

879522

36A

2y



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL N

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

LA ORGANIZACION DEL ODONTOLOGO EN EL CONSULTORIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ROBERTO PRETALIA CASTRO



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++ 5

CAPÍTULO I

HISTORIA DE ODONTOLOGÍA
OPERATORIA+++++ 7

CAPÍTULO II

ORGANIZACIÓN DE UN
CONSULTORIO+++++ 13

CAPÍTULO III

POSICIONES DE TRABAJO
DEL OPERADOR+++++ 26

CAPÍTULO IV

HISTORIA CLÍNICA+++++ 53

CAPÍTULO V

AISLAMIENTO DEL CAMPO
OPERATORIO+++++ 73

CAPÍTULO VI

CLASIFICACIÓN DE CARIES+++++ 85

CAPÍTULO VII

INSTRUMENTAL DE
EXPLORACIÓN+++++ 94

CAPÍTULO VIII

CLASIFICACIÓN DE
CAVIDADES+++++ 99

CAPÍTULO IX		
	ODONTOLOGÍA PREVENTIVA+++++	119
CAPÍTULO X		
	NOMENCLATURA DE LAS PIEZAS DENTALES+++++	125
CONCLUSIONES+++++		132
BIBLIOGRAFÍA+++++		134

INTRODUCCIÓN

DESDE EL PRINCIPIO DE LA ODONTOLOGÍA GENERAL Y SUS --
PRIMEROS HALLAZGOS, SIENDO BÁSICAMENTE LAS CARIES EN EL --
HOMBRE DE NEAN DERTAL O DE LA EVOLUCIÓN DEL HOMBRE SE LLE-
GARON A IDEAR APARATOS DESDE EL MÁS SIMPLE MOTOR DE BAJA -
VELOCIDAD HASTA LO QUE ES AHORA EN NUESTRO TIEMPO LA PIEZA
DE MANO DE ALTA VELOCIDAD IMPULSADO POR AIRE.

CON ESTO QUEREMOS INICIAR LO QUE ES LA HISTORIA DE LA
ODONTOLOGÍA GENERAL Y SUS PRINCIPIOS BÁSICOS.

LA ETAPA QUE MÁS TUVO AUGE DENTRO DE LA ODONTOLOGÍA -
OPERATORIA ES A PARTIR DE 1960; YA QUE SE INICIÓ CON EL --
USO DE MOTOR, ASÍ COMO LA INTRODUCCIÓN DE TÉCNICAS NUEVAS.

SURGE TAMBIÉN EL INTERÉS POR PARTE DE LOS ODONTÓLOGOS
EN PROPORCIONAR UN MEJOR SERVICIO AL PACIENTE; TOMANDO EN-
CONSIDERACIÓN, LA ORGANIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL CONSULTO
RIO HASTA LA POSICIÓN DE TRABAJO QUE DEBE TOMAR EL OPERA--
DOR Y COMO OBJETIVO PRINCIPAL LA HISTORIA CLÍNICA.

YA QUE SIN ESTA INFORMACIÓN NO CONOCERÍAMOS LA ENFER-

MEDAD, TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS, RESTAURACIONES, ETC.

DENTRO DE LA ODONTOLOGÍA GENERAL EXISTE UN MEDIO DE AISLAMIENTO A BASE DEL DIQUE DE CAUCHO, EL CUÁL ESTA ACOMPAÑADO DE GRAPAS PARA MANTENER FIJO Y UNA PERFORADORA.

ALGO TAMBIÉN IMPORTANTE ES LA CLASIFICACIÓN DE LAS CARIES. PARA PODER IDEAR QUE TIPO DE CAVIDAD HAY QUE PREPARAR, EL INSTRUMENTAL ROTATORIO, ACTIVO Y SU CLASIFICACIÓN Y LOS DIFERENTES TIPOS DE QUE ESTA COMPUESTO,

EXISTE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA LA CUÁL NOS DESCRIBE COMO DEBEMOS CUIDAR LA LIMPIEZA MANUAL DE NUESTRAS PIEZAS.

Y POR ÚLTIMO TENEMOS LA CLASIFICACIÓN DE LAS PIEZAS - INFANTILES Y PERMANENTES.

CAPÍTULO I

HISTORIA DE ODONTOLOGÍA OPERATORIA

LAS PRIMERAS PRUEBAS QUE SE POSEEN EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE CARIES EN EL HOMBRE SE ENCUENTRAN EN EL CRÁNEO DEL HOMBRE DE NEANDERTHAL AL QUE SE ATRIBUYE UNA ANTIGUEDAD DE 25 MIL A 40 MIL AÑOS. EN EXCAVACIONES REALIZADAS EN EGIPTO SE ENCONTRARÓN MOMIAS CON RELLENO DE ORO EN CAVIDADES TALLADAS EN SUS DIENTES. EN AMÉRICA TAMBIÉN SE ENCONTRARÓN INCRUSTACIONES DE ORO O PIEDRAS PRECIOSAS EN DIENTES DE ABORÍGENES DE LA ÉPOCA PREINCAICA O INCAICA.

FAUCHARD EN 1746 PÚBLICO UN LIBRO INDICANDO LOS CONOCIMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE LA ÉPOCA Y HABLANDO DE UN APARATO PARA TALADRAR DIENTES. FUE EL PRIMERO EN ACONSEJAR LA ELIMINACIÓN DEL TEJIDO CARIADO ANTES DE LA RESTAURACIÓN.

EN 1838 JOHN LEWI DISEÑA UN APARATO QUE AL REMOVER PEQUEÑAS MECHAS CORTABAN EL DIENTE AL GIRAR Y FUERON LAS-

PRECURSORES DE LAS FRESAS DE HOY. UNA PEQUEÑA MANIVELA - ACCIONADA A MANO DABA IMPULSO POR MEDIO DE ENGRANES AL TALADRO, EN QUE TERMINABA EL PRIMERO DE LOS APARATOS QUE AUGURABA UN PORVENIR BRILLANTE A LOS FUTUROS TORNOS DENTALES.

EL FRESADO DE LOS TEJIDOS DUROS SIEMPRE CONSTITUYÓ UN PROBLEMA EN ODONTOLOGÍA.

EN LOS SIGLOS XVII Y XIX SE UTILIZABAN TRÉPANOS MANUALES MUY INGENIOSOS, A PARTIR DE PRINCIPIOS MECÁNICOS QUE ERAN COMUNES A OTROS OFICIOS Y ARTESANÍAS O ABRASIVOS EN POLVO.

EN 1864, HARRINGTON INVENTÓ UNA MÁQUINA PARA FRESAR DIENTES A CUERDA, QUE PODÍA USARSE CON UNA SOLA MANO. -- POSEÍA ADAPTADORES PARA FRESADO DIRECTO O EN ÁNGULO RECTO.

EN 1887, SHNEIDER CONSTRUYÓ EN ALEMANIA EL PRIMER TORNO ELÉCTRICO EUROPEO, QUE ACCIONABA UNA TRANSMISIÓN POR CABLE BLINDADO Y TERMINABA EN UNA PIEZA DE MANO QUE SOSTENÍA LA FRESA.

EN 1872 APARECIÓ EL FAMOSO TORNO DE PEDAL INVENTADO -

POR MORRISON Y FABRICADO POR LA FIRMA NORTEAMERICANA S.S.-
WHITE.

EN 1873, GREEN FABRICÓ UN MOTOR ELÉCTRICO QUE HACÍA -
GIRAR UNA PUNTA CORTANTE.

EN 1891, LA FIRMA S.S.WHITE DE E.U. PRESENTÓ SU PRI--
MER SURTIDO COMPLETO DE FRESAS DE ACERO.

DE AHÍ EN ADELANTE LA EVOLUCIÓN DE LOS TORNOS ELÉC---
TRICOS FUE RÁPIDO E INCESANTE, ASÍ COMO EL DE LAS PIEZAS -
DE MANO Y CONTRAÁNGULOS NECESARIOS PARA ACCIONAR LA FRESA.
EN 1914 YA SE FABRICABAN UNIDADES DENTALES COMPLETAS.

EN 1936 SE CONSIGUIO AUMENTAR LA VELOCIDAD DE 6000 R.
P.M. SUPERANDO EL LÍMITE QUE ERA DE 3000 R.P.M. QUE ERA EL
MÁXIMO ALCANZADO HASTA LA FECHA.

DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL SE PRODUJERON IMPOR
TANTES AVANCES EN ESTE CAMPO. EN 1942 APARECIERON PIE---
DRAS DENTALES DE DIAMANTE.

EN 1945, ROBERT B. BLACK, INVENTÓ EL APARATO DE AIRE-
PARA PERFORAR DIENTES CON UN CHORRO DE MATERIAL ABRASIVO -

(SILICATO DE ALUMINIO).

EN 1947 APARECIERON LAS FRESAS DE CARBURO DE TUNGSTENO, MÁS DUROS QUE EL ACERO COMÚN.

EN 1950 LA VELOCIDAD ERA DE 25000 R.P.M. Y EN 1955 DE 45000 R.P.M. VELOCIDADES OBTENIDAS MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE POLEAS DE MAYOR TAMAÑO Y MULTIPLICADORES.

DURANTE UN CORTO PERÍODO SE USARON APARATOS DE VIBRACIÓN ULTRASÓNICAS PARA EL DESGASTE DENTARIO CON UN ABRASIVO.

WALSH Y SIMONS DEMOSTRARON LA POSIBILIDAD DE ALCANZAR VELOCIDADES DEL ORDEN DE LAS 60000 R.P.M. Y COMPROBARON -- QUE HA ESA VELOCIDAD LAS PIEDRAS DE DIAMANTE CORTABAN TEJIDO DENTARIO CON GRAN EFICIENCIA, A UNA PRESIÓN MUY LEVE, -- DE SOLO 20 GR, TAMBIÉN AFIRMARON QUE LAS VIBRACIONES TRANSMITIDAS AL PACIENTE A ESA VELOCIDAD, RESULTABAN MENOS MOLESTAS QUE LAS TÍPICAS VIBRACIONES DE GRAN AMPLITUD Y DE BAJA FRECUENCIA, ORIGINADOS POR EL CORTE A VELOCIDADES REDUCIDAS.

PEYTON Y HENRY INFORMARON SOBRE EL RENDIMIENTO DE LAS

FRESAS DENTALES EN RELACIÓN CON LA VELOCIDAD DE ROTACIÓN Y SOBRE LAS ONDAS VIBRATORIAS ORIGINADAS POR LOS INSTRUMENTOS DE USO DENTAL. ADEMÁS REALIZARON VARIOS ESTUDIOS REFERENTES AL AUMENTO DE LA TEMPERATURA Y LA PRODUCCIÓN DE CALOR EN LA FRESA Y EN EL DIENTE, COMO CONSECUENCIA DE LA APLICACIÓN DE MAYORES VELOCIDADES DEL TALLADO CAVITARIO.

EN 1953, NELSEN, PELANDER Y KUMPULA FABRICARON EXPERIMENTALMENTE UNA PEQUEÑA TURBINA HIDRÁULICA QUE PODÍA GIRAR A UNA VELOCIDAD MÁXIMA DE 60000 R.P.M.

MCEWEN DESCRIBIÓ EN 1955 UN CONTRAÁNGULO MULTIPLICADOR, DE POLEAS Y ENGRANES, QUE PERMITÍA ALCANZAR VELOCIDADES ELEVADAS, DE HASTA 150000 R.P.M. HABÍA SIDO INVENTADO POR RICHARD PAGE. Y FABRICADO POR LA FIRMA CHAYES, DE DONDE SE ORIGINÓ EL NOMBRE PAGE-CHAYES.

EN 1957 COMENZARON A FABRICARSE LAS TURBINAS ACCIONADAS POR UNA CORRIENTE DE AIRE, GENERADO EN UN COMPRESOR DE TIPO DENTAL; PERO MÁS POTENTE.

NORTEN, EN COLABORACIÓN CON LA FIRMA ATLAS COPCO, PRESENTÓ EN 1957 EL DENTAL AIR, QUE TENÍA UNA TURBINA DE-

GRAN TAMAÑO Y TRANSMITÍA SU FUERZA A LA FRESA ATRAVEZ DE -
ENGRANAJES REDUCTORES DE LA VELOCIDAD, AUMENTADO ASI SU TO
QUE.

BORDEN Y COL, PRESENTARON EN 1957 LA TURBINA DE AIRE-
DIRECTO, QUE OFRECÍA LA VENTAJA DE SU SIMPLICIDAD, MANIO--
BRABILIDAD Y POCO PESO.

EN LA DÉCADA DE LOS SESENTA Y SETENTA SE PERFECCIONA-
RON MICROMOTORES, TURBINAS DE COLCHÓN DE AIRE Y CON SISTE-
MAS AUXILIARES DE REFRIGERACIÓN, ASPIRACIÓN, FRESAS, PIE--
ZAS DE MANO Y CONTRAÁNGULOS, Y SE EFECTUARON ESTUDIOS SO--
BRE RUIDO, CONTAMINACIÓN Y OTROS PROBLEMAS.

CAPÍTULO II

ORGANIZACIÓN DE UN CONSULTORIO

EL LUGAR DE TRABAJO DE UN ODONTOLÓGICO ES EL CONSULTORIO.

LA INSTALACIÓN DE UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO REQUIERE EL ANÁLISIS PREVIO DE UNA SERIE DE FACTORES QUE INFLUYEN DIRECTA E INDIRECTAMENTE SOBRE EL FUTURO DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL.

EN UN CONSULTORIO SE PRESENTA UN SERVICIO A LA COMUNIDAD; POR LO TANTO, ANTES DE PROCEDER A SU INSTALACIÓN CONVIENE FORMULARSE ALGUNAS PREGUNTAS:

A) ¿DÓNDE DEBERÁ ESTAR UBICADO? ¿DÓNDE HAYA NECESIDAD DE ATENCIÓN Y/O DÓNDE LA CLIENTELA TENGA FÁCIL ACCESO?

B) ¿QUÉ TAMAÑO DEBERÁ TENER? ESTÁ DIRECTAMENTE RELACIONADO CON LA CANTIDAD DE PROFESIONALES QUE LO INTEGRAN Y LA DENSIDAD DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA.

C) ¿QUÉ LIMÍTA AL ÁREA DE INFLUENCIA? SI NO HAY OTROS CONSULTORIOS EN TODA LA COMUNIDAD ES ILIMITADA, LA PRESENCIA DE OTROS COLEGAS VA LIMITANDO PROFESIONALMENTE AL ÁREA DE INFLUENCIA DE CADA UNO.

D) ¿QUÉ SERVICIOS PRESTARÁ? LA DEMANDA DE CLIENTES -- PERMITIRA ADECUAR LAS NECESIDADES, PODRÁ CUBRIR UNA, VA---RIAS O TODAS LAS ESPECIALIDADES DE LA PROFESIÓN.

E) ¿CÓMO SE ORGANIZA? SE BUSCA O SE CONSTRUYE UN LO--CAL QUE PESE A LAS COMODIDADES NECESARIAS PARA EL DESENVOLVIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES.

F) ¿QUÉ SERVICIOS REQUIERE? FUERZA MOTRIZ, ILUMINA---CIÓN, REFRIGERACIÓN, AGUA, DESAGUES, GAS, TELEFONO Y ELE--MENTOS ESPECÍFICOS DE LA PROFESIÓN.

G) ¿QUÉ PERSONAL NECESITA? PERSONAL DE LIMPIEZA, MECÁNICOS PARA LA INSTALACIÓN, Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS, RECEPCIONISTAS PARA RECIBIR A LA GENTE Y DISTRIBUIRLA EN - LOS LUGARES DE TRABAJO, SECRETARIA PARA ADMINISTRAR INGRESOS Y EGRESOS, ASISTENTES DENTALES PARA COLABORAR CON EL - PROFESIONAL JUNTO AL SILLÓN, MECÁNICO DENTAL PARA REALIZAR LOS TRABAJOS DE PRÓTESIS Y EMPLEADOS VARIOS, SEGÚN LA NECE

SIDAD, EN CONSULTORIOS PEQUEÑOS UNA PERSONA CUMPLE VARIAS-
DE LAS FUNCIONES ENUMERADAS.

H) ¿QUÉ SUMINISTROS REQUIERE? PAPELERÍA, LIBRERÍA, --
FARMACIA, ARTÍCULOS DENTALES Y ARTÍCULOS VARIOS.

PARA TODO LO ANTES DICHO, QUEDA ESTABLECIDO QUE LA --
PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PUEDE DESEMPEÑARLA UNA SOLA PERSONA,
EL PROFESIONAL; PERO REQUIERE LA COLABORACIÓN DE PERSONAL-
AUXILIAR IDÓNEO PARA DESENVOLVER CON MAYOR EFICIENCIA Y ME
JORES PERSPECTIVAS ECONÓMICAS.

LOCALES QUE INTEGRAN UN CONSULTORIO.

1.- OPERATORIA: ES EL LOCAL DONDE ESTA UBICADA UNA--
UNIDAD DENTAL FUNCIONAL (EQUIPO, SILLÓN, LUZ ETC.)

2.- RECEPCIÓN: LOCAL DONDE LOS PACIENTES ESPERAN Y -
SON RECIVIDOS POR EL PERSONAL RESPECTIVO.

3.- ADMINISTRACIÓN: AREA DESTINADA A LA ADMINISTRA--
CIÓN DEL CONSULTORIO. REQUIERE UN MOSTRADOR O MESA DE --
TRABAJO, FICHEROS, ARCHIVEROS, MÁQUINA DE ESCRIBIR, ETC.

4.- ESCRITORIO: LOCAL DESTINADO A LOS PROFESIONALES PARA REUNIRSE, PLANEAR TRATAMIENTOS, CONVERSAR CON CLIENTES Y RECIBIR COLEGAS.

5.- TALLER: AREA DESTINADA A TRABAJOS DE LABORATORIO, COMO PRÓTESIS, CONFECCIÓN DE MODELOS DE YESO, CUBETAS INDIVIDUALES, Y RETOQUE DE APARATOS PROTÉTICOS.

6.- ESTERILIZACIÓN: AREA DESTINADA AL LAVADO, LA ESTERILIZACIÓN Y EL ORDENAMIENTO DEL INSTRUMENTAL QUE SE USA EN LA OPERATORIA.

7.- REVELADO: AREA PARA EL REVELADO DE LAS RADIOGRAFÍAS ROYOS DENTALES SU CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

8.- LOCALES AUXILIARES: AREAS DESTINADAS A:

A) ANESTESIA Y RECUPERACIÓN DE PACIENTES DESPUÉS DE CIRUGÍA.

B) MOTIVACIÓN DE PACIENTES POR MEDIO DE AUDIOVISUALES Y ENSEÑANZA DE CEPILLADO.

C) LOCAL PARA MÁQUINA Y MOTORES.

D) CAFETERÍA Y DESCANSO PARA EL PERSONAL.

E) DEPÓSITO DE MATERIALES.

F) ARCHIVO GENERAL.

G) GUARDARROPA.

H) SECRETARÍA, CUANDO ESTA FUNCIÓN LA CUMPLE PERSONAL ESPECIALIZADO, ADEMÁS DEL ADMINISTRATIVO.

I) INSTALACIÓN SANITARIA.

J) LOCALES VARIOS, RX, LABORATORIO DENTAL.

K) PASILLOS DE COMUNICACIÓN.

PLANEACIÓN Y DISEÑO DE UN CONSULTORIO.

EL DISEÑO DE UN CONSULTORIO ESTÁ EN FUNCIÓN DE SUS NECESIDADES FUTURAS. EL CONSULTORIO PARA UN PROFESIONAL QUE INTENTA EJERCER LA ODONTOLOGÍA INDIVIDUALMENTE SIN PERSONAL AUXILIAR, CONSTA DE DOS SALAS Y UN PEQUEÑO BAÑO. EN EL BAÑO PUEDE ESTAR INSTALADO EL COMPRESOR, ÉSTE TAMBIÉN PUEDE SERVIR COMO ÁREA DE ALMACENAMIENTO DEL MATERIAL.

CUANDO SE PROYECTA UN CONSULTORIO DE MAYORES DIMENSIONES DEBE PROCEDERSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1.- SE DETERMINA EL NÚMERO DE UNIDADES FUNCIONALES U OPERATORIAS.
- 2.- SE DETERMINAN LAS DIMENSIONES QUE DEBE POSEER --

LAS OPERATORIAS Y TENIENDO EN CUENTA EL EQUIPA---
MIENTO QUE RECIBIRÁ, SEGÚN LA ESPECIALIDAD A DE---
SARROLLAR (CÍRUGIA, ENDODONCIA Y PRÁCTICA GENE---
RAL).

- 3.- SEGÚN EL NÚMERO DE OPERATORIAS Y EL POSIBLE FLUJO DE PACIENTES SE DETERMINAN LAS DIMENSIONES Y LA CANTIDAD DE ASIENTOS DE LA SALA DE RECEPCIÓN (SALA DE ESPERA).
- 4.- SE ESTABLECE LA DIMENSIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN O ESCRITORIO DONDE SE RECIBE AL CLIENTE, SE LE DAN INSTRUCCIONES Y UN ÁREA DE TRABAJO CUYO TAMAÑO SE RÁ PROPORCIONAL EL NÚMERO DE PERSONAS QUE TRABAJARÁN EN ESE LOCAL.
- 5.- SE RESERVA UN LOCAL PARA ESCRITORIO DEL PROFESIONAL, DONDE TAMBIÉN PUEDEN CONVERSAR EN PRIVADO CON ALGÚN CLIENTE.
- 6.- SE DISEÑA UN ÁREA DESTINADA A LA ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTAL, PREPARACIÓN DE BANDEJAS CON INSTRUMENTAL, REEQUIPAMIENTO DE LA OPERATORIA CON EL MATERIAL DE CONSUMO, ESTA ÁREA REQUIERE SERVICIOS DE: AGUA, DESAGÜE, GAS Y MESAS PARA TRABAJAR.

- 7.- SE DESIGNA UN ÁREA O ZONA DE REVELADO, QUE PUEDA SER SIMULTÁNEAMENTE DEPÓSITO DE MATERIALES.
- 8.- SE DESTINA UN LOCAL A MOTORES, PARA UBICAR COMPRESORES, EQUIPO DE SUCCIÓN, EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO Y OTROS SERVICIOS QUE REQUIEREN FUERZA MOTRIZ.
- 9.- SE RESERVA UN LOCAL PARA PERSONAL, CON ARMARIOS-PARA DEJAR SUS EFECTOS PERSONALES, Y COMODIDADES PARA SU MERIENDA.
- 10.- SI LA ACTIVIDAD PROFESIONAL ASÍ LO REQUIERE, SE DESTINA UN ÁREA PARA TALLER DE PRÓTESIS CUYA IMPORTANCIA DEPENDERÁ DE LAS ESPECIALIDADES.
- 11.- SE PREVEEN LAS INSTALACIONES SANITARIAS.
- 12.- SE PREVEEN LOS LOCALES AUXILIARES.
- 13.- SE ESTUDIAN LOS FLUJOS DE TRÁNSITO DE PACIENTES, PROFESIONALES, PERSONAL Y SE PREVEEN LAS POSIBLES INTERFERENCIAS.
- 14.- SE ESTUDIAN LOS RECORRIDOS QUE VAN A CANALIZAR - ESTOS FLUJOS DE TRÁNSITO, SE DISEÑAN PASILLOS -- ADECUADOS.

- 15.- SE BUSCA ACERCAR LOS LOCALES ENTRE LOS CUALES -
TENDRÁ LUGAR EL TRÁNSITO MÁS INTENSO

AIRE COMPRIMIDO.

A MEDIDA QUE EL NÚMERO DE OPERATORIAS AUMENTA EN UN CONSULTORIO, SE INCREMENTA TAMBIÉN EL CONSUMO DE AIRE YA QUE, ADEMÁS DE LA TURBINA, EL MICROMOTOR Y LA JERINGA DE AIRE, LOS EQUIPOS DENTALES A MENUDO TRAEN ADITAMENTOS QUE FUNCIONAN CON AIRE COMPRIMIDO, COMO LOS SUCTORES POR SISTEMA VENTURI POR LO TANTO LA PRODUCCIÓN DE AIRE COMPRIMIDO, ASI COMO SU TRANSMISIÓN CONSTITUYE UN PROBLEMA SERIO Y QUE DEBE SER POTENTE Y SILENCIOSO, ESTARÁ UBICADO EN LO POSIBLE FUERA DE LAS ÁREAS OPERATORIAS.

EN LA PRODUCCIÓN DE AIRE, SE DEBE TENER EN CUENTA EL VOLÚMEN O CAUDAL DE AIRE QUE SE CONSUME POR MINUTO Y LA PRESIÓN EN kg/cm^2 (O EN LIBRAS POR PULGADAS). SI UN --- ODONTÓLOGO HA TRABAJADO EN UN CONSULTORIO QUE POSEA UNA - SOLA UNIDAD DENTAL Y SU COMPRESOR SATISFACÍA BIEN SUS NECESIDADES, A MEDIDA QUE INCORPORA OPERATORIAS A SU NUEVO- CONSULTORIO DEBE DUPLICAR, TRIPLICAR Ó CUADRUPLICAR LA -- CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN DE AIRE DEL COMPRESOR, NO SOLAMENTE EN PRESIÓN DE AIRE SINO EN CAUDAL, O SEA LITROS DE ---

AIRE POR MINUTO. SE DEBE HACER HINCAPIÉ EN ESTO POR QUE NO TODOS LOS INSTALADORES DE EQUIPO O LOS VENDEDORES DENTALES CONOCEN BIÉN ESTE PROBLEMA Y CONFUNDEN CAUDAL CON PRESIÓN. LA DISTRIBUCIÓN DEL AIRE COMPRIMIDO REQUIERE UN RAZONAMIENTO SIMILAR AL DE LA DISTRIBUCIÓN DEL AGUA -- CORRIENTE: CAÑERÍA INICIAL DE GRAN TAMAÑO QUE SE VA RAMIFICANDO EN CAÑERIAS DE MENOR DIÁMETRO PARA ALIMENTAR -- LAS OPERATORIAS; LLAVES DE PASO PARA PODER AISLAR CADA -- UNA DE LAS OPERATORIAS EN CASO DE NECESIDAD, PARA REPARACIONES Ó NUEVAS INSTALACIONES; FILTROS DE AIRE PARA RETENER LA HUMEDAD Y PARTÍCULAS QUE PUEDAN DAÑAR LAS TURBINAS O MICROMOTORES Y REGULADORES DE PRESIÓN DE AIRE EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DENTALES, SE RECOMIENDA UNA DISTANCIA MÍNIMA DE 5M. ENTRE EL COMPRESOR Y LA PRIMERA SALIDA DE AIRE, PARA QUE EL AIRE COMPRIMIDO SE ENFRÍE EN EL RECORRIDO Y CONDENSE SU HUMEDAD, LA CUAL DEBE ELIMINARSE -- MEDIANTE TRAMPAS DE AGUA.

SISTEMAS DE SUCCIÓN.

LAS POSICIONES DE TRABAJO ADECUADAS PARA EL SISTEMA DENOMINADO "ODONTOLOGÍA A CUATRO MANOS" REQUIERE UN PACIENTE ACOSTADO TOTALMENTE EN EL SILLÓN DENTAL, A MENUDO CON LA CABEZA MAS BAJA QUE LOS PIES.

COMO LOS PROCEDIMIENTOS DE CORTE DENTARIOS PRECISAN-
DE UNA REFRIGERACIÓN ABUNDANTE, EL CAMPO OPERATORIO SE --
INUNDA RAPIDAMENTE Y LA EVACUACIÓN DE LÍQUIDOS ES UNA NE-
CESIDAD IMPERIOSA.

EL GRAN VOLÚMEN DE AGUA JUNTO CON LA SALIVA DEL PA--
CIENTE DEBE SER ELIMINADOS CON RAPIDEZ Y EFICIENCIA, PARA
LO CUAL SE NECESITAN ASPIRADORES DE GRAN CAUDAL Y POCA --
PRESIÓN NEGATIVA, ATRAVEZ DE CANALES DE ASPIRACIÓN DE DIÁ
METRO NO MENOR DE 1cm.

EL SIMPLE EYECTOR DE SALIVA, TRADICIONAL EN LOS EQUI
POS DENTALES, ES INSUFICIENTE, PUES TRABAJA SOBRE LA BASE
DE UN DIÁMETRO INTERNO MUY PEQUEÑO, POCO CAUDAL DE ASPIRA
CIÓN Y MUCHA PRESIÓN NEGATIVA, LA CUAL SE PUSO DE MANI---
FIESTO PORQUE SE PEGA A LA MUCOSA DEL PISO DE LA BOCA CON
LAS CONSIGUIENTES MOLESTIAS AL PACIENTE, Y POR SU REDUCI-
DA EFICACIA.

EL ASPIRADOR DE GRAN CAUDAL DE AIRE Y POCA PRESIÓN -
NEGATIVA DEBE FUNCIONAR DE MANERA SIMILAR A LOS ASPIRADO-
RES DE AIRE PARA USO DOMÉSTICO, CON LA ÚNICA DIFERENCIA -
DE QUE DEBE ASPIRAR AIRE Y AGUA SIMULTÁNEAMENTE. ESTA -
ASPIRACIÓN SE LOGRA MEDIANTE VARIOS SISTEMAS FUNDAMENTA--

LES:

1.- ASPIRADOR DE AIRE: INTERCALADO UN GRAN FRASCO - PARA RECOGER LOS LÍQUIDOS ANTES DE QUE PUEDAN LLEGAR A DAÑAR EL ASPIRADOR EN SI. EL FRASCO DEBERÁ TENER UN TAPÓN QUE OBSTRUYA LA ASPIRACIÓN Y CORTE LA CORRIENTE CUANDO EL NIVEL DE LOS LÍQUIDOS ASPIRADOS LO LLENA TOTALMENTE. ALGUNOS EQUIPOS COMERCIALES PERMITEN QUE LAS CORRIENTES SE-INTERRUMPAN Y AL MISMO TIEMPO SE ABRA UN DESAGUE EN LA -- PARTE INFERIOR DEL FRASCO PARA EVACUAR LOS LÍQUIDOS.

2.- ASPIRADORES POR SISTEMA VÉNTURI: UN CORCHO DE - AIRE COMPRIMIDO DE GRAN CAUDAL Y PRESIÓN ELEVADA DENTRO - DE UN TUBO ESTRANGULADO, PRODUCE UNA INTENSA ASPIRACIÓN,- QUE ES APROVECHADA PARA SUCCIONAR LÍQUIDOS, MEDIANTE CÁU- DALES, TIENE DOS INCONVENIENTES:

A) CONSUME UN GRAN VOLÚMEN DE AIRE, LO QUE SE TRADUCE EN- UN FUNCIONAMIENTO CONSTANTE DEL COMPRESOR, QUE PUEDE LLE- GAR A RECALENTARSE.

B) PRODUCE MUCHO RUIDO EN EL SITIO DE ASPIRACIÓN, SUS --- PRINCIPALES VENTAJAS CONSISTEN EN SU ECONOMÍA, YA QUE ES- EL MENOS COSTOSO DE TODOS LOS SISTEMAS, Y EN EL HECHO DE- ELIMINAR DIRECTAMENTE LOS LÍQUIDOS ASPIRADOS AL DESAGUE.

C) ASPIRADOR A TURBINA, UN POTENTE MOTOR QUE ACCIONA UNA TURBINA, PRODUCE ASPIRACIÓN DENTRO DE UN FRASCO, AL CUAL SE CONECTA LAS CÁUDALES NECESARIAS PARA RECOGER LOS LÍQUIDOS DE LA BOCA. REQUIERE UNA INSTALACIÓN CERCANA AL SILLÓN PARA REDUCIR EL RECORRIDO DE LAS CAÑERÍAS, LO QUE PUEDE SIGNIFICAR UN MAYOR NIVEL DE RUIDO EN LA OPERATORIA.

3.- ASPIRACIÓN POR SISTEMA DE ANILLO LÍQUIDO, UN POTENTE MOTOR ACCIONA UN SISTEMA DE PISTONES OVOIDES, EN UN RECORRIDO EXCÉNTRICO QUE GENERA UNA ZONA DE PRESTIÓN NEGATIVA EN UN ÁNGULO DEL CILINDRO, LUEGO DE ASPIRAR LOS LÍQUIDOS, LOS EXPELE POR OTRO ÁNGULO DEL CILINDRO.

PARA EVITAR PÉRDIDAS POR ROCE, EL SISTEMA REQUIERE UNA PELÍCULA CONTINUA DE AGUA QUE LUBRIQUE LOS PISTONES Y QUE SIRVA PARA AYUDAR A ELIMINAR LOS LÍQUIDOS ASPIRADOS, DE HAÍ SU NOMBRE DE ANILLO LÍQUIDO.

VENTAJAS: PUEDE SER INSTALADO A CIERTA DISTANCIA DE LAS OPERATORIAS Y PROVEE SUCCIÓN A VRIAS SALAS. ES LIMPIO, ELIMINA LOS LÍQUIDOS DIRECTAMENTE, REQUIERE POCO MANTENIMIENTO Y RESULTA MUY EFICAZ.

DESVENTAJAS: REQUIERE UNA INSTALACIÓN EN TODO EL CONSULTORIO, SIMILAR A LA DEL AIRE COMPRIMIDO PERO SOBRE LA BASE DE CAÑERÍA DE PLÁSTICO REFORZADOS DE GRAN DIÁMETRO - INTERNO (3 A 5 cm.) CON BOCAS DE INSPECCIÓN PARA DESTAPAR TRAMOS QUE PUEDAN OBSTRUÍRSE. EL COSTO INICIAL DEL EQUIPO ES BASTANTE ELEVADO, AUNQUE ESTÁ COMPENSADO POR SUS -- VENTAJAS.

5.- HEMOASPIRACIÓN QUIRÚRGICA. SU EMPLEO SE LIMITA A CIRUGÍAS Y ENDODONCIAS. NO SON ADECUADOS PARA ELIMINAR GRANDES CANTIDADES DE LÍQUIDOS DURANTE MUCHO TIEMPO.- TIENE FRASCOS DE CAPACIDAD LIMITADA QUE REQUIERE UNA LIMPIEZA DIARIA COMO EQUIPO DE EMERGENCIA CUANDO SE REQUIERE ASPIRACIÓN ADICIONAL.

CAPÍTULO III

POSICIONES DE TRABAJO DEL OPERADOR

HIGIENE DEL TRABAJO SENTADO.

- 1.- POSTURA CÓMODA DE PIE O SENTADO.
- 2.- ASIENTO ADECUADO, CON BASE AMPLIA.
- 3.- MUSLOS PARALELOS AL PISO.
- 4.- BRAZOS PEGADOS AL CUERPO.
- 5.- VISTA EN LÍNEA RECTA.
- 6.- EQUILIBRIO ÓSEO Y MUSCULAR.
- 7.- BUEN ACCESO AL CAMPO OPERATORIO.
- 8.- BUENA ILUMINACIÓN.

LAS POSICIONES DE SENTADO DEL PROFESIONAL DEBE REUNIR
LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.- EL PESO DE OPERADOR DEBE ESTAR SOSTENIDO PRIN-
CIPALMENTE POR EL BANQUILLO CON LOS PIES APOYA-
DOS.
- 2.- LOS MUSLOS DEL OPERADOR DEBEN QUEDAR APROXIMADA--

MENTE PARALELOS AL PISO.

- 3.- LA COLUMNA VERTEBRAL DEBE ESTAR SIEMPRE UBICADA - EN POSICIÓN PERPENDICULAR, Y SU PROLONGACIÓN IMAGINARIA CAER EN LA BASE DE SUSTENTACIÓN.
- 4.- LOS BRAZOS DEL OPERADOR DEBEN ESTAR LO MÁS PRÓXIMO POSIBLE A SU CUERPO Y PREFERENTEMENTE APOYADOS. LA ALTURA DE TRABAJO DE LOS BRAZOS NO DEBEN LLEGAR MAS ABAJO DE LOS CODOS NI MAS ARRIBA DE LA LÍNEA BIESCAPULAR.
- 5.- DEBEN EVITARSE POSICIONES FORZADAS O EN HIPEREXTENSIÓN DE LA CABEZA Y EL CUELLO.

BANQUILLO: DEBE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- A) DE FÁCIL DESPLAZAMIENTO Y FIJACIÓN DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES OPERATORIAS, ABIENDO DE DESLIZARSE CON SUAVES IMPULSOS DEL OPERADOR SIN QUE ÉSTE ABANDONE LA POSICIÓN DE SENTADO.
- B) DE BASE AMPLIA SÓLIDA Y BIÉN EQUILIBRADA.
- C) EL ASIENTO DEBE SER CONFORTABLE Y ANATÓMICO Y DE -

ALTURA REGULABLE. NO DEBE SER DE TAMAÑO TAL QUE PRESIONE LA PARTE INTERNA DE LAS PANTORRILLAS.

D) DEBE POSEER UN SOPORTE, PERFECTAMENTE SEMICIRCULAR, GIRATORIOS Y DE ALTURA REGULABLE. ESTE SOPORTE DEBE PERMITIR AL OPERADOR UN APOYO FIRME -- PARA LA CINTURA, EL PECHO O LOS BRAZOS ADECUADOS A SU ESTATURA.

EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA REQUIERE, -- ADEMÁS DE LA APARATOLOGÍA ESPECIALIZADA, POSICIONES DE -- TRABAJO ADECUADOS QUE PERMITAN ACTUAR CON MAYOR PRECISIÓN Y MENOR ESFUERZO, EL PACIENTE DEBE ESTAR EN POSICIÓN TAL -- QUE SIMPLIFIQUE EL ESFUERZO Y FACILITE EL TRABAJO.

SE REALIZÓ UN ESTUDIO ENTRE PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE LA ODONTOLOGÍA Y SE LLEGÓ A LA CONCLUSIÓN DE QUE -- LAS POSICIONES ADOPTADAS ERAN PÉSIMAS.

PRODUCÍAN TENSIONES EN VARIAS ZONAS ÓSEAS Y MUSCULARES DEL CUERPO. ASÍ SE ADVIRTIERON TORCIONES EXAGERADAS DE LA COLUMNA, FLEXIÓN EXCESIVA DE LA CABEZA HACIA ABAJO, APOYO DEL PESO DEL CUERPO EN UN SOLO PIE, POSICIÓN INCLINADA DE TODO EL CUERPO.

CUALQUIER MÉDICO ORTOPEDISTA QUE VEA TRABAJAR EN ÉS--
TAS CONDICIONES TENDRÁ LA SEGURIDAD DE RECIBIRLO COMO PA--
CIENTE A CORTO O LARGO PLAZO, A CAUSA DE DEFORMACIÓN ÁSEAS
ARTRITIS, DESLIZAMIENTO O HERNIAS DE DISCO INTERVERTEBRA--
LES, CALAMBRES MUSCULARES VÁRICES ETC.

LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES YA HAN LLEGADO A CONS--
TITUIR UN PROBLEMA QUE LIMITA LA VIDA ÚTIL DEL ODONTÓLOGO,
AUMENTA LA FATIGA Y REDUCE LA LABOR EFICIENTE Y PLACENTE--
RA. POR LO DÍCHO ES CONVENIENTE QUE TANTO EL ESTUDIANTE--
COMO EL PROFESIONAL ADOPTEN POSICIONES ADECUADAS PARA ALAR--
GAR SU VIDA ÚTIL Y FACILITAR SU LABOR.

SILLONES DENTALES.

EL PACIENTE SE UBICA EN EL SILLÓN DENTAL, BÁSICAMENTE
LOS SILLONES DENTALES SE DIVIDEN EN DOS CATEGORÍAS A) SI--
LLONES CONVENCIONALES B) SILLONES CONTORNEADOS. (TIPO --
RELAX).

LOS SILLONES CONVENCIONALES CONSTITUYEN UNA EVOLUCIÓN
DEL PRIMITIVO SILLÓN A BOMBA INVENTADO POR WILKERSON EN --
1977, PERMITEN LA POSICIÓN DEL PACIENTE SENTADO CON LOS --
PIES APOYADOS EN UNA PLATAFORMA FIJA, LOS BRAZOS SOSTENI--

DOS POR LOS APOYABRAZOS Y LA CABEZA FIRME EN EL CABEZAL.

ESTA POSICIÓN ES CANSADORA PARA EL PACIENTE, YA QUE EL TEMOR NATURAL QUE LE PRODUCE EL ACTO ODONTOLÓGICO SE SUMA AL CANSANCIO POR FATIGA MUSCULAR. EL PACIENTE SE APOYA Y HACE FUERZA CON LOS PIES Y SE AGARRA FUERTEMENTE DE LOS APOYABRAZOS EXPERIMENTANDO UNA ACTIVIDAD MUSCULAR INTENSA QUE GENERA ÁCIDO LÁCTICO. EL ÁCIDO LÁCTICO NO PUEDE SER ELIMINADO A FALTA DE MOVIMIENTO Y EXITA LAS TERMINACIONES NERVIOSAS PRODUCIENDO UNA SENSACIÓN DE MOLESTIAS Y TORNANDO AL PACIENTE MENOS RECEPTIVO AL TRATAMIENTO. LA POSICIÓN DE LA CABEZA TAMBIÉN OCASIONA FATIGA, ESPECIALMENTE EN LOS MÚSCULOS DEL CUELLO.

LOS SILLONES CONTORNEADOS (TIPO RELAX) SURGIERON --- HACE ALGUNOS AÑOS, DESPUÉS DE ESTUDIOS REALIZADOS POR --- EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS INTEGRADOS POR ANTROPÓLOGOS - ODONTÓLOGOS, MÉDICOS ORTOPEDISTAS, INGENIEROS Y MANUFACTO RES, TENDIENTES A DISEÑAR UN TIPO DE SILLÓN DENTAL QUE -- ELIMINARÁ LOS INCONVENIENTES DE LOS SILLONES CONVENCIONALES.

LOS PAPELES CARACTERÍSTICOS DE LOS SILLONES TIPO RELAX SON:

- 1.- CARECEN DE APOYABRAZOS PARA QUE EL PACIENTE NO --
PUEDA HACER FUERZA CON LOS PIES AL NO TENER PLATA
FORMA EN DONDE APOYAR EN RELAJACIÓN MUSCULAR Y LA
ACTIVIDAD NEUROMUSCULAR DISMINUYE SENSIBLEMENTE.
- 2.- EL PACIENTE ESTÁ PERFECTAMENTE RECLINADO PARA QUE
TODO EL CUERPO QUEDE PERFECTAMENTE SOSTENIDO DE --
MANERA MAS PAREJA Y UNIFORME, EVITANDO QUE LOS --
GLÚTEOS DESARROLLEN UN ESFUERZO MÁS GRANDE COMO --
OCURRE EN LA POSICIÓN DE SENTADO.
- 3.- LOS APOYABRAZOS SIGUEN LA CURVA NATURAL DEL SI---
LLÓN PARA QUE LOS BRAZOS SE DEPOSITEN SIMPLEMENTE
MENTE Y NO BUSQUEN PUNTOS DE APOYO GENERANDO TEN-
SIÓN MUSCULAR.
- 4.- EL CABEZAL ES UNA SIMPLE ALMOHADILLA QUE PERMITE-
LA MOVILIDAD DE LA CABEZA HACIA CUALQUIER LADO --
REDUCIENDO LA TENSIÓN MUSCULAR DEL CUELLO COMO --
CONSECUENCIA DE ESTAS MODIFICACIONES SE LOGRA QUE
EL PACIENTE RELAJE SU TENSIÓN, SE ENCUENTRA MÁS -
AGUSTO EN EL CONSULTORIO, SE FATIGA MENOS Y RESIS-
TA CON MAYOR COMODIDAD UN TRATAMIENTO DE MÁS DURA
CIÓN.

POSICIONES.

PARA UNA MEJOR COMPRESIÓN DE LAS POSICIONES DE TRABAJO SE ACOSTUMBRA SUPERPONER EL CUADRANTE DE UN RELOJ SOBRE EL SILLÓN DENTAL DE MANERA TAL QUE EL CENTRO DEL CUADRANTE COINCIDA CON LA UBICACIÓN DE LA CABEZA DEL PACIENTE, ASÍ LAS 12:00 HRS. ESTARÍAN POR DETRÁS DE LA NUCA DEL PACIENTE LAS 3:00 HRS. JUNTO A SU OREJA IZQUIERDA, LAS 9:00 HRS. -- JUNTO A SU OREJA DERECHA.

LAS POSICIONES DEL OPERADOR VARÍAN DE ACUERDO CON LAS CIRCUNSTANCIAS SIGUIENTES: A) SECTOR DE LA BOCA A INTER--VENIR, B) TIPO DE SILLÓN Y BANQUILLO, C) POSICIÓN DEL PA--CIENTE, D) CON ASISTENTE JUNTO AL SILLÓN.

DENTRO DE LAS POSICIONES DEL PACIENTE:

- A) POSICIÓN DE PIES BAJOS (SENTADO)
- B) POSICIÓN DE PIES ALTOS (RECLINADO)

ASÍ BIEN CON EL PACIENTE RECLINADO (PIES ALTOS) SE -- PUEDE PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA A CUATRO MANOS.

ENCONTRAMOS DOS TIPOS DE DENOMINACIONES PARA LAS PO--SICIONES: SE DENOMINAN POSICIONES CONVENCIONALES CUANDO -

SE TRABAJA EN SILLÓN CONVENCIONAL Y POSICIONES MODERNAS EN SILLÓN CONTORNEADO.

POSICIONES CONVENCIONALES DE TRABAJO.

POSICIONES PARA EL MAXILAR INFERIOR:

A) PACIENTE CON PIES BAJOS (SENTADO) OPERADOR DE PIE.

1.- EL PACIENTE SE UBICA EN EL SILLÓN CON LOS PIES Y BRAZOS APOYADOS. EL RESPALDO FORMA UN ÁNGULO OBTUSO DE APROXIMADAMENTE 110° CON RESPECTO AL ASIENTO QUE ESTA PARALELO AL PISO. EL CABEZAL ORIENTA LA CABEZA DEL PACIENTE PARA QUE CON LA BOCA ABIERTA EL PLANO OCUSAL DE LOS DIENTES INFERIORES QUEDE PARALELO AL PISO.

2.- EL OPERADOR SE UBICA POR DELANTE Y A LA DERECHA DEL PACIENTE (POSICIÓN DE 8 A 9 HRS.)

3.- LA ALTURA DEL PACIENTE DEBE SER AQUELLA QUE PERMITA EL DOMINIO DEL CAMPO OPERATORIO Y UNA FÁCIL INSTRUMENTACIÓN CON UN BUEN APOYO DENTARIO, Y UNA VISIÓN DE LÍNEA RECTA SIN UNA GRAN INCLINACIÓN DEL CUELLO.

B) PACIENTES CON PIES BAJOS SENTADO.

POSICIÓN DE RESPALDO, ASIENTO Y CABEZAL. -
IGUAL AL YA DESCRITO, EL OPERADOR SE UBICA GENERALMENTE, POR DELANTE DEL PACIENTE 8-9 HRS. EXCEPCIONALMENTE, A LA IZQUIERDA ES POSICIÓN DE 15 --- HRS. LO QUE PERMITE OPERAR EN EL LADO IZQUIERDO - DEL PACIENTE EN ESPECIAL PARA OPERADORES ZURDOS.

COMO EL PACIENTE SE HAYA SENTADO, EL OPERADOR DEBE ESTAR UBICADO BASTANTE ALTO EN SU BANQUILLO. ESTA POSICIÓN NO ES CÓMODA POR QUE LAS --- PIERNAS DEBEN ESTAR ABIERTAS COMPLETAMENTE O PARALELAS AL SILLÓN LO QUE OBLIGA A UNA TRACCIÓN INCORRECTA DE LA COLUMNA VERTEBRAL.

CUANDO EL OPERADOR TRABAJA SENTADO (BANQUILLO ALTO) LA ALTURA DEL PACIENTE DEBERÁ REGULARSE DE MANERA QUE EL PLANO OCLUSAL DE SUS DIENTES QUE DE LIGERAMENTE POR ENCIMA DEL CODO PARA INTERVENIR EN EL MÁXILAR INFERIOR, Y A LA ALTURA ENTRE EL CODO Y HOMBRO, PARA INTERVENIR EN EL MÁXILAR SUPERIOR, EL OPERADOR SE SITUA EN POSICIÓN DE 8-9 -

HRS. SEGÚN EL SECTOR Y LAS VARIANTES MENCIONADAS.

POSICIÓN PARA EL MAXILAR SUPERIOR, SECTOR ANTERIOR -
CON EL OPERADOR DE PIE.

- 1.- PACIENTE SENTADO COMO EN EL NUMERO 1 PERO CON EL RESPALDO MÁS INCLINADO HACIA ATRAS, EN ÁNGULO -- OBTUSO DE 130° APRÓXIMADAMENTE. EL CABEZAL --- ORIENTA AL CABEZA PARA ADECUAR LA POSICIÓN DE -- LOS DIENTES SUPERIORES A LA MODALIDAD DE TRABAJO DEL OPERADOR. PARA INTERVENIR LA CARA LABIAL - DE LOS INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES, LA ANGULA CIÓN DEL CABEZAL SERÁ SIMILAR A LA DEL # 1. PA RA INTERVENIR EN LA CARA LINGUAL DE LOS INCISI-- VOS Y CANINOS POR VISIÓN INDIRECTA, LA POSICIÓN- INDIRECTA,, LA POSICIÓN DEL CABEZAL SERÁ TAL QUE- LA CABEZA SE INCLINE MÁS HACIA ATRÁS PERO SIN -- LLEGAR A UNA POSICIÓN FORZADA.
- 2.- EL OPERADOR SE UBICA POR DELANTE Y A LA DERECHA- (8 HRS):
- 3.- ALTURA: LA ALTURA VARÍA SEGÚN QUE EL OPERADOR -

TRABAJE PARADO. POR LO GENERAL ES LIGERAMENTE --
MAYOR QUE EN EL # 1 Y LA LÍNEA QUE PASA POR EL --
PLANO OCUSAL INTERCEPTA EL PLANO DEL OPERADOR EN--
UN PUNTO UBICADO ENTRE LA MITAD DEL BRAZO Y EL --
HOMBRO.

VARIANTE: PARA CARA LINGUAL DE INCISIVOS Y CANINOS -
EL OPERADOR SE UBICA DETRAS DEL PACIENTE, LIGERAMENTE A LA
DERECHA 11 HRS. O A LA IZQUIERDA 1 HRS. Y OPERA POR VISIÓN
INDIRECTA. PARA CARA LABIAL, SE TIENE VISIÓN DIRECTA. -
EL PACIENTE DESCIENDE Y SU PLANO OCLUSAL QUEDA A LA ALTURA
DEL CODO.

POSICIÓN PARA EL MAXILAR SUPERIOR, SECTOR POSTERIOR -
CON OPERADOR DE PIE.

ESTA ZONA ES DE MÁS DIFÍCIL ACCESO PARA OPERAR VISIÓN
DIRECTA Y REQUIERE UNA POSICIÓN MÁS FORZADA DE PACIENTE Y-
OPERADOR.

- 1.- PACIENTE: SENTADO PERO CON EL PLANO DEL ASIENTO-
INCLINADO HACIA ATRÁS, DEMODO QUE FORMA CON EL PI
SO UN ÁNGULO DE 10 Y 15° APROXIMADAMENTE, LO QUE-
SE LOGRA USANDO LA PALANCA DEL MOVIMIENTO DEL ---
"TRENDELENBURG". EL RESPALDO DEL ASIENTO SE IN-

CLINA MÁS HACIA ATRAS, HASTA FORMAR UN ÁNGULO EN TRE 140° y 150°. EL CABEZAL ORIENTA LA CABEZA DEL PACIENTE HASTA QUE PERMITE VER, POR VISIÓN DIRECTA LA CARA OCLUSAL DE LOS MOLARES SUPERIORES.

2.- OPERADOR: POR DELANTE Y A LA DERECHA EN POSICIÓN DE 8 HRS.

3.- ALTURA: RÍGEN LAS MISMAS REGLAS CITADAS, AUNQUE AVECES SE REQUIERE ELEVAR UN POCO MÁS AL PACIENTE PARA TENER ACCESO A SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES POR VISIÓN INDIRECTA, EL PACIENTE DESCIEENDE.

VARIANTE: OPERADOR POR DETRÁS A LA DERECHÁ Y A LA IZQUIERDA, EN POSICIÓN DE 11 HRS. PACIENTE MUCHO MÁS BAJO CON EL PLANO OCLUSAL A LA ALTURA DEL CODO DEL OPERADOR:

CUANDO EL OPERADOR TRABAJA SENTADO EN BANQUILLO ALTO, LAS POSICIONES SON SIMILARES, PERO SE REDUCE LA ALTURA DEL SILLÓN PARA QUE LA CABEZA DEL PACIENTE ESTÉ AL ALCANCE DEL OPERADOR.

POSICIONES MODERNAS DE TRABAJO.

CUANDO SE UTILIZA EL SILLÓN CONTORNEADO, EN EL CUAL - EL PACIENTE ESTÁ MUY RECLINADO, EL OPERADOR TRABAJA GENERALMENTE SENTADO, EN UN BANQUILLO BAJO CUYO DISEÑO LE PERMITE LOGRAR LA POSICIÓN CORRECTA CON LOS PIES APOYADOS EN EL SUELO Y LOS MUSLOS APROXIMADAMENTE PARALELOS AL PISO.

POSICIÓN DEL PACIENTE: MAXILAR INFERIOR.

- 1.- POSICIÓN INICIAL, EL SILLÓN CONTORNEADO ESTE EN POSICIÓN MÁS BAJA CON RESPECTO AL PISO EL RESPALDO, EN SU POSICIÓN MÁS ALTA, CERCANA AL ÁNGULO RECTO CON RESPECTO AL ASIENTO. SI EL APOYABRAZOS DERECHO ES REBATIBLE SE LE LEVANTA PARA FACILITAR LA ENTRADA DEL PACIENTE.
- 2.- EL PACIENTE SE SIENTA EXTIENDE SUS PIERNAS Y APOYA SU CABEZA EN EL CABEZAL.
- 3.- SE RECLINA EL RESPALDO LENTAMENTE PARA QUE EL PACIENTE NO EXPERIMENTE MOLESTIAS.
- 4.- SE ACCIONA EL MOVIMIENTO DE TRENDELEBURG PARA -- ELEVAR LOS PIES Y DESCENDER LA CABEZA DEL PACIENTE.

TE. LA POSICIÓN FINAL DEPENDE DE LA MODALIDAD DE TRABAJO DEL OPERADOR Y DEL ÁREA A TRATAR, Y PUEDE RESULTAR CON LOS PIES MÁS ALTOS QUE LA CABEZA Y VICECERSA.

5.- SE ELEVA TODO EL SILLÓN PARA QUE LAS RODILLAS -- DEL OPERADOR SENTADO, QUEDEN POR DEBAJO DEL RESPALDO DEL SILLÓN, QUE EN ÉSTE MOMENTO ESTÁ EN -- POSICIÓN HORIZONTAL.

6.- SE UBICA LA CABEZA DEL PACIENTE HACIÉNDOLA GIRAR HACIA LA DERECHA O A LA IZQUIERDA, HACIA ARRIBA- O ABAJO, PARA TENER VISIÓN DIRECTA DEL ÁREA DON- DE SE VA INTERVENIR.

PARA TRABAJAR EN EL MAXILAR INFERIOR NO ES NECESARIO QUE EL PLANO OCLUSAL DE LOS DIENTES INFERIORES ESTÉ PARALELO AL PISO.

PARA EL MAXILAR INFERIOR, CON LA CABEZA INCLINADA -- HACIA ATRÁS, EL PLANO OCLUSAL DE LOS DIENTES SUPERIORES -- SE ENCUENTRAN MÁS O MENOS PERPENDICULARES AL PISO.

7.- CUANDO SE VA HA OPERAR EN LOS ÚLTIMOS MOLARES, -
SUPERIORES, POR VISIÓN DIRECTA LA CABEZA DEL PA-
CIENTE DEBERÁ ESTAR EN HIPEREXTENCIÓN, PARA LO -
CUAL SE COLOCA UNA PEQUEÑA ALMOHADILLA SUPLEMEN-
TARIA DEBAJO DE LA NUCA DEL PACIENTE.

8.- PARA CUALQUIER INTERVENCIÓN EN ÉSTAS CONDICIONES
ES IMPRECINDIBLE CONTAR CON UN BUEN EQUIPO DE --
ASPIRACIÓN DE LOS LÍQUIDOS BUCALES SEGÚN SE EX--
PLICÓ ANTERIORMENTE.

POSICIONES DEL OPERADOR.

EL OPERADOR SENTADO PUEDE ELEGIR 4 POSICIONES Y UNA-
PARA CASOS ESPECIALES.

- A) POSICIÓN DE 8-9 HRS. (DELANTE DERECHA)
- B) POSICIÓN DE 11 HRS. (ATRÁS DERECHA).
- C) POSICIÓN DE 12 HRS. (DETRÁS DE LA NUCA).
- D) POSICIÓN DE 1 HRS. (13 HRS. ATRAS IZQUIERDA).
- E) POSICIÓN 3-4- HRS. (15 HRS. ADELANTE IZQUIERDA).

A) EL OPERADOR PUEDE ESTAR LIGERAMENTE POR DELANTE -
DEL PACIENTE O A UN COSTADO DE EL (8-9 HRS.)

EN ESTA POSICIÓN TIENE VISIÓN DIRECTA DE LA MAYORÍA -
DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES EN SUS CARAS OCLUSA
LES.

GIRANDO LA CABEZA A DERECHA O IZQUIERDA SE OBTIENE --
VISIÓN DE LAS CARAS LABIALES DE LOS PREMOLARES Y MOLARES.

EN LA HIPEREXTENCIÓN DE LA CABEZA, VISIÓN DIRECTA DE-
LAS CARAS OCLUSALES DE PREMOLARES Y MOLARES SUPERIORES.

B) SE OBTIENE VISIBILIDAD EN LAS CARAS LINGUALES DE -
LOS INCISIVOS Y CANINOS INFERIORES POR VISIÓN DI--
RECTA Y DE LOS INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES POR-
VISIÓN DIRECTA. TAMBIÉN PERMITE TRABAJAR EN CA--
RAS LABIAL Y OCLUSAL DE MOLARES INFERIORES POR VI-
SIÓN DIRECTA, CON INCLINACIÓN DE LA CABEZA DEL PA-
CIENTE HACIA LA DERECHA.

EN TODOS LOS SUPERIORES POR VISIÓN DIRECTA.

C) DETRÁS DE LA NUCA DEL PACIENTE. PARA LAS MISMAS-
MANIOBRAS DE 11 HRS.

D) PARA TENER BUENA VISIBILIDAD DE INCISIVOS Y CANI--
NOS DERECHOS EN SU CARA LINGUAL; TAMBIÉN CARA LA--

BIAL Y OCLUSAL DE PREMOLARES Y MOLARES INFERIORES-
DEL LADO DERECHO, INCLINANDO LA CABEZA DEL PACIEN-
TE HACIA EL LADO IZQUIERDO. TODO LOS SUPERIORES-
TIENEN VISIÓN INDIRECTA, LABIAL DE INCISIVOS Y CA-
NINOS SUPERIORES POR VISIÓN DIRECTA.

E) SIMILARES A LA DE 8 Y 9 HRS. PERO SIRVE PARA OPERA
DORES ZURDOS O PARA TRABAJOS CUYO ACCESO HABITUAL-
RESULTE DIFICULTOSO.

NO DEBE TITUBEARSE EN REUBICAR AL PACIENTE Y MODIFI--
CAR LA POSICIÓN DE LA CABEZA PARA LOGRAR UN ACCESO Y UNA -
VISIBILIDAD BUENA YA QUE CON LA APARATOLOGÍA ACTUAL EL ---
TIEMPO DE PREPARACIÓN CAVITARIA ES MUY BREVE Y EL PACIENTE
NO LLEGA A FATIGARSE AUNQUE LA POSICIÓN DE LA CABEZA NO SI
GA AL EJE PRINCIPAL DEL CUERPO.

TÉCNICA DE VISIÓN INDIRECTA.

CUANDO SE DOMINA LA APARATOLOGÍA Y EL INSTRUMENTAL Y-
SE TIENE SEGURIDAD EN LA EJECUCIÓN DE LOS DISTINTOS TIEM--
POS OPERATORIOS SE PUEDE OPERAR CON VISIÓN INDIRECTA O SEA
VIENDO EL DIENTE Y LA CAVIDAD POR MEDIO DEL ESPEJO BUCAL.

EL ESPEJO BUCAL DEBERÁ SER PLANO Y SIN MANCHAS O RAYAS Y CALENTADO A LA TEMPERATURA BUCAL, PARA LO CUAL SE LE PUEDE SUMERGIR EN UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA TIBIA O MANTENER 30 SEGUNDOS EN CONTACTO CON LA CARA INTERNA DEL CARRILLO HASTA QUE ADQUIERA LA TEMPERATURA ADECUADA.

- 1.- MOJANDO CON FRECUENCIA EL ESPEJO EN UNA SOLUCIÓN-DETERGENTE O JABONOSA, PARA QUE LAS GOTAS DE AGUA SE RESBALEN Y NO IMPIDAN LA VISIÓN.
- 2.- USANDO ESPEJOS GIRATORIOS QUE MEDIANTE FUERZA CENTRÍFUGA DESPRENDEN LAS GOTAS DE AGUA Y LOS DETRITOS.
- 3.- DIRIGIENDO UN ROCÍO ACUOSO SOBRE EL ESPEJO CON LA AYUDA DE UN ASISTENTE.
- 4.- ECHANDO AIRE SOBRE EL ESPEJO.
- 5.- TRABAJANDO CON REFRIGERACIÓN POR AIRE, CUANDO SE OPERA EN ZONAS ALEJADAS DE LA PULPA Y POR PERÍODOS MUY CORTOS.

"POSICIÓN DE TRABAJO UTILIZANDO ASISTENTE JUNTO AL SILLÓN (TÉCNICA A 4 MANOS).

TANTO EL OPERADOR COMO LA ASISTENTA TRABAJAN SENTADOS LAS POSICIONES DEL PACIENTE Y EL OPERADOR SON SIMILARES A LAS YA DESCRITAS, PERO ÉSTE ÚLTIMO PUEDE INTERVENIR CON -- MAYOR COMODIDAD EN LAS ÁREAS RESPECTIVAS POR QUE LA ASIS-- TENTE LE MANTIENE EL CAMPO OPERATORIO SEPARADO, ILUMINADO Y SECO MEDIANTE LAS SIGUIENTES MANIOBRAS.

- 1.- SEPARA LENGUA Y CARRILLOS CON ESPEJO O SEPARADO-- RES.
- 2.- MANTIENE EL CAMPO SECO MEDIANTE EL USO ADECUADO -- DE LAS CÁNULAS DE ASPIRACIÓN CONECTADAS CON EL -- EQUIPO DE SUCCIÓN.
- 3.- ILUMINA EL CAMPO MODIFICANDO LA POSICIÓN DE EL RE FLECTOR BUCAL O SUPLEMENTANDO LA ILUMINACIÓN CON-- OTROS MEDIOS, COMO FIBRAS ÓPTICAS, LINTERNAS ETC.
- 4.- COLABORA AUMENTANDO LA REFRIGERACIÓN DEL INSTRU-- MENTAL ROTATORIO, MEDIANTE LA JERINGA TRIPLE DE -- AIRE Y AGUA.
- 5.- MANTIENE LIMPIO EL ESPEJO CUANDO EL OPERADOR TRA--

BAJA CON VISIÓN INDIRECTA.

TODOS CON VISIÓN REDUNDA EN UNA INTERVENCIÓN MÁS RÁPIDA, EFICIENTE Y MENOS CANSADA PARA LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE TRABAJO.

POSICIONES DEL ASISTENTE.

PARA PODER ASISTIR AL OPERADOR RÁPIDO Y EFICIENTEMENTE EL ASISTENTE DEBE ESTAR SENTADO DE MANERA TAL QUE DOMINE PERFECTAMENTE TODO EL CAMPO OPERATORIO. DENTRO DEL RADIO DE ACCIÓN DE SUS BRAZOS DEBE ALCANZAR LA MESA O EL MUEBLE RODANTE QUE POSEE EL INSTRUMENTAL, LA UNIDAD DENTAL CON SUS ELEMENTOS DE CORTE, (TURBINA MICROMOTOR), LA CÁMULA DE SUCCIÓN, EL REFLECTOR Y TODO OTRO ELEMENTO QUE EL OPERADOR NECESITE. EL BANQUILLO DE LA ASISTENTE ESTÁ DISEÑADO ESPECIALMENTE PARA QUE, UNA VEZ SENTADO PUEDE ESTAR UNOS 8-10 cm. POR ENCIMA DEL NIVEL DE OPERADOR, PARA PODER ALCANZAR LOS ELEMENTOS CON MAYOR COMODIDAD. ELLO REQUIERE EL USO DE UNA PEQUEÑA PLATAFORMA HORIZONTAL EN LA BASE DEL BANQUILLO PARA APOYAR LOS PIES SOBRE UNA SUPERFICIE FIRME.

LA ASISTENTE SE UBICA EN POSICIÓN DE 3-4 HRS. SI -

LA UNIDAD DENTAL TIENE SALIVADERA ADOSADA AL SILLÓN ÉSTA-
DEBE SER MÓVIL PARA PERMITIR LA CORRECTA UBICACIÓN DE LA-
ASISTENTE.

CUANDO SE TRABAJA CON EL PACIENTE TOTALMENTE HORIZON
TAL, LA ASISTENTE UBICARÁ SUS RODILLAS DEBAJO DEL RESPAL-
DO DEL SILLÓN DE LA MISMA MANERA QUE EL PROFESIONAL SIEM-
PRE QUE EL ESPACIO EXISTENTE O LA ALTURA DEL SILLÓN LO --
PERMITA.

CUANDO LA ASISTENTE UBICADA EN ESTA POSICIÓN EL EQUI
PO OPERATORIO ALCANZA SU MÁXIMA EFICIENCIA ESPECIALMENTE-
CUANDO SE REALIZAN SESIONES LARGAS DE TRABAJO EN UN MISMO
PACIENTE.

POSICIONES DEFECTUOSAS DEL OPERADOR Y SUS CONSECUENCIAS.

ES BASTANTE COMÚN QUE POR FALTA DE INFORMACIÓN, POR-
HÁBITO O POR INERCIA, EL OPERADOR ADOPTA POSICIONES DEFEC
TUOSAS DE TRABAJO JUNTO AL PACIENTE, TANTO AL ESTAR DE --
PIE COMO SENTADO.

DE PIE: LA POSICIÓN CORRECTA DEBE BUSCAR UNA BUENA --
BASE DE SUSTENTACIÓN EN LOS DOS PIES LIGERAMENTE SEPARA--

DOS CON EL CENTRO DE GRAVEDAD DEL CUERPO CAYENDO DENTRO DE ÉSTA BASE. SI EL PROFESIONAL SE INCLINA DEMASIADO SE APOYA PRINCIPALMENTE EN UN SOLO PIE O TUERCE LA COLUMNA ESTARÁ EN UNA POSICIÓN FORZADA O DE DESEQUILIBRIO QUE LO LLEVARÁ A UNA RÁPIDA FATIGA. LA REPETICIÓN FRECUENTE DE ÉSTAS POSICIONES DEFECTUOSAS OCACIONARÁN TRASTORNOS ÓSEOS, MUSCULARES Y VASCULARES QUE PUEDEN ACARREAR CONSECUENCIAS GRAVES.

SENTADO: UN BANQUILLO INCORRECTO DEMASIADO ALTO O MUY ALEJADO DEL PACIENTE OBLIGARÁ A ADOPTAR UNA POSICIÓN DE SENTADO DEFECTUOSA CON LAS MISMAS CONSECUENCIAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE. EL OPERADOR NO SOLO DEBE ELEGIR UN BANQUILLO ADECUADO SI NO QUE DEBE TAMBIÉN SABER MANEJARLOS PARA QUE LE PERMITA TRABAJAR EN UNA POSICIÓN CÓMODA Y SAGRADA.

POSICIÓN DE LOS DEDOS.

LA COLOCACIÓN CORRECTA DE LOS DEDOS TANTO EN LA PREVICIÓN DEL INSTRUMENTO QUE SE LLEVA A LA BOCA COMO EN LA BÚSQUEDA DEL PUNTO DE APOYO ADECUADO ES DE IMPORTANCIA FUNDAMENTAL EN OPERATORIA DENTAL.

UN OPERADOR QUE NO DOMINE ESTE ASPECTO DE LA INSTRUMENTACIÓN CAVITARIA TENDRÁ MUCHAS DIFICULTADES NO EXENTAS DE PELIGROS DURANTE EL DESARROLLO DE LOS TIEMPOS OPERATORIOS.

LA TOMA DE LOS INSTRUMENTOS EN OPERATORIA VARÍA SEGÚN SE TRATE DE:

- A) INSTRUMENTAL DE EXAMEN.
- B) INSTRUMENTAL CORTANTE DE MANO O ROTARIO EN VELOCIDAD CONVENCIONAL O MEDIANA.
- C) INSTRUMENTAL ROTATORIO EN ALTA O SUPER ALTA VELOCIDAD.
- D) INSTRUMENTAL AUXILIAR PARA OBTURACIONES, ETC.
- E) EL ESPEJO SE USA PARA 3 FUNCIONES PRINCIPALES.
 - 1.- ILUMINAR EL DIENTE DONDE SE VA A TRABAJAR REFLEJANDO LA LUZ.
 - 2.- REFLEJAR EL DIENTE PARA OBSERVARLO POR VISIÓN INDIRECTA.
 - 3.- SEPARAR CARRILLOS, LABIOS O LENGUA PARA LAS FUNCIONES 1 Y 2 O SEA ILUMINAR, EL ESPEJO SE TOMA -

COMO UN LAPICERO BUSCANDO EL PUNTO DE APOYO EN --
DIENTES VECINOS.

PARA LA FUNCIÓN DE 3 SE DEBE VENCER LA RESISTENCIA --
DEL PACIENTE Y A MENUDO NO SE LOGRA APOYO DENTARIO; EL ES-
PEJO ES SOSTENIDO POR LA TENSIÓN MUSCULAR DEL ANTEBRAZO --
DEL OPERADOR.

EL EXPLORADOR, LA SONDA Y LA PIEZA DE CURACIÓN SE USA
CON TOMA LIBRE O DE LAPICERO Y PUNTO DE APOYO PERFECTAMEN-
TE DENTARIO, AUNQUE PUEDE SER MUSCULAR.

B) REQUIERE UNA TOMA FUERTE DE LAPICERO, SOSTENIENDO-
EL INSTRUMENTO LO MÁS CERCA POSIBLE DE LA PARTE --
ACTIVA PARA APROVECHAR AL MÁXIMO LA FUERZA DIGITAL
SIN PERDER LA DELICADEZA QUE LAS MANIOBRAS OPERATO
RIAS EXIGEN.

CUANDO SE EMPLEA LA TOMA PALMAR O DIGITOPALMAR SE USA
FUNDAMENTALMENTE LA FUERZA. ES CONVENIENTE GIRAR LA PAR-
TE ACTIVA DEL INSTRUMENTO CON UNO O DOS DEDOS DE LA OTRA -
MANO.

C) EL OPERADOR EXPERIMENTADO PUEDE USAR LOS CONTRAÁN-

GULO Y LAS TURBINAS QUE FUNCIONAN EN VELOCIDAD ALTA O SUPERALTA CON TOMA DE LAPICERO, PARA IMPRIMIR EL CORTE DE LAS CARACTERÍSTICAS DE "PINCELADA" QUE ÉSTE TIPO DE INSTRUMENTACIÓN REQUIERE.

LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA DIGITACIÓN SON LOS SIGUIENTES.

- 1.- EL INSTRUMENTO CORTANTE, LAS PIEZAS DE MANO EL -- CONTRAÁNGULO ETC. DEBEN SER TOMADOS CON FIRME-- ZA Y BUSCANDO SU MEJOR EQUILIBRIO Y SEGÚN FORMA Y TAMAÑO.
- 2.- SE PRESENTA EL INSTRUMENTO JUNTO A LA BOCA EN LA POSICIÓN EN QUE DEBE ACTUAR SOBRE EL DIENTE.
- 3.- SE BUSCAN LOS PUNTOS DE APOYO SOBRE LOS DIENTES -- DE LA MISMA ARCADA DENTARIA Y LO MÁS CERCA POSI-- BLE DEL DIENTE A TRATAR SEGÚN LO PERMITA EL TAMA-- ÑO DEL INSTRUMENTO.
- 4.- SE APOYARÁ EL MOVIMIENTO A EFECTUAR PARA EL CORTE DENTARIO, SIN LLEGAR A CORTAR AÚN, PARA VER SI -- LOS PUNTOS DE APOYO SON ADECUADOS, SE PERMITE LA-- MOVILIDAD DEL INSTRUMENTO Y SI ÉSTE NO TIENE TEN-- DENCIA A DESLIZARSE DE AQUELLOS.

D) INSTRUMENTAL AUXILIAR, PARA OBTURACIONES. PARA ESTE TIPO DE INSTRUMENTAL SE UTILIZA GENERALMENTE LA TOMA DE LAPICERO.

TOMA DE LAPICERO.

EN SU FORMA CLÁSICA, ÉSTA MANERA DE TOMAR UN INSTRUMENTO ES AL MISMO TIEMPO SUAVE Y DELICADA NO EXENTE DE -- FIRMEZA. SE LA PUEDE DIVIDIR EN TOMA LEVE Y TOMA FUERTE SEGÚN LA TENCIÓN MUSCULAR REQUERIDA.

EL INSTRUMENTO SE TOMA CERCA DE SU PARTE ACTIVA PARA PODER DESLIZARLO HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO, POR EJEMPLO-LIMAS DE ENDODONCIA.

TOMA DE LAPICERO.

SE UTILIZA PARA EJECUTAR MANIOBRAS DELICADAS O QUE NO SIGNIFICAN FIESGOS PARA EL PACIENTE.

LOS DEDOS SOSTIENEN EL INSTRUMENTO CON MÍNIMA TONICIDAD MUSCULAR EJEMPLO, EL SOSTÉN DE ESPEJO PARA VISIÓN INDIRECTA, EL USO DE UN PINCEL PARA APLICAR MATERIALES PLÁSTICOS Y EL MANEJO DE TURBINA A SUPER ALTA VELOCIDAD.

TOMA FUERTE DE LAPICERO.

SE UTILIZA PARA MANEJAR INSTRUMENTAL CORTANTE DE MANO, COMO CINCELES DE MANO QUE REQUIEREN BASTANTE FUERZA EN SU ACCIÓN. DEBERÁ TOMARSE EL INSTRUMENTO LO MÁS CERCA POSIBLE DE SU PARTE ACTIVA Y BUSCANDO EL PUNTO DE APOYO CON EL MISMO DEDO MEDIO QUE ESTÁ SOSTENIDO EL INSTRUMENTO, O EL ANULAR, PARA EVITAR QUE PIERDA EL EQUILIBRIO O SE DESPLACE BRUSCAMENTE AL CEDER EL TEJIDO DENTARIO QUE SE PRETENDE CORTAR.

CAPÍTULO IV

HISTORIA CLINICA

SU IMPORTANCIA PARA LA O. DENTAL.

MOTIVO DE LA CONSULTA. PUEDE SER PARA EL PACIENTE EL MALESTAR. ESTE ES UN SÍNTOMA DESCRITO EN LAS PROPIAS -- PALABRAS DEL SUJETO, QUE INDICA LA NECESIDAD DE ALIVIO. -- LA MANERA EN QUE SE PRESENTA EL MOTIVO DE LA CONSULTA AL INTERLOCUTOR ES INDICATIVA DE LA IMPORTANCIA QUE EL PA--- CIENTE LE ASIGNA.

CUANDO LE AQUEJA EL DOLOR, DEBE LOGRARSE UN INMEDIATO ALIVIO SINTOMÁTICO. POR OTRA PARTE, SI EL MOTIVO DE LA CONSULTA ES UN INCISIVO CENTRAL DECOLORADO QUE HA PRESENTADO UN PROBLEMA ESTÉTICO DE LARGA DATA, QUIZÁ SU RESTAURACIÓN DEBERÍA SER DIFERIDA HASTA RESTABLECER EL ESTADO DE SALUD DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE MANIOBRAS PROFILÁCTICAS ADECUADAS. EL DENTISTA NO DEBERÁ PERDER DE VISTA EL MOTIVO DE LA CONSULTA, LO DEBE INTEGRAR LÓGICAMENTE EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.

HISTORIA DENTAL PREVIA.

LA REVISIÓN DE LA HISTORIA DENTAL PREVIA DEL PACIENTE A MENUDO REVELARÁ SU ACTITUD GENERAL HACIA LA ODONTOLOGÍA. LA FRECUENCIA DE LA VISTA DEL PACIENTE AL DENTISTA, LA FRECUENCIA DE LAS SESIONES DE PROFILAXIS, LA REACCIÓN, SI EXISTE A LA ANESTESIA LOCAL, LA HISTORIA DE EXTRACCIONES Y COMPLICACIONES SI LAS HUBO, Y LOS TRATAMIENTOS ORTODONTICOS, PERIODONTAL, ENDODÓNTICOS Y PROSTODÓNTICOS PREVIOSON EN MANERA COLECTIVA DE VALOR DIAGNÓSTICO. ESTOS FACTORES DECIDIDAMENTE INFLUYEN SOBRE EL DESARROLLO DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, CONSIDEREMOS UN PACIENTE QUE HA SIDO INCAPAZ DE OBTENER O EXPRESAR SU DESEO RESPECTO AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, COMO LO INDICAN LAS VISITAS REALIZADAS SOLO EN BUSCA DEL ALIVIO DEL DOLOR Y EL NO LOGRAR UN TRATAMIENTO DENTAL PROFILÁCTICO. ES NECESARIO UN VERDADERO CAMBIO EN LA DISPONIBILIDAD DEL TRATAMIENTO DENTAL O EN LA ACTIVIDAD HACIA LA ODONTOLOGÍA POR LO TANTO DEBE PRODUCIRSE UN SINCERO DESEO DE TRATAMIENTO ANTES DE EMPEZAR UN PROGRAMA DE RESTAURACIÓN IMPORTANTE.

TAL DESAFÍO EN LA ACTUALIDAD PUEDE REQUERIR UNA SUBSTANCIAL REDUCCIÓN DEL PACIENTE.

EL NO LOGRAR PRODUCIR ÉSTE CAMBIO PRÁCTICAMENTE ASEGURA EL FRACASO DEL TRATAMIENTO PROPUESTO, SE DESPERDICIAN TIEMPO ENERGÍA Y DINERO, EN LAS MENTES DE MUCHOS PACIENTES LA RESPONSABILIDAD DE ESTE FRACASO ES DESPLAZADA AL DENTISTA.

HISTORIA FAMILIAR.

ESTA INCLUYE EL REGISTRO DE ESTADOS QUE TIENDEN HA -- SER HEREDITARIOS O TRANSMITIDOS POR INFECCIÓN DIRECTA Y -- COMPLETAMENTE AÚN MÁS LA HISTORIA DENTAL PREVIA, LAS ACTITUDES DE LOS PADRES ABUELOS Y CÓNYUGES CON RESPECTO A LA -- ODONTOLOGÍA PUEDEN PREVER UNA ÚTIL GUÍA PARA EL PLAN DE -- TRATAMIENTO, UN PACIENTE QUE HA MOSTRADO FALTA DE INTERÉS-- POR EL TRATAMIENTO DENTAL O QUE TIENE CARIES RAMPANTE Y -- UNA CANTIDAD DE DIENTES AUSENTES Y CUYOS PADRES HAN USADO-- PRÓTESIS DURANTE AÑOS, PROBABLEMENTE NO DEBE SER MUY ALEN-- TADO A BUSCAR UNA REHABILITACIÓN TAL HISTORIA FAMILIAR, -- JUNTO CON TODOS LOS DEMÁS FACTORES PUEDEN INCLINAR LA BA-- LANZA A FAVOR DE UN TRATAMIENTO MENOS CONSERVADOR, LA -- DECISIÓN EN CUANTO AL TRATAMIENTO DEPENDE DEL CASO Y CON -- EDUCACIÓN Y MOTIVACIÓN, ESTE PACIENTE BIEN PUEDE OPTAR LA-- ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.

LA INFORMACIÓN OBTENIDA POR LA PERSONA QUE REALIZA LA ENTREVISTA CON RESPECTO AL ESTADO CIVIL DEL PACIENTE, SU OCUPACIÓN, HORARIO, HÁBITOS E HIGIENE PERSONAL PUEDE SER IMPORTANTE PARA EL DENTISTA QUE PRACTICA LA OPERATORIA. UN PACIENTE CON UNA BOCA POCO LIMPIA Y MALOS HÁBITOS DE CEPILLADO DEBERÁ DEMOSTRAR EL DESEO Y LA HABILIDAD DE REALIZAR UN PROGRAMA DE HIGIENE ORAL ADECUADO EN LA CASA ANTES DE PLANEAR UNA FASE DE RESTAURACIÓN. EL CONOCIMIENTO DE LA COMPATIBILIDAD DEL TRATAMIENTO Y LOS HORARIOS DE TRATAMIENTO, EL CUIDADO DE LOS NIÑOS, TRANSPORTE Y LOS AREGLOS FINANCIEROS AYUDAN AL DISEÑO DEL PLAN DE TRATAMIENTO MÁS DESEABLE.

REVISIÓN DE SISTEMAS.

ÉSTA DA A LA PERSONA QUE REALIZA LA ENTREVISTA UNA SECUENCIA LÓGICA PARA UNA COMPLETA REVISIÓN DE LA HISTORIA DEL PACIENTE. CON EL USO DE UN CUESTIONARIO DE SALUD, SE PUEDEN REALIZAR PREGUNTAS QUE TIENEN POR OBJETO PRODUCIR INFORMACIÓN SOBRE SÍNTOMAS QUE PUEDEN INDICAR PROCESOS O ENFERMEDADES EN LOS DISTINTOS, SISTEMAS DEL ORGANISMO, LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS SON EXPLORADAS MÁS EN PROFUNDIDAD -

CON EL OBJETO DE RELACIONAR SU SIGNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO QUE HABRÁ DE PROPONER.

EXAMEN CLÍNICO.

SE APLICA EL EXAMEN DE TODA LA BOCA Y LAS ZONAS RELACIONADAS, LOS PRINCIPIOS DE INSPECCIÓN PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN. UN EXAMEN CLÍNICO GENERAL DEL PACIENTE INCLUYE LAS PARTES EXPUESTAS DEL CUERPO Y LA ESTRUCTURA DE LA BOCA.

AUNQUE LA APRECIACIÓN GENERAL DEL SUJETO Y EL EXAMEN DE LA CABEZA, LA PIEL Y EL CUELLO PUEDEN PONER DE MANIFIESTO ALGÚN SIGNO DE ENFERMEDAD, EL EXAMEN DE LOS MAXILARES ES DE ESPECIAL INTERÉS PARA EL DENTISTA QUE HACE RESTAURACIONES. DEBE PRESENTARSE PARTICULAR ATENCIÓN A LA SÍMTRÍA DE LOS MAXILARES, SU RELACIÓN ANTEROPOSTERIOR, EL PATRÓN DE CIERRE LOS MOVIMIENTOS LATERALES Y PROTRUSIVOS Y LA PRESENCIA DE CHASQUIDO, CRUJIDOS, HINCHAZÓN O MOLESTIAS DE LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULAR.

EXAMEN CLÍNICO DE LA BOCA.

CORRESPONDE ENFATIZAR QUE LA HISTORIA COMPLETA Y EL EXAMEN PARA TODOS LOS PACIENTES SON LOS MISMOS A DESPECHO-

DEL TRATAMIENTO QUE SE PREVEA.

UNA EVALUACIÓN GENERAL DE LA SALUD ORAL, INCLUYENDO LA HIGIENE, EL ESTADO DE LOS DIENTES, LA PRESENCIA DE APARATOS PROTÉTICOS Y LOS ESPACIOS DESDENTADOS Y LAS LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS, INDICAN AL EXAMINADOR CÚAN EXTENSO --- DEBERÁ SER EL EXÁMEN. TAMBIÉN DEBERÁ INCLUIR CUÁLES ELEMENTOS AUXILIARES DEL EXÁMEN PUEDEN SER NECESARIO, LO MISMO QUE SUGERIR LA POSIBLE NECESIDAD DE UNA DESVIACIÓN, LA INSPECCIÓN Y LA PALPACIÓN DE LOS LABIOS, LA MUCOSA LABIAL Y VESTIBULAR, EL PÁLADAR, LA OROFARINGE, EL PISO DE LA BOCA, Y LA LENGUA, SE REALIZAN EN FORMA ORDENADA, Y SE REGISTRAN LOS HALLAZGOS.

DURANTE ESTA INSPECCIÓN PUEDEN OBSERVARSE MANIFESTACIONES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS LO MISMO QUE DE PROCESOS LOCALES. ESTOS HALLAZGOS AYUDAN A REALIZAR DIAGNÓSTICOS PARA SER INCLUIDOS EN LAS FASES SISTÉMICAS O PREOPERATORIAS DEL PLAN DE TRATAMIENTO LOCAL.

OCLUSIÓN.

EL PAPEL PRINCIPALMENTE DE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ES EL MANTENIMIENTO DE UNA OCLUSIÓN FUNCIONALMENTE NOR-

MAL. LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES CARIADOS PERMITE --
UNA MAS CONFORTABLE Y EFICIENTE MASTICACIÓN DEL ALIMENTO,
MÁS AÚN ESTAS RESTAURACIONES, LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES,-
QUE PUEDEN SER SEGUIDOS TANTO POR LA SIGUIENTE TRANSFEREN
CIA DE MAYORES TENSIONES A LOS DIENTES PILARES DE UN PUEN
TE O POR LA INTERRUPCIÓN DE LA OCLUSIÓN A CAUSA DE LA MI
GRACIÓN DENTARIA, EL TALLADO, LA TERMINACIÓN Y EL PULIDO--
DE LA RESTAURACIÓN DE AMALGAMA SE REALIZA EN ARMONÍA CON-
LA OCLUSIÓN FUNCIONAL LOS DIENTES ANTAGONISTAS Y ADYACEN-
TES. LAS RESTAURACIONES DE ORO COLADO PERMITEN LA INCER
SIÓN DE CÚSPIDES CAPACES DE SOPORTAR TENSIONES, LO QUE PO
SIBILITA UNA MEJOR MASTICACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA -
ESTABILIDAD OCLUSAL. LOS CORRECTOS CONTORNOS Y CONTAC--
TOS INTERPROXIMALES SON RESTAURADOS DE MODO QUE AYUDEN A-
LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y A LA CONSIGUIEN
TE PÉRDIDA DE DIENTES CON MULTILIACIÓN DE LA OCLUSIÓN. -
ESTAS SON UNAS POCAS DE LAS RESPONSABILIDADES DEL DENTIS-
TA QUE PRACTICA LA OPERATORIA EN CUANTO AL MANTENIMIENTO-
Y A LA RESTAURACIÓN DE UNA OCLUSIÓN ARMÓNICA.

ENCIA.

LA EVOLUCIÓN DEL COLOR, LA FORMA, LA DENSIDAD EL NI-
VEL DE INSERCIÓN Y LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL PUE-

DE REVELAR VARIACIONES CON RESPECTO A LO NORMAL. TALES -
VARIACIONES PUEDEN SER INDICADORAS DE UN PROBLEMA SISTÉ---
MICO. ALGUNOS HALLAZGOS QUE SON EL RESULTADO DE UNA CAU-
SA LOCAL, SERÁN TRATADOS POR EL DENTISTA QUE PRACTICA LA -
OPERATORIA, Y SON POR LO TANTO DE INTERÉS ESPECÍFICO PARA
EL PLAN DE RESTAURACIÓN.

EL CAMBIO EN EL TEJIDO GINGIVAL APARTÁNDOSE DEL COLOR
Y DENSIDADES NORMALES, PUEDEN ASOCIARSE CON UNA INFLAMA---
CIÓN CRÓNICA O AGUDA. LOS FACTORES IRRITATIVOS LOCALES, -
TALES COMO EL TÁRTARO Y LA PLACA, PROVOCAN ÉSTAS RESPUES--
TAS. LAS RESTAURACIONES ÁSPERAS O QUE SE EXTIENDEN MÁS _
ALLÁ DE LA PREPARACIÓN CAVITARIA, QUE PROVEEN UN CONTORNO-
EXCESIVO O INSUFICIENTE, O QUE NO LOGRA OFRECER UN CONTAC-
TO PROXIMAL CORRECTO SON LOS RESPONSABLES DE LA INFLAMA---
CIÓN GINGIVAL. LAS LESIONES CARIOSAS SIN OBTURAR EN LA -
PROXIMIDAD DE LA ENCÍA SON CAUSA DE IRRITACIÓN LOCAL, LA -
DIFICULTAD EN MANTENER LA LIMPIEZA DEBIDO HA ESTOS IRRITAN
TES PRIMARIOS SE SUPERPONE EL FACTOR ADICIONAL DE LA COLEC
CIÓN DE RESIDUOS, BAJO ESTAS CIRCUNSTANCIAS LA OPERATORIA-
DENTAL SE PONE EN ACCIÓN PRIMERO CON LA FASE PREOPERATORIA
DEL TRATAMIENTO, AQUÍ DEBE PRESTAR UN TRARAMIENTO PERIODON
TAL, ENDODÓNCICO O DE OTRO TIPO PREPARATORIO PARA UN AM---

BIENTE EN EL CUAL SE PUEDA REALIZAR CON EXCELENTES RESULTA-
DOS LAS MANIOBRAS OPERATORIAS. TAL TRATAMIENTO INICIAL -
PUEDE COMPRENDER SIMPLEMENTE EL PULIDO DE UNA RESTAURACIÓN
O LA REMODELACIÓN Y ACABADO DE UNA OBTURACIÓN DESBORDANTE.
NO OBSTANTE, PUEDE ESTAR INDICANDO LA REMOCIÓN DE UNA RES-
TAURACIÓN DEFECTUOSA Y SU REMPLAZO CON UN MATERIAL YA SEA-
DEL TIPO PERMANENTE O TEMPORARIO. LAS LESIONES CARIOSAS-
QUE PROVOCAN IRRITACIÓN GINGIVAL FRECUENTEMENTE SON TRATA-
DAS ELIMINANDO POR LO MENOS LA MAYOR PARTE DE LA DENTINA -
CARIADA Y COLOCANDO UNA OBTURACIÓN BIEN CONTORNEADA DE ---
ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL. DE ESTE MODO, SE ALIVIA LA PER-
TURBACIÓN GINGIVAL Y ESTOS TEJIDOS, LO MISMO QUE LOS PULPA-
RES, TIENEN LA OPORTUNIDAD DE DAR UNA RESPUESTA SALUDABLE.

LA POSICIÓN DEL MARGEN LIBRE DE LA ENCÍA, LA PROFUNDI-
DAD DEL SURCO GINGIVAL Y EL NIVEL DE LA ADHERENCIA EPITE--
LIAL, SON TODOS IMPORTANTES PARA LA OPERATORIA DENTAL. -
UN SURCO CUYA PROFUNDIDAD ES DE 1 A 2 mm. BUCAL Y LINGUAL
MENTE Y DE 2 A 3 mm. INTERPROXIMALMENTE SE CONSIDERA NOR-
MAL. ANTES DE EMPRENDER PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES. -

HAY QUE ASEGURARSE DEL ESTADO DE SALUDA PERIODONTAL.-
EL TRATAMIENTO PUDE INCLUIR LA COLOCACIÓN DE OBTURACIONES-

TEMPORALES, DESCAMACIÓN, CEPILLADO DE LAS RAÍCES, INTRUC--
CIÓN A CERCA DE LA HIGIENE BUCAL Y ELIMINACIÓN DE LOS PRO-
BLEMAS GINGIVALES.

DEBE HABER UN TIEMPO SUFICIENTE DE POSTRATAMIENTO, --
SUFICIENTE DE POSTRACIÓN PARA LA CURACIÓN Y REGENERACIÓN -
DE LOS TEJIDOS QUE PUEDEN LLEGAR HASTA TRES MESES.

SALIVA.

DEBE NOTARSE EL TIEMPO Y EL VOLÚMEN DEL FLUJO SALI---
VAL, LA SALIVA VARÍA DESDE UN TIPO SEROSO FLÚIDO A UN TIPO
VISCOSO MÁS ESPESO, NO HAY DUDAS DE QUE LA ACCIÓN DE LA SA
LIVA AL BAÑAR LOS DIENTES REDUCE LA INCIDENCIA DE CARIES.-
LA QUE ES MEJOR LOGRADA POR UN FLUJO INTENSO DE SALIVA ---
FLÚIDA. EN LOS PACIENTES IRRADIADOS, POR CÁNCER BUCAL, -
SE OBSERVA QUE TIENE CIERTOS EFECTOS COLATERALES INDESEA--
BLES QUE INCLUYEN LA XEROSTOMÍA Y LA CARIES DENTAL. NO -
PUEDEN EVITARSE CIERTOS GRADOS DE DISMINUCIÓN EN EL FLUJO -
SALIVAL, CON LA CONSIENTE HIGIENE BUCAL Y LOS ENJUAGATO---
RIOS BUCALES CON FLORURO PUEDEN MANTENER LA COMPLICACIÓN -
DE LA CARIES DENTAL EN UN NIVEL BAJO, TALES PACIENTES DE--
BEN RECIBIR ESPECIAL CONSIDERACIÓN DE SU SALUD BUCAL ANTES
Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO RADIANTE.

DIENTES.

EL EXAMEN DE LOS DIENTES DEBE SUCEDER AL DE LOS TEJIDOS BLANDOS ESTE EXAMEN COMPRENDE EL DE LAS DISTINTAS CARRAS DE LOS DIENTES, ES REQUISITO INDISPENSABLE QUE ÉSTAS SE PUEDAN OBSERVAR CON FACILIDAD, POR LO TANTO, ANTES DE PROCEDER AL EXAMEN DE LOS TEJIDOS DUROS ESTÁ INDICADA UNA CORRECTA PROFILAXIS. CUANDO EL PACIENTE HA REALIZADO UNA ESCRUPULOSA HIGIENE, O CUANDO ES MÍNIMO EL INTERVALO ENTRE EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO Y EL EXAMEN, SÓLO SERÁ NECESARIO UNA LIMPIEZA DE LOS DIENTES INMEDIATAMENTE ANTES DE EXAMINARLOS.

EL EXAMEN DEBE CONSTAR:

- 1.- EL COLOR Y LAS MANCHAS.
- 2.- EL TAMAÑO, LA FORMA, LA ESTRUCTURÁ Y EL NÚMERO.
- 3.- LA EROSIÓN, LA ABRASIÓN Y LA ATRICCIÓN.
- 4.- LAS FRACTURAS DENTARIAS TANTO COMPLETAS COMO INCOMPLETAS.
- 5.- LOS CONTORNOS FUNCIONALES.
- 6.- LAS LESIONES CARIOSAS.
- 7.- LAS RELACIONES DE CONTACTO.
- 8.- LA VITALIDAD.

UTILIZANDO LA INSPECCIÓN, COMO LA PALPACIÓN Y LA PERCUSIÓN CON LA AYUDA DE UN ESPEJO Y UN EXPLORADOR, Y CON LA AYUDA DE OBLEAS ABSORBENTES Y UN EYECTOR DE SALIVA DE SER-NECESARIO, SE SECA LA ZONA CON AIRE COMPRIMIDO A FIN DE --PREPARARLO PARA LA INSPECCIÓN. EL EXPLORADOR ES UN INS--TRUMENTO IMPRECINDIBLE PARA DETECTAR LA DETECCIÓN DE CA--RIES, EL EXTREMO DEL MANGO DEL ESPEJO BUCAL SE PRESTA BIEN PARA PERCUTIR LOS DIENTES.

COLOR.

EXISTEN CONSIDERABLES VARIACIONES EN EL COLOR DE LOS-DIENTES, LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS TRAEN COMO RESULTADO UNA PROFUNDIZACIÓN DE COLOR Y UNA MAYOR OPACIDAD DEBIDO A LA -PÉRDIDA DEL ESMALTE Y EL ESPESAMIENTO Y, LA ESCLEROSIS DE -LA DENTINA. EL COLOR DEL DIENTE Y SUS PIGMENTACIONES SON DE INTERÉS PARTICULAR DURANTE EL PLANEADO DEL TRATAMIENTO --OPERATORIO CUANDO SE REQUIERE UNA RESTAURACIÓN ESTÉTICA --CORRECTORA.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

LAS RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA POSTERIOR Y LAS-PERIAPICALES DE TODA LA BOCA, SE INCLUYEN COMO RUTINA EN -

EL EXAMEN DENTAL COMPLETO. CUANDO ESTÉN INDICADAS SE --
USAN OTRAS RADIOGRAFÍAS COMPLEMENTARIAS, EL EXAMEN CLÍ--
NICO ORAL Y EL EXAMEN RADIOGRÁFICO DEBEN CORRELACIONARSE--
ENTRE SÍ Y EMPLEARSE EN CONJUNCIÓN. LAS CIRCUNSTANCIAS--
A MENUDO PERMITEN UNA REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y EL REGIS--
TRO DE LAS RADIOGRAFÍAS ANTES DE HACER EL VERDADERO EXA--
MEN DENTAL DIGITAL.

CUANDO NO SE DISPONE DE RADIOGRAFÍAS DURANTE EL EXA--
MEN DIGITAL DE LA BOCA, SE LA EMPLEA PARA HACER EL DIAG--
NÓSTICO MÁS TARDE. CUALQUIER SECUENCIA PUEDE RESULTAR -
ADECUADO, NO OBSTANTE, ES PREFERIBLE TENER EL ESTUDIO RA--
DIOGRÁFICO EN LA MANO EN EL MOMENTO DE EXAMINAR CLÍNICA--
MENTE LOS TEJIDOS DUROS.

RADIOLUCIDOS Y RADIOOPACIDAD.

SE DICE QUE LOS MATERIALES QUE SON ALTAMENTE RESIS--
TENTES A LA PENETRACIÓN DE LOS RAYOS X SON RADIOOPACOS Y--
SE PRESENTAN COMO ZONAS CLARAS EN LAS PELÍCULAS REVELA---
DAS. LAS ZONAS MÁS FÁCILMENTE PENETRABLES SE DOMINAN --
RADIOLÚCIDAS. ESTAS IMÁGENES EN LA RADIOGRAFÍA VARÍAN -
DESDE EL GRIS OSCURO AL NEGRO.

EL ORO Y LA IMAGEN SON RADIOOPACOS; EL SILICATO Y LA RESINA ACRÍLICA Y LA PORCELANA SON BASTANTES RADIOLÚCIDAS.

RADIOGRAFÍA DE ALETA MORDIBLE POSTERIOR.

ESTAS RADIOGRAFÍAS SE EMPLEAN PRINCIPALMENTE PARA:

- 1.- LESIONES CARIOSAS INTERPROXIMALES INCIPIENTES.
- 2.- EL CONTORNOS DE LA RESTAURACIÓN Y LA INTEGRIDAD DEL MARGEN GINGIVAL.
- 3.- EL TAMAÑO DE LA PULPA, SU CLASIFICACIÓN Y RELACIÓN CON LA RESTAURACIÓN O LESIONES CARIOSAS EXISTENTES.
- 4.- LA ALTURA DE LA CRESTA ALVEOLAR Y LA CONTINUIDAD DE LA CORTICAL.
- 5.- LA UBICACIÓN DEL TÁRTARO.

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA.

HAY BUENAS RAZONES POR LAS QUE LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS SE ESTÁN VOLVIENDO CADA VEZ MÁS POPULARES DENTRO DE LA PROFESIÓN. LA TÉCNICA PRODUCE UNA VISTA BUENA Y TOTAL DE LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS QUE CON ELLOS SE RELACIONAN, INCLUYENDO LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. LAS POSICIONES RELATIVAS DE LOS DIENTES SON CLAROS PARA

CIRUGÍA ORAL, ORTODONCIA O SIEMPRE QUE ESTÉ INDICADO EN UN ESTUDIO COMPLETO. EXISTE UNA MÍNIMA DISTORSIÓN CON UNA MEJORÍA DEFINIDA DE LA ZONA POSTEROSUPERIOR CON RESPECTO A LAS PELÍCULAS INTRAORALES. LA TÉCNICA ES FÁCIL, LA RADIOGRAFÍA SE HACE EN MENOR TIEMPO Y ELIMINA EL REFLUJO DEL VÓMITO.

LAS DESVENTAJAS ESTRIBAN EN EL COSTO DEL EQUIPO, EL HECHO QUE SE NECESITA UN LUGAR ESPECIAL PARA ÉL, Y LO QUE ES MÁS IMPORTANTE QUE LA DEFINICIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE CIERTOS ESTADOS PERIODONTALES Y DE LAS CARIES ES INSUFICIENTE. GENERALMENTE HAY UNA SUPERPOSICIÓN EN LA ZONA DE LOS PREMOLARES, UN PROBLEMA INHERENTE A ÉSTA TÉCNICA ES LA TENDENCIA DE ALGUNAS REGIONES A QUEDAR FUERA DE FOCO.

PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR.

EL PROBADOR PULPAR ÉLECTRICO ESTÁ DISEÑADO PARA ENTREGAR UNA CORRIENTE DE ALTA FRECUENCIA QUE ESTIMULE EL NER--VIO DEL DIENTE. SI EL NERVIO ESTÁ SANO Y EL SISTEMA DE CONDUCCIÓN ES OPERATIVO, EL PACIENTE DEBE INFORMAR UNA RES--PUESTA DOLOROSA. ESTA SITUACIÓN DE DOLOR SE CONTROLA ---AUMENTANDO LENTAMENTE LA CORRIENTE DESDE 0, POR MEDIO DE UN CONTROL REOSTÁTICO, HASTA EL PUNTO EN QUE SE PROVOCA LA

RESPUESTA. ÉSTA INDICA ESTADO DEL NERVIPO PERO NO TODO EL TEJIDO PULPAR.

CUANDO LA PULPA SE DEGENERA, LAS FIBRAS NERVIOSAS SON A MENUDO LOS ÚLTIMOS TEJIDOS EN DEGENERARSE.

PLAN DE TRATAMIENTO.

ORDEN DEL TRATAMIENTO:

SI UN PACIENTE NO PRESENTA UN PROBLEMA URGENTE POR LO GENERAL ES PRIMERO EN PRIORIDAD UN PROGRAMA DE CONTROL DE PLACA Y CARIÉS. ENTONCES PUEDE LLEVARSE ACABO EL TRATAMIENTO OPERATORIO GENERALMENTE DESDE EL DIENTE MÁS COMPROMETIDO AL MENOS. EL OPERADOR EXPERIMENTADO ABORDA UN CUADRANTE CADA VEZ EL TRATAMIENTO DEL MOTIVO DE LA CONSULTA, CUANDO SE TRATE DE UN DOLOR, POR SUPUESTO TENDRA PRIORIDAD. PUEDE RESULTAR PERTINENTE OCUPARSE DE CIERTAS CONSIDERACIONES FUNCIONALES Y ESTÉTICAS. AL COMIENZO DEL PLAN DEL TRATAMIENTO CUANDO ESTÉ INDICADO. LOS DIENTES FRACTURADOS AUNQUE NO DEN DOLOR, REQUIERAN CIERTOS TRATAMIENTOS PARA ALIVIAR AL PACIENTE DE LAS MOLESTIAS QUE PROVOCAN LOS MARGENES AGUDOS, LOS DIENTES SENSIBLES Y LAS ZONAS DE IMPACTO TAMBIÉN DEBEN SER TRATADOS CON RAPIDEZ.

CUANDO HAY QUE REALIZAR REESTRUCTURACIONES DE AMALGA MA JUNTO A INCRUSTACIONES DE ORO, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE SE PREFERIRA HACER AQUELLAS PRIMERO, ASÍ SE MEJORA LA --- OPORTUNIDAD DE ESTABLECER UN CONTACTO INTERPROXIMAL BUENO Y PULIDO, ASÍ SE DISMINUYE LA POSIBILIDAD DE LA ACCIÓN -- GALVÁNICA. ANTES DE PROCEDER CON LAS CORONAS ESTÉTICAS- ANTERIORES DEBE ASEGURARSE LA ESTABILIDAD DE LA OCLUSIÓN.

EXPLICAR LA BASE DE LA DURACIÓN DE LA CITA Y EL USO- DE LA ANESTESIA MEJORARÁ LA EFICIENCIA OPERATIVA.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS.

EL DENTISTA DEBE TENER PRESENTE LAS LIMITACIONES FI- NANCIERAS IMPUESTAS POR LOS RECURSOS DE EL PACIENTE. -- HAY QUE PRESENTARLE AL PACIENTE PLANES DE TRATAMIENTO AL- TERATIVO Y EXPLICARLE EL VALOR POTENCIAL RELATIVO DE CADA UNO DE ELLOS. CON CADA PLAN SE ESTIMARÁ LA OBLIGACIÓN - FINANCIERA DEL PACIENTE. ESTE PUEDE ENTONCES TOMAR UNA- DECISIÓN INFORMADA.

ÉATA ES UNA CUESTIÓN DE BUEN MANEJO DEL EJERCICIO -- PROFESIONAL.

FICHA DE TRABAJO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

LA PRIMERA INFORMACIÓN QUE SE ASIENTA EN LA FICHA DE TRABAJO Y EN EL PLAN DE TRATAMIENTO ES LA OBTENIDA POR LAS RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA.

SE ANOTA SÓLO AQUELLAS ZONAS CARIOSAS QUE SE PUEDEN - DIAGNOSTICAR CLARAMENTE.

SE SEÑALAN LAS ZONAS EN CUESTIÓN Y SE EMPLEAN LOS DATOS DEL EXAMEN CLÍNICO PARA COMPLETAR EL DIAGNÓSTICO. -- UNA SEGUNDA COLUMNA CONTENDRÁ LA INFORMACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES. EL EXAMEN RADIOGRÁFICO DE LOS DIENTES ANTERIORES DEBEN CORRELACIONARSE CUIDADOSAMENTE CON EL EXAMEN REALIZADO CON EL EXPLORADOR Y EL ESPEJO, LOS HALLAZGOS DE ESTE ÚLTIMO SE COLOCAN EN UNA COLUMNA SEPARADA Y SE HACE UN RESUMEN ADECUADO. EN ORDEN NUMÉRICO SE REALIZA - ENTONCES UN PLAN DE TRATAMIENTO TENTATIVO, QUE TAMBIÉN SE AGREGA EN LA FICHA. ÉSTE ES COMPETO EN CUÁNTO A QUE DESCRIBA LA FORMA DE LAS RESTAURACIONES CON PRECISIÓN E INDICA EL MATERIAL A UTILIZAR. TAMBIÉN TOMA EN CONSIDERACIÓN TODO EL RESTO DE LA HISTORIA. SE REALIZA UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS REFIRIÉNDOSE A LOS ARANCELES Y A CONTINUACIÓN SE PRESENTA AL PACIENTE.

INTERPRETACIÓN.

LA FALTA DE RESPUESTA PUEDEN INDICAR UN DIENTE NO -- VITAL, LA INFORMACIÓN DEBE CORRELACIONARSE CON LOS SÍN--- TOMAS Y LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS. PUEDE - HABER MOVILIDAD A LA PERCUSIÓN DOLOR DE UNA MEMBRANA PE-- RIODONTAL ALTERADA O NINGUNO DE ÉSTOS ELEMENTOS. EL --- DIENTE PUEDE TENER UNA CÁMARA PULPAR Y UN CONDUCTO QUE SE HAYAN CALCIFICADO COMPLETAMENTE, EL DIENTE EN CUESTIÓN -- PUEDE HABER SIDO RECIENTEMENTE TRAUMATIZADO Y TEMPORARIA-- MENTE NO RESPONDERÁ PROBADOR PULPAR.

DIENTES HIPERSENSIBLES.

ALGUNOS PACIENTES SE VAN A QUEJAR DE QUE SUS DIENTES SON SENSIBLES AL FRÍO, PARTICULARMENTE LOS INCISIVOS INFE RIORES AL AIRE FRÍO. LOS DIENTES PUEDEN RESULTAR NORMA-- LES EN TODOS LOS DEMÁS ASPECTOS Y LA SITUACIÓN PUEDE CON-- SIDERARSE PARA ESE INDIVIDUO, OTROS PACIENTES PUEDEN QUE-- JARSE DE SENSIBILIDAD DE UN DIENTE AL CALOR Y AL FRÍO O - DOLOR AL MORDER. ESTOS DIENTES PUEDEN RESPONDER A ESTÍ-- MULOS ELÉCTRICOS BAJOS.

PRUEBAS TÉRMICAS.

EL CALOR Y EL FRÍO PUEDEN SER UTILIZADOS COMO ESTÍ---
MULO EN LUGAR DE ALTA FRECUENCIA, EN ESPECIAL EN AQUELLOS-
DIENTES QUE ESTAN COMPLETA O CASI COMPLETAMENTE RESTAURA--
DOS CON METAL. AMBOS PRODUCIRÁN UNA RESPUESTA EN UN NER-
VIO SANO, PERO EN UN ESTADO PULPAR DEGENERATIVO, EL FRÍO -
PUEDE PROVOCAR ALIVIO MIENTRAS QUE EL CALOR AUMENTA EL DO-
LOR.

EL FRÍO PUEDE SER APLICADO CON LAPÍZ DE HIELO, PUEDE-
CALENTARSE GUTAPERCHA Y APLICAR AL DIENTE, EN ESTA FORMA -
DE PRUEBAS HAY POCA GRADUACIÓN DE RESPUESTAS.

CAPÍTULO V

AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

EL MEJOR CAMPO QUIRÚRGICO POSIBLE EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA SE LOGRA CON EL DIQUE DE CAUCHO. ESTE HECHO DE CAUCHO QUE ES PERFORADO Y COLOCADO ALREDEDOR DE LOS DIENTES PARA AISLARLOS DEL MEDIO AMBIENTE BUCAL, LA UTILIZACIÓN DEL DIQUE PERMITE CONSERVAR LA PIEZA SECA DURANTE EL TIEMPO DE LA VISTA, SALVO LA HUMEDAD PROPIA DE LA ESTRUCTURA DENTAL. EL PACIENTE APRECIA EL DIQUE DE CAUCHO YA QUE ÉSTE RETRAE PARCIALMENTE LA MUSCULATURA BUCAL Y AYUDA A CONSERVAR SEPARADAS LAS ARCADAS. LA MEJORA EN EL AMBIENTE QUIRÚRGICO HA DADO COMO RESULTADO MEJORÍA INMEDIATA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DENTAL.

EL DIQUE DE CAUCHO FUE PRESENTADO A LA PROFESIÓN POR ROBERT BERNUM EN LA CD. DE NUEVA YORK EN 1964, Y CON ESTA INOVACIÓN FUE POSIBLE PRODUCIR UNA RESTAURACIÓN CONTORNEADA. ANTES DE ESTE ACONTECIMIENTO LA PALABRA "EMPASTE" ERA LITERALMENTE CORRECTA YA QUE LAS TÉCNICAS RESTAURADO-

RAS CONSISTÍAN EN ENCAJAR METALES EN LAS PAREDES DE UN DIENTE PREPARADO EN FORMA BURDA. EL DIQUE PERMITIÓ EMPLEAR LAS PROPIEDADES COHESIVAS DE LA LÁMINA DE ORO PARA HACER LA RESTAURACIÓN CONTORNEADA. EL INVENTOR MERECE MUCHO CRÉDITO POR EL PERFECCIONAMIENTO DEL DIQUE DE CAUCHO YA QUE NINGÚN OTRO MATERIAL O TÉCNICA PROPORCIONA UN AMBIENTE OPERATORIO MÁS ADECUADO.

LA POPULARIDAD DEL DIQUE DE CAUCHO FUÉ ESTABLECIDA RÁPIDAMENTE EN LAS PRIMERAS CLÍNICAS. LAS VENTAJAS DE UTILIZAR EL DIQUE DE CAUCHO ÉRAN EVIDENTES Y UN GRAN PORCENTAJE DE LOS FACULTATIVOS COMENZARON A EMPLEAR LA TÉCNICA. EL DIQUE DE CAUCHO SE EMPLEÓ EN LAS PRIMERAS INVESTIGACIONES Y EN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES Y ERA AMPLIAMENTE RECOMENDADOS POR LOS PRIMEROS ODONTÓLOGOS.

VENTAJAS DEL DIQUE.

EN TÉRMINOS GENERALES, EL DIQUE DE CAUCHO DEBERÁ SER EMPLEADO EN TODOS LOS SITIOS EN QUE PUEDA COLOCARSE LA GRAPA SOBRE UN DIENTE POSTERIOR SE UTILIZA PRINCIPALMENTE PARA MEJORAR LA VISIBILIDAD Y ESTABLECER UN CAMPO MÁS SECO, EN CONDICIONES IDEALES EL SERVICIO RESTAURADOR DEBERÁ SER REALIZADO SIN LESONAR CUALQUIERA DE ÉSTOS TEJIDOS.

1.- ES POSIBLE LLEVAR A CABO UNA REDUCCIÓN DENTAL MÁS PRECISA A CONSECUENCIA DEL ACCESO Y VISIBILIDAD QUE PROPORCIONA EL DIQUE DE CAUCHO, EL COLOR OSCURO CONTRASTANTE -- DISTINGUIR MEJOR EL DIENTE BAJO RESTAURACIÓN Y EL CAMPO -- SECO OBTENIDO AUMENTA LA PRECISIÓN DE LA ARQUITECTURA INTERNA DE LA PREPARACIÓN. FÁCILMENTE PUEDEN PREPARARSE PAREDES TERSAS Y LARGAS ADEMÁS PUEDE HACERSE FÁCILMENTE LA VALORACIÓN DE LA ANGULACIÓN DE LAS PAREDES Y PRECISIÓN DE LOS ÁNGULOS LINEALES.

2.- PROPIEDADES DE LOS MATERIALES RESTAURADOS.

DEBIDO A QUE EL AISLAMIENTO EFICAZ ELIMINA LA HUMEDAD, LAS PROPIEDADES FÍSICAS DE LOS MATERIALES RESTAURADORES SON FAVORECIDOS. UN MATERIAL RESTAURADOR IDEAL DEBERÁ PRODUCIR UNA UNIÓN QUÍMICO MECÁNICA CON LA ESTRUCTURA DENTAL Y EVITAR LA PERCOLACIÓN POR LAS PAREDES DE LA CAVIDAD EN PREPARACIÓN.

3.- APLICACIÓN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS.

EL SECAR LOS DIENTES, AL APLICAR DROGAS Y SOLUCIONES- REPORTA MUCHAS VENTAJAS. ESTO PERMITE PREPARAR LOS DIENTES PARA LA MÁXIMA ABSORCIÓN DE LA SOLUCIÓN Y EVITA QUE --

LAS DROGAS ENTREN EN CONTACTO CON LOS TEJIDOS BLANDOS. -
ESTO ASEGURA EL MAYOR BENEFICIO DEL DIENTE Y A LA VEZ PRO-
TEJERÁ LOS TEJIDOS BLANDOS DE LOS EFECTOS IRRITANTES DE --
LAS SOLUCIONES.

4.- EFICACIA.

COMO FUÉ MENCIONADO ANTERIORMENTE, EL DIQUE DE CAUCHO
PERMITE AL ODONTÓLOGO REALIZAR MÁS UNIDADES DE TRABAJO POR
UNIDAD DE TIEMPO. DEBIDO A QUE ÉSTE PROPORCIONA UN AISLA
MIENTO Y CAMPO QUIRÚRGICO AUTÉNTICO Y AUMENTA CONSIDERABLE
MENTE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DEBIDO A LA MEJORÍA DE -
VISIBILIDAD, QUE SE DEBE AL FONDO OSCURO CONTRASTANTE ---
OFRECIDO POR EL DIQUE.

5.- EXAMEN DIAGNÓSTICO.

EN ALGUNOS CASOS LAS RADIOGRAFÍAS Y EXÁMENES SISTEMÁ
TICOS SON INSUFICIENTES PARA DETERMINAR SI HAY CARIES EN -
UN DIENTE. CUANDO LOS DIENTES SE ENCUENTREN EN GIROVER--
SIÓN, NO SIEMPRE SE PUEDE OBTENER UNA RADIOGRAFÍA ADECUA--
DA, GENERALMENTE LAS LESIONES QUE ENCUENTRAN SUPERPUESTAS-
EN SENTIDO LONGITUDINAL PROVOCAN EL BLOQUEO DEL NICHU IN--
TERPROXIMAL POR EXCESO DE ESTRUCTURA DENTAL.

EN ALGUNAS OCASIONES PUEDE PASARSE UN HILO DENTAL ENTRE LOS DIENTES; SI ESTE HILO SE DESGARRA DEBEMOS SOSPECHAR QUE EXISTE UNA LESIÓN, CUANDO ESTOS PROCEDIMIENTOS SEAN INADECUADOS DEBE APLICARSE EL DIQUE DE CAUCHO, SEPARARSE LOS DIENTES Y OBSERVARSE LAS SUPERFICIES DEL ESMALTE DIRECTAMENTE, EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS SERÁ NECESARIO SEPARAR LOS DIENTES PARA PODER OBSERVAR LAS SUPERFICIES PROXIMALES.

6.- RETRACCIÓN GINGIVAL.

UN BUEN DIQUE DE CAUCHO PROVOCA GRAN RETRACCIÓN GINGIVAL, O MÁS BIEN COMPRESIÓN, EN LOS ESPACIOS PROXIMALES. ÉSTO ES ESPECIALMENTE CIERTO CUANDO SE EMPLEA DIQUES DE MAYOR PESO, ES POSIBLE COMPRIMIR SISTEMÁTICAMENTE UN MILÍMETRO O MÁS DE LA PAPILA DENTAL.

COMO ES POSIBLE IMAGINAR ESTO PUEDE SER EMPLEADO VENTAJOSAMENTE CUANDO SE COLOCA CUALQUIER TIPO DE RESTAURACIÓN PROXIMAL.

MATERIAL PARA EL DIQUE DE CAUCHO.

EXISTEN VARIOS TIPOS DE DIQUES DE CAUCHO. SE PRESENTA EN VARIOS COLORES Y TAMAÑOS Y PESOS. EL DIQUE DE CAU-

CHO OSCURO ES ACEPTADO UNIVERSALMENTE YA QUE EL COLOR CON TRASTE CON EL CAMPO OPERATORIO, AUNQUE PRÁCTICAMENTE NADIE UTILIZA DIQUE DE CAUCHO BLANCO, ES NECESARIO MENCIONAR QUE AÚN SE FABRICAN. LOS DIQUES DE CAUCHO DE MAYOR ESPESOR-O PESO PROPORCIONAN MAYOR CONTRASTE YA QUE SON OSCUROS, - POR LO QUE EXISTE AHORA UNA TENDENCIA PARA UTILIZAR ESTE - TIPO DE MATERIAL.

ANTIGUAMENTE SE RECOMENDABA AL ODONTÓLOGO LLEVAR EL - DIQUE DE CAUCHO ANTES DE APLICARLO EN LA BOCA DEL PACIEN-- TE, ESTO SE HACÍA PARA ELIMINAR EL POLVO EMPLEADO EN EL -- PROCESO DE MANUFACTURA YA QUE EL MATERIAL CONTENÍA CANTIDA DES MINÚSCULAS DE ARSÉNICO, ALGUNOS ODONTÓLOGOS PENSABAN - QUE SI SE APLICABA EL DIQUE DE CAUCHO REPETIDAS VECES LA - ABSORCIÓN DE ARSÉNICO PODRÍA DAÑAR AL PACIENTE, EL POLVO - ES RETIRADO AHORA PARA PROPORCIONAR UNA SUPERFICIE DE CON- TACTO MÁS OSCURA.

SI SE LAVA EL DIQUE DEBERÁ SER SECADO ANTES DE APLI-- CARSE.

EN EL COMERCIO LOS PRODUCTOS SE OBTIENEN EN ROLLOS O- EN CUADROS DE 12.7 X 12.7 Y 15.24 X 15.24 cm.

EL PESO DEL DIQUE SU GROSOR O CALIBRE DE LIGERO A EXTRA PESADO, LAS MEDIDAS VARÍAN DESDE LUEGO PARA CADA GROSOR; EXISTEN VARIAS OPINIONES CON RESPECTO A LA DIMENSIÓN ÓPTIMA. LA DESVENTAJA DE UTILIZAR EL DIQUE DE BAJO PESO ES QUE SE RAZGA FÁCILMENTE DURANTE LA OPERACIÓN. ESTAS PUEDEN SER POR MÁRGENES ÁSPEROS, RESTAURACIONES INADECUADAS, CARIES DENTAL O EL CONTORNO DE LOS INSTRUMENTOS GIRATORIOS. PARECE HABER UNA TENDENCIA SIGNIFICATIVA HACIA LA UTILIZACIÓN DEL DIQUE DE MAYOR CALIBRE.

1.- LUBRICANTES.

LA APLICACIÓN DEL DIQUE SE SIMPLIFICA CON EL EMPLEO DE LUBRICANTES, LOS LUBRICANTES SE COLOCAN SOBRE EL LADO EN CONTACTO CON LOS TEJIDOS DEL DIQUE PARA FACILITAR SU PASO ENTRE LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES.

LAS SOLUCIONES MÁS RECOMENDADAS SON JABONES QUIRURGICOS, CREMA PARA AFEITAR Y ACEITE DE RECINO CON SABOR A NARANJA. TODOS ESTOS COMPUESTOS PUEDEN SER ELIMINADOS FÁCILMENTE DE LA SUPERFICIE DEL ESMALTE, Y AYUDAN EFICAZMENTE A SU APLICACIÓN, LOS ACEITES HIDROSOLUBLES CON EXCELENTE PROPIEDADES LUBRICANTES PUEDEN OBTENERSE EN LA FARMACIA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ESTAS SOLUCIONES SÓLO SERÁN APLICADAS ALREDEDOR DE LA PERFORACIÓN EN EL DIQUE DE CAUCHO.

2.- PERFORADORES.

PARA PODER RODEAR AL DIENTE CON EL DIQUE DEBEMOS PRIMERO HACER UNA PERFORACIÓN EN EL LÁTEX EL AGUJERO DEBERÁ SER UN CÍRCULO DEFINIDO Y PRECISO PARA DISMINUIR LAS DESGARRADURAS EN EL DIQUE DURANTE LA TÉCNICA PARA SU APLICACIÓN. SE HARÁ UN AGUJERO EN EL CAUCHO PARA CADA DIENTE, LA LOCALIZACIÓN DEL SITIO ADECUADO NO ES DIFÍCIL CUANDO SE SIGUEN LAS NORMAS SIGUIENTES: EL AGÜJERO DEBERÁ CORRESPONDER AL CENTRO DE CADA DIENTE QUE SE AISLE. ESTO PERMITE RODEAR AL DIENTE CON EL SUFICIENTE CAUCHO PARA COMPRIMIR LOS TEJIDOS BLANDOS Y EVITAR LA ESTRANGULACIÓN TISULAR O LA PERCOLACIÓN ALREDEDOR DE LAS ÁREAS CERVICALES QUE SON EL RESULTADO DE UNA CANTIDAD DE CAUCHO INSUFICIENTES.

EL PERFORADOR IDEAL PARA EL DIQUE DE CAUCHO PRESENTA 5 O 6 AGUJEROS EN LA PLACA PERFORADORA, LOS DIENTES VARÍAN DE TAMAÑO, POR LO QUE DEBERÁ ESCOGERSE EL DIÁMETRO CORRECTO PARA CADA PIEZA EN LA PLACA PERFORADORA. LOS AGÜJEROS SE PERFORAN PRECISAMENTE SEGÚN EL TAMAÑO DEL DIENTE Y SU ALINEACIÓN EN LA ARCADA DE TAL FORMA QUE NO EXISTEN DISCRE

PANCIAS AL APLICAR EL CAUCHO.

RETENEDOR.

CUANDO SE APLICA EL DIQUE DE CAUCHO SE REQUIERE UN APARATO DE RETENCIÓN PARA SOSTENER Y ESTABILIZAR EL DIQUE ALREDEDOR DE LA CARA DEL PACIENTE Y EVITAR BLOQUEAR EL CAMPO QUIRÚRGICO, SE CREA TENSIÓN SOBRE EL RETENEDOR, QUE ES UN APARATO EXTRABUCAL Y LA GRAPA QUE FIJA EL CAUCHO A LOS DIENTES RETRAYENDO A LA VEZ LOS CARRILLOS Y LA LENGUA DEL ÁREA DE TRABAJO.

EL RETENEDOR DEBERÁ SER DE FÁCIL APLICACIÓN Y NO DEBERÁ ALTERAR LA APARIENCIA DEL PACIENTE. EL RETENEDOR DE ELECCIÓN PROPORCIONA GRAN ACCESO Y RETRACCIÓN DE LOS TEJIDOS PARA MEJORAR LA VISIBILIDAD, LOS RETENEDORES PUEDEN SER DE CINTA Y DE ARCO.

FÓRCEPS.

MUY IMPORTANTE PARA LA COMODIDAD DEL PACIENTE, DURANTE LA APLICACIÓN DEL DIQUE DE CAUCHO ES EL MÉTODO EMPLEADO PARA AJUSTAR LA GRAPA SOBRE EL DIENTE, EL FÓRCEPS AFECTARÁ EN FORMA NATURAL EL MODO EN QUE SE AJUSTA LA GRAPA Y SE RETIRA DEL DIENTE ANTES O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO OPE-

RATORIO, LA COLOCACIÓN DE LA GRAPA EXIGE BUEN JUICIO PARA EVITAR LESIONAR LOS TEJIDOS BLANDOS, LO QUE SE LOGRA SOLAMENTE CON UN FÓRCEPS PARA DIQUE DE CAUCHO ADECUADAMENTE -- CONTRONEADO Y AJUSTADO, LAS GRAPAS DEBERÁN SER AJUSTADAS -- LIBREMENTE DE TAL FORMA QUE NO SE MUEVAN O DESPLACEN SOBRE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS. SI SE SIGUE ESTE PROCEDIMIENTO, EL DIQUE SERÁ CONSERVADO EN UN CUADRANTE REDUCIENDO EL DAÑO AL CEMENTO Y AL PERIODONTO TENDRÁ UN TIPO UNIVERSAL DE FÓRCEPS DE TAL FORMA QUE TODAS LAS GRAPAS EMPLEADAS EN LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS PUEDAN SER UTILIZADAS, LOS BOCADOS ANGOSTOS Y CURVOS PUEDEN SER EMPLEADOS CON LA MAYOR -- PARTE DE LAS GRAPAS.

GRAPAS.

EL DIQUE DE CAUCHO SUELE FIJARSE A LOS DIENTES UTILIZANDO UNA GRAPA, ESTA SE COLOCA SOBRE EL DIENTE MÁS DISTAL EN EL CAMPO ELEGIDO PARA ASEGURAR Y FIJAR EL DIQUE Y FACILITAR LA APLICACIÓN DEL CAUCHO ALREDEDOR DE LOS DIENTES, LA FIJACIÓN DE LA GRAPA PARA EL DIQUE DE CAUCHO DEBERÁ -- SER INDOLORA, Y EL DIQUE DEBERÁ ENCONTRARSE FIRMEMENTE -- ADHERIDO PARA EVITAR CUALQUIER MOVIMIENTO DE LA OPERACIÓN, EL MOVIMIENTO PROVOCA EL TRAUMA MENCIONADO PREVIAMENTE. -- EN CASOS EN LOS QUE SE RESTAUREN DIENTES ANTERIORES Y SE --

EMPLEA UN DIQUE DE CAUCHO PESADO ES POSIBLE APLICAR EL DIQUE SIN UTILIZAR UNA GRAPA, CUANDO NO SEA NECESARIO EMPLEAR UNA GRAPA NO DEBERÁ SER EMPLEADA. EL ODONTÓLOGO DEBERÁ DOMINAR LAS DICIPLINAS DE SELECCIÓN, ADAPTACIÓN Y COLOCACIÓN DE LAS GRAPAS YA QUE EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS ES NECESARIO UTILIZARLOS.

INSTRUMENTAL ROTARIOS ACTIVOS.

SON DE DOS TIPOS: FRESAS Y PIEDRAS.

PIEDRAS: ACTÚAN POR DESGASTE.

PIEDRAS: ACTÚAN POR CORTE.

FRESAS SE COMPONEN DE TRES PARTES TALLO, CUELLO Y PARTE ACTIVA.

EL TALLO ES DE FORMA CILÍNDRICA, ES UN VÁSTAGO QUE VA COLOCADO EN LA PIEZA DE MANO O CONTRAÁNGULO, SU LONGITUD VARÍA SEGÚN SE USE EN UNO U OTRO INSTRUMENTO (FRESA DE TALLO LARGO O CORTO).

EL CUELLO ES DE FORMA CÓNICA Y UNE AL TALLO CON LA PARTE ACTIVA O CABEZA.

LA CABEZA O PARTE ACTIVA ES LA QUE NOS PERMITE CORTAR LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE, SON FORMA Y MATERIAL DISTINTO, TIENEN EL FILO EN FORMA DE CUCHILLAS O DENTADAS.

LAS FRESAS PUEDEN SER DE ACERO (ACERO ENDURECIDO, CROMOS ESPECIALES) Y FRESAS DE ACERO DURO (CARBURO O TUNGSTENO) TAMBIÉN DE DIAMANTE Y CARBURO PARA DENTINA.

LAS FRESAS SON REDONDAS Y ESFÉRICAS, COMO INVERTIDO Y LAS DE FISURA QUE SE DIVIDEN EN CILÍNDRICAS Y TRONCOCÓNICAS.

REDONDAS O ESFÉRICAS: COMO SU NOMBRE LO INDICA SON DE FORMA ESFÉRICA Y TIENEN SUS ESTRÍAS CORTANTES DISPUESTAS EN FORMA DE S Y ORIENTADAS EXCÉNTRICAMENTE, SE DISTINGUEN DOS TIPOS.

A) LISAS

B) DENTADAS.

CAPÍTULO VI

CLASIFICACIÓN DE CARIES

DEFINICIÓN: LA CARIES ES UN PROCESO PATOLÓGICO DE ORDEN QUÍMICO-BIOLÓGICO CARACTERIZADO POR LA DESTRUCCIÓN PERIAPICAL O TOTAL DE LOS TEJIDOS DEL DIENTE.

QUÍMICO: POR LA FERMENTACIÓN DE LOS ALIMENTOS QUE PRODUCEN LA DESCALCIFICACIÓN DEL ESMALTE (ÁCIDO LÁCTICO).

BIOLÓGICO: POR LA PENETRACIÓN DE LAS BACTERIAS UNA VEZ DESCALCIFICADO EL ESMALTE.

ETIOLOGÍA: ALGUNOS FACTORES ETIOLÓGICOS SE RELACIONAN CON EL HUÉSPED, OTROS CON LAS BACTERIAS Y ALGUNOS POR INTERACCIÓN DE AMBAS, DEBEN DE TOMARSE EN CUENTA EL FACTOR GENÉTICO YA QUE HAY GENES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DEL ESMALTE Y DENTINA.

1.- LA RESISTENCIA DEBE SER INFERIOR A LA NORMAL.

A) CANTIDADES MÍNIMAS DE MINERAL INCORPORADAS AL ESMALTE Y DENTINA COMO FLÚOR DISMINUYE LA RESISTENCIA.

B) TAMBIÉN LA MORFOLOGÍA DENTAL, Y LAS ÁREAS YA QUE ALGUNOS DIENTES SE LIMPIAN POR SÍ SOLOS - MÁS FÁCIL QUE OTROS.

2.- DEBE EXISTIR UN SUBSTRATO NUTRITIVO DONDE CREZ--CAN LAS BACTERIAS Y ÉSTAS ELABOREN SUBSTANCIAS - ÁCIDAS SUFICIENTEMENTES FUERTES PARA DESTRUIR --LOS TEJIDOS DENTARIOS. LAS PARTÍCULAS RETENI--DAS SOBRE Y ALREDEDOR DE LOS DIENTES CONSTITUYE--EL SUBSTRATO NUTRITIVO PARA LA FLORA BACTERIANA--DE LA CAVIDAD BUCAL, LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS - HECHOS A BASE DE HIDRATOS DE CARBONO MUY REFINA--DOS AUMENTA LA FRECUENCIA DE CRIES, SU EFECTO - NOCIVO SE DEBE A LA DESINTEGRACIÓN ENZIMÁTICA DE LOS AZÚCARES QUE PUEDEN DAR ALGUNOS ÁCIDOS ORGÁ--NICOS Y QUE VAN A DESCÁLCIFICAR LOS DIENTES IN - VITRO.

3.- DEBEN DE ESTAR PRESENTES CIERTOS MICROORGANISMOS POR LO QUE SE CONSIDERA UNA ENFERMEDAD ENDÉMICA.

LOS MICROORGANISMOS CAPACES DE PRODUCIR ÁCIDOS --
HASTA UN PH DE 5 PUEDE INICIAR LA CARIES DENTAL,
EL LACTOBACILO ES EL GÉRMEN AGRESOR BUCAL.

FACTOR SALIVAL.

LA INSALIVACIÓN INADECUADA (AUSCENCIA DE SALIVA) ES -
UNA PRUEBA CONVINCENTE DE QUE ÉSTA PUEDE INFLUIR NOTABLE--
MENTE EN LA EVOLUCIÓN DE LA CARIES.

- 1.- LA SALIVA ALCALINA: NO HAY CARIES Y SI GRAN CAN-
TIDAD DE SARRO.
- 2.- SALIVA ÁCIDA: PRODUCE CARIES.

FACTOR AMBIENTAL.

LA FRECUENCIA DE CARIES VARÍA EN RELACIÓN DE LAS RE--
GIONES GEOGRÁFICAS, LA ABUNDANCIA DE RAYOS SOLARES, TEMPE-
RATURA ELEVADA Y HUMEDAD RELATIVAMENTE BAJA DISMINUYE LA -
FRECUENCIA DE CARIES. EL FACTOR GEOLÓGICO MÁS IMPORTANTE
ES LA PRESENCIA DE FLÚOR, LAS ZONAS INTERIORES DE LOS CON-
TINENTES DONDE LOS RÍOS SON PEQUEÑOS Y SE BEBE COMÚNMENTE-
AGUA DE POZOS PROFUNDOS QUE CONTIENEN FLÚOR NATURAL PRESEN
TA BAJA FRECUENCIA DE CARIES.

POR ÚLTIMO LA INFLUENCIA NUTRITIVA FAVORABLE DURANTE EL DESARROLLO DENTAL PUEDEN SER DIENTES CON RESISTENCIA ELEVADA A LA CARIES, AÚN CUANDO ESTOS DIENTES SEAN EXPUESTOS DESPUÉS A UN MEDIO FUERTEMENTE PRODUCTOR DE CARIES. TAMBIÉN INTERVIENE EL FACTOR ALIMENTICIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA DUREZA A LOS ALIMENTOS (LA CARIES NO SE HEREDA SE PREDISPONE).

GRADOS DE CARIES.

SON CUATRO GRADOS:

- 1.- CARIES EN EL ESMALTE: NO HAY DOLOR DEBIDO A QUE ES UN TEJIDO INORGÁNICO, Y APARECE EN LAS CARAS- OCLUSALES UNAS RAYAS CAFÉS O NEGRAS.
- 2.- CARIES EN ESMALTE Y DENTINA: AQUÍ EL DOLOR ES PROVOCADO POR UN ESTÍMULO (AGUA FRÍA, CALIENTE, DULCE O ÁCIDA.)
- 3.- CARIES EN ESMALTE Y DENTINA: PERO AQUÍ HAY PULPITIS O SEA QUE ESTÁ INFLAMADA LA PULPA SIN ESTAR COLUMINADA LA CARIES CON LA PULPA, AQUÍ EL DOLOR ES ESPONTÁNEO NO ES NECESARIO LA PRESENCIA

DE UN ESTÍMULO.

4.- MUERTE PULPAR: NO HAY DOLOR DEBIDO A QUE LA PULPA ESTA MUERTA, ÉSTA PUEDE SER COMPLICADA O NO -- COMPLICADA.

A) COMPLICADA: CUANDO SE PRODUCE LA MUERTE PULPAR PERO TRAE PROBLEMAS O CONSECUENCIAS A LA MEMBRANA PERIODONTAL, POR EJEMPLO ARTRITIS APLICAL, POLIARTRITIS APLICAL, ABCESO, QUISTES ETC. Y DEBIDO A ESTO HAY DOLOR.

B) NO COMPLICADA: NO HAY DOLOR DEBIDO A LA MUERTE PULPAR.

SITUACIÓN.

LOS SITIOS DE MAYOR FRECUENCIA DE CARIES SON:

A) EN LAS FISURAS Y FOSETAS CUANDO HAY DIFERENCIA EN LA UNIÓN DE LOS LÓBULOS FORMADORES Y LA PIEZA DENTARIA.

B) EN LOS PUNTOS DE CONTACTO Y LÍNEA CERVICAL CENTRAL

Y ZONAS PROXIMALES, GINGIVALES, SON SITIOS SUSCEPTIBLES A LA CARIES, DEBIDO A LA AUSENCIA DE AUTOLIMPIEZA. LA CARIES EN DICHA SUPERFICIE SE PRODUCE POR MALA POSICIÓN DE CONTACTO. EN LA LÍNEA CERVICAL SE LOCALIZAN LAS CARIES SOBRE TODO AL INFLAMARSE LA ENCÍA, LO QUE HACE QUE SE ACUMULE ALIMENTOS EN ESTOS SITIOS.

C) EN OCLUSAL (CÚSPIDES) NO OBSTANTE QUE ESTA ÁREA SEA SOMETIDA A LA ACCIÓN BENÉFICA DEL BARRIDO MECÁNICO, ES CONSIDERADA ZONA DE INMUNIDAD RELATIVA POR QUE EN ALGUNOS CASOS CUANDO EXISTEN PACIENTES MUY PROPENSOS A LA CARIES TAMBIÉN AHÍ PUEDE INICIARSE EL PROCESO.

D) LAS PIEZAS MÁS FRECUENTEMENTE AFECTADAS ES LA PRIMER MOLAR INFERIOR (FOSETA VESTIBULAR) DEBIDO A QUE ES LA QUE HACE ERUPCIÓN PRIMERO ENTRE LOS PERMANENTES (6 AÑOS) Y ES LA QUE TIENE MÁS FISURA.

LA INCIDENCIA DE LA CARIES ES MAYOR EN LA MAXILAR INFERIOR QUE EN EL SUPERIOR DEBIDO A QUE LA SALIVA NO SE RETIENE EN LOS SUPERIORES Y EN CAMBIO SI SE ACUMULA EN LOS INFERIORES Y TIENEN MÁS FISURAS QUE LAS PIEZAS SUPERIORES.

ZONAS DE CARIES.

EN LAS CARIES SE DISTINGUEN ZONAS, DE ACUERDO CON EL AVANCE DEL PROCESO CARIOSO DE LAS SUPERFICIES A LA PROXIMIDAD.

SON LAS SIGUIENTES:

1.- ZONA DE REBLANDECIMIENTO.

2.- ZONA DE INFECCIÓN.

3.- ZONA DE DEFENSA.

1.- EL DESMORONAMIENTO DE LOS PRISMAS DEL ESMALTE Y LA LISIS DENTARIA (CARIES CLÍNICA) ES OBSERVADA CLÍNICAMENTE COMO UNA ALTERACIÓN DE COLOR DE TEJIDOS DUROS DEL DIENTE CON SIMULTÁNEA DISMINUCIÓN - SUS RESISTENCIAS APARECE UNA MANCHA LECHOSA PAR--DUZCA QUE MÁS TARDE SE TORNA NEGRUZCA Y SE PRODUCEN PEQUEÑAS EROSIONES HASTA QUE EL DESMORONAMIENTO DE LAS PRISMAS HACE QUE SE FORME LA CAVIDAD --PROPIAMENTE DICHA. HACE QUE SE FORME UNA CAVI--PATOLÓGICA DEBIDO A QUE SE ACUMULAN RESIDUOS DE - LA DESTRUCCIÓN TISULAR Y RESTOS ALIMENTICIOS CUAN--DO COMIENZAN LAS LISIS DE LAS SUBSTANCIAS ORGÁ---NICAS (DENTINA).

2.- MÁS PROFUNDA EN LAS PRIMERAS LÍNEAS DE LA INVA---
SIÓN MICROBIANA, EXISTEN BACTERIAS QUE SE ENCAR--
GAN DE PROVOCAR LA LISIS DE LOS TEJIDOS MEDIANTE--
ENZIMAS PROTEOLÍTICAS QUE DESTRUYEN LA TRAMA DE -
LA DENTINA Y FACILITAN EL AVANCE DE LOS MICROORGA
NISMOS ACIDÓFILOS, QUE SE HAN ENCARGADO DE DES---
CALCIFICAR LOS TEJIDOS DUROS MEDIANTE LA ACCIÓN -
DE LAS TOXINAS.

3.- LA PULPA DENTARIA EN SU AFÁN DE DEFENDERSE PRODU-
CE UNA ZONA DE DEFENSA QUE CONSISTE EN LA OBLI---
TERACIÓN CÁLCICA DE LOS CANALÍCULOS DENTARIOS.

LA NUEVA DENTINA FORMA UNA ESPECIE DE BARRERA ENTRE -
EL TEJIDO NUEVO Y NORMAL CON EL OBJETO DE DETECTAR EL AVAN
CE DE LA CRIES.

POR LA DESCALCIFICACIÓN DEL ESMALTE AUNQUE SEA MÍNIMA
SE HA ROTO EL EQUILIBRIO. LA PULPA COMIENZA A ESTAR CER-
CA DEL EXTERIOR Y AUMENTA LAS SENSACIONES TRAUMÁTICAS POR-
LA RED FORMADA POR EL LÍMITE AMELODENTINARIO POR LAS FIBRI
LLAS FORMADAS POR LAS FIBRAS DE TOMES, DESDE EL INSTANTE -
EN QUE SE INDICA LA CRIES LA PULPA COMIENZA CON SU DEFEN-
SA.

COMO YA DIJIMOS, AL INICIARSE LA CARIES EL ESMALTE SUFRE UNA PIGMENTACIÓN LA CUAL PROMUEVE A LOS ODONTOBLASTOS LA FORMACIÓN DE UNA CAPA DENTINARIA DE LA LLAMADA DENTINA-SECUNDARIA LA QUE SE ADOSA DEBAJO DE LA DENTINA ADVENTICIA.

LA DENTINA DEVENTICIA POR OPOSICIÓN PERMANENTE VA DISMINUYENDO CON LOS DAÑOS EL VOLÚMEN DE LA CÁMARA.

CON LA FORMACIÓN DE LA DENTINA SECUNDARIA, LA PULPA INTENTA MANTENER CONSTANTE LA DISTANCIA ENTRE EL PALMO DE LOS ODONTOBLASTOS Y EL EXTERIOR, PERO CUANDO LA CARIES ES AGRESIVA, LA PULPA MISMA PUEDE SER ATACADA POR LOS MICROORGANISMOS HASTA PROVOCAR SU DESTRUCCIÓN.

CAPÍTULO VII

INSTRUMENTAL DE EXPLORACIÓN.

LA EXPLORACIÓN ES EL CONJUNTO DE MEDIOS DE QUE NOS VALEMOS PARA PODER APRECIAR, INVESTIGAR Y VALORIZAR SIGNOS Y SÍNTOMAS CON LOS QUE SE PUEDE CONFORMAR UN DIAGNÓSTICO.

INSTRUMENTAL.

EXPLORADOR.

SE COMPONE DE MANGO Y SU PARTE ACTIVA QUE TERMINA EN UNA PUNTA AGUDA, LOS HAY DE FORMAS VARIADAS PUEDEN SER DOBLES O SENCILLOS, SE UTILIZAN PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO-DE LA CARIES, RECONOCER EL GRADO DE DUREZA DE LOS TEJIDOS COMPROBAR LA EXISTENCIA DE RETENCIÓN EN LA CAVIDAD Y PARA BUSCAR CARIES EN ESPACIOS PROXIMALES.

ESPEJO BUCAL

SE COMPONE DE MANGO DE METAL GENERALMENTE HUECO PARA

DISMINUIR SU PESO, AMBAS PARTES SE UNEN POR MEDIO DE ROS-
CA, PUEDE SER DE VIDRIO O DE METAL Y PUEDE SER TAMBIÉN --
PLANOS O CÓNCAVOS LOS PLANOS REFLEJAN LAS IMÁGENES EN SU-
TAMAÑO NORMAL, MIENTRAS LOS CÓNCAVOS LA REFLEJAN AUMENTA-
DA.

LOS ESPEJOS DE VIDRIOS PLANOS REFLEJAN UNA IMÁGEN --
REAL Y LUMINOSA, LOS METÁLICOS SON DE ÁCERO INOXIDABLE --
BRUÑIDO Y DAN UNA IMÁGEN MENOS NÍTIDA Y SOBRE TODO TIENE-
LA VENTAJA DE PODER PULIMANTARSE EN CASO DE RAJADURAS ---
ACCIDENTALES, HECHOS CON DISCOS FRESAS, PIEDRAS ETC.

LOS ESPEJOS BUCALES SE EMPLEAN:

- 1.- COMO SEPARADORES DE LABIOS, LENGUA Y CARRILLOS..
- 2.- COMO PROTECTOR DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- 3.- SIRVE PARA REFLEJAR LA IMAGEN,
- 4.- PARA AUMENTAR LA ILUMINACIÓN.

PINZAS DE CURACIÓN.

PRESENTAN SUS EXTREMOS DOBLADOS EN DIFERENTES ÁN---
GULOS DE 16°, 12° Y 23°, EXISTEN EN FORMA CON ESTRIATRAN-
GULADA Y SU PARTE ACTIVA TERMINA LISA O ESTRIADA, DEBEN -
SER LIVIANAS DE FÁCIL MANEJO Y POR LO CUAL PRESENTAN EN -

SU PARTE MEDIA UNA ZONA ESTRIADA TRANSVERSAL PARA EMPUÑAR-MEJOR EL INSTRUMENTO, SE EMPLEAN PARA TRANSPORTAR BOLITAS, ROLLOS DE ALGODÓN, GASAS Y FRESAS.

- A) POSEEN SUS ESTRÍAS CORTANTES SIN SOLUCIONES DE CONTINUIDAD Y CASI EN EL MISMO SENTIDO QUE EL EJE --- LONGITUDINAL DE LA FRESA, ESTAS FRESAS, LLAMADAS - DE CORTE LISO SE EMPLEAN PARA CORTAR EN DENTINA.
- B) LAS DENTADAS ADEMÁS DE LAS ESTRIADAS YA MENCIONA--DAS, PRESENTAN OTRAS QUE LAS ATRAVIESAN PERPEN----DICULARMENTE, EN FORMA DE DIENTES POR LO QUE RECIBEN ESA DENOMINACIÓN SU USO SE REDUCE A PENETRAR - EL ESMALTE AUNQUE HAYA OTROS INSTRUMENTOS MÁS ADECUADOS PARA ESE TRABAJO. EN LA DENTINA TIENE --- GRAN PODER DE PENETRACIÓN SIRVE PARA REMOVER DENTINA CARIOSA SON LOS # 1, 2, 3, Y 4 ETC.

CONO INVERTIDO.

TIENE LA FORMA DE UN CONO TRUNCADO CUYA BASE MENOR - ESTA UNIDA AL CUELLO DE LA FRESA. TAMBIÉN LAS HAY DE -- DOS TIPOS, LISAS Y DENTADAS, HAY INDICACIONES PARA SU ---

USO. SON MUY AMPLIOS: EXTENDER UNA CAVIDAD POR OCLUSAL SO
CAVANDO EL ESMALTE A NIVEL DEL LIMITE AMELODENTINARIO, ---
REALIZAR LAS FORMAS DE RESISTENCIA CONVENIENTES ETC. LISAR
EL PISO CUANDO SE VA HA HACER RETENCIÓN EN LA CAVIDAD SON-
SON LOS # 33, 33 1/2, 34, 36, 37,

FRESAS CILÍNDRICAS Y TRONCOCÓNICAS.

CILÍNDRICAS: SE DIVIDEN EN LISAS Y DENTADAS.

1.- LISAS: SE UTILIZAN PARA LISAR LAS PAREDES CAVITA
RIAS.

2.- DENTADAS: SE PRESENTAN CON ESTRÍAS ORIENTADAS, -
EN EL MISMO SENTIDO LONGITUDINAL DEL EJE DE LA --
FRESA DE ESPIRAL, CON ESTAS FRESAS SE OBTIENEN --
SUPERFICIES DE CORTE MÁ S LISAS Y UNIFORMES CON MA
YOR RAPIDEZ Y MENOR VIBRACIÓN.

TRONCOCÓNICAS.

TIENEN FORMA DE CONO TRUNCADO PERO ALARGADO CON BASE-
MUY UNIDA AL CUELLO DE LA FRESA PUEDEN SER LISAS Y DENTA--
DAS, SE UTILIZAN ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA EL TALLADO DE
LAS PAREDES DE CAVIDADES NO RETENTIVAS EN CAVIDADES CON --

FINALIDADES PROTÉTICAS Y PARA EL TALLADO DE RIELERAS SE -
UTILIZA PARA EMPEZAR LA CAVIDAD LAS FRESAS Y # 700, 701,-
702, 703 Y 704 ETC.

PIEDRAS.

INSTRUMENTOS ROTATORIOS COMPUESTOS DE MATERIAL ABRA-
SIVO, SE USAN PARA PULIR Y PUEDEN SER DE GRANO FINO O ---
GRUESO.

PIEDRAS MONTADAS Y PARAMONTADAS: TIENEN FORMA DE --
PERA, BARRIL, Y CILÍNDRICA CHATA O AGUDA EN FORMA DE LEN-
TEJA, CONO INVERTIDO O TASA, SE UTILIZAN PARA EL ESMALTE,
ABRIR CAVIDADES O DESGASTAR ESMALTE, PARA REBAJAR BORDES-
INCISIVOS Y CARAS LINGUALES U OCLUSALES.

PIEDRAS DE DIAMANTE: ACCIONES EN EL ESMALTE Y DENTI
NA, CONSTITUÍDOS POR PEQUEÑOS DIAMANTES INCRUSTADOS EN --
UNA ARMADURA METÁLICA, NO PRODUCE CALOR.

PIEDRAS DE CARBURO: SE UTILIZAN USUALMENTE EN DENTI
NA, ACTUAN POR DESGASTE ORIGINA MUCHO CALOR POR LO QUE SE
UTILIZA AGUA.

CAPÍTULO VIII

CLASIFICACIÓN DE CAVIDADES.

LESIONES DE CLASE 1.

ESTAS LESIONES SON LAS QUE SE INICIAN A NIVEL DE PUNTOS, FISURAS O DEFECTOS ESTRUCTURALES DE LAS SUPERFICIES LIBRES DE LOS DIENTES. SE LOCALIZAN EN CARAS OCLUSALES DE MOLARES Y PREMOLARES, LOS DOS TERCIOS OCLUSALES DE LAS CARAS BUCALES Y LINGUALES DE LOS MOLARES, Y LA CARA LINGUAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

LAS LESIONES DE CLASE UNO ESTÁN UBICADAS EN SUPERFICIES QUE PERMITEN SER LIMPIADAS CON FACILIDAD, SEA POR LOS MOVIMIENTOS NATURALES DE LOS MÚSCULOS DEL PACIENTE Y EL ARRASTRE DE LOS ALIMENTOS (AUTOCLISIS), O POR LOS MEDIOS ARTIFICIALES PARA HIGIENE BUCAL.

SE EXTIENDE, POR LO GENERAL MÁS EN PROFUNDIDAD QUE EN SUPERFICIE, SU BOCA DE ENTRADA ES AVECES DIFÍCIL DE DETECTAR.

AL EFECTUAR EL EXAMEN CLÍNICO EL EXPLORADOR DEBE CON--
TAR CON UNA PUNTA MUY AFILADA (50 MICRAS APROXIMADAMENTE),
SE DEBE INSISTIR EN LA UNIÓN DE VARIOS SURCOS, EN HOYOS O--
FISURAS, HASTA TENER LA SEGURIDAD DE QUE LA PUNTA DEL EX--
PLORADOR HA PENETRADO EL ESMALTE Y LLEGADO A UNA ZONA DE -
TEJIDO DESMINERALIZADO.

POR ESAS CARACTERÍSTICAS DE AVANZAR RÁPIDAMENTE EN --
PROFUNDIDAD, LESIONES QUE A VECES SON DIFÍCILES DE DETEC--
TAR EN SUPERFICIES PUEDEN LLEGAR A AFECTAR LA PULPA, SOBRE
TODO EN INDIVIDUOS JOVENES.

LAS CRIES, UNA VEZ QUE HA ATRAVESADO EL ESMALTE Y --
LLEGADO AL LÍMITE AMELODENTINARIO, SE EXTIENDE EN ANCHO Y--
FORMA ASI LOS TÍPICOS DOS CONOS DE PENETRACIÓN CON LO CUAL
LAS LESIONES SE VUELVEN RÁPIDAMENTE PROFUNDAS Y PELIGROSAS
PARA LA PULPA.

A MENUDO SE PUEDE DETECTAR UNA LESIÓN POR EL CAMBIO -
DE COLORACIÓN EN EL FONDO DE LOS SURCOS. POR ELLO ES PRE
CISO LIMPIAR ADECUADAMENTE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES Y--
APLICAR UNA SOLUCIÓN COLOREADA PARA DETECTAR PLACA BACTE--
RIANA (FUCSINA, BÁSICA MARRÓN BISMARCK), EL COLORANTE VA -
INPREGNADO CON MÁS INTENSIDAD, TODAS AQUELLAS ZONAS DONDE -

EXISTA PLACA. CON BUENA ILUMINACIÓN Y SECANDO BIEN EL --
DIENTE ES POSIBLE DETECTAR LA PRESENCIA DE CARIES.

EN OTROS CASOS, CUANDO LA CARIES YA HA PRODUCIDO DES-
MINERALIZACIÓN, SE OBSERVA UNA ZONA BLANQUECINA, COLOR ---
TIZA, EN LA PERIFERIA DEL SURCO O LA FISURA, SI LAS LESIO-
NES ES MAS ANTIGUA EL COLOR PUEDE SER MARRÓN O NEGRO.

TRATAMIENTO: LAS LESIONES QUE SE ORIGINAN EN LAS FA-
LLAS ESTRUCTURALES DEL ESMALTE PUEDEN SER TRATADAS MEDIAN-
TE CUATRO PROCEDIMIENTOS:

- A) AMELOPLASTÍA.
- B) REMINERALIZACIÓN.
- C) RESTAURACIÓN SIN PREPARACIÓN CAVITARIA.
- D) RESTAURACIÓN CON PREPARACIÓN CAVITARIA.

A) CUANDO EL OPERADOR, DEACUERDO CON SU CRITERIO CLÍ-
NICO Y CON LA OBSERVACIÓN DEL CASO, ESTIMA QUE LA-
CARIES NO ALCANZA A PENETRAR COMPLETAMENTE EL ES-
MALTE, PUEDE INTENTAR LA AMELOPLASTÍA O EXTIRPA---
CIÓN MECÁNICA DE LA LESIÓN. SE REALIZA LA APERTU
RA DE LA PIEZA, EL SURCO O LA FISURA UTILIZANDO --
PIEDRAS O FRESAS SIN PENETRAR LA TOTALIDAD DEL ES-
MALTE.

ES NECESARIO QUE EN EL FONDO DE LA CAVIDAD QUEDE --
ESMALTE, LA LESIÓN SE TRANSFORMA ENTONCES EN UNA --
SUPERFICIE CURVA, SECTOR DE ESFERA LISA BIEN PULI-
DA, QUE PERMITE HACER UNA BUENA LIMPIEZA EVITANDO--
ASI LA EXTENSIÓN DE LA CARIES, ESTE ES UN PROCEDI-
MIENTO MUY ANTIGUO.

B) CUANDO LAS LESIONES SON INCIPIENTES Y CONSISTEN --
PRINCIPALMENTE EN UN CAMBIO DE COLORACIÓN SE PUEDE
INTENTAR LA REMINERALIZACIÓN DEL ESMALTE DESMINERA
LIZADO MEDIANTE LA APLICACIÓN DE SOLUCIONES FLUORA
DAS (FLUORURO DE ESTAÑO, FLUORURO DE SODIO, CON O-
SIN AGREGADOS DE FOSFATO), LA REMINERALIZACIÓN PUE
DE COMBINARSE CON LA AMELOPLASTÍA PARA DETENER UNA
LESIÓN DE CLASE UNO QUE RECIÉN SE INICIA SI LAS --
CONDICIONES HIGIÉNICAS DEL PACIENTE Y LA UBICACIÓN
DE LAS LESIONES SON FAVORABLES A ESTOS DOS PROCEDI
MIENTOS.

C) CON FINALIDAD RESTAURATIVA SOBRE TODO EN NIÑOS Y --
ADOLESCENTES; LAS SUPERFICIES OCLUSALES, LABIALES-
DE LOS DIENTES QUE NO TIENEN AÚN CARIES DETECTA---
BLES CLÍNICAMENTE PUEDEN SER OBTURADAS DE MODO TEM
PORARIO CON MATERIALES ADECUADOS, PARA ESTE FIN SE

UTILIZAN PRINCIPALMENTE LOS SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS, ESTOS CONSISTEN EN RESINA O CEMENTO MUY-FLUÍDO CAPACES DE PENETRAR EN EL ESMALTE QUE HA SIDO PREVIAMENTE CONDICIONADO CON SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE FAVORECEN SU HUMECTANCIA, SE HA COMPROBADO QUE AÚN CUANDO HUBIERA QUEDADO UNA LESIÓN DE CARIES POR DEBAJO DEL SELLADO, ESTA NO PROGRESA O LO HACE MUY LENTAMENTE. LOS DIENTES ASÍ PROTEGIDOS DEBEN SER REVISADOS UNA O DOS VECES POR AÑO; PARA CONTROLAR LA PERMANENCIA DEL MATERIAL DE PROTECCIÓN Y REPONERLO CUANDO FUERE NECESARIO.

LA DURACIÓN DE LOS SELLADORES SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE ES MUY VARIABLE, PERO PUEDE ESTIMARSE EN DOS AÑOS COMO PROMEDIO. ESTA RESTAURACIÓN--- TAMBIÉN SE PUEDE INTENTAR UTILIZANDO MATERIALES-- MUY FLUÍDOS COMO LAS RESINAS. (ACRÍLICAS, REFORZADAS O CON MICROPARTÍCULAS) Y ALGUNOS TIPOS DE CEMENTOS (VÍTREOS Y POLICARBOXILATO).

ESTA RESTAURACIÓN NO POSEE LARGA DURACIÓN EN LA BOCA.

- D) CONSTITUYE LA FORMA MÁS COMÚN Y DIFUNDIRA DE RESTAURAR LESIONES DE CLASE UNO CONSISTE EN PREPARAR UNA CAVIDAD CON EL OBJETO DE EXTIRPAR MECANICAMENTE LA LESIÓN Y LUEGO OBTURAR CON UN MATERIAL QUE-

POSEA CONDICIONES ADECUADAS PARA RESISTIR EL MEDIO BUCAL.

LOS MATERIALES UTILIZADOS PUEDEN SER:

- 1.- AMALGAMA.
- 2.- INCRUSTACIÓN METÁLICA.
- 3.- INCRUSTACIÓN METAL Y CERÁMICA.
- 4.- ORIFICACIÓN.
- 5.- RESINA Y CEMENTOS.
- 6.- INCRUSTACIÓN DE PORCELANA POR COHESIÓN.

EN NUESTRO PAIS LA FRECUENCIA DE USO DE ESTOS MATERIALES ES LA SIGUIENTE:

- A) AMALGAMA DE PLATA: ES EL MATERIAL DE ELECCIÓN, EL MÁS UTILIZADO CLÍNICAMENTE Y EL QUE NOSOTROS RECOMENDAMOS PARA RESTAURAR ESTE TIPO DE LESIÓN, CONSIDERÁNDOSE QUE MÁS DE UN 90% DE LAS RESTAURACIONES DE CLASE UNO SE HACEN CON AMALGAMA DE PLATA.
- B) ES POSIBLE OBTENER UNA BUENA RESTAURACIÓN DE CLASE UNO CON INCRUSTACIÓN METÁLICA EN CAVIDADES MEDIANAS Y GRANDES.
- C) SU TÉCNICA LABORIOSA LIMITA ESTE TIPO DE RESTAURA-

CIÓN A CASOS MUY ESPECÍFICOS, LA ADAPTACIÓN MARGINAL ES DEFICIENTE.

- D) EXCELENTE RESTAURACIÓN QUE HA CAÍDO EN DESUSO EN NUESTRO MEDIO A CAUSA DE DIFICULTADES TÉCNICAS, -- ESPECIALMENTE POR EL TIEMPO QUE CONSUME.
- E) NO SE RECOMIENDA EN ÁREAS SOMETIDAS A FUERZAS MASTICATORIAS INTENSAS A CAUSA DE SU ESCASA RESISTENCIA AL DESGASTE, ES POSIBLE PREVEER LA APARICIÓN EN EL FUTURO PRÓXIMO DE MATERIALES MEJORADOS SE LO PUEDE RECOMENDAR EN CAVIDADES BUCALES Y LINGUALES.
- F) TIENE UN INTERÉS MERAMENTE HISTÓRICO DADAS SUS DIFICULTADES TÉCNICAS Y SU DEFICIENTE ADAPTACIÓN, - MUY POCOS OPERADORES LA SIGUEN RECOMENDANDO.

"CAVIDADES CLASE UNO COMPUESTAS".

CUANDO LA CARIES UBICADA EN UNA FOSA O EN UN DEFECTO DE LA SUPERFICIE DEL ESMALTE, EN CARAS BUCALES DE MOLARES, SE EXTIENDE EN PROFUNDIDAD Y SE DIRIGE HACIA LA CARA OCLUSAL, DEBE PREPARARSE CAVIDADES DE CLASE UNO COMPUESTAS, --

ESTAS POSEEN UNA CAJA OCLUSAL, CON LAS CARACTERÍSTICAS YA--
DESCRITAS, PARA LAS CAVIDADES DE CLASE UNO, MÁS UNA CAJA--
BUCAL (O LINGUAL), QUE ABARCA LA FOSA DONDE SE INICIÓ LA--
CARIES.

EN PRIMER LUGAR, SE INTENTARÁ PREPARAR DOS CAVIDADES--
SEPARADAS, UNA VEZ HECHO ÉSTO SE ANALIZARÁ LA ZONA DE SEPA
RACIÓN ENTRE CAVIDADES.

SI ESTE SURCO ESTÁ CARIADO, O CUALQUIERA DE LAS DOS -
CAVIDADES PREPARADAS PREVIAMENTE HA DEBILITADO LA ZONA DE
ESMALTE QUE LA SEPARA, SE DEBE REALIZAR UNA CAVIDAD COM---
PUESTA, SE UNAN AMBAS CAVIDADES UTILIZANDO LA FRESA DE ME-
NOR TAMAÑO POSIBLE, EXCAVANDO SOLO EL SURCO, SIN EXTENDER--
LATERALMENTE, LAS PAREDES SERÁN PARALELAS HACIA OCLUSAL.

EN LA ZONA DE UNIÓN DE AMBAS CAVIDADES NO SE PRACTICA
RA NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN ADICIONAL, LAS FORMAS DE RETEN
CIÓN SE HAN OBTENIDO PREVIAMENTE, TANTO EN LA CAVIDAD OCLU
SAL COMO EN LA CAJA BUCAL (O LINGUAL) CORRESPONDIENTE.
AL TERMINAR LAS CAVIDADES SE OBSERVARÁ UN ESCALÓN DETERMI-
NADO POR LA PARED PULPAR DE LA CAVIDAD OCLUSAL Y LA PARED--
AXIAL DE LA CAJA, ESTE ESCALÓN NO DEBE FORMAR UN ÁNGULO --
AGUDO, SINO QUE DEBE SER REDONDEADO O BISELADO PARA NO RE-

DUCIR EN ESA ZONA EL ESPESOR DEL MATERIAL DE OBTURACIÓN QUE ESTARÁ SOMETIDO A FUERZAS MASTICATORIAS PODEROSAS.

"LESIONES DE CLASE DOS".

LAS LESIONES CLASE DOS SON LAS QUE SE ORIGINAN EN CARAS PROXIMALES DE MOLARES Y PREMOLARES. PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ESTE TIPO DE LESIÓN ES MUY ÚTIL LA RADIOGRAFÍA, SOBRE TODO DEL TIPO INTERPROXIMAL O DE ALTA DE MORDIDA. UNA LESIÓN CLASE DOS, GENERALMENTE SE ORIGINA EN LA CARA PROXIMAL DE UN DIENTE CERCA DE LA RELACIÓN DE CONTACTO, POR IMPACTO ALIMENTARIO O RETENCIÓN DE PLACA EN ESA ZONA. CONTRIBUYE A LA FALTA DE HIGIENE POR PARTE DEL PACIENTE, EN AUSENCIA DEL DIENTE VECINO, SE PUEDE ADVERTIR UNA MANCHA MARRÓN O NEGRA QUE INDICA LA PRESENCIA DE CARIES. SI SE ELIMINA EL DIENTE VECINO LA LESIÓN INSIPIENTE QUEDARÁ EN UNA ZONA DE FÁCIL LIMPIEZA Y SUELE REMINERALIZARSE A PARTIR DE LOS FOSFATOS Y OTRAS SUBSTANCIAS CONTENIDAS EN LA SALIVA, Y SE MANTIENE LUEGO COMO CARIES DETENIDAS.

CUANDO EXISTEN TODOS LOS DIENTES VECINOS Y ANTAGONISTAS Y EL PACIENTE POSEE UNA MASTICACIÓN VIGOROSA, LA RESTAURACIÓN DE ESTA LESIÓN CONSTITUYE UN VERDADERO DE-

SAFÍO PARA EL PROFESIONAL. ESTE NO SOLAMENTE DEBE ELI
MINAR LA CARIES, SINO QUE DEBERÁ RESTAURAR EL DIENTE --
CON UNA SUPERFICIE MASTICATORIA DURA Y PERMANENTE, QUE--
REPRODUZCA LA ANATOMÍA NORMAL, RECONSTRUYA EL REBORDE--
MARGINAL Y, SOBRE TODO, RESTABLEZCA LA RELACIÓN DE CON--
TACTO QUE DEBE QUEDAR UBICADA EXACTAMENTE EN EL MISMO--
SITIO EN QUE SE HALLABA ANTES DE PRODUCIR LA LESIÓN, DE
NO HACERLO ASÍ, PROVOCARÁ TRASTORNOS AL PACIENTE DURAN--
TE SU MASTICACIÓN POR IMPACTO DE ALIMENTOS, LESIÓN DE--
LA PAPILA GINGIVAL Y POCO TIEMPO DESPUÉS LESIÓN PERIO--
DONTAL EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, CON EL DOLOR Y LA--
MOLESTIA CONSIGUIENTE A CAUSA DEL PROCESO PATOLÓGICO.

SE TRATA DE UNA DE LAS RESTAURACIONES MÁS IMPORTAN
TES EN OPERATORIA DENTAL.

TRATAMIENTO:

LAS LESIONES DE CLASE DOS PUEDEN SER TRATADAS DE 3
MANERAS:

- a) REMINERALIZACIÓN,
- b) RESTAURACIÓN SIN PREPARACIÓN CAVITARIA.
- c) RESTAURACIÓN CON PREPARACIÓN CAVITARIA.

REMINERALIZACIÓN:

CUANDO FALTA UN DIENTE VECINO O EXISTE UNA GRAN SE
PARACIÓN NATURAL SOBRE LOS DIENTES DEL SECTOR POSTERIOR,
PUEDE OBSERVARSE LESIONES DE CLASE DOS QUE SE INICIAN -
EN LAS CARAS PROXIMALES DE MOLARES Y PREMOLARES. SI--
EL PACIENTE PRESENTA CONDICIONES FAVORABLES Y POSEE BUE
NA RESISTENCIA A LA CARIES, SE PUEDE INTENTAR LA REMINA
RALIZACIÓN.

CUANDO LA LESIÓN ES INCIPIENTE Y AÚN NO SE HA PRO-
DUCIDO LA DESTRUCCIÓN DEL ESMALTE. SE ADVIERTE UN CAM
BIO DE COLORACIÓN Y UNA LIGERA PÉRDIDA DE BRILLO EN LA-
SUPERFICIE DEL ESMALTE (MANCHAS BLANCAS, MARRÓN O NE---
GRAS).

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN PULIR LAS SUPERFICIES--
DEL ESMALTE, ELIMINANDO CUALQUIER IRREGULARIDAD O ASPE-
RESA QUE PUDIERA FAVORECER LA RETENCIÓN DE PLACA, Y EN-
LA APLICACIÓN DE SOLUCIONES FLUORADAS (FLUORURO DE SO--
DIO, FLUORURO DE ESTAÑO). ESTE TRATAMIENTO SE PUEDE -
REPETIR PERIÓDICAMENTE, EN MUCHOS PACIENTES LA REMINERA
LIZACIÓN SE LLEVA A CABO NATURALMENTE A PARTIR DE LOS--
FOSFATOS CONTENIDOS EN LA SALIVA, SE ADMITIRÁ QUE LA RE

MINERALIZACIÓN CON MÁS FACILIDAD EN ZONAS DE ESMALTE --
QUE HAN PERDIDO MINERALES PREVIAMENTE.

EL ESMALTE REMINERALIZADO POSEE CARACTERÍSTICAS --
HISTOLÓGICAS DIFERENTES DE LAS DEL ESMALTE ORIGINAL, --
POR QUE LOS PRISMAS DEL ESMALTE PERDIDOS NO SE RECONS--
TRUYEN, SINO QUE SE PRODUCE UN DEPÓSITO MINERAL PARA --
LLENAR LOS HUECOS. SON INDISPENSABLES HÁBITOS HIGIÉNI--
COS CORRECTOS PARA TENER ÉXITO EN LA REMINERALIZACIÓN--
DEL ESMALTE CARIADO.

"TÉCNICAS".

- 1.- AISLAMIENTO.
- 2.- LIMPIEZA DE LA SUPERFICIE CON PASTA ABRASIVA Y
CEPILLOS BLANDOS.
- 3.- LAVADO Y SECADO DEL PACIENTE, NO DEBE ENJUAGAR
SE.
- 4.- APLICACIÓN DE UNA BOLITA DE ALGODÓN EMBEBIDA -
EN LA SOLUCIÓN FLUORADA ELEGIDA: FLUORURO DE -
SODIO AL 2%, SOLUCIÓN ACIDULADA DE FLUORFOSFA-
TO, U OTROS PRODUCTOS SIMILARES.
- 5.- SE DEJA SOBRE LA LESIÓN DURANTE 2 MINUTOS.

6.- SE QUITA EL AISLAMIENTO Y SE LAVA.

7.- SE REPITE EL PROCEDIMIENTO PERIÓDICAMENTE.

A) RESTAURACIÓN SIN PREPARACIÓN CAVITARIA.

CUANDO LA LESIÓN ESTÁ EN UN ESTADO AVANZADO QUE EL DEL CASO ANTERIOR, SI EL ACCESO DEL DIENTE ES ADECUADO-POR AUSENCIA DE UN DIENTE VECINO, SEPARACIÓN NATURAL U-OTRAS CAUSAS, SE PUEDE INTENTAR LA RESTAURACIÓN SIN PREPARACIÓN CAVITARIA UTILIZANDO MATERIALES CAPACES DE FORMAR UNIONES RESISTENTES EN LA SUPERFICIE DENTARIA.

ESTOS MATERIALES SON: RESINAS ACRÍLICAS, RESINAS -REFORZADAS, RESINAS CON MICROPARTICULAS, CEMENTOS IONÓMERS VÍTREOS, CEMENTOS DE POLICARBOXILATO Y LOS SELLADORES DE FISURAS. LA SUPERFICIE DEL DIENTE DEBE SER--ACONDICIONADA PREVIAMENTE PARA PERMITIR LA REACCIÓN ENTRE EL MATERIAL Y EL TEJIDO DEL DIENTE, EL GRABADO ÁCIDO DEL ESMALTE CON SOLUCIONES DE ÁCIDO CÍTRICO O FOSFÓRICO PERMITEN LIMPIAR PROFUNDAMENTE LA LESIÓN Y ZONAS -VECINAS CREANDO UNA MICROPOROSIDAD FAVORABLE A LA PENETRACIÓN DE LOS MATERIALES, EL USO DE SUBSTANCIAS TENSIOACTIVAS REDUCE EL ÁNGULO DE CONTACTO Y FAVORECE LA HUMECTANCIA.

B) RESTAURACIONES CON PREPARACIÓN CAVITARIA.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LAS LESIONES DE CLASE--
DOS DEBEN SER TRATADOS MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE LOS--
TEJIDOS AFECTADOS Y SU RESTAURACIÓN CON UN MATERIAL PER
MANENTE.

LA RESTAURACION PUEDE EFECTUARSE CON UNA OBTURA---
CIÓN PLÁSTICA (AMALGAMA O RESINA), ORIFICACIÓN, INCRUS-
TACIÓN METÁLICA, INCRUSTACIÓN COMBINADA, INCRUSTACIÓN--
METALOCERÁMICA, O INCRUSTACIÓN POR COHESIÓN, LA FRECUEN
CIA DEL USO DE ESTOS MATERIALES ES LA SIGUIENTE:

AMALGAMA: ES EL MÁS UTILIZADO PARA ESTE TIPO DE --
RESTAURACIÓN EN CAVIDADES PEQUEÑAS Y GRANDES, NO SE RE-
COMIENDA EN CAVIDADES CON PAREDES DÉBILES.

INCRUSTACIÓN METÁLICA: EN CAVIDADES GRANDES Y EN -
DIENTES CON TRATAMIENTO ENDODÓNTICO, PARA EVITAR FRACTU
RAS.

INCRUSTACIONES METALOCERÁMICAS: SE INDICA EN CAVI-
DADES GRANDES Y NO TIENE BUENA ADAPTACIÓN MARGINAL.

INCRUSTACIÓN COMBINADA: INDICADA EN MOLARES Y PREMOLARES SUPERIORES.

ORIFICACIÓN: EN LA ACTUALIDAD NO SE INDICA, EXCEPTO EN CAVIDADES MUY PEQUEÑAS.

RESINAS: LAS RESINAS REFORZADAS TIENEN UNA INDICACIÓN MUY LIMITADA EN PREMOLARES Y PRIMEROS MOLARES SUPERIORES CUANDO EL FACTOR ESTÉTICO ES PREPONDERANTE.

"LESIONES DE CLASE TRES".

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA:

LAS LESIONES DE CLASE TRES SON AQUELLAS QUE SE INICIAN EN LAS CARAS PROXIMALES DE TODOS LOS DIENTES ANTERIORES. LAS CAUSAS QUE MOTIVAN ESTE TIPO DE LESIÓN--- PUEDEN SER:

- A) CARIES.
- B) TRAUMATISMO.
- C) DEFECTOS CONGÉNITOS.
- D) DESMINERALIZACIÓN.
- E) OTRAS.

- A) LAS LESIONES DE CLASE TRES ORIGINADAS POR CARRIES, SE INICIAN POR RETENCIÓN DE PLACA EN CERCANÍAS DE LA RELACIÓN DE CONTACTO, ESPECIALMENTE SI ÉSTA ESTÁ DEFECTUOSA.
- B) DISTINTOS EFECTOS TRAUMÁTICOS PUEDEN CAUSAR LESIONES DE CLASE TRES, ENTRE LAS QUE CABE DESTACAR LA ACCIÓN IATROGÉNICA DE MANIOBRAS OPERATIVAS CON INSTRUMENTAL ROTARIO EN UN DIENTE VECINO. ESTO PUEDE PRODUCIR UNA LESIÓN EN EL ESMALTE Y POSTERIORMENTE LA INICIACIÓN DE UNA CARRIES.
- C) DEFECTOS CONGÉNITOS: NO SON HABITUALES, PERO NO SE LES DEBE DESTACAR COMO FACTORES ETIOLÓGICOS.
- D) DESMINERALIZACIÓN: SE PUEDE PRODUCIR POR DOS -- CAUSAS FUNDAMENTALES QUE SON:
- 1.- HÁBITOS DEL PACIENTE (CONSUMO EXCESIVO DE LIMÓN, BEBIDAS ÁCIDAS).
 - 2.- POR ACCIÓN DESMINERALIZADA DEL CEMENTO DEBAJO DE BANDAS DE ORTODONCIA.
- E) OTROS: EROSIÓN Y ABRASIÓN:
- COMENTARIO, ESTE TIPO DE LESIONES, DEBE SER DETECTADO TEMPRANAMENTE, ESTO SE PUEDE LOGRAR CON

ROENGENOGRAFÍAS SEPARADAS, ES ESPECIALMENTE COMPLICADA LA RESTAURACIÓN POR LO SIGUIENTE: POCO-ACCESO AL CAMPO OPERATORIO Y POCA VISIBILIDAD, POSICIÓN DEL DIENTE VECINO, APIÑAMIENTO, GIRO--VERSIÓN, DEBEMOS USAR VELOCIDAD CONVENCIONAL --POR LA PROXIMIDAD DEL NERVIYO Y PREVEER LA POSIBLE FRACTURA DEL ÁNGULO.

- a) POR REMINERALIZACIÓN.
- b) POR RESTAURACIÓN SIN PREPARACIÓN CAVITARIA.
- c) RESTAURACIÓN CON PREPARACIÓN CAVITARIA.

ÉSTOS PROCEDIMIENTOS YA FUERON EXPLICADOS --CON ANTERIORIDAD EN LOS CASOS ANTERIORES. QUE FUERON CAVIDADES CLASE UNO Y DOS.

LESIONES DE CLASE CUATRO.

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA:

LAS LESIONES DE CLASE CUATRO SON AQUELLAS QUE HABIÉNDOSE INICIADO EN LAS CERCANÍAS DE LA RELACIÓN DE CONTACTO, AVANZAN EN RELACIÓN INCISAL LO SUFICIENTE PARA DEBILITAR O DESTRUIR EL ÁNGULO CORRESPONDIENTE. EN ESTOS--CASOS, ESPECIALMENTE CUANDO LA CAUSA ES TRAUMÁTICA, TODO EL ÁNGULO ESTÁ AUSENTE, LAS CAUSAS QUE MOTIVAN ESTA LESIÓN SON LAS MISMAS QUE SE MENCIONAN AL HABLAR DE LAS LESIONES DE CLASE TRES.

TRATAMIENTO:

ESTAS LESIONES PUEDEN TRATARSE POR:

- A) DESGASTE Y REMINERALIZACIÓN.
- B) RESTAURACIÓN SIN PREPARACIÓN CAVITARIA.
- C) RESTAURACIÓN CON PREPARACIÓN CAVITARIA.

LAS CUALES HAN SIDO EXPLICADAS CON ANTERIORIDAD.

LESIONES O CAVIDADES DE CLASE CINCO.

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA:

LAS LESIONES DE CLASE CINCO SON AQUELLAS QUE SE INICIAN EN EL TERCIO GINGIVAL DE LAS CARAS LIBRES DE TODOS-LOS DIENTES, LAS CAUSAS QUE ORIGINAN ESTE TIPO DE LESIONES SON LAS MISMAS QUE SE MENCIONARON AL HABLAR DE LAS--CLASES TRES Y CUATRO. NO OBSTANTE CABE ACLARAR QUE LA-CAUSA MÁS COMÚN ES LA CARIES Y LA MENOS COMÚN LA TRAUMÁTICA. ESTA ÚLTIMA SE PUEDE DEBER A LA ACCIÓN ACCIDENTAL DEL INSTRUMENTAL ROTATORIO IMPULSADO A SUPERALTA VELOCIDAD, CUANDO SE TRABAJA EN LAS CERCANÍAS DE LOS MÁRGENES GINGIVALES. EN LA ETIOLOGÍA DE LAS LESIONES DE CLASE CINCO INTERVIENEN ADEMÁS, LOS FENÓMENOS BASTANTE HABITUALES: LA EROSIÓN Y LA ABRASIÓN MECÁNICA. LA EROSIÓN, CUYA ETIOLOGÍA ES COMPLEJA SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN BOCAS DE INDIVIDUOS DE CULTURAS PRIMITIVAS.

LA ABRASIÓN MECÁNICA PUEDE DEBERSE A HÁBITOS O A --
UNA TÉCNICA DE CEPILLADO EXCESIVAMENTE TRAUMÁTICA, PA---
CIENTES QUE CONSUMEN LIMÓN, MASTICANDO, PRESENTAN UNA --
ABRASIÓN QUÍMICA MUY CARACTERÍSTICA, QUE SE EXTIENDE DES
DE LOS LÍMITES DE UNA LESIÓN CLASE CINCO HASTA ABARCAR--
TODA LA SUPERFICIE DENTARIA. LA ACCIÓN COMBINADA DE LA
EROSIÓN, LA ABRASIÓN MECÁNICA Y LA ABRASIÓN QUÍMICA PUE-
DEN PRODUCIR EFECTOS DESVASTADORES.

TRATAMIENTOS:

LAS LESIONES DE CLASE CINCO PUEDEN TRATARSE DE LAS-
SIGUIENTES MANERAS, QUE FUERON EXPLICADAS CON ANTERIORI-
DAD.

- A) REMINERALIZACIÓN.
- B) REMINERALIZACIÓN SIN PREPARACIÓN CAVITARIA.
- C) REMINERALIZACIÓN CON PREPARACIÓN CAVITARIA.

PROTECCIÓN PULPAR.

LAS PREPARACIONES DE LA CAVIDAD CON PAREDES AXIALES
MÁS PROFUNDAS QUE 0.5mm DENTRO DE LA UNIÓN ENTRE LA DEN-
TINA Y EL ESMALTE, DEBERÁN RECIBIR UNA BASE PROTECTORA,-
EL MEJOR MATERIAL ES EL HIDRÓXIDO DE CALCIO, Y SE USA PA
RA RECUBRIR EXPOSICIONES PEQUEÑAS Y NO DETECTADAS, Y PA-
RA PRESENTAR UNA PARED FIRME DONDE DESCANSE LA RESTAURA-

CIÓN. LA BASE NO NECESITA EXTENDERSE HACIA ATRÁS, HASTA LA PROFUNDIDAD AXIAL DESEADA, PERO DEBERÁ RECUBRIR Y PROTEGER CUDADOSAMENTE LA DENTINA EN LA EXCAVACIÓN. EL MATERIAL DE RECUBRIMIENTO NO DEBERÁ DEJARSE SOBRE LA PARED DEL ESMALTE O EN FORMA DE RETENCIÓN, DEBERÁ USARSE UN COMPUESTO DE HIDRÓXIDO DE CALCIO QUE NO CONTENGA ACEITE, YA QUE EXISTE EL PELIGRO DE INHIBIR LA POLIMERIZACIÓN DE LA RESINA.

OTROS TIPOS DE BASES Y RECUBRIMIENTOS NO SIRVEN TAN EFICAZMENTE COMO EL HIDRÓXIDO DE CALCIO. EL MONÓMERO DI SUELVE EL BARNIZ Y SE ALTERA LA POLIMERIZACIÓN. EL CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC PUEDE CAUSAR IRRITACIÓN PULPAR EN LA CAVIDAD PROFUNDA; POR ESTAS RAZONES SE PREFIERE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO CUANDO SE ACONSEJA UNA BASE INTERMEDIA CON LA RESTAURACIÓN DE LAS CAVIDADES YA MENCIONADAS.

CAPÍTULO IX

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

LA SALUD DENTAL DEPENDE DE LOS CUIDADOS OFRECIDOS POR EL EQUIPO DE SALUD. TAMBIÉN AFECTA EL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL INDIVIDUO. LOS TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS Y PERIODONTALES DEBEN DE COMPLETARSE CON CUIDADOS DIARIOS REALIZADOS POR EL PACIENTE Y VISITAS PERIÓDICAS AL ODONTÓLOGO. EL CEPILLADO DENTAL FRECUENTE Y VISITAS DENTALES SISTEMÁTICAS CADA 6 MESES O CADA AÑO AYUDAN A CONSERVAR LA DENTADURA NATURAL, LA BUENA HIGIENE DEL PACIENTE Y CUIDADOS DENTALES PREVENTIVOS CREAN CONDICIONES ÓPTIMAS PARA LOS DIENTES.

FRECUENTEMENTE SE USA EL TÉRMINO "ODONTOLOGÍA PREVENTIVA" PARA SIGNIFICAR SOBRE LA DETECCIÓN TEMPRANA Y MEDIDAS PROFILÁCTICAS PARA ELIMINAR LA CARIES DENTAL, EL TÉRMINO EN REALIDAD ABARCA EL ÁREA COMPLETA DE LA ODONTOLOGÍA DEDICADA A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES DENTALES Y A SUS ESTRUCTURAS RELACIONADAS, EN SU CONTEXTO ADECUADO. LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA SE VUELVE UN CONCEPTO O FILOSOFÍA QUE COMPRENDE CÁNCER BUCAL, PREPARACIÓN DE LA CA

VIDAD, REEMPLAZO PROTÉTICO, ANÁLISIS DIETÉTICOS, PROGRAMAS COMUNITARIOS Y CUALQUIER OTRO PROGRAMA QUE PUEDA ELIMINAR O REDUCIR PROBLEMAS DENTALES.

MICROORGANISMOS MÁS MEDIO ADECUADO = PRODUCTOS DAÑI--
NOS.

PRODUCTOS DAÑINOS + SUPERFICIE SUSCEPTIBLE = CARIES -
DENTAL.

PROCEDIMIENTOS CASEROS.

PARA MANTENER LA HIGIENE BUCAL, EL PACIENTE DEBERÁ SE GUIR PROCEDIMIENTOS CASEROS DE MANERA SISTEMÁTICA, EL ASPECTO MÁS IMPORTANTE DE LA HIGIENE BUCAL ES MANTENER LOS-- DIENTES LIMPIOS, CEPILLADOS Y ENJUAGADOS' DESPUÉS DE INGE-- RIR ALIMENTOS, DEBERÁN ELIMINAR LOS ALIMENTOS ANTES DE QUE LAS ENZIMAS BACTERIANAS FORMEN ÁCIDO EN LAS SUPERFICIES--- DENTALES, QUE SUBSECUENTEMENTE DESCALCIFIQUEN EL ESMALTE.

LOS APARATOS USADOS PARA LIMPIAR LOS DIENTES SON CEPI LLOS DENTALES, ESTIMULANTES INTERDENTALES E HILO DENTAL. ESTOS INSTRUMENTOS PUEDEN USARSE DE VARIAS FORMAS.

CEPILLADO DENTAL.

LOS DIENTES SE LIMPIAN CON UN ABRASIVO, EN LAS CERDAS

EL CEPILLO DENTAL DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS Y LIMPIAR TODAS LAS SUPERFICIES DENTALES.

- 1.- DEBERÁ ELIMINAR TODOS LOS DESECHOS ALIMENTICIOS, ACUMULACIONES DE MICROORGANISMOS Y CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES NO CALCIFICADOS DE LOS DIENTES RECIENTEMENTE DEPOSITADOS.
- 2.- DEBERÁ DESALOJAR LAS OCCLUSIONES DE ALIMENTOS, DESECHOS Y ACUMULACIONES DE MICROORGANISMOS DE LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES DEBAJO DE LAS ÁREAS DE CONTACTO Y ENTRE LOS DIENTES.
- 3.- DEBERÁ DAR MASAJE SUAVE A LOS TEJIDOS GINGIVALES PARA FAVORECER UN BUEN SUMINISTRO Y QUERATINIZACIÓN ADECUADA DEL EPITELIO.
- 4.- NO DEBERÁ IRRITAR O LACERAR LOS TEJIDOS GINGIVALES.

EL DISEÑO DEL CEPILLO DENTAL DEBE INFLUIR NATURALMENTE EN LA EFICIENCIA DE LA LIMPIEZA, EL TIPO DE CERDAS, SU DISPOSICIÓN Y EL TAMAÑO DE LA CABEZA DEL CEPILLO INFLUYEN EN EL CONTACTO QUE SE HACE CON LA SUPERFICIE DENTAL.

EL CEPILLADO ACEPTABLE TIENE MANGOS SEMIRRÍGIDOS DE 15cms. DE LARGO Y LA CABEZA NO IMPIDE PONERLO EN DIFEREN-

TES POSICIONES EN LA CAVIDAD BUCAL, PARA SER EFICAZ AL --
LLEVAR LAS CERDAS A LOS DIENTES.

HILO DENTAL.

EL HILO DENTAL SENCILLO O CINTA NO RECUBIERTA CON CE
RA, ES ÚTIL PARA LIMPIAR LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES--
DE LOS DIENTES QUE NO PUEDEN ALCANZARSE CON EL CEPILLO --
DENTAL. EL HILO ES UN PEQUEÑO CORDÓN DE SEDA O ALGODÓN--
COLOCADO ENTRE LAS ÁREAS DE CONTACTO PROXIMALES BAJO EL--
TEJIDO GINGIVAL PARA PULIR EL ESMALTE Y ELIMINAR DESECHOS
ALIMENTICIOS. LA TÉCNICA SE EJECUTA CON CUIDADO, PARA NO
LESIONAR EL TEJIDO O LAS INSERCIONES. SE USA HILO DEN--
TAL AL FINAL DE CADA DÍA, PARA ELIMINAR TODO MATERIAL QUE
EL CEPILLADO Y ENJUAGUEZ NO HAYAN REMOVIDO.

ENJUAGUE BUCAL.

OTRO MEDIO DE LIMPIAR LOS DIENTES ES ENJUAGARLOS CON
AGUA, EL ENJUAGUE ELIMINA LOS DESECHOS DE ALIMENTOS, PLA--
CA Y BACTERIAS, DESPUES DE HABERLOS AFLOJADO CON EL CEPI--
LLADO DENTAL. TAMBIÉN ES UNA PRECAUCIÓN A SEGUIR DES---
PUÉS DE LAS COMIDAS, CUANDO NO SE PUEDE USAR EL CEPILLO--
DENTAL. PARA ENJUAGAR ADECUADAMENTE, SE TOMA UN BUCHE -
DE AGUA (20 a 30ml) EN LOS REBORDES BUCAL O LABIAL, EL --

AGUA SE FUERZA A TRAVÉS DEL LADO LABIAL AL LINGUAL. ESTE PROCEDIMIENTO SE REPITE VARIAS VECES, EL ENJUAGUE SE HACE A AMBOS LADOS, ASÍ COMO EN EL SEGMENTO ANTERIOR DE LA BOCA.

EL ENJUAGUE BUCAL ES BENÉFICO PARA ELIMINAR CARBOHIDRATOS SEMILÍQUIDOS Y SE CONSIDERA COMO MEDIDA DE CONTROL DE LA LA CARIES E HIGIENE.

PROFILAXIS EN EL CONSULTORIO.

EL ODONTÓLOGO HACE MUCHO PARA CONSERVAR LA DENTADURA Y RESTAURACIONES, EFECTUANDO UNA PROFILAXIS CUIDADOSA Y SISTEMÁTICA. ESTO SE LOGRA EN EL CONSULTORIO DENTAL, DE MANERA HABITUAL USANDO EL SISTEMA DE VISITAS PERIÓDICAS. EL PACIENTE DEBERÁ RECIBIR UN PULIDO Y UN RASPADO CUIDADOSAMENTE, ESTO PROPORCIONA LA OPORTUNIDAD PARA REALIZAR UN EXAMEN BUCAL, TOMAR LAS RADIOGRAFÍAS NECESARIAS PARA EL DÍA DEL REGISTRO MÉDICO DEL INDIVIDUO, DAR TRATAMIENTO PREVENTIVO Y COMPROBAR LA EFICACIA DE LAS TÉCNICAS DE CUIDADOS CASEROS DEL PACIENTE.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

AL ORGANIZAR Y PRESENTAR EL PLAN DE TRATAMIENTO, SE EXPLICAN LAS INSTRUCCIONES PARA LOS CUIDADOS EN CASA. SE DEMUESTRA AL PACIENTE EL VALOR DE LA HIGIENE BUCAL USANDO RA--

DIAGRAFÍAS, MODELOS DE LOS DIENTES DEL PACIENTE. LAS INDICACIONES DE LA HIGIENE DEBERÁN ESTABLECERSE PRIMERO Y ENTONCES GENERALMENTE EL PACIENTE SE SIENTE MOTIVADO PARA SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DE LA PRESENTACIÓN. SE DISCUTEN LOS MECANISMOS DE CARIES Y ENFERMEDADES PERIODONTALES PARA DAR ÉNFASIS A LA NECESIDAD DE UN PROGRAMA CUIDADOSO DE HIGIENE BUCAL.

DEBERÁ DEMOSTRARSE SOBRE MODELOS LOS MÉTODOS DE CEPILLADO DENTAL Y EL USO DEL HILO DENTAL.

CAPÍTULO X

NOMENCLATURA DE LAS PIEZAS DENTALES

NOMENCLATURA DE LOS DIENTES.

COMO LAS DENTICIONES PRIMARIAS Y PERMANENTES DAN COMO-- RESULTADO UN TOTAL DE 52 DIENTES, ES NECESARIO UN MEDIO CLARO Y CONVINCENTE DE IDENTIFICACIÓN DE CADA DIENTE EN PARTICULAR PARA PROGRAMAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA OPERATORIA DENTAL. LAMENTABLEMENTE, LA PROFESIÓN DENTAL NO SE HA PUESTO DE ACUERDO A NIVEL INTERNACIONAL SOBRE UN SISTEMA UNIVERSAL PARA LA DESIGNACIÓN DENTARIA. COMO RESULTADO DE ESTA INDECISIÓN, EXISTEN ACTUALMENTE 3 SISTEMAS DENTARIOS QUE MERECE UNA AMPLIA ACEPTACIÓN.

RECIENTEMENTE, EN UN ESFUERZO PARA NORMALIZAR EN FORMAS EFECTIVA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS DIENTES, LA ADA, A TRAVÉS DE SU CONSEJO DE EDUCACIÓN DENTAL, PUBLICÓ UNA DECLARACIÓN SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LA NUMERACIÓN DE LOS DIENTES. EL SISTEMA PRESENTADO LLEVA ACTUALMENTE EL APOYO DEL CONSEJO SOBRE EDUCACIÓN DENTAL Y EL SERVICIO DENTAL HOSPITALARIO. ESTE SISTEMA DE DESIGNACIÓN DENTARIO (EL SISTEMA DE LA ADA)-

SERÁ UTILIZADA PARA DESIGNAR TANTO A PERMANENTES COMO A TEMPORALES.

ANTES DE PROMULGARSE EL SISTEMA DE LA ADA, LA DESIGNACIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS MÁS COMÚNMENTE UTILIZADA ERA - LA COMBINACIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS DEL 1D HASTA 20 D, SIENDO 1D EL SEGUNDO MOLAR DERECHO SUPERIOR Y 20 D EL SEGUNDO MOLAR INFERIOR DERECHO, CONTINUANDO DE DERECHA A IZQUIERDA EN EL - ARCO SUPERIOR Y DE IZQUIERDA A DERECHA EN EL INFERIOR.

EL SISTEMA DE LA ADA.

DENTICIÓN PRIMARIA:

PARA DESIGNAR LA DENTICIÓN PRIMARIA SE ASIGNAN MAYÚSCULAS CONSECUTIVAS DE (AaT). LA LETRA A CORRESPONDE AL SEGUNDO MOLAR DEL LADO DERECHO DEL PACIENTE, EN EL ARCO SUPERIOR, SIGUIENDO EL ARCO, EL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO ES J. EL SEGUNDO MOLAR INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO ES K Y CONTINUANDO HASTA FINALIZAR CON LOS DIENTES INFERIORES, EL SEGUNDO MOLAR INFERIOR DERECHO PRIMARIO ES T.

LA DENTICIÓN PRIMARIA SE DIVIDE EN CUADRANTES DE LA SIGUIENTE MANERA:

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.

2o. MOLAR PRIMARIA	A
1o. MOLAR PRIMARIO	B
CANINO PRIMARIO	C
INCISIVO LATERAL	D
INCISIVO CENTAL	E

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

INCISIVO CENTRAL PRIMARIO	F
INCISIVO LATERAL PRIMARIO	G
CANINO PRIMARIO	H
1o. MOLAR PRIMARIO	I
2o. MOLAR PRIMARIO	J

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

2o. MOLAR PRIMARIO	K
1o. MOLAR PRIMARIO	L
CANINO PRIMARIO	M
INCISIVO LATERAL	N
INCISIVO CENTRAL	O

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.

INCISIVO CENTRAL	P
INCISIVO LATERAL	Q
CANINO PRIMARIO	R

1o. MOLAR PRIMARIO S

2o. MOLAR PRIMARIO T.

DENTICIÓN PERMANENTE.

LOS DIENTES SE ENUMERAN DESDE EL 1 HASTA EL 32, COMENZANDO CON EL TERCERO (1) DEL LADO DERECHO DEL ARCO SUPERIOR, SIGUIENDO EN TORNO A ESTE ARCO HASTA EL TERCER MOLAR (16) -- DEL LADO IZQUIERDO, PROSIGUIENDO HASTA TERMINAR EL ARCO INFERIOR, CON EL TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO (32). DEBE NOTARSE QUE LAS DESIGNACIONES DE LOS CUADRANTES ESTÁN ORIENTADOS CON RESPECTO DE DERECHA A IZQUIERDA DEL PACIENTE Y NO -- DEL OPERADOR. LA FICHA ANATÓMICA DE LA DENTICIÓN ADULTA SE OBSERVA COLOCÁNDOSE EL OPERADOR FRENTE AL PACIENTE CON UNA-- APERTURA EXAGERADA QUE EXTIENDE LOS MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR A UNA RELACIÓN VERTICAL.

EXISTE OTRO SISTEMA LLAMADO DE SIGMON PALMER.

ESTE ES EL MÁS ANTIGUO SISTEMA DE DESIGNACIÓN QUE SE CO-- NOCE, SE HA MANTENIDO COMO UN MÉTODO SUMAMENTE UTILIZADO. CADA PAR DE DIENTES HOMÓLOGOS O ANTAGONISTAS DE LA DENTICIÓN PERMANENTE TIENEN UN NÚMERO ESPECÍFICO; LOS DIENTES PRIMARIOS SE DESIGNAN POR LETRAS. LA NUMERACIÓN DESDE LA LÍNEA-- MEDIA HASTA ATRÁS, TANTO EN LOS ARCOS SUPERIORES COMO INFE--

RIORES, SE REALIZAN COMENZANDO CON EL #1 PARA CADA INCISIVO-CENTRAL Y TERMINANDO CON EL #8 PARA CADA TERCER MOLAR. LOS CUADRANTES ESPECÍFICOS SON DESIGNADOS POR ÁNGULOS DE LA MANERA SIGUIENTE:

<u>87654321</u>	/	<u>12345678</u>		<u>EDCBA</u>	/	<u>ABCDE</u>
<u>87654321</u>	/	<u>12345678</u>		<u>EDCBA</u>	/	<u>ABCDE</u>

PERMANENTE

TEMPORAL.

LA IDENTIFICACIÓN DE UN DIENTE DADO POR ESTE SISTEMA -- COMBINA EL ÁNGULO QUE SE REFIERE AL CUADRANTE CON EL NÚMERO DEL DIENTE CON RESPECTO A LA LINEA MEDIA Y DE ESTE MODO 6/-- RESPECTO AL PRIMER MOLAR SUPERIOR DERECHO Y 47/ INDICA AL -- PRIMER PREMOLAR INFERIOR IZQUIERDO. UN DIENTE PRIMARIO DETERMINADO (CANINO INFERIOR DERECHO PRIMARIO) SE REPRESENTA-- ASÍ C/.

SISTEMA DE DÍGITOS F. D. I.
(FEDERACIÓN INTERNACIONAL DENTAL).

EN MARZO DE 1971, EN LA REUNIÓN DE UNA ASAMBLEA GENERAL LA FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL ADOPTÓ EL SISTEMA DE DÍGITOS PARA LA DESIGNACIÓN DE LOS DIENTES; SE TENÍA LA ESPERANZA DE QUE FUERA ACEPTADA POR LA PROFESIÓN DENTAL DE TODO EL MUNDO. LOS OBJETIVOS EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE DOS-- DÍGITOS FUERON QUE ESTE RESULTARA:

- 1.- SIMPLE DE COMPRENDER Y ENSEÑAR.
- 2.- FÁCIL DE PRONUNCIAR EN LA CONVERSACIÓN Y EL DICTADO
- 3.- FÁCIL DE INGRESAR A UNA COMPUTADORA.
- 4.- FÁCILMENTE COMUNICABLE, YA SEA IMPRESO O POR CABLE.
- 5.- FÁCILMENTE ADAPTABLE A LAS FICHAS COMUNES.

DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE DÍGITOS, EL PRIMERO INDICA EL CUADRANTE Y EL SEGUNDO EL DIENTE EN PARTICULAR DENTRO DE ESTE CUADRANTE. A LOS CUADRANTES SE LES ASIGNA CON LOS NÚMEROS DEL 1 AL 4, PARA LA DENTICIÓN PERMANENTE Y DEL 5 AL 8 PARA LA PRIMARIA, CONSECUTIVAMENTE EN EL SENTIDO DE LAS MANECILLAS DEL RELOJ COMENZANDO CON EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL PACIENTE. A LOS DIENTES PERMANENTES DENTRO DEL MISMO CUADRANTE SE LES ASIGNAN LOS DÍGITOS DEL 1 AL 8, DESDE LA LÍNEA MEDIA HACIA ATRÁS, Y A LOS PRIMARIOS DEL 1 AL 5.

LOS DÍGITOS DEBEN PRONUNCIARSE SEPARADAMENTE, ASÍ LOS CANINOS PERMANENTES SON LOS DIENTES UNO. TRES, DOS, TRES, -- TRES TRES, CUATRO TRES.

DEBE NOTARSE NUEVAMENTE QUE EN TODAS LAS DESIGNACIONES DENTARIAS DESCRITAS, LAS DE LOS CUADRANTES ESTÁN ORIENTADOS HACIA LA DERECHA Y/O LA IZQUIERDA DEL PACIENTE.

DENTICIÓN PERMANENTE

1817161514131211 / 2122232425262728
4847464544434241 3132333435363738

DENTICIÓN PRIMARIA.

5554535251	/	6162636465
8584838281		7172737475.

C O N C L U S I O N E S

ESTA TESIS SE ESCRIBIÓ TENIENDO PRESENTE LOS PROPÓSITOS DE DAR UNA DESCRIPCIÓN PRECISA DE LOS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS PARA AYUDAR AL SANO RESTABLECIMIENTO DE LA BOCA Y PRESENTAR EL TEMA LO MÁS COMPENSIBLE QUE SE PUEDA PARA QUE TODO--ESTUDIANTE LE SEA DE UTILIDAD.

ESTA TESIS, COMO DIJE ANTERIORMENTE ESTÁ DISEÑADA PARA AJUSTARSE A LAS NECESIDADES DEL ESTUDIANTE, PARA LOS ODONTÓLOGOS GENERALES, INTERNOS RECIDENTES, CIRUJANOS BUCALES Y--- OTROS ESPECIALISTAS, TAMBIÉN ENCONTRARÁN UTILIDAD EN ÉL.

Y LOS TEMAS PRINCIPALES TRATAN PRINCIPALMENTE DE COMO DEBE DIRIGIRSE EL ODONTÓLOGO EN EL CONSULTORIO DENTAL, PARA ESTE FIN, ESTE TRABAJO HA SIDO ESCRITO DE LA MANERA MÁS SENCILLA Y FÁCIL DE COMPRENDER, YA SEA UN PROFESIONAL O PARA -- UNA PERSONA QUE APENAS ESTÁ CURSANDO LOS PRIMEROS SEMESTRES- DE LA CARRERA; LOS PRINCIPALES OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO, LA FORMA DE COMO EL ODONTÓLOGO CON TODA SU EXPERIENCIA, DEBE DE PRECISAR AL PACIENTE, YA SEA DE MAYOR EDAD O SIMPLEMENTE CON MÁS EMPENNO UN MENOR, A QUE NOS DEBEMOS ABOCAR PRIMERO Y COMO DEBEMOS HACERLO, TOMA EN CUENTA PUNTOS TAN IMPORTANTES COMO- LA HISTORIA CLÍNICA, EL AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO Y - SU VISIBILIDAD.

LAS CARIES Y SUS DIVERSOS SÍNTOMAS Y GRADOS, ASÍ COMO--
EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y SU TRATAMIENTO Y TIPO DE MATERIAL-
ADECUADO PARA SU RESTABLECIMIENTO, TIPOS DE FRESAS PARA ELA-
BORACIÓN DE CAVIDAD Y ASÍ MÁS RÁPIDA ELIMINACIÓN DE LAS CA--
RIES Y LAS DIFERENTES FORMAS Y MATERIALES DE LAS FRESAS COMO
EL DIAMANTE, CARBURO Y ACERO, ADEMÁS TIPOS DE PREPARACIONES_
ESTÉTICAS CON RESINA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- BARRANCOS Y MOONEY
OPERATORIA DENTAL TÉCNICA Y CLÍNICA.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

652 PÁGINAS.

- 2.- BOHANNAN HARRY A.
MORRIS ALVIN L.
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.
EDITORIAL LABOR S.A.
3a. EDICIÓN
560 PÁGINAS.

- 3.- CARLHWRIGHT CHARBENEAW
OPERATORIA DENTAL
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICAN
2a. EDICIÓN
480 PÁGINAS.

- 4.- CARTWRIGHT, CHARBENEAW, COMSTOK, KAHLER, SYNDER, DENNISON,
HARGESON, ASH, AVERY, RAMFORD, ROWE.
OPERATORIA DENTAL PRINCIPIOS Y PRÁCTICA.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

510 PÁGINAS.

5.- FINN SIDNEY B.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. EDICIÓN.

320 PÁGINAS.

6.- GILMORE H. WILLIAM

ODONTOLOGÍA OPERATORIA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
2a. EDICIÓN.

410 PÁGINAS.

7.- PHILLIPS RALPH W.

CIENCIAS DE LOS MATERIALES DENTALES DE SRINNER.
EDITORIAL INTERAMERICANA

520 PÁGINAS.

8.- SIDE

ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ENFOQUE, DINÁMICA E INTEGRAL.
EDITORIAL

390 PÁGINAS.