podrían ser los mismos para dentina y esmalte excepto por los estudios de fluorización Tiel-Culemburg en la que la fluorización del agua previene la progresión de caries para lesiones de esmalte y dentina.

Algunos Estudios no han tenido claros sus resultados tal vez por que sus estudios epidemiológicos se basan en criterios del instituto de investigación central u organización de salud mundial los cuales solo miden lesiones cariosas cavitadas no lesiones incipientes o precavitadas, y en algunos estudios

emplearon en diagnostico de caries de radiografías sin tener en cuenta, factores de riesgo o indicadores de progresión de la caries.

Con las nuevas técnicas y materiales se han desarrollado, la capacidad de identificar cuales individuos son más susceptibles por la capacidad de progresión de las caries se ha hecho más importante sin ver verdaderamente significativo.

El estudio presente investiga los riesgos presentes de esmalte y dentina en adolescentes con acceso limitado a flúor el cual fue administrado de detritico fluorado y su servicio odontológico fue poco. El termino " indicador de riesgo" hace referencias a los factores asociados a la posibilidad de aumento de desarrolla una enfermedad.

Métodos.

La población fue en niños escolares de de Goa, India.

El contenido de flúor en el agua potable es de 0.05 mg/L a 0.1 mg/Lf comidas procesas y bebidas no son comunes, los suplementos de flúor geles, enjuagues no están disponibles.

El estudio consistió en un examen clínico y un cuestionario auto administrativo complementado por los padres y se seleccionaron once escuelas las más afluentes para el estudio de los niños fueron aprobados por el consejo de revisión institucional en la escuela de salud pública Universidad de Michigan y cada escuela participante antes de realizar el estudio.

El examen se realizó en luz día, con espejo bucal y explorador, todos los dientes fueron examinados para aplicar flúor con el índice modificado de Thilstrup-t-ejerskov (TF) para caries, criterios de diagnóstico midiendo lesiones cariosas cavitadas y no cavitadas y para higiene oral el índice de Silness-Loe para placa.

Los padres de los niños complementaron el cuestionario que contenía datos demográficos, cantidad de dentífrico utilizado, hábitos de higiene oral y dieta.

Los análisis estadísticos fueron llevados a casa usando Epi info versión 6.0 y el sistema de análisis estadísticos (SPSS) VERSIÓN 6.10.

Una variable dicotómica para uso de pasta dental fluorada y no fluorada fue derivada a partir de la información sobre la marca de las pastas dental usada.

Dos nuevas variables, lesiones de esmalte y lesiones de dentina fueron computadas usando los datos de caries. La variable de lesión de esmalte fue computada para agregar las categorías D1 y D2 del criterio de diagnóstico de caries, y la variable de lesión de dentina fue computada para agregar D3 y D4 obturados y perdidos debido a categorías de caries.

Niños quienes tuvieron una o más lesiones de esmalte, pero no caries dentinal fueron clasificados como el grupo de lesión de esmalte. Niños quienes tuvieron una o más lesiones de dentina fueron clasificados como el grupo de lesión de dentina; DMFT, dft, DMFS y dfs también fueron computados. Para este documento, el término " severidad" de caries es definido como el número de dientes o superficies dentales afectadas por caries. Las distribuciones para las lesiones de esmalte, lesiones de dentina, DMF, DMFS,dfs y dft.

Estas variables fueron combinadas en forma logarítmica y en raíz cuadrada para ser usada en análisis de regresiones múltiples.

El control de placa y su clasificación fue dado por computador y su variable fue dicotomizada usando el promedio como un punto de corte para buena o pobre higiene oral. La calificación de placa en cuanto a valores coincidió.

Mantel-Haenszel: se usaron para determinar diferencia entre resultados y variables y si fueron estadísticamente significativa. La técnica MM evaluó factores confusos como genero, educación de padres y su educación. El Chi-Square, Breslow-Day evaluaron las interacciones entre variables predecibles.

Resultados

Confiabilidad de datos.

El porcentaje exalto DMFS de superficie fue de 98.3%, el dfs fue del 99.8% y ts fue 95% el valor de presencia o ausencia que fluorosis fue de 75.2% y de caries en dientes permanentes 76.4% el porcentaje total del cuestionario fue de 82%, con respecto a la alimentación su porcentaje fue menor y con referencia al tipo de pasta dental que usa fue el porcentaje mas alto.

Características Sociodemográficas de Flúor y Cepillado Dental.

De 1276 niños solo 1250 fueron examinados, el cuestionario completo fue regresado por 1189 niños, él genero de grupo del estudio fue 58% niños y 42%

niñas, el rango de edad fue de 11 a 15 años con un promedio de edad de 12 años.

Para medir SES, se utilizó al más alto nivel de educación del padre y su ocupación también se tuvo en cuenta los hábitos de higiene oral, cepillado, fuentes de flúor disponibles, solo el 8% reportó usar dentífrico fluorado.

Caries dental.

Solo el 22% niños están libres de caries en la tabla 3 reporta la proporción y severidad de la caries.

En la tabla 4 promedio y rango de severidad de la caries y presentando un 9.7% de dientes obturados y un 3.2% de dientes perdidos.

En la tabla 5 distribuye la edad y el tipo de lesión.

Higiene oral.

Promedio de calcificación fue de 1.00 ± 0.48 con un rango de 0.04 a 2.46 y los valores promedio coincidieron.

El radio fue 2.04 (CI. 1.86, 3.47) para lesiones de esmalte y 3.18 (CI 2.26, 4.47) para lesiones de dentina. La magnitud de la asociación fue mas alta para lesiones de dentina que para esmalte.

Fluorosis.

La prevalencia de fluorosis fue de 12.9% sus valores de severidad en rangos de 0 a 5 en la escala de TF, y el 75% de quienes tenían fluorosis obtuvieron un valor de TF de 1.

Indicadores de Riesgo en lesiones de esmalte.

Los resultados de los análisis de regresión para presencia y severidad de lesiones de esmalte; para severidad de caries de esmalte del mas alto nivel de educación de la madre, una dieta no vegetariana, pobre en higiene oral, presencia de fluorosis y uso de dentífrico fluorado antes de los 6 años fueron

indicadores estadísticamente significativos, mientras que la edad, género y frecuencia de cepillado no tuvieron datos significativos.

Indicadores de Riesgo de Lesiones de Dentina.

Los resultados de análisis de regresión para presencia y severidad de lesiones de dentina: para presencia de caries de dentina, el mas alto nivel de educación de la madre, frecuencia de cepillado, pobre higiene oral, fluorosis fueron daos estadísticos significativos al igual para la severidad de la caries.

La edad, genero, dieta no vegetariana, no lanzaron datos significativos.

Discusión.

En la tasa de respuestas del estudio, con el cuestionario hubo problemas ya que al intentar recordar datos del pasado y algunos presentaron desinterés por si el niño tenía caries de esmalte o de dentina. Adicionalmente el porcentaje total estuvo de acuerdo en un 82%, muestra que los datos del cuestionario fueron confiables y consistentes.

Las radiografías coronales no se tuvieron en cuenta en este estudio, esto nos presenta una sobre estimación y puede afectar la validez del estudio y las conclusiones. En este estudio el componente cereado fue 87.1 % y 96.5% de DMFS y dfs. Receptivamente mientras que el componente obturado fue solo 9.7% y 3.5% de DMFS y dfs.

El mas alto nivel de educación de los padres fue usado en muchos estudios. En este estudio se evalúan hábitos de higiene oral, patrones de caries, así como se comparo patrones de caries vistas en esta población con aquellos visto en países en desarrollo o desarrollado cosa que en ningún otro estudio se a realizado.

En dientes temporales los datos arrojados por presencia de caries y lesiones de esmalte fueron una base para determinar la susceptibilidad a la caries y que el medio oral puede ser careogénico. Otro dato importante es que niños que han usado dentífrico fluorado antes de los seis años tuvieron pocas lesiones de esmalte y el uso del mismo a una edad muy temprana les provocaba fluorosis.

La frecuencia de cepillado y la fluorosis fueron indicadores de riesgo de caries de dentina, también se concluye que la pobre higiene oral aumenta el riesgo de caries de esmalte y dentina.

FLUOROSIS DENTAL Y ESTATUS NUTRICIONAL EN NIÑOS DE SEIS A ONCE AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN AREAS RURALES DE PARAIBA, BRASIL

Resumen:

El objetivo de este estudio se hizo para investigar la relación entre el estado nutricional y fluorosis dental en áreas con agua para beber fluorizada en Paraíba, Brasil.

Se escogieron grupos con niveles socioeconómicos bajos y estables. A nivel dental se tuvieron en cuenta los incisivos centrales y primeros molares.

La fluorosis dental observo en niños que consumieron gran cantidad de agua con concentración de flúor moderada. La prevalencia de mal nutrición que aproximadamente de 120% en todos los grupos pero fue relacionada con la fluorosis dental.

Materiales y métodos.

Paraíba es un estado al oriente de Brasil, su temperatura oscila entre 20 grados y 30 grados C es una religión semi-árida con largos periodos de sequía. En las regiones semi-áridas el agua se obtiene a través de pozos muchos de los cuales son fluorizados naturalmente.

La forma de la dieta en productos industrializados es baja, debido a los bajos ingresos económicos ingresos familiares.

Sujetos.

Se escogieron niños de colegios públicos, de una edad promedio de seis a once años. De 750 niños solo se seleccionaron 50 debido a la falta de datos, tales, como el lugar y fecha de nacimientos no podían ser determinados y la falta de dientes permanentes.

Cuestionarios.

Los niños fueron entrevistados acerca de hábitos de higiene oral y el uso de la crema dental por gente entrenada en salud en un salón para mayor privacidad, teniendo como forma de contestación si o no.

Examinación para la Fluorosis Dental.

Se examinaron incisivos centrales y primeros molares superiores permanentes.

Los dientes se limpiaron y secaron con jeringa de aire.

El registro de fluorosis dental asignado para cada sujeto fue el más alto establecido en el cuarto diente.

Medidas antropométricas se evaluó el estado nutricional, el peso y la altura; la escala fue regular contra el peso promedio.

Análisis de flúor se hizo a través de un electrodo en los meses comprendidos entre febrero y septiembre de 1997.

Análisis estadístico.

El 6% de los niños en cada villa fueron examinados. El límite de mal nutrición fue escogido por derivaciones estándar, bajo el promedio del centro nacional para estadísticas en salud.

Análisis de datos fueron realizados sobre ambas bases de concentración actuales de flúor en el agua y con datos agrupados.

Resultados

El promedio de diferencias entre la muestra y la reexaminación fue de .3 cm la altura y 0.3kg. para el peso con un error promedio de 0.5 para ambas medidas.

Lo que podemos observar de acuerdo a la figura 1 los incisivos fueron más afectados que los molares.

El 90% de los niños reportaron tener cepillo de dientes, crema dental en casa y un 60 a un 70% de todos los niños cepillaban sus dientes tres veces al día. La prevalencia de fluorosis dental fue de 4 a 13% de menor prevalencia para niños que cepillaban sus dientes tres veces diarias y ligeramente alta para niños que no cepillaban sus dientes o los cepillaban una sola vez.

La prevalencia de fluorosis dental varia independientemente del estado nutricional. La fluorosis dental disminuye a la prevalencia del cepillado dental frecuente.

Discusión.

Las áreas rurales de Paraíba, Brasil son estables para el estudio de fluorosis dental y mal nutrición. La población es estable, los hábitos de dieta incluyen productos industrializados.

Un estudio longitudinal podrá verse para averiguar la relación entre la mal nutrición y la fluorosis dental.

Los cambios hormonales y factores genéticos pueden influenciar en el índice de peso y la altura haciendo que el estudio sea de menor valor; la adolescencia puede ser un periodo mas practico para evaluar la fluorosis, se tuvieron en cuenta los valores Kappa para el índice de fluorosis dental.-

La mal nutrición y la fluorosis son dos fenómenos muy independientes en esta área.

BIBLIOGRAFIA

ANDREASEN, J.O. y ANDREASEN, F.M. LESIONES DENTALES
TRAUMATICAS.

Editorial Médico Panamericana.

1.994

BIRCHER KNNZ, Ruth. GUIA DE SALUD NATURAL.

Circulo de lectores.

1.994

BRAS J., EDELAFLOR J., MASDVIDAL Rma. PEDIATRIA EN ATENCION
PEDIATRICA.

Editorial Springer. Verlang Ibérica.

1.990

CAMERON A., WINDER R. MANUAL DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Editorial Harcourt Brace.

1.998

DE ALVEAR, Marcelo T. ODONTOPEDIATRIA ENFOQUE CLINICO.

Editorial Panamericana.

1.992

DE AVERY, Mc. Donald. ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLECENTE.

Editorial Médico Panamericana. Quinta Edición.

1.990

J.ST.S. Hugo. ENCICLOPEDIA DE MARGETING.

Editorial Marketing y Publicidad.

1.984.

LOWNDOS, Douglas. MARKETING Y PROMOCION EXTERIOR.

Editorial Deschamnpncufs.

1.981.

MUNRRAY, J.J. EL USO CORRECTO DE FLUORUROS EN SALUD PUBLICA.

Organización Mundial de la Salud.

1.986.

PINKHAM, J.R. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Editorial Cassa Massimo, Fields, Metique y Nawak.

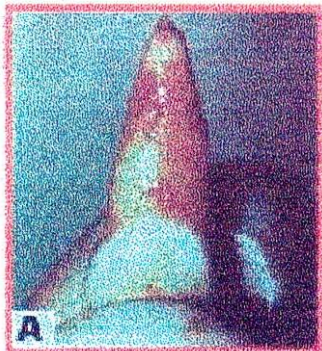
1.991

PINKHAM JR. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Editorial Interamericana. Mc. Graw - Hill.

1.991

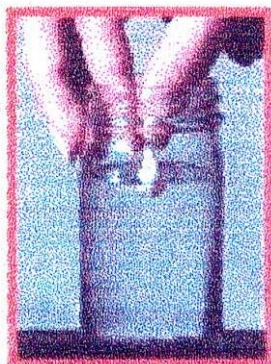
ANEXOS



A. DIENTE AVULSIONADO



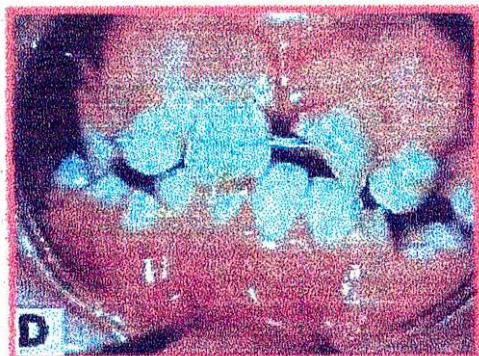
D. LAVADO DE MANOS Y CARA



**B. MEDIO DE CONSERVACION
DE DIENTE AVULSIONADO
(Solución Salina)**



E. HIGIENE ORAL



**C. TRATAMIENTO DE DIENTE
AVULSIONADO (Ferulización)**



F. NUTRICION Y DIETA