

398

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA
PREVENTIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MA. MAGDALENA SALINAS MAYORGA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1988.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

I .- GENERALIDADES SOBRE ODONTOLOGIA PREVENTIVA

- DEFINICION
- ENFERMEDAD
- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

II .- CARIES

- ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL
- PREVENCIÓN DE CARIES
- DIETA Y CONTROL DE CARIES
- PLACA BACTERIANA

III.- APLICACION TOPICA DE FLUOR

- GENERALIDADES DEL FLUOR
- TIPOS DE FLUOR
- PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y APLICACION DEL FLUOR

IV.- METODOS DE CEPILLADO

- TIPOS DE CEPILLADO DENTAL
- AUXILIARES DEL CEPILLO DENTAL

- DENTIFRICOS
- TECNICAS DE CEPILLADO

V.- RELACION PACIENTE - ODONTOLOGO

- GENERALIDADES
- RELACION NIÑO - ODONTOLOGO
- RELACION ADOLESCENTE - ODONTOLOGO
- RELACION ADULTO - ODONTOLOGO
- RELACION ANCIANO - ODONTOLOGO

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.-

Hoy en día la Odontología Preventiva ha cobrado gran importancia, debido a los grandes descubrimientos realizados en los laboratorios de investigación.

La actividad Odontológica con el paso de los -- años, fué adquiriendo seriedad científica hasta establecerse como una ciencia propiamente dicho.

La Odontología Preventiva tiene como principal objetivo el estudio de la etiología y la prevención de las enfermedades bucales más comunes como son: la caries y la enfermedad parodontal.

La caries dental ha afectado a la humanidad desde sus comienzos y sin embargo, hasta ahora no se ha podido reducir apreciablemente su incidencia. Por el contrario ésta ha ido aumentando a medida que el hombre se ha modernizado.

Los recursos financieros y humanos son inadecuados para la represión eficaz de la enfermedad.

Sin duda alguna, la clave para afrontar el problema actual es:La prevención.

En México nos encontramos con que un 90 % de la población se encuentra con uno o más dientes enfermos.

Es esencial que se conozca a fondo los elementos de la prevención antes de asumir responsabilidades.

El presente trabajo tiene por objeto examinar y proporcionar mediante un análisis, las medidas preventivas que deberían ser puestas en práctica, tanto por los Odontólogos, como por los pacientes, ya que el cuidado dentario regular es la técnica más económica y eficaz de que disponemos en la actualidad para la eliminación de la caries y lo consiguiente conservar la integridad bucal.

Como vemos, es de gran importancia la prevención, pues con ello evitaremos molestias y ganaremos un mayor bienestar.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

DEFINICION.-

Odontología Preventiva.- Es la ciencia que trata de los diferentes métodos por los cuales se pueden prevenir las enfermedades orales.

Prevención.- Es el mejor tratamiento que se puede hacer en su momento dado, de la evolución de la enfermedad, cuando más precoz sea la actuación, mayores son las posibilidades de éxito, convencionalmente hablaremos de prevención - como el evitar un mal mayor.

La prevención en Odontología debe entenderse no solo en un sentido estricto, de impedir la aparición de enfermedad, ya que la finalidad de ésta es cualquier medida anterior a la evolución del procedimiento.

ENFERMEDAD.-

El estado de enfermedad puede considerarse gráficamente como una flecha de comienzo con la primera desviación del estado de salud y termina con la muerte. La separación entre salud y enfermedad no es, por cierto, precisa. Más bien entre salud y enfermedad existe una continuidad que

sólo podrá resolverse cuando poseamos una mejor comprensión de los factores subyacentes y, además, del desarrollo de los procedimientos diagnósticos más refinados que existen -- hasta el presente.

En el modelo de Leavell y Clark el primer período de enfermedad, o manifestación inicial de desequilibrio fisiológico, es conocido con el nombre de período prepatogénico, aunque quizás sería preferible denominarlo período preclínico, por cuanto no es posible hallar signos clínicos de un estado patológico potencial. Cuando los signos clínicos de la enfermedad se hacen evidentes, o nuestros medios diagnósticos permiten hallarlos, el período es llamado patogénico, de nuevo, sería preferible denominarlo clínico. La parte final del período clínico, que está asociada con estados de incapacidad o aún muerte, es llamada frecuentemente el estado final de la enfermedad.

Tal como la enfermedad, la prevención puede ser dividida en diferentes períodos. La prevención primaria, o prevención en términos absolutos, actúa durante períodos preclínicos de la enfermedad y la prevención terciaria durante la etapa final.

Los períodos de prevención se subdividen en niveles de acuerdo con los mecanismos implicados. Estos niveles son:

1.- Promoción de la Salud.- Este nivel no está dirigido a la prevención de ninguna enfermedad en particular y es para crear condiciones favorables para el individuo para que resista los efectos nocivos del medio que lo rodea.

2.- Protección Específica.- Es una serie de medidas para la prevención de la aparición de una enfermedad en particular. Por lo que podríamos mencionar entre otras: las vacunas, la fluoración de las aguas y aplicación tópica de fluoruro para la prevención de la caries dental, enfermedades periodontales, etc.

3.- Diagnóstico y Tratamiento Precoces.- Es la prevención secundaria y está compuesta por medidas destinadas a poner a la enfermedad en evidencia para tratarla en las primeras etapas del período clínico.

4.- Limitación de la Incapacidad.- Es la medida que tiene como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. Puesto que dichos procedimientos mejoran efectivamente la incapacidad del individuo.

5.- Rehabilitación.- Es decir recuperación a la mayor medida de la forma y funcionamiento del órgano afectado por una enfermedad que no se pudo controlar y que ha dejado secuelas.

Vista así la prevención en un sentido amplio y -

en las cinco etapas indicadas, el Dentista desempeña siempre que actúe como tal, actividades preventivas, sea así en la Odontología Integral o bien, en la mejor Odontología aplicable.

En cualquier fase de la evolución de la enfermedad.

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.-

Tanto el exámen clínico como radiográfico son -- fundamentales para realizar un buen diagnóstico, la información que ellos proporcionan es parcial y el reconocimiento - de sus limitaciones es tan importante en términos de la in-- terpretación total del paciente, como lo es en el cuidado de que dichos exámenes se practiquen.

El diagnóstico etiológico se lleva a cabo mediante las denominadas pruebas etiológicas o de susceptibilidad, la evaluación de la dieta, el análisis de la nutrición y - - otro procedimiento que el Odontólogo juzgue conveniente sobre la base de su evaluación clínica al paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO.-

Una vez finalizado su diagnóstico, el dentista - debe hacer una evaluación total del paciente para determinar

sus necesidades odontológicas y preparar un plan de tratamiento. Desde el punto de vista preventivo, es importante que antes de comenzar con la restauración o reparación de condiciones existentes, se realicen los pasos indispensables para anular las causas que lo produjeron, estos pasos que constituyen lo que se ha denominado procedimientos de control de enfermedad, deben figurar predominantemente en todo plan de tratamiento.

Presentación de diagnóstico y plan de tratamiento.

La presentación del diagnóstico y plan de tratamiento con las siguientes reglas básicas:

1.- Para lograr la mayor eficacia, la presentación debe ser breve y específica.

2.- Debe ser personalizada, reflejar la situación del paciente, no solo generalidades.

3.- No debe incluir expresiones técnicas fuera del alcance del enfermo.

4.- Debe incluir de ser posible, elementos gráficos como modelos, radiografías, fotografías, etc., para ayudar en la explicación de la etiología, mecanismos, etc. Figuras o modelos del paciente que deben ser utilizados para -

explicar el tratamiento propuesto.

Secuencia del contenido de una buena presentación del diagnóstico y plan de tratamiento.

1.- Comentarios sobre la condición general de la boca del paciente.

2.- Presentación y consideración del diagnóstico.

3.- Tratamiento propuesto.

4.- Análisis de las probables causas.

5.- Cómo prevenir la recidiva.

a).- Control de placa.

b).- Higiene dental diaria.

c).- Control de la dieta.

6.- Estimación de honorarios y forma de pago, duración del tratamiento y frecuencia de las visitas.

CAPITULO II

CARIES

CARIES DENTAL.-

La Caries Dental es la causa de alrededor de 40 % a 45 % del total de las extracciones dentarias, otro 40 % a 45 % se debe a enfermedades parodontales, y el resto a razones estéticas, protésicas, ortodóncicas, etc., lo más alarmante respecto a la caries no es el número de extracciones - que ella origina, sino el hecho de que el ataque carioso comienza muy temprano en la vida y no perdona a nadie.

ETIOLOGIA DE LA CARIES,-

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 le 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 de las piezas dentarias.

Razones químicas y experimentales presentan apoyo a la afirmación aceptada generalmente de que los agentes destructivos iniciadores de la caries son los 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 que metabolízan hidratos de carbono fermentable para satisfacer sus necesidades de energía. Los productos finales de esta fermentación son ácidos en especial lácticos y en menor escala, acéticos, propiónico, pirúvico y quizás fumárico.

Esta evaluación se obtiene por medio de las pruebas denominadas pruebas etiológicas para la caries. El propósito primario para estas es la identificación de los factores causantes, de la ocurrencia de caries en el momento en - que ellos se conducen y, si es posible la predicción de factores causantes de la recurrencia del proceso en el futuro.

El valor de las pruebas no radica en la posibilidad de estimar por su intermedio el predominio e incidencia de caries, sino la determinación de la causa del proceso.

El objetivo del diagnóstico etiológico es la identificación por medio de pruebas apropiadas del grado de participación de estos factores de un paciente dado.

Los factores causales de la iniciación del proceso de caries, pueden ser divididos en dos categorías principalmente: Determinantes y Modificados.- Los factores primeros

1.- Presencia en la boca de una flora capaz de formar dextranos o levanos y placa, usando sustratos adecuados (el principal) es la sacarosa.

2.- Presencia en la placa de una flora capaz de fermentar los hidratos de carbono, tanto los provistos directamente en la dieta como los sintetizados intracelularmente por las bacterias.

3.- Presencia en la boca de un sustrato cariogénico afectado como la sacarosa y otros hidratos de carbono fermentable.

4.- Presencia en la boca de dientes susceptibles a la caries.

La capacidad de la placa para disolver los componentes inorgánicos de los dientes, está sujeto a los efectos modificadores de factores que afectan su capacidad "buffer" o el proceso de disolución. El principal: calcio, fósforo y fluor.

El flujo y la viscosidad de la saliva pueden también modificar el cuadro etiológico, por cuanto la saliva:

1.- Proporciona a los dientes materiales protectores.

2.- Cooperar con la limpieza de los dientes y am-

biente que lo rodea.

3.- Contribuye a la capacidad "buffer" de la placa.

4.- Posee algunas veces actividad antimicrobiana.

Por lo anterior, tenemos que los factores modificadores al proceso de caries, son:

1.- Capacidad "buffer" de la placa.

2.- Cantidad y viscosidad de la saliva.

3.- Flujo y viscosidad.

Si se agrupan a los factores determinantes y modificadores, es posible hallar las áreas siguientes para el diagnóstico etiológico.

1.- Grado de resistencia o (susceptibilidad) de los dientes.

2.- Capacidad de la flora bucal de formar y volver a formar placa.

3.- Capacidad de la flora de la placa de formar ácidos.

4.- Presencia en la boca de un sustrato cariogénico adecuado.

5.- Capacidad de "buffer" de la placa.

6.- Contenido de la placa en calcio y fósforo.

7.- Flujo de viscosidad salival.

8.- Capacidad "buffer" de la saliva.

PREVENCIÓN DE CARIES.-

Para lograr la prevención específica de caries, lo haremos por medio de tres procedimientos, los cuales serán descritos a continuación:

A.- Utilizando factores que tienden a eliminar el ataque bacteriano.

En este punto es importante tomar en cuenta la secreción y el grado de viscosidad de la saliva.

Se ha observado clínicamente, que en las personas en las cuales la viscosidad de la saliva es baja y secreción abundante, se presenta mucho menos ataque de caries; en cambio en aquellas cuya secreción es escasa y altamente viscosa, se facilita la formación de la placa bacteriana.

Podemos prevenir el ataque bacteriano, mediante la ingestión de alimentos de carácter fibroso que además de aumentar el volumen de la saliva, tienen una acción mecánica directa y previenen la acumulación de restos alimenticios y por lo tanto de la placa.

Se ha sugerido para eliminar el agente biológico, el uso de soluciones o dentífricos que contengan sustancias antibacterianas aunque no se han obtenido resultados completamente individuales, pues mientras para algunos son totalmen-

te inocuos, en algunos otros pacientes se observa una fuerte descamación del epitelio gingival o de la lengua al usar dentífricos con antibacterianos más o menos fuertes.

B.- Modificando el medio en que la bacteria se desarrolla. Para lograrlo, lo haremos mediante la realización de la dieta de carbohidratos, reduciendo el consumo de ellos.

C.- Cambiando la estructura del esmalte, haciéndolo más resistente al ataque.

Esta tercera posibilidad de prevención constituye dos aspectos distintos:

1.- Modificación de la morfología del diente.

2.- Modificación en las estructuras internas.

Respecto al primer punto, tomamos muy en cuenta -- los dientes que tienen fisuras y fosetas demasiado profundas, ya que van a ser más susceptibles a las caries.

También se ha sugerido la relación entre la vitamina "D" y la cantidad de la ingestión del calcio.

Para estos casos la prevención va a ser por medio de los procedimientos de Odontología profiláctica o bien los selladores de fosetas y fisuras.

DIETA Y CONTROL DE CARIES.-

La literatura referente a métodos dietéticos para el control de caries, es extremadamente prolifera y demuestra claramente el poco éxito de la mayoría de los métodos propuestos para cambiar los hábitos dietéticos de la población general. La causa de este fracaso no radica en los métodos en sí, puesto que la mayoría de los autores admite que la eliminación de los hidratos de carbono fermentables - deberá reducir la frecuencia de caries, sino en la dificultad, quizá la posibilidad de modificar los hábitos dietéticos de grandes sectores de la población. En estudios realizados años atrás, se llegó a la conclusión de que la supresión de hidratos de carbono refinados en la dieta se eliminará prácticamente el problema de caries.

En la mayoría de los países civilizados, el consumo de hidratos de carbono se ha incrementado y continúa aumentando sin cesar. Es obvio pues, que debe buscarse una alternativa a la supresión drástica de los hidratos de carbono fermentables, y esa opción radica en no consumir nada fuera de las comidas.

Este enfoque para la reducción de caries, se debe a la observación repetida a través del tiempo de que la permanencia de los alimentos en contacto con los dientes es relativamente corta de duración: más del 90 % de los alimentos

adheribles que se ingieren, desaparecen de la boca en 15 minutos o menos y una buena parte del 10 % restante, está adherido a la mucosa bucal y no a los dientes.

Estudios relativos al P.H. de la placa demuestra - que el período de formación de ácidos que sigue a la ingestión de carbohidratos, tanto sólidos como en solución, es -- también breve y que el P.H. retorna rápidamente a valores -- por encima del P.H. crítico.

La observación de que a una mayor frecuencia en la ingestión de alimentos corresponde a una mayor frecuencia de caries.

Con el fin de evitar frustraciones en el uso de métodos dietéticos para el control de caries, es conveniente - que el Odontólogo sea realista. Por ejemplo: aunque no hay dudas de que la eliminación de los alimentos tiene más valor práctico para la reducción de caries que ningún otro proceso dietético, hay que resignarse que durante los años de mayor incidencia de caries, niñez y adolescencia, probablemente no son muchas las personas que consentirán la supresión total - de bocados fuera de las comidas. En realidad se estima que durante la adolescencia, éstos bocados constituyen una tercera parte de la ingesta calórica total.

Es forzoso admitir, en vista del antecedente, que

para la prevención de caries por medios dietéticos producen resultados significativos, habrá que desarrollar métodos que requieran la menor cantidad posible de autonegación. cooperación y comprensión de parte del público, como sería por ejemplo el descubrimiento de alimentos con gustos atractivos y poca cariogenicidad, o la incorporación a las golosinas y a otros alimentos, de aditivos inhibidores de caries, en relación con éstos métodos, es conveniente reconocer que ellos existen, por ahora sólo en teoría, debido a que nuestro entendimiento de los factores determinantes de la cariogenicidad de los alimentos es todavía muy limitada, es también adecuado expresar que reciente hallazgo concerniente a los factores de la adición de fosfato a diversos alimentos, prueban que la ciencia Odontológica se está acercando rápidamente a la obtención de realizaciones concretas en este importante aspecto de la prevención.

PLACA BACTERIANA.-

La placa dentaria es la causa más importante de la enfermedad bucal. Es el principal factor etiológico de la gingivitis y la caries dental. Los productos de las bacterias de la placa penetran en la encía y generan gingivitis, la cual al no ser tratada, lleva a la periodontitis y la pérdida dentaria.

La estructura dentaria está diseñada para satisfacer determinadas necesidades. El medio en el que se encuentra le es hostil; la temperatura y la humedad propician el crecimiento de una inmensa variedad de microorganismos que existen normalmente en la cavidad bucal. Se desarrollan gracias a los nutrientes que se encuentran en el medio, pues los restos alimenticios que quedan retenidos en áreas restringidas, favorecen el crecimiento microbiano, por que los dientes están rodeados por una mezcla compleja de cantidades variables de saliva; microorganismos y sus productos metabólicos, células epiteliales descamadas, restos alimenticios, etc.

Hay variaciones en el individuo o en sus dientes, que influyen en la iniciación y el progreso de la lesión, lo cual depende en parte de estructuras histológicas diminutas, de una microflora cariógena y una dieta rica en carbohidratos como glúcidos fermentables y azúcares refinados.

Estas condiciones favorecen la formación de la placa dentobacteriana.

La placa dentaria es una capa densa, blanda, gelatinosa, pegajosa, amorfa y granular que se acumula sobre -- las superficies y restauraciones dentarias en las zonas no limpiadas por la lengua, carrillos o pasaje de alimentos durante la masticación. Se adhiere firmemente a la superficie subyacente, de la cual se desprende solo mediante limpieza mecánica. Los enjuagatorios o chorros de agua no la quitarán del todo.

Esta adherencia se debe principalmente a que aún el esmalte más terso posee estrias y fisuras anatómicas microscópicas y es ahí donde se alojan una o más bacterias de las múltiples que circulan por la boca navegando por la saliva y se fijan por la mucina que recubre toda la superficie bucal.

Al depositarse una bacteria viva en un terreno -- apropiado para su desarrollo puede formar una colonia pura o al encontrarse con otros gérmenes, formar colonias mixtas dando así origen a una población heterogénea que conviven -- entre diversos materiales en gran actividad bioquímica simultáneas.

En pequeñas cantidades, la placa no es visible, -

salvo que se manche con pigmentos de la cavidad bucal o sea teñida por soluciones reveladoras o comprimidos. Conforme se va acumulando, se transforma en una masa globular visible con pequeñas superficies nodulares cuyo color varía del gris y gris amarillento al amarillo.

La placa supragingival se observa en su mayor parte sobre el tercio gingival de los dientes y subgingivalmente, con predilección por grietas, defectos, rugosidades y márgenes desbordantes de restauraciones dentarias. Se forma en iguales proporciones en el maxilar superior y en el inferior, más en los dientes posteriores y en las superficies proximales, que en los dientes anteriores; en menor cantidad en vestibular y en menor aún en la superficie lingual.

La placa dentaria se puede presentar en dos situaciones: directamente sobre la superficie dentaria o se deposita sobre una película celular formada previamente, que se denomina película adquirida, que es una capa delgada, lisa, incolora, translúcida, difusamente distribuida sobre la corona en cantidades algo mayores cerca de la encía. Al ser teñidas con agentes colorantes, aparece como lustre superficial coloreado, pálido, delgado, en contraste con la placa granular teñida más profunda.

La película adquirida es un producto de la saliva. No contiene bacterias sino glucoproteínas derivados de glucoproteínas, polipéptidos y lípidos. Se forma sobre una superficie dentaria limpia en pocos minutos, mide de 0.05 a 0.8 micrones de espesor, se adhiere con firmeza a la superficie del diente.

Formación de la Placa.-

La formación de la placa comienza por la aposición de una placa única de bacterias sobre la película adquirida o la superficie dentaria. Los microorganismos son "unidos" al diente:

- 1.- Por una matriz adhesiva interbacteriana;
- 2.- Por una afinidad de la hidroxiapatita adamantina por las glucoproteínas, que atrae la película adquirida y las bacterias al diente.

La placa crece por:

- a).- Agregados de nuevas bacterias.
- b).- Multiplicación de las bacterias.
- c).- Acumulación de productos bacterianos.

Las bacterias se mantienen unidas mediante una matriz interbacteriana adhesiva y por una superficie adhesiva que producen.

Una vez limpiado a fondo el diente, grandes canti

dades de placa se producen dentro de las siguientes seis horas; la acumulación máxima se logra aproximadamente a los 30 días. La velocidad de formación y la localización varían de unas personas a otras, en diferentes dientes de una misma boca e incluso en diferentes áreas de un diente.

Composición de la placa dentaria.-

La placa dentaria consiste principalmente en microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva.

Las bacterias constituyen aproximadamente el 70 % de material sólido y el resto es matriz intercelular. La placa se colorea positivamente con el ácido periódico de Schiff (PAS) y ortocromáticamente con azul de toluidina.

La saliva juega también un papel importante, ya que para que se produzca la descalcificación se debe alcanzar un ph de 5.2 o menos y esta acidez no es siempre constante, ni aún en boca con caries activa, ya que la saliva tiene la capacidad de neutralizar parcial o completamente el ácido formado.

La saliva tiene por lo tanto, dos funciones muy importantes, y son la de inhibir la actividad de caries y su función limpiadora al remover los detritos alimenticios.

La capacidad amortiguadora de la saliva, es de gran importancia, ya que su valor puede variar con la dieta y el estado general del organismo.

Es necesario un flujo adecuado de la saliva sobre la superficie de los dientes para que sea eficaz la protección y como en los surcos y en las fisuras y en la misma placa dentobacteriana el flujo es inadecuado, ésto favorece el constante acumulamiento de nueva placa. Hay pruebas clínicas y experimentales que indican que la caries aumenta cuando hay un flujo reducido de saliva. Y ésto se observa principalmente en casos de displasia glandular, obstrucción completa y atrofia glandulares donde se produce xerostomía y caries atípicas, producidas porque al haber una disminución de flujo salival, disminuye también la capacidad de neutralizar y remineralizar la saliva.

Control de la Placa.-

No cabe duda que los efectos generales de la placa son perjudiciales, tanto para las piezas dentarias como para las encías, por lo que se debe eliminar al máximo posible. Actualmente se busca reducir la patogenicidad de las bacterias.

La distribución de la placa sobre los dientes puede demostrarse mediante soluciones reveladoras que la tñen.

Se usan colorantes reveladores en forma de soluciones o tabletas masticables para localizar la placa y película; que de otra manera escapan a la detección. La solución reveladora: Tintura de fucsina básica al 6 %, se aplica sobre los dientes con una torunda de algodón o rociado breve, o diluida en agua como enjuagatorio.

Las tabletas: eritrosina u otros colorantes se mastican y se desplazan por la boca alrededor de un minuto. Las restauraciones dentales no toman la coloración, pero la mucosa bucal y los labios la retienen durante una hora o dos. Es útil cubrir los labios con vaselina antes de usar el colorante.

Por lo general, el paciente se sorprende ante la cantidad de placa que subsiste después de haberse limpiado los dientes en la forma usual.

Las superficies lisas quedan razonablemente limpias, pero queda placa en las zonas protegidas junto al borde gingival, en las fisuras y en los puntos de contacto. La práctica diaria puede hacer más eficaz la limpieza, pero rara vez eliminará toda la placa.

La manera más efectiva para controlar la placa es, hoy día, su remoción mecánica, por medio de cepillo de dientes, la seda dental y otros auxiliares, como la odontoxésis.

Odontoxésis.- Es la remoción parcial o total de la placa bacteriana, sarro o tártaro dentario supra e infra gingival por medio de instrumentos cortantes.

Para ésto, podemos usar una solución reveladora, antes de la profilaxis. Esta práctica ayuda a teatralizar al paciente la ineficacia de sus esfuerzos y revela al profesional la extensión de los depósitos mucinosos y calcáreos en los dientes.

A continuación mencionaremos la técnica de la Tartectomía Sublingual.

Esta es una técnica de limpieza de la superficie radicular y comprende la remoción del tártaro subgingival en variadas cantidades.

Técnica.- Aquí la tartectomía subgingival el instrumento va a jugar un papel importantísimo, puesto que éste se convierte en "ojos" y "oídos" del profesional, por lo cual tiene validez en Parodoncia el adagio que dice "Nada - miente tanto como una cureta sin filo", dando la importancia que tiene el mantener en buen estado los instrumentos de trabajo.

Al valorar esta técnica concluimos:

a).- Es el método ideal indicado en remoción de -

los irritantes locales, además edema y éxtasis circulatoria.

- b).- Puede lograr la eliminación de la bolsa por contracción de la encía edematosa o hiperémica (falsasbolsas, sin migración epitelial).
- c).- Tiene poco o ningún efecto sobre la encía fibrótica.
- d).- Logra solo un éxito parcial de la cianosis e hiperemias de larga duración.

TECNICA.- Se debe de sostener el instrumento entre el pulgar, índice y el medio de firmeza necesaria en -- una modificación de la toma de un lápiz, éste permite la entrada y salida del instrumento en línea recta sin causar -- grandes destrozos gingivales, además de que permite una mayor sensibilidad.

Se buscará siempre un apoyo adicional a la mano y se colocará al borde activo de la hoja contra la superficie del diente, buscando una saliente en la capa de tártaro removiénendolo con un movimiento corto y enérgico, dejando una superficie lisa.

Una esenciación importante a la tartectomía subgingival será inevitable extravasación sanguínea de los te-

jid^os g^ongivales hiperr^omicos ulcerados y con éxtasis sang^uínea localizada.

Parte de hipertrofia g^ongival, es debida además - del edema a la sangre contenida. La sangría mínima durante la instrumentación será beneficiosa al eliminar más rápidamente la éxtasis circulatoria.

La simple eliminación del tártaro permaneciendo - la ulceración del epitelio con dinámica propia como padecimiento puede no aliviar el cuadro presentado en los tejidos blandos, con lo cual estará indicando el curetaje de todo - el tejido epitelial ulcerado para ser repuesto por un epitelio intacto y sano.

En el movimiento de tracción hay que insertar el instrumento hasta el fondo de la bolsa por deslizamiento a lo largo de la pared del tejido blando, hasta "enganchar" el borde inferior saliente del dep^osito, todo ésto es posible efectuarlo sin ocasionar molestias al paciente, y empenado movimientos cortos para no desgarrar los tejidos blandos.

Se tomará en cuenta la magnitud del dep^osito de - sarro para emplear curetas más o menos voluminosas, asimis- mo se buscará siempre la adaptación más exacta del instru- mento, a la superficie del diente, cambiando de acuerdo a - la zona en que se trabaje, posición del operador y del pa-

ciente, se tratará de desarrollar el sentido del tacto al aplicar un instrumento a la superficie dental, asimismo evitar el sujetar con cansancio muscular y pérdida de la sensibilidad al localizar los depósitos; lo cual es conveniente hacer con curetas pequeñas, finas y bien afiladas para una vez establecida su existencia de estos depósitos, podamos cambiar a otro instrumento de acuerdo con el tamaño de éste.

Hay varias sugerencias pertinentes en cuanto a --
instrumentación:

- a.- Instrumentos bien afilados.
- b.- Trabajar con visión directa siempre que sea posible.
- c.- Dominar el instrumento con apoyo a tomas adecuadas.
- d.- Emplear movimientos apropiados y una relación correcta de instrumento con el diente.
- e.- No traumatizar innecesariamente los tejidos -- blandos.
- f.- Asegurarse de remover todo el tártaro y que la superficie dental quede lisa.
- g.- El movimiento debe de ser corto sólo suficien

te para que influya el depósito existente, - cualquier movimiento más largo no tiene valor, puesto que la parte eficaz del movimiento corresponde a aquella en que la hoja está en contacto con el diente y el tártaro.

h.- Usar anestesia tópica o en algunas ocasiones bloqueo local para mantener al paciente cómodo durante el proceso operatorio.

i.- Aprender la importancia del procedimiento en la terapéutica global de las paradontopatías.

CAPITULO III

APLICACION TOPICA DE FLUOR

GENERALIDADES DEL FLUOR.-

En el año de 1940, se demostró que la concentración máxima de fluor en el esmalte se produce en la superficie exterior de este tejido, lo que hizo pensar que las soluciones concentradas de fluoruro, aplicadas sobre la superficie adamantinas del esmalte, deberían reaccionar con los componentes de éste, contribuyendo a la resistencia de los dientes a la caries.

Las pruebas iniciales efectuadas con soluciones de fluoruro de potasio y sodio, confirmaron la validez de esta hipótesis e indicaron también la existencia de dos vías para la incorporación de fluor al esmalte. La primera ocurre durante la calcificación del esmalte por medio de la precipitación del ión fluoruro, presente en los fluidos circulantes, juntamente con los otros componentes de la apatita (proceso de la cristalización de los minerales adamantinos).

La otra forma consiste en la incorporación al esmalte parcial o totalmente calcificado de iones fluoruros presentes en los fluidos.

Esta es la reacción que da lugar a la alta con-

centración de fluor en las capas adamantinas superficiales.

Durante el período de maduración pre-eruptivo, - es decir en el intervalo entre la calcificación y la erupción del diente, las coronas parcialmente calcificadas están expuestas a fluidos circulantes que tienen una concentración relativamente baja de fluoruro

A esta concentración el fluoruro reacciona con - el esmalte, substituyendo algunos de los radicales oxhidri- los de los cristales de apatita. El resultado de la consti- tución de los cristales similares a los formados en la masa del esmalte durante el período de calcificación. Dos facto- res muy importantes contribuyen a favorecer esta reacción.

1.- Que es el esmalte que no ha calcificado to- talmente y es por lo tanto altamente reactivo y altamente po- roso.

2.- Que en su etapa pre-eruptiva el esmalte no - está cubierto de películas superficiales que pueden impedir dicha reacción.

La erupción y la maduración de los dientes, cam- bia totalmente estas circunstancias. Primeramente el proce- so de maduración que comprende la finalidad de la calcifica- ción y la incorporación al esmalte de los elementos químicos de la saliva. Aumenta en gran escala la permeabilidad del

tejido haciéndolo mucho menos reactivo. Para contrarrestar estos efectos negativos, tenemos dos recursos; Primeramente se recurre a la limpieza y pulido de los dientes, antes de la aplicación del fluor con el fin de remover las partículas y el esmalte superficial no reactivo. El segundo recurso sería el uso de soluciones de fluor concentradas para promover una mayor reacción con el esmalte.

El fluor es considerado como el mineral más eficaz utilizado en la Odontología para la prevención de caries, ya que:

a).- Se puede aplicar tópicamente sobre la superficie de los órganos dentales.

b).- Administrar por medio de tabletas lo que -- contenga.

c).- Suministrarlo por medio de dentríficos.

d).- Incorporarlo al agua corriente de consumo, este método es barato y reduce la caries de un 50 % a 60 %.

Se deben tomar en cuenta cuatro observaciones básicas para escoger el tipo de fluor que se va a aplicar:

1).- Naturaleza del fluor.

2).- Concentración.

3).- Número de aplicaciones.

4).- Procedimientos para el tratamiento.

TIPOS DE FLUORURO.-

Los que proporcionan mayor protección son:

a).- El fluoruro estañoso.

b).- Fluoruro de sodio acidulado.

c).- Fluoruro de sodio neutro, que es el de menor protección.

CONCENTRACION.-

La concentración de fluoruro no determina su efecto de reducción de la caries, lo que ayuda es la condición en que se encuentra el esmalte.

El número de aplicaciones depende de la naturaleza del fluoruro, así como la del paciente de que se trate. Para valorar el tiempo en el que se debe hacer cada aplicación, se le pide al paciente que acuda al consultorio cada seis meses para hacerle un examen dental, así se podrá estimar si se debe aplicar cada seis meses o cada año.

El fluoruro estañoso tiene dos ventajas.-

1.- Su relación con el esmalte ligeramente careado, produce una pigmentación parda o amarillenta.

2.- Su sabor acentuado metálico, amargo desagradable, es problema serio para los pacientes niños.

Fluoruro de Sodio.- Este contiene menor protección y se encuentra en el mercado con diferente sabor, lo -- que ayuda a que sea aceptado por los niños.

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y APLICACION DE FLUOR.-

Este procedimiento se efectúa diferente para cada tipo de fluoruro.

Por ejemplo el Fluoruro Estañoso y el Fosfato de Fluoruro de Sodio Acidulado.

Estos fluoruros son de una sola aplicación.

a).- Profilaxis con pasta abrasiva y cepillo rotatorio.

b).- Se aíslan las piezas dentales con rollos de algodón, se coloca un eyector de saliva y se seca con aire comprimido.

c).- Se aplica fluoruro estañoso al 8 % o fluoruro de sodio.

d).- Se mantienen húmedas las piezas con solución durante cuatro minutos, aplicándola cada 15 ó 30 minutos.

e).- El paciente no debe ingerir alimentos ni tomar líquidos, ni debe efectuar colutorios durante 30 minutos.

El Fluoruro de Sodio se aplica en cuatro sesiones:

Primera sesión:

Cuidadosa limpieza de los órganos dentales con pasta abrasiva y cepillo rotatorio.

- Se enjuaga la boca, se coloca un eyector de saliva, se aíslan las piezas dentales con rollos de algodón y se seca con aire comprimido.
- Se aplica a cada superficie la solución de fluoruro de sodio al 2 %.
- Se deja secar la solución sobre los órganos dentarios durante 3 a 5 minutos.

Este procedimiento se puede efectuar cuadrante por cuadrante, o si se prefiere, hacer la mitad de la arcada superior al mismo tiempo que la mitad de la arcada inferior del mismo lado.

En la segunda, tercera y cuarta visita, con intervalos de una semana, se repite el tratamiento con la excepción de la limpieza.

La edad adecuada para las aplicaciones es de 3, 7, 10 y 13 años, para beneficiar los órganos dentales erupcionados. Reduce en un 40 % la producción de caries.

Se ha observado que el fluoruro incorporado mediante este procedimiento es eliminado fácilmente por la acción de los alimentos y cepillo dental. Por eso se considera importante emplear las pastas dentales con fluoruro para el cepillado de los dientes.

Tabletas de fluor.- Las tabletas de fluor es el procedimiento más estudiado y tiene mayor aceptación, si se usan regularmente durante los períodos de formación y maduración del órgano dentario, comprendido entre los 2 y 13 años aproximadamente, reduce la caries del 30 % al 40 %.

Para utilizar este método de prevención de caries, es importante tomar en cuenta:

a).- El contenido de agua de consumo si es de 0.7 ph, no es necesario suministrarlo.

b).- Edad del paciente. Si se administran cantidades adecuadas de fluor de 2 a 3 años.

Los efectos son más favorables, ya que influyen desde el período de formación y maduración de los órganos -- dentales.

En cambio, si el inicio es después de los seis - años, únicamente se benefician los dientes que no han erupcionado.

c).- Madurez mental o escrupulosidad de los pa-- dres y pacientes.- Se debe indicar a los padres que el suministro de fluor, es de una tableta diaria durante varios - - años, hasta que haya terminado la erupción de todos los dientes, a excepción de los terceros molares. Por ésto gran número de padres pierden el interés y se olvidan del método, - habiéndolo llevado a cabo durante corto tiempo.

d).- La dosis debe ajustarse a la edad del paciente y la concentracion del fluor en el agua de consumo.

CAPITULO IV

METODOS DE CEPILLADO

TIPOS DE CEPILLO DENTAL.-

Es probable que alguna forma de cepillo dental se haya utilizado por el hombre desde su estado primitivo, pues se han encontrado en observaciones de antropoides el uso de astillas de madera o ramas como en forma de cepillo dental para eliminar los restos alimenticios de alrededor de los dientes, existen evidencias de que el hombre originariamente masticó un palito de madera especial para limpiar sus dientes hasta que se hizo una forma semejante a un cepillo dental, de este tosco principio de cepillo dental se ha desarrollado el cepillo moderno, el cual consta de un mango y cuerdas nylon.

Actualmente existe una gran variedad de cepillos dentales y no hay duda de que los dentistas están llegando a un acuerdo acerca de qué cepillo dental recomendar a sus pacientes.

La tendencia actual es la de recomendar el uso de cepillos dentales relativamente pequeños y rectos con dos o tres hileras de cuerdas de 10 a 12 penachos de fibras sintéticas. La consistencia debe ser blanda y los extremos libres de las fibras redondeadas, las razones de estas caracte

rísticas son las siguientes:

a).- El cepillo debe ser pequeño y recto con el fin de que pueda alcanzar todas las superficies dentarias.

b).- Las fibras sintéticas no se gastan tan pronto como las naturales y recuperan su elasticidad mucho más rápido después de usarlas.

c).- Los penachos separados permiten una mejor acción de las fibras, puesto que pueden arquearse y llegar a zonas que no alcanzarían con un cepillo que estuviera totalmente cubierto con fibras.

d).- Las fibras deben ser blandas y los extremos redondeados con el fin de no lastimar la encía.

Por supuesto que en ocasiones es necesario hacer alguna variación de tipo de cepillos, ya que como mencionamos anteriormente, cada paciente reúne distintas características y por lo tanto diferentes necesidades.

Uno de tantos investigadores encargados del estudio de encontrar un cepillo ideal, estableció que un cepillo de filamentos de nylon de 0.010 pulgadas de diámetro se puede considerar blando, si el cepillo tiene filamentos de -- 0.012 pulgadas, el diámetro será mediano y si es de 0.014 -- pulgadas de diámetro será rígido, si sus filamentos miden --

0.016 pulgadas de diámetro será extra rígido.

AUXILIARES DEL CEPILLO DENTAL.-

Son necesarios debido a que el cepillo dental -- que es el más frecuente proceso de higiene oral, limpia solamente áreas seleccionadas del diente y la encía, lo cual es suficiente para poder establecer buenas medidas preventivas de caries dental, de ahí que halla necesidad de valernos de:

Estimuladores Interdentarios.- Se recomienda que para mover la placa interproximal, en aquellos casos en que debido a diversas circunstancias existe un espacio entre los dientes o cuando existe una mala alimentación de los dientes. Otra indicación es cuando la existencia de bolsas parodontales, aún después de tratarlas exponen al medio bucal superficies radiculares en el área interproximal, en la bifurcación de las raíces o en cualquier otra superficie dentaria - cuya placa no puede ser removida ni con la seda dental, ni con el cepillo (como ejemplo de estimuladores dentales se -- puede mencionar a los cepillos dentales), debe tomarse la -- precaución debida para no traumatizar la papila interdental o forzar la creación de un espacio.

Cepillos Interproximales.- Son muy semejantes a los usados para limpiar las pipas de fumadores, se pasan entre los dientes cuando existen espacios que lo permiten, efec

tuando un movimiento de rotación y frotación contra las superficies interproximales.

Limpiadores de Puentes.- Para esta acción se utilizan los llamados enebradores de plástico, estos dispositivos se utilizan en combinación con la seda dental.

Irrigadores Dentales.- Su uso se ha acentuado grandemente, son particularmente útiles en pacientes con puentes fijos, tratamiento ortodóntico, restauraciones inaccesibles o malposiciones, es decir en aquellos casos en que exista dificultad en el uso adecuado de cepillo dental o de seda dental.

Enjuagatorios Bucales.- Tienen poco o ningún efecto sobre la salud gingival, su uso para controlar la alitosis tiene poco fundamento, sin embargo se ha encontrado que enjuagues a base de ácido 3N hidroclicórico diluido en agua destilada, es aconsejado en aquellos pacientes en quienes el cepillo dental no sea posible, esta práctica reduce considerablemente el contenido de azúcar en los restos alimenticios que quedan en la boca.

Seda Dental.- Debe ser enseñado su uso a los pacientes como una medida preventiva de caries dental, el hilo dental deberá ser pasado por las superficies de contacto de los dientes y en aquellas partes en donde no llegan las cer-

das del cepillo dental, la seda dental utilizada puede ser de aproximadamente 18 pulgadas de longitud.

El procedimiento a seguir en el uso de la seda dental, es el siguiente: Se cortan aproximadamente de 30 a 40 cm. de seda, se enrollan sobre los dedos medios de manera que la mayor parte de la seda quede en uno de ellos y solo un poco sobre el otro, a medida que van limpiando los dientes la seda se va enrollando sobre este último dedo y por lo tanto se va usando seda nueva para cada espacio interproximal, con el fin de controlar adecuadamente los movimientos de la seda y evitar lesiones a los tejidos gingivales. la longitud de seda libre entre los dedos no debe ser mayor de 8 a 10 cm. la seda debe ser guiada con los dedos índices, deberá ser aplicada contra las caras proximales y no contra la papila gingival, la seda deberá ser introducida hasta que el paciente sienta una sensación de dolor ligero, lo cual indica que ha llegado a la adherencia epitelial. La seda debe ser contorneada alrededor del diente, con el fin de limpiar la mayor superficie posible, el movimiento a realizar es primeramente hacia el cuello del diente y después hacia el borde incisal u oclusal del mismo, la duración del movimiento deberá ser hasta que se escuche chirrido de limpio, producido por las superficies dentarias, la única diferencia existente en el uso de la seda dental en los dientes superiores y en los

inferiores, es que en los superiores la seda dental es guiada con los dedos pulgares y en los dientes inferiores con los dedos índice.

DIFERENCIAS EXISTENTES ENTRE EL CEPILLO DENTAL Y EL CEPILLO ELECTRICO.-

El empleo de los cepillos eléctricos ha aumentado considerablemente, en los últimos años los cepillos eléctricos se han comparado con los manuales, de acuerdo a:

1.- Efectividad de ambos cepillos en relación de placa dental y remoción de la misma.

2.- La probabilidad de que los cepillos eléctricos estimulen la queratina del epitelio gingival.

3.- La posibilidad de que los cepillos eléctricos puedan causar daño a los tejidos bucales tanto blandos como duros.

Estas comparaciones han demostrado que no hay grandes diferencias entre ambos tipos de cepillo y que se ha encontrado que los cepillos eléctricos parecen tener particular utilidad en caso de personas físicas o mentales incapaces, debido a la facilidad de su manejo, y por otro lado los sujetos con una adecuada orientación en Odontología Preventiva motivados con un buen programa de control de placa, son -

capaces de mantener una higiene dental satisfactoria con el hecho de utilizar cepillo manual.

DENTRIFICOS.-

Los dentríficos son preparaciones destinadas a ayudar a los cepillos de dientes en la remoción de residuos bucales. Existe una variedad de formas, pastas, polvos, líquidos y bloques.

Como consecuencia del mismo, las funciones de un dentrífico moderno incluyen:

- 1.- Limpieza y pulido de las superficies dentales accesibles.
- 2.- Disminución de la incidencia de caries.
- 3.- Promoción de la salud gingival.
- 4.- Control de los olores bucales y suministro de una sensación de limpieza bucal.

Estas funciones deben obtenerse sin excesiva abrasión de los tejidos duros, particularmente dentina, y sin irritación de los tejidos blandos.

Limpieza.- Un buen dentrífico debe facilitar la remoción por parte del cepillo de los depósitos no calcifica

dos que se acumulan sobre las superficies dentales.

Estos depósitos incluyen la materia alba y placa bacteriana, son relativamente fáciles de remover.

En cualquier lugar un dentrífico contiene una -- proporción pequeña de agentes pulidores de reconocida eficacia, como por ejemplo óxido de aluminio, silicato de circonio, lo cual provoca un aumento reducido en el potencial de pulir los dientes del producto.

Disminución de la incidencia de caries.- Para me jorar aún más estos resultados, los investigadores tratan de usar los dentríficos con vehículos para agentes anticaries. Entre los primeros agentes utilizados deben mencionarse los derivados de amonio, en particular urea y fosfato dibásico - de amonio. Como mecanismo de acción se propuso la neutra lización de los ácidos de la placa y por cierto grado de dismi nución de la retención de placa.

"Un diente limpio no se cária". La mayoría de - los investigadores Odontológicos reconocen que es casi impo- sible mantener los dientes bacteriológicamente limpios en la cavidad bucal.

Promoción de la Salud gingival.- Los primeros - intentos en esta dirección consistieron en la incorporación de clorofilinas a los dentríficos, basada en las conocidas -

propiedades bacterioestáticas de estos productos.

Sensación de Limpieza Bucal.- El uso de un dentrífico particularmente acompañado por un cepillo efectivo, provee una sensación de bienestar y limpieza bucal. Para algunos individuos ésto se relaciona con la percepción táctil de dientes limpios y pulidos cuando se los toca con la lengua. Finalmente las esencias contribuyen a dar una sensación de frescura que es interpretada a menudo como una indicación de limpieza. Otro factor que debe ser tenido en cuenta, es la génesis de los olores bucales, es el estado de salud bucal: tanto la inflamación gingival, como las caries - aumentan la intensidad de los olores.

La abrasión del dentrífico depende de la dureza, forma y tamaño de las películas abrasivas para remover las - películas adheridas al esmalte.

Se debe tener mucho cuidado con la abrasión cuando existe dentina o cemento expuesto, porque todos son más - blandos y pueden sufrir desgaste.

Los elementos contenidos en los dentríficos, ayudan a remover los residuos alimenticios y placa bacteriana, auxiliados de una buena técnica de cepillado, evitando una - enfermedad periodontal.

Para utilizar un dentrífico adecuado, se debe de

tomar en cuenta edad, grado de caries, recesión gingival y raíces expuestas.

Dentríficos con fluor.- Existen dos dentríficos que intervienen como auxiliares para la prevención de caries.

El primero contiene 0.4 % de fluoruro estañoso, su eficacia está relacionada con la frecuencia de su uso, -- cuando es utilizado una vez al día, la disminución de caries es de 30 %, pero cuando se emplea tres veces al día, es de 57 % aproximadamente, su nombre comercial es Crest.

Con el segundo, utilizándolo regularmente, se -- puede alcanzar una reducción de caries entre 17 % y 34 %, su nombre comercial es Colgate MFP.

En los niños de edad escolar y adultos con presencia de caries activa se recomienda Crest o Colgate MFP.

En adultos sin problemas de caries pero con recesión gingival y raíces expuestas se sugiere Ultrabrite, ya -- que contiene un potencial abrasivo limitado. En caso de -- dientes hipersensibles, se puede usar Sensodine o Termodent.

TECNICAS DE CEPILLADO DENTAL.-

Existen por lo menos seis técnicas de cepillado dental, que los Cirujanos Dentistas pueden escoger para reco

mendar a sus pacientes como una medida de prevención de caries, las cuales son:

TECNICA DE FONES.- Los dientes estarán en oclusión, el cepillo se presiona firmemente contra el diente y tejido gingival, se gira en círculo en el diámetro más amplio que sea posible.

TECNICA ROTATORIA.- Las cerdas del cepillo son colocadas en la región bucal o vestibular, de tal manera que los lados de las cerdas toquen tejido gingival, los pacientes ejecutarán una gran presión lateral, lo que los tejidos puedan tolerar, los tejidos palidecen rápidamente mientras la sangre es forzada a salir de los capilares, mientras el cepillo se acerque al plano de oclusión el cepillo es guiado lentamente de tal manera que los extremos de las cerdas toquen al esmalte de los dientes. La liberación de presión permite a la sangre precipitarse dentro de los capilares, de nuevo es entonces colocado el cepillo, tan alto como sea posible en el vestíbulo y el movimiento de rotación es repetido.

TECNICA DE RESTREGAR EL CEPILLO.- Utilizando esta técnica, el cepillo se toma con la mano y el diente es cepillado por el revés y adelante (tipo de movimiento similar a un movimiento de restregado usado en un piso), la dirección del cepillo puede cambiar y puede ser uniforme y causal.

TECNICA DE SHARPEY.- Los extremos de las cerdas se ponen en contacto con el esmalte del diente y el tejido gingival, con las puntas de las cerdas en un ángulo de 45° hacia el plano oclusal, muy lateral y desviado hacia abajo es colocado, se ejerce presión sobre el cepillo, el cual se vibra suavemente hacia atrás y adelante un milímetro o menos, éste suave procedimiento vibratorio empuja las puntas de las cerdas entre el diente y limpia superficies dentales muy bien, esta técnica también da masaje a tejidos interproximales.

TECNICA DE STILLMAN.- El cepillo es colocado aproximadamente en la posición requerida para el comienzo del cepillado o pincelado de el Método Rotatorio, excepto que esta posición es más cercana a la corona del diente, el mango es vibratorio lentamente hacia abajo en un rápido pero leve movimiento mesiodistal, esta técnica mete las cerdas dentro del espacio interproximal y en consecuencia limpia el diente de esta área muy bien, ésto también proporciona masaje al tejido gingival.

TECNICA FISIOLOGICA.- Esta técnica es defendida por alguien que piensa que debido a que la comida o alimentos son desviados apicalmente durante la masticación, los tejidos gingivales y el diente pueden ser cepillados en la misma dirección, usando un cepillo muy blando, los tejidos son

cepillados de la corona hacia la raíz en un movimiento deslizado.

TECNICA DE BASS.- La Técnica de Bass, de cepillado crevicular es parcialmente útil para remover la placa crevicular en pacientes con surcos gingivales profundos, el cepillo se tomará como un lápiz; las cerdas del cepillo se colocan a un ángulo de aproximadamente 45° respecto de las superficies vestibulares y palatinas, con las puntas presionadas suavemente dentro de la crevice gingival. Los cepillos creviculares, con dos hileras de penachos son en particular útiles para esta técnica. Una vez ubicado el cepillo, el mango se acciona con un movimiento vibratorio, de vaivén, sin trasladar las cerdas de su lugar durante alrededor de 10 a 15 segundos en cada uno de los sectores de la boca. El mango del cepillo debe mantenerse horizontal y paralelo a la tangente al arco dentario para los molares, premolares y sus superficies vestibulares de los incisivos y caninos. Para las superficies palatinas de estos dientes el cepillo se ubica paralelo al eje dentario y se usan las cerdas de la punta del cepillo efectuando el mismo tipo de movimiento vibratorio señalado anteriormente.

TECNICAS COMBINADAS.- Las Técnicas Combinadas son aquellas en que intervienen dos o tres técnicas a la vez, iniciando con la Técnica de Bass y utilizando la de Rotación.

CAPITULO V

RELACION PACIENTE ODONTOLOGO

GENERALIDADES.-

El tratamiento exitoso del paciente consiste en - el conocimiento de quien se presenta en nuestro consultorio, comprenderlo, informarle sobre lo que se le está haciendo y por qué se hace.

Al proporcionar al paciente mayores informes, el Odontólogo es capaz de aumentar su propio concepto de ese paciente y, en muchos casos, su noción de la capacidad que posee para explicar lo que hace y por qué.

Para servir más eficientemente a sus pacientes, - el profesionalista debe continuar su propia educación, ya que diariamente se producen grandes adelantos en Odontología. Siendo imperioso que nos mantengamos a la par de los últimos conocimientos disponibles.

Hay que motivar al paciente, primero estableciendo los motivos básicos que lo llevan a buscar tratamiento odon tológico. Luego preparando la lección con la incorporación de esos impulsos básicos. Comenzando por detallar cada pa so del procedimiento previo de evaluación, con lo que da lu

gar a que éste, por interés en el tema (él mismo) y las técnicas, se vea emocionalmente envuelto en el procedimiento. Esto es fácil de lograr cuando la presentación se enfoca en la persona misma, sus necesidades básicas y sus deseos.

El profesionista debe poseer la percepción suficiente para comunicarse con cada paciente en su nivel de comprensión. Su dominio del lenguaje debe ser suficiente para poder hablar en términos científicos con los colegas, en términos comunes con los adultos y en forma simple y gráfica con los niños o los menos capacitados. Podemos también valernos de un proyectos de diapositivas o tiras filmicas o incluso fotografías de antes y después.

Se espera del Odontólogo que sea un buen oyente, sólo escuchando y observando se pueden conocer los problemas del paciente, pues alentando a los pacientes a que hablen con libertad, no solo captaremos mejor sus conceptos sobre la Odontología, sino que además nos daremos cuenta de los puntos o áreas que requieren una explicación especial con los problemas de los pacientes, sino mantenerse fuera de la situación y contemplarla en su totalidad, en vez de reaccionar con las palabras del paciente.

Puntos por recordar durante un examen preliminar:

- 1.- Salude al paciente con una sonrisa sincera.

- 2.- Recuerde el nombre del paciente.
- 3.- Sea suave durante la exploración de la boca.
- 4.- Diga algo amable al terminar el examen de los dientes.
- 5.- No haga comentarios despectivos sobre el estado de la boca.
- 6.- Utilice palabras que sugieran relajación y --
crean confianza.
- 7.- Dedicar citas cortas
- 8.- Iniciar los tratamientos con solo una plática y examen bucal.
- 9.- Dedicar en todo momento afecto, paciencia y -
comprensión.
- 10.- Elevar gradualmente el número de tratamien--
tos y disminuir el grado de dificultad.
- 11.- Evitar experiencias dolorosas, sobre todo al principio del tratamiento.
- 12.- Dejar como último recurso el uso de anestesia general.

La tranquilización es quizá la técnica de la que se abusa y la menos eficaz entre las que puede utilizar el odontólogo para manejar la preocupación y la angustia de su paciente.

Son mucho mejor los enfoques que procuran manejar los problemas y sentimientos expresados por los pacientes - esto es, que el individuo cuenta con hechos y nociones, se siente tranquilizado.

Debemos también proveer al paciente de un conocimiento de lo que él habrá de hacer y, a la vez, de lo que el Odontólogo le hará.

Otro punto, es que debe reconocer los sentimientos que sus pacientes expresan y devolver reflejados éstos, por ejemplo: "Este procedimiento parece que lo asusta bastante, ¿no?". Siendo con esto liberada su tensión.

También el profesionista que abusa de las conferencias dadas a sus pacientes no suele enterarse de los sentimientos de éstos. Algo que es bien importante, pues de esta forma sabremos el tipo de manejo más conveniente para su tratamiento.

RELACION NIÑO-ODONTOLOGO.-

Para poder realizar trabajos dentales satisfactorios en pacientes infantiles, debe contarse con la total -- cooperación del niño y de sus padres, ésto se logrará cuando se comprende el tipo emocional de cada uno de ellos. Para ésto será necesario que el Cirujano Dentista se sienta -- unido emocionalmente a su paciente y comprenda que para manejarlo con éxito debe conocer los factores psicológicos y sociológicos que forman determinada actitud hacia el Odontólogo.

El manejo adecuado del niño en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, tanto como de sus padres que deben inculcar a su hijo aptitudes convenientes hacia la Odontología. El Cirujano Dentista, por su lado debe ayudar asegurándose que los padres estén totalmente informados sobre los fundamentos necesarios en el tratamiento del niño.

Cada niño deberá ser instruído de tal manera que acepte por convencimiento el tratamiento necesario, para que en el futuro se dirija confiadamente y a tiempo al Odontólogo, ya que la mayoría de los niños tienen impresiones angustiosas ante los tratamientos Odontológicos.

Todo niño recibe antes de que pise un consultorio

muchos tipos de información sobre el tratamiento Odontológico, éstas impresiones por lo general son desfavorables; por lo que la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento -- Odontológico, al intercambiar impresiones entre sí. Ocurre también que el niño oye informaciones importantes y relativamente favorables sobre el tratamiento, ya sea por los padres, por los Dentistas o por diferentes medios de comunicación.

Concluiremos diciendo que las impresiones y tratamientos que el niño reciba en sus primeros años hacia la -- práctica dental, será factor determinado en el éxito o fracaso.

El manejo del niño se efectúa de acuerdo a las diferentes etapas de su edad, tomando en cuenta la individualidad de las diversas personalidades, del sexo y también -- considerando los distintos ambientes sociales.

El manejo adecuado del paciente en edad preescolar comprendida entre los 2 y 3 años de edad, no debe limitarse a la eficiencia de la técnica y cumplir con el tratamiento dental necesario. Lo más importante es cimentar las bases de la aceptación a la Operatoria Dental como un servicio para su propia salud.

En estos pacientes, la primera visita al Cirujano

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

muchos tipos de información sobre el tratamiento Odontológico, éstas impresiones por lo general son desfavorables; por lo que la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento -- Odontológico, al intercambiar impresiones entre sí. Ocurre también que el niño oye informaciones importantes y relativamente favorables sobre el tratamiento, ya sea por los padres, por los Dentistas o por diferentes medios de comunicación.

Concluiremos diciendo que las impresiones y tratamientos que el niño reciba en sus primeros años hacia la -- práctica dental, será factor determinado en el éxito o fracaso.

El manejo del niño se efectúa de acuerdo a las diferentes etapas de su edad, tomando en cuenta la individualidad de las diversas personalidades, del sexo y también -- considerando los distintos ambientes sociales.

El manejo adecuado del paciente en edad preescolar comprendida entre los 2 y 3 años de edad, no debe limitarse a la eficiencia de la técnica y cumplir con el tratamiento dental necesario. Lo más importante es cimentar las bases de la aceptación a la Operatoria Dental como un servicio para su propia salud.

En estos pacientes, la primera visita al Cirujano

Dentista, debe ser de tal forma que el niño tenga una experiencia interesante y agradable. De ninguna manera se intentará el tratamiento definitivo en la primera cita; se deberá hacer una labor de convencimiento y se efectuará el -- procedimiento de rutina, exámen dental, odontoxesis, radiografías y modelos de estudio.

Otro punto importante, que debe decidir el Cirujano Dentista a esa edad, es la de impedir o no que los padres permanezcan dentro de la sala operatoria en sus primeras visitas, ya que en algunos casos será necesaria su presencia, debido a la timidez que el niño sienta hacia la gente extraña, además de que su percepción no se encuentra lo suficientemente evolucionada para comprender nuestras acciones. En otros casos de niños poco cooperativos, será preferible excluirlos, pues de otro modo el niño no cooperará.

En la edad escolar, los niños suelen tener mentes vivacés y ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar éstas.

La relación social y personal, están mejor definidas y el niño no suele sentir temor de dejar a los padres -- en la sala de espera, se siente con más independencia y si el niño ha sido preparado por los padres, no tendrá temor a experiencias nuevas, tales como las de asistir al Médico -- Dental.

Para aminorar la tensión del pequeño, podemos empezar a familiarizarlo con el mobiliario e instrumental y hablarle de la forma en que le efectuaremos su tratamiento y de las sensaciones que podrá sentir de una manera adecuada y sencilla. Siempre debemos dirigirnos a él con un tono de voz sencillo y amistoso, brindándole una expresión facial agradable, hacer movimientos poco bruscos y siendo amables con él.

Siempre se debe demostrar interés por una buena salud e higiene bucal del niño y hacer que ellos sientan lo mismo por su persona, decir a los padres del pequeño que sigan al pié de la letra nuestras recomendaciones, logrando de esta manera, mejores y más rápidos resultados en nuestro tratamiento. La buena conducta y cooperación del pequeño deben ser elogiados y se podrá reforzar por medio de frases estimulantes o con un pequeño obsequio que le guste al niño.

RELACION ADOLESCENTE-ODONTOLOGO.-

A esta edad tratan de ser agradables con todos, -
tienden a tomar posturas de adulto. El joven se presenta va
liente, independiente, fuerte, bravo y rebelde, detesta las
críticas de su vestimenta y estilo de cabello, por lo que el
Odontólogo debe saber cómo tratarlos, ya que si utiliza una
posición autoritaria desde el punto de vista represivo o de
crítica adulta, el joven puede compararlo con los padres o -
el maestro.

El Odontólogo debe darle siempre seguridad al ado-
lescente, ésto se logra tratando directamente con él, por --
ejemplo, fijar las citas con él directamente para hacerlo --
sentir importante, ya que así le da la oportunidad de traba-
jar sus propios programas del joven.

Al dar las instrucciones de Higiene Oral, se debe
llevar a cabo a un nivel adulto.

Estos esfuerzos también deben ser realizados por -
todos los miembros del equipo Odontológico, para crear una -
relación favorable con el adolescente.

RELACION ADULTO-ODONTOLOGO.-

En la mayoría de los casos, los esquemas de conducta observable en los pacientes adultos quedaron establecidos en edad temprana. Acudir al consultorio Odontológico constituye una buena desviación de la conducta normal de la mayoría de personas. Pueden mostrarse muy irritables e incómodos -- por abandonar su rutina diaria para someterse a lo que se supone una experiencia dolorosa. Para algunos significa abandonar su papel habitual de ser quienes toman las decisiones, para desembocar una situación temporal.

Hay quienes llegan con una sensación total de ambivalencia, ansiedad, frustración y hostilidad. Lo que por -- fortuna muchos tienden a adaptarse al Stress y superar esos estados.

Sin embargo, por inteligente o maduro que parezca el paciente, necesitan la explicación de lo que va a ocurrir y, si se considera necesario hacer algo en su primera consulta, se debe realizar lo más simple.

RELACION ANCIANO-ODONTOLOGO.-

La mayoría de los que viven hasta edad avanzada, sufren algún problema por la vejez, puede ser una declinación marcada del oído o de la vista o de ambos, pérdida del vigor físico, deficiencia de la memoria, fracaso de la función sexual, pérdida de los dientes y adaptación a prótesis; lo más importante quizás pérdida de la independencia.

Al Odontólogo joven, a veces le exaspera un paciente anciano, cuya memoria disminuida le impida narrar su historia clínica o presentar sus problemas bucales en forma coherente. Otro problema, es el que se presenta con algunas personas de edad que tienen pocos problemas dentales reales, pero que transfieren al Odontólogo y su consultorio sus necesidades de dependencia, que en otros tiempos fueron satisfechos por sus trabajos y sus familias. Encuentran cualquier excusa para presentarse y charlar un poco; teniendo a veces inconvenientes en un consultorio muy recargado de trabajo.

Para solucionar esto positivamente, se arreglan visitas periódicas de control, exámen de los dientes o prótesis y un poco de conversación.

Hay una precaución particular por observar, esto es que las personas de edad avanzada, son mucho mayores las posibilidades de que actúen factores múltiples para generar

el dolor y el malestar que manifiesta. Por ésto, es muy im--
portante mantener una relación estrecha con su médico.

CONCLUSIONES.-

El Odontólogo como miembro del grupo cuya labor y finalidad es proveer y salvaguardar la salud de sus semejantes, tiene además de sus obligaciones y derechos, como los de poner en práctica todo su esfuerzo y capacidad dentro de sus ejercicios. Para ésto debe conocer ampliamente el medio que lo rodea, con qué armas cuenta para su lucha y antes que nada, las normas de conducta humana que rigen su profesión, ya que la caries dental es quizás la más antigua de las enfermedades que ha padecido el hombre; su importancia radica en su amplísima difusión, ya que 9 de cada 10 individuos presentan lesiones cariosas o las secuelas de dicha enfermedad. Ahora bien, a pesar de que la caries ha afectado a la humanidad desde sus comienzos, su incidencia no ha podido ser disminuída apreciablemente; no obstante los avances científicos y la modernización de las técnicas actuales.

Las causas que provocan dicha situación son:

- Falta de difusión adecuada de las medidas para prevenir la caries.
- Ignorancia e información errónea acerca de las enfermedades dentales.
- Aplicación insuficiente de los conocimientos existentes, ya que por regla general se deja el

programa de prevención sólo en manos de la Salud Pública.

- Desmedido aumento de la población, el cual no está en relación a la formación de profesionistas capacitados para la atención de la salud de la cavidad oral, lo que provoca que mucha gente quede al margen de los servicios del Cirujano Dentista.
- Métodos ineficientes debido a técnicas incorrectas: Tiempo insuficiente de cepillado, pasar -- inadvertidos espacios interproximales, etc.etc.

Todas las técnicas de prevención de enfermedades dentales, se complementan entre sí. El uso adecuado de estos elementos, es un desafío real para la Odontología Preventiva. La prevención consiste en una serie de medidas que el Cirujano Dentista deberá fomentar, conservar o restaurar la salud del individuo por medio de la promoción de la salud bucal.

Lograr que nuestra iniciativa y ética profesional no tenga barreras materiales ni espirituales, es una gran meta, ser útil a todos y a nosotros mismos. De la opinión sincera que tengamos dependerá el noventa por ciento de nuestro éxito.

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

SIMON KATS

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN
ACCION
Editorial Médica Panamericana
Buenos Aires Argentina

JOSEPH E. CHASTEEN

PRINCIPIOS DE CLINICA ODN-
TOLOGICA
Editorial El Manual Moderno,S.A.
1a. Edición 1981.
pp. 4, , 7, 10, 11, 16, 19.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

APUNTES DE ODONTOLOGIA PREVEN
TIVA

P. ALDER

ODONTOLOGIA SANITARIA
pág. 369 - 389

MARIA CONCEPCION L.
SANCHEZ VALDEZ

APLICACION DE LA ODONTOLOGIA
PREVENTIVA EN EL CONSULTORIO
Tesis Profesional
1984.