



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ELABORACIÓN DE UN FOLLETO SOBRE
EL MANEJO Y CUIDADO
DE LAS PRÓTESIS DENTALES

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A N :

BLANCA ESTELA MÉNDEZ TEMAZACZI

VERÓNICA NÁDER CORONA

DIRECTORA: MTRA. RINA FEINGOLD STEINER





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a mi familia y a todas las personas que contribuyeron para lograr realizar uno de mis objetivos en la vida.

Blanca Estela Méndez Temazaezi

Dedicatoria

A mis padres por su ejemplo y por haberme hecho parte de su plan de vida; a tí ma por tu alegría de vivir y a tí pa por saber decirlo todo con tu paciencia. A los dos por su apoyo.

A Mariana por ser mi conciencia, mi ángel y mi compañera.

A tí Gerardo por haber llegado y ser siempre indescifrable y maravilloso.

A toda mi familia, a los que aún están aquí y a los que no, por ser siempre parte de mí.

A Ma. Carmen, Mariana, Mariana, Eli y Cinthya por confirmar que la amistad existe y que nos hace humanos.

A Alejandro por su paciencia para enseñar.

A Dios por dejarme estar y ser.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por habernos dado la oportunidad de desarrollarnos y mejorar como seres humanos.

A la Facultad de Odontología por haber sido testigo diario de ese proceso.

A todos los profesores que participaron en este proyecto de vida y en especial a la Dra. Rina Feingold por su ayuda para la realización de este trabajo.

A nuestros pacientes, por su confianza y todo lo que nos enseñaron.

**ELABORACIÓN DE UN FOLLETO SOBRE EL MANEJO Y
CUIDADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES**

ÍNDICE

	Página
➤ INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	VIII
➤ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	X
➤ OBJETIVOS	XII
➤ CAPÍTULO 1. Prevención en Odontología	1
1.1 Papel del Cirujano Dentista en la educación odontológica del paciente	2
1.1.1 Niños	2
1.1.2 Adolescentes	3
1.1.3 Adultos	4
1.1.4 Ancianos o pacientes geriátricos	4
1.2 Placa dentobacteriana y cálculo	6
1.3 Programa a seguir con el paciente portador de prótesis dental	10
➤ CAPÍTULO 2 Indicaciones y aditamentos para limpieza de prótesis dentales	16
2.1 Indicaciones sobre higiene y limpieza de prótesis dentales	17
2.2 Tipos de aditamentos de limpieza y su uso	20
2.2.1 Cepillo dental y su uso	20
2.2.2 Antisépticos como enjuagues bucales	23
2.2.3 Desinfectantes químicos	25
2.2.4 Limpiadores abrasivos	27
2.2.5 Hilo dental y aditamentos para su uso	28
2.2.6 Desinfectantes caseros	29

2.2.7 Irrigadores dentales	30
2.2.8 Limpieza por ultrasonido	31
➤ CAPÍTULO 3 Problemas generados por ajuste o higiene deficientes	33
3.1 Cuidado de las áreas edéntulas, tejidos blandos y dientes pilares	33
3.2 Problemas que se producen por desajuste o falta de higiene	34
➤ CAPÍTULO 4 Elaboración de un folleto informativo para pacientes	40
4.1 Metodología	40
4.1.1 Método y justificación	53
4.1.2 Encuesta	54
4.1.3 Estadística y conclusiones	55
➤ CAPÍTULO 5 Folleto informativo dirigido a pacientes portadores de prótesis dental para el uso y cuidado de las mismas	59
5.1 Folleto elaborado	59
➤ CONCLUSIONES	61
➤ FUENTES DE REFERENCIA	62
➤ FUENTES DE INFORMACIÓN	64
➤ ANEXOS	
Anexo 1. Encuesta o Cuestionario	66
Anexo 2. Gráficas	67
Anexo 3. Folleto	71
Anexo 4. Fuentes de la tabla de imágenes	73

A lo largo de este trabajo aparecerán varias figuras de diferentes casas comerciales. No es nuestra intención el promover alguna de ellas, sin embargo, no se puede ejemplificar de mejor manera las indicaciones al paciente.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Este trabajo esta dirigido tanto al Cirujano Dentista que elabora prótesis dentales como a las personas que las portan, ya sean fijas y/o removibles parciales o totales.

La información que aquí se presenta esta relacionada con los métodos y productos que pueden ayudar a dar un cuidado y mantenimiento individual al tipo de prótesis que cada persona porte; así como a las consecuencias que se pueden observar con el tiempo, en la boca de un paciente y en la misma prótesis, si no se tiene el debido cuidado y mantenimiento de ésta. La información incluida en el folleto, pretende ser lo más comprensible y abreviada para que las personas que la lean, puedan entender con claridad los términos y no se les dificulte llevar a cabo las recomendaciones que se hacen en el mismo.

Desde tiempos inmemorables es sabido que los conocimientos y prácticas relacionadas con la salud son muy importantes para la prevención y curación de las enfermedades. Los conocimientos, actitudes y prácticas sanitarias, tanto positivos como negativos, han pasado de una generación a otra, influidos por las creencias del momento. No fue hasta el siglo XX cuando los gobiernos incluyeron la educación sanitaria entre las acciones de la salud pública, considerada como fundamental para el fomento y protección de la salud de la población.

Las acciones de educación para la salud se realizan en todas las unidades del sistema de salud, pero no siempre se cumplen los requisitos de calidad necesarios para modificar actitudes y conductas de la población con respecto a la salud buco-dental.

Wilkins¹ sugiere enseñar al paciente técnica de cepillado antes y después de la colocación de su prótesis dental, además del uso del hilo dental, enhebradores para éste, cepillos y/o puntas interdetales, enjuagues, técnica de inmersión, cepillado de la prótesis, así como control de placa con tintaciones en los dientes naturales remanentes, prevención de formación de sarro y cuidado de la mucosa adyacente.

Tanto las medidas higiénicas como el uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales son un tema de gran importancia para los portadores de éstas, pero no siempre son orientados adecuadamente por su dentista o después de terminado el tratamiento protésico el paciente jamás regresa a revisiones posteriores. Lo anterior puede traer como resultado desajustes de prótesis, pigmentaciones, reincidencia de caries, enfermedades periodontales, molestias al masticar, aparición de lesiones premalignas etc.

Todas las técnicas que se empleen para mantener una salud periodontal, así como para lograr un adecuado manejo y cuidado de la prótesis permiten tener un menor margen de fracaso del tratamiento protésico. Para ello el paciente que use prótesis dentales debería conocer los tipos de aditamentos que ayudan a la higiene y mantenimiento, así como la técnica adecuada para usarse. Esta técnica deberá basarse en el tipo de paciente, dependiendo de su edad, género, condición social, limitaciones físicas, habilidad que demuestre el paciente; también se debe tomar en cuenta el tipo de prótesis que el paciente porte, ya sea prótesis parcial fija, prótesis parcial removible, dentaduras totales, prótesis soportadas por implantes, etc.

Lo más relevante de todo lo antes mencionado, sería incidir de manera fundamental en la educación del paciente sobre sus conocimientos odontológicos, creándole una cultura de prevención y cuidado de su boca, así como de sus prótesis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Muchas personas portadoras de prótesis dentales fijas, removibles o dentaduras totales, comparten la idea de que los aparatos protésicos les van a servir y funcionar toda una vida sin importar si las cuidan o les dan algún tipo de mantenimiento. Muchas veces esta idea equivocada es responsabilidad del dentista, ya que no le da al paciente la información y la guía adecuada para valorar un tratamiento protésico; para que los pacientes, a pesar de no haber cuidado debidamente las piezas dentales que le faltan, cuiden adecuadamente su prótesis dental.

Por otra parte es sabido que el éxito de una prótesis dental no sólo se relaciona con el plan de tratamiento, con los materiales utilizados en su fabricación o con la habilidad del operador, si no que se convierte en un trabajo de cooperación y mantenimiento por parte del paciente con el Cirujano Dentista. Sin embargo es este último el encargado de instruirse y transmitir a su pacientes sobre el cuidado y manejo de sus prótesis, para lograr el máximo beneficio y durabilidad de éstas; ya que su trabajo no finaliza al colocar la prótesis terminada en la boca del paciente.

Öwall² menciona varios aspectos a tomar en cuenta durante las citas subsecuentes de control y revisión, dependiendo del tratamiento realizado: verificar que la prótesis se encuentre estable, limpia, libre de hongos³ y restos alimenticios, con la relación oclusal y dimensión vertical correcta, estado adecuado, con rebases bien colocados, sin producir reacciones alérgicas o lesiones a los tejidos circundantes, anclaje, estética, examen radiográfico de las estructuras, estado en el que se encuentra el material con que esta hecha la prótesis dental, etc. Si se observa algún problema, deberá conocerse la técnica adecuada para solucionarlo y saber cuando la prótesis debe reemplazarse.

También deben tomarse en cuenta aspectos biológicos² como alteraciones en tejidos blandos y duros, problemas nutricionales⁴ y enfermedades sistémicas que pueda presentar el paciente. Por lo anterior se recomienda actualizar la historia clínica cada vez que se realice una revisión y no solo enfocarse a la prótesis.

Todos estos elementos evitarán que se forme un círculo vicioso que impida a la prótesis cumplir con su función, causándole al paciente todas las consecuencias ya mencionadas.

OBJETIVOS

Este trabajo pretende, además de hacer conciencia relacionada con el tema, dar alternativas al paciente que porte prótesis dentales, para que éste pueda; con la orientación del Dentista y dar un mantenimiento y cuidado a su prótesis con los productos y utensilios adecuados.

Con base en lo expuesto anteriormente, se decidió realizar una encuesta a varios pacientes portadores de prótesis dentales, que acuden a la Facultad de Odontología de la UNAM, para así valorar el nivel de conocimientos y hábitos relacionados con el uso, cuidado y conservación de los aparatos protésicos. Esto con el fin de orientarnos en la elaboración y formato y el tipo de información que se debe de dar y exponer en el folleto relacionado con el tema tratado.

CAPÍTULO 1 PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA.

Harris⁵ define la salud como "el estado de bienestar, físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad". La medicina preventiva es la encargada de mantener en este estado de bienestar a los individuos y ha cobrado gran fuerza en los últimos años, debido al ahorro que implica para los servicios de salud. Como ejemplos se tienen el desarrollo y aumento de vacunas a nivel mundial para prevenir diversas enfermedades; el agregar flúor al agua para beber; el control prenatal; los programas de educación para la salud; campañas de prevención de enfermedades como el cáncer; el uso de protectores solares; preservativos; revisiones periódicas de salud general; programas de nutrición, etc.

En el área odontológica es evidente que se ha tratado de lograr que esta práctica se presente con mayor frecuencia y se le dedican largas horas de enseñanza en los programas de varias universidades y escuelas. Incluso se le reconoce como parte integral del tratamiento del paciente y ya no sólo se enfoca el conocimiento a restaurar los tejidos dañados o perdidos.

La prevención de las enfermedades en general comprende tres fases principales:

1. Prevención primaria, que emplea ciertos métodos y agentes para controlar la enfermedad antes de que ésta se desarrolle.
2. La prevención secundaria, la cual emplea tratamientos para terminar con la enfermedad y restaurar los tejidos en las primeras fases de ésta.
3. La prevención terciaria utiliza medidas para rehabilitar a los pacientes que ya han sufrido la enfermedad tanto como sea posible⁵.

1.1 Papel del Cirujano Dentista en la educación odontológica del paciente.

Es esencial que el Cirujano Dentista comprenda la importancia de enseñar al paciente la mejor forma de prevenir y en caso necesario, manejar las enfermedades bucodentales. Sin embargo la cooperación del paciente en este punto es indispensable para el éxito a largo plazo.

Existen diferentes formas de educar y prevenir las enfermedades en los pacientes dependiendo de su edad, sexo, personalidad, idiosincrasia, alimentación, etc., pero en general se puede hablar de los diferentes periodos evolutivos de las personas por edades.

1.1.1 Niños

Es importante tratar al individuo desde los primeros meses de vida, utilizando conceptos que hagan entender a los padres cuán importante es el mantener una adecuada higiene bucal y el enseñar y guiar al niño para lograrlo en conjunto. Para ello existen diferentes materiales de apoyo didáctico, en especial modelos y juegos, que pueden hacer del cuidado diario una tarea interesante. Además el Cirujano Dentista deberá tener un plan de prevención en el consultorio con el uso de materiales y sustancias que ayuden a prevenir la caries, que es la enfermedad mas frecuente que se presenta en esta etapa.

La remoción mecánica de la placa dental periódica (cada 6 meses) en conjunto con la aplicación de geles o pastas fluoradas y colocación de selladores de fosetas y fisuras son importantes para prevenir la formación de zonas descalcificadas o cariadas. Sin embargo no debe olvidarse el instruir

al pequeño y a sus padres para un correcto cepillado y en caso de ser posible, manejo del hilo dental con la supervisión necesaria. También deberá concientizarse a la familia sobre la ingesta de alimentos y bebidas altas en carbohidratos y azúcares, una dieta sana y evitar el uso excesivo y prolongado del biberón y chupón, así como hábitos relacionados con succión de dedo u objetos.

1.1.2 Adolescentes

En esta etapa, debido a los cambios hormonales y anímicos que sufre el adolescente, el dentista deberá buscar la forma de acercarse y alentar al paciente a mantener su salud oral por si mismo. Se puede enfocar la conservación desde el punto de vista estético y social y se deberán reafirmar las técnicas de cepillado, uso del hilo y tratamientos a seguir en el consultorio (limpieza profesional, revisiones periódicas, nueva información, etc.).

También es importante que el paciente comprenda que la placa dentobacteriana y el cálculo pueden ocasionarle enfermedades infecciosas como la caries, gingivitis y periodontitis⁵ y como consecuencia la pérdida o destrucción de los órganos dentarios y tejidos circundantes.

Otra de las áreas en las que el Cirujano Dentista deberá estar informado es en los problemas y dudas constantes sobre salud – cuando el paciente tenga la inquietud- que se presentan por los cambios que existen en esta etapa de la vida, con el fin de prevenir enfermedades y adicciones y así conservar la salud general del paciente o bien, en caso necesario, referirlo con un especialista.

1.1.3 Adultos

En esta etapa se presenta el problema de educar al paciente que probablemente ya haya adquirido hábitos perjudiciales para su salud general y bucal. Por lo tanto el Cirujano Dentista deberá ganarse su confianza y mediante el conocimiento adquirido explicarle detalladamente qué beneficios o perjuicios presentan sus actividades, hábitos de higiene, las enfermedades que puede presentar o que ya padece, cómo devolver la función y salud a su boca, el tipo de tratamiento que se requiere y cómo prevenir problemas futuros.

Uno de los puntos principales será el diagnosticar y prevenir la enfermedad periodontal, pues frecuentemente aparece en esta etapa y pasa sin ser percibida por el profesionista o el paciente, poniéndolo en un grupo de riesgo⁵.

Una vez más se deberá insistir en los métodos mecánicos para eliminación de placa y cálculo profesionales y la remoción mecánica con el cepillo y la seda dental en casa, reforzando el conocimiento o cambiando las técnicas de higiene que utilice el paciente.

1.1.4 Ancianos o pacientes geriátricos

Es probable que el problema principal en el que se tiene que poner mayor énfasis en esta etapa, sea la actitud del paciente hacia los cambios, debido al esfuerzo mental y físico que esto implica. La actitud de vida del anciano depende de muchos años de experiencias y no es fácil de cambiar o modificar en cierto grado. Los aspectos sociales,

económicos y de salud en general pueden ser decisivos en el tipo de tratamiento que requiera el paciente.

Actualmente el promedio de vida ha ido en aumento debido a los avances tecnológicos y progreso de la medicina, sin embargo el cambio en la dieta en muchos países desarrollados o en vías de desarrollo ha influido en la pérdida de piezas dentarias y la necesidad de sustituirlas, además de la presencia de caries radiculares y mayor cantidad de personas con enfermedad periodontal⁴.

También el Cirujano Dentista deberá de estar pendiente de la presencia de lesiones neoplásicas o preneoplásicas en el paciente geriátrico durante las revisiones periódicas pues generalmente se presentan con mayor frecuencia en este grupo⁵, aunque este tipo de revisiones deberán realizarse en todas las etapas del individuo.

Las enfermedades crónicas también afectan a gran parte de las personas de edad avanzada. Las mas frecuentes son la hipertensión, artritis, pérdida del oído y de la visión y enfermedades cardíacas⁵. Debido a esto, se deberán poner siempre al día las historias clínicas de los pacientes y de esta forma se podrá llevar un mejor control en cuanto a fármacos, padecimientos recientes, modificaciones de tratamiento, necesidades especiales (dificultad motora, psicológicas, dependencia para realizar actividades cotidianas, etc.) que presente el individuo.

Siempre es importante que el Cirujano Dentista se mantenga informado sobre las tendencias epidemiológicas, para conocer el estado de salud

general de los pacientes, pues lógicamente este ha ido cambiando debido, precisamente a los avances en prevención, cambios en la alimentación, fármacos y sustancias utilizadas, profesiones, entre otros factores y no encasillar a los pacientes por su edad en un grupo de enfermedades, por ejemplo, los pacientes edéntulos o que requieren de tratamiento protésico han ido disminuyendo poco a poco² y este fenómeno seguirá evolucionando .

1.2 Placa dentobacteriana y cálculo dental.

La placa dentobacteriana (Fig. 1 a y 1b) es una capa que se vincula con el huésped, pues el ambiente de la biopelícula aporta ventajas al microorganismo y puede tener efectos importantes sobre las propiedades de las bacterias presentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

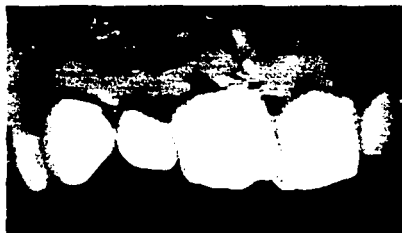


Fig. 1 a. Presencia de placa dentobacteriana.



Fig. 1b. Placa dentobacteriana teñida con pastilla reveladora para su detección.

La placa dental en sí es la acumulación de depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhiere a la superficie dentaria y otras superficies duras de la boca como restauraciones libres y fijas. Esta biopelícula se forma en un inicio por interacciones bacterianas con el diente y posteriormente por interacciones físicas y fisiológicas entre especies diferentes de la masa

microbiana. De la misma forma los factores ambientales externos podrían ser mediados por el huésped e influir en las bacterias presentes en la placa⁶.

Sin embargo es diferente de otros depósitos que también se encuentran en la estructura dental como la materia alba y el cálculo. La primera es la acumulación blanda de bacterias y células hísticas sin una estructura organizada, y se desplaza fácilmente con agua en aerosol. El cálculo es un depósito sólido que se forma por la mineralización de la placa dental y por lo general lo cubre una capa de placa sin mineralizar⁶.

De acuerdo con su localización la placa se puede dividir en:

1. Placa *supragingival*: cuando se encuentra por arriba o en el margen de la encía; y se relaciona con el diente y junto con la *placa subgingival* son críticas para la formación de sarro y caries dental.
2. Placa *subgingival*: si se encuentra por debajo del margen de la encía entre el diente y el tejido del surco. Por su relación con éste último es importante para la destrucción del mismo (tejido blando) en las diferentes formas de la periodontitis .
3. Placa *marginal*: cuando se encuentra en contacto directo con el margen gingival. Tiene gran importancia en la aparición de gingivitis⁶.

Básicamente la composición de la placa es de microorganismos, entre ellos bacterias, *Mycoplasma*, hongos, protozoarios y virus. Estos microorganismos existen en una matriz intercelular que contiene células del huésped como epiteliales, macrófagos y leucocitos. Esta matriz intercelular corresponde del 20 al 30% de la masa de la placa, consta de materiales orgánicos e inorgánicos derivados de saliva, líquido del surco gingival y productos bacterianos. Los elementos orgánicos de la matriz contienen polisacáridos,

proteínas, glucoproteínas y material lípido. El componente inorgánico de la placa es esencialmente calcio y fósforo con otros minerales en mucho menor cantidad como el sodio, potasio y fluoruro. La fuente principal de estos elementos es la saliva y conforme aumenta el contenido mineral, la masa de la placa se calcifica para formar sarro (Fig. 2) o cálculo dental^{6,7}.

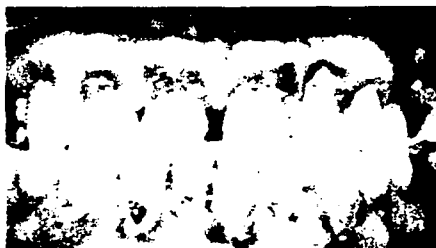


Figura 2. Presencia de cálculo dental.

Formación de la película adquirida

La superficie dentaria no se encuentra directamente en contacto con la cavidad bucal, pues inmediatamente después del cepillado comienza el depósito de proteínas de origen salival y del fluido crevicular, por un proceso de absorción altamente selectivo y específico, lo que resulta en la formación de una película acelular de 0.1 a 3.0 micrómetros con gran contenido de grupos carboxilos y sulfatos que incrementan la carga negativa del esmalte⁸.

En el proceso de formación de la película, se incorporan a su superficie varios componentes de origen salival tales como enzimas, lisozima, peroxidasa y amilasa que influyen en la colonización bacteriana sobre la película, y a su vez se incorporan enzimas extracelulares como glucosiltransferasa e inmunoglobulinas.

Colonización por microorganismos específicos

Una vez formada la película adquirida, empieza a ser colonizada por microorganismos propios de la cavidad bucal. Este proceso puede dividirse en:

- 1 Deposición: fase reversible de acercamiento inicial de bacterias a la superficie de la película.
- 2 Adhesión: fase irreversible con la participación de componentes bacterianos y del huésped que juegan un papel importante en la unión de microorganismos a la película salival. La presencia de estos componentes determina que existan uniones físicas o químicas entre bacterias y huésped, determinándose una estrecha unión.
- 3 Crecimiento y reproducción: esto permite crear una capa confluyente y madura, o placa dental⁸.

Por su parte, el *cálculo dental*, que como ya hemos mencionado, consiste en depósitos calcificados de placa dentobacteriana, adquiere una importancia especial por la irritación que produce en los tejidos periodontales. Sin embargo, la irritación no es mecánica, sino que se debe a que su superficie siempre se encuentra cubierta por bacterias. Este último fenómeno ayuda a la conservación y agravamiento de la enfermedad periodontal, pues por su forma de acumularse, hace más complicada la remoción diaria de placa y por ello es importante la intervención del Cirujano Dentista⁶.

El sarro, cálculo o tártaro se deposita en las superficies dentales y de las prótesis^{6, 7}. Está compuesto de elementos inorgánicos en su mayoría (de un 70 a 90%) que incluyen fosfato de calcio, carbonato de calcio, fosfato de magnesio, dióxido de carbono y otros materiales como sodio, zinc, estroncio, bromo cobre, tungsteno, fluoruro, etc. Su porción orgánica incluye mezclas

de complejos proteína-polisacárido, células epiteliales descamadas, leucocitos, carbohidratos y varios tipos de microorganismos.

Por su localización puede dividirse en *cálculo supragingival* y *subgingival*. Como su nombre lo indica, el primero se localiza en sentido coronal al margen de la encía y es clínicamente visible, puede ser blanco o amarillo, duro y se desprende fácilmente de la superficie. En cambio, el *cálculo subgingival* se encuentra por debajo de la cresta de la encía marginal y por ello no es visible. Su color es oscuro negro o verdoso, es sólido y se encuentra firmemente unido a la estructura dentaria.

La formación del cálculo ocurre por el endurecimiento de la placa blanca por precipitación de sales minerales, lo que puede ocurrir al día catorce de la formación de la placa, aunque existen reportes de calcificación en sólo 4 a 8 horas. En un inicio no se calcifica totalmente la placa, sin embargo, alcanza un contenido mineral máximo en 2 días. A medida que la calcificación aumenta, los grupos de bacterias filamentosas crecen en número⁶.

1.3 Programa a seguir con el paciente portador de prótesis dental.

Existen varias definiciones para la odontología preventiva en prótesis, una esta enfocada a la prevención de la pérdida prematura de los dientes y la otra se enfoca a la conservación de las restauraciones realizadas y de las prótesis que hayan sido colocadas para sustituir los tejidos perdidos.

Inicialmente, cuando recibimos al paciente, deberá realizarse la historia clínica y una inspección general para definir cuales son los datos sobre:

- Salud oral y función masticatoria.
- Salud general.

-
- Estado socioeconómico.
 - Hábitos dietéticos.

Es importante recordar que antes de iniciar cualquier tratamiento, se deberá tener una fase previa que nos ayude a saber cómo se comporta nuestro paciente y a establecer condiciones sanas y limpias en cavidad oral. Esta fase incluye:

1. La motivación del paciente, explicándole los beneficios del tratamiento y de una buena higiene oral.
2. Enseñanza de medidas de higiene oral adecuadas en base a sus necesidades.
3. Extracción de depósitos blandos y duros tanto de dientes como de aparatos (placa dentobacteriana y cálculo).
4. Eliminación de partes que retengan tanto la placa como cálculo en restauraciones y lesiones cariosas.
5. Extracciones indicadas.
6. Reconstrucciones provisionales.

Una vez realizada esta fase y manteniendo un control estricto, se puede seguir con la fase correctora o rehabilitación total del paciente. Sin embargo, es común que se crea que al terminar esta "última fase" el tratamiento se ha completado y se olvide la fase de mantenimiento o asistencia de soporte del paciente una vez colocadas las prótesis, lo que fácilmente puede llevar al fracaso del tratamiento.

El objetivo de la fase de mantenimiento es el preservar la salud gingival y periodontal que deriva del tratamiento periodontal activo y previene infecciones. El inicio y continuidad de ésta son importantes y requieren del compromiso y estímulo que se de al paciente por parte de los especialistas tratantes, así como del apoyo y conciencia por parte del paciente mismo.

En la formación del Cirujano Dentista se le da poca importancia a esta última parte del tratamiento, pues aunque en muchos textos se incluyen las técnicas de preparación y restauración o rehabilitación protésica, la información que se obtiene sobre el mantenimiento de éstas y de los tejidos de soporte es muy escasa. Generalmente se olvida que es necesario tratarlas cuando las prótesis o el paciente envejecen o se deterioran.

Son varios los aspectos que se deben tener en consideración, incluyendo la relación costo-beneficio del paciente que requiera de alguna reparación o del tiempo que duren adecuadamente sus prótesis en boca.

Dentro del mantenimiento, es importante enseñar al paciente, lo importante de la higiene bucal y de sus prótesis. Existen diversos medios para lograr mantener una prótesis lo mas limpia posible en el hogar.

En el caso de las prótesis fijas y removibles, se recomienda el uso de un colutorio dental ablandador de placa dentobacteriana; colutorios fluorados; gluconato de clorhexidina; palillos especiales con o sin mango, cepillo interproximal, cepillo para prótesis, cepillo dental convencional, seda dental y portaseda o enhebradores. Si el paciente es portador de prótesis implantosoportadas, las recomendaciones son prácticamente iguales.

La educación correcta⁵, así como el plan de tratamiento y de citas que se establezcan a partir de esta fase influye en el éxito y duración de las prótesis. Se debe recordar que en muchas ocasiones esta fase o etapa puede ser la mas larga y complicada debido a los factores de tiempo educación y esfuerzo que se requieren por ambas partes.

Se recomienda que el paciente asista a consulta por lo menos cada seis meses después de haber colocado una restauración o prótesis o en caso de presentarse algún problema con éstas⁹.

Si a la inspección clínica el paciente presenta sus prótesis adecuadamente ajustadas, sin fracturas del material ni problemas periodontales, se puede:

1. Actualizar de la historia clínica.
2. Revisar los tejidos extraorales, intraorales y las restauraciones o prótesis.
3. Inspeccionar la oclusión.
4. Hacer pruebas necesarias para verificar la presencia de caries, enfermedad periodontal, problemas endodónticos, alergias, función salival y problemas de ATM, mediante el uso de rayos x, sonda periodontal, palpación, percusión, pruebas térmicas, etc.
5. Una revisión y repaso de los métodos que utiliza el paciente para el control de placa. Reafirmar los conceptos aprendidos sobre el uso de su prótesis, su higiene oral y la de la prótesis, sus hábitos alimenticios y modificar las técnicas mal empleadas o sustituirlas por unas nuevas o mas simples.
6. Eliminación de población microbiana de la superficie de los dientes o implantes con un colutorio de clorhexidina y algún dispositivo mecánico.
7. Revisión de espacios mal cortados o pulidos que retengan placa o alimento.
8. En caso necesario, consejos nutricionales⁴.
9. Informar al paciente sobre su estado y de ser necesario iniciar el tratamiento en caso de presentarse algún problema.

En cuanto a las prótesis en sí deberán verificarse ciertos factores importantes como el cambio de color, limpieza de la misma, su ajuste, presencia de fracturas, pulido, zonas retenedoras de placa, estabilidad estética, relaciones oclusales, dimensión vertical.

En el caso de prótesis totales se pueden realizar reparaciones a las mismas como sustitución o colocación de nuevos dientes, recubrimientos o rebases, duplicación (si no se sabe si el paciente se adaptará a una nueva prótesis) y en el último de los casos sustituirla por una nueva (por falta de funcionalidad, desgaste excesivo, fractura) o colocar implantes si es posible².

En sobredentaduras se deberán revisar tanto el tejido dentario remanente -y de ser necesario se restaurará- como la prótesis siguiendo los mismos puntos que para una prótesis total.

Las prótesis removibles parciales pueden ser reparadas (dientes, fracturas pequeñas, bases o anclajes), rebasadas, duplicadas o sustituidas por nuevas. En todos los casos se deben verificar los tejidos adyacentes a los retenedores y a los dientes sustitutos pues no deben ejercer presión anormal o acumular placa o restos alimenticios, además las superficies deben estar bien pulidas y no debe existir efecto de palanca en ningún punto².

Con las prótesis fijas parciales existen ciertos factores que pueden afectar el buen funcionamiento de las mismas y pasar desapercibidos. Se debe poner especial atención en los dientes pilares y mediante el uso de radiografías detectar la presencia de caries para ser eliminadas y restauradas lo mas pronto posible, o bien problemas periodontales que también deben ser atendidos de inmediato para evitar la pérdida tanto de los dientes como de la prótesis en sí. Si se presentan fracturas en el material se puede tratar de repararlas, pero si el daño es mayor y afecta la estructura metálica o compromete la estabilidad de la prótesis deberá hacerse una nueva.

Todo lo antes mencionado de ser necesario, deberá de llevarse a cabo siempre en relación con la revisión minuciosa de los tejidos de soporte o apoyo de las prótesis y en el caso necesario, su tratamiento previo

(quirúrgico y periodontal, etc.) antes de efectuar el episodio de rehabilitación, reposición o reparación meramente protésica.

CAPÍTULO 2 INDICACIONES Y ADITAMENTOS PARA LIMPIEZA DE PRÓTESIS DENTALES.

Una prótesis dental es un aparato que reemplaza dientes perdidos. Una de las finalidades de reemplazar los órganos dentarios es devolver la función masticatoria pues es de gran importancia realizarla pues así, el organismo aprovechará mejor los nutrientes.

También es primordial que el paciente se sienta seguro al expresarse, ya que cuando hace falta uno, varios o todos los dientes la estética o apariencia de las personas cambia, y su reincorporación y funcionamiento para con su medio se altera.

Para reemplazar algunos dientes perdidos se utilizan varios tipos de prótesis dentales, como las fijas y las removibles. A veces se emplea el término dentadura parcial para denominar estas restauraciones, y puede describirse una prótesis como "dentadura parcial fija" o como "dentadura parcial removable", según sea el caso. La prótesis fija, como lo indica su nombre, está unida a dientes de soporte, a los cuales hay que desgastar para que funcionen como pilares o soporte y unirlos mediante materiales especiales o cementos. Una prótesis fija no se puede retirar para limpiarla o inspeccionarla; pero existen técnicas y utensilios especiales para su limpieza y cuidado. Las prótesis removibles van sujetas a los dientes por medio de ganchos de metal, que permiten retirar el aparato de la boca para limpiarlo o examinarlo¹⁰.

Otro tipo de prótesis fija individual es la llamada corona, en la cual se va a desgastar al diente individualmente y se le devolverá su forma natural con materiales especiales.

En el caso de personas que han perdido todos sus dientes - tanto superiores como inferiores- se les pueden colocar prótesis totales, que se ven con más frecuencia en personas de la tercera edad.

Las prótesis dentales se pueden fabricar de varios tipos de materiales¹⁰ como son: el acrílico que es un tipo de plástico, también esta la porcelana, diferentes tipos de metales, etc., a los cuales como todo tipo de superficie, se les necesita dar cuidados y mantenimiento para su durabilidad y buen estado.

Otros tipos de aparatos protésicos son los llamados implantes, que son estructuras de cierto tipo de metal que asemejan a la raíz de un diente y que son introducidas en el hueso por medios mecánicos; ya sea en la mandíbula o en la maxila. Los implantes sirven para soportar diferentes tipos de prótesis dentales.

También existen las carillas, llamadas también frentes laminados o facetas de porcelana, son unas laminas de cerámica de grosor variable, que tienen las formas de los dientes donde irán adheridas. En este tipo de prótesis dental solo se desgastara muy poca estructura dental. Esta variable de prótesis dental se usa en pacientes que quieran cambiar la forma de sus dientes; ya sea porque están en mala posición o porque sufrieron algún tipo de fractura o pigmentación severa.

2.1 Indicaciones sobre higiene y limpieza de prótesis dentales.

Las prótesis dentales pueden ser limpiadas por acción mecánica- empleo de un cepillo y una sustancia abrasiva- o por acción química. Aunque la limpieza

con agua es importante después de los alimentos, no es suficiente para eliminar la placa y otros materiales adherentes. La remoción mecánica de la placa con un cepillo en combinación con una impregnación química, probablemente sea la forma mas efectiva de eliminarla. La prótesis deberá cepillarse por lo menos una vez al día, preferentemente antes de acostarse, en el caso de ser removible y si es fija, evidentemente se cepillará junto con los dientes naturales después de cada alimento.

Se recomienda el uso de un cepillo de cerdas blandas de dos cabezas para cepillar los materiales de la prótesis removible, ya que otro tipo de cepillo puede dañar el acrílico o los metales y se deberá aplicar solo la presión necesaria, pues de ser excesiva, puede comprometer el ajuste de la prótesis.

Los ganchos deben limpiarse con un cepillo cónico especialmente diseñado para este objetivo. Es muy importante vigilar la acumulación de placa en estas zonas pues es frecuente y dañina para los tejidos gingivales y periodontales que se encuentran cerca de los ganchos y partes metálicas. El uso de cepillos dentales convencionales puede dañar estos componentes⁹.

Se recomienda, independientemente del cepillo que se utilice, que el paciente la lave sobre una tarja llena de agua para evitar que se rompa en caso de caer.

Cuando el caso es una prótesis fija, se recomienda el uso del hilo dental que proporciona el máximo acceso y limpieza más eficaz, pues con él se puede llegar a zonas de difícil acceso o limpiar debajo de los pónicos.

Las prótesis removibles se deben enjuagar minuciosamente bajo agua corriente fría, después de cualquier limpieza para eliminar placa y detritus y a su vez el agente limpiador. El cepillado y el uso de un limpiador de peróxido

alcalino son suficientes para mantener aceptablemente limpia una prótesis removible⁵. Los cepillos con los que se lleve a cabo la limpieza, se deben enjuagar perfectamente con agua corriente fría y dejar secar al aire libre.

Las prótesis nunca se deben enjuagar o impregnar con agua caliente, porque las temperaturas elevadas pueden dañar la resina acrílica y facilitar la proliferación bacteriana. Después de la limpieza nocturna, las prótesis se guardan en un recipiente limpio con agua o con cualquiera de los agentes de inmersión que existen en el mercado y se enjuagan nuevamente con agua antes de volver a introducirlos en la boca. Los recipientes utilizados para este fin deberán secarse para impedir la acumulación de microbios.

Los materiales de revestimiento blandos se deben limpiar con cuidado de no dañar estos materiales ni a la prótesis, para así evitar comprometer su ajuste. La abrasión se reduce limpiando los revestimientos blandos con algodón bajo agua fría¹⁰. Este tipo de prótesis debe almacenarse en agua y no en soluciones de inmersión y se deben colocar con las superficies oclusales hacia abajo, de forma que el piso de la prótesis no distorsione el material de revestimiento. Lefebvre³ sugiere el uso de triclosán en un acondicionador de tejidos como sustancia antifúngica, sin embargo este sistema aún se encuentra en fase experimental.

También se deberá explicar al paciente la importancia del cuidado de las zonas edéntulas, tejidos blandos y dientes pilares.

El paciente deberá retirar las prótesis removibles totales y parciales durante la noche y guardarlas en agua o en soluciones de peróxido alcalino para limpieza, para evitar que se deshidraten los materiales de resina acrílica y se desajuste la prótesis; esto también favorecerá la circulación de los tejidos y evitará una irritación constante. De la misma forma que se instruye al

paciente para la limpieza de su prótesis se le debe educar sobre la limpieza de los tejidos adyacentes con cepillos suaves y adecuados ¹¹.

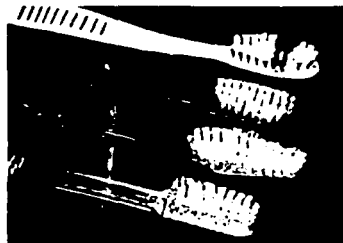
Se deberá recordar que es responsabilidad del Cirujano Dentista el estimular y explicar al paciente las ventajas de todo cuidado que tenga con su prótesis y los tejidos adyacentes, para obtener mejores resultados^{1,5}.

2.2 Tipos de aditamentos de limpieza y su uso.

2.2.1 Cepillo dental y su uso

Cepillos convencionales

Existen diferentes tipos de cepillos (figura 3) tanto para la limpieza de los dientes naturales como para los dientes de las prótesis. Sin embargo, en el caso de las prótesis removibles y prótesis totales, no se recomienda el uso del mismo cepillo dental que se utiliza para los dientes naturales. Deberá tenerse uno extra, de cerdas suaves y contorneadas y utilizarse solamente para la prótesis, ya que de esta forma no se dañan las partes pulidas y si tiene partes metálicas se deformará con mayor frecuencia pero no dañará los tejidos¹.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 3 Varios tipos de cepillos convencionales.

Cepillos eléctricos

El uso de estos aparatos queda restringido a dientes naturales y prótesis fijas, ya que si se utiliza con prótesis con aditamentos metálicos, éstos pueden ocasionar daños al aparato o al cepillo rotatorio (cabeza). En la Figura 4 se puede apreciar uno de estos instrumentos con la base recargadora de pila eléctrica y de cabezas intercambiables. Existen algunos desechables al terminar la vida útil de la cabeza o de la pila y otra variante es el de cabeza y pilas intercambiables.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 4. Cepillo eléctrico recargable.

Cepillos redondos

Es un diseño especial cilíndrico, angosto, de cerdas enrolladas de 2 a 3 pulgadas de largo que puede ser adaptado para limpiar las superficies internas de los ganchos y partes metálicas de la prótesis, además se puede utilizar en las zonas proximales entre los dientes acrílicos y partes metálicas de las prótesis removibles¹.

Los cepillos *interdentales* (Fig. 5) pueden encontrarse se forma cilíndrica o cónica y pueden ser utilizados para la limpieza de zonas de difícil acceso de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

prótesis fijas, pero siempre evitando dañar los tejidos blandos cercanos (papilas y encía).

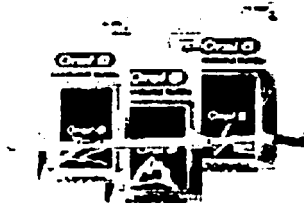


Figura 5. Cepillos interdetales de repuesto en diferentes formas y mango para su uso.

Cepillos para prótesis totales o para prótesis removibles extensas

Son cepillos mucho mas grandes que los convencionales y constan de dos partes, una ancha y rectangular y otra con terminación en forma de punta (Fig. 6). El penacho redondeado más largo de las cerdas se utiliza para limpiar la superficie interna de la prótesis o zonas grandes y la porción rectangular plana para limpiar la superficie pulida y oclusal¹.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 6. Cepillo especial para prótesis removible parcial extensa o total.

Adaptaciones especiales a cepillos

El dentista debe estar capacitado para detectar problemas de limpieza en el paciente y ayudarle a que el proceso sea lo mas sencillo posible. Es por ello que se recomienda en el caso de pacientes con artritis, diabetes, problemas de coordinación motora, retraso mental, etc., el adaptar los cepillos con mangos mas gruesos y anatómicos. Para esto pueden utilizarse un gran número de materiales que de preferencia no se contaminen con facilidad y sean lavables: plástico de manubrios de bicicleta, acrílico autopolimerizable, hules, ligas, latas, materiales para registro de mordida plásticos, pelotas de goma, yeso, etc. También se pueden alargar los mangos de los cepillos o calentarlos y angularlos para facilitar los movimientos⁵.

2.2.2 Antisépticos como enjuagues bucales.

Los enjuagues bucales existen en diversas presentaciones, pero actualmente sólo algunos han demostrado ser eficaces contra la placa dentobacteriana o como antisépticos para otros procedimientos (Fig. 7).

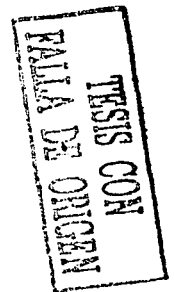


Figura 7. Ejemplos de dos marcas comerciales de enjuagues bucales.

El enjuague de gluconato de clorhexidina es eficaz en contra de microorganismos gram-positivos como el *Streptococcus mutans* ya que adhiere a la membrana celular aumentando su permeabilidad e iniciando una

filtración hacia el exterior de constituyentes del citoplasma lo que ocasiona a su vez una precipitación de proteínas intracelulares y la muerte de la bacteria. Esta sustancia se libera a los largo de 8 a 12 horas después de haber sido aplicado en superficies dentales y radiculares, pero afecta la absorción del flúor.

Este tratamiento es efectivo en el control de la gingivitis, así como en su prevención, y en conjunto con otros métodos mecánicos, funciona como un excelente control de placa. Actualmente se utiliza incluso para minimizar el riesgo de infección para el operador antes de un procedimiento clínico. Sin embargo una de las desventajas que presenta es manchar la lengua, dientes, resinas y dientes artificiales, además de incrementar la formación de cálculo debido a que las bacterias muertas tienden a calcificarse mas rápidamente.

El Listerine(MR) es un enjuague con un componente fenólico para el control de placa y gingivitis cuyo mecanismo de acción es el afectar la pared celular bacteriana debido a la mezcla de aceites esenciales como el timol, mentol, eucaliptol y metilsalicilato. Debe ser utilizado con mas frecuencia que la clorhexidina debido a ser menos sustancial y puede producir efectos secundarios como sensación de ardor, sabor amargo y posibles manchas en los dientes ⁵.

El triclosán es un agente antibacteriano de amplio espectro que se utiliza en pastas dentales y enjuagues bucales y ha probado ser mas efectivo en conjunto con un copolímero de ácido maleico y vinimetil éter. También se ha usado experimentalmente en materiales como plásticos o materiales de rebase o acondicionadores de tejidos³.

Los enjuagues que contienen agentes oxigenantes como el peróxido también han sido efectivos en el tratamiento de problemas como gingivitis, lesiones orales y periodontitis⁵.

2.2.3 Desinfectantes químicos.

El empleo de soluciones químicas para sumergir las prótesis es una alternativa popular a la limpieza mecánica. Las ventajas de estos limpiadores radican en que requieren menos esfuerzo y cumplimiento por parte del paciente y que la solución llega a superficies de la prótesis que son inaccesibles para el cepillo. Existen varios tipos de limpiadores químicos de prótesis, entre los que se incluyen los hipocloritos alcalinos, los peróxidos alcalinos preparados comercialmente, los ácidos diluidos y los agentes antibacterianos.

Los *hipocloritos alcalinos* (por ejemplo: cloro casero o lejía) son efectivos para la limpieza de la prótesis debido a su capacidad para disolver mucina y otras sustancias orgánicas, destruyendo así la matriz de la placa que se puede enjuagar o cepillar. Aunque son limpiadores de prótesis eficaces, estas soluciones presentan diversos inconvenientes. Producen corrosión de metal, lo que restringe su empleo a aparatos sin componentes metálicos¹² o limita su uso por un intervalo de tiempo corto.

Para lograr desinfectar una prótesis removible o dentadura total es necesario limpiarla con agua corriente, sumergirle después en una solución de hipoclorito de sodio como agente bactericida y fungicida sólo durante 10 a 15 min. para obtener una máxima eficacia y no deben permanecer en ella durante toda la noche, o bien, en cloro de uso doméstico puro durante 5 minutos y para evitar que se decolore se debe enjuagar completamente.

Este método lo hace eficiente en el tratamiento de estomatitis por prótesis, evita la formación de cálculo y quita manchas del acrílico .

El *peróxido alcalino* cuyo ingrediente activo es un detergente con un agente liberador de oxígeno (perborato de sodio o percarbonato). Esta sustancia elimina o disuelve el detritus y manchas ligeras con un mecanismo que libera oxígeno (solución alcalina de peróxido de hidrógeno) por 10 a 15 minutos.

Se venden en forma de polvo o tabletas (Fig. 8) y se recomienda utilizarlo a partir de que se realice una limpieza profesional de la prótesis o cuando esta sea nueva periódicamente para conservarla limpia y evitar la formación de depósitos, aunque cuando existen grandes cantidades de cálculo o depósitos no los elimina^{1,11}.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 8. Presentación comercial de tabletas para eliminar depósitos.

Los *ácidos diluidos* contienen ácidos inorgánicos que disuelven los componentes también inorgánicos de los depósitos de las prótesis. Por ejemplo el ácido hidroclórico al 3 o 5% por si solo o con ácido fosfórico que comercialmente se venden como soluciones para aparatos ultrasónicos se pueden utilizar para una limpieza profesional de las prótesis, pero no se recomiendan para su uso casero. Desafortunadamente estas soluciones pueden producir corrosión de los componentes metálicos.

Otro método que por producir tinciones no puede aceptarse como cotidiano, es el uso de *gluconato de clorhexidina* como agente antibacteriano limpiador de prótesis¹¹.

Los limpiadores *enzimáticos* actúan rompiendo las proteínas de la placa y los polisacáridos. Este tipo de sustancias se han adicionado a otros tipos de limpiadores (de peróxido alcalino) para hacerlos mas efectivos en su efecto antifúngico^{1,5}.

2.2.4 Limpiadores abrasivos.

Por otra parte existen en el comercio diversos polvos abrasivos y dentífricos para contribuir a la limpieza de la prótesis con cepillo. Se fabrican con un abrasivo suave como carbonato cálcico, que no lesiona la prótesis de acrílico tan fácilmente como los abrasivos de los dentífricos utilizados para limpiar los dientes naturales. Las prótesis se deben enjuagar minuciosamente bajo agua corriente fría después de cualquier limpieza para eliminar la placa y detritus o restos de alimento, células y bacterias, y para eliminar de la prótesis el agente limpiador. Los cepillos con los se lleve acabo la limpieza de la prótesis se debe enjuagar perfectamente con agua corriente y fría y se dejen que se sequen al aire.

En este grupo se encuentran: las pastas para dentaduras, polvos, pastas dentales. Por lo general la acción de estos productos se resume en la limpieza del material por abrasión lograda con el ingrediente activo, por ejemplo carbonato de calcio. Sin embargo, el uso de estos abrasivos tiene como desventaja el desgaste del material, la formación de pequeños canales o "rayas" y la eliminación de las superficies pulidas con el tiempo, lo que

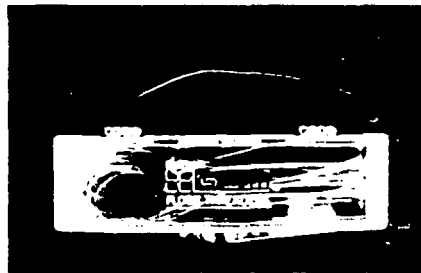
ocasiona una mayor acumulación de bacterias, dificulta su limpieza e incluso puede afectar la durabilidad del material.

2.2.5 Hilo dental y aditamentos para su uso.

El hilo dental debe ser empleado para todos los espacios interproximales de los dientes naturales y para la limpieza de zonas de difícil acceso y pósticos en prótesis fijas.

Este material debe ser sujetado alrededor de los dedos índices de ambas manos y deberá introducirse en forma tensa. Se deberá pasar a través de los puntos interproximales con suavidad para no dañar las papilas interdentes, con movimientos apico-coronales que van desde el surco gingival hasta el punto de contacto¹³.

El *enhebrador* (Fig. 9) es otro aditamento útil que se recomienda para personas que presentan dificultad en manejar el hilo dental, y además resulta de gran ayuda para pasar el hilo en zonas de difícil acceso o debajo de los pósticos, siempre y cuando el Cirujano Dentista haya dejado el espacio o una terminación¹⁴ conveniente para este fin¹³.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 9. Enhebradores comerciales para hilo dental.

Actualmente existen hilos (Fig. 10) de diferentes grosores y texturas, con o sin cera, precortados o en rollo, con rigidez variable que deben ser conocidos por el profesional para poder recomendar el mas adecuado a cada paciente.

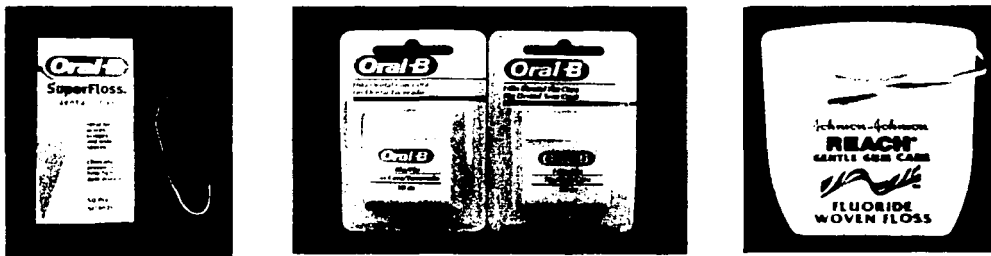


Figura 10. Diversos hilos disponibles en el mercado.

También se pueden usar sujetadores de hilo, especialmente para personas que tienen dificultad de movimientos^{9, 15}.

2.2.6 Desinfectantes caseros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pueden utilizarse una variedad de soluciones de preparación casera de forma que no se le dificulte al paciente el cuidado y limpieza de su prótesis. Esta opción es ideal cuando se debe economizar en el mantenimiento y cuando no se encuentran los productos comerciales a la venta.

Se puede preparar una solución utilizando sal y bicarbonato de sodio, sin embargo no es recomendable, pues son materiales abrasivos¹.

Otra de las soluciones que se pueden preparar es una mezcla de jabón líquido o detergente perfectamente diluidos en agua para el lavado diario de la prótesis removible. En caso de utilizar detergente, se deberá cuidar que éste se disuelva realmente para no abrasionar la prótesis¹. No se

recomienda el uso de productos químicos para limpieza de cocina o baños, pues además de ser tóxicos, pueden dañar la prótesis.

Wilkins¹ recomienda el uso de una solución de vinagre con agua puede lograr eliminar los depósitos de la prótesis cuando estos no tienen mucho tiempo ni están duros. Se pueden combinar dos cucharadas de vinagre casero blanco en 120 ml de agua tibia, pero de formarse cálculo sobre la prótesis, ésta se puede sumergir en vinagre sin diluir ocasionalmente para evitar la corrosión¹¹.

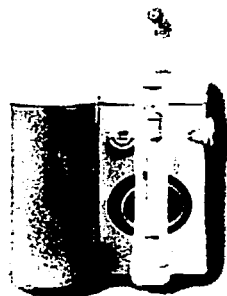
También se puede utilizar una solución de cloro casero con agua. Su preparación deberá ser cuidadosa y utilizarse lo menos posible, pues presenta varias desventajas, entre ellas el olor, el sabor, la decoloración de los pigmentos de la prótesis, puede ocasionar pequeños agujeros en el acrílico, y opacidad del mismo¹. Se recomienda combinar una cucharada de lejía o cloro casero con dos cucharadas de Calgón con 120 ml de agua tibia¹¹. El máximo de tiempo que pueden permanecer en esta solución es de 10 a 15 minutos para evitar daños.

2.2.7 Irrigadores dentales.

Los *irrigadores dentales* (Fig. 11) también son recomendables, pues están provistos de una corriente de agua a presión y existen varias presentaciones y diseños.

Constituyen aparatos muy útiles en pacientes portadores de prótesis de varias unidades, pues eliminan residuos de alimentos de zonas de difícil acceso y reducen la inflamación en márgenes gingivales. Aunque el irrigador dental tiene efecto físico y mecánico, no se puede considerar como un eliminador total de la placa, sólo como auxiliar del cepillo e hilo¹³.

Frascella¹⁴ realizó un estudio en el que prueba un irrigador de marca comercial conocida cuya capacidad de incorporar un 5% de aire en el chorro de agua, produciendo burbujas de 1 a 50 micrómetros lo hace efectivo como sistema de reducción de placa y mejora la salud gingival. Por ello este aparato se recomienda para portadores de prótesis fijas e implantes. Sin embargo el costo de estos aparatos es elevado.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 11. Irrigador dental disponible en el mercado.

2.2.8 Limpieza por ultrasonido

Aunque el cepillado minucioso de la prótesis sea probablemente la forma más eficaz de eliminar la placa de la misma, algunos pacientes portadores pueden carecer de motivación, tiempo o perseverancia requeridos para llevar a cabo la limpieza de forma regular y con eficacia¹¹. Los pacientes que sufren de alguna discapacidad¹³ tampoco serán capaces de limpiar correctamente sus prótesis sin ayuda de alguien.

Para estos dos tipos de pacientes el empleo de una unidad de limpieza sónica o ultrasónica son recomendables en conjunto con una solución química. Algunos de estos aparatos actúan mediante la generación de ondas de energía electrosónica audible y los ultrasónicos funcionan mediante

ondas sonoras de alta frecuencia. La mayoría de las unidades disponibles para el público son de tipo sónico. Sin embargo, la American Dental Association ha relacionado la efectividad de la limpieza mas con la solución que se utiliza que con la acción ultrasónica del aparato¹⁵.

CAPÍTULO 3 PROBLEMAS GENERADOS POR AJUSTE O HIGIENE DEFICIENTES.

3.1 Cuidado de las áreas edéntulas, tejidos blandos y dientes pilares.

Además de limpiar las prótesis dentales, también se debe explicar al paciente la necesidad de mantener la salud de las áreas edéntulas y de los otros tejidos blandos, así como la de los dientes pilares y tejidos periodontales circundantes. A menos que el paciente sea informado de lo contrario por el dentista, las prótesis removibles se deben retirar durante la noche y se deben guardar sumergidas en agua o en soluciones de limpieza.

Uno de los motivos para retirar la prótesis durante la noche es que da la oportunidad a los tejidos blandos subyacentes a la prótesis para descansar y recuperarse de la compresión constante que se produce entre la prótesis y el hueso. Si no se alivia esta tensión, se puede producir irritación de los tejidos blandos. Después de retirar, enjuagar y limpiar la prótesis, hay que limpiar también los tejidos intraorales utilizando un cepillo dental convencional, cepillo interdental; en el caso de tener dientes remanentes o un cepillos de cerdas muy suaves en pacientes totalmente edéntulos. Esta acción no sólo limpia si no que ejerce también un masaje y estimula la circulación.

3.2 Problemas que se presentan por desajuste o falta de higiene

Existe la posibilidad de encontrar lesiones en personas portadoras de prótesis dentales como consecuencia de un mal manejo o mala higiene de las mismas. Pueden existir reacciones agudas o crónicas a la presencia de placa, o bien por otro lado, pueden existir problemas por desajuste o reacciones adversas a los materiales con que se han fabricado. En este capítulo solo nos ocuparemos de lesiones relacionadas con las dos primeras opciones.

Estomatitis por prótesis

Son lesiones caracterizadas por eritema difuso o hiperplasia papilar inflamatoria que afectan cerca del 50% de los pacientes portadores de prótesis totales o parciales removibles. Uno de los factores etiológicos suele ser la presencia de varias cepas de *Candida*, además de infecciones bacterianas, irritación mecánica o reacción alérgica por el material protésico. Sin embargo, no existe un criterio clínico confiable para definir si ha sido provocada por uno u otro proceso (infeccioso, irritativo o alérgico).

Para saber si el factor etiológico es la presencia de *Candida*, se pueden realizar cultivos. En la mayoría de los casos éste suele ser el factor principal, junto con el uso de la prótesis. Se puede tratar con ayuda de antifúngicos, pero el problema se puede volver a presentar e incluso se disemina a otras partes de la mucosa oral².

La candidiasis es la micosis bucal mas frecuente. Puede ser producida por diferentes tipos de hongos entre ellos *Candida albicans* y otras especies relacionadas como *Candida Parapsilosis*, *C tropicalis*, *C glabrata*, *C krusei*, *C*

pseudotropicalis, y *C guilliermondi*. En la mayor parte de las personas la *Candida albicans* es un microorganismo comensal de la cavidad bucal. Es una levadura del género *Cryptococcus* que existe en tres formas biológicas y morfológicas: la vegetativa o levadura de forma oval (blastospora); la forma elongada (pseudohifa) y la clamidospora. Su patogenicidad es baja, y por ello se requiere de factores predisponentes (locales o sistémicos) para ser patógeno. Generalmente al darse la infección sólo afecta la parte exterior de piel y labios, pero en pacientes inmunodeprimidos graves puede afectar el sistema digestivo, bronquios, pulmones, etc. Es evidente que se trata de una infección oportunista, pues se presenta en ocasiones después de un tratamiento con antibióticos ¹⁶.

Cuando se presenta en boca, la forma mas común es la pseudomembranosa que se conoce también como muguet o algodoncillo. La candidiasis aguda se presenta en forma de placas blancas, blandas o gelatinosas o nódulos que crecen de manera centrífuga y se unen. Estas placas están compuestas de hongos, restos queratósicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas, bacterias y fibrina. Cuando se elimina la pseudomembrana con una gasa o un hisopo queda una superficie eritematosa, en erosión o ulceración y con frecuencia dolorosa. Estas lesiones predominan en la mucosa bucal, pliegues mucobucales, bucofaringe y los bordes laterales de la lengua.

Si la forma pseudomembranosa aguda permanece por algún tiempo, se pierde la pseudomembrana y aparece una lesión generalizada de color rojizo conocida como candidiasis atrófica aguda. Generalmente esta forma de candidiasis se asocia a la administración de antibióticos de amplio espectro ¹⁶.

La candidiasis atrófica crónica o también llamada boca ulcerada por dentadura protésica es un subgrupo atrófico observado frecuentemente.

Esta forma se presenta en mas del 65% de los pacientes geriátricos que utilizan este tipo de prótesis. Su presencia es mas frecuente en el paladar que en la mandíbula y predomina en mujeres. Los factores que influyen para que se presente son el traumatismo crónico de baja intensidad por una prótesis mal ajustada, relación oclusal no ideal y el no quitarla durante la noche. Esta lesión generalmente se presenta como una superficie roja, brillante de apariencia aterciopelada en ocasiones o granular con poca queratinización. En casos graves se llegan a observar vesículas confluentes y erosiones¹⁶.

Para evitar al máximo el problema deben tomarse medidas preventivas como el cepillado de la prótesis y no llevarlas en la noche, manteniéndolas secas. En el caso de pacientes inmunocomprometidos o bajo tratamiento de radioterapia o prolongado con antibióticos, corticoesteroides o inmunosupresores, puede ser favorable el uso regular de clorhexidina para la limpieza de la prótesis o la aplicación de laca con miconazol para uso prolongado².

Queilitis angular

Este problema tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras de los labios, secundarios al cierre excesivo de la boca; en estos casos se acumula saliva y se forman colonias de hongos. Las lesiones producen fisuras, erosiones y costras, que son dolorosas¹⁶.

Caracterizada por maceración, eritema y formación de costra en los ángulos de la boca (comisuras labiales). Se presenta en un 15% de los pacientes portadores de prótesis completas y su etiología es principalmente debido a levaduras, estafilococos o estreptococos. Generalmente se correlaciona a la

presencia de estomatitis por *Candida* y se cree que inicia en la prótesis maxilar hasta extenderse a los ángulos de la boca. También se cree que la infección ya sea bacteriana o por *Candida* se produce por sobrecierre de maxilares (pérdida dimensión vertical), déficit nutricional o anemia ferropénica².

Hiperplasia papilar

Son lesiones papilares nodulares de la mucosa del paladar duro, que predominan en pacientes que usan prótesis totales y se considera que corresponde en parte a una reacción por infección por hongos. La hiperplasia papilar consiste en nódulos individuales de forma ovoide o esférica que produce excrecencias de 2 a 3 mm de diámetro sobre un fondo eritematoso¹⁶.

Reborde laxo

También llamado fibrosis alveolar, es un reborde residual blando y movable, que se debe a la sustitución de hueso por tejido fibroso. Generalmente se encuentra en el 15% de los pacientes portadores de prótesis, especialmente en la parte anterior del maxilar superior en pacientes portadores de prótesis superior total con dentición inferior natural.

Los rebordes laxos pueden provocar problemas al tomar impresiones y dar soporte deficiente a las prótesis removibles. Pero cuando el paciente presenta atrofia extrema del reborde residual maxilar, no deben eliminarse los rebordes laxos por completo, pues representan una forma de retención protésica².

Hiperplasia irritativa por prótesis o hiperplasia fibrosa

Es una reacción de la mucosa adyacente a los bordes de prótesis mal ajustadas que se presenta en el 10% de los portadores de prótesis. Las lesiones se presentan como resultado de una afectación crónica por prótesis inestables o rebordes protésicos delgados sobreextendidos^{2, 16}. Es el mismo proceso que origina el fibroma traumático, excepto por el agente causal que en este caso es la prótesis. Otros nombres que se le han dado incluyen: hiperplasia inflamatoria, hiperplasia por prótesis, y épulis fisurado, sin embargo estos son términos que se encuentran en desuso¹⁶.

Esta lesión se presenta frecuentemente en la mucosa vestibular donde el borde de la dentadura tiene contacto con los tejidos. Este borde se extiende de manera gradual hacia el vestíbulo ya que el reborde óseo de la mandíbula y el maxilar presentan resorción ósea con el uso prolongado de la prótesis, por lo cual la irritación y el traumatismo crónico causan una respuesta exagerada de reparación del tejido conectivo fibroso, lo que origina la aparición de pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la prótesis total¹⁶.

El grado de la inflamación es variable, pero la sustitución o ajuste de las prótesis generalmente logra la resolución de la inflamación y del edema presentes.

Rara vez existe recidiva, siempre y cuando se extirpe el tejido afectado y se cambien las prótesis o se ajusten para evitar la recurrencia de la lesión^{2, 16}.

Úlceras traumáticas

Por definición, una úlcera traumática, es la pérdida del epitelio por cualquier causa. Los pacientes que las padecen aparecen muy frecuentemente en la consulta dental, sin embargo su etiología es variada (enfermedades vesiculobulosas ulcerativas, infecciosas, reactivas, neoplásicas, traumáticas)¹⁸. Cuando son úlceras traumáticas se presentan como lesiones pequeñas y dolorosas que generalmente aparecen 1 o 2 días después de haber colocado una prótesis y cicatrizan después de corregir el problema de la misma, posteriormente, sólo deberán observarse^{2, 18}. Sin embargo, el periodo de cicatrización puede prolongarse en sujetos inmunocomprometidos, por lo que se recomienda utilizar enjuagues orales con clorhexidina, para evitar o controlar las sobreinfecciones. Si las lesiones son muy incómodas o dolorosas, también pueden tratarse los síntomas con enjuagues de difehidramina, nistatina, tetraciclina o corticoesteroides tópicos¹⁶. Cuando el problema no se corrige, es frecuente que se presente una adaptación por parte del paciente y se desarrolle una hiperplasia irritativa por prótesis.

Carcinoma inducido por prótesis

Aunque aún no se ha comprobado del todo, se cree que es posible que a través de una irritación crónica inducida por prótesis, se desarrolle un carcinoma. Es debido a la presencia de síntomas casi iguales a los de la irritación crónica por prótesis, que se deberá realizar un control periódico en pacientes portadores de prótesis completas o parciales removibles².

CAPÍTULO 4 Elaboración de un folleto informativo para pacientes.

4.1 Metodología

INTRODUCCIÓN

Para poder elaborar material educativo, cualquiera que sea su naturaleza, se debe partir de una premisa fundamental: Ha de formar parte de un programa educativo. Es decir, los materiales deben responder a objetivos de aprendizaje formulados previamente a su diseño y utilización. Por lo tanto el marco de referencia teórico para su preparación y utilización se encuentra en el análisis de la naturaleza del proceso educativo en sí mismo.

La educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo, y que se adquiere no sólo dentro de un sistema formal de enseñanza, sino también en el seno familiar y en el contacto con la comunidad.

En el conjunto de actividades de Atención Primaria se incluyen las de prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables. El instrumento metodológico a utilizar para ellos es la Educación para la Salud, definida como " una combinación de experiencias de aprendizaje, diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzcan a la salud"¹⁷.

Ahora bien, la Educación para la Salud no es una ciencia en sí misma, sino que se conforma y se nutre de las Ciencias Sociales y de la Comunicación, la Pedagogía y las mismas Ciencias de la Salud. Como consecuencia de esto, la Educación para la Salud requiere de conocimiento y aprendizaje que

habitualmente no se contemplan, o se hace de manera insuficiente, en la formación pre- y post-grado de los profesionales sanitarios.

Este hecho ha supuesto y sigue suponiendo que tanto los profesionales como los Gestores de la Salud, tengan que realizar un gran esfuerzo para incorporarla dentro de su actividad diaria e integrarla en su propia concepción de prevención y promoción de la salud¹⁸.

Todos sabemos que la educación es más que la simple transmisión de información y de memorización. La educación demanda una activa participación en un proceso de – aprender haciendo-. Es decir, su objetivo es crear una situación de aprendizaje, que promueva un contexto en el cual se desarrollen ideas, se modifiquen creencias, actitudes y se creen nuevos hábitos o conductas.

Está demostrado que se realiza un auténtico proceso de educación cuando se realiza un auténtico proceso de comunicación, es decir, cuando se instauran relaciones de paridad y se parte del deseo de hacer comprender los propios puntos de vista y las propias experiencias y se está abierto a escuchar y reelaborar interiormente la de los otros.

La tecnología aplicada a la información a la didáctica es muy compleja y ofrece una gran variedad de instrumentos. En la comunicación interpersonal el intercambio de información puede ser favorecido por el empleo de material didáctico.

Cada medio tiene aspectos positivos y negativos que es necesario conocer. Disponer de un material de apoyo no significa saber usarlo bien.

En la comunicación bidireccional los materiales didácticos no deben predominar nunca, sólo son medios que se emplean si se consideran útiles

para hacer más clara una información, idea o para fijar la atención sobre algunos puntos fundamentales.

En el material escrito la lectura permite un análisis del texto decidido y guiado por el mismo lector destinatario de la comunicación, que él interpreta y reelabora; el texto permite la posibilidad de una lectura posterior, en el caso de dificultad para descodificar o para recordar.

Por tanto, el valor de los materiales educativos radica en que son instrumentos que facilitan el propio proceso educativo.

CRITERIOS GENERALES PARA EL DISEÑO Y UTILIZACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO

- 1 Que forme parte de un programa educativo** y que por tanto, que no constituyan programa en sí mismo. Es decir que no se produzcan aisladamente, si no que obedezcan a una intencionalidad educativa, respondiendo, por tanto, a unos objetivos.
- 2 Que se relacione con un sistema de prestación de servicios.** Esto quiere decir que no debemos crear una demanda que la propia disponibilidad de servicios que no pueda satisfacer.
- 3 Que sea relevante,** es decir que se refiera a situaciones de la vida diaria, y se relacione con objetos, situaciones, necesidades y problemas de la comunidad, La información que se proporcione debe ser importante, útil y relevante para alcanzar los objetivos que se han planteado.
- 4 Que los materiales sean mutuamente reforzables y complementarios.** Es evidente que cuando un contenido educativo o un

mensaje se presenta a la población a través de diversos medios (prensa, radio, televisión....), la posibilidad de un impacto educativo es mayor.

- 5 **Que la comunidad participe.** Cuando la comunidad se involucra en actividades de salud gana experiencia en participación y se abre camino hacia otras formas de compromiso con su propio desarrollo. Se aporta respeto por los valores culturales y las tradiciones. En determinadas ocasiones y lugares, los miembros de una comunidad pueden participar en la selección del mensaje (aportando ideas, recopilando y analizando las ideas de otros....), en la elaboración del material y en su prueba (Pre-test). Muchas veces se piensa que es imposible elaborar material educativo sin ayuda de expertos, ayuda que por lo general resulta costosa y algunas veces inadecuadas para la población a quien se dirige. Es indispensable entonces buscar y emplear los recursos de la región y aprovechar las habilidades e iniciativas de sus miembros para diseñar elementos sencillos. Los expertos pueden sugerir, pero son los miembros de la comunidad usando talento, habilidad e iniciativa, quienes las realizan y perfeccionan.
- 6 **Que los materiales se cambien con periodicidad.** Cuando los objetivos formulados se logran, el material debe ser reemplazado por otro que refuerce o amplíe el tema para mantener el interés e incrementar paulatinamente los conocimientos. Los materiales educativos deben cambiarse cada cierto tiempo. Son muchas las instituciones de salud donde se recargan las paredes con posters que nunca se cambian. Esto puede mejorarse seleccionando mensajes importantes, archivando los antiguos para cambios posteriores y elaborando nuevo material que responda a objetivos educacionales planteados por la institución.
- 7 **Que el material sea sometido a una prueba (pre-test)** antes de su elaboración final. Es fundamental tener una idea anticipada de su efectividad antes de gastar esfuerzos y recursos en producción. Tanto la comunidad como el individuo tienen unas características lingüísticas,

psicológicas y culturales que influyen en la percepción del mensaje y de la imagen.

1 Deben evaluarse entre otros aspectos:

1.1 *Atracción*: ¿Es el mensaje lo suficientemente atractivo o interesante como para despertar y mantener la atención del individuo o grupo?

1.2 *Comprensión*: ¿Es el mensaje fácilmente entendido por quienes lo reciben?
¿Se presta a muchas interpretaciones o a interpretaciones erróneas?

1.3 *Aceptación*: ¿Contiene el mensaje algo ofensivo a las normas culturales de la localidad.

1.4 *Identificación*: ¿Considera el individuo o grupo de audiencia que el mensaje les compete y está dirigido a ellos o se sienten ajenos a él?

1.5 *Persuasión*: ¿Es el mensaje lo suficientemente convincente para intentar el cambio de actitud deseado?

2 También deben evaluarse las imágenes e ilustraciones:

2.1 ¿Qué indica para usted esta imagen?

2.2 ¿Qué le gusta de esta imagen?

2.3 ¿Qué le disgusta de la imagen?

2.4 ¿La imagen le indica alguna acción?

2.5 ¿Hay algo en la imagen que le molesta u ofende?

2.6 En comparación con otras imágenes que ha visto, ¿cómo considera este material?

2.7 ¿Cómo le parecen los dibujos?

2.8 ¿Qué opina usted de los colores?

2.9 ¿Existe en el material algo que se parezca a usted, familia o amigos?

FOLLETOS

Bernier en 1996 ¹⁹ definió al material educativo impreso como "aquel material escrito o impreso, tales como folletos, guías, hojas informativas..., cuyo propósito es proporcionar información acerca de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, modalidades de tratamiento y autocuidados".

El folleto es por tanto material educativo impreso que se utiliza ampliamente para desarrollar de forma sintética consejos y recomendaciones en materia de salud. Su uso está muy extendido, pudiendo confeccionarse con distintos formatos que abarcan desde los plegables (2 o 3 dobleces), hasta aquellos engrapados de 10 a 20 hojas.

Como norma general deben ser breves, con frases sencillas, de fácil comprensión, indicando en forma precisa la idea y el comportamiento que se quiera resaltar. Suelen ir acompañados de dibujos, imágenes, gráficos, fotos o recortes que refuerzan e ilustran el mensaje y en donde la idea principal o mensaje clave se repita y se coloque en lugar destacado.

El **folleto** es útil como medio de enseñanza específico, como recurso didáctico de comunicación y como vehículo ejecutivo para dar instrucciones, impartir ciertas enseñanzas concretas y pormenorizadas a grandes cantidades de personas.

La permanencia de las palabras escritas tiene un enorme valor en la educación de los pacientes. Según un estudio que analizaba el recuerdo de la información e instrucciones dadas verbalmente al paciente sobre regímenes terapéuticos, más del 50% de los pacientes estudiados cometían errores significativos el recuerdo inmediato de la información verbal sobre su terapia.

Entre las **ventajas** del material educativo impreso podemos destacar:

- 1 Es complemento eficaz de otros medios de "comunicación".
- 2 Su costo de producción por unidad es relativamente bajo.
- 3 Se puede asimilar su mensaje al ritmo de aprendizaje de cada individuo, dado que se puede leer tantas veces como sea necesario, además permite al paciente, y a su familia elegir el tiempo y lugar apropiado para su lectura.
- 4 Inspira confianza debido al prestigio y seriedad que las personas asignan a lo que ven impreso o escrito.

Entre sus **limitaciones** se describen:

- 1 Es impersonal, no puede tener la misma eficacia que la de la entrevista personal ni el mismo valor social que el de los métodos de grupo.
- 2 Su distribución eficiente requiere al menos un considerable esfuerzo y dedicación.
- 3 Su difusión masiva hace sumamente difícil evaluar su impacto.

EDICIÓN DE UN FOLLETO

La publicación de un folleto es el resultado de un proceso de edición casi siempre complejo. Toma tiempo y requiere cuidado, supervisión y coordinación. En su forma más simple, el proceso de edición de un folleto consta de las siguientes etapas mayores:

- 1 **Planificación**
- 2 **Redacción**
- 3 **Diseño e Ilustración**
- 4 **Distribución**

PLANIFICACIÓN

Como cualquier otro medio de comunicación el folleto, debe surgir de una verdadera necesidad identificada en el campo de un problema.

Planificación es organización de la acción, sistematización del esfuerzo y diseño de la conducta del trabajo. ¿Quién debe hacer qué, cuándo, cómo, dónde, porqué y a qué costo? Hacer un plan es, esencialmente, responder a esas preguntas.

El plan general comprende, por tanto, decisiones sobre:

1.1 Qué se desea comunicar, o sea cuál será el tema o mensaje.

1.2 A quién se desea comunicar, es decir quien será el lector, a quien va dirigido.

1.3 Para qué se desea comunicar, cuál será el propósito.

Hay que definir con exactitud lo que necesitamos, debiendo comprobarse previamente si existe material disponible de este tipo y si las personas a las que va dirigido pueden y están dispuestas a usarlo.

REDACCIÓN

Todos podemos tener problemas a la hora de escribir. Se pueden tener muy buenas ideas acerca de que nos gustaría decir, pero cuando nos enfrentamos a una página en blanco podemos encontrar grandes dificultades para comenzar. Se han descrito distintas técnicas de ayuda y orientación aunque no exista una fórmula mágica.

Básicamente se trata de:

Enumerar, en un mínimo de palabras anotadas en borrador, cada idea que uno tiene sobre el tema que ha estudiado. Hacer esta enumeración libre y espontáneamente, sin pretender ninguna organización ni valoración.

Analizar, una vez terminados todos los puntos anotados:

-
- 1.1 Incluyendo toda la información necesaria. No es difícil encontrar material impreso que omita algún paso o hecho esencial relativo al tema que le ocupa.
 - 1.2 Eliminando aquello que se considere innecesario y que pueda distraer al lector de los hechos esenciales.
 - 1.3 Dando la información en un orden correcto y
 - 1.4 Evitando instrucciones vagas.

El resultado de este método de trabajo es una guía precisa, un apunte breve y ordenado del tema sobre el que vamos a escribir. Es decir, una "estructura" de comunicación.

Estructura

La más frecuentemente usada es la "pirámide normal":

- Introducción
- Desarrollo
- Resumen o Conclusión

La introducción

Cumple dos funciones principales: *Orientación y motivación.*

Oriente al paciente: dígame de qué le va a hablar. Hágale saber, rápida y claramente, cual es el tema que se desarrollará. Avísele qué persigue, hacia dónde quiere llevarlo. Hágale entender su propósito.

Motívele: Toque sus sentimientos, emociones, e instintos. Trate de satisfacer sus necesidades y aspiraciones. Hágale ver por qué le conviene hacer lo que usted le propone. Hágale sentir que obtendrá una recompensa, ya sea en términos de salud, estética, social, económica... que haga que su esfuerzo valga la pena.

El desarrollo.

- 1 Ante todo brevedad. Como se ha dicho "Folleto largo, folleto muerto"¹⁷. Nunca trate de desarrollar en un sólo folleto más de un tema principal. Cuanto más breve sea lo que escribe, más probable será que el mensaje llegue a un mayor número de personas. Es conveniente revisar lo que se escribe, porque casi siempre se puede decir lo mismo con menos palabras, sin embargo se debe matizar que lo que es breve no es necesariamente simple.
- 2 Sea concreto y no divague. Conviene llamar a cada cosa por su nombre. El nivel de escritura debe ser sencillo de fácil comprensión, y si se incluyen palabras técnicas se han de explicar. Use frases positivas, el uso del negativo dificulta la comprensión, evite las frases muy largas, es mejor escribirlas de nuevo en dos o más frases cortas.
- 3 Sea exacto. Es decir, preciso y veraz. De ahí la importancia de una adecuada documentación y correcta búsqueda bibliográfica. Los hechos han de exponerse tal y como son, sin dramatismo.
- 4 Dé unidad y armonía al texto. Explique las cosas en orden, enlazando los conceptos, y no dejando vacíos ni lagunas.
- 5 Reitere los conceptos esenciales. La repetición es útil y deseable en materia de educación.
- 6 Refuerce su planteamiento. Es decir, se debe argumentar sobre la conveniencia de adoptar la práctica o el hábito recomendado. Los argumentos a utilizar pueden contemplar:
 - 6.1 Ventaja de la práctica o hábito para el individuo y la comunidad.
 - 6.2 Disponibilidad de elementos necesarios y servicios adecuados para ello.

6.3 Recomendaciones profesionales, de especialistas, asociaciones...

6.4 Evidencia científica, etc.

La conclusión o resumen: En al que ha de repetirse el mensaje principal, para que quede grabado en la mente del paciente.

En cuanto a la noción del equilibrio en la estructura, la distribución más común es:

INTRODUCCIÓN _____ 5 al 10%

DESARROLLO _____ 80% 0 más

RESUMEN O CONCLUSIÓN ___ 5 al 10%

Los Títulos. Cumplen una doble función: La de captación y la de guía. Despiertan el interés del lector y orientan a lo largo del todo el mensaje. Deben ser cortos, claros y activos, expresando en un mínimo de palabras el contenido del folleto. Siendo conveniente que sea imaginativo, fuerte y atrayente.

Otros detalles. La redacción de un folleto incluye otros elementos, como los nombres de los autores, de la institución que lo edita, etc. No sólo constituyen un reconocimiento justo al trabajo, sino también un estímulo y para el paciente una indicación de seriedad y autoridad.

Así como el folleto permite el empleo de diversas estructuras, tolera también la aplicación de distintos tratamientos. La elección del tratamiento depende como siempre de la finalidad que se persigue al escribir, de las características de lector o destinatario y de la naturaleza del tema mismo.

Un folleto puede tener, entre otros, algunos de estos puntos:

1 La Exposición: se limitará a "mostrar" algo tal cual es, directamente.

2 La Descripción: se da el mensaje mediante una secuencia fijada por norma de tiempo o por norma de espacio. Podemos así explicar, paso a paso, un proceso o un procediendo.

3 La Narración: apelamos a un método indirecto y algo literario que suele ser eficaz; el contar un "cuento", episodio o anécdota. Es decir, presentamos nuestro mensaje a manera de relato en vez de hacerlo fríamente como una exposición o una descripción.

Cada uno de esos patrones generales es útil según las circunstancias. Además, son combinables, si se hace con prudencia y buen gusto.

DISEÑO E ILUSTRACIÓN

Es fundamental un buen diseño e ilustración, de manera que, además de causar un efecto visual placentero, conduzca a ver y ayude a entender. Tan importante como disponer las ideas en orden, es saber presentarlas en una forma adecuada. El diseño es el uso del espacio, tipo de letras y encabezados que hacen a las palabras más interesantes y significativas.

No hay que olvidar que las letras mayúsculas son menos fáciles de leer que las minúsculas, y por tanto su uso debe limitarse a los encabezados. Para elegir el tipo y tamaño de letra resulta útil revisar los materiales que se tengan al alcance.

El equilibrio y la armonía son esenciales. Hay que aprender a dar el "peso" adecuado a cada uno de los elementos de composición. Cada página, cada detalle, deben diseñarse recordando una balanza, de modo que no hay figuras de "peso" insuficiente. Esto no quiere decir que cada dibujo, por ejemplo, deba ser el mismo tamaño que los demás, ni que deba estar siempre colocado en una posición exactamente equidistante a los otros. A

cada elemento de composición se le asigna un valor propio, individual. Pero cada uno de esos elementos debe formar parte unitaria de un todo.

Hay que usar líneas y espacios para enfatizar puntos importantes, pero hay que ser cuidadoso, demasiado espacio es tan malo como ningún espacio vacío. Si se rompe mucho la continuidad en la lectura, puede disminuir la concentración del lector.

Se debe diseñar el folleto siempre por pares de páginas, nunca por páginas aisladas, Cada página ésta siempre al lado de otra. Para el diseñador, las dos páginas forman una unidad, una sola superficie de composición. Los elementos que se coloquen en una página 2 afectarán forzosamente la 3. No se puede poner mucho texto y grabados en la página 5 y dejar arbitrariamente vacía la 4. Si un extremo de la página 6 tiene mucho motivo fuerte, algo habrá que poner en el extremo opuesto que compense ese efecto y establezca equilibrio.

Los márgenes son básicos para efectuar el diseño. En la generalidad de los casos, se recomienda que el margen de la parte exterior de la hoja sea mayor que el de la parte interna, y el inferior, mayor que el superior. Los especialistas dicen que el margen inferior debe ser el doble de la parte superior, y el de la parte inferior la mitad del exterior.

Hay que enfatizar y concentrar la atención en los mensajes principales. Las páginas que quedan a la derecha, son las que atraen primero la vista. Esto quiere decir que las cosas principales, textos, buenas fotos o dibujos claves, deben presentarse preferentemente en las páginas de la derecha. No se debe comenzar el texto en una página izquierda.

"Una imagen vale más que mil palabras", Se debe dirigir la vista del lector. No dejar vagar su albedrío. Cada ilustración debe conducir a leer. La ilustración tiene tanta importancia como el diseño, y si se usan gráficos, tanto estos como las ilustraciones deben ser sencillos¹⁷.

Con respecto al color es importante que nunca sea contradictorio con el mensaje tratado. Hay simbolismo en el color.

En definitiva, el diseño es importante, ya que ayuda al lector a comprender las palabras y ayuda a enfatizar los puntos más importantes.

DISTRIBUCIÓN

Finalmente, una vez que el material sea impreso, hay que pensar en su distribución, No basta con dejarlo en un estante o mesa y esperar a que sea leído. Lógicamente la distribución estará en función de las circunstancias locales, tiempo y recursos disponibles.

Se deben analizar los factores anteriores y pensar como puede llegar a la población a quien va dirigido, en definitiva a los pacientes.

Una distribución planificada y correcta permitirá alcanzar los objetivos planteados en un principio¹⁷.

4.1.1 Método y justificación

Con el fin de obtener datos confiables para la realización del folleto informativo, se aplicó, por interrogatorio directo - de las dos autoras de este trabajo -, un cuestionario (ver anexos) aleatoriamente a 100 pacientes

portadores de prótesis de las Clínicas de Prótesis y Prostodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

4.1.2 Encuesta

El cuestionario consistió de 35 variables a las que se respondió afirmativa o negativamente y se obtuvieron los resultados correspondientes a cada pregunta formulada.

4.1.3 Estadística y conclusiones

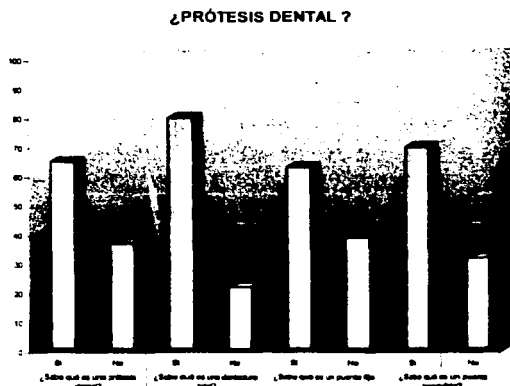
Con los resultados de los 100 cuestionados, se realizaron cuatro gráficas (ver anexos) agrupando las preguntas por temas, para exponer de manera visual estos mismos resultados y definir los conceptos a tratar en el folleto.

De la obtención de cada gráfica se concluyó que:

Gráfica 1

¿Prótesis dental?

La mayoría de las personas encuestadas respondieron afirmativamente conocer lo que son las prótesis dentales en general, sin embargo, algunos portadores de éstas no lo supieron. Así pues, el Cirujano Dentista, debe explicar mejor el tratamiento protésico que va a realizarle al paciente. De igual modo conviene informarle sobre el tipo de prótesis que colocará, para que así conozca sus componentes y estructura. De esta manera el paciente estará consciente de su función e importancia; para que pueda valorar el tratamiento y cuidar su aparato protésico.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

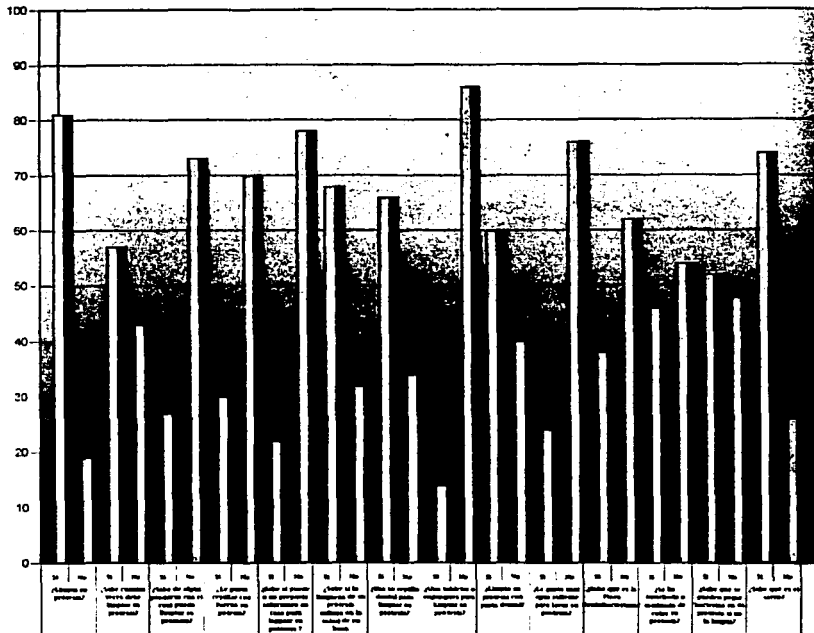
Gráfica 1

Gráfica 2

Limpieza de las prótesis dentales

De las respuestas obtenidas sobre limpieza de las prótesis dentales, la mayoría de los pacientes no saben en realidad cómo asearlas adecuadamente. En general acostumbran limpiarlas ocasionalmente y/o con métodos y sustancias inadecuadas.

LIMPIEZA DE LAS PRÓTESIS DENTALES



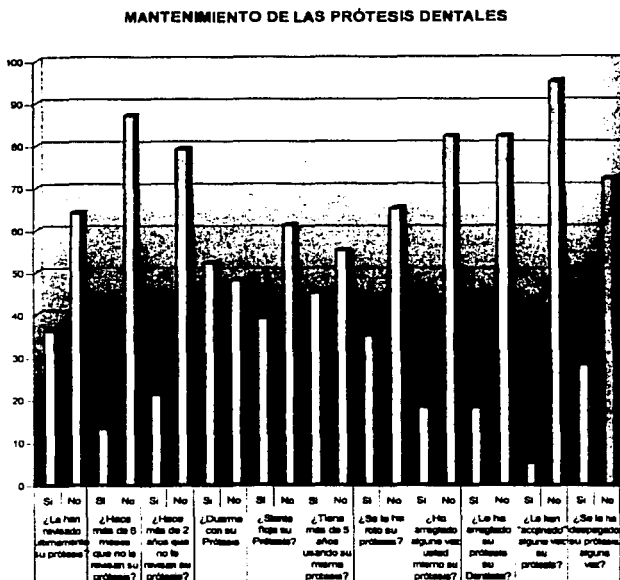
Gráfica 2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3

Mantenimiento de la prótesis dental

Referente al mantenimiento de las prótesis dentales, la mayoría de los 100 pacientes encuestados no le dan la importancia necesaria, ya sea porque no fueron correctamente orientados por su dentista o por que lamentablemente, algunos creen que una prótesis dental se mantiene funcional en boca indefinidamente.



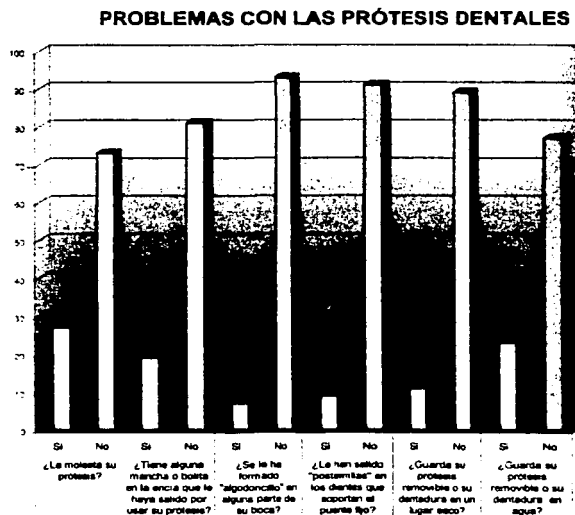
Gráfica 3

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 4

Problemas con las prótesis dentales

El mayor porcentaje de las personas que participaron en este estudio no han sufrido alteraciones por usar su prótesis. Sin embargo, el hecho de que algunas si las hayan presentado indica que se debe poner más énfasis en orientar al paciente para acudir a sus revisiones periódicas con objeto de evitar estos problemas.



Gráfica 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 5 Folleto informativo dirigido a pacientes portadores de prótesis dental para el uso y cuidado de las mismas.

5.1 Folleto elaborado

Las siguientes imágenes exponen el resultado del folleto elaborado con ayuda de las investigaciones bibliográficas y las encuestas realizadas.

Suma tus respuestas correctas:

Pregunta	Respuesta	Puntos	
1	a	1	<input type="checkbox"/>
2	a	1	<input type="checkbox"/>
3	b	1	<input type="checkbox"/>
4	c	1	<input type="checkbox"/>
5	c	1	<input type="checkbox"/>
6	b	1	<input type="checkbox"/>
7	a	1	<input type="checkbox"/>
8	e	1	<input type="checkbox"/>
9	a	1	<input type="checkbox"/>
10	c	1	<input type="checkbox"/>

Total

De 1 a 3 puntos: Es importante que realices todas las cosas que tengas sobre el cuidado, limpieza y mantenimiento de tu prótesis con tu dentista, pues así mejor que él podrá ayudarte a conservarla en buen estado y mantener la salud de tu boca.

De 4 a 6 puntos: Tienes conocimientos sobre el cuidado de tu prótesis, pero hay algunas cosas que no son del todo ciertas. Acércate cuanto antes con tu dentista para conservar tu prótesis y tu boca sana.

De 7 a 10 puntos: ¡Felicidades! En general conoces bien los procedimientos para el cuidado y mantenimiento de tu prótesis, esto no significa que deberás descuidarla; así como el cuidado de tu boca, sino que deberás seguir siendo constante para un mejor resultado.

No olvides que sin importar la puntuación que hayas obtenido, deberás acudir con tu dentista cada 6 meses (o antes si notas algo anormal en tu boca, o tu prótesis se rompe o desajusta) para una revisión completa.

Recuerda que existen varios productos en el mercado para el cuidado y limpieza tanto de tu boca como de tu prótesis (de venta en supermercados y farmacias). Consulta a tu dentista para saber cuáles te recomienda utilizar y cómo debes usarlos. No utilices sustancias que no te haya indicado porque puedes dañar tu prótesis y tu boca.

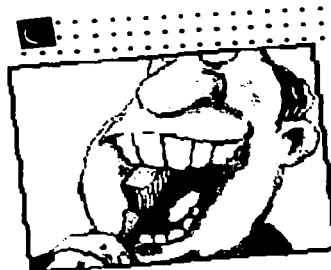
Anota aquí las recomendaciones que tu dentista te de:

Fecha de tu próxima cita: _____



Clinicas de Prótesis

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNAM



¿Te gustaría saber qué tan bien cuidas tu prótesis dental y tu boca?



Folleto informativo

Hoja 1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Este cuestionario te indicará cuánto sabes sobre el cuidado, manejo y mantenimiento de tu prótesis dental. Contesta y encuentra al final las respuestas correctas y tu puntuación. Elige la opción A.

1. ¿Cuántas veces debo limpiar mi prótesis?

- A) Después de cada comida.
- B) Una vez a la semana es suficiente.
- C) Sólo antes de dormir.



2. ¿Con qué lavo mi prótesis?

- A) Con pasta dental y detergentes.
- B) Soluciones caseras o limón.
- C) Alcohol o agua oxigenada.



3. Además de estas sustancias, ¿puedo usar algún instrumento auxiliar?

- A) Cepillo dental de uso diario para dientes naturales y un paño.
- B) Cepillos especiales para prótesis e hilo dental.
- C) Cepillos y fibras de limpieza para el hogar.

4. ¿Cuándo debo cambiar mi prótesis?

- A) No es necesario cambiarla.
- B) Cada tres meses.
- C) -



5. Si mi prótesis se rompe, ¿puedo repararla yo mismo?

- A) Sí, con pegamento, alambre o cinta adhesiva.
- B) No importa que se rompa, la puedo seguir usando así.
- C) No, debo acudir con mi dentista.

6. ¿Es normal que tenga irritación, una bolita, una pastemilla, una placa blanca o que se enfleme mi encía por usar mi prótesis?

- A) Sí, no hay ningún problema.
- B) No, al ver cualquier cambio en tu boca debes acudir al dentista.
- C) Sí, pero con el tiempo se quita.

7. ¿Es normal que cambie de color o se manche mi prótesis?

- A) Sí, es normal, y no hay problema.
- B) Si es normal, siempre ocurre al pase del tiempo.
- C) No, debes verificar lo que está pasando con tu dentista.

8. ¿Cada cuánto acostumbras acudir a tu dentista para revisión?

- A) Cada 6 meses.

B) Sólo si algo me molesta.

C) No es necesario ir a revisión.

9. ¿Debo usar agua caliente y un cepillo de cerdas duras o fibras para limpiar mi prótesis?

A) No, debe usar agua templada y un cepillo de cerdas suaves.

B) Sí, pues ayuda a eliminar bacterias y la blanquea.

C) No es necesario lavarla, la saliva la limpia.

10. ¿Debo guardar mi prótesis removible?

A) No.

B) Sí y guardarla en un lugar seco.

C) Sí y colocarla en un vaso con agua limpia.



Hoja 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1. Actualmente son de suma importancia los tratamientos preventivos en Odontología, incluyendo por supuesto, el área de prótesis, pues se ha visto que en este tipo de pacientes se puede prevenir un daño mayor en cavidad oral (enfermedad periodontal, pérdida de otras piezas dentarias, etc.) obteniendo así mejores resultados.
2. El Cirujano Dentista está obligado a instruir al paciente sobre el uso, mantenimiento, cuidado e higiene de las prótesis dentales - con diferentes métodos, instrumentos y sustancias- y resolver sus dudas al respecto como parte del tratamiento protésico en su fase final. Este aspecto se deberá evaluar periódicamente y ajustar a las necesidades de cada persona. En este trabajo, con base en los resultados obtenidos de la encuesta realizada, se observó que los pacientes carecen de información sobre estos puntos.
3. Para que el Cirujano Dentista logre instruir al paciente es recomendable el uso de material didáctico, audiovisual o escrito (ej.: folleto) para crear un mayor impacto e interés en el paciente. Así mismo, se le deberá indicar la importancia de las revisiones periódicas para prevenir problemas por el uso de las prótesis y para evaluar el estado de las mismas y de su boca.

FUENTES DE REFERENCIA

1. WILKINS. Dental practice of the Dental Hygienist 7th edition, 1994. Williams and Wilkins, E.U.A.
2. ÓWALL. Odontología Protésica. Principios y estrategias terapéuticas. Mosby, 1997, Madrid.
3. LEFEBVRE, C.: Effects of triclosan on the cytotoxicity and fungal growth on a soft denture liner: Journal of Prosthetic Dentistry 2001; 85: 356-6.
4. WALSH. Clinical dental hygiene. A handbook for the dental team. Wright, 1992, Oxford.
5. HARRIS, CHRISTEN. Primary preventive Dentistry. Appleton and Lange, 1995, 4th edition, London.
6. CARRANZA, NEWMAN. Periodontología Clínica. Mc Graw Hill, 8^a edición, 1998, México.
7. LINDHE, J.S. Periodontología Clínica. Ed. Médica Panamericana, 1992, Argentina.
8. SEIF, T. Cariología Preventiva, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, 1997, Venezuela.
9. WOODALL DAFOE. Comprehensive Dental Hygiene Care. Mosby, 3^a ed., 1989, E.U.A.
10. MALLAT DESPLASTS, KEOGH. Prótesis Parcial Removible, Clínica y Laboratorio. Ed. Harcourt Brace, 1998.
11. FIGUEROA, GARCÍA. Tesis: Control de placa dentobacteriana en prótesis fija y removible. UNAM, 1994.
12. ZUCKERMAN. A hygienic multiple-pontic design: Quintessence Int: Apr., 1997; 28(4):259-62.
13. ADHA ONLINE. Senior Oral Health. <http://www.adha.com>

-
- 14 FRASCELLA. A randomized, clinical evaluation of the safety and efficacy of a novel oral irrigator: Am. J. Dent., 2000: 13:55-58.
 - 15 DE BIASE. Dental Health Education. Lea and Febiger, 1991, London.
 - 16 REGEZI. Patología Bucal. Interamericana Mc Graw Hill. 2ª ed. 1995, México.
 - 17 <http://www.altamirallprodesfarma.com/guies/educ.html>
 - 18 OMS. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra, 1989.
 - 19 BERNIER MJ. Designing and evaluating printed education materials: Model and Instrument Development. Patient Education and Counseling, 1991.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- ADHA ONLINE. Senior Oral Health. <http://www.adha.com>
- BERNIER MJ. Designing and evaluating printed education materials: Model and Instrument Development. Patient Education and Counseling. 1991.
- CARRANZA, NEWMAN. Periodontología Clínica. Mc Graw Hill, 8ª edición, 1998, México.
- DE BIASE. Dental Health Education. Lea and Febiger, 1991, London.
- FIGUEROA, GARCÍA. Tesis: Control de placa dentobacteriana en prótesis fija y removible. UNAM, 1994.
- FRASCELLA. A randomized, clinical evaluation of the safety and efficacy of a novel oral irrigator. Am. J. Dent., 2000: 13:55-58.
- HARRIS, CHRISTEN. Primary preventive Dentistry. Appleton and Lange, 1995, 4th edition, London.
<http://www.altamirallprodesfarma.com/guies/educ.html>
- LEFEBVRE, C.: Effects of triclosan on the cytotoxicity and fungal growth on a soft denture liner: Journal of Prosthetic Dentistry 2001; 85: 356-6.
- LINDHE, J.S. Periodontología Clínica. Ed. Médica Panamericana, 1992, Argentina.
- MALLAT DESPLASTS, KEOGH. Prótesis Parcial Removible, Clínica y Laboratorio. Ed. Harcourt Brace, 1998.
- OMS. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra, 1989.
- ÓWALL. Odontología Protésica. Principios y estrategias terapéuticas. Mosby, 1997, Madrid.
- REGEZI. Patología Bucal. Interamericana Mc Graw Hill. 2ª ed. 1995, México.
- SEIF, T. Cariología Preventiva, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, 1997, Venezuela.

WALSH. Clinical dental hygiene. A handbook for the dental team. Wright, 1992, Oxford.

WILKINS. Dental practice of the Dental Hygienist 7th edition, 1994. Williams and Wilkins, E.U.A.

WOODALL DAFOE. Comprehensive Dental Hygiene Care. Mosby, 3^a ed., 1989, E.U.A.

ZUCKERMAN. A hygienic multiple-pontic design: Quintessence Int: Apr., 1997; 28(4):259-62.

ANEXOS

Anexo 1
Encuesta o Cuestionario

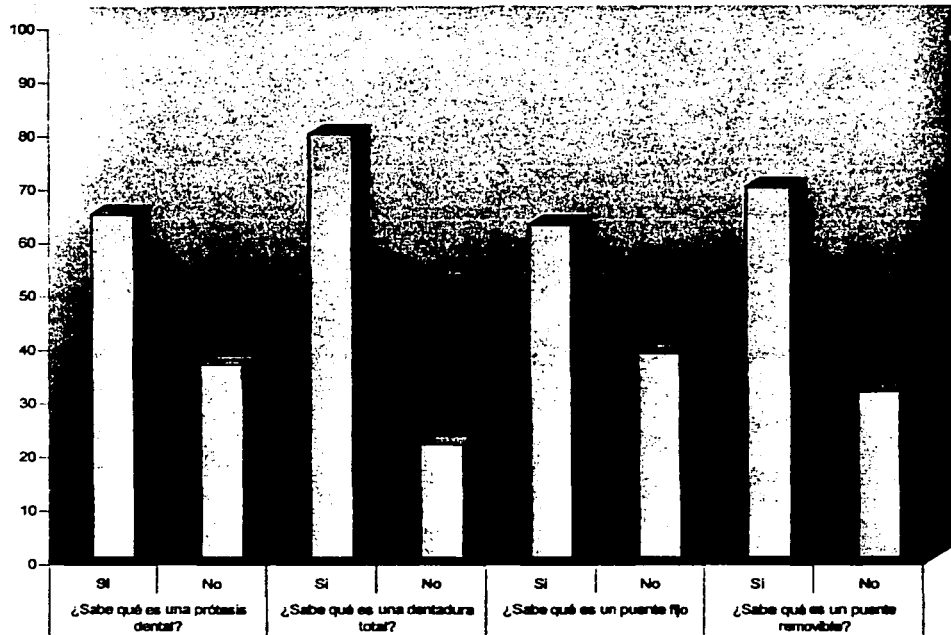
Nombre del paciente
No. del encuestado
Clinica (nombre de la clínica: Prótesis, Prosthodontia)
Aplicó (autoras de este trabajo)

	si	no
1 ¿Sabe qué es una prótesis dental o puente?		
2 ¿Sabe qué es una dentadura total?		
3 ¿Sabe qué es un puente fijo?		
4 ¿Sabe qué es un puente removible?		
5 ¿Limpia ud su prótesis?		
6 ¿Sabe cuántas veces debe lavar su prótesis?		
7 ¿Sabe de algún producto con el cual pueda lavar su prótesis?		
8 ¿Duerme ud con su dentadura?		
9 ¿Sabe si puede o no preparar soluciones en su casa para limpiar su prótesis?		
10 ¿Sabe si la limpieza de su prótesis influye en la salud de su boca?		
11 ¿Sabe qué es la placa dentobacteriana?		
12 ¿Sabe qué es el sarro?		
13 ¿Le han revisado últimamente su prótesis?		
14 ¿Hace más de 6 meses?		
15 ¿Hace más de 2 años?		
16 ¿Le gusta usar agua caliente para lavar su prótesis?		
17 ¿Siente floja su prótesis?		
18 ¿Le molesta su prótesis?		
19 ¿Tiene mas de 5 años usando su prótesis?		
20 ¿Se ha manchado o ha cambiado de color su prótesis?		
21 ¿Se le ha roto su prótesis?		
22 ¿Ha arreglado ud mismo su prótesis?		
23 ¿Se la ha arreglado su dentista?		
24 ¿Se la han "acojinado" alguna vez?		
25 ¿Se le ha despegado su prótesis?		
26 ¿Usa su cepillo dental para lavarla?		
27 ¿Tiene alguna manchita o bolita en la encía que le haya salido desde que usa su prótesis?		
28 ¿Le ha salido "algodoncillo"?		
29 ¿Le han salido "postemillas" en los dientes que soportan al puente fijo?		
30 ¿Le gusta cepillar con fuerza su prótesis?		
31 ¿Sabe si se pueden depositar bacterias en su puente removible si no lo limpia?		
32 ¿Guarda ud su prótesis en seco?		
33 ¿La guarda en agua?		
34 ¿Le pone tabletas o enjuagues?		
35 ¿Le pone pasta dental para lavarla?		

Anexo 2

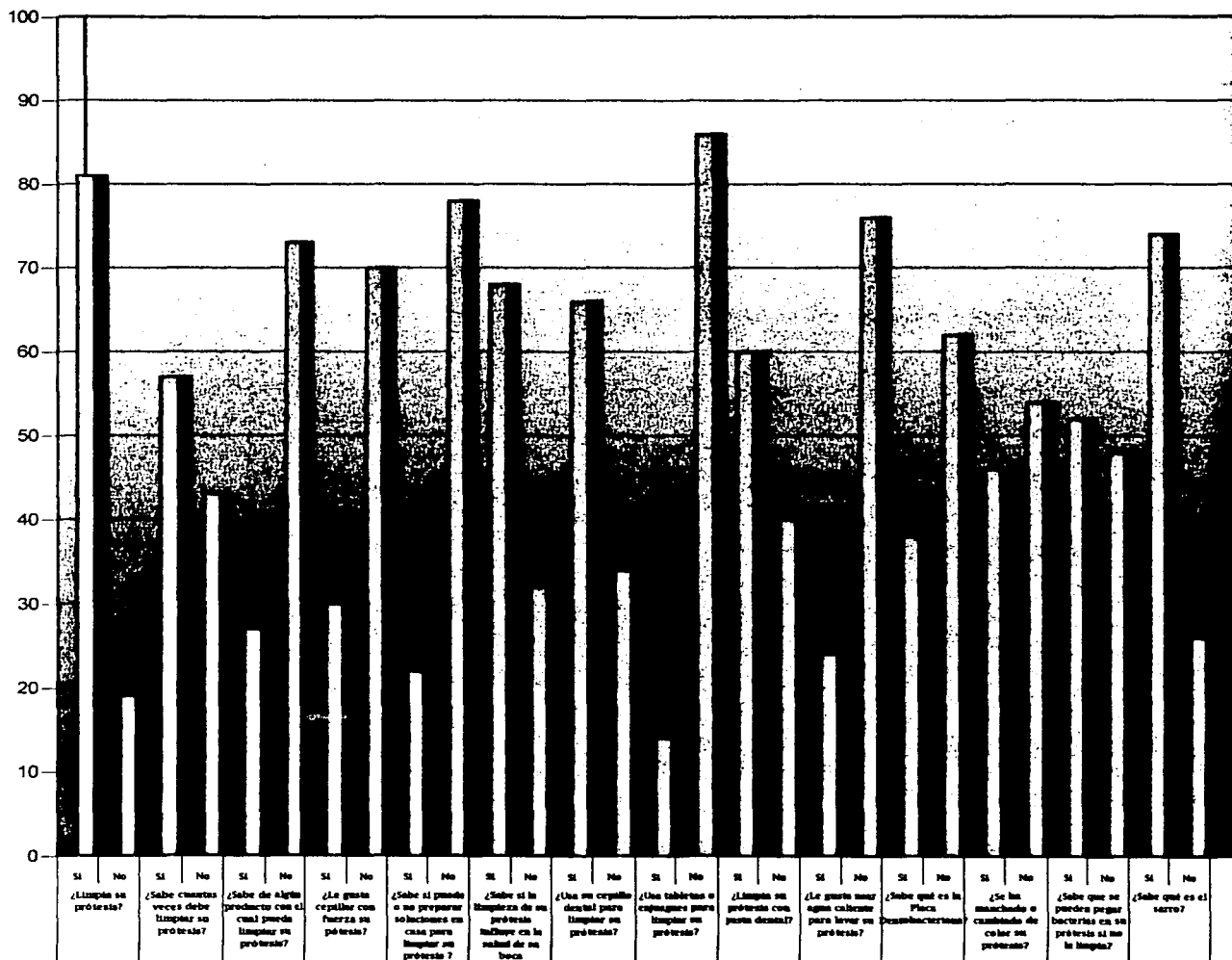
Gráficas

¿PRÓTESIS DENTAL ?



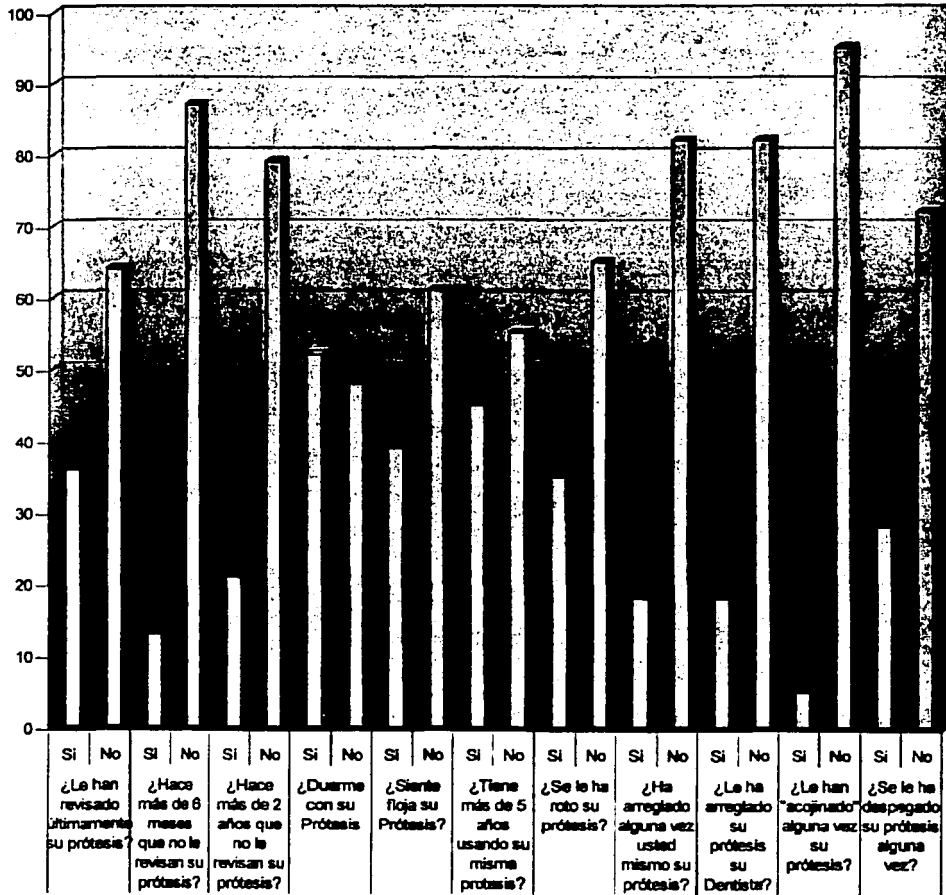
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LIMPIEZA DE LAS PRÓTESIS DENTALES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

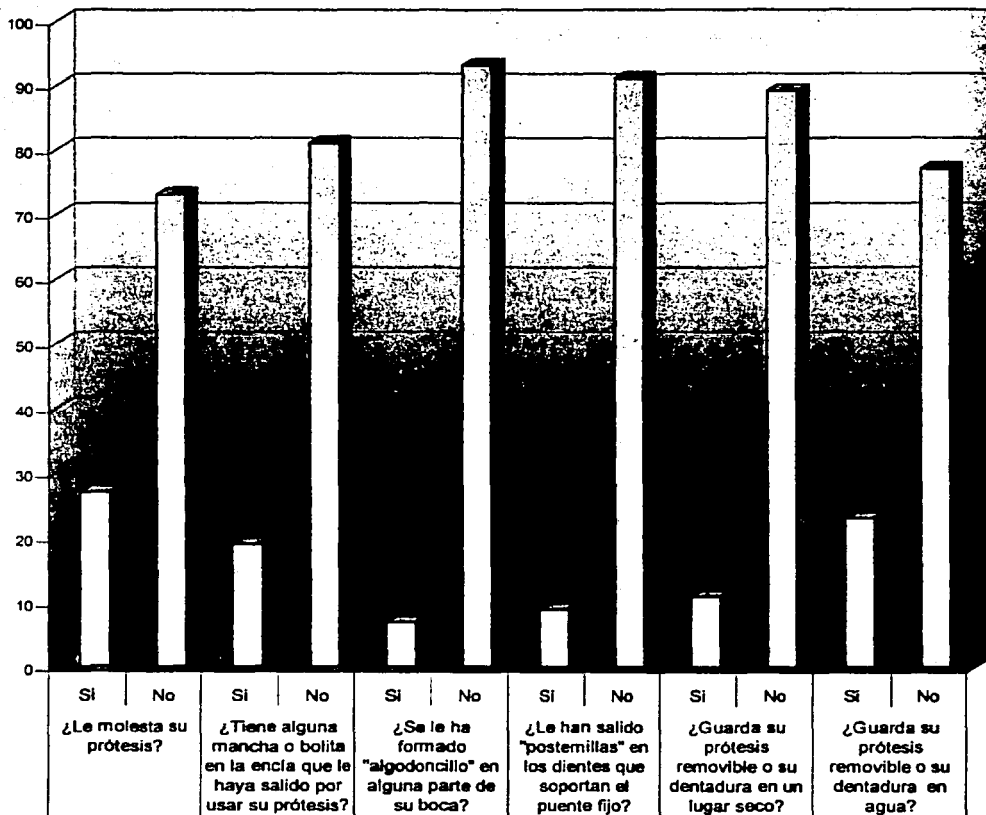
MANTENIMIENTO DE LAS PRÓTESIS DENTALES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

PROBLEMAS CON LAS PRÓTESIS DENTALES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 3
Folleto

Suma tus respuestas correctas:

Pregunta	Respuesta	Puntos	
1	a	1	<input type="checkbox"/>
2	a	1	<input type="checkbox"/>
3	b	1	<input type="checkbox"/>
4	c	1	<input type="checkbox"/>
5	c	1	<input type="checkbox"/>
6	b	1	<input type="checkbox"/>
7	a	1	<input type="checkbox"/>
8	a	1	<input type="checkbox"/>
9	a	1	<input type="checkbox"/>
10	c	1	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Total



De 1 a 3 puntos: Es importante que recuerdes todas las cosas que tengas sobre el cuidado, limpieza y mantenimiento de tu prótesis con tu dentista, pues nada mejor que él podrá ayudarte a conservarla en buen estado y mantener la salud de tu boca.

De 4 a 6 puntos: Tienes conocimientos sobre el cuidado de tu prótesis, pero hay algunas ideas que no son del todo ciertas. Acércalas cuanto antes con tu dentista para conservar tu prótesis y tu boca sana.

De 7 a 10 puntos: ¡Felicidades! En general conoces bien los procedimientos para el cuidado y mantenimiento de tu prótesis, esto no significa que deberás descuidarla; así como el cuidado de tu boca, sino que deberás seguir siendo constante para un mejor resultado.

No olvides que sin importar la puntuación que hayas obtenido, deberás acudir con tu dentista cada 6 meses (o antes si notas algo anormal en tu boca, o tu prótesis se rompe o desajusta), para una revisión completa.

Recuerda que existen varios productos en el mercado para el cuidado y limpieza tanto de tu boca como de tu prótesis (de venta en supermercados y farmacias). Consulta a tu dentista para saber cuáles te recomienda utilizar y cómo debes usarlos. No utilices sustancias que no te haya indicado porque puedes dañar tu prótesis y tu boca.

Anota aquí las recomendaciones que tu dentista te de:

Fecha de tu próxima cita: _____



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
UNAM



¿Te gustaria saber qué tan bien cuidas tu prótesis dental y tu boca?



Folleto informativa

Este cuestionario te indicará cuánto sabes sobre el cuidado, manejo y mantenimiento de tu prótesis dental. Contesta y encuentra al final las respuestas correctas y tu puntuación. - Elige la opción X

1. ¿Cuántas veces debo limpiar mi prótesis?

- A) Después de cada comida.
- B) Una vez a la semana es suficiente.
- C) Sólo antes de dormir.



2. ¿Con qué lavo mi prótesis?

- A) Con pasta dental y detergentes.
- B) Soluciones caseras o limón.
- C) Alcohol o agua oxigenada.



3. Además de estas sustancias, ¿puedo usar algún instrumento auxiliar?

- A) Cepillo dental de uso diario para dientes naturales y un paño.
- B) Cepillos especiales para prótesis e hilo dental.
- C) Cepillos y fibras de limpieza para el hogar.

4. ¿Cuándo debo cambiar mi prótesis?

- A) No es necesario cambiarla.
- B) Cada tres meses.
- C) Cuando ya no me sirva.



5. Si mi prótesis se rompe, ¿puedo repararla yo mismo?

- A) Si, con pegamento, alambre o cinta adhesiva.
- B) No importa que se rompa, la puedo seguir usando así.
- C) No, debo acudir con mi dentista.

6. ¿Es normal que tenga irritación, una bolita, una postemilla, una placa blanca o que se inflame mi encía por usar mi prótesis?

- A) Si, no hay ningún problema.
- B) No, al ver cualquier cambio en tu boca debes acudir al dentista.
- C) Si, pero con el tiempo se quita.

7. ¿Es normal que cambie de color o se manche mi prótesis?

- A) Si, es normal, y no hay problema.
- B) Si es normal, siempre ocurre al paso del tiempo.
- C) No, debes verificar lo que está pasando con tu dentista.

8. ¿Cada cuánto acostumbras acudir a tu dentista para revisión?

- A) Cada 6 meses.
- B) Sólo si algo me molesta.
- C) No es necesario ir a revisión.



9. ¿Debo usar agua caliente y un cepillo de cerdas duras o fibras para limpiar mi prótesis?

- A) No, debo usar agua templada y un cepillo de cerdas suaves.
- B) Si, pues ayuda a eliminar bacterias y la blanquea.
- C) No es necesario lavarla, la saliva la limpia.

10. ¿Debo quitarme mi prótesis removible?

- A) No.
- B) Si y guardarla en un lugar seco.
- C) Si y colocarla en un vaso con agua limpia.



Anexo 4

Imágenes

TABLA DE IMÁGENES

Figura 1 a: Presencia de placa dentobacteriana (pág.6).

Figura 1 b: Placa dentobacteriana teñida con pastilla reveladora para su detección (pág. 6).

Figura 2: Presencia de cálculo dental (pág. 8).

Figura 3: Varios tipos de cepillos convencionales (pág. 20).

Figura 4: Cepillo eléctrico recargable (pág. 21).

Figura 5: Cepillos interdentes de repuesto en diferentes formas y mangos para su uso (pág. 22).

Figura 6: Cepillo especial para prótesis removible parcial extensa o total (pág. 22).

Figura 7: Ejemplos de dos marcas comerciales de enjuagues bucales (pág. 23).

Figura 8: Presentación comercial de tabletas para elaborar depósitos (pág. 26).

Figura 9: Enhebradores comerciales para hilo dental (pág. 28).

Figura 10: Diversos hilos dentales disponibles en el mercado (pág. 29).

Figura 11: Irrigador dental disponible en el mercado (pág. 31).

FUENTES UTILIZADAS DE LA TABLA DE IMÁGENES

Figuras 1 a, 1 b, 2: [http:// www.periodontitis.net/sarro.htm](http://www.periodontitis.net/sarro.htm)

Figura 3: <http://www.periodontitis.net/placabacteriana>

Figura 4, 5 y 6: <http://www.oralb.com>

Figura 7: <http://www.warner-lambert.es>

Figura 8: <http://www.gsk.com.mx>

Figuras 9, 10 y 11: fotografías de las autoras.