



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**IMPORTANCIA DE LAS RESTAURACIONES LIMITADAMENTE  
INVASIVAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

BEATRIZ GARCÍA SOLÍS

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, D.F.

2015



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.



## AGRADECIMIENTOS

**A MIS PADRES,** *por haberme brindado todo su cariño y apoyo, hoy se ve reflejado y gracias a ustedes he cumplido una de mis metas. Gracias mamá y papa, por no abandonarme nunca, pero sobre todo por creer en mí, aun cuando a veces ni yo misma lo hacía. Por su apoyo incondicional y su constancia eterna, sin pedir nada a cambio, más que mi felicidad.*

A  
n  
g  
E v o d i o  
l  
i  
n

**F A M I L I A**

l  
e  
j  
a  
n  
d  
R o m á n  
a

**A mis hermanos Ale y Román** *por el apoyo incondicional y por ser parte de mi vida diaria.*



**A mis sobrinas Dulce y Ale,** *por llenar mi corazón de amor y paz,  
por hacer que mi vida este llena de alegría. Y convertir los tiempos pesados en ligeros.*

D                    P A c i e n c i a  
e  
d                    p  
  
V   I   C   T   O   R  
  
c                    y  
a                    o  
c  
i  
ó  
n

**A Victor Manuel Lobato** *por su apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado en las buenas en las malas y en las peores por ser la mejor compañía, por cada palabra de aliento y por cada porra para cumplir esta meta. Hoy se ve reflejado todo nuestro esfuerzo Gracias por creer en mi. F.E.A.M.O.*

**A la C.D. María Elena Nieto,** *por todo el apoyo y dedicación, por cada minuto, por cada palabra, por cada consejo. Agradezco su tiempo y confianza ya que sin ella, no se hubiera concretado este trabajo.*



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
OBJETIVO	7
1. CONCEPTOS	8
1.1 Salud	8
1.2 Educación para la Salud	9
1.3 Prevención	9
1.4 Restauración dental	10
1.4.1 Restauración limitadamente invasiva	10
2. NIVELES DE PREVENCIÓN	11
2.1 Clasificación	12
2.1.1. Prevención primaria	12
2.1.2. Prevención secundaria	13
2.1.3. Prevención terciaria	15
3. RECONSTRUCCIÓN	18
3.1 Materiales de Restauración	18
3.1.1 Selladores de foseas y fisuras	18
3.1.2 Restauraciones con amalgamas, cemento de ionómero de vidrio, resinas e incrustaciones	20
3.2 Cavidades	24
4. RESTAURACIONES LIMITADAMENTE INVASIVAS	27
4.1 Ameloplastía	30
4.2 Restauraciones preventivas de resina	32
5. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	33
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45



## INTRODUCCIÓN

La salud es un componente indispensable en la armonía de todos los individuos, la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar, aunque ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia este concepto sigue vigente hasta hoy en día.

La mayoría de los autores señalan que la promoción de la salud es cualquier combinación de actividades educativas, psicológicas, económicas y ambientales que apoyan los comportamientos que conducen a mejorar la salud, o capacita a los individuos para aprovechar las ventajas de las medidas y los servicios preventivos.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud.

En la actualidad es importante destacar que la caries dental es una de las enfermedades orales con mayor incidencia en la población, desde hace tiempo se ha mostrado gran interés en su etiología y evolución. Hay que señalar que para evitar las enfermedades existen tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, a su vez las anteriores presentan subdivisiones. La prevención primaria se divide en promoción de la salud y protección específica, la secundaria en diagnóstico y tratamiento temprano y por último la terciaria que nos habla de rehabilitación del daño y restablecimiento de la función.



En el presente trabajo se señala principalmente la importancia que tienen las restauraciones limitadamente invasivas en educación para la salud, ya que esta estrategia comprende todos los niveles de prevención, en ella se señala la información que deben tener los padres y pacientes para que de manera oportuna se lleve a cabo una acción preventiva, evitando así un daño mayor con consecuencias en la salud y armonía de las personas.



## OBJETIVO

Proporcionar información a los estudiantes sobre Promoción y Educación para la Salud Oral, implementando estrategias y herramientas que garanticen la conservación de la salud bucodental y así lograr un estilo de vida más saludable.



# 1. CONCEPTOS

## 1.1 Salud

La salud se considera como un componente indispensable del bienestar de los seres humanos. La OMS la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar. En ella se incluyen los diferentes elementos que conforman al ser humano, y se reconoce el componente social como parte esencial de la salud.<sup>1</sup>

En 1945 Stampar presenta su concepto de salud, donde concibe al ser humano de una forma integral, así es reconocido y aceptado por la OMS: “la salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad o achaque”. Aunque esta definición es tomada como punto de referencia en su momento, también es criticada por dos razones, la primera de ellas es que iguala bienestar con salud y la segunda es la utilización de la palabra completo dándole a la salud una apreciación de algo absoluto y utópico.<sup>1,2</sup>

Milton Terris con el fin de corregir los defectos anteriormente mencionados, define a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”. Basándose en la idea de que la salud tiene dos extremos: uno subjetivo, sensación de bienestar y otro objetivo, la capacidad de funcionamiento, incluyendo con esto la posibilidad de medir el grado de salud.<sup>1</sup>



La salud bucodental es parte importante de la salud integral, puesto que si se sufre de algún padecimiento oral, se verá afectada la salud en general, prueba de ello es el impacto que tiene una condición dental sobre la funcionalidad del individuo, afectando su vida diaria. <sup>3</sup>

Es por ello que la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario, de esta manera la OMS en 1970 define salud bucodental como “el estado de normalidad funcional de los dientes y del periodonto, así como de las partes vecinas de la cavidad bucal y de las diversas estructuras relacionadas con la masticación y que forman parte del complejo maxilo-facial”.

## **1.2 Educación para la salud**

La OMS la define como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de ella. <sup>4</sup>

## **1.3 Prevención**

Acciones orientadas a la erradicación, eliminación, o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad. <sup>5</sup>



## 1.4 Restauración dental

Se define como la reconstrucción de una porción de diente, destruida, fracturada, desgastada o afectada irreversiblemente por alguna patología. Tienen como objetivo detener la progresión de la caries dental y evitar que siga la destrucción del diente o futuras lesiones cariosas, hasta su definitiva pérdida y devolverle así su forma natural, su función y estética, mediante el reemplazo de los tejidos perdidos, por materiales de relleno adecuados. <sup>6</sup>

Una restauración permite restablecer la forma y función perdida. Ésta debe mejorar la integridad de los tejidos orales y dentales. <sup>6,7</sup>

### 1.4.1 Restauración limitadamente invasiva

En la década de 1920, Lowe, Hyatt, Prime y otros autores, describieron tratamientos preventivos de la caries dental, los cuales consisten en obturar surcos y fisuras, con una modificación leve de la anatomía dentaria y así reducir la incidencia de caries dental en esas zonas.

Las restauraciones limitadamente invasivas, se definen como la eliminación de una mínima cantidad de tejido cariado mediante una fresa pequeña, usando pieza de alta velocidad, permitiendo así al Cirujano Dentista establecer la extensión y gravedad de la lesión.

La preparación cavitaria se realiza con fresas redondas de alta velocidad, penetrando en esmalte, pueden realizarse en superficies oclusales de molares y premolares, en la foseta vestibular de molares inferiores y en el surco palatino de molares superiores, están indicadas cuando la lesión de caries en fosetas y fisuras es pequeña y cuando el proceso carioso está detenido en esmalte y es prematuro en dentina.



Estas restauraciones están indicadas en dentición temporal y permanente, por la mínima extensión de la cavidad no es necesario infiltrar ningún tipo de anestésico local en la mayoría de los casos. <sup>6,8</sup>

## 2. NIVELES DE PREVENCIÓN

Los niveles de prevención son las etapas en las cuales se puede actuar y oponer obstáculos para prevenir la ocurrencia de una enfermedad, limitar el daño causado una vez que está presente la enfermedad o rehabilitar al individuo atacado por ella. La aplicación del concepto de niveles de prevención es posible debido a que cada padecimiento tiene su historia natural de la enfermedad con periodos más o menos definidos, en cada uno de los cuales es posible la aplicación de algún tipo de medida preventiva. Dicho de otra forma, son métodos con los que se cuenta en cada periodo de la historia natural de la enfermedad. <sup>9,10</sup>

Por lo tanto la prevención puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta de la enfermedad, y consiste en todos los esfuerzos por poner una barrera al avance de la enfermedad en cada uno de sus estadios.

Leavell y Clark clasifican en tres niveles la prevención: Prevención primaria o prevención en términos absolutos, actúa durante el estadio preclínico de la enfermedad, la prevención secundaria, actúa durante la primera parte del estadio clínico de la enfermedad, y la prevención terciaria actúa durante el estadio final. <sup>11,12</sup>

## 2.1 Clasificación

### 2.1.1 Prevención primaria

Está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, para lograrlo se dispone de la educación para la salud y de la prevención específica.

#### 1° Nivel de prevención, Promoción de la salud

Este nivel no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad dada e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo. Una nutrición balanceada, una buena vivienda, condiciones de trabajo adecuadas, descanso y recreación son ejemplos de medidas que actúan a este nivel.<sup>9,12</sup> Fig. 1.



Fig. 1 Promoción de la Salud. Técnica de cepillado.<sup>13</sup>

## 2° Nivel de prevención, Protección específica

Este nivel consta de medidas para prevenir la aparición o recurrencia de enfermedades específicas. Constituyen un ejemplo las distintas vacunas para las diferentes enfermedades, la fluoruración del agua y la aplicación tópica de fluoruros para el control de la caries dental, el control de placa para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, etc. Tanto el primero como el segundo nivel comprenden medios de prevención primaria.<sup>11,12</sup> Fig 2.



Fig. 2 A) Aplicación de fluoruro. B) Sellador de fosetas y fisuras.<sup>14</sup>

### 2.1.2 Prevención secundaria

Tiene como objetivos especiales: evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y oportuno así como el tratamiento adecuado, acciones que tradicionalmente corresponden al clínico. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen al enfermo.

Entre la prevención primaria y la secundaria puede considerarse una acción intermedia: es la detección, que no es precisamente diagnóstico oportuno, si no la búsqueda intencionada de padecimientos, antes de que

presenten la sintomatología correspondiente. La detección es particularmente útil para el descubrimiento de padecimientos de evolución prolongada.

### **3° Nivel de Prevención: Diagnóstico y tratamiento temprano**

Este nivel comprende la prevención secundaria y su nombre define su objetivo. La radiografía dental, particularmente las radiografías de aleta mordible, y la odontología restauradora temprana, son ejemplos de este nivel de prevención. <sup>12,2</sup> Fig 3.



*Fig. 3 Radiografía de aleta mordible. Detección de caries interproximal. <sup>15</sup>*

### **4° Nivel de Prevención: Limitación de la incapacidad**

Cuando existe un fracaso en la aplicación de los métodos de los niveles anteriores se debe incluir medidas que tienen por objeto limitar el grado de daño producido por la enfermedad, no importando la fase en la que ésta se encuentra, evitando así un mal mayor. Esto se refiere a que se debe detener la enfermedad para prevenir complicaciones y secuelas. Fig 4.



Fig. 4. A) Cápsula de Amalgama B) Restauración con resina. <sup>16</sup>

### 2.1.3 Prevención terciaria

Corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico, como en lo mental y en lo social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica, trata de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles a sí mismos y a la sociedad. Incluye todas aquellas acciones encaminadas a evitar la progresión de la enfermedad hacia la invalidez o aquellas que mejoren las condiciones de vida cuando se encuentra una establecida. La prevención terciaria interviene una vez que la enfermedad se encuentra bien establecida y ha comenzado a evolucionar hacia la cronicidad.<sup>11,2</sup>

## 5° Nivel de Prevención: Rehabilitación

Las medidas tales como la colocación de prótesis parcial fija y removible, coronas, y rehabilitación bucal, son medidas dentales que pueden ser consideradas en el 5° nivel. Es decir, se presenta en un individuo enfermo, cuya evolución ha llegado a su fase final. Este individuo se encuentra lesionado por el dolor, es portador de secuelas y está incapacitado total o parcialmente.

El objetivo de este nivel de prevención es evitar que el individuo se convierta en una carga permanente, tanto para sí mismo como para su familia y la sociedad en general valiéndose de la rehabilitación de este. <sup>11,12</sup> Fig. 5 ,6.



Fig. 5. A) Prótesis removible. B) Implante dental. <sup>17</sup>

Periodo Prepatogénico		Periodo patogénico		
Prevención Primaria		Prevención Secundaria		Prevención Terciaria
Promoción de la Salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento Tratamientos tempranos	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
Educación sanitaria	Uso de inmunizaciones específicas	Medidas para encontrar casos individuales y de masa	Adecuado tratamiento para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas	Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestramiento y educación, con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes
Buenos niveles estándar de alimentación ajustado a las diferentes fases de desarrollo	Atención a la higiene personal	Exámenes selectivos Encuestas de selección de casos		
Atención al desarrollo de la personalidad	Uso de saneamiento ambiental	Objetivos: Curar y prevenir la enfermedad		
Provisión de condiciones adecuadas en casa, de recreación y de trabajo	Protección contra riesgos ocupacionales	Prevenir la propagación de enfermedades transmisibles	Provisión de facilidades con el fin de limitar incapacidad y prevenir la muerte	Educación del público y de la industria para emplear al rehabilitado
Genética	Protección contra accidentes	Prevenir complicaciones y secuelas		Usar el trabajo como terapia en los hospitales
Pruebas periódicas selectivas	Uso de nutrimentos específicos	Acortar el periodo de incapacidad		Ubicación selectiva
	Protección contra carcinógenos			

Fig 6. Niveles de prevención, en la historia natural de la enfermedad. <sup>11</sup>



### **3. RECONSTRUCCIÓN**

Es la restauración de una porción destruida, fracturada, desgastada o afectada irreversiblemente por una patología en un diente, tras previa terapéutica y preparación dental adecuada.

Tiene como objetivo detener la progresión de la enfermedad cariosa y evitar que se siga la destrucción del diente hasta su pérdida definitiva, y así devolver su forma natural, función, y estética, mediante el reemplazamiento de los tejidos perdidos o enfermos, por materiales adecuados.<sup>6,18,19</sup>

#### **3. 1 Materiales de restauración**

Los materiales de restauración, son aquellos que reemplazan el tejido dental enfermo o reponen el tejido dental perdido, con la finalidad de devolver la funcionalidad y brindar la mayor estética posible al diente afectado. Entre estos se encuentran: Amalgamas, cementos de iónomero de vidrio, composites e incrustaciones.

##### **3.1.1 Selladores de fosetas y fisuras**

Son compuestos de resinas adhesivas que sirven para rellenar defectos estructurales en los dientes. Su eficacia es reconocida en el año de 1971 por la ADA, este reconocimiento es fundamentada en que los selladores de fosetas y fisuras actúan como una barrera física que impide el contacto de los microorganismos y sus nutrientes con la superficie del diente y en caso de una lesión incipiente evita su progreso.<sup>20,21</sup>

Los selladores de fosetas y fisuras tienen efectos preventivos fundamentales; éstos dependerán de una adherencia firme a la superficie del esmalte, tales como: Obturar las fosetas y las fisuras del diente con resina resistente a los ácidos producto de la alimentación.<sup>21</sup>

- Suprimir el hábitat del *S. mutans* principalmente y de otros microorganismos favorecedores de la caries dental.
- Facilitar la limpieza de las fosetas y fisuras mediante técnicas físicas como el cepillado dental.

Las indicaciones para la aplicación de los selladores de fosetas y fisuras son pacientes con elevado riesgo de caries, médicamente comprometidos con medicaciones azucaradas, disminuidos física o psicológicamente por lo que no puedan mantener correctas técnicas de higiene, con bajos niveles de secreción salival y niños con alto riesgo de desarrollar caries dental en dientes temporales.<sup>20,22</sup> Fig. 7



*Fig. 7 Sellador de fosetas y fisuras*<sup>23</sup>



### **3.1.2 Restauraciones con amalgama, cemento de ionómero de vidrio, resinas e incrustaciones.**

Puede utilizarse ionómero de vidrio o resina compuesta para obturar la cavidad y para prevenir la presencia de caries en fosetas y fisuras se utilizan selladores. Las restauraciones preventivas están indicadas en superficies oclusales de molares y premolares, fosa vestibular de molares inferiores, surco palatino de molares superiores y caries de primero y segundo grado.<sup>24</sup>

En la actualidad existe una gran variedad de materiales restauradores disponibles para la obturación, la elección del material adecuado para cada caso se encuentra en función de muchos factores entre los que se encuentran: durabilidad, edad del paciente, riesgo de caries y cooperación del paciente.<sup>25</sup>

#### **Amalgama**

Ha sido utilizada para restaurar dientes por más de 150 años, tiene consideraciones espaciales por ser de fácil manipulación, son durables, actualmente de bajo costo, su desventaja es que no es adhesiva ni estética y por lo tanto reducen el uso.<sup>26</sup>

Su composición se basa en plata, cobre, estaño y mercurio. Está indicada en pacientes con un índice de caries moderado y pacientes no cooperadores, en casos de cavidades de clase I oclusal y clase II en algunas ocasiones.<sup>6</sup> Fig. 8.



*Fig. 8 Restauración con amalgama.*<sup>27</sup>

### **Cemento de ionómero de vidrio**

Fueron inventados en 1969 por Wilson y Kent en Inglaterra. Es un material que resulta de la combinación de una solución acuosa de ácidos policarboxílicos y de silicato de aluminio. Este grupo de materiales ha adquirido un papel importante en la restauración de lesiones cariosas en pacientes pediátricos debido a sus excelentes propiedades adhesivas y a la liberación de flúor.<sup>25</sup>

Existen principalmente dos presentaciones, la primera son los ionómeros convencionales (autocurado) que se utilizan para la técnica restaurativa atraumática y la segunda presentación son los ionómeros híbridos (ionómero-resina) que son fotocurados.<sup>26</sup> Fig. 9.



Fig. 9. Restauración con ionómero de vidrio.<sup>28</sup>

## Resinas

Son un material sintético, rígido e indeformable, que están compuestas por una matriz o fase orgánica y un relleno inorgánico que da la resistencia y un agente de enlace que integran la matriz orgánica.

Fig. 10

Se clasifican con base a la densidad:

- Fluidas o de baja densidad. Restauraciones preventivas como sellador de fosetas y fisuras.
- Híbridas micro híbridas o de mediana densidad. Restauraciones de preparaciones oclusales de mínima extensión o superficies proximales anteriores con o sin compromiso del ángulo incisal.
- Condensables o de alta densidad. Reemplazo de amalgamas y restauraciones dentarias en superficies oclusales amplias.<sup>6,26,24</sup>



*Fig. 10 Restauración con resina.<sup>29</sup>*

### **Incrustaciones**

Es una restauración que tiene como objetivo sustituir la superficie oclusal y en algunos casos, una o ambas caras interproximales de un diente, pueden ser fabricadas en dos tipos: Metálicas y estéticas.<sup>30</sup>

Garantiza resistencia, durabilidad, precisión, funcionalidad y en algunos casos estética. Indicadas en molares y premolares con caries muy extensas que no pueden ser restauradas con amalgamas o resinas, en fracturas que comprometan la solidez estructural del diente.<sup>6,18</sup> Fig. 11.



*Fig. 11. Incrustación metálica.<sup>31</sup>*

### 3. 2 Cavidades

Las cavidades dentales pueden definirse como la preparación realizada mecánicamente, capaz de mantener con firmeza en su sitio el material restaurador, cuando se apliquen en este fuerzas durante la masticación. Los objetivos de las cavidades son eliminar todos los defectos y dar protección a la pulpa, situar los márgenes de la restauración en la posición más conservadora posible, formar la cavidad de tal modo que las fuerzas masticatorias sobre el diente, la restauración o ambos no produzcan fracturas ni desplacen la restauración y así, permitir la aplicación funcional de un material de restauración.<sup>6,20,32,33</sup>

Clase I: Comienzan y se desarrollan en los defectos de la superficie dentaria (fosas, surcos o fisuras oclusales de premolares y molares; caras linguales de incisivos o caninos; y fosas o surcos vestibulares y linguales de molares). Fig. 12

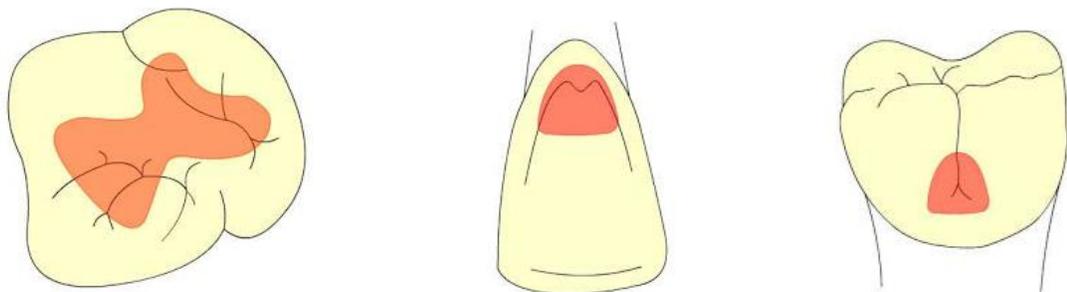


Fig. 12. Cavidades clase I Black<sup>34</sup>

Clase II: En las superficies proximales de premolares y molares. Fig. 13.

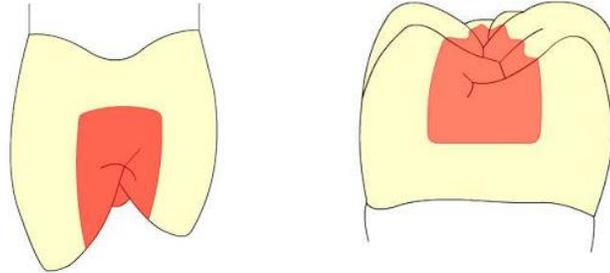


Fig. 13. Cavidades Clase II Black<sup>34</sup>

Clase III: En las superficies proximales de incisivos y caninos que no abarquen el ángulo incisal. Fig. 14

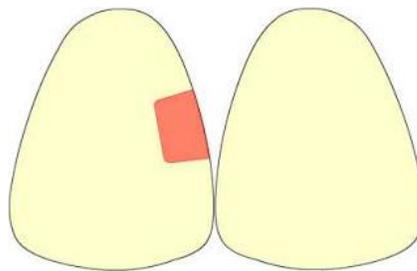


Fig. 14. Cavidades Clase III Black<sup>34</sup>

Clase IV: En las superficies proximales de incisivos y caninos que abarcan el ángulo incisal.<sup>6</sup> Fig. 15

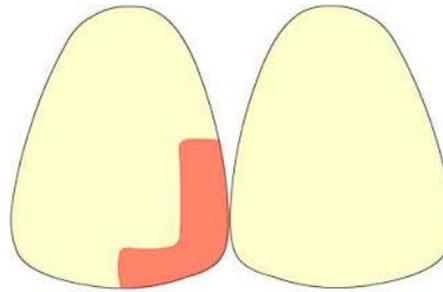


Fig. 15. Cavidades Clase IV Black <sup>34</sup>

Clase V: En el tercio gingival de todos los dientes (con excepción de los que comienzan en fisuras).<sup>6</sup> Fig. 16.

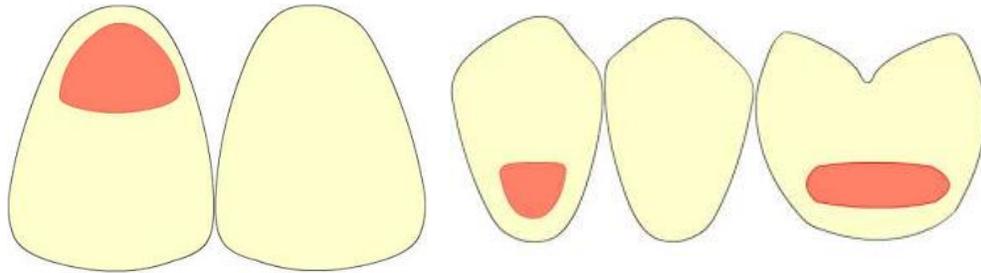


Fig. 16. Cavidades Clase V Black <sup>34</sup>

Actualmente lo que determina la forma de la preparación cavitaria son los factores que están afectando al diente, propiedades de los tejidos involucrados y la indicación de los materiales de restauración. De esta forma, las cavidades sólo necesitan un desgaste mínimo de tejido dental, la retención es influenciada por la forma de la preparación o por las propiedades de los materiales de restauración.<sup>35</sup>



Para un tratamiento adecuado de un diente con lesión cariosa, se debe considerar: la localización y extensión de la lesión, que determinara el tamaño y forma de la preparación; la restauración con el material más adecuado para el tipo de preparación y de acuerdo a su necesidad funcional.<sup>20</sup>

#### **4. RESTAURACIONES LIMITADAMENTE INVASIVAS**

Las restauraciones limitadamente invasivas (RLI) son técnicas basadas en tratamientos conservadores para poder así preservar la mayor cantidad de tejido dental, usando materiales que devuelvan forma, función y estética.

La especial morfología de la fisura, hacen de esta superficie la más susceptible a caries dental y por lo tanto son las responsables de que hasta hace poco tiempo, cuando se trataba una lesión de caries en superficies fisuradas se eliminara el resto de la fisura (para evitar que volviera a enfermar). Esta técnica se llamó extensión por prevención, fue propuesta y aplicada por Black en 1908.<sup>33</sup>

Ottolengui, fue el primero que presentó una postura de oposición al concepto de extensión por prevención propuesta por Black, haciendo mención de que no debe removerse estructura dental sana para reemplazarla por un material extraño y así ser menos susceptible a caries.<sup>6</sup>

Billy McGehee y Prime, promovieron el diseño más conservador de la preparación de cavidades. Su experiencia les demostró que al hacer preparaciones extensas, no solamente se podrían provocar fracturas futuras, sino incluso, extenso daño pulpar y daño a los tejidos gingivales.



Brooner, fue uno de los primeros en sugerir que los principios biomecánicos para hacer las preparaciones de cavidades, podían aplicarse de manera tal que dieran como resultado restauraciones más conservadoras. Él propone una preparación donde la región proximal en lugar de tener paredes casi paralelas, presentaran una convergencia hacia oclusal, manteniendo sólo la extensión por prevención en la zona donde era más factible el desarrollo de una nueva lesión cariosa tal es el caso de surcos y fosetas profundas. También fue uno de los primeros autores en mencionar que en la porción proximal podría aplicarse individualmente cada uno de los principios de la preparación para cavidades y poder así funcionar en forma independiente de la porción oclusal.<sup>32,33</sup>

Desde la década de 1920, Lowe, Hyatt, Prime y otros autores describieron tratamientos preventivos de la caries, los cuales se basan en la obturación de los surcos y fisuras, con una modificación leve de la anatomía dentaria o sin ella, para reducir la incidencia de caries en esas zonas del diente o de métodos que eliminaban tejido sano.<sup>6,32</sup>

Se utilizaron diversos agentes químicos como selladores, por ejemplo: solución de nitrato de plata, ferrocianuro de potasio, cloruro de zinc, cemento de cobre, y fluordiamina de plata.

En 1955 se introdujo la técnica de grabado ácido, Buonocore señaló que la técnica se usaría para sellar los puntos y fisuras para prevención de caries dental y en 1965 sugiere que se utilice un sellador con agentes capaces de unirse a la estructura dental.



Hoy en día existen nuevas técnicas y materiales de restauración basados en la posibilidad de realizar restauraciones y cavidades de diseño más conservador, sólo cuando la extensión de la lesión es limitada.<sup>20</sup>

Las restauraciones limitadamente invasivas, asocian el uso de resinas compuestas y/o cemento de ionómero de vidrio para la restauración de la cavidad y selladores de fisuras para prevenir la caries en el resto de las fisuras. Fueron descritas por primera vez por Simonsen y Stallard en 1977.<sup>6</sup>

Cuando las RLI son utilizadas como alternativa terapéutica, se realizan procedimientos restauradores microconservadores los cuales fomentan la preservación de la estructura dental y no su remoción innecesaria.

Estas restauraciones, constituyen una evolución moderna de procedimientos preventivos, es uno de los métodos más adecuados para restaurar una lesión incipiente en fosetas y fisuras o para prevenir una caries en zonas de alto riesgo, ya que cumple con uno de los postulados básicos de la medicina que dice "*primo non nocere*", que quiere decir, en primer lugar no se debe producir otro daño.<sup>6</sup>

Las RLI poseen una finalidad terapéutica y preventiva simultáneamente, debido a que su instrumentación es mínima, se limpia la lesión con instrumental lo más pequeño posible y se obtura con materiales que posean adhesión al tejido dental. Para el resto de las zonas que no requieren preparación se utilizan selladores de fosetas y fisuras.<sup>20</sup>

Pequeñas restauraciones proporcionan mayor resistencia al remanente dental, menor trauma al tejido pulpar y mejor estética, devolviendo la forma anatómica, promoviendo una mejor interrelación con los dientes antagonistas.



## INDICACIONES

- Las RLI pueden realizarse en superficies oclusales de molares y premolares, fosa vestibular de molares inferiores y surco palatino de molares superiores.
- Están indicadas tanto en dentición temporal y permanente.
- Una RLI está indicada cuando la lesión de caries en fosas y fisuras es pequeña y discreta.
- Cuando el proceso está detenido en esmalte, o bien ha llegado a dentina pero no existe afectación pulpar.

## CONTRAINDICACIONES

- Caries profundas
- Pacientes con alto grado de caries<sup>33</sup>

### 4.1 Ameloplastía

La ameloplastía consiste en modificar ligeramente la superficie del esmalte con fines preventivos, terapéuticos o mixtos. Este procedimiento puede realizarse en superficies lisas, así como en fosetas y fisuras de molares, por lo tanto, la lesión de caries es eliminada por completo, no es necesario colocar anestesia para realizarla.<sup>36</sup>

- Ameloplastías en superficies lisas, consisten en desgastar ligeramente la superficie rugosa del esmalte y transformar la pequeña lesión de caries incipiente en una zona un poco más amplia o cóncava, bien pulida que no tenga sitios donde pueda depositarse la placa bacteriana y sea de fácil acceso a la limpieza dental.<sup>6</sup>
- Ameloplastías en fosetas y fisuras, es la remodelación de fosetas y fisuras profundas poco accesibles a la limpieza, en reemplazo de una extensión preventiva o como simple prevención en el diente sano. Se debe evaluar previamente el riesgo de caries del paciente, el tipo de surco o fisura y la presencia de caries. <sup>6</sup> Fig. 17



*Fig. 17. Caries incipiente en fosetas y fisuras. <sup>37</sup>*

## 4.2 Restauraciones preventivas de resina

Restauración conservadora, de lesiones aisladas de caries, localizadas en superficies oclusales. Sobre la restauración con resina se coloca un sellador en fosetas y fisuras intactas.

Indicada cuando la presencia de caries es dudosa, en una lesión incipiente de fosetas y fisuras o para prevenir caries en una zona de alto riesgo.<sup>38</sup> Fig. 18.

La técnica de exploración o biopsia excisional, remueve una capa de prismas de esmalte en la profundidad de la fisura, al modificar su anatomía y facilitar la penetración del grabado ácido, de esta manera mejora la retención del material restaurador, se reduce el riesgo de microfiltración del sellador y es posible diagnosticar con mayor facilidad caries en la profundidad de un punto o una fisura usando la punta del explorador.<sup>40</sup>



Fig. 18 Restauración preventiva de resina en premolares.<sup>39</sup>



#### Indicaciones:

- Lesiones incipientes limitadas a áreas aisladas en la superficie oclusal.

#### Contraindicaciones:

- Pacientes susceptibles a caries dental.
- Riego de caries dental moderado o alto.
- Retención del explorador en algún sitio de la superficie oclusal, presentando alguno de los siguientes signos: tejido blando en el fondo de la zona u opacidad adyacente al de la superficie oclusal.<sup>38</sup>

## 5. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos



en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. <sup>3</sup>

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se llevó a cabo en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, en la cual se emite la CARTA dirigida a cumplir el objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia, fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Fig. 19.

Las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tomaron en cuenta los problemas que afectan a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud.

Del evento surgió la Carta de Otawa, que incorpora en su contenido la más amplia visión de la promoción para la salud:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.



- I. La salud es un derecho humano fundamental. Alcanzar el nivel de salud más alto posible, es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de todos los sectores y todos los actores sociales.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable y su social exige el involucramiento y compromiso de todos los países.
- III. El desarrollo humano, económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, tal como la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas el derecho y la obligación de participar en la planeación y ejecución de las acciones para mejorar su salud.
- V. Debe ser un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional que todos los habitantes del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar un vida digna y productiva. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La APS se basa en la práctica, en el conocimiento científico y en la metodología y tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social y bajo costos que la comunidad y país puedan soportar. Es el punto principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando al máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.

- VII. Las APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- VIII. Los gobiernos deben comprometerse en la formación de políticas y planes de acción para implantar la APS como estrategia para consolidar un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con los otros sectores. Esto requiere de todas las voluntades políticas y la movilización de recursos internos y externos.
- IX. Alcanzar los más altos niveles de salud, para la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- X. Es materialmente posible en la actualidad alcanzar un nivel aceptable de salud para todo el mundo, mediante una mejor utilización de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en guerras y conflictos entre países.

*Fig. 20 Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud<sup>3</sup>*



Fig. 21 Carta de Ottawa para la promoción de la salud.<sup>42</sup>

Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se considera necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones, se han desarrollado numerosas políticas y estrategias orientadas a capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Fig. 21.

Las posteriores Conferencias Mundiales, celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Ciudad de México, Bangkok (2005) y Nairobi (2009), han promovido un marco de actuación basado en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud.<sup>3</sup> Fig. 22,23.

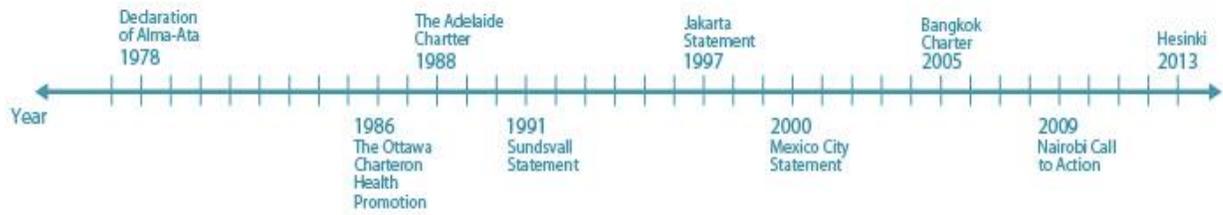


Fig. 22 Conferencias mundiales de promoción de la salud. <sup>43</sup>

Conferencia	Año	Sede	Tema
2 <sup>a</sup>	1988	Adelaide, Australia	Formulación de políticas públicas saludables.
3 <sup>a</sup>	1991	Sundsvall, Suecia	Ambientes saludables.
4 <sup>a</sup>	1997	Yakarta, Indonesia	Posicionar a la promoción de la salud en siglo XXI.
5 <sup>a</sup>	2000	Cd. De México, México	Construyendo puentes sobre la brecha de equidad.
6 <sup>a</sup>	2005	Bangkok, Tailandia	Promoción de la salud en un mundo globalizado.
7 <sup>a</sup>	2009	Nairobi, Kenia	Promoviendo la salud y el desarrollo.  Cerrando la brecha de la implementación.

Fig. 23. Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud.<sup>3</sup>

El término Educación para la salud se ha interpretado desde diferentes enfoques, los cuales se ubican en dos grandes fundamentos teóricos ligados con diferentes periodos históricos.

El primer enfoque ubica el término desde la perspectiva de la información y la prescripción. Valdéz en el 2004 señala que este periodo se ubica en la forma más convencional de orientar actividades educativas y exclusivamente, los profesionales de la salud son los individuos para educar en salud.

El segundo enfoque existe una preocupación por la conducta que asume la población frente a la salud, consiste en provocar cambios de conducta favorables hacia la salud en la población. <sup>44</sup> Fig. 24.



*Fig. 24 Promoción de la Salud en etapa preescolar. <sup>45</sup>*

Actualmente, la manera de definir la educación para la salud se determina según el lugar de su aplicación: desde el punto de vista de la educación, es válida según el sector de intervención, como el hospital, la escuela y el trabajo; mientras que la salud de acuerdo con Lawrence W. Greene, es aplicable a cualquiera que sea el lugar de intervención, el que interviene y el que participa, así “la educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”<sup>46</sup>

La educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar salud para todos.

Su propósito es lograr que cada persona sea capaz de adoptar un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad para cuidarse; para ello es necesario dotar a las personas de recursos conceptuales, que les permitan reconocer sus necesidades y comprender su propio proceso salud-enfermedad, instrumentarlos, además de capacitarlos y motivarlos para que lo hagan.<sup>47</sup> Fig. 25



Fig. 25. Implementación de técnicas de cepillado en niños.<sup>48</sup>

Para cumplir este propósito, la educación para la salud deberá facilitar experiencias de aprendizaje que incluyan los tres componentes del proceso enseñanza-aprendizaje: cognoscitivo, actitudinal o afectivo y psicomotor.<sup>44</sup>

La ignorancia sobre este tema puede ser fatal; además, produce bajos niveles de higiene, poca productividad y dolencias.<sup>47</sup>

La salud oral se considera una parte integral del ser humano la cual participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto; por lo tanto, la salud bucal está relacionada con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicosocial y económico.

Fig. 26



Fig. 26. Salud oral como parte integral del ser humano.<sup>49</sup>

Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal se encuentran la caries dental, que se define como la enfermedad infecciosa de origen multifactorial caracterizada por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad, o bien la pérdida de los dientes si ésta prosigue su evolución natural sin tratamiento.<sup>46</sup>

Es importante destacar que gran parte de la población presenta caries dental, debido sobre todo al estilo de vida (dieta e higiene bucal inadecuada), y a la falta de cultura de la población en cuanto al cuidado de la boca.

Todas las personas necesitan educación para la salud; es indispensable para conservarse saludable. Es un grave error creer que sólo necesitan aprenderla los promotores de salud.

Es necesario para toda la población entender, que con educación para la salud se previenen enfermedades, se sabe como actuar cuando se padecen y se utilizan mejor los servicios médicos.

La salud es indispensable para alcanzar una vida plena, física, psicológica y social. <sup>44</sup> Fig. 27.



Fig. 27. A), B) Factores predisponentes a caries dental temprana. <sup>50</sup>



## CONCLUSIONES

La Educación para la Salud Oral, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al paciente a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que inicia en la detección de sus necesidades y que intenta mejorar las condiciones de salud bucodental. Un elemento importante para lograr los objetivos de la misma es conocer las actitudes, pues es sobre la base de ellas que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual, es fundamental la motivación que se alcance a desarrollar en los pacientes, y sobre la que se debe sustentar el trabajo de los profesionales de la salud.

Dentro de los tratamientos preventivos de primera elección se encuentran las restauraciones limitadamente invasivas, debido a que proponen preparaciones cavitarias más conservadoras, evitando así la remoción de tejido dental sano, por lo cual se preserva una mayor cantidad de estructura dental.

Por lo anterior se concluye que las restauraciones limitadamente invasivas son una excelente opción de tratamiento debido a que presentan un pronóstico favorable con mínimas desventajas, y al conservar y preservar las estructuras dentales hacen que el profesional cumpla la función como promotor de la salud, ayudando a mantener un entorno oral saludable apegándose a la definición de salud propuesta por la “OMS”.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piedrola, Gil. *Medicina preventiva y salud pública*. Editorial Masson, 10ª edición, España, 2001.
2. Cuenca Sala, Emili. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Editorial Masson S.A., 3ª edición, Paris, 2005.
3. González, Rafael. *La salud pública y el trabajo en comunidad*. McGraw-Hill Interamericana, México 2010.
4. Higashida, Bertha. *Educación para la salud*. Editorial McGraw-Hill interamericana, 4ª edición, México, 2005
5. Last, John. *Diccionario de epidemiología*. Salvat editores S.A. España 1989.
6. Barrancos J. *Operatoria dental integración clínica*. Editorial medica panamericana, Buenos Aires, 4ª edición, 2006.
7. Carrillo Carlos. Revisión de los principios de preparación de cavidades, extensión por prevención o prevención de la extensión. Revista ADM. México. Vol.LXV. No.5 Septiembre-Octubre 2008.
8. Koch, Göran. *Odontopediatría abordaje clínico*. Editorial Amolca. 2ª edición, 2011.
9. Chávez, Mario. *Odontología sanitaria*. Organización panamericana de la salud. Oficina regional de la OMS, Estados Unidos, 1062.
10. Salleras, Luis. *Educación Sanitaria: Principios métodos y aplicaciones*. Editorial Díaz de Santos, 3ª edición, Madrid, 2003.



11. Higashida, Bertha. *Odontología preventiva*. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México, 2002.
12. Kats, Simón. *Odontología preventiva en acción*. Editorial Medica panamericana, 3ª edición, 1997.
13. <http://prensa.cba.gov.ar/salud/gran-participacion-de-ninos-en-la-campana-de-salud-bucal/>
14. <http://www.blognews.midentista-mrc.com/aplicacion-de-fluor/>
15. <http://ciudadarcoiris.es/el-blog-de-don-iris/caries-dental>
16. <http://www.worldwork.it/esp/amalgama-dental.html>
17. <http://socialdentalstudio.com/protesis/>
18. Shillingburg. *Fundamentos esenciales en prótesis fija*. Editorial Quintessence, 3º edición. Barcelona. 2009.
19. Barrancos Julio. *Operatoria dental. Restauraciones*. Editorial Panamericana. Argentina. 1990.
20. Cárdenas J. Darío. *Odontología pediátrica*. Editorial Cooperación para investigaciones biológicas. 3ª edición Colombia. 2003.
21. Escobar Muñoz, Fernando. *Odontología pediátrica*. Ripano Editorial Medica, España, 2011.
22. Harris Norman, *Odontología Preventiva Primaria*, Editorial Manual moderno, 2ª edición, México, 2005.
23. <http://dentistaenecija.es/que-tan-util-es-el-sellador-dental/>
24. Boj Quezada, Juan Ramón. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Editorial Ripano S.A., Madrid, 2011.
25. Cameron Angus, C. Widmer Richard, P. *Manual de odontología pediátrica*. Editorial Elsevier España, España, 3ª edición, 2010.
26. Castillo M: Ramón, *Estomatología pediátrica*. Editorial Ripano, España , 2011.



27. <http://www.blogichics.com/2014/09/amalgama-dental-aleacion-de-metales-para-restaurar-dientes/>
28. <http://www.odontopediatrica.com/odontologiademinimainvasi on.html>
29. <http://gladysochoa.blogspot.mx/2012/05/resinas-dentales.htm>
30. Craig R. et al. *Materiales en Odontología Restauradora*. España. Ed. Harcourt 10º Edición. 1998.
31. <http://www.laboratoriodentalcrespo.com/informacion-tecnica--incrustaciones.html>
32. Carrillo C. *Revisión de los principios de preparación de cavidades, extensión por prevención o prevención de la extensión*. Revista ADM. México. 2008 Vol.LXV. No.5. Pp.263-271.
33. Carrillo C. *Diseño de la preparación de cavidades*. Revista ADM. México. 2010. Vol. LXVII. NO.6. PP. 273-77.
34. <http://todoestetica dental.blogspot.mx/2010/05/cavidades-de-black.html>
35. Becerra Da Silva, Lea Assed. *Tratado de Odontopediatría*. Editorial Amolca, Tomo 2, Colombia. 2008.
36. Bordoni, Noemi. *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 2010.
37. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392009000200002&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392009000200002&script=sci_arttext&tIng=en)
38. González P. González G. *Odontología Micro y mínimamente invasiva. Selladores*. Catedra de Odontología Operatoria. 2013.
39. <http://www.dentsply.es/Noticias/clinica4603.htm>



40. Moreno S. Villavicencio J. *Restauraciones Preventivas en resina como estrategia para control de la morfología dental*. Acta Odontológica Venezolana. 2007.
41. <https://www.youtube.com/watch?v=RIsDvOG965o>
42. <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>
43. <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>
44. De la Fuente, Javier. *Promoción y educación para la salud en odontología*. Editorial Manual Moderno, México, 2014.
45. [http://www.disamtome.cl/wp-content/uploads/2013/08/IMG\\_5206-Medium.jpg](http://www.disamtome.cl/wp-content/uploads/2013/08/IMG_5206-Medium.jpg)
46. Rochon. *Educación para la Salud*. Editorial Masson. España, 1996.
47. Vargas, Francisco. *Educación para la salud*. Editorial Limusa. México, 2004.
48. <https://puertanegras.wordpress.com/2013/06/17/planes-y-programas-de-la-institucion-programa-de-salud>
49. <http://www.dentist-nebeach.com/wpcontent/uploads/2014/10/family-dentist.jpg>
50. <https://es-us.noticias.yahoo.com/blogs/mundo-médico/8-motivos-para-dejar-tomar-refrescos-191139946.html>