



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Odontología Preventiva en
la Práctica Privada

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ARTURO CANO GUADIANA

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN LA PRACTICA PRIVADA

INTRODUCCION

CAPITULO I

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN LA PRACTICA PRIVADA

1.- CONCEPTOS BASICOS

2.- SERVICIOS CORRIENTES EN LA PRACTICA DENTAL PREVENTIVA

CAPITULO II

CARIES DENTAL

1.- ETIOLOGIA Y ENFOQUES PARA SU PREVENCION

a) ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL

b) COLONIZACION BACTERIANA (FORMACION DE PLACA)

c) FORMACION DE ACIDOS

ch) DIENTES SUSCEPTIBLES

d) ENFOQUES PARA LA PREVENCION DE LA CARIES

e) REDUCCION DE LA FLORA BACTERIANA O SU METABOLISMO

f) FLUOROSIS DENTAL

CAPITULO III

ENFERMO PERIODONTAL

4.- METODOS DE FISIOTERAPIA ORAL

5.- CLAVES PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE

6.- SERVICIOS CLINICOS PREVENTIVOS

7.- PREVENCION DE LESIONES TRAUMATICAS

8.- DETECCIONES PRECOZ DEL CANCER ORAL

9.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA LOS PACIENTES CON PROBLEMAS ESPECIALES

10.- RECURSOS DE LA COMUNIDAD AL ALCANCE DEL PRACTICO GENERAL

1.- PAPEL DE PRACTICO GENERAL EN LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD

2.- NECESIDAD DE LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD Y DE LA ODONTOLOGIA
PREVENTIVA

3.- NECESIDADES DENTALES CONTRA DEMANDAS DENTALES

CAPITULO IV

1.- PROBLEMAS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD

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

La Odontología Preventiva es una de las ramas de la Odontología que va a estudiar toda prevención, que debe preveer todo paciente, tanto en lo personal como dentro de la sociedad.

La Odontología Preventiva juega un papel muy importante dentro de la práctica privada, ya que todo profesional debe de estar preparado para ejercer esta profesión como C.D.

La Odontología Preventiva en la práctica privada tiene la obligación de orientar a aquella o aquellas personas que necesiten de un tratamiento preventivo, ya que el 99 % de la población carece de caries dental.

Cada día el ser humano esta en la vía de ascender y progresar y conservar su integridad física.

Como persona, mi concepto sobre la prevención es una de las bases - principales para conservar en buen estado las piezas dentarias.

Como profesionista tenemos la obligación de poner todo lo que esta - de nuestra parte, para aquellas personas que soliciten de nuestros servicios preventivos, ya que depende del exito dentro de la Odontología Preventiva y de la Odontología en General.

El objeto principal para la elaboración de esta tesis, (Odontología Preventiva en la Práctica Privada), es ser patente de la gran importancia que representa para el Cirujano Dentista, los conocimientos y las características que presenta el paciente desde su entrada al consultorio, las técnicas y métodos clínicos.

LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN LA PRACTICA PRIVADA

1º CONCEPTOS BASICOS.-

Una definición demasiado restringida de la Odontología Preventiva, ha sido probablemente la causa que ha dificultado su adopción por parte del público y por parte de sectores de la profesión.

Si la prevención se considera que solamente atañe a algunos aspectos de la práctica (como la profilaxis oral o las aplicaciones tópicas de fluoruros), podría parecer como una faceta opcional, electiva o incluso lujosa de la práctica dental.

Lo que se necesita es la convicción de que la Odontología Preventiva es una filosofía básica de la práctica que abarca todos los aspectos de la salud oral.

La terapéutica endodóntica para conservar un diente con una lesión de caries descuidada durante largo tiempo, podría no ser considerada como medida preventiva según la definición tradicional restringida del término. Y, no obstante, ese servicio elimina una fuente de infección crónica que podría convertirse en un riesgo grave para la salud y permite la conservación del diente.

Aceptando una interpretación más amplia, tal terapéutica puede considerarse como preventiva.

Los procedimientos preventivos pueden clasificarse según el momento evolutivo de la enfermedad en que se aplican.

La gama de servicios puede enfocarse en tal caso en términos de

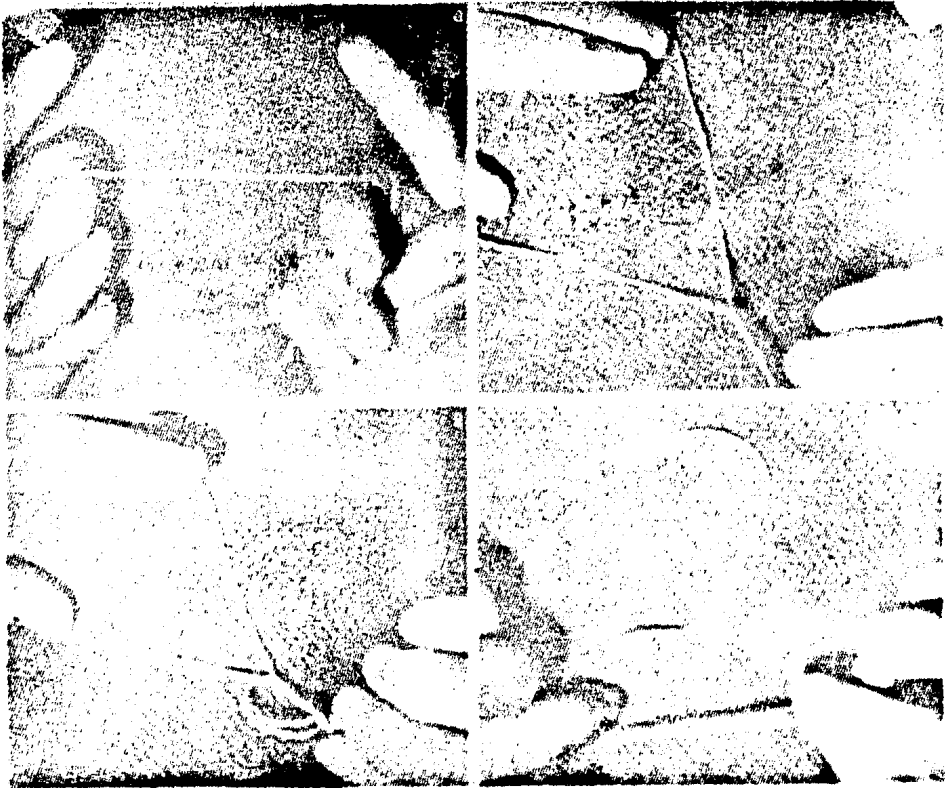
"niveles de prevención" - primario, secundario y terciario -, que abarcarían desde el período prepatogénico, antes de que se produjeran las enfermedades, hasta el de rehabilitación, en que han cesado los procesos morbosos activos pero han dejado secuelas.

CARIES DENTAL

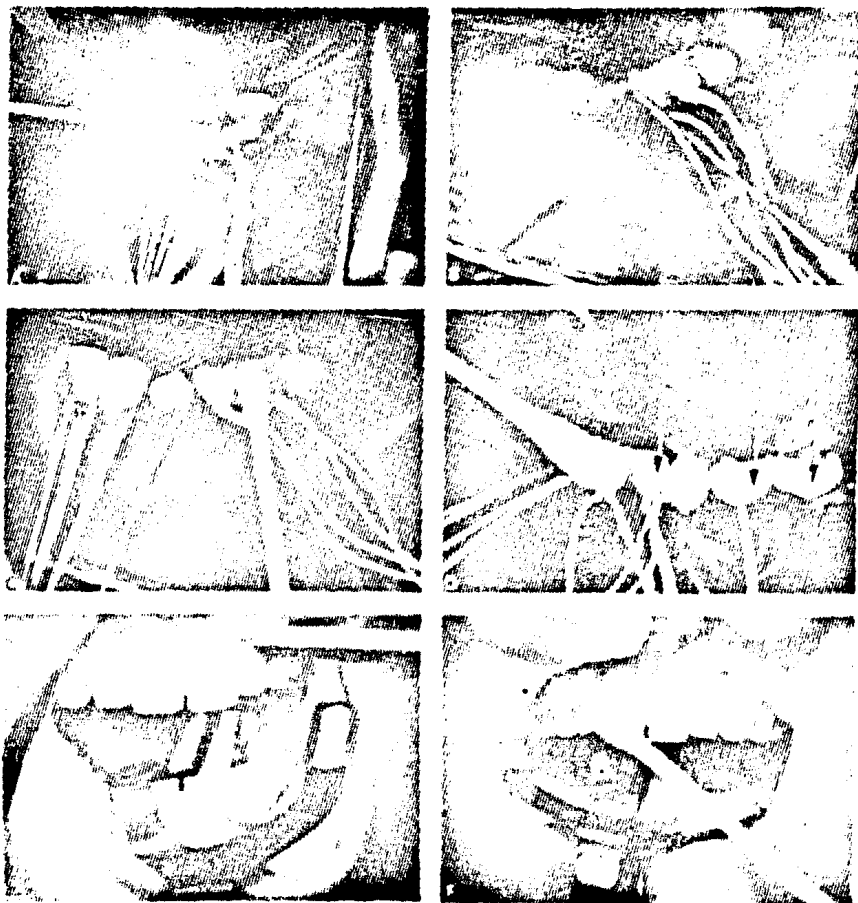
<u>NIVELES DE PREVENCIÓN</u>	<u>PROCESO</u>
PREVENCIÓN PRIMARIA	Diente susceptible a la caries
	Ingestión de carbohidratos y otros factores alimenticios
	Placa dental presente en la superficie del diente
	Sistema enzimático que facilita el cambio de los almidones en azúcar
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Cavidad inicial
	Cavidad avanzada
PREVENCIÓN TERCIARIA	Invasión de la pulpa
	Invasión sistémica
	Pérdida del diente
	Inclinaciones y mal posición de otros dientes



a) , b) Se ata la seda a una asa del hilo de nilón para hacer -
punto (pequeño calibre), 2 o 3 cabos, bien torcidos. c) Se pasa
la seda por el área de contacto interproximal y se arrastra el
hilo a través del espacio interproximal para limpiar la amplia -
superficie ondulada del espacio interproximal.



Preparación del "anillo de seda". a) Se usan los extremos de un trozo de seda dental de 18 pulgadas de longitud para formar un círculo de unas 3.5 pulgadas de diámetro. b) Se hace un nudo pasando dos veces por el asa inicial para mayor seguridad. El tamaño del asa se puede ajustar mientras se hace el nudo. c) Se ha completado el círculo y se ha formado así para los últimos tres dedos de cada mano d).



Después de completar una restauración se aplica fluoruro estamos de acuerdo con la técnica descrita (a) Si durante la fase restauradora no se expusieron todos los dientes del cuadrante, se practican nuevos agujeros en el dique de goma por medio de una punta exploradora. (b) El dique se coloca sobre los dientes restantes y se ligan los cuellos de los dientes con seda. (c) Las flechas. (d) Señalan las zonas de decalcificación gingivales de color -

dexeso. El dique de goma comprime el tejido gingival y facilita el acceso a estas zonas para la aplicación de fluoruro.

Otro método utilizado para aplicar la solución es el aislamiento de la mitad de la boca con rollos de algodón. (e) En algunos casos hay que recurrir a los aspiradores de saliva. Una tercera técnica es el aislamiento de toda la boca con rollos de algodón.

(f) Obsérvese que la caries vestibular es de los molares superiores pueden aislarse bien. Es importante que el algodón no se deslice en sentido oclusal y entre en contacto con estas superficies durante los 30 segundos de la aplicación del fluoruro.

Esquema gráfico de los procesos del ataque de caries y de los niveles en que pueden instituirse medidas preventivas.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

NIVELES DE PREVENCION

PROCESO

PREVENCION PRIMARIA	Tejido susceptible a la alteración
Cambios periodontales reversibles	Estructuras bucales, predisponentes a la acumulación de detritos orales
	Placa dental
	Cálculos
	Cambios inflamatorios (reversibles)

PREVENCION SECUNDARIA	Alteración del tejido blando
Cambios irreversibles y destrucción moderada	Reabsorción ósea
	Pérdida del soporte del diente

PREVENCION TERCIARIA	Aumento de la dificultad para eliminar los irritantes locales
Enfermedad avanzada y destrucción	Aumento de la pérdida de tejido blando y tenso
	Pérdida del diente

Esquema gráfico del proceso de la enfermedad periodontal y de los niveles en que puede instituirse medidas preventivas.

La prevención primaria se refiere al período que precede a la aparición de una enfermedad manifiesta y tiene por misión el mejoramiento del nivel general de salud a la prevención de alguna enfermedad específica.

Ejemplo: de lo primero, es la educación del paciente para que visite periódicamente al dentista, y de lo último la aplicación tópica de fluoruros.

Los procedimientos utilizados en la prevención primaria se clasifican según el mecanismo de acción:

1) Los que afectan al medio ambiente oral;

Ejemplo: La Fisioterapia oral, especialmente relacionada con la enfermedad periodontal.

2) Los que implican la protección local del diente (acción tópica de las soluciones de fluoruro.

3) Los que actúan por medio del torrente circulatorio o afectan al medio orgánico (protección de las estructuras bucales durante el período de desarrollo mediante dieta controlada.

La prevención secundaria tiene por misión la detención precoz de la enfermedad y el tratamiento rápido y eficaz para evitar sus progresos.

El reconocimiento de una lesión de caries antes de que se produzca una cavidad extensa y la restauración del diente con una obturación de contorno adecuado, son probablemente el ejemplo más corriente de prevención secundaria.

El detartraje completo y el pulido de los dientes y la asistencia profesional continua mediante visitas periodicas constituye una acción preventiva secundaria similar en pacientes con manifestaciones precoces de enfermedad periodontal.

La prevención terciaria se interesa por la restauración de la salud y la función cuando la enfermedad ha llegado a un estado avanzado; por ejemplo, la elaboración de una prótesis fija que restablece la capacidad de masticar y evitar los desvíos y las malas posiciones de los dientes restantes.

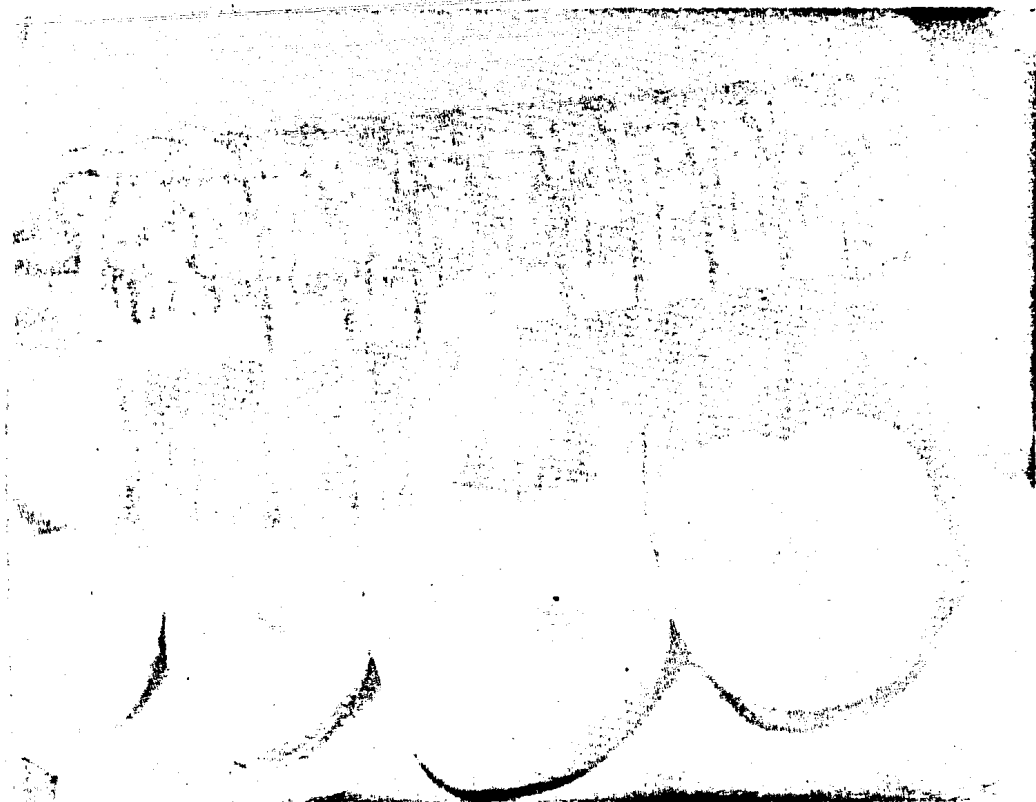
2º SERVICIOS CORRIENTES EN LA PRACTICA DENTAL PREVENTIVA.-

La clave de la Odontología Preventiva es un servicio dental de gran calidad para todos los pacientes vistos en la práctica privada, lo cual supone la aplicación de todos los tipos de prevención de manera sistemática.

La educación dental profesional hace hincapié en procedimientos técnicos específicos, y a veces aislados, relativos a la preparación de la cavidad, la manipulación de ciertos materiales, o la fabricación de un tipo particular de prótesis.

Como algunos de estos procedimientos exige una habilidad técnica precisa, se centra sobre ello la atención y llegan a ser considerados como fines en si mismo.

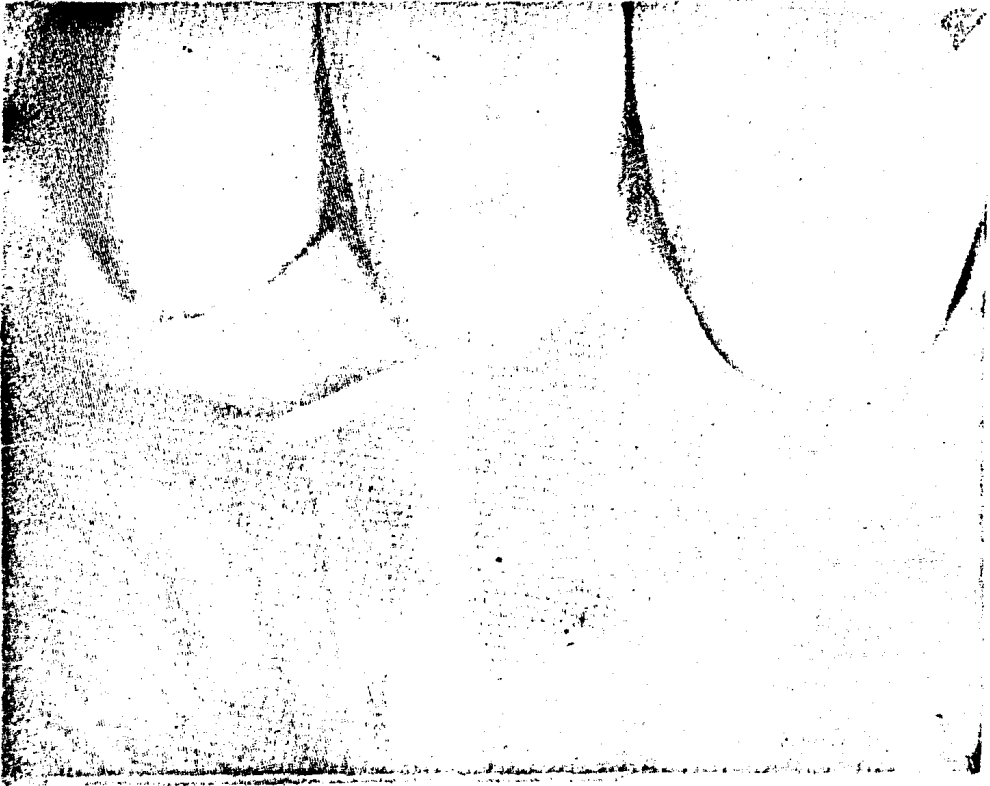
En realidad, todo servicio es importante mientras esté relacionado con la finalidad de la práctica dental, la conservación de la



Aplicación del cepillo a la cara lingual de los dientes posteriores mandibulares en un modelo.



Uso de la seda dental en la cara distal del incisivo central derecho maxilar.



Demostración del uso correcto de la seda dental en un modelo.

dentición en estado hígido durante la vida del paciente.

Una práctica dental clínica que ponga de relieve la prevención con preferencia a la sustitución mecánica debería adoptar sistemáticamente las siguientes medidas preventivas:

1.- Examen completo y evaluación del paciente, que incluya la - observación general del estado físico global; historia clínica; inspección cuidadosa de los tejidos duros y blandos de la boca, - cara y cuello; examen radiográfico; el boración de modelo de estudio y observación de la oclusión; biopsia y examen patológico de cualquier lesión sospechosa de los tejidos blandos; pruebas de actividad de la caries.

2.- Profilaxis oral completa a intervalos regulares e instrucción adecuada sobre la higiene oral personal.

3.- Tratamiento de las lesiones orales y dentarias en sus primeras fases; corrección de las deformaciones periodontales; colocación de restauracions de contorno adecuado para proteger la pulpa y restaurar la función; y sustitución de los dientes que faltan.

4.- Prever las visitas periódicas del paciente para asegurar una profilaxis, nuevos exámenes, y tratamientos de las enfermedades dentales tan pronto como se produzcan.

5.- Aplicaciones tópicas de fluoruros según las necesidades y recomendaciones del uso de suplementos dietéticos de fluoruro a los

pacientes cuyo servicios de agua no contenga la cantidad óptima de dicho elemento.

6.- Prever o recomendar dispositivos ortodóncicos interceptivos cuando estén indicados.

7.- Remisión del paciente a los especialistas dentales o médicos cuando sea necesario para la evaluación del estado del paciente o para su tratamiento por el especialista.

8.- Premedicación de los pacientes cuyas historias clínicas indican la necesidad de un tratamiento medicamentoso.

9.- Utilización de medidas prácticas para controlar la radiación.

10.- Esterilización adecuada de los instrumentos dentales, especialmente de los que el instrumento.

11.- Provisión de protectores bucales para los pacientes que practican actividades peligrosas o ciertos deportes.

12.- Recomendación de un régimen dietético adecuado para la protección de las estructuras dentales o el control de la enfermedad.

3º CARIES DENTAL.-

Etiología y enfoques para su prevención.-

La caries dental es la causa de alrededor del 40% a 45% del total de extracciones dentarias. Otro 40% a 45% se debe a las enfermedades periodontales, y el resto a razones estéticas, protéticas, ortodóncicas, etc.

Lo más alarmante respecto de la caries no es, sin embargo, el número total de extracciones que ella origina, sino el hecho de que

el ataque carioso comienza muy temprano en la vida y no perdona prácticamente a nadie.

Por cierto la caries es también responsable de la mayor parte del dolor y sufrimientos asociados con el descuido de los dientes.

a) Etiología de la caries dental.-

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones químicas complejas que resultan en primer lugar, en la destrucción del esmalte dentario y, posteriormente, si no se las detiene, en la de todo el diente.

La destrucción mencionada es la consecuencia de la acción de agentes químicos que se originan en el ambiente inmediato a las piezas dentarias.

Razones químicas y observaciones experimentales prestan apoyo a la afirmación, aceptada generalmente de que los agentes destructivos iniciadores de la caries son ácidos, los cuales disuelven inicialmente los componentes inorgánicos del esmalte.

La disolución de la matriz orgánica tiene lugar después del comienzo de la descalcificación y obedece a factores mecánicos o enzimáticos.

Los ácidos que originan la caries son producidos por ciertos microorganismos bucales que metabolizan hidratos de carbono fermentables para satisfacer sus necesidades de energía.

Los productos finales de esta fermentación son ácidos, en especial láctico y, en menor escala, acético, propiónico, pirúvico y

quizá funárico.

b) Colonización bacteriana (formación de placa).-

Por lo general se acepta que para que las bacterias puedan alcanzar un estado metabólico tal que les permita formar ácidos es necesario previamente que constituyan colonias.

Má aún, para que los ácidos así formados lleguen a producir cavidades cariosas es indispensable que sean mantenidos en contacto con la superficie del esmalte durante un lapso suficiente como para provocar la disolución de este tejido.

Todo esto implica que para que la caries se origine debe existir un mecanismo que mantenga a las colonias bacterianas, su substracto alimenticio y los ácidos adheridos a la superficie de los dientes.

En las superficies coronarias libres (vestibulares, palatinas o linguales y proximales) y las superficies radiculares, la adhesión es proporcionada por la placa dental.

El conjunto retentivo formado por la anatomía oclusal más los residuos alimenticios tienen exactamente la misma función que la placa clásica.

O sea que, en sentido fisiopatológico, es posible que el primer paso en el proceso carioso es la formación de "placa".

La placa dental es una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y la mucosa gingival y que está formada principalmente por colonias bacterianas (que constituye alrededor del 70% de la placa), agua, células epiteliales descamadas, globulos

blancos y residuos alimenticios.

Desde que los efectos dañinos de la placa son la consecuencia del metabolismo de sus colonias bacterianas, puede redefinirse la placa como una colección de colonias bacterianas adheridas firmemente a la superficie de los dientes y encía.

La colonización en otras superficies que las oclusales requieren la presencia de un adhesivo para mantener el contacto de los gérmenes entre sí y con las superficies dentarias.

Esta función es desempeñada por varios polisacáridos sumamente viscosos que son producidos por diferentes tipos de microorganismos bucales. Los más comunes entre estos polisacáridos son los denominados dextranos y levanos, que son sintetizados por los microorganismos a partir de hidratos de carbono, en particular sacarosa (azúcar común). Otros polisacáridos, constituidos a partir de otros carbohidratos, son menos abundantes.

Los dextranos que son los "adhesivos" más usuales en la placa coronaria, son formados por distintas capas de estreptococos, en especial el estreptococcus mutans.

En términos generales, las reacciones bioquímicas a que obedece la síntesis de los dextranos y levanos son los siguientes:

1.- Sacarosa + enzima bacteriana \longrightarrow dextrano + fructosa
(dextrano-sacarosa)

2.- Sacarosa + enzima bacteriana \longrightarrow levanos + glucosa

En ambos casos la sacarosa es dividida, sus dos monosacaridos - componenetes, glucosa y fructuosa, que después son polimerizados para formar los dextranos y levanos.

Estas características los hacen singularmente aptos para formar la matriz que aglutina la placa, en virtud de que:

- 1) Se adhieren firmemente a la apatita del esmalte, como se ha podido comprobar en experimentos en que particular de esmalte, tratadas con saliva, fueron cubiertas por dextranos fuertemente adheridos.
- 2) Forman complejos insolubles cuando se les incuba con saliva.
- 3) Son resistentes a la hidrólisis por parte de las enzimas bacterianas de la placa, lo cual los hace relativamente estables en terminos bioquímicos. Clínicamente esto significa que a menos que se los remueva cuidadosamente, los dextranos van a permanecer sobre los dientes.
- 4) Son capaces de inducir la aglutinación de ciertos tipos de microorganismos como los Streptococcus Mutans, lo cual puede ser un factor importante en lo que se refiere a la adhesión y cohesión de la placa.

c) Formación de ácidos.

El segundo paso en el proceso de caries es la formación de ácidos dentro de la placa.

Varias de las especies bacterianas de la boca tienen la capacidad de fermentar los hidratos de carbono y constituir ácidos.

Los mayores formadores de ácidos son los estreptococos, que -
además son los organismos más abundantes en la placa.

Otros formadores de ácidos son los lactobasilos, enterococos,
levaduras, estafilococos y neisseria.

Estos microorganismos no sólo son acidógenos sino también acidú-
ricos, es decir, capaces de vivir y reproducir en ambientes áci-
dos. Existía una creencia generalizada en el pasado de que la
flora acidógena total o (mixta) de la boca era la responsable
de la formación de caries.

Se ha demostrado, sin embargo, que los principales agentes cari-
génicos son los Streptococcus Mutans, salivares y sanguis.

Las superficies radiculares en virtud de estar cubiertas por ce-
mento, que es un tejido menos resistente a la disolución ácida
que el esmalte, puede ser atacadas por formas bacterianas relati-
vamente pobres en cuanto a la formación de ácidos.

Para que los organismos acidógenos sean cariogénicos deben de te-
ner la capacidad de colonizar en la superficie de los dientes.

En lo que respecta a los microorganismos más fuertemente cario-
génicos, esta propiedad es el resultado de su capacidad de formar
placa.

Es por ello que puede afirmarse que la placa y riesgo de contraer
caries con expresiones sinónimas.

ch) Dientes susceptibles.

Una vez que los ácidos se hacen presente en la interface esmalte

placa, la consecuencia es la desmineralización de los dientes (o tej. dentales).

Es más, desde el punto de vista de la persona total es posible que una modificación tan drástica de la ecología bucal no sea ni siquiera deseable puesto que constituiría una violenta ruptura del equilibrio biológico característico de la salud.

Experimentalmente se ha podido reducir el número de microorganismos cariogénicos de la boca, y la formación de caries, mediante el uso de antibióticos de amplio espectro o efectivos contra bacterias grampositivas.

Los gérmenes remanentes en la boca, además, y por cierto las nuevas formas de mutación, suelen adquirir la capacidad de derivar su energía a través de rutas metabólicas distintas de las inhibidas por los antibióticos, con lo cual la producción de placa y ácido se remueva.

Esta es quizá la explicación de los resultados solo temporarios obtenidos con dentríficos a los que adicionó antibióticos.

La idea de utilizar antibióticos para el control de caries tiene justificación teórica; actualmente se piensa que su aplicación, práctica está condicionad al hallazgo y varios centros de investigación estan en la búsqueda de antibióticos con las características siguientes:

- 1).- Que sean efectivos contra organismos cariogénicos;
- 2).- Que no sean absorbidos (con lo cual quedarían restringidos a la cavidad bucal);

- 3).- Que no tengan indicación en el tratamiento de enfermedades infecciosas fuera de la boca;
- 4).- Que no produzcan sensibilización.

Otro enfoque que está siendo investigado activamente es el de la inmunización contra la caries. Mediante numerosos estudios en animales, los investigadores están tratando de desarrollar vacunas capaces de reducir o eliminar los organismos cariogénicos o, por lo menos, suprimir o disminuir sus manifestaciones metabólicas directamente relacionados con la formación de caries, es decir, formar la placa.

También notamos que la eliminación de los gérmenes cariogénicos de la boca es por ahora imposible, y quizás aún indeseable.

Una de las metas de las vacunas anticaries que se están estudiando es, como ya dijimos, la inhibición de la formación de placa.

A tal efecto se están ensayando antígenos compuestos por los sistemas enzimáticos implicados en la síntesis de polisacáridos extracelulares, en particular los dextranos.

La enzima principal de este sistema es, como ya lo expresamos precedentemente, la dextrano sacarosa.

En conclusión todo indica que los únicos métodos efectivos y seguros para la remoción de placa son: el cepillo dental y el uso de la seda dental, es decir, los denominados métodos de control de placa.

La caries dental afecta a individuos de todas las edades aunque

la actividad de la caries es mayor entre los 5 y 8, 12 y 18 años de edad.

La frecuencia de la caries nuevas disminuye después de los 10 años.

Como la caries dental es una enfermedad de tejidos que no se separan si se regeneran, la lesión es progresiva y la enfermedad acumulativa.

En ocasiones se detiene espontáneamente (caries detenida), pero nunca se repara por si misma.

La reparación sólo puede lograrse mediante restauraciones dentales.

Actualmente no existe todavía ningún sustituto para la Odontología restaurativa. El control adecuado de la caries dental requiere además de ;

- 1.- Tratamiento dental precoz y periódico, utilizando compuestos a base de flúor.
- 2.- Una dieta equilibrada (con una cantidad normal de hidratos de carbono) y de acción detergente (autolimpiadora).
- 3.- Higiene bucal adecuada (cepillado correcto y frecuente).

Existen diferentes tipos de caries, según su extensión, rapidez y número de superficies afectadas.

La caries simple es el tipo más común que ataca a todas las personas salvo a una minoría que puede considerarse inmune a la caries. Por lo general, comienza en una foseta oclusal o en un zurco abajo del area de contacto que existe entre los dientes.

Las caries aumentan en número y tamaño cuando existe descuido y no se lleva a cabo la higiene bucal o falta del cuidado profesional de los dientes.

Durante la adolescencia pueden observarse exacerbaciones de las lesiones.

Estas caries, que se extienden rápidamente, parecen estar relacionadas con el crecimiento rápido del individuo y son más comunes en el niño delgado.

La policaries es un tipo de caries que avanza rápidamente y afecta a casi todas las superficies dentarias expuestas, incluyendo los dientes anteriores e inferiores. Numerosos factores participan en esta caries, cuyo tratamiento es difícil.

Se sabe que algunos dientes son más susceptibles a la caries que otros, sin embargo, en ciertos casos los dientes menos susceptibles son los que serán afectados por una policaries grave.

Substrato y Caries dental.-

El segundo de los componentes del ambiente dentario indispensable para la formación de caries es la presencia de un substrato adecuado.

La definición exacta de lo que constituye un diente susceptible escapa a nuestro conocimiento, pero es bien sabido que en una boca, determinados dientes se carían y otros no; más aún, en un mismo diente ciertas superficies son más susceptibles que otras. De acuerdo con lo que se conoce es más probable que la resistencia (relativa) de un diente o superficie dentaria determinada frente a la caries se deba más a la facilidad con que dicho diente o superficies acumulen placa que a ningún factor intrínseco de los mismos.

A su vez, la facilidad con que la placa se acumula está ligada a factores como el alineamiento de los dientes en los arcos dentarios, la proximidad de los conductos salivales.

Los efectos de los ácidos sobre el esmalte están gobernados por varios mecanismos reguladores, a saber:

- 1º La capacidad "buffer" de la saliva.
- 2º La concentración de calcio y fósforo en placa.
- 3º La capacidad "buffer" de la saliva que constituye a la de la placa.
- 4º La facilidad con que la saliva elimina los residuos alimenticios depositados sobre los dientes.

Los efectos de los factores reguladores mencionados pueden influir en la susceptibilidad total de un individuo frente al ataque de caries.

En resumen, el proceso de la caries dental puede ser representado de la siguiente manera:

Sobre la superficie de los dientes

Microorganismos	Substrato	Síntesis de polisacáridos extracelulares
	(preferentemente sacarosa)	

Polisacáridos extracelulares las epiteliales y sanguíneas	microorganismos	saliva	célula
	restos alimenticios	Placa	

Dentro de la placa

Substrato	Gérmenes acidogénicos	Acidos
	(hidratos de carbono fermentables)	

En la interface placa esmalte

Acidos	dientes susceptibles	Caries
--------	----------------------	--------

d) Enfoques para la prevención de la caries.

Del diagrama que antecede puede inferirse que la prevención de la caries puede intentarse por dos tipos de enfoques:

1º Incrementando la resistencia de los dientes a la disolución.

Esto fué demostrado concluyentemente en estudios en que se suministró a un grupo de ratas una dieta cariogénica mediante una sonda estomacal, mientras que un segundo grupo recibía la misma dieta

por vía bucal. Se comprobó entonces que el primer grupo, es decir, aquél en que los alimentos no entraban en contacto con los dientes, no presentaba caries dental alguna, mientras que el segundo sí la tenía.

Dieta Cariogénica.-

Para poder determinar substratos cariogénicos se recurrió de nuevo a los estudios por medio de sondas gástricas, pero, esta vez, suministrado por la sonda sólo por uno de los elementos nutricios de la dieta, es decir, hidratos de carbono, proteínas o lípidos, - mientras los otros dos eran provistos por vía bucal.

De esta manera se pudo comprobar que es la supresión de los hidratos de carbono la que lleva a la eliminación de la caries; dicho - de otra manera, los substratos cariogénicos están compuestos esencialmente de hidratos de carbono.

Como se dijo, existen dos pasos en el proceso de la caries dental que requieren del metabolismo bacteriano del substrato cariogénico: la formación de placa y la de ácidos.

El principal substrato para la síntesis de dextranos en placa cariogénica, es la sacarosa o azúcar común. También debe ser utilizados otros polímeros para la formación de placa ya que estos no - necesitan sacarosa para su síntesis, que puede efectuarse a partir de otros azúcares y aún de proteínas.

La placa inducida por sacarosa es, sin embargo, la más abundante y la que provee aparentemente las mejores condiciones para la formación de caries.

La placa radicular, que esta compuesta sobre la base de levavos y otros polisacáridos similares, puede ser formada a partir de azucares o almidones, los alimentos que constituye a la formación de placa son principalmente los que contienen azucares en especial sacarosa y almidones.

La formación de ácido es, el resultado del metabolismo bacteriano de cualquier hidrato de carbono fermentable.

La formación de caries por los azucares depende, más que de la cantidad que estos se ingiere, de una serie de características de los alimentos de que dichos azúcares forman parte.

Diversos estudios clínicos han demostrado que los factores mas importantes son:

1.- La consistencia física de los alimentos, especialmente su adhesividad; los alimentos pegajosos, como las golosinas, cereales azucarados, etc. ya que permanecen por más tiempo en contacto con los dientes, y por lo tanto, son mas cariogénicos.

Los alimentos líquidos, como las bebidas azucaradas, ya que estas se adhieren muy poco a los dientes y por tal motivo son consideradas como poseedores de una limitada actividad cariogénica, siempre y cuando no se abuse de ellos.

Como un consejo, a los pacientes con caries rampante se les debe recomendar la reducción de la ingestión de toda clase de alimentos con azúcar, incluyendo las bebidas azucaradas.

2.- Previendo la formación, o procediendo a la eliminación inmediata de los agentes que atacan el medio dentario.

1.- Métodos para aumentar la resistencia de los dientes a la ca
ries.

En términos generales es posible describir dos tipos de procedi-
mientos para producir dientes "resistentes" à la caries: proce-
dimientos preruptivos, particularmente aquellos que operan du-
rante el período de formación de los dientes y procedimientos
posteruptivos.

Para lograr dientes resistentes durante el período de formación
de los mismos han incluido, con el transcurso del tiempo, el
uso de factores nutricios como minerales, cuyo tipo, cantidad
y proporción en relación con los factores dietéticos como las
proteínas y azúcares, y, asimismo el empleo de distintas vita-
minas y combinaciones de estos alimentos "protectores".

De todo esto ha surgido una sola conclusión clara y definitiva
y es que a todos los factores nutricios ingeridos durante los
períodos de formación y maduración de los dientes, el único -
que ha demostrado un claro efecto beneficioso es el "Flúor".

La ingestión de flúor durante los períodos mencionados produce
una acentuada reducción de la incidencia de caries por medio
de la incorporación de aquel al esmalte en formación que por tal
mecanismo se hace más resistente al ataque cariioso.

La fluoración de el agua de consumo es el método más práctico pa-
ra proporcionar flúor a la población.

Una vez que los dientes han aparecido es aún probable aumentar
su resistencia a la caries mediante aplicaciones tópicas de flúo-
ruros.

2.- Modificación del ambiente dentario.

Universalmente se acepta que por lo menos deben coexistir dos factores en el ambiente que rodea a los dientes para que la caries se produzca: una flora cariogénica y un substrato que la soporte. Conversamente, la supresión o disminución de estos factores conduce a la eliminación o reducción de caries.

e) Reducción de la flora bacteriana o su metabolismo.

El espectro de los organismos potencialmente cariogénicos ha sido reducido por medio de estudios gnotobióticos, es decir, estudios en que animales libres de gérmenes son infectados con especies bacterianas conocidas, a unas pocas cepas microbianas, la más perniciosa de las cuales es la de los estreptococos.

Los lactobacilos que antes eran considerados los agentes más importantes si no es que no los únicos en la producción de caries, probaron en estos estudios ser sólo marginalmente cariogénicos.

El mecanismo de formación de caries por los organismos mencionados comprende dos pasos:

Primero, la formación de placa y luego la de ácidos.

Ciertos organismos cariogénicos son capaces de efectuar ambas. Los intentos realizados para eliminar totalmente la flora bucal, incluyendo la cariogénica, en seres humanos, han determinado hasta ahora en el fracaso.

FLUOROSIS DENTAL

A la fluorosis dental también se le denomina esmalte moteado, y es ocasionada por una mayor concentración de fluor en el agua.

Su característica clínica consiste en pequeñas o grandes manchas - que van desde el amarillo claro, hasta el café oscuro; a consecuencia de la cantidad de fluor que contenga el agua.

CLASIFICACION DE FLUOROSIS DENTAL EN GRADOS

- 1.- Dudosa.- el esmalte presenta pequeñas manchas blancas y cierta translucidez, siendo su diagnóstico bastante difícil.
- 2.- Muy ligera.- encontramos manchas de color amarillo claro y abarcan aproximadamente el 25% de la superficie del diente (es más común en la región de premolares y molares).
- 3.- Ligera.- las manchas son semejantes al grado anterior, pero abarca el 50% de la superficie del diente.
- 4.- Moderado.- casi toda la superficie del diente está afectada y la pigmentación es de color café claro.
- 5.- Severa.- se encuentran manchas de color café oscuro ó hipoplasia del tejido adamantino (escasa formación del tejido adamantino).

ENFERMEDADPERIODONTALNIVELES DE PREVENCIONPROCESO

Prevención primaria
(Cambios periodontales
reversibles)

Tejido susceptible a la alteración

Estructuras bucales predisponentes a la acumulación de detritos orales

Placa dental

Cambios inflamatorios
(reversibles)

Prevención secundaria
(Cambios irreversibles
y destrucción moderada)

Alteración del tejido blando

Reabsorción ósea

Pérdida del soporte del diente

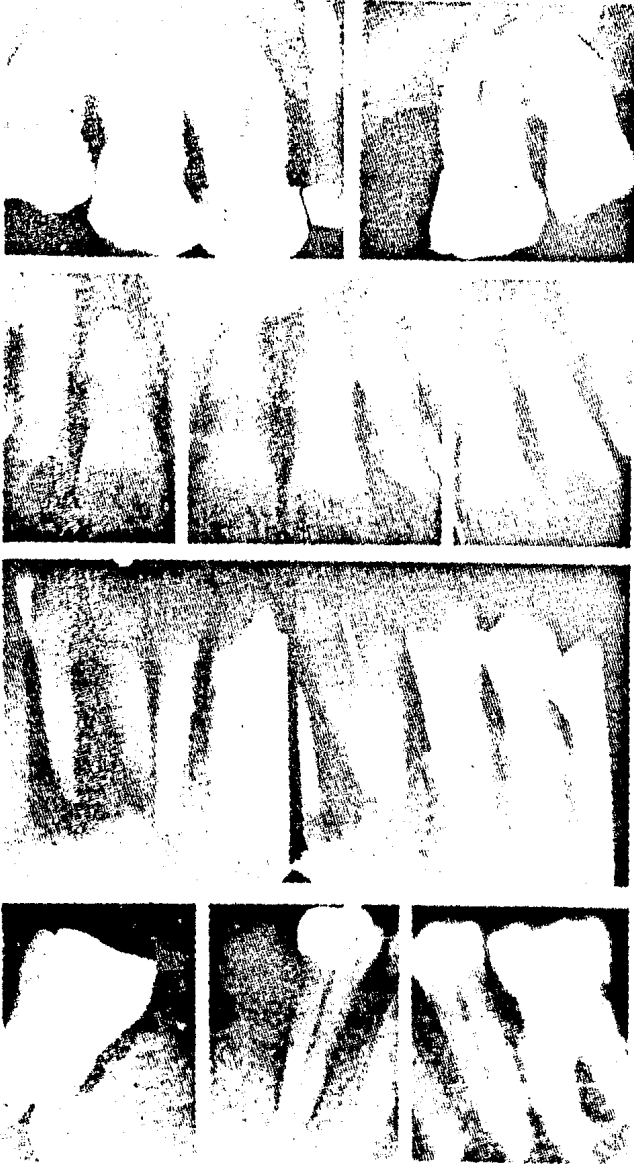
Prevención terciaria
(Enfermedad avanzada y
destrucción)

Aumento de la dificultad para eliminar los irritantes locales

Aumento de la pérdida del tejido blando y tenso

Pérdida del diente

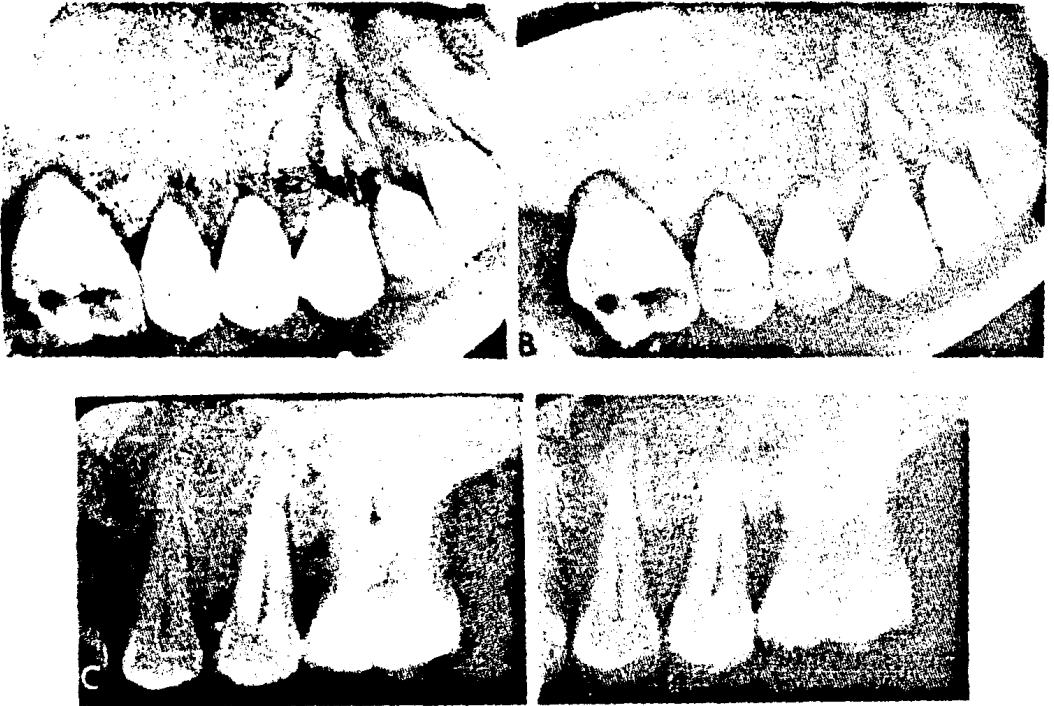
Esquema gráfico del proceso de la enfermedad periodontal y de los niveles en que pueden instituirse medidas preventivas.



Roentgenografía de un paciente con periodontitis avanzada al cual le habían dicho que "el único tratamiento que necesitaba" era el control de la placa.



Potesis periodontal. a) Tejido inflamado en cráteres interproximales poco profundas, b) Defectos óseos después de eliminar el tejido inflamado, c) Material subgingival eliminado de los defectos óseos antes de la ostectomía. La enfermedad ha progresado, - rebasando el estadio que respondería a la eliminación diaria de la placa de la superficie.



A) Gingivitis con edema y pseudo bolsas seis años después del tratamiento periodontal. B) La profundidad del zurco gingival es normal después de la reducción de la gingivitis mediante una higiene oral personal eficaz. C) Izquierda; Disminución de la densidad - del hueso interalveolar durante la inflamación gingival. Derecha; Imágen de la densidad normal del hueso después de ceder la inflamación.

4º MÉTODOS DE FISIOTERAPIA ORAL.-

El predominio de la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes que produce, indican que los anteriores esfuerzos de los profesionales no lograron motivar a la gente para que practicara una higiene oral adecuada.

El fracaso puede obedecer a la falta de interés del paciente, por la salud oral, a la ignorancia respecto a la enfermedad periodontal o a la falta de instrucciones eficaces por parte del personal dental.

El método para instruir sobre higiene oral popularizado por Arnim, utiliza un arsenal sencillo, sigue principios educativos básicos y permite que el paciente adopte el método que a él le resulta más cómodo.

Utiliza una oblea reveladora que contiene un colorante vegetal soluble en agua.

Este colorante que no tinte de manera permanente los dientes o las restauraciones, es bastante específico para localizar las acumulaciones bacterianas.

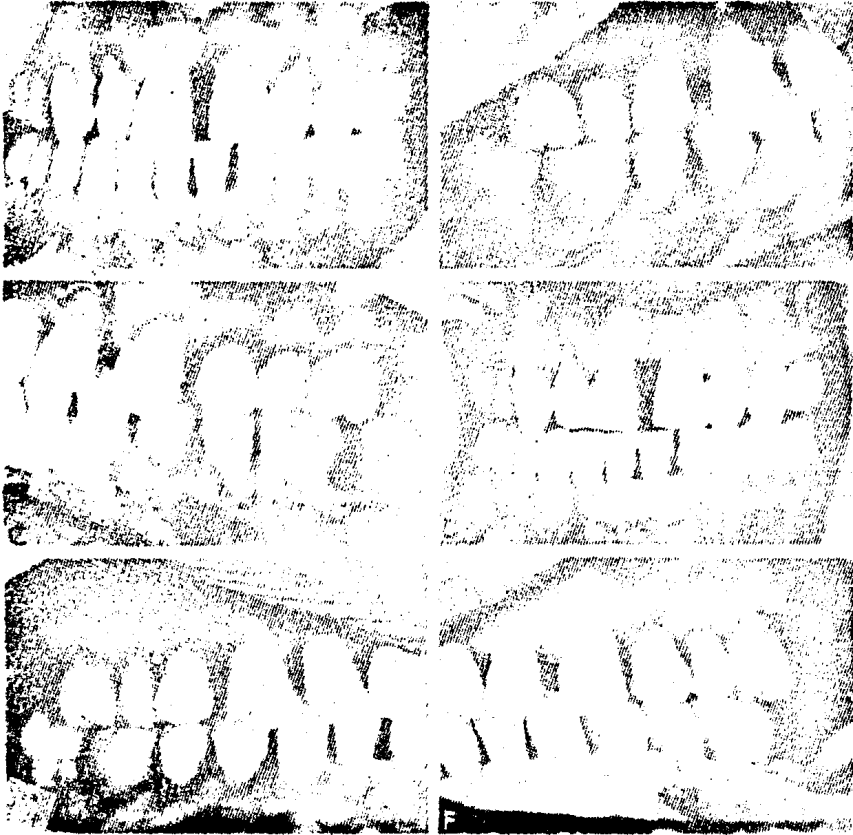
Se indica al paciente que mastique la oblea y "bombe" la saliva al rededor de los dientes con el fin de distribuir el colorante.

Las acumulaciones bacterianas resaltan de manera impresionante - gracias al color rojo que les presta el colorante y se le hace ver al paciente en un espejo para demostrarle la extensión de su problema y fijar una meta que ha de alcanzar lo antes posible.

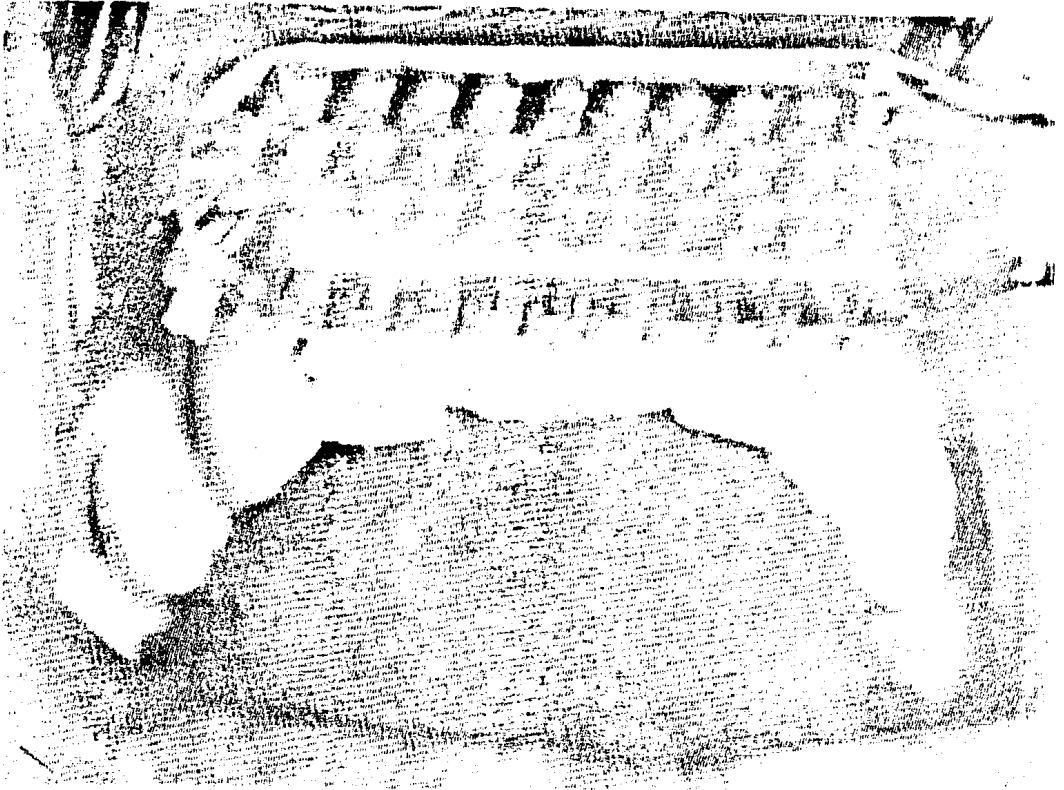


Lesión crónica de las papilas gingivales causada por presión exce
siva con una punta de goma.

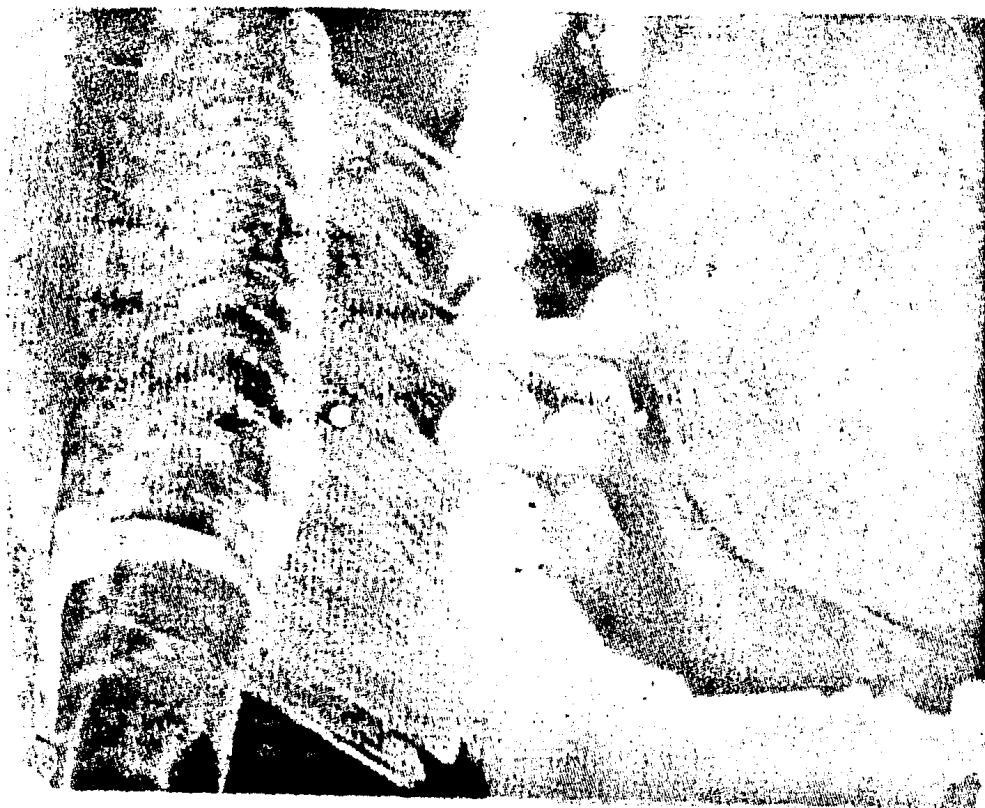
El aspecto graneado de la encía puede ser debido también a otras
formas de irritación crónica.



Tres años después del tratamiento periodontal un paciente descuidó todas las técnicas de higiene oral personal durante unas semanas. A) Cara anterior, B) y C) Cara posterior, D) Cara anterior seis - semanas después de un tratamiento profiláctico y de reanudar una higiene oral eficaz, E) y F) Cara posterior.



Aplicación del cepillo a la cara labial de los incisivos mandibulares.



Uso del cepillo en la cara bucal de los dientes posteriores mandibulares.

Se recomienda al paciente un cepillo dental de cerdas suaves de nilón, que no cause molestias ni erosiones en los dientes, y se le dan las mínimas instrucciones para su uso.

También se recomienda la seda dental no encerada. Se instruye al paciente para que la inserte a través de las zonas de contacto en cada uno de los espacios interproximales.

Este sencillo método ha procurado a la odontología una arma poderosa en la lucha para la prevención de la enfermedad periodontal.

5º CLAVES PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE

Si se exceptúa la fluoración del agua, casi todas las demás medidas preventivas requieren la actuación o los esfuerzos por parte del paciente.

Algunos exigen un cambio de hábitos higiénicos; otros requieren que pague el tratamiento el odontólogo.

La educación eficaz destinada a producir en el paciente los cambios necesarios es fundamental en la Odontología Preventiva.

Como el dentista, más que exponer hechos debe intentar que se modifiquen la actitud y la motivación.

En la educación sanitaria, el problema del dentista es la comunicación de información sanitaria a la gente de tal manera que la apliquen en su vida diaria.

Cualquier comentario sobre los métodos de cepillado resultará prematuro e eficaz a menos que el paciente se convenza primero de que es susceptible a la enfermedad periodontal, de que se trata

de un problema grave que puede producir la pérdida de los dientes, y de que el cepillado será eficaz para evitar la enfermedad. Para que sean eficaces, los esfuerzos educativos del dentista deberán hacerse a la medida para adoptarse a las necesidades individuales, tomando en cuenta el sistema de valores de cada individuo y la motivación que pueda resultarle más atractiva.

Los esfuerzos para motivar con adolescentes tal vez haya que enfocarlos exclusivamente a la mejoría de su aspecto, se trata de un chico o una chica.

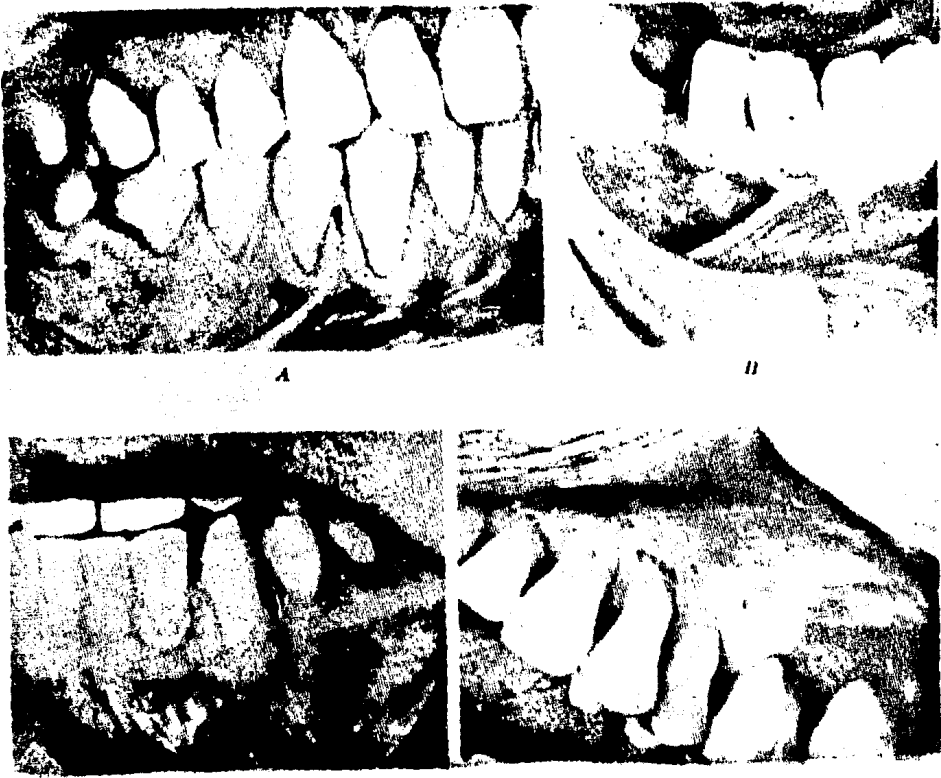
La motivación del padre del adolescente, que tal vez sea un atareado hombre de negocios, habrá que contrarérle en las ventajas de la economía, o largo plazo en tiempo y en dinero que se lograrían con un tratamiento dental preventivo inmediato.

Existen diversos métodos utilizables para la educación de los pacientes.

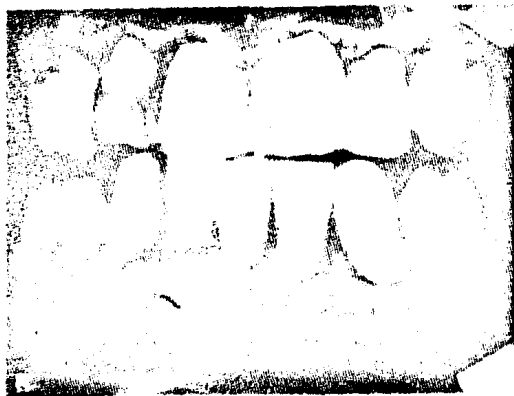
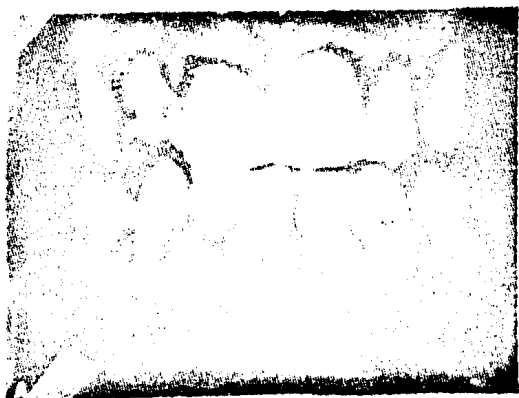
El de uso más frecuente en las cuestiones dentales consiste en conversaciones entre el dentista y el paciente (o entre el personal auxiliar y el paciente). El término conversación implica el uso de una terminología sencilla.

Para que produzca frutos, la sesión sobre educación sanitaria ha de consistir en una discusión con el paciente más que en darle una conferencia.

Para reforzar la acción del personal auxiliar y ahorrar tiempo ca be recurrir a diversas ayudas visuales, como folletos y libretos, películas cortas y diapositivas.



A), B) y C) Retracción gingival e irritación del borde libre de la encía causadas por el uso rudo del cepillo de diente. D) Recesión crónica por cepillado y lesión aguda por el uso de un cepillo de dientes nuevo de cerdas rígidas.



A) Gingivitis antes de recibir las instrucciones sobre cepillado.

B) Dos semanas después de la demostración sobre cepillado. Este hombre de 22 años había consultado a tres dentistas durante el año anterior. Les aseguró que se cepillaba cuidadosamente tres veces al día. Ninguno de ellos le pidió que demostrara su método de cepillado y no le dieron ninguna instrucción al respecto. Todos le recetaron vitamina C. No había acreaciones ni bolsas.

Todo contacto con el paciente en el consultorio debe incluir algún tipo de experiencia educativa.

El empleo de colorante para teñir la placa establece el primer concepto básico.

Al mismo tiempo, en conversación entre el dentista y el paciente - con el auxilio de una película se prepara al paciente para que se - haga cargo de que la higiene oral descuidada "podría tener consecuencias serias" y de que "el pueda hacer algo para evitarlas".

Se fija una meta a breve plazo: la manera de eliminar el colorante de los dientes mediante el cepillado.

En cosa de pocos minutos, es decir, después de cepillarse los dientes, el paciente recibe su premio viendo con sus propios ojos en un espejo cuando bien ha alcanzado el fin que se había propuesto. Finalmente, se le da una cantidad de colorante para que la use en casa, de manera que pueda reforzar esta experiencia repitiéndola - periódicamente con el fin de proponerse una meta.

6º SERVICIOS CLINICOS PREVENTIVOS.-

Pese a los esfuerzos educativos encaminados a mejorar la higiene oral, en muchos pacientes se desarrollan agresiones alrededor de los dientes, las cuales, si no se eliminan periódicamente, acabarían por producir la enfermedad periodontal.

Después de la educación del paciente, la función más importante - del dentista y del higienista dental en la Odontología Preventiva es el raspado y la limpieza a fondo de los dientes periódicamente,

haciendo hincapié en la eliminación completa de las agresiones - y asperezas de las zonas subgingivales.

Si los pacientes han sido adecuadamente educados y motivados, - se dara cuenta de la importancia que tiene obtener este servicio de manera sistemática y periódica.

Les agradecerá que el dentista les planee un sistema de consultas a fecha fija para asegurar unas sesiones regulares.

Por desgracia, la limpieza y pulido de los dientes es un servicio cuya compensación ha sido siempre relativamente pequeña con respecto al valor del procedimiento.

Sobre todo en los pacientes con formación de depósitos extensos - de cálculo, un servicio adecuado requiere mucho tiempo.

No es probable que un dentista asegure a todos los dientes un ser- vicio de conservación periódico.

El dentista partidario de la prevención debe apoyar los esfuerzos que se realizan para construir nuevas escuelas de higiene dental y para agradecer las que ya existen.





7º PREVENCION DE LESIONES TRAUMATICAS.-

Los dientes anteriores de los niños son susceptibles a una amplia variedad de lesiones por accidentes, especialmente durante el -- período de dentición mixta.

Muchos de los accidentes podrían prevenirse, estimulando a los ni- ños para que tomen ciertas precauciones.

Todo programa de educación sanitaria dental destinado a las escue- las debería incluir instrucciones con respecto a los accidentes --

COMO EVITAR LA ROTURA DE DIENTES

FÚTBOL RUGBY	Llevar casco y protector bucal del tamaño adecuado		Circular con precaución un tiempo lluvioso: las carreteras mojadas y las hojas húmedas son especialmente peligrosas	CICLISMO
BÉISBOL	Llevar la careta de catcher al parar las pelotas		No empujar ni poner zancadillas a los otros patinadores. Llevar protector bucal en los partidos de hockey	PATINAJE SOBRE HIELO
BALONCESTO	Llevar protector bucal, especialmente en los partidos duros		¡No correr demasiado! Dominar los patines. No sujetar a los corredores	PATINAJE SOBRE RUEDAS
BOXEO	Llevar siempre protector bucal		No golpear ni empujar a nadie mientras bebe en un botijo o en una fuente	BEBIDA
CARRERAS	No empujar ni derribar a otro participante. Atención a los objetos peligrosos		Permanecer sentado. No saltar, ni pasar por debajo de un columpio en movimiento	COLUMPIO
VIAJES EN AUTOMÓVIL	Atención a los frenazos bruscos. Ponerse el cinturón de seguridad		Atención a los árboles y otros obstáculos que pueda haber en la senda	TRINEOS
NATAción Y SALTOS	Usar la escalera para salir de la piscina. No correr ni empujar		No empujar ni poner zancadillas a los compañeros de juego	PATIO DE RECREO
TREPAR A LOS ÁRBOLES	No subir nunca a un árbol mojado. Asegurar los pies en todo momento		Ir con un alpinista experto. Comprobar la firmeza de la roca y de los apoyos de los pies	ALPINISMO

La "carta del diente roto" es buen medio auxiliar para la educación sanitaria dental.

que puedan provocar lesiones dentarias y sobre los medios para evitar dichos peligros.

Muchos jugadores que practican deporte de contacto pierden dientes, o sufren lesiones en ellos.

Los protectores bucales pueden eliminar, o al menos reducir notablemente, los daños estéticos o funcionales de los dientes.

Puede organizarse un esfuerzo cooperativo de un grupo de dentistas o de una sociedad dental para el suministro de protectores, con la ayuda de auxiliares de manera que el servicio exija relativamente poco esfuerzo a cada práctico.

8º DETECCION PRECOZ DEL CANCER ORAL.-

Cada año mueren casi tantas personas de cáncer oral como de accidentes de automovil. La única medida preventiva conocida es el diagnóstico precoz de la lesión cancerosa para poder aplicar el tratamiento.

Para tratar una lesión precoz, primero hay que descubrirla; por consiguiente es indispensable.

Las muertes de cancer oral son especialmente trágicas porque muchas podrían evitarse.

En muchas partes del cuerpo no se descubren lesiones precoces porque el examen físico no puede realizarse sin recurrir a la cirugía exploradora.

Por el contrario todas las partes de la cavidad oral son facilmente accesibles al examen, de modo que debería ser posible la detección precoz.

Muchas lesiones de cancer oral son curables, si el tratamiento se instituye en los comienzos. Por desgracia Cahn y Slaughter, incluso en las zonas donde se dispone de la mejor asistencia médica, la proporción de curaciones no pasa actualmente del 30%.

Ninguna otra técnica preventiva ofrece al dentista mejores oportunidades que el examen a fondo del tejido blando. Y al inversa, si se procede con negligencia. La manera de proceder a un examen meticuloso del tejido blando no es difícil de aprender y es fácil de realizar.

El principal problema estriba en que, no son muy frecuentes las lesiones orales malignas, el dentista no tiene siempre presente la necesidad de efectuar un examen a fondo. Se requiere un sentido de la disciplina y una dedicación al bienestar del paciente extraordinario para que el dentista realice este servicio constantemente - ante el hecho de que las lesiones, aunque de suma importancia cuando existen, no se observan con frecuencia.

9º ODONTOLOGIA PREVENTIVA PARA LOS PACIENTES CON PROBLEMAS ESPECIALES.-

Las endiduras orales figuran entre las deformaciones congénitas más corrientes.

El dentista práctico corriente no suele desempeñar un papel central de la asistencia primaria de los niños con endiduras, pero se pueden requerir sus servicios para que se encargue de continuar la restauración básica en estos onfortunados paciente.

Pocos enfermos hay en la práctica general para los cuales sea más -

importante la Odontología Preventiva. Muchos aspectos de la rehabilitación de las hendiduras orales depende de la conservación de la dentadura natural. Los dientes son importantes en la losopedia, en la Terapéutica ortodóntica para modificar el contorno de las arcadas lesionadas, y algunas veces como apoyos de los dispositivos para corregir la palabra o de tipo protésico.

La Odontología restauradora corriente aplicada a estos niños diffiere poco de la que precisan los niños normales.

La diferencia principal consiste en que las sesiones han de ser más frecuentes, todos los dientes se han de restaurar lo más pronto posible, y se ha de utilizar toda la gama de métodos de prevención primaria de la caries dental. Hay diversos defectos del desarrollo que afectan a los tipos de calcificación y erupción: por ejemplo, la amelogénesis imperfecta y la displacia ectodérmica. En circunstancias ordinarias, la reconstrucción y la rehabilitación serán realizadas por un odontopediatra, aunque el dentista general puede estar en condiciones de prestar la asistencia corriente y vigilar el caso.

Muchos individuos con defectos físicos les resultara difícil conseguir asistencia dental.

Los que padecen parálisis de una o más extremidades (parapejicas y cuadripléjicas), los afectados de parálisis cerebral, los epilépticos y las personas de edad avanzada o enfermizas.

10° RECURSOS DE LA COMUNIDAD AL ALCANCE DEL PRACTICO GENERAL.-

a) Escuelas:

El por qué de que las personas adopten o no la actitud adecuada con respecto a su salud constituye un problema' complejo que no resulta fácil aclarar.

Es muy probable que las razones de su comportamiento no esten directamente relacionadas con la salud. Es muy probable que la - motivación para buscar asistencia dental, conservar los dientes naturales y utilizar las prácticas caseras adecuadas sea también el resultado de complejos procesos de tipo social no siempre en relación directa con la salud dental.

La incorporación del niño a la sociedad, influida a la vez por el hogar y por la escuela.

En el proceso de incorporación a la sociedad, el cepillado de - los dientes, se adquiere junto con otros hábitos deseables, tales como lavarse las manos antes de comer, ser puntual en las citas y leer a cerca de los acontecimientos corrientes.

Como la mayor parte del día transcurre para el niño el ambiente de la escuela muchos de sus hábitos fundamentales se estableceran en ella; es importante, por consiguiente, que este ambiente le incline al aprendizaje de hábitos sanitarios correctos.

Por ejemplo: la cafetería de la escuela debe proporcionar dietas equilibradas que demuestren al niño lo que es una nutrición apropiada.

Se ha de disponer lo necesario para que los niños puedan cepillar

se los dientes inmediatamente después de terminar la comida de medio día.

Además del control de los factores ambientales, las escuelas proporcionan abundantes clases sobre educación sanitaria. Por desgracia, muchos profesores poseen conocimientos sanitarios relativamente limitados, por lo que no siempre desempeñan de manera adecuada sus responsabilidades con respecto a la formación sanitaria, especialmente sobre la higiene dental.

Por lo tanto, es importante que el dentista esté dispuesto a ayudar en caso necesario a la enseñanza de la higiene oral.

En el ámbito escolar, el dentista debe tener presente que su influencia en perfeccionamiento de la enseñanza de la higiene oral dependerá de su manera de enfocarla.

El Odontólogo debería adoptar la actitud de que ese papel es el de ayudar y colaborar en los esfuerzos que se estén haciendo en el terreno sanitario.

El dentista se ha de dar cuenta de que el tiempo dedicado a las clases es limitado y está sometido a tremendas presiones, por lo cual sus sugerencias y peticiones han de ser razonables.

Los miembros de la profesión dental sean acogidos favorablemente o no, dependerá de si están verdaderamente interesados por el bienestar global de los niños del ambiente escolar.

El inspector y sus colaboradores tienen muchas responsabilidades que no están directamente relacionadas con la Odontología.

Uno de los modos más eficaces de desempeñar el dentista su función en relación con la escuela es mediante la preparación de los maestros dentro de ella.

Los maestros han de ser debidamente preparados a cerca de los principios fundamentales para transmitir información a las mentes jóvenes.

En muchas circunstancias el dentista debería únicamente servir como persona a la cual recurrir en busca de información técnica, dejando a los maestros la labor de comunicar la información al niño en su desarrollo.

En muchos casos la participación del dentista en las actividades de una clase debería limitarse a situaciones evidentemente elegidas.

El dentista podría presentarse ante los niños mayores para contestar las cuestiones técnicas específicas que pudieran plantearles sobre Odontología.

La mayoría de los niños en edad escolar tienen alguna lesión de caries y han de ser atendidos periódicamente por su propio dentista para los exámenes de rutina y los cuidados oportunos.

La existencia oral dental de los indigentes ha sido muy limitada en el pasado.

Sin embargo, en años recientes se ha destinado nuevos fondos federales a las escuelas, y en muchas comunidades se han organizado nuevos programas, para proporcionar servicios dentales a los niños pobres.

Los odontólogos acticos deben estar alerta ante el desarrollo de -
tales programas para poder ofrecer sus consejos cuando se planea.
La familia menesterosa suele vivir en zonas alejadas de los consul-
torios dentales, a veces sin medios de transporte. Además, estas
familias es poco probable que tomen la iniciativa de acudir al -
dentista y que sigan hasta el fin del tratamiento recomendado.
Por esta razón, el personal de la escuela a menudo considera más -
fácil, desde el punto de vista administrativo, poner en marcha
clínicas centralizadas en las cercanías de la escuela.

Si los dentistas de una comunidad creen que la asistencia denta-
ria publica se ha de administrar a través de los practicos priva-
dos, han de estar preparados para surgir la manera de atender a -
los pacientes que se les remitan, señalar la hora para las sesio-
nes, indicar medio de transporte y control a los asistidos.

En el pasado los dentistas actuaban aveces como si la finalidad -
principal de la práctica odontológica fuera la extracción de to-
dos los dientes y la construcción de dentaduras completas.

Los demás servicios parecían simplemente expedientes temporales -
para que el paciente se sintiera comodo hasta que las repetidas
lesiones de caries o las destrucciones de la enfermedad periodontal
llevaran inevitablemente a la pérdida de todos los dientes.

Semejante actitud frente a los pacientes tal vez no fuera hace -
unos años, cuando la Odontología se limitaba a unas técnicas mecá-
nicas.

Por fortuna durante los dos últimos decenios la Odontología ha -
realizado grandes progresos.

Se han desarrollado nuevos conceptos y métodos de prevención, se dispone de materiales restauradores perfeccionados y, lo que probablemente es más importante, la profesión ha aprendido como prevenir y tratar la enfermedad periodontal.

Se inclina a creer que el objetivo final de la práctica odontológica es la conservación de toda la dentadura sana y con una buena función durante toda la vida del paciente, y que en vista de los conocimientos actuales, esta es una meta realista.

En poco más de un siglo la Odontología ha pasado de ser una profesión de cierta categoría practicada por algunos individuos con una instrucción y unos conocimientos limitados, a convertirse en una profesión importante, científicamente orientada, y prestigiosa.

Son de esperar cambios todavía más impresionantes durante la vida del dentista que actúa hoy en día.

Los cambios en el estado de salud oral de la población deben mejorar la actitud del público ante la Odontología y estimular el -
aprecio por sus servicios refinados y eficaces.

PAPEL DEL PRACTICO GENERAL EN LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD

Tanto el dentista atiende pacientes en forma individual como si lo hace en grupos, sus esfuerzos profesionales influyen sobre la salud del público.

Tradicionalmente, los dentistas con práctica general han prestado servicios sanitarios consciente o inconscientemente.

En los primeros tiempos de la profesión todos los esfuerzos encaminados a mejorar la salud dental pública tanto de los individuos con práctica privada.

Al aumentar la apreciación del público por la salud oral, algunos organismos e instituciones emplearon dentistas para que proporcionaran su asistencia a ciertos sectores de la población.

De manera natural, miembros de la profesión llegaron a ser considerados como odontólogos especialmente interesados por la salud pública.

Esta tendencia culminó en la creación de unos programas para postgraduados en Odontología sanitaria.

El desarrollo de este campo de la especialización es fruto natural de la ampliación de los programas en sectores tales como la epidemiología, la comunicación, la administración y el desarrollo de métodos para modificar el comportamiento humano.

Sin embargo el desarrollo de una especialidad de sanidad dental ha tenido el desafortunado resultado de disminuir el interés del práctico privado por el mejoramiento de la salud dental del público globalmente considerado.

Ademas, se han combinado varios factores que han desacreditado en cierto modo el término sanidad.

La profesión ha reconocido desde hace tiempo que el dentista ha de estar capacitado y dispuesto a actuar a nivel de la comunidad, así como dentro de los límites de su propio consultorio.

En años recientes las escuelas dentales progresivas han comenzado a crear nuevos departamentos dedicados a la Odontología Preventiva y a la sanidad pública con el fin de preparar mejor a los dentistas para que actúen eficazmente en su práctica privada en relación con la comunidad y con la orientación de las medidas preventivas.

Estos departamentos se preocupan no de la enseñanza tradicional de la sanidad, sino de la creación de un concepto amplio de la Odontología Preventiva, que abarque no solo los procedimientos técnicos y clínicos, sino también las relaciones con los pacientes y la actuación del dentista como dirigente de la comunidad.

En el núcleo de este nuevo auge de la Odontología esta el hecho de haber descubierto que la habilidad técnica, aunque importante, no es suficiente; para mejorar la salud de sus pacientes el práctico ha de estar dotado de habilidad social.

En pocas palabras el problema radica en que el dentista no puede prestar los servicios profesionales más modernos y eficaces a menos que disponga de un paciente que desee gozar de una buena salud oral, que tenga la posibilidad y el deseo de pagar unos honorarios por tales servicios, y que esté dispuesto a cooperar en los

métodos de higiene oral y de conservación.

La habilidad para hacer comprender al paciente los riesgos que acarrea la no situación de los dientes que faltan, puede ser un prerequisite necesario para la utilización de la capacidad de construir restauraciones protésica fijas.

NECESIDAD DE LA ODONTOLOGIA DE LA COMUNIDAD Y DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

El observador no iniciado tal vez considere con recelo esta insistencia en la prevención, suponiendo que es mayor el interes del público pero no el de la profesión.

Puede preguntarse si, al servir mejor al público, la profesión no se pone a si misma (en situación de paro). Por el contrario, un análisis de las tendencias actuales indican que tanto el público como la profesión salen ganando con la aplicación más eficaz de la Odontología Preventiva.

NECESIDADES DENTALES CONTRA DEMANDAS DENTALES

Muchas enfermedades dentales son crónicas y recurrentes. Por ejemplo: las huellas de un ataque de caries permanece en la boca sea como lesión abierta, como obstrucción o como espacio resultante de una extracción exigida por haber descuidado demasiado tiempo la lesión. Asimismo, la pérdida de hueso de sostén producida por la enfermedad periodontal generalmente es progresiva, o al menos irreversible, y puede detectarse en la boca mientras se conserva

el diente, tanto si la enfermedad está en fase de actividad como si se mantiene latente. A medida que aumenta la edad del paciente, resulta más difícil diferenciar entre dientes extraídos por sufrir lesiones de caries que es la causa principal de la pérdida de los dientes durante las tres primeras décadas de la vida y los perdidos en la edad adulta por efectos de la enfermedad periodontal.

Lo evidente, sin embargo, es el número de lesiones orales que se han ido acumulando con los años.

El problema de las enfermedades dentales crónicas y del aumento de las cifras de incidencia al aumentar la edad, se combina con la negligencia general en seguir un tratamiento con regularidad. Sin embargo, en la práctica, las ideas de los pacientes sobre lo que constituye una salud dental aceptable a menudo difieren considerablemente de los patrones profesionales, y los pacientes pueden optar por no buscar la asistencia dental.

Asimismo, los que desean una asistencia dental regular, es posible que no dispongan de los recursos necesarios para obtenerla. Por estas razones la necesidad de tratamiento y la demanda de servicios con frecuencia difieren mucho.

Puede suponerse, por ejemplo, que el 100 % de la población, al menos en los grupos de edad más jóvenes, requieren de un tratamiento dental regular; y sin embargo, solamente del 15 al 20 % solicitan este tipo de servicio dental.

Casi toda la población padece de enfermedades dentales crónicas e irreversibles que no pueden tratarse con consejos o prescripciones, sino que exige servicios profesionales que requieren tiempo.

Con los conocimientos y la práctica profesional actuales, casi todos los individuos deberían conservar la mayor parte de los dientes permanentes, si no es que todos durante su vida.

PROBLEMAS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD.

Buen número de problemas importantes de los dientes son, de hecho problemas de la comunidad, más que dificultades con los pacientes individuales.

Los pacientes no llegan al consultorio del dentista procedentes del vacío, sino de una comunidad vital y activa.

Sus actitudes hacia el dentista y la asistencia dental refleja en gran parte las ideas y las actitudes de aquellos con los cuales están asociados; familias, amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

La renuncia a aceptar las recomendaciones del dentista con frecuencia refleja un consenso general entre las personas relacionadas con el paciente.

Tenemos la esperanza de que el dentista procederá con energía a educar eficazmente a los pacientes con los cuales entre en contacto y, en algunos casos, podrá cambiar su actitud con respecto a la salud oral.

El problema de la ignorancia y apatía ante la salud oral es, pues, un problema de la comunidad.

Una solución positiva requiere de esfuerzos educativos a nivel comunitario a través de las escuelas.

Si el dentista no llega a participar en actividades, tales como programas, su actitud equivale a una abdicación de su oportunidad y su responsabilidad en influir sobre las actividades de la comunidad - en general y, por consiguiente, en las actitudes y acciones de sus propios pacientes.

Finalmente, el grado de intervención del dentista en los asuntos - de la comunidad en que vive será un factor importante en la determinación de la actitud del público ante la Odontología y los derechos y privilegios que se le conceden como profesión sanitaria.

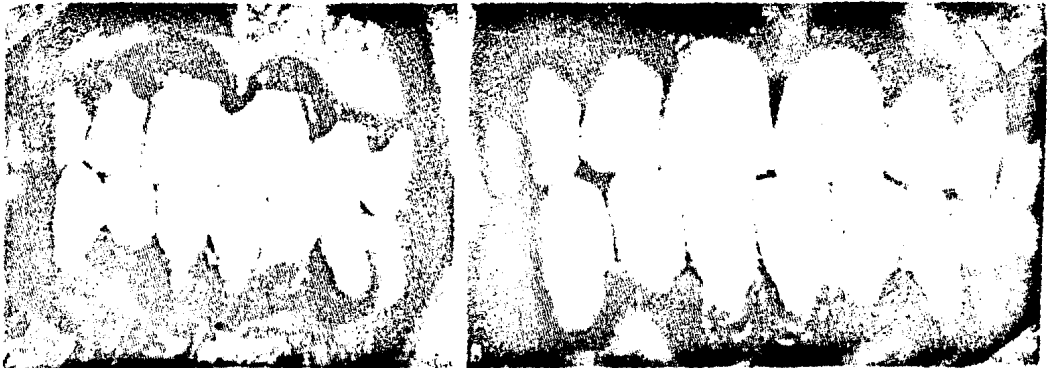
La Odontología dependerá del respeto y de la gratitud del público - que ha estado bien servido, no solamente en el consultorio del dentista, sino en otros aspectos de la vida de la comunidad.

PROGRESION DE LA CARIES DENTAL SEGUN LOS DIENTES Y SUPERFICIES
AFFECTADAS.


<u>CLASIFICACION</u>	<u>DIENTES AFFECTADOS</u>	<u>SUPERFICIES AFFECTADAS</u>
Caries muy leve	$\frac{67}{67}$	focetas oclusales
Caries leve (caries común)	$\frac{67}{67}$	focetas oclusales y proximales.
Caries moderada	$\frac{67}{67}$	Oclusal proximal vestibular y lingual de $\frac{4567}{567}$
	$\frac{45}{5}$ $\frac{12}{12}$	Proximales de 12 focetas linguales de 2 cervicales de $\frac{67}{67}$
Caries intensa grave	$\frac{1234567}{4567}$	Proximales y oclusales. Areas cervicales de $\frac{13567}{567}$
Caries muy grave	$\frac{1234567}{1234567}$	Proximal de $\overline{123}$ Areas cervicales de $\frac{1234567}{1234567}$

El orden de susceptibilidad de los dientes a la caries es :

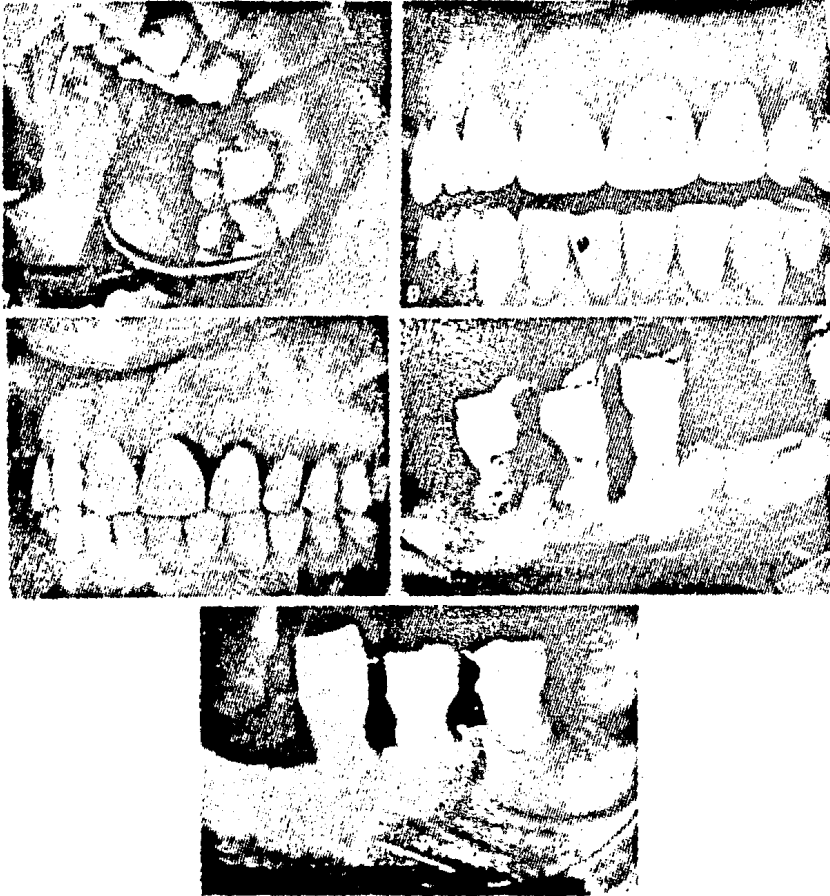
$\overline{67}$, $\underline{67}$, $\underline{75}$, $\overline{22}$, $\underline{21}$, $\underline{43}$, $\overline{4}$, $\overline{3}$, $\overline{1}$, $\overline{2}$



A) Mujer de 26 años antes de recibir instrucciones sobre higiene oral. B) Mejoría tras la instrucción preliminar. A continuación se ha de eliminar el cálculo subgingival; luego se reanuda la instrucción sobre higiene oral. Sería posible una nueva disminución de la gingivitis con solamente la higiene oral, pero no sería una terapéutica racional y solo se haría en el caso de que el paciente fuera un sujeto de estudio.



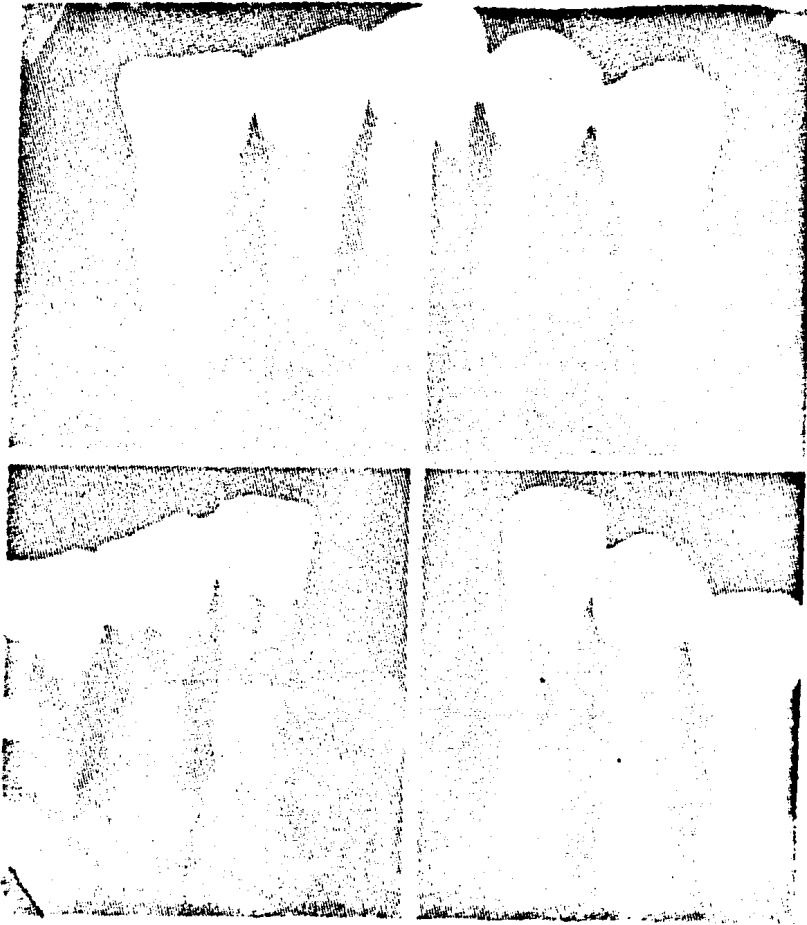
Lesión gingival severa sobre el segundo molar maxilar. El dentista de la paciente le había aconsejado que se diera masaje en las "encías" con el cepillo de dientes aunque le produjera dolor. Pero éste llegó a ser tan intenso que solicitó una consulta.



A) Hendidura formada en el lado palatino de la papila gingival - entre los molares maxilares primero y segundo por el uso incorrecto y repetido se Stim-U-Dents.

B) Paciente con encia maxilar sana. Las papilas ocupan completamente los espacios interdetales y estan contraindicados los ingtimuladores interproximales.

Debe usarse con cuidado el hilo dental.



Arriba: Aspecto roentgenografico después del tratamiento y de la colocación de una férula fija.

Abajo: Abrasión cinco años después del tratamiento.

1.- LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.

ALVIN L. MORRIS, D.D.S. P.h.D.

Vicepresidente segundo del Centro Médico y profesor de Medicina oral y Diagnóstico oral.

Colegio de Odontología, Universidad de Kentucky.

HARRY M. BOHANNAN D.M.D.M.S.D.

Decano del Colegio de Odontología y Profesor de Periodoncia, Universidad de Kentucky.

Traducción dirigida y prolongada por el Dr. GUILLERMO MAYORAL HERRERO, Jefe de la sección de Ortodoncia, Hospital de San Juan de Dios,

BARCELONA, EDITORIAL LABOR, S.A.

BARCELONA- MADRID- BUENOS AIRES- BOGOTA- CARACAS- LISBOA- QUITO- RIO DE JANEIRO- MEXICO- MONTEVIDEO.

2.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

SIMON KATZ,

INDIANAPOLIS,

OCTUBRE DE 1974,

3.-ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA.

JOHN F. PRICHARD,

Doctor en Cirujía Dental,

EDITORIAL LABOR, S.A.

BARCELONA- MADRID- BUENOS AIRES- BOGOTA- CARACAS- LISBOA- QUITO- RIO DE JANEIRO- MEXICO- MONTEVIDEO.

CONCLUSIONES

La odontología preventiva juega un papel muy importante dentro de la Odontología General.

Entre la finalidad de la Odontología figura el desarrollo de una sensibilidad social por parte del dentista, de que se sienta estimulado a extender sus actividades profesionales a toda la comunidad.

Para actuar a nivel de la comunidad es fundamental la dedicación a la Odontología Preventiva. Como la prevención es la meta final. La Odontología se centra principalmente sobre las medidas preventivas.

La Odontología Preventiva suministra las armas contra las enfermedades y los instrumentos de trabajo o metodos que nos valemos para llevar a cabo dicha prevención.

Es la parte de la Odontología que trata de los diferentes métodos - por medio de los cuales se puede prevenir las alteraciones y enfermedades orales.

Esta constituida por una suma de conocimientos que cuando son apreciados en la clínica particular o servicios sociales.

Para prevenir total o parcialmente las enfermedades y alteraciones - que comprenda el odontologo.