

00691

**VIDEO INSTITUCIONAL DE EDUCACION EN SALUD ORAL
PARA PADRES.**

**CLAUDIA ARIAS
GIGLIOLA FORERO
GIOVANNA OSORNO
MABEL PUENTES
ADRIANA TORRES B**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el
título de Odontólogos.

Director

**Dra.: PATRICIA DE RIVERA
Odontóloga Especialista en Odontopediatria**

Asesor Metodológico

**Dra.: ELBA MARIA HERNANDEZ
Odontóloga Maestría en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
1998.**

**VIDEO INSTITUCIONAL DE EDUCACION EN SALUD ORAL
PARA PADRES.**

**CLAUDIA ARIAS
GIGLIOLA FORERO
GIOVANNA OSORNO
MABEL PUENTES
ADRIANA TORRES B**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C
1998.**

INTRODUCCION

Al considerarse por parte del cuerpo de docentes del departamento de pediatría que la educación de los padres de familia en el tema de la salud oral es de gran importancia para lograr que esta tenga repercusión en sus hijos y de esta manera se pueda obtener como resultado final, la aparición de sanas costumbres para mejorar la calidad de vida del infante, ya que se vio por medio de la información recolectada por afiches, revistas y videos que esto no era suficiente, se tomo la decisión por parte de un grupo de estudiantes de décimo semestre de odontología del colegio universitario colombiano realizar un trabajo consistente en la grabación de un video educativo que pueda ser exhibido en la sala de espera de pediatría. Con el objeto de lograr el apoyo de los acudientes de los pequeños pacientes para que estos adquieran buenos hábitos que garanticen una excelente salud oral.

Por lo expuesto anteriormente presentamos a continuación el contenido y resultados de la investigación, con lo cual queremos contribuir al bienestar de la salud oral, no solo de los pacientes infantes sino de toda la familia en general.

ASPECTOS TEORICOS-CIENTIFICOS:

Video institucional de educación en salud oral para padres.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es importante realizar un video como ayuda para reforzar la educación en salud oral para padres, ya que la mayoría de los pacientes y acudientes del Colegio Universitario Colombiano no tienen los suficientes conocimientos en cuanto al cuidado dental de sus hijos . Se vio en la información recolectada mediante la encuesta a los padres. También para educar con una ayuda visual y repetitiva.

1.2.JUSTIFICACION:

Ayudar a la disminución de la caries mediante técnicas de acercamiento a los padres. Lograr mediante el video educación e información acerca de la salud oral hacia sus hijos. Orientar a los padres sobre las diferentes situaciones que se puedan presentar con los mismos. Aumentar la educación en salud oral ya que los resultados de la encuesta realizada muestran que los padres no motivan a sus niños en la higiene oral.

1.3.PROPOSITO:

Es diseñar un video institucional para padres o acudientes enfocado a la educación y cuidados dentales que deben tener con sus hijos. Además lograr un impacto con educación personalizada, reforzando costumbres y hábitos con talleres sobre el tema.

1.4. MARCO TEORICO.

RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA CONSERVAR LA SALUD DENTAL

Antes de realizar alguna recomendación debemos preguntarnos: ¿la nutrición dental es diferente a la nutrición general? La nutrición para la salud bucal esta constituida por el diente, único órgano, metabólicamente inerte, acelular y solo algunos alimentos son peligrosos. Según el Dr.: Newbrun afirma: sobre las características de los alimentos cariogénicos: 1) se consumen entre comidas. 2) disminuyen el ph de la placa. 3) son pegajosos. 4) poseen sacarosa. Dice que los alimentos que contienen de 15 a 20 por 100 o más de azúcar, son cariogénicos y peligrosos para el consumo entre las comidas y los que contienen de 10 a 15 por 100 de sacarosa, son sospechosos.

Por lo anterior es necesario fomentar la salud oral y disminuir la caries dental. Para ello se debe recomendar suprimir alimentos que contienen más del 15 por 100 de azúcar.

Es importante la nutrición oral y no se debe descuidar el bienestar general, hay que promocionar los alimentos sanos desde el punto de vista nutritivo.

Las metas dietéticas recomiendan disminuir el consumo de sacarosa, disminución de calorías, grasas saturadas, colesterol y sodio. Se ha comprobado que los edulcorantes (sacarina), son carcinógenos, y los colorantes artificiales y productos para dar sabor son tóxicos. La falta de fibra en la dieta puede producir cáncer de colon y trastornos intestinales.

Los alimentos como papas a la francesa, las palomitas de maíz, las bebidas carbónicas sin azúcar son alimentos inofensivos para los dientes pero no son tan buenos para la dieta general.

En el cuadro 2 encontramos la guía básica de cuatro alimentos de USDA, creado para recomendar alimentos sanos para el consumidor, el número de porciones adecuado para conservar la salud. La categoría diariamente contienen menos del 30 por 100 de sus calorías en forma de grasa y pobres de sal y azúcar. Los de vez en vez contienen 50 por 100 de grasa saturada y de sodio.

Los alimentos para comer moderadamente contienen grasas saturadas o insaturadas y sacarosa en 15 por 100.

Los alimentos tomados entre las comidas, son ricos en sacarosa, suelen ser pegajosos (dulces, pasteles), y los alimentos que se consumen junto con otros como cereales, (contienen 68% de sacarosa), refrigerios, la sacarosa es más fácil que se adhiera al diente (si no se disuelve el cereal en leche).

Las caries de biberón es un típico ejemplo. La leche, los jugos y bebidas carbónicas contienen sacarosa y producen la desintegración de los dientes (es el

CONTENIDO DE SACAROSA (PORCENTAJE DE ALIMENTOS Y BEBIDAS SELECCIONADOS)

Alimentos para postres de criaturas	0.5-13.5		Caramelos	2.8-95.4	
Manzanas y arándanos (Heinz)	0.5		Regaliz rojas (Switzen)	2.8	La mayor parte de diabetes contiene más del 15% de sacarosa; algunos caramelos más del 60%
Ciruelas con tapioca (Heinz)	0.5		Milky way (M y M Mars)	26.8	
Ciruelas con tapioca (Gerber)	13.5		Milk chocolate kisses (Hershey)	56.7	
			Caramelo macizo (Jolly Rancher)	85.0	
Panes		La mayor parte de panes Limitan entre 0.0-0.2%	Menta (certs)	93.4	
Alimentos para desayuno	0.0-3.4		Quesos	0.0-0.2	
Cereales secos	1.0-68.0		Goma de mascar		
Trigo descasillado	1.0		Goma usual	36.9-84.7	
Cheerios	2.2		Goma sin azúcar	0.0	
Trigo hinchado	3.5		Boollos	11.0-48.4	
Alpen	3.8		Date Cakes (mother's)	11.7	La mayor parte de bollos contienen más del 15% de sacarosa
Producto 19	4.1		Fig Bars (mother's)	12.9	
Special K	4.4		Galletas y barquillos	0.0-32.2	
Grape nuts	6.6		Honey Graham Crackers	13.9	La mayor parte de galletas contiene menos de 10% de sacarosa
Corn flakes (kellogs)	7.8		Cinnamon Treats (Nabisco)	25.0	
Total	8.1		Jugos enlatados	0.1-8.1	
Rice crispies	10.8		Frutas frescas	0.9-6.4	
Raisin Bran	10.6		Verduras	0.0-5.4	
40 por 100 Bran Flakes (kellogs)	16.2		Fórmulas para lactantes	0.0-6.0	
Granola	16.6		Helados	8.8-21.0	
All Bran	20.0		Carnes de comida	0.0-0.9	
Bran buds	30.2		Crema que no son de leche	0.0-0.4	
Sugar pops	37.8		Pepinillos	0.0-29.1	La mayor parte de pepinillos azucarados contienen más de 10% de sacarosa
Frosted Flakes	44.0				
King Vitaman	58.5		Bebidas Gaseosas		
Sugar smacks	61.3		Usuales	1.0-9.8	
Crisp Super orange	68.0		De dieta	0.0-0.1	
Barritas y polvos					
Carnation Breakfast Bars	16.6-31.8				
Carnation Breakfast Powders		17.9-36.4			
General Mills Breakfast Squares		22.6-40.4			
Pillsbury breakfast Powders		37.5-41.8			

sustrato que necesitan las bacterias). Hay que tener precaución con la frecuencia y el tipo de refrigerios que consumimos. ().

LACTANCIA Y CARIES DENTAL

CASOS CLINICOS:

Madre de dos hijos uno de tres y medio y otro de dos años, al mayor le detectó dos caries en los dientes de leche a causa de la lactancia nocturna.

Madre de dos hijos uno de cuatro y otro de dos ambos toman pecho y tienen caries, los dientes del mayor se estaban desgastando, a los trece meses se le cayó el central superior, a los 20 meses presentaban caries hasta la encía. Dos sobrinos tuvieron situación semejante y pensaron que era una situación de herencia.

Así se reportaron muchos casos más de caries de biberón por la ingesta de leche durante la noche principalmente.

La liga internacional de la leche (LLLI) frecuentemente recibe llamadas de madres ansiosas y dentistas preocupados en cuanto a la relación entre la lactancia prolongada (sobre todo durante la noche) y la caries en los dientes primarios. Existe una gran variedad de opiniones pero existen muy pocos estudios científicos sobre los factores que contribuyen al patrón de caries en niños referidos a menudo como caries por lactancia. Los beneficios tanto emocionales como de salud de la leche humana sobre productos artificiales, sin embargo, están bien documentados y es el punto de vista de LLLI que en un pequeño porcentaje de niños a riesgo desarrollan caries a pesar de la lactancia, no a causa de ella. Además de esto, las caries dentales son relativamente raras en niños pequeños sin importar si son lactados de noche o no, y la mayor parte de las madres lactantes nunca enfrentarán esta situación. Recibimos muchas respuestas en cuanto a esta situación. Estas respuestas reflejan tanto la naturaleza controversial de este tema así como las diferentes formas que las familias han lidiado con el reto de balancear las necesidades nocturnas del niño y los beneficios de la lactancia con las preocupaciones en cuanto a la salud dental. No existe una respuesta sencilla. Es nuestra esperanza que las experiencias que aquí se presentan serán útiles para los padres que necesitan tomar decisiones con toda la importancia posible acerca de lo que es más conveniente para sus familias.

Una aproximación semicuantitativa, hecha examinando las tendencias en consumo de azúcar e incidencia de caries en poblaciones distintas, apoya la conclusión de que los niveles presentes de que el consumo de azúcar en los estados unidos contribuyen significativamente a la caries.

La literatura científica disponible y los resultados de las investigaciones clínicas no han establecido una relación cuantitativa entre el consumo de azúcar y la incidencia de caries, a causa de los muchos factores que influyen en la formación de placa, la disolución del esmalte y el desarrollo de la enfermedad periodontal.

El desarrollo de métodos dentales preventivos ha contribuido y esta contribuyendo a esta disminución. Entre estos métodos se cuentan la fluorización de las comidas o de las aguas, los tratamientos tópicos aplicados entre la boca con fluoruros, los sellantes dentales, las vacunas contra las bacterias cariogenicas y la aplicación de programas para mejorar la higiene oral.

Estas últimas observaciones resultan de vital importancia si se tienen en cuenta las resientes declaraciones de ALLAN FORBES, director del grupo investigador de la FDA, al presentar sus conclusiones ante un foro de productores de azúcar en Londres: la caries es una enfermedad infecciosa, modificada por una serie de otros factores: la permanencia de azucres a largo plazo en la superficie de los dientes era una de ellas.

Pero los azucres, tal como son consumidos hoy, serán seguros componentes del suministro de alimentos durante muchisimos años.

La disminución de la caries frente al consumo sostenido de azúcar, demuestra que es posible controlar la caries dental. La popularización de medidas de higiene personal y el uso de medidas de salubridad publica, como la fluorización de las aguas, lo han logrado.().

CONPARACION ENTRE LA LECHE MATERNA Y LA DE VACA

MATERNA

VACA

- Cantidad proteínica 1,26 %
- hidrato de carbono 17%
- varia de acuerdo a la dieta de la madre
- Mineral 0,25%
- Alta cantidad de vitaminas A y C
pequeñas cantidades de E,B1yB2
- Contenido bajo de bacterias
- Digestibilidad más rápida
- Agua 87 a 87.5%

- Cantidad proteínica 3,5 %
- hidrato de carbono 4,5%
- varia con la raza de la vaca
- Mineral 0,75%
- alta cantidad de vitaminas A,
B1,B2 y baja de D y C
- Alto en bacterias no nocivas
- digestibilidad más lenta
- Agua 87 a 87.5%.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA CARIES

- Mantener una dieta balanceada, que no peque por defecto o exceso de azúcar.
- Cepillarse los dientes cuidadosamente después de cada comida.
- Usar la seda dental por lo menos una vez al día.
- Cambiar su cepillo cada vez que sus cerdas se ablanden.
- Usar cremas dentales con flúor.

PREVENCION ALIMENTARIA CONTRA LA CARIES

Para la profilaxis alimentaria hay dos caminos: disminución de las propiedades cariogénicas de los alimentos y el segundo es reducir la frecuencia de ingerir alimentos cariogénicos.

CARIOGENICIDAD DE LOS ALIMENTOS:

Las propiedades cariogénicas de los dulces fueron comprobadas con seguridad por el estudio de Vipeholm. Desde el punto de vista científico ya no se justifica hoy día tal alimentación para los dientes. Sin embargo millones de padres y abuelos siguen dañando los dientes de los niños con los mismos alimentos cariogénicos.

Hasta ahora no se han encontrado métodos científicos seguros de que terminen inequívocamente la acción cariogénica de un alimento sin efectuar experiencias clínicas. Bibby, 1970.

DEDUCCIONES DE LAS MEDICIONES DEL PH EN LA PLACA:

- Alimentos que en diferentes condiciones de medición y de consumo no producen descenso del ph, no desmineralizan esmalte y por lo tanto no originan caries. EJ: jamón, queso, nueces, remolacha, coliflor, lechuga.

- Alimentos que según distintos métodos de medición o consumo producen descenso del ph en muy diferentes grados, por lo que no pueden ser juzgados respecto de su acción cariogénica. Ej: pan, bizcochos no azucarados, copos de trigo.
- Alimentos que en las más diversas condiciones producen descenso del ph, siendo claramente cariogénicos. Ej: torta rellena de uvas pasas.
- No sería prudente considerar los alimentos del grupo recién citado más o menos cariogénicos solo por el rápido descenso del ph o el bajo ph final.

El ministerio de salud publica de Suiza, en el año de 1968, estableció un reglamento respecto del contenido de azúcar y la fermentabilidad de sustancias alimenticias.

- a) Como golosinas sin azúcar deben designarse únicamente aquellas que no contengan azúcar común ni cualquier otro azúcar. Pero dichas golosinas pueden llevar hidratos de carbono.
- b) Como inocuas para los dientes deben designarse únicamente las golosinas que en determinadas condiciones de control no produzcan mayores cantidades de ácido en las placas.
- c) La indicación no cariogénico solo será permitida si lo ha comprobado por experiencias clínicas.

No existe ninguna duda de que basta que un alimento contenga poca cantidad de azúcar para que sea cariogénico.().

MALOS HABITOS QUE DAÑAN LOS DIENTES:

Varios estudios señalaron una incidencia muy aumentada de caries en niños que recibieron chupetes azucarados o tomaron mamaderas con azúcar durante varios años después de la lactancia propiamente dicha. En otras experiencias (Palmer, 1971), la sola diferenciación entre niños que comieron antes de ir a la cama y niños que no lo hicieron arrojó resultados estadísticamente computables: la incidencia fue la mas baja en el grupo de niños que no comieron inmediatamente antes de acostarse. Si estudiamos la situación en el mundo entero vemos que sienten millones de hombres viven en paises subdesarrollados con un consumo de azúcar extremadamente bajo. Como consecuencia del contacto con la civilización moderna aumenta el consumo de azúcar y aparece la caries de forma alarmante, es un fenómeno comprobado en forma reiterada. Esta critica situación ha sido tratada también por la organización mundial de la salud.(OMS,1970).

PREVENCION DE LA CARIES MEDIANTE FLUORUROS:

En el aspecto medico-social, los resultados obtenidos hasta ahora con la profilaxis por flúor fueron mucho mejores que los obtenidos con la profilaxis por alimentación o higiene bucal. El balance final de los distintos métodos que emplean flúor, realizados en su mayoría en forma estandarizada, puede ser producido con mucha mayor regularidad (Marthaler, 1971) que el correspondiente a investigaciones sobre alimentación e higiene bucal, por que el éxito de estos medios profilácticos depende mucho de la colaboración de cada persona y es influido por factores ambientales, sociales y culturales.

EXAMEN DEL LACTANTE Y NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS

Hasta hace unos años, la odontología infantil tradicional afirmaba, que la primera visita dental del niño fuera a los 3 años de edad. Tal sugerencia se basaba en la capacidad del niño para cooperar en el ambiente odontológico y no en la ausencia de la enfermedad dental en los menores de tres años de edad. La caries de biberón en tales pacientes es un proceso de forma particular, destructivo: además, la caries en niños de tres y cuatros años comienza antes de los tres años. La nueva tecnología como son los fluoruros y sellantes, y los avances en la cuestión de la cariogenicidad de los alimentos, (Newbrun, 1983), más la combinación con los hábitos, se establece muy pronto en la vida del niño, esto sugiere la necesidad de iniciar durante la infancia los esfuerzos para evitar la caries. Los odontólogos deben tomar una decisión rápida y critica para desarrollar más el conocimiento en la prevención de la enfermedad dental. A esta profesión le incumbe educar a los padres, para que puedan tomar decisiones precoces y convenientes en un esfuerzo por prevenir la enfermedad dental en sus pequeños hijos.

Se recomienda la primera visita al niño con el odontólogo a más tardar a los 12 meses de edad, para que pueda evaluar la salud oral del lactante, interceptar problemas tan graves como la caries de biberón y educar a los padres en la prevención de la enfermedad dental de su hijo (Goepferd, 1986). Por ello el profesional debe ser lo más hábil posible para el lactante y preescolar.().

OBJETIVOS EN UN EXAMEN DE LACTANTES Y NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD.

PREVENCION: La asesoría preventiva debe incluir un consejo dietético sobre los alimentos, los patrones de ingestión de refrigerios, los procedimientos de aseo dental y una valoración de los fluoruros, que motive la producción de un programa adecuado.

INTRODUCCION A LA ODONTOLOGIA: La odontología no tiene que ser desagradable ni producir temor. El método para examinar al lactante así como el ambiente debe ser el más adecuado posible, además de agradable tanto para los niños como para los padres.

VALORACION ORAL: el examen debe comenzar con una evaluación en detalle de cabeza y cuello, que lleve a una valoración del desarrollo oral del niño y a la inspección de boca a fin de reconocer cualquier enfermedad o la prevalecida de la caries, en especial las primeras fases de la que se produce por el biberón.

PASOS DEL EXAMEN DEL LACTANTE: debe ser una secuencia lógica de pasos que conlleven a un examen meticuloso.

VALORACION PREVIA A LA CITA: Es una especie de formulario que deben responder los padres y llevarlo el día de la cita. En este formulario se le pide la siguiente información:

Información biográfica y antecedentes familiares (con ello se hace una idea de la relación entre padres e hijos y se pueden dar recomendaciones sobre la dieta y el aseo de los dientes). Historia prenatal, natal y neonatal (con ello se llevaría a cabo una especie de historia sobre el embarazo de la madre para saber si fue un embarazo de alto riesgo, si ingerido drogas como la tetraciclina, si nació prematuro, todo lo relacionado con su niñez). Antecedentes del desarrollo (información sobre la erupción de su primer diente, para saber si hubo alteraciones en su desarrollo dental). Historia médica (información medica del niño y los padres, como la ingestión de drogas al niño). Antecedentes odontológicos (información sobre traumatismos dentales previos, dificultades sobre el brote dentario, hábitos orales, patrones caseros sobre el cuidado de la salud oral, todo representa una base para las respuestas a los padres y para dar un mejor manejo hacia el futuro). Historia alimentaria (la información importante abarca la alimentación con biberón, pecho, frecuencia y duración de esta, así como el uso nocturno de lo anteriormente mencionado, así como su contenido). La información recolectada permite satisfacer las necesidades individuales del niño y sus padres.().

PROCEDIMIENTO DE EXAMEN:

El examen debe realizarse con la ayuda de los padres, en un medio no amenazador. En muchos de los casos es aconsejable no usar la unidad, para el examen. La madre o el padre se sientan frente a frente en posición de rodilla con rodilla, apoyando la cabeza del niño sobre el regazo del odontólogo. Esta postura permite que la madre detenga de manera cuidadosa al niño, de ser necesario que le provee, al igual que al odontólogo, visibilidad adecuada de cavidad oral. La

posición es cómoda para el lactante y el contacto materno le aporta un refuerzo de tranquilidad. El desarrollo psicológico del menor de 30 a 36 meses es a menudo insuficiente para facilitar su cooperación en el ambiente dental. Algunos niños lloran durante el examen y requieren mínima restricción materna. El odontólogo debe tranquilizar a los padres mencionando que la conducta del niño es normal, que también se vera reflejada durante la visita al pediatra o al peluquero.

Una vez que el niño se encuentra en posición conveniente, el odontólogo puede efectuar el examen completo de la boca, la cabeza y el cuello. El odontólogo debe comenzar con una estimación general, y usar tacto cálido, cuidadoso en un modo no amenazador. Es necesario valorar la región cefálica y cervical en cuanto a la presencia de anomalías en el tamaño la forma y la simetría de cabeza, nódulos linfáticos, simetría facial, ojos, oídos, nariz, labios y la boca. El profesional debe estar consiente de la posibilidad del maltrato infantil, cuando existen rastros de hematomas faciales, cervicales y cefálicos en el lactante o preescolar. El examen bucal con ayuda de una lampara pequeña, debe comenzar con la palpación e inspección de los labios, la encía y la mucosa colocando el dedo índice a lo largo del carrillo y sobre la papila gingival distal al diente superior más posterior. El examen intrabucal abarca una valoración de los tejidos blandos en cuanto a la presencia de cualquier trastorno como los quistes de oclusión, epulis congénitos, hendiduras submucosas, ulceraciones, hendiduras y la gingivitis.

Después del examen intraoral el odontólogo debe mostrar la colocación y técnica para limpiar los dientes del lactante. Se comparan los resultados del examen intraoral con la información del formulario, se dan las recomendaciones finales sobre la función de los padres en un programa preventivo adecuado para el niño, las sugerencias terapéuticas, de haber un programa conveniente de revisión.

CRITERIOS PARA DETERMINAR UN PROGRAMA DE REVISION.

TRES MESES.

Hallazgos clínicos: descalcificación del esmalte, acumulación de placa, amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta.

Patrones alimentarios: usa la mamila a la hora de acostarse o al tomar las siestas, empleo del biberón como tranquilizante, uso del tetero mas allá de los 12 meses de edad.

Desarrollo dental: la fase del desarrollo dental tiene mínima influencia en la categoría de tres meses como intervalo de revisión.

SEIS MESES.

Hallazgos clínicos: contactos proximales posteriores, ninguna limpieza dental previa, apiñamiento en la dentición primaria, acumulación moderada de placa.

Patrones alimentarios: frecuente ingestión de refrigerios cariogénicos.

Desarrollo dental: se anticipa la erupción del segundo molar primario.

DOCE MESES.

Hallazgos clínicos: presencia de espacios generalizado, higiene oral adecuada, anatomía oclusal poco profunda.

Patrones alimentarios: Dieta cariogénica de manera relativa, hábitos dentarios adecuados, potencial cariogénico bajo.

Desarrollo dental: De cero a doce meses se espera que brote el segundo molar primario.().

ACCIDENTES EN LA DENTADURA TEMPORARIA

Los traumatismos en las coronas dentarias o la pérdida de dientes, en especial de los incisivos superiores que son los que se afectan con mayor frecuencia, originan defectos más o menos notables que pueden causar problemas psicológicos. Algunos padres sobrestiman el deterioro estético de postraumático haciendo que el niño tome más conciencia del daño sufrido.

En el adulto, cuando ya ha terminado el desarrollo dental, los accidentes dentarios por lo general se remedian rápido y satisfactoriamente en lo funcional y estético mediante medidas conservadoras y protésicas.

LESIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 5 AÑOS:

En una investigación odontológica efectuada en Zurich, se examinaron niños de 5 años más o menos y dos semanas de edad. En el 80 % se les hizo anamnesis y exámenes clínicos de 105 varones y 100 niñas. Aparte de radiografías se les hizo ortopantograma, telerradigrafías y modelos con zócalos. La investigación se limitó a secuelas de accidentes clínica y radiológicamente reconocibles en incisivos temporales superiores. De los 105 varones, 50 (47,6 %) presentaron traumas dentarios; de las 100 niñas lo hicieron 42 (42 %), que conformó un total del 45%.

FRECUENCIA DE ACCIDENTES EN ESCOLARES.

AÑOS: 1959, 1960, 1961, 1970, 1971, 1972, 1973.

PROMEDIO DEL NUMERO DE ALUMNOS: 45.879, 34.525.

PROMEDIO NUMERO DE ACCIDENTES: 239, 284.

ACCIDENTES DENTARIOS DENUNCIADOS: 5.2, 8.2.().

FRECUENCIA DE INCISIVOS TRAUMATIZADOS AL TERMINAR LA ESCOLARIDAD:

Se examinaron 472 adolescentes de 22 grados finales, lo que presento el 19,2% de la totalidad de alumnos de todas las ultimas clases.

Se comprobó que 63 de 224 varones (28,1%) y 46 de 248 niñas (18.5) tenían lesiones dentarias, lo que hace un total de 23,1%. Aproximadamente 1 de 4 niños presentaban lesiones radiográficas y clínicas en accidentes de los dientes incisivos. Las historias clínicas revelaron que de 109 accidentes solo 29 tenían lugar en la escuela; los restantes 80 no estaban cubiertos por el seguro escolar. Es casi imposible reducir de manera drástica la frecuencia de accidentes dentarios por los continuos peligros a que están expuestos los niños, en especial los pequeños, carentes todavía de experiencia.().

HABITOS BUCALES

Encontrar en un examen clínico un habito en niños de tres y seis años es sumamente importante. Tal costumbre no se considera normal.

HABITOS CON LOS DEDOS PULGAR E INDICE: un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia. La primera es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión. La duración se define como la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo; la frecuencia es el numero de veces con que se practica el hábito durante el día. La duración tiene la función más critica en el movimiento dental que se produce por un habito digital. Los testimonios clínicos y experiencias sugieren que se requieren de cuatro a seis horas de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario. Los signos clásicos de un habito activo son:

- 1 Mordida abierta anterior.
- 2 Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.
- 3 Constricción maxilar.

La mordida abierta anterior, es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los dientes se localizan en oclusión, que se presenta porque el dedo descansa en forma directa contra los incisivos.

Esto origina un ligero aumento en la abertura vertical; el dedo impide la erupción de los dientes anteriores, mientras que los posteriores tienen libertad para hacerlo. La erupción pasiva de los molares causara mordida abierta anterior; la intrusión de los incisivos también puede ocasionarla. Sin embargo, es más sencillo lograr la inhibición de la erupción que la intrusión verdadera. El movimiento vestibulolingual de los incisivos depende de cómo el paciente coloca el pulgar o el índice en la boca. A menudo, pone el primero de tal modo que ejerce presión sobre la superficie lingual de los incisivos superiores y sobre la vestibular de los inferiores. El niño que succiona de modo activo puede crear fuerza suficiente para inclinar los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores en dirección lingual; el resultado es una sobremordida horizontal aumentada. La constricción de la arcada sucede por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se pone el pulgar en la boca, se fuerza a que la lengua se dirija hacia abajo y lejos del paladar. Los músculos orbicular de los dedos y los buccinadores siguen aplicando fuerzas sobre las superficies vestibulares de la arcada superior, en particular cuando dichos músculos se contraen durante la succión. Como la lengua deja de ejercer fuerza de contra equilibrio desde lingual, el arco superior se colapsa en una mordida cruzada.

El tratamiento oportuno es factor de importancia crítica en este grupo etario. El niño debe recibir una oportunidad para suspender espontáneamente el hábito antes que erupcionen sus dientes permanentes, por lo tanto la terapia se lleva a cabo durante cuatro y seis años.

Se aconsejan tres métodos diferentes para el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito, la primera, terapia de recuerdo, es conveniente para quienes desean suspender la costumbre, pero necesitan ayuda para suspenderla por completo. Una banda adhesiva pegada al dedo causal puede funcionar como recordatorio constante para no colocarlo en la boca. Las bandas permanecen en su sitio hasta que el hábito desaparece. Estímulos desagradables, como pintar soluciones de mal sabor en el dedo, también recuerdan al niño que no efectúe la succión. Sin embargo, este tipo de tratamiento se percibe como castigo y puede no ser tan eficaz como un recordatorio neutral.

Un segundo recurso para influir sobre los hábitos es mediante un sistema de recompensa; se establece un convenio entre el niño y el padre el niño y el odontólogo, donde se le dice al niño que interrumpirá su hábito durante un periodo específico y recibirá un premio. El premio no tiene que ser extravagante pero si especial esto puede incluir la colocación de calcomanías con forma de estrella en un calendario hecho en casa, cuando él evite la costumbre durante

todo un día. Este tipo de terapia comprende la colocación de un dispositivo en la boca que físicamente desaliente el hábito al cumplir la succión digital. Se les debe explicar a los padres que el aparato no es un castigo sino un recordatorio. El primero es fijo y se emplea para expandir un arco superior constreñido. Las hélices de aparato sirven para evitar que el niño coloque el dedo en boca, también puede corregir una mordida cruzada posterior y desalentar al mismo tiempo el hábito digital.

La trampa palatina se diseña para interrumpir al interferir con la colocación del dedo y la satisfacción derivada de la succión.

Es necesario informarle a los padres del paciente sobre ciertos efectos secundarios que aparecen durante el uso del aparato. El principal problema es la higiene bucal.

Los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer seis meses en la boca.

HABITOS CON CHUPON

Los cambios dentarios que se ocasiona por este hábito son similares a los hábitos digitales. En los niños que usan este hábito se observan de manera constante mordidas abiertas anteriores y constricción maxilar, también se presenta el movimiento vestíbulo lingual de los incisivos puede no ser tan pronunciado pero también se presenta. Existen chupos muy parecidos al pezón materno y no son tan nocivos a la dentición como un pulgar o un chupón ordinario. Es más sencillo dar fin a los hábitos de chupón que a los digitales porque bajo el control de los padres es posible suspender el chupón de manera gradual o de momento. En muy pocos casos el niño comienza después a succionar un dedo y puede ser necesario eliminar tal hábito.

HABITOS LABIALES

Son los que abarcan la manipulación de los labios y las estructuras peribucles. En cuanto a efecto dentales la acción de lamer los labios y el hábito de tracción labial son relativamente benigno. Los cambios más frecuentes son labios y tejido peribucles rojos, inflamados y resacos durante periodos de clima frío. Su tratamiento es paleativo y se limita a la humectación de los labios. La observación más frecuente en la succión labial es un labio inferior remetido por detrás de los

incisivos superiores esto produce una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular sobre los superiores. Lo anterior ocasiona inclinación vestibular de los incisivos superiores, retroinclinación de los inferiores y aumento en la severidad sobre la mordida horizontal.

MORDEDURA DE UÑAS

Por lo general se registra antes de los tres a seis años de edad. Esto se aumenta hasta la adolescencia. Se dice que dicha costumbre es una manifestación de mayor estrés no existe algún indicio de que este hábito pudiera producir maloclusiones y cambio dentales. Por lo tanto no hay tratamiento.

BRUXISMO

Es un rechinar de los dientes que por lo general es nocturno, pero hay casos que también lo hace en el día. El bruxismo causa desgaste moderado de incisivos y molares. El desgaste pone en peligro la pulpa al avanzar con mayor velocidad que la producción de dentina secundaria. También se la atribuye la sensibilidad y la musculatura masticatoria y el dolor de la ATM.

La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción ante una interferencia oclusal una restauración alta o cierto estado dental molesto.

En la parte sistémica el bruxismo abarca parásitos intestinales, (Kuch y Cols, 1979), deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y endocrinopatías. En la parte psicológica se dice que es la manifestación de un desorden de personalidad es de estrés elevado. La terapia a llevarse a cabo en la parte dental es bajar las restauraciones altas y en la parte psicológica llevar al niño al psicólogo.

ERUPCION DENTAL

Los resultados de la mayor parte de los estudios clínicos indican que los dientes de las niñas erupcionan un poco antes que las de los varones. La erupción de los dientes temporales deberían comenzar a los 6 meses. Los dientes inferiores suelen erupcionar 1 o 2 meses antes que los superiores, y el incisivo central inferior es el

primero en erupcionar. Se puede esperar que el incisivo lateral erupcione aproximadamente a los 8 meses seguido por el primer molar a los 12 o 14 meses, el canino a los 16 o 18 meses y el segundo molar a los dos años. Aunque han sido propuestas muchas teorías, aún no han sido comprendidos en su totalidad los factores responsables de la erupción de los dientes. Los procesos de desarrollo y los factores que han sido relacionados con la erupción de los dientes incluye: alargamiento de la raíz, fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares en torno y debajo de la raíz el crecimiento del proceso alveolar, el crecimiento de la dentina, la constricción pulpar, el crecimiento y tracción del ligamento periodontal, la presión por la acción muscular y la reabsorción de la cresta alveolar.().

INFLUENCIA DE PERDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES EN EPOCA DE ERUPCION

La erupción de los premolares se demorará en los niños que pierdan los molares temporales a los 4 o 5 años o antes. Si la extracción de los molares temporales se produce después de los 5 años habrá una disminución en la demora eruptiva del premolar. A los 8, 9 y 10 años, la erupción del premolar por pérdida prematura de los dientes temporales está muy acelerada

VARIACION EN LA SECUENCIA DE ERUPCION

Los primeros molares permanentes inferiores a menudo son los primeros en erupcionar. Cuando los incisivos permanentes inferiores erupcionan, a menudo aparecen rotados y escalonados en su posición. La acción modelante de la lengua y los labios mejorará su relación en pocos meses.().

Moyers afirmó que la secuencia más favorable de erupción de los dientes inferiores es : primer molar, incisivo central, incisivo lateral, canino, primer premolar, segundo premolar y segundo molar. En los superiores es: primer molar, incisivo central, incisivo lateral, primer premolar, segundo premolar, canino, segundo molar. Es importante que el canino inferior erupcione antes que los premolares. Esta secuencia ayudará a mantener la longitud adecuada y a prevenir el volcamiento hacia lingual de los incisivos. La inclinación lingual de los incisivos no solo causaría una pérdida de longitud del arco, sino que también daría lugar a la formación de una sobreoclusión.

ERUPCION DIFICIL

En la mayoría de los niños la erupción de dientes temporales será precedida por una salivación incrementada y el niño tendería a llevar los dedos y la mano a la boca. Esto podría ser el único indicio de que pronto erupcionarán los dientes.

Algunos pequeños se ponen inquietos y molestos en la época de erupción de los dientes temporales. En otros tiempos una gran cantidad de enfermedades habrán sido atribuidas incorrectamente a la erupción: diarreas, fiebre y hasta convulsiones. Puesto que la erupción de los dientes es un proceso fisiológico, la han asociado con fiebre y alteraciones generales que no están justificados. Una fiebre o una infección respiratoria durante ese periodo han de ser considerados coincidencias antes que relaciones con el proceso de erupción.

La inflamación de los tejidos gingivales antes de la emergencia completa de la corona puede ser un estado doloroso temporal que cederá en pocos días.().

ENSEÑANZA DEL CEPILLADO DENTAL E HIGIENE BUCAL

DISEÑO DEL CEPILLO

Manly y Brudevold,(1860), en un estudio sobre la abrasión relativa de las cerdas sintéticas y las naturales sobre el cemento y la dentina, hallaron que el cepillo en sí, cualesquiera que fueran sus cerdas, no tiene efecto abrasivo sobre el esmalte y la dentina. La abrasión del tejido dental es independiente de la dureza o la composición de las cerdas, pero depende casi directamente de las propiedades del dentífrico usado junto con el cepillo dental.

Hine (1950) manifestó que un cepillo hecho con filamento de nylon de 0.25 mm puede ser considerado blando, mediano de 0.30, duro el de 0.35 mm, y extraduro el de 0.40 mm.

Las técnicas más recomendadas hoy utilizan un cepillo de cerdas blandas. Se recomienda para la dentición temporal un cepillo de cerdas blandas de nylon, con una longitud total de unos 12 cm; para la dentición mixta y permanente un cepillo blando de nylon de alrededor de 15 cm.

TECNICAS DE CEPILLADO

METODO DE REFREGADO: Con esta técnica se sostiene el cepillo con firmeza y se cepillan los dientes con un movimiento de atrás hacia delante, similar al del refregado de un piso.

METODO DE BARRIDO: Se colocan las cerdas del cepillo lo más altas que sean posible en el vestíbulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales. El paciente ejerce tanta presión lateral como los tejidos puedan soportar y mueve el cepillo hacia oclusal. Los tejidos se isqueman bajo la presión al hacer esta que la sangre se retire de los capilares. A medida que el cepillo se aproxima al plano de oclusión se lo va haciendo girar lentamente de manera que ahora son los extremos de las cerdas los que toquen el extremo del esmalte. Al liberar la presión sobre las encías, la sangre vuelve a fluir a los capilares. Entonces se vuelve a colocar el cepillo alto en el vestíbulo y se repite el movimiento de giro. Se indica a los pacientes que en cada zona hagan seis claros movimientos de barrido hacia oclusal, después el cepillo pasa a una nueva zona.

METODO DE CHARTERS: Se ponen los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte dental y el tejido gingival, con las cerdas apuntando en un ángulo de 45 grados apuntando hacia el plano de oclusión. Se hace entonces buena presión hacia abajo y lateral con el cepillo y se lo vibra delicadamente de adelante hacia atrás, ida y vuelta, más o menos 1mm. Esta suave presión vibratoria fuerza los extremos de las cerdas entre los dientes y limpia muy bien las caras dentales proximales. Esta técnica masajea bien los tejidos interproximales.

METODO FISIOLOGICO: Algunos aconsejan por que creen que si los alimentos son eliminados en sentido apical durante la masticación, en la misma dirección deben ser cepillados dientes y encías. Con un cepillo muy blando se cepillan los tejidos dentales y gingivales desde la corona hacia la raíz en un suave movimiento de barrido. Aunque la técnica puede ser eficaz se ha de advertir que al EMPLEARLO SE DEBE PONER MUCHO CUIDADO.

METODO DE BASS: Para el cepillado de las caras vestibulares y linguales se fuerzan las cerdas directamente de las hendiduras gingivales y entre los surcos de los dientes en un ángulo de 45 grados con respecto de los ejes mayores dentarios. Se fuerzan las cerdas dentro de las hendiduras cuanto sea posible y con movimientos anteroposteriores cortos del cepillo se desaloja todo el material blando de los dientes, dentro de las hendiduras, al cual pueden llegar. Al mismo tiempo, se limpian los dientes por sobre el tejido gingival, en los nichos y entre los dientes más lejos que puedan llegar las cerdas. Las superficies oclusales se cepillan aplicando las cerdas a la superficie, presionando firmemente y moviendo el cepillo en sentido antero-posterior en acciones cortas. Los dientes anteriores se cepillan por lingual dirigiendo las cerdas del talón del cepillo hacia las hendiduras gingivales y espacios interdentarios en alrededor de 45 grados, como en los demás lugares.

METODO DE CEPILLADO PARA LA DENTICION MIXTA: La técnica de barrido o giro es muy aceptable para la dentición mixta. Es un método que no es excesivamente complicado, y hará un buen trabajo de estimulación de los tejidos gingivales además de limpiar los residuos de los dientes. El lapso dedicado al cepillado dependerá en gran medida de la habilidad y necesidades del individuo, el tiempo mínimo recomendable de 3 minutos, conocida también como circular o rotacional.

METODO DE CEPILLADO EN LA DENTICION TEMPORAL: Kimmelman y Tassman señalaron que la acción de fregado desaloja mejor los residuos de las superficies dentales de los dientes temporales. El diente temporal y la anatomía de la arcada, en particular con la presencia de las prominencias cervicales de las caras vestibulares permite una limpieza mucho mejor si se emplean movimientos horizontales.().

PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO DENTAL

Un estudio de los hábitos de cepillado de los niños demostró que los de cinco años o menos se cepillan en menos de 20 segundos. En el mismo estudio alrededor de 35% de los niños de ese grupo cronológico eran incapaces de esgrimir el cepillo. Además, se comprobó que la acción de cepillado dental en los menores de 7 años era mucho más breve y caprichosa que en los mayores.

Hall y Conroy apoyaron las observaciones de McClure de que los padres cepillan a sus hijos mucho mejor que los mismos niños. Por lo tanto, hay que enseñar al padre de preescolar a que cepille los dientes y que emplee la técnica del fregado horizontal.().

El niño se para delante de la madre con su espalda contra ella. La madre, con su brazo izquierdo, sostiene la cabeza del pequeño. De esta manera, cualquier movimiento de uno de los dos, es simultáneo. Con los dedos de la mano izquierda separa el labio cuando cepilla los dientes anteriores inferiores.

Le queda la mano derecha para cepillar. así puede cepillar todas las caras de todos los dientes inferiores. Los dedos de la mano izquierda puede usarlos para separar el carrillo cuando cepilla los dientes posteriores y el dorso de la cabeza del cepillo mantiene separada la lengua mientras está cepillando las caras linguales de los dientes inferiores.

Cuando se cepillan los dientes del maxilar superior, se le pide al niño que eche ligeramente la cabeza hacia atrás. Por observación directa de la boca la madre tiene una visión adecuada y buen acceso a cepillar las superficies dentales. Una

vez más, los dedos de la mano izquierda pueden servir para separar los labios y el carrillo.

CEPILLO DENTAL ELECTRICO

Muchos estudios informaron sobre la eficacia comparativa del cepillo dental eléctrico.

La mayoría fueron favorables. Varios estudios recientes en niños compararon la eficacia del cepillado eléctrico y del manual.

EL DENTIFRICO

Con los años, docenas de Dentífricos fueron ofrecidos al público. Hoy los dentífricos persiguen dos propósitos. Ayudan al cepillado a liberar las superficies accesibles de los dientes de los depósitos y manchas recién depositadas, y actúan como agente preventivo de la caries.

Según estudios realizados un dentífrico con fluoruro estañoso es lo que se ha de recomendar al paciente. La cantidad de crema a usar debe ser como un grano de lenteja.

ENJUAGUE Y DEGLUTA.

Hay que alentar a los pacientes, sino pueden cepillarse inmediatamente después de cada comida, a que se enjuaguen minuciosamente la boca con agua y que deglutan. Hay que alentarlos a que repitan este procedimiento cuatro o cinco veces inmediatamente después de comer.

Bass escribió y la mayoría parece concordar, que el tipo apropiado de hilo dental consiste en una gran cantidad de filamentos microscópicos de nylon, no encerados y no retorcidos, excepto lo necesario para mantenerlos unidos durante su uso.

USO DE SEDA DENTAL.

1. usando 60 a 90 cm de hilo sin encerar, se envuelven alrededor del dedo medio de la mano derecha, excepto unos 20 cm.
2. Envuelva bastante del extremo libre entorno del dedo medio izquierdo para sostenerlo.
3. Ubique el hilo sobre las puntas de los pulgares o de pulgar e índice o de ambos índices, manteniendo una distancia de unos 2,5 cm.
4. Pase el hilo entre cada par de dientes. Esto se hace con un movimiento de serrucho por entre los puntos de contacto. No se lo ha de pasar de golpe.

5. Después de pasar el hilo entre los puntos de contacto se lo curva abrazando el diente anterior y se lo lleva hacia abajo del tejido gingival hasta sentir la resistencia. Se pule la superficie dentaria frotando el hilo hacia arriba y abajo. Lo mismo se hace con la cara mesial del diente posterior del par.
6. A medida de que el hilo se deshilache o ensucia, se desenvuelve del dedo medio derecho y se envuelve en el izquierdo.

DIFERENCIAS MAS IMPORTANTES ENTRE DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES

En comparación con sus contra partes en la dentición permanente, los temporales son de tamaño más pequeño y las dimensiones de sus coronas más reducidas.

Las crestas cervicales son bastante más marcadas, los cuellos son más delgados, su color es más claro y tienen raíces más divergentes; además, el diámetro vestibulolingual de los molares temporales es inferior a los permanentes. Específicamente, en comparación con los dientes permanentes, se observan las siguientes diferencias:

1. las coronas de los dientes temporales anteriores son más anchas (sentido mesodistal) que largas, comparadas con los dientes permanentes.
2. Las raíces de los dientes anteriores temporales son comparativamente más largas y más delgadas. Las raíces delgadas con coronas anchas determinan una conformación del tercio cervical de la corona y raíz, que es marcadamente diferente de los dientes anteriores permanentes.
3. La raíces de los molares temporales por consiguiente son más largas, más delgadas y también son más divergentes; se extienden más allá de la proyección de los contornos de la corona. Esta divergencia permite más espacio entre las raíces para el desarrollo de la corona de la pieza permanente, antes de que llegue el tiempo en que los molares temporales pierdan su anclaje.
4. Las crestas cervicales del esmalte de los dientes anteriores son más sobresalientes. Estas prominencias deben tomarse en cuenta cuando se piensa efectuar algún procedimiento operatorio en dichos dientes.
5. Las coronas y raíces de los molares temporales a nivel de sus porciones cervicales son más tenues en sentido mesodistal.
6. Las crestas cervicales vestibulares de los molares temporales son mucho más pronunciadas en especial en los primeros molares superiores e inferiores.
7. Las superficies vestibulares y linguales de los molares temporales son más planas sobre la curvatura cervical que en los molares permanentes; resultan así más angostas las superficies oclusales por el estrechamiento hacia oclusal.

8. Los dientes temporales por lo común son de color más claro que los permanentes.

EXAMEN DEL PACIENTE TRAUMATIZADO.

Preguntas que ayudaran al diagnóstico y la planificación del tratamiento.

- Obtención de datos del paciente en forma estandarizada.
- Limpieza de la región traumatizada.
- Historia clínica, ¿cuándo, donde y cómo ocurrió?.
- ¿Estuvo inconsciente, tuvo amnesia, cefalea, nauseas, vomito ?.
- ¿La mordida está alterada ?.
- ¿Presenta reacciones al calor o al frío?.
- ¿Tuvo traumatismos dentarios previos?.
- ¿Tiene alergia o alguna enfermedad seria?.

EXAMEN CLINICO.

- Tejidos blandos.
- Tejidos duros.
- Movilidad anormal, desplazamiento dentario.
- Sensibilidad a la percusión, tono de la percusión.
- Sensibilidad pulpar.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

- Tejidos blandos.
- Radiografías oclusales de la región anterior.
- Radiografías periapicales de cada diente traumatizado, por la método de la bisectriz.

TRAUMATISMO RESULTANTE DE LA CAIDA DE UNA BICICLETA.

Examen y tratamiento de una lesión combinada de tejidos duros y blandos.

- Lesiones extraorales e intraorales: los labios muestran extensas laceraciones y tatuajes por asfaltos.
 - Higienización del paciente: la cara del paciente se lava con un detergente suave para heridas y la cavidad oral se rocía con agua.
 - Prueba de percusión.
 - Pruebas de movilidad y de sensibilidad.
 - Examen radiográfico.
- Reubicación y ferulización: el incisivo con luxación lateral es reubicado y ferulizado y la laceración gingival se sutura.
- Limpieza de las heridas de la piel: para limpiar adecuadamente las laceraciones es necesaria una anestesia por topicación. En estos casos se utiliza un aerosol de lidocaína.
 - Lavada de las heridas: los labios se lavan con esponjas quirúrgicas o gasas embebidas en detergente para heridas.().

FRACTURA DE CORONA.

Las fracturas de corona representan un peligro para la pulpa solamente si se produjeron alguno de los siguientes acontecimientos:

- lesión asociada al ligamento periodontal.
- Exposición dentaria o pulpar.

Los principios de tratamiento de las fracturas de coronas implican lo siguiente:
Fracturas del esmalte, dependiendo del sitio y de la extensión de la fractura.

- Desgaste selectivo del borde incisal y posiblemente del diente adyacente para restablecer la simetría.
- Restauración con grabado ácido y composite.

FRACTURA DE ESMALTE Y DENTINA.

Debe establecerse una cubierta a prueba de bacterias. El recubrimiento de la dentina puede incluir una base de hidróxido de calcio y sobre ella cementos composite o de ionomero de vidrio adheridos a la dentina o bien el pegado del fragmento de la corona amélodentario.

EXPOSICIONES PULPARES.

Usualmente puede tratarse exitosamente la pulpa expuesta, bajo las siguientes circunstancias:

- Ausencia de inflamación previa al traumatismo.
- Vascularización intacta luego del traumatismo.

Existen dos opciones de tratamiento:

- Recubrimiento pulpar.
- Pulpotomía parcial.

TRATAMIENTO: RECUBRIMIENTO PULPAR.

- Aísle la exposición pulpar.
- Recubra la pulpa con material de hidróxido de calcio.
- Restaure el diente, sea inmediatamente con una restauración impermeable a las bacterias o después de un período de 3 meses, momento en el cual se descubre el sitio de exposición y se evalúa la barrera de tejido duro, después se vuelve a cubrir esa barrera cálcica con cemento de hidróxido de calcio que endurece al curar, cemento ionómero de vidrio o una resina composite retenida por un agente ligante; posteriormente se hace la restauración.

TRATAMIENTO: PULPOTOMIA.

- Aísle la exposición pulpar.
- Ampute la pulpa a un nivel aproximadamente 2 mm por debajo del sitio de exposición o hasta donde note un sangrado franco.
- Si se prefiere hacer una restauración inmediata, cubra la exposición con el cemento de hidróxido de calcio que endurece al curar.
- Si se desea evaluar posteriormente la barrera de tejido, cubra la exposición con pasta de hidróxido de calcio puro, cubra toda la superficie de la fractura, con un cemento de hidróxido de calcio que endurezca al curar y con una restauración temporal durante tres meses. Después de este período, descubra el sitio de la amputación; elimine el tejido pulpar necrótico situado inmediatamente por encima de la barrera de tejido duro y restaure con un procedimiento que impida la infiltración bacteriana.

ELIMINACION DEL FRAGMENTO DE CORONA Y POSTERIOR EXTRUCCION ORTODONTICA DE LA RAIZ

Principio del tratamiento: mover ortodónticamente la fractura hacia una posición supragingival.

Indicación: la misma que para la extrusión quirúrgica, pero requiere más tiempo.

Tratamiento: se retira el fragmento de corona, se extirpa la pulpa y se obtura el conducto radicular. El tratamiento endodóntico puede hacerse antes de retirar el fragmento de corona.

Otra alternativa es efectuar un recubrimiento pulpar o una pulpotomía, lo cuál está indicado si la formación de la raíz todavía no se ha completado se aplica tracción ortodóntica sobre un bracket ajustado a la superficie vestibular del fragmento radicular o por medio de un gancho cementado en el conducto radicular. Se procede entonces a extruir la raíz en un periodo de 2 a 3 semanas. La encía habrá de seguir la senda de la raíz en extrusión, requiriendo entonces una gingivectomía, una vez que la extrusión, esté terminada. Entonces se contiene el diente durante 2 a 3 meses y después se lo podrá restaurar con una reconstrucción con composite o una corona soportada por perno muñón.

PROCEDIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO:

Los controles se efectuarán cada dos meses después de haber terminado el tratamiento, hasta transcurrir un año desde el traumatismo.

FRACTURA RADICULAR.

- Obtenga radiografías con variada angulación para diagnosticar el tipo y la ubicación de la fractura.
- Reubique el fragmento de la corona y use una firme ferulización durante tres meses.
- Controle si hay complicación pulpar a las tres y seis semanas y a los tres meses.
- Si se produce necrosis pulpar, extirpe la pulpa hasta el nivel de la fractura y utilice hidróxido de calcio como apósito provisorio. Luego del cierre con tejido duro del conducto radicular a la altura de la línea de fractura se hace obturación definitiva del conducto radicular con gutapercha.

PRONOSTICO: La necrosis pulpar es infrecuente y se vincula con el desplazamiento del fragmento de corona y la madurez de la formación radicular.

CONCUSION Y SUBLUXACION

- Una pieza dentaria con concusión es sensible a la percusión por el edema y la hemorragia en el ligamento periodental.
- Una pieza dentaria con subluxación es sensible a la percusión y también anormalmente floja por la rotura de fibras periodontales.

El tratamiento consiste en:

- Alivio oclusal y una dieta blanda.
- La inmovilización del diente lesionado puede ser apropiada para la mayor comodidad del paciente. No obstante, la ferulización no parece promover la curación. El período de fijación es de dos semanas.

EXTRUSION Y LUXACION

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 temporal del hueso marginal.

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

INTRUSION

La intrusión es el resultado de un impacto axial hacia apical y da por resultado importantes daños a la pulpa y al ligamento periodental.

TRATAMIENTO: Espere la reerupción espontánea que usualmente requiere de dos a tres meses.

Monitore radiográficamente la curación pulpar a las tres, cuatro y seis semanas después del traumatismo.

FORMACION RADICULAR COMPLETA (MADURA)

Espere la reerupción espontánea o haga extrusión ortodóntica en un período de dos a tres semanas.

Extirpe la pulpa de dos semanas después de la lesión utilizando pasta de hidróxido de calcio como apósito o relleno provisorio.

La obturación radicular definitiva con gutapercha se hace una vez que se haya establecido la curación periodental mediante radiografías.

LUXACION EXTRUSIVA Y LUXACION LATERAL

La luxación extrusiva representa una ruptura del ligamento periodental y de la pulpa. La luxación lateral representa una ruptura del ligamento periodental y de la pulpa y así mismo la lesión de la tabla ósea alveolar vestibular y/o palatina.

En ambos casos, la curación incluye la reparación del ligamento periodental y usualmente la revascularización de la pulpa.

TRATAMIENTO:

- Reubicación y fijación atraumática.
- En caso de luxación lateral es necesario administrar anestésico local antes de hacer la reubicación.
- Examen radiográfico a las dos o tres semanas.

AVULSION

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 extralveolar y la duración de esa conservación tienen efectos abrumadores sobre la curación anterior.

La reimplantación debe ser intentada solamente si pueden ser satisfechas las siguientes condiciones:

Ausencia de grandes caries y de pérdida importante de soporte periodental antes del traumatismo.

Conservación fisiológica del diente.

Procedimiento para reimplantación:

- Coloque el diente avulsionado en suero fisiológico.
- Examine el área alveolar.
- Lave con suero fisiológico el ligamento periodontal y el foramen apical.
- Inunde el alvéolo con suero fisiológico.
- Reimplante el diente con suave presión digital.
- Comience una antibioticoterapia lo antes posible después del traumatismo.
- Si el paciente no está inmunizado contra el tétanos, se administra la vacuna antitetánica.

SEGUIMIENTO

- En caso de formación radicular incompleta la revascularización pulpar es una posibilidad.
- En caso de formación radicular completa, extirpe 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 indicado 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.
- Obture el conducto con gutapercha y un sellador.
- Reimplante el diente.
- Ferulización durante seis meses.

PRONOSTICO.

El pronóstico 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 arriba mencionados.

TRAUMA DENTOALVEOLAR:

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.

SUBLUXACION:

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 radiograficos durante un año.

LUXACION INTRUSIVA:

Clínicamente: desplazamiento marcado en la cavidad alveolar hacia la profundidad de la misma.

Radiograficamente: dislocación, perdida 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.

LUXACION EXTRUSIVA:

Clínicamente: hemorragia, desplazamiento coronal, el ápice se desliza 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.GENERALES:

Diseñar un video institucional dirigido a la educación y cuidado oral que deben tener los padres de familia o acudientes de los niños que asisten a consulta odontológica en la facultad, del Colegio Universitario Colombiano, para con esto incentivar la estimulación temprana en el cuidado oral de sus hijos.

1.5.2.ESPECIFICOS:

Recolectar información bibliográfica sobre educación en salud oral para padres.

Dar conceptos básicos de nutrición como alimentos que debe consumir el niño sin la eliminación de los carbohidratos.

Dar información sobre los accidentes y soluciones que se puedan dar para una atención a tiempo.

Informar sobre los diferentes accidentes como trauma, avulsiones, luxación, concusión, subluxación, extrusión, intrusión, fractura de corona y fractura radicular.

Realizar la estructura temática del video.

ASPECTO TECNICO –METODOLOGICO:

2.1.TIPO DE ESTUDIO:

Propuesta educativa.

2.2.POBLACION:

Padres de familia o acudientes que llevan a sus hijos a tratamiento en el colegio universitario colombiano, mientras que están en la sala de espera.

2.3 MUESTRA.

Encuestas realizadas a padres de familia o acudientes que esperaban el término de la consulta de sus hijos.

2.4.DEFINICION DE VARIABLES:

Educación: conjunto de medios que desarrollan en grupos de individuos una instrucción y una formación haciéndolas aptas para un fin.

Nutrición: introducción en el organismo y empleo de los materiales plásticos y energéticos que son necesarios para que se desarrolle su actividad vital.

Trauma: lesión orgánica producida por agentes mecánicos, físicos o químicos.

Avulsión: salida del diente de su alvéolo.

Luxación intrusiva: diente impactado se introduce dentro del alvéolo.

Luxación extrusiva: el diente se sale hasta la tercera parte de la furca, no se sale totalmente del alvéolo.

Luxación lateral: el diente se mueve lateralmente y hay compromiso de tejidos periodontales.

Concusión: el diente sufre un golpe pero sin ningún tipo de patología.

Subluxación: el diente presenta movimiento dentro del alvéolo.

Fractura de coronas: el diente se fractura en la parte de la corona, involucrando esmalte, dentina.

Fractura radicular: el diente se fractura en su parte interna involucrando la raíz.

2.5.INSTRUMENTOS:

Vídeo

Autores.

Accidentes de la vida diaria.

2.6.PROCEDIMIENTO:

Filmación del video en una locación privada.

2.7.PLAN DE TABULACION:

3.ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

Recursos administrativos, humanos, profesionales y contratos.

3.1.RECURSOS:

3.1.1.HUMANOS:

Tutora.

Grupo de investigación.

Padres de familia o acudientes.

Personal de empresas comerciales.

Bibliotecarios.

3.1.2.TECNICOS:

Computadora.

Hojas.

Libros.

Folletos.

Fotocopias.

Cámara de video.

3.1.3.FINANCIEROS:

Presupuesto aún no calculado.

3.2.CRONOGRAMA:

4. BIBLIOGRAFIA.

1. Odontología para el niño y el adolescente. Cap. 5 , pag 68-73.
2. Hábitos bucales. JHOAN CHIRSTENSEN, HENRY FIELDS. Cap. 25, pag 311-317.
3. Nutrición y salud dental. DAVID K. HENNON. Cap. 14, pag 261-311.
4. Nutrición aplicada en clínica. Clínicas médicas de Norteamérica. Vol. 5, 1979.
5. Odontología para el niño y el adolescente. Caries de biberón. cap 6, pag 74-312.
6. Anatomía dental. M:M:ASH. Cap. 3, 4,5, pag 41-124.
7. Tratado de operatoria dental. BAUM PHILLIPS LUND.
8. Examen del lactante y de niños de 1 a 3 años de edad. STEPHEN GOEPFERRD. Cap. 12.
9. Nutrition counseling asnd development of eating habits. ANDERSON T. A FOMAN SJ , wei shy.
10. Odontología preventiva. MC DONALD, STOOKEY.
11. Enciclopedia Fundamento Biológico. Ed. Astral.
12. Abrams B.A. Caan. B citron. L. Dentary Challenge study of artificial food colors in children 1-7 years old with behavioral disturbances.
13. Hausman P. Updating the basic four. Nutrition action, january 1979.
14. Moss. S. The nursing botle mounth syndrome. In the food that stays. an uptate on nutrition . sugar and caries. Medcom, 1963 broadway.
15. Shannon. I. Brand Name guide to sugar.
16. Goepferd SJ; infant oral health: A protocol. J dent child 53(4):261, 1986.
17. Swain FR, pinkham JR : treatment of lip commissure burns with a commissural stabilizing.

18. Nutrición y dieta de COOPER, 1995.
19. Conocimientos actuales en nutrición. KRAUSSE, 1997.
20. Nutrición y dietética. FOMON, 1993.
21. Periodoncia. GENCO GOLDMAN COHEN.

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1 QUE ES LA CARIES?

- a. Es una enfermedad que afecta los dientes.
- b. Una bacteria dañina que acaba con los dientes.
- c. Una carachita.
- d. Ninguna de las anteriores.

2 LOS ALIMENTOS QUE PRODUCEN LA CARIES SON?

- a. Arroz.
- b. Dulces y chicles.
- c. Leche y jugos.
- d. Pescado, carne.

3 PARA EVITAR LA CARIES HAY QUE CEPILLARSE:

- a. 1 vez al día.
- b. 2 veces al día.
- c. 4 veces al día.
- d. Ninguna vez.

4 PARA IR A DORMIR HAY QUE CEPILLARSE ANTES?

- a. si.
- b. No.

5 SU HIJO COME DULCES?

- a. 3 veces al día.
- b. 4 veces al día.
- c. No come dulces.
- d. Ninguna vez.

6 SU NIÑO DUERME CON EL TETERO?

- a. a veces.
- b. No.
- c. Siempre.

7 MOTIVA EL CEPILLADO DE SU HIJO?

- a. No.
- b. A veces.
- c. Casi siempre.
- d. Rara vez.

8 SU HIJO SE CEPILLA SOLO LOS DIENTES?

- a. no.
- b. Si.
- c. le ayuda.
- d. Ninguna.

9 LA DIETA DE SU HIJO ES EQUILIBRADA?

- a. come de todo.
- b. Solo verduras.
- c. Solo carne.
- d. Solo sopa.

10 A QUE EDAD COMIENZAN A SALIR LOS DIENTES DE LECHE?

- a. Al año.
- b. A los 6 meses.
- c. A los 2 años.
- d. A los 3 meses.
- e. Ninguna de las anteriores.

11 A QUE EDAD CAMBIA SU HIJO DE DIENTES?

- a. a los 6 años.
- b. A los 4 años.
- c. A los 8 años.
- d. No se.

12 SU HIJO SABE USAR LA SEDA DENTAL?

- a. si.
- b. No.

13 SABE USTED QUE ES LA CARIES DE BIBERON?

- a. es un tipo de caries por tomar tetero.
- b. Tipo de caries por ingerir leche materna.
- c. No se.

14 SABE USTED COMO DETECTAR LA CARIES DE BIBERON?

- a. por que se ponen los dientes negros al niño.
- b. Por que se le caen los dientes al niño.
- c. Por que el niño se queja del dolor.
- d. No se.

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TABLA DE TABULACION DE RESPUESTAS DE ENCUESTA

Pregunta 1: Que es la caries?

a. 16 b. 29 c. 4 d.8

Pregunta 2 : Los alimentos que producen la caries son?

a. 4 b. 39 c. 8 d.1

Pregunta 3: Para evitar la caries hay que cepillarse:

a. 13 b.30 c. 18 d.6

PREGUNTA 4: Para ir dormir hay que cepillarse antes?

Si. 12 No.41

PREGUNTA 5: Su hijo come dulces?

a. 13 b. 11 c.18 d.11

PREGUNTA 6: Su niño duerme con el tetero?

a.15 b.28 c.10

PREGUNTA 7: Motiva el cepillado de su hijo?

a. 11 b. 23 c.11 d.8

PREGUNTA 8 : Su hijo se cepilla solo los dientes?

a. 13 b. 22 c. 16 d.2

PREGUNTA 9: La dieta de su hijo es equilibrada?

a.32 b.10 c. 2 d.9

PREGUNTA 10: A que edad comienzan a salir los dientes de leche?

a.16 b. 13 c. 16 d.6

PREGUNTA 11: A que edad cambia su hijo de dientes?

a. 17 b.15 c. 12 d.9

PREGUNTA 12: Su hijo sabe usar la seda dental?

Si. 15 No.38

PREGUNTA 13: Sabe usted que es la caries de biberón?

a. 16 b. 7 c.29

PREGUNTA 14:Sabe usted como detectar la caries de biberón?

a. 11 b. 6 c. 10 d.26