

29
166



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AISLAMIENTO

T E S I S A

Que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

Gómez Ugalde Francisco Javier
López Hernández Juan Sebastián



FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

T E M A R I O

- 1) INTRODUCCION
- 2) HISTORIA
- 3) ASEPCIA E ANTICEPCIA
- 4) SALIVA
- 5) GLANDULAS SALIVALES
- 6) DEFINICION
- 7) AISLAMIENTO RELATIVO
- 8) AISLAMIENTO ABSOLUTO
- 9) TECNICA DE COLOCACION DEL DIQUE
- 10) CONCLUSIONES
- 11) BIBLIOGRAFIA.

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

Tenemos que tomar en cuenta que la saliva es de constante fluir en la cavidad oral por los diferentes conductos existentes en - boca, y que en ella se encuentran varias substancias orgánicas e inórgnicas, que nos traen alteraciones cuando el odontologo esta operando, las substancias inorgánicas pueden comprender; - sales, iones, cloruros, etc., existentes en el organismo e ingridos con los alimentos, quedando estos residuos en boca, estos nos traeran alteraciones o cambios en los diferentes materiales utilizados en odontologia, (mal adhesión, cambios en la extruc-tura, alteración en los tiempos de fraguados o endurecimiento, - expansión en amalgamas y otros materiales) de las substancias - orgánicas, encontraremos substancias ingeridas o que el mismo - cuerpo elabora como son la ptalina, enzimas, etc., que también traeran variación en los materiales, tenemos que considerar tanbién la gran variedad de microorganismos que existen en la boca, causantes de enfermedades, por lo tanto se deberá operar en campo seco y aseptico, para tener un mejor resultado, esto lo logra remos aislando el campo operatorio.

HISTORIA.

En el siglo XIX es cuando se logran avances importantes y empieza a florecer el conocimiento científico; con el gran adelanto de la industria química se impulsó el desarrollo de la medicina a mediados del siglo en que terminaron los sistemas médicos, y las enfermedades se empezaron a considerar como procesos físico-químico. Nacieron así la higiene, bacterología y métodos de tratamiento, en Suecia, Alemania, Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica. En estos países empieza a haber un gran despegue, en cuanto a conocimientos y habilidades; por otra parte, a finales de siglo el Profesor Willoughby Dayton Miller (1853-1907) - desarrolla por primera vez una teoría de asepsia y antiseptica - en la que la denomina Bacterología Dental.

Con el adelanto de la bacteriología en la segunda mitad del segundo siglo XIX, se hizo un adelanto real y el descubrimiento de que muchas enfermedades comunes eran originadas por formas específicas de vida bacteriana, y en 1880 Kock de Berlín, desarrolla métodos de aislamiento de microorganismos, determinando su relación causal con enfermedades específicas, así después el químico Pasteur en forma concluyente demuestra que no existe la generación espontánea; que la vida sea de la vida, y que las bacterias eran responsables de la putrefacción y la fermentación, el Profesor Erdl en 1843 y Freinus, médico de Dresde Inglaterra en 1847, - fueron los primeros en adelantar el concepto de que los microorganismos eran la causa etiológica de la caries dental y nos dan una serie de avances en lo que después influiría a otras personas a pen

sar, diseñar, y construir los métodos de aislamiento.

Es por eso que en el año de 1850, el Doctor Dwinelle se preocupa por el aislamiento del campo operatorio de la saliva; emplea cera y luego yeso alrededor del diente. Robert Artur de Baltimore en 1854 inventó el aspirador de saliva. En el año de 1874 Cofferdman presentó la tela o goma de dique como aislante del campo operatorio, simultáneamente con los doctores Larroche y Barnum.

S.C. Barnum de New York (1838-1885) señaló por primera vez la aplicación del dique de caucho para evitar la saliva en el campo operatorio el 13 de mayo de 1864, Sus colegas americanos, grandes orificadores en ese tiempo, para quienes la saliva era una constante pesadilla, le regalaron una suscripción de 5,000.00 dolares y una medalla de oro en agradecimiento.

Es así como se va perfeccionando a principios de siglo por casas comerciales las técnicas y materiales de aislamiento por las casas S.S. White E Ivory principalmente.

3.- ASEPCIA E ANTISEPCIA.

Los orígenes de Aseptica e Antiseptica se remontan al siglo XVIII cuando la mortalidad era de 90% aproximadamente por infecciones. Al desconocer la bacteriología, la cirugía era sucia, ello era revelado por las levitas de calle que usaban los cirujanos, llenas de pus y sangre, desecados, quedando acartonadas por el uso; cuanto más dura era la levita, mayor por consiguiente, la sucia experiencia del cirujano que la llevaba. Esta situación perduró hasta que el químico Luis Pasteur descubrió que las bacterias producían putrefacciones y fermentaciones, y el gran José Lister (1827-1912) guiado por las revelaciones de Pasteur (1822-1895), concibe en 1867 la idea de aplicar ese concepto a la cirugía y nace la cirugía aseptica descendiendo el índice de mortalidad, dándose con eso un mejor concepto al cirujano que era rápido, sino el que evitaba la infección.

La importancia de la aseptica oral y de la infección focal tuvo su primera revelación en 1911, en que William Hunter llama la atención de la profesión sobre el peligro de los dientes infectados.

Ello fue corroborado por Rosenov en 1917, el Doctor Noyes y Mayo en 1917 y Billings en 1921, Al entrar al siglo XX, se relegan anticuados conceptos terapéuticos y se concentra la enfermedad como una serie de reacciones orgánicas influidas por el medio externo e interno, y se orienta la terapia hacia la utilización y ayuda de las defensas naturales, orgánicas, la quimioterapia de Eherlich se continua en la aparición de las sulfamidas, merced de los descubrimientos de los antibacterianos en los años de 1929- - 1939- 1944-1949. Siendo importante en la odontología la existencia

del antibacteriano llamado tirotricina. En estos años se empieza a definir la antiseptia que se denomina como la práctica de todas aquellas medidas y precauciones que conjuran o combaten la infección destruyendo los respectivos microbios patógenos. Mientras - que asepsia es la total ausencia de microorganismos patógenos.

4.-SALIVA.

Es un líquido incoloro, de reacción alcalina, ligeramente apalecente, filante y espumoso que resulta de la mezcla de las secreciones de los tres pares de glándulas salivales (parotidas, submaxilares, sublinguales)

Las secreciones salivales son de dos tipos: 1.-Secreción serosa; es una solución clara que contiene la enzima digestiva ptialina y 2.-Secreción mucosa; es una solución viscosa, gruesa que contiene moco. La secreción de la parotida es serosa, como mucosa, y la de sublingual solo mucosa. Las propiedades lubricantes y aditivas del moco facilitan la masticación, la formación del bolo y la deglución.

5.-GLANDULAS SALIVALES.

Son tres pares: parotida, submaxilar, y sublingual, La parótidas estan localizadas detrás de la rama maxilar inferior, por delante y por debajo de la oreja. El conducto parotideo se abre frente al segundo molar superior. Cada glandula submaxilar esta localizada en el suelo de la boca, cerca del ángulo de la mandíbula. El conducto sub-maxilar se abre a cada lado del punto en que el frenillo se incerta en la lengua. La glándula sub-lingual se encuentra debajo de la mucosa del suelo de la boca, exactamente a los lados de la lengua. Varios conductos sublinguales se abren cerca de la lengua o el conducto submaxilar.

6) DEFINICION.

AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.

Son los medios por los cuales vamos a tratar de conservar un medio seco y lo más aseptico que se pueda para el manejo en cavidad oral.

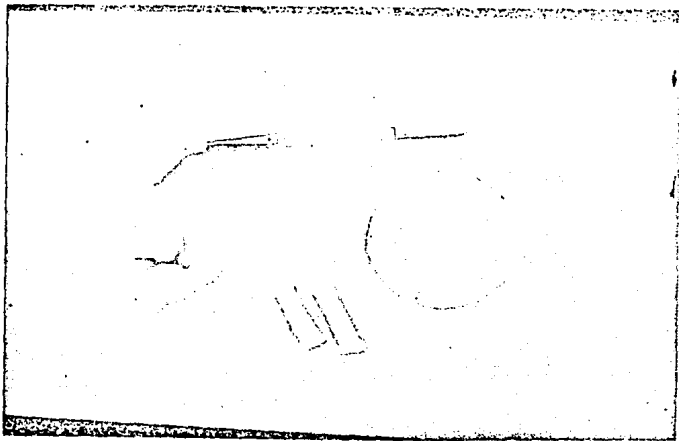
Se divide en dos: Relativo y absoluto.

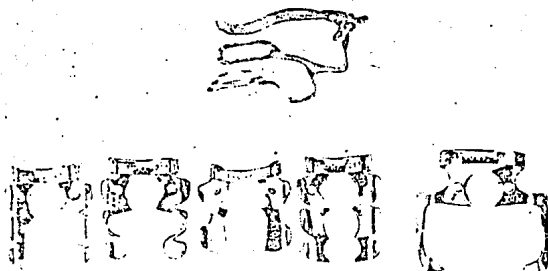
Relativo: impide el arribo de saliva a la zona de operación, pero queda directamente con el ambiente de la cavidad bucal (humedad, calor, respiración).

Absoluto: cuando queda aislado totalmente a la cavidad oral y queda en contacto con el ambiente de la sala de operaciones.

7). AISLAMIENTO RELATIVO

ESTO SE HACE CON MEDIOS ABSORVENTES, COMO PUEDEN SER ALGODON, EN FORMA DE ROLLOS, ANTIGUAMENTE SE UTILIZABAN SERVILLETAS DE TELA DE HILO, P RO ESTAN EN DESUSO POR SU DIFICIL MANEJO Y POCA EFEC TIVIDAD, LOS ROLLOS DE ALGODON ACTUALMENTE SON LOS QUE MAS SE UTILIZAN, ESTOS PUEDEN SER COMPRADOS O HECHOS POR EL PROPIO ODO^N TOLOGO, FIG.X

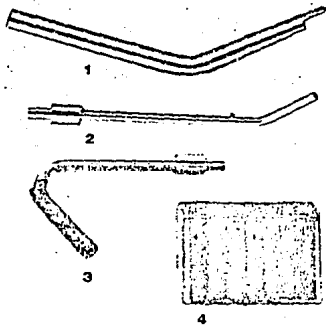




TAMBIEN SE HAN HECHO DISPOSITIVOS ESPECIALES PARA SUJETAR LOS ALGODONES, ENTRE ELLOS TENEMOS DE ACERO Y DE ALAMBRE Y DE PLASTICO, ESTOS ULTIMOS DESECHABLES. ESTAS GRAPAS O CLAMPS SE FIJAN AL CUELLO DE LOS DIENTES Y POR EL OTRO EXTREMO SUJETA EL ALGODON, OTROS APARATOS TAMBIEN INMOVILIZAN LA LENGUA Y SON FIJADOS AL MENTON CON ALETAS BUCALES (AUTOMATON DE EGGLEER, DISPOSITIVO DE IVORY) FIG XX

AISLANTES DE GOMA, ESTOS ELEMENTOS SON HECHOS DE UN MATERIAL ELASTICO QUE PUEDEN SER DE RESINAS NATURALES O SINTETICAS (CAPSULA DE DENHAN, AISLADORES DE CRAIGO), LOS CUALES SE PERFORAN EN SU BASE Y SE COLOCAN EN EL DIENTE A TRATAR, EN LA ACTUALIDAD ESTAN EN DESUSO.

ASPIRADORES DE SALIVA, ESTOS TIENEN COMO FINALIDAD EVACUAR LA SALIVA, PARA IMPEDIR SU ACUMULACION, LOS HAY DE DIFERENTES MATERIALES, METALICOS, DE VIDRIO, DE PAPEL, Y DE PLASTICO, FIG.XXX.



5



6



8



9A

9B

9C

9D

FIG xxx

8) AISLAMIENTO ABSOLUTO.

PARA EL LOGRO DE ESTE FIN SON INDISPENSABLES VARIOS INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

GOMA DIQUE.-EXISTEN EN EL MERCADO DE DIFERENTE ESPESOR (DELGADA, GRUESA, MEDIANA) LA MÁS USADA ES LA MEDIANA, DE DIFERENTE COLOR (NEGRO, AMARILLO, CASTAÑO, OSCURO, ETC.) FIG. A

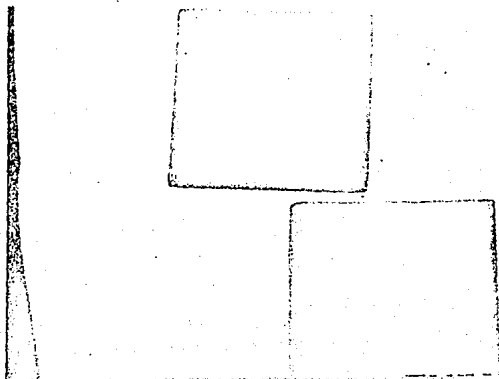
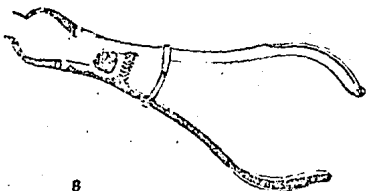


FIG.
A

PORTACLAMPS.-SE UTILIZAN PARA ABRIR LA GRAPA O CLAMPS Y LLEVARLA AL CUELLO DE LOS DIENTES. FIG... B

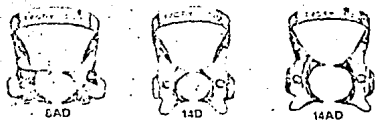


B

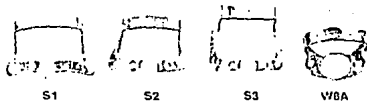
CLAMPS O GRAPAS.-SON ARCOS DE ACERO CON ABRAZADERAS HORIZONTALES, QUE SE AJUSTAN AL CUELLO DE LOS DIENTES, EXISTEN VARIAS FORMAS Y TAMAÑOS, PARA LAS DIFERENTES PIEZAS DENTALES. FIG... C

Fig... C

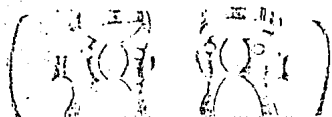
DISTAL EXTENSION CLAMPS



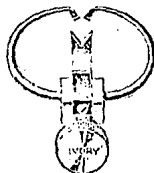
SCHULTZ CLAMPS



CHEEK/TONGUE RETRACTOR CLAMPS

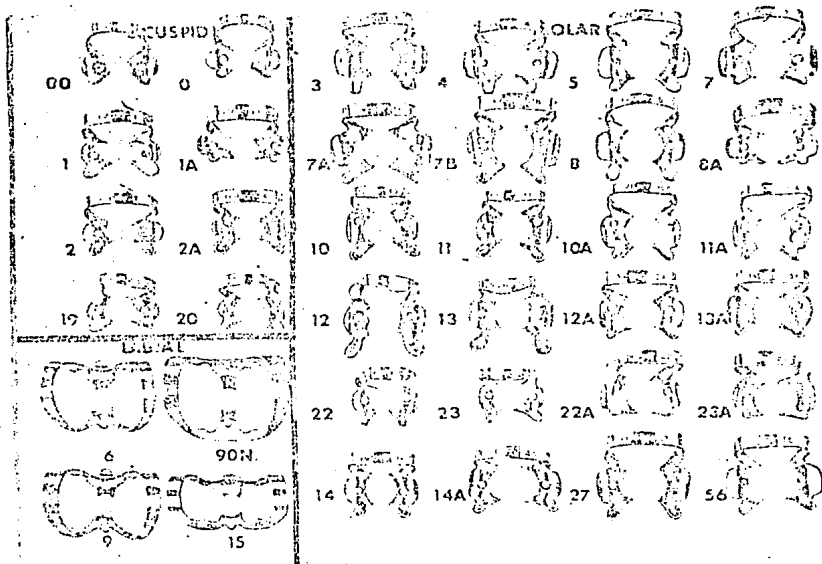


HATCH CERVICAL CLAMP

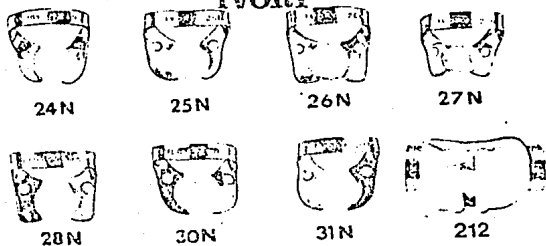


RUBBER DAM CLAMPS

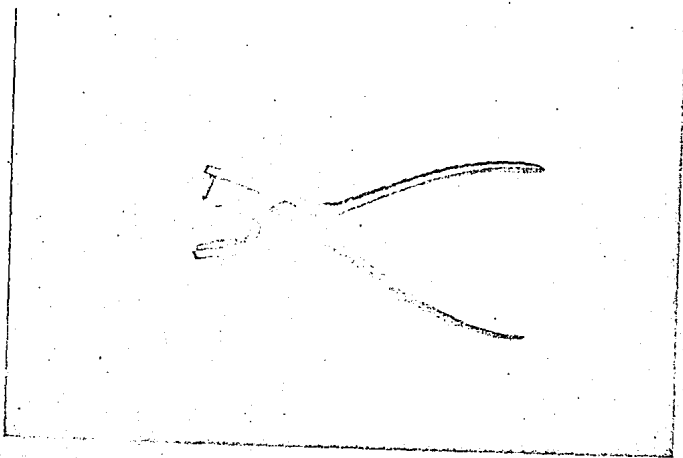
The clamps shown on the board below are "regular" clamps that have "wings". The same clamps are all available "wingless" and may be ordered by preceding the desired number with a "W".



IVORY



PERFORADOR DE DIQUE.-SE UTILIZA PARA PERFORAR, TIENE DIFERENTES DIAMETROS PARA REALIZAR LA PERFORACION, ESTO LO LOGRAREMOS POR LA PLATINA GIRATORIA EN LA CUAL ESTAN LOS ORIFICIOS CON LOS DIFERENTES DIAMETROS.



PORTA DIQUE.--SE UTILIZA PARA SOSTENER EL DIQUE EN TENSION, POR DELANTE DE LA CAVIDAD, EXISTEN DE DOS TIPOS ARCO DE N. OSTBY, FIG. X Y EL ARCO DE YOUNG FIG.XXXX. SIENDO ESTE ULTIMO EL MAS UTILIZADO EN LA ACTUALIDAD.

Fig X

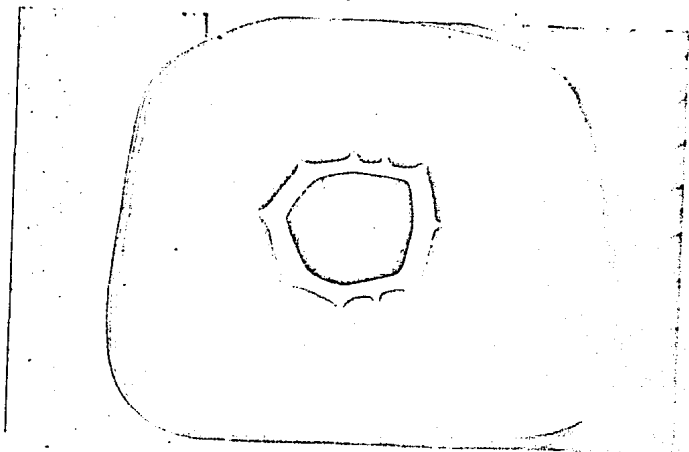
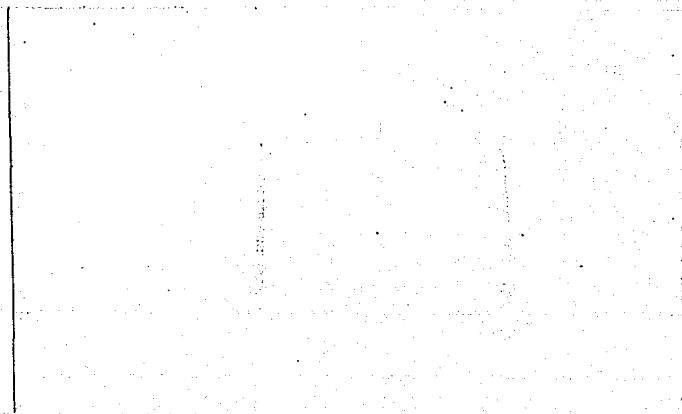
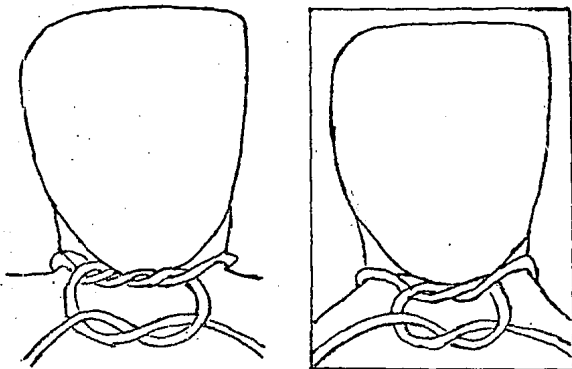


Fig. XXXX



HILO DE SEDA DENTAL.- ESTE SE UTILIZA PRIMERAMENTE PARA ELIMINAR RESTOS ALIMENTICIOS, NOS AYUDA TAMBIEN A PASAR LA GOMA DIQUE, OTRA UTILIDAD ES LA DE NO PERMITIR QUE LA GOMA DIQUE SE REGRESE DEL CUELLO DE LOS DIENTES, ESTO LO LOGRAREMOS HACIENDO UNOS AHARRES POR ARRIBA DE LA GOMA DIQUE, SUJETANDO DICHS AHARRES AL CUELLO DE LOS DIENTES. FIG. E

FIG.E



LUBRICANTES. SE UNTA JUNTO A LAS PERFORACIONES DEL DIQUE DE GOMA PARA FACILITAR SU ENTRADA, ENTRE LOS DIENTES, O EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS.

9.-TECNICA OPERATORIA PARA LA COLOCACION DEL DIQUE DE HULE.

PERFORACION DEL DIQUE.-Es importante elegir bien el tamaño de la perforación, ya que una perforación grande no ajustará perfectamente en el cuello del diente y permitirá la entrada de saliva, si la perforación es pequeña el dique podría desgarrarse.

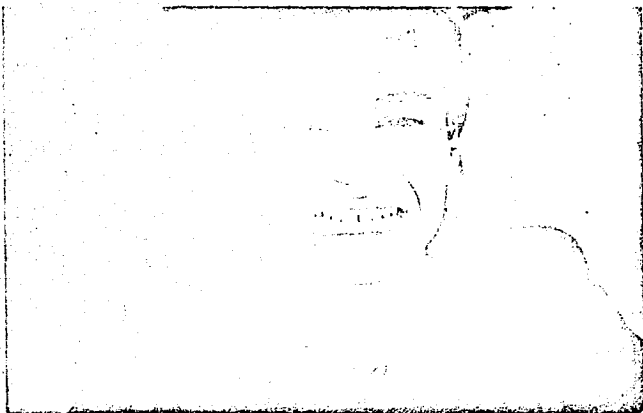
UBICACION DE LA PERFORACION.-La perforación del dique debiera tener la forma y características de la arcada, esto es que nos quede cada perforación que hagamos en el sitio adecuado, también deberá tener las perforaciones a una distancia que permita cubrir sin molestias la comisura labial y parte de las mejillas, teniendo una buena técnica de perforación del dique cubriremos los labios y no obstruiremos las fosas nasales.

METODOS PARA LA UBICACION DE LA PERFORACION.

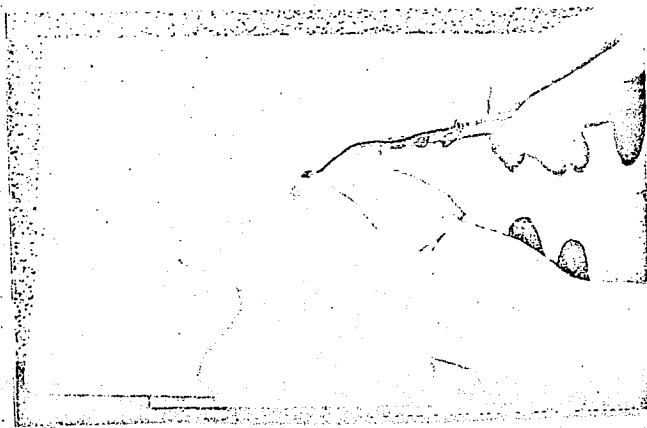
A CONTINUACION DESCRIBIREMOS 3 TECNICAS PARA PERFORAR NUESTRO DIQUE DE HULE.

1).-Se tomará una mordida en una lámina de cera, posteriormente se centrará la mordida sobre el dique de hule, para realizar las perforaciones en el centro de cada cara triturante o borde incisal del diente a tratar, se tomara una distancia de 25 mm. entre el borde del incisivo central superior o de 35 mm del incisivo central inferior al borde superior del dique y de 45 mm entre los segundos molares y el borde lateral del dique, tomando en cuenta que la medida ideal del dique es de 160 mm. por 160 mm. Fig... F

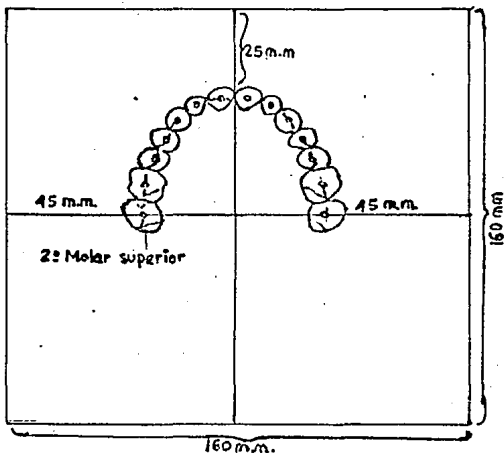
Fig.F



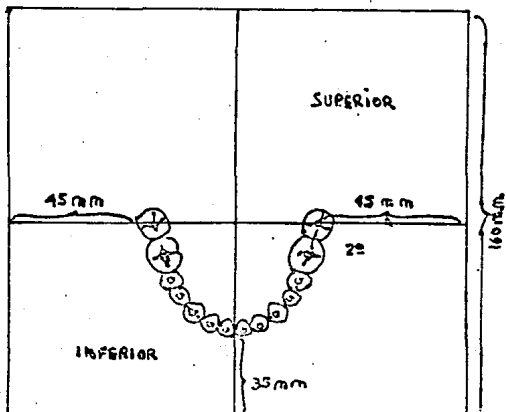
2) OTRA FORMA SERIA HACER QUE EN UN DIQUE DE HULE EL PACIENTE MUEVA, Y ASI LOS DIENTES QUEDAN MARCADOS EN EL DIQUE, PARA POSTERIORMENTE HACER LOS ORIFICIOS CON LA PERFORADORA.



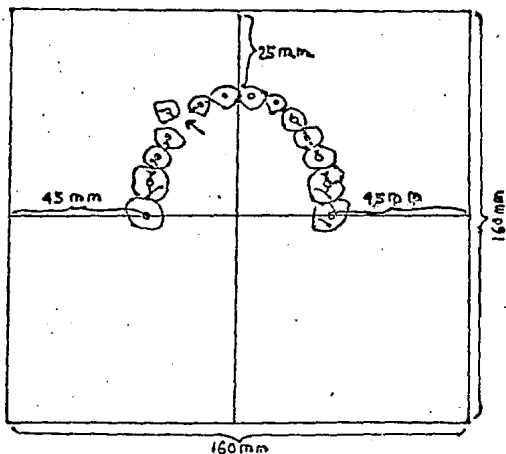
3).-SOBRE EL DIQUE DE HULE MARCAREMOS DOS LINEAS PERPENDICULARES, PARA QUE EN ESTA FORMA QUEDE DIVIDIDO EN CUATRO PARTES IGUALES: PARA EL MAXILAR SUPERIOR DIBUJAREMOS UNA LINEA CURVA COMO SI FUERAMOS A DIBUJAR UNA ARCADA, SITUAREMOS LOS INCISIVOS SUPERIORES A 25 MM DEL BORDE SUPERIOR DEL DIQUE Y 45 MM ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL BORDE LATERAL DEL DIQUE.



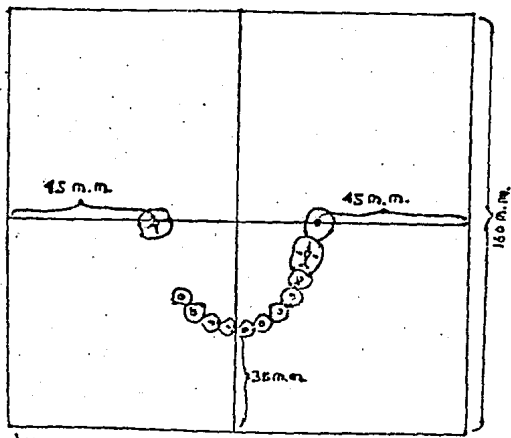
PARA EL MAXILAR INFERIOR CAMBIARAN A 35 MM DE LOS INCISIVOS CENTRALES AL BORDE INFERIOR DEL DIQUE LOS MOLARES TENDRAN LA MISMA DISTANCIA, ESTO ES DE 45 MM HASTA EL BORDE LATERAL DEL DIQUE.



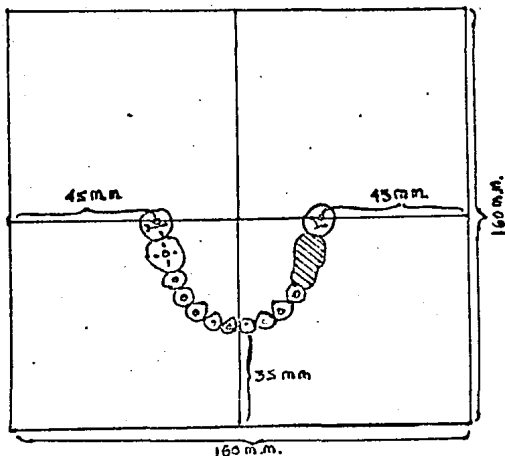
CUANDO UN DIENTE O VARIOS ESTAN FUERA DE LA LINEA LA PERFORACION SE HARA TAMBIEN FUERA DE LA LINEA.



SI FALTARA UNA PIEZA DENTARIA, AL HACER LAS PERFORACIONES SE DEJARA EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.



SI EL PACIENTE ES PORTADOR DE UNA PROTESIS FIJA, TAMBIEN SE DEJARA EL ESPACIO CORRESPONDIENTE, SIN PERFORAR.



PASOS PREVIO Y POSTERIORES AL AISLAMIENTO

ESTOS PASOS SERAN ANTES DE REALIZAR CUALQUIER MANIOBRA PARA LA COLOCACION DEL DIQUE.

1). EXTIRPAR EL SARRO DE LOS CUELOS DE LOS DIENTES

2). PASAR UN HILO DENTAL

A.- NOS SIRVE PARA TENER UNA IDEA DEL ESPACIO Y ASI SABER SI EL DIQUE PASARA FACILMENTE

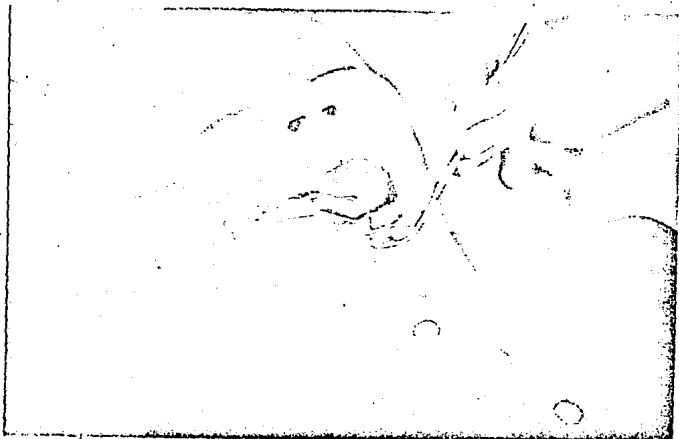
B.- LIMPIAR LOS RESTOS SABURRALES O ALIMENTICIOS

C.- COMPROBAR SI EXISTEN BORDES CORTANTES, PARA ALISARLOS

3) EN PACIENTES MUY SENSIBLES, USAR CREMA, SPRAY, ANESTESICO O INCLUSO ANESTECIAR REGIONALMENTE.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 4) LAVAR Y ATONIZAR LAS ENCIAS
- 5) PROBAR EN EL DIENTE EL CHAPS, PARA VER SI ES EL INDICADO Y COMPROBAR QUE ESTE NO ESTE MUY CORTO O GRANDE.



6) PERFORAR EL DIQUE

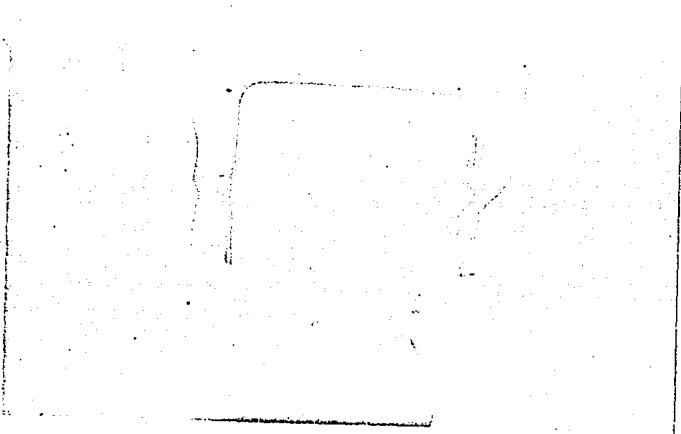
POSTERIORMENTE AL AISLAMIENTO ES NECESARIO:

- 1.-OBSERVAR LOS TEJIDOS GINGIVALES, PARA ELIMINAR CUALQUIER CUERPO EXTRANO QUE SE HUBIERA ALOJADO (DIQUE DE HULE, HILO DENTAL, MEDI CEMENTOS, ETC.)
- 2.-LAVAR Y ATONIZAR LA ENCIA
- 3.-SI LA ENCIA FUE TRAUMATIZADA PONER UN ANTISEPTICO.

TECNICAS DE AISLAMIENTO.

EXISTEN VARIAS TECNICAS DE AISLAMIENTO, PODEMOS DECIR QUE UNA ES CON LA AYUDA DE LOS CLAMPS Y OTRA CON HILO DENTAL DE SEDA, PERO PARA ALGUNOS AUTORES LA UTILIZACION DEL HILO DE SEDA ES SOLO UN COMPLEMENTO O AYUDA AL CLAMPS. EL CLAMPS BRINDA UN CAMPO OPERATORIO MEJOR QUE EL HILO, YA QUE EXTIENDE UN POCO EL DIQUE Y ASI TENEMOS UN MEJOR VISION, ADEMÁS ES MÁS FACIL SU COLOCACION.

*AISLAMIENTO DE UN SOLO DIENTE DESDE INCISIVOS A PREMOLARES.
PRIMERAMENTE EL DIQUE SE COLOCA EN EL ARCO.*



*SIN MUCHA TENSION PARA FACILITARNOS SU COLOCACION, SE TOMARA EL -
CLAMPS CON EL PORTA-CLAMPS CON CIERTA TENSION PARA QUE NO SE NOS
CAIGA.*

TAMBIEN PODEMOS PONER EL SEGURO QUE TRAE EL PORTA-CLAMPS, CON LA OTRA MANO LLEVAMOS EL DIQUE A LA BOCA E INSERTAREMOS NUESTRA PERFORACION EN EL DIENTE, PARA POSTERIORMENTE COLOCAR EL CLAMPS.



AISLAMIENTO DE VARIOS DIENTES ANTERIORES.

ESTE AISLAMIENTO POR LO GENERAL LO REALIZAMOS EN CANINO O DE PRENOLAR A PRENOLAR, YA QUE ESTAS PIEZAS DENTARIAS TIENEN LA CARACTERISTICA DE TENER UN CUELLO MAYOR QUE LOS CENTRALES O LATERALES, TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES, POR LO TANTO SUJETARAN CON MAYOR FACILIDAD EL CLAMPS; UNA VEZ QUE EL DIQUE TIENE SUS PERFORACIONES LO COLOCAMOS EN EL ARCO, TRATANDO DE QUE NO TENGA MUCHA TENSION PARA EVITAR QUE ESTE SE NOS DESGARRE, PONDEREMOS LUBRICANTE EN CADA PERFORACION PARA ASI FACILITAR LA ENTRADA HASTA EL CUELLO DEL DIENTE, TAMBIEN PODEMOS AYUDARNOS CON EL HILO DE SEDA, ESTE LO PASAREMOS POR LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS Y ASI AYUDAREMOS AL DIQUE A LLEGAR HASTA EL CUELLO. PODEMOS TAMBIEN HACER UN ANARRE O NUDO DEL MISMO HILO DENTAL, CON EL FIN DE QUE NUESTRO DIQUE SE NOS SALGA DEL CUELLO DE LOS DIENTES.

LOS EXCEDENTES DEL HILO DENTAL SE CORTARAN, SE COLOCARAN LOS CLAMPS A CADA PIEZA DENTARIA, YA SEA EN LOS CANINOS O EN LOS PREHOLARES, PERDIENDO QUE PIEZAS HUBIERAMOS ELEGIDO. AQUI TENEMOS LA NECESIDAD DE

UTILIZAR DOS CLAMPS PARA CADA DIENTE, DONDE TERMINAN NUESTRAS PERFORACIONES.

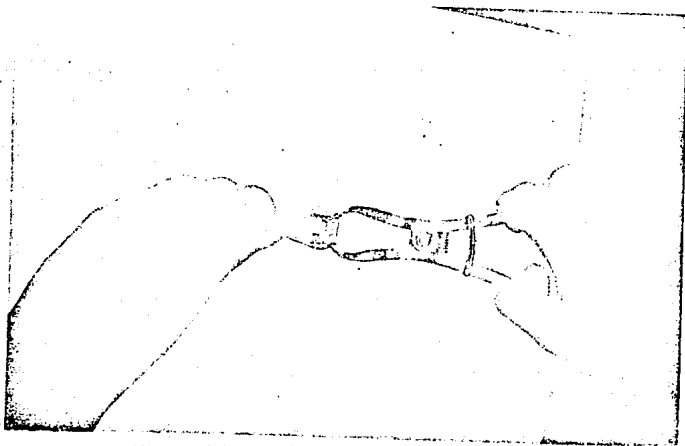
AISLAMIENTO DE UN SOLO DIENTE POSTERIOR.

AQUI TENEMOS TRES TECNICAS PARA EL AISLAMIENTO DE LOS DIENTES:

- A).-EL DIQUE ES LLEVADO JUNTO CON EL CLAMPS.
- B).-PRIMERO SE COLOCA LA GOMA Y DESPUES EL CLAMPS.
- C).-PRIMERO SE COLOCA EL CLAMPS Y DESPUES LA GOMA.

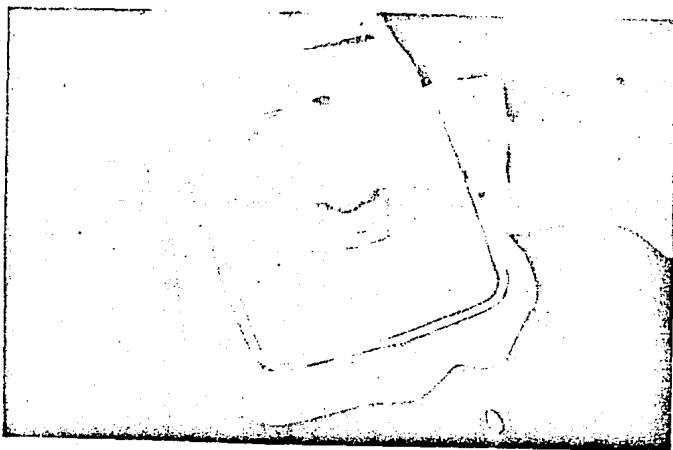
EL DIQUE ES LLEVADO JUNTO CON EL CLAMPS.

EN ESTA TECNICA LO PRIMERO SERA COLOCAR EL DIQUE EN EL CLAMPS, PARA ESTO CON LOS DEDOS ABRIREMOS EL ORIFICIO HECHO CON LA PERFORADORA E INTRODUCIREMOS EL CLAMPS, PRIMERO METEREMOS UNA DE LAS PATAS DE LA GRAPA Y LUEGO LA OTRA, TENEMOS QUE TENER CUIDADO DE QUE LOS DEMAS ORIFICIOS DEL DIQUE NOS QUEDEN DIRIGIDOS HACIA MESIAL DEL DIENTE EN DONDE COLOCAREMOS NUESTRA GRAPA CON EL PORTACLAMPS, TOMAREMOS NUESTRO CLAMPS JUNTO CON EL DIENTE Y LO DIRIGIREMOS AL DIENTE.



PARA ESTO NECESITAMOS QUE CON LA UN MANO TOHEKOS EL PORTACLAMPS Y CON LA OTRA JALAREKOS LIGERAMENTE EL DIENTE PARA PONERLO PARALELAHENTE - CON EL PORTA CLAMPS Y PONER LA GRAPA EN EL DIENTE, DESPUES INTRODUCI REROS EL DIQUE EN CADA DIENTE HASTA TERMINAR EN EL LADO OPUESTO DE - LA ARCADA, PARA COLOCAR OTRA GRAPA.

TAMBIEN PODEKOS AYUDARNOS CON EL HILO MENTAL PARA LA INTRODUCCION DEL DIQUE A LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, A CRITERIO DEL OPERADOR PODRA HACER ANARRE CON HILO DENTAL EN CADA CUELLO O LAS PARTES CON MAYOR DIFI- CULTAD, FINALMENTE SE COLOCARA EL ARCO.



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

La cavidad bucal es un área muy difícil de trabajar, - debido a las diferentes partes anatómicas que la componen. La visibilidad y el acceso son obstaculizados por los carrillos y la lengua. La naturaleza, cantidad y contenido de la saliva; así como la posición y grado de daño cariogénico de las piezas dentales nos determina como deben de ser los mecanismos y técnicas a desarrollar en el aislamiento de la (s) piezas dentales a trabajar.

Sabemos que el flujo de la saliva se activa en la visita dental y por lo cual tenemos que trabajar en condiciones más difíciles. A lo largo de nuestra vida profesional tenemos que enfrentarnos a la forma anatómica de la cavidad oral; la visibilidad y el acceso son obstaculizados por los carrillos y la lengua, dando como consecuencia dificultad para trabajar. La naturaleza y contenido de la saliva también complican las técnicas operatorias.

Con los métodos de aislamiento de una forma u otra debemos evitar que la saliva entre en contacto con las piezas dentales, es por eso, que debemos tener comprendidos diferentes aspectos médicos, así como para obturar o restaurar las piezas dentales adecuadamente, es necesario tener un campo de trabajo ideal. En las operaciones médicas se habla acerca de que un campo de trabajo adecuado es aquel que esta completamente limpio de bacterias, y de todo tipo de contaminantes.

El campo es aislado y lavado antes de la operación para proporcionar un ambiente casi esteril; en nuestra profesión las

piezas dentales deberan estar limpias, libres de bacterias y totalmente secas, antes de nuestro trabajo de reducci3n dental, curaci3n, obturaci3n y cementaci3n, o cual fuere el caso particular, - si se establecen y conservan estas condiciones ideales de aislamiento de las piezas dentales. La preparaci3n de la cavidad se convierte en un procedimiento quir3rgico. Es necesario comprender que las piezas dentales son estructuras importantes para la salud general del paciente. La asepsia es tan importante en la odontologia - que el invento del dique de hule vino a ayudar no solo a evitar - la saliva en el campo operatorio, sino que aisla completamente el diente del medio ambiente septico que es la boca.

Es por eso que el dique de hule se convierte en el m3todo ideal y aceptable para elaborar nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFIA

DISTURBIOS MÚSDICO - TENDI

EDITORIAL TRILCE 28 PÁGINAS
PAG. 340.

ANATOMIA Y FISILOGIA BUCALES

JACOB FRÉCONTE LOSOW.

EDITORIAL INTERAMERICANA
180 PÁGINAS. PAG. 555,
145, 448, 483, 523, 516,
146.

HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA

SALVADOR LERMAN .

EDITORIAL MUNDT 36. PAG.
Pags. 327, 383, 428, 147,
153, 218, 163, 116.

ODONTOLOGIA OPERATORIA

H. WILLIAM GILMORT.
MELVIN R. BRUND.

EDITORIAL INTERAMERICANA
PAGE. 157, 158, 159, 160,
193.

OPERATORIA DENTAL

ARALDO ANGEL RITACO.

EDITORIAL MUNDT 36. PAG.
Pags. 111, 118.